



ZBORNÍK
Z II. MEDZINÁRODNEJ
ŠTUDENTSKEJ VEDECKEJ
A ODBORNEJ KONFERENCIE

Michalovce
2020

**VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNÍCTVA
A SOCIÁLNEJ PRÁCE
SV. ALŽBETY, n. o. BRATISLAVA**
Detašované pracovisko bl. Metóda Dominika Trčku Michalovce

**ZBORNÍK
Z II. MEDZINÁRODNEJ ŠTUDENTSKEJ
VEDECKEJ A ODBORNEJ KONFERENCIE**

Michalovce 2020

Názov

Zborník z II. Medzinárodnej študentskej vedeckej a odbornej konferencie

Editori

prof. ThDr. Peter Vansač, PhD.

Doc. PhDr. Mária Popovičová, PhD.

Recenzenti

doc. MUDr. Mária Belovičová, PhD. mim. prof.

Assoc. Prof. Ivan Svyatoslavich Mironyiuk, MD. PhD.

doc. RNDr. Daniela Barkasi, PhD.

doc. PhDr. Anna Murgová, PhD.

doc. PhDr. Monika Guľašová, PhD.

PhDr. Mária Manková, PhD.

Vydavateľ:

©Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety Bratislava

Detašované pracovisko bl. Metóda Dominika Trčku Michalovce

Partizánska 23, 071 01 Michalovce

Technický redaktor: Mgr. Ivan Lažo

Tlač: Tlačiareň svidnícka, s.r.o. Svidník

Rok vydania: 2020

Počet strán: 298

Náklad: 100 ks

ISBN: 978-80-8132-220-4

EAN: 978808132224

Text neprešiel jazykovou úpravou.

Za obsah príspevkov zodpovedajú ich autori.

PROGRAM II. MEDZINÁRODNEJ ŠTUDENTSKEJ VEDECKEJ KONFERENCIE

Termín konania: 12. 10. 2020

AULA 106/Michalovce

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNÍCTVA A SOCIÁLNEJ PRÁCE SV. ALŽBETY V BRATISLAVE

Detašované pracovisko bl. Metoda Dominika Trčku Michalovce

9.00 Slávnostné otvorenie konferencie – prof. ThDr. Peter Vansač, PhD. – vedúci Ústavu bl. Metoda Dominika Trčku v Michalovciach

SEKCIA – ŠTUDENTI BAKALÁRSKEHO STUPŇA ŠTÚDIA

Ošetrovatel'stvo

9.20 - 9.30 Andrea SALAŠOVIČOVÁ (školiteľ: doc. PhDr. Mária Popovičová, PhD.)

Úroveň vedomostí žiakov o epilepsii

9.30 - 9.40 Alžbeta ESZENYIOVÁ (školiteľ: doc. PhDr. Mária Popovičová, PhD.)

Komparácia kompetencií sestier na Slovensku a Maďarsku

9.40 - 9.50 Veronika PETREKOVÁ (školiteľ: doc. MUDr. Mária Belovičová, PhD. mim. prof.)

Prevenca metabolického syndrómu v prostredí kúpeľov

Výživa

9.50 - 10.00 Adriana MIKLIANOVÁ (školiteľ: PhDr. Mária Manková, PhD.)

Moderné školské stravovanie

10.00 - 10.10 Matyas MAGYAR dipl.s.(školiteľ: PhDr. Mária Manková, PhD.)

Riziká súvisiace s nesprávnou výživou u gerontopsychiatrických pacientov

10.10 - 10.20 Aneta MALČEKOVÁ (školiteľ: PhDr. Mária Manková, PhD.)

Rizikové faktory pri ochoreniach kardiovaskulárneho systému

10.20 - 10.30 Daniela PALAŠČÁKOVÁ (školiteľ: PhDr. Mária Manková, PhD.)

Stravovacie návyky u školopovinných detí a školské stravovanie v praxi.

Fyzioterapia

10.30 - 10.40 Olha BIDYUK (školiťel': Assoc. Prof. Marianna I. Klyap, PhD.)

On the Question of Parents Participation in Effective Correctional Work with Children with Intellectual Disabilities

10.40 - 10.50 Lilia MANZULYCH (školiťel': Assoc. Prof. Natalia Semal, PhD.)

Using specialities of physical rehabilitation methods by overweight women aged 40-45 years old

10.50 – 11.20 Prestávka

SEKCIA – ŠTUDENTI MAGISTERSKÉHO STUPŇA ŠTÚDIA

Verejn e zdravotníctvo

11.20 - 11.30 Bc. Maryana JOVBAK (školiťel': prof. Gennadiy Slabkiy, PhD.)

The use of psychoactive substances by the inhabitants of Transcarpathian region as the problem of public health system

11.30 - 11.40 Bc. Nataliya KABATSIY, Bc. Lesja LEVKO (školiťel': prof. Gennadiy Slabkiy, PhD.)

Provision of disabled persons with medico-social services: the need and the ways of solution for the problem

11.40 - 11.50 Bc. Kateryna BABYCH (školiťel': prof. Ivan Mironyuk, PhD.)

Analysis of individual epidemiological indicators of vision-related diseases among children of Transcarpathian region of Ukraine

11.50 - 12.00 Bc. Gabriella DUDASH, Bc. Nadiya KHODAKOVSKA (školiťel': Assoc. Prof. Valeriya Brych)

Opportunities to use information and communication channels to promote healthcv among different age groups

12.00 - 12.10 Fyzioterapia

Bc. Valeryia O. BONDARENKO (školiťel': Assoc. Prof. Lyudmila P. Rusyn, PhD.)

Principles of development of higher nursing education in Ukraine

12.10- 12.20 Bc. Nadiya Y. KHODAKOVSKA (školiťel': Yuliya V. Dutkevych-Ivanska)

Public Nursing Management System in Ukraine

12.20 - 12.30 Bc. Roman M. LEHEZA (školiťel': Doc. Yaroslav F. Filak, PhD.)

Kinesiotherapy methods for improving of the paretic arm functioning at the patients

after stroke

12.30 - 12.40 Bc. Adriana V. PETRISHKA (školiťel': Marianna V. Sabadoch, PhD.)

Impact of early intervention program on the life quality of children with developmental disabilities

SEKCIA – ŠTUDENTI DOKTORANDSKÉHO STUPŇA ŠTÚDIA

Ošetrovateľstvo

12.40 - 12.50 PhDr. Miroslava NEMČÍKOVÁ (školiťel': doc. PhDr. Anna Murgová, PhD.)

Somatická stimulácia v koncepte bazálnej stimulácie

12.50 -13.00 PhDr. Jana ŠULCOVÁ (školiťel': doc. PhDr. Anna Murgová, PhD.)

Rizikové faktory správania a postojov pacientov k prevencii, vzniku a prognóze akútneho koronárneho syndrómu v kontexte ošetrovateľstva

13.00 - 13.10 PhDr. Viera IVANKOVÁ (školiťel': doc. MUDr. Mária Belovičová, PhD.mim. prof.)

Klostrídiové infekcie v kontexte bezpečnosti pacienta z pohľadu sestier

13.10 -13.20 PhDr. Tatiana HUDÁKOVÁ (školiťel': doc. PhDr. Mária Popovičová, PhD.)

Prevencia ventilátorovej pneumónie na intenzívnych oddeleniach z pohľadu ošetrovateľstva

Verejné zdravotníctvo

13.20 - 13.30 Mgr. Ivana BALÁŽOVÁ (školiťel': doc. MUDr. Mária Belovičová, PhD. mim. prof.)

Chronické vírusové hepatitídy B a C - výzva pre verejné zdravotníctvo

Sociálna práca

13.30 - 13.40 PhDr. Marek KOLTÁŠ (školiťel': doc. PhDr. Stanislava Hunyadiová, PhD.)

Výnimočnosť Heleny Mišurdovej - držiteľky medaily Florence Nightingaleovej.

KOMISIE NA HODNOTENIE BC. MGR. A PHD. PRÁC NA MVŠK/ISSC

1. Komisia pre bakalársky stupeň štúdia (študijný odbor OŠE, VYŽ, FYZ)

doc. MUDr. Mária Belovičová, PhD. mim. prof. - predsedníčka

doc. PhDr. Anna Murgová, PhD.

doc. PhDr. Monika Guľašová, PhD.

doc. PhDr. Mária Popovičová, PhD.

PhDr. Mária Manková, PhD.

2. Komisia pre magisterský stupeň štúdia (študijný odbor VZ, FYZ)

doc. MUDr. Mária Belovičová, PhD. mim. prof. – predseda komisie

Assoc. Prof. Ivan Svyatoslavich Mironyiuk, MD. PhD.

prof. ThDr. Peter Vansač, PhD.

doc. MVDr. Tatiana Kimáková, PhD.

doc. RNDr. Daniela Barkasi, PhD.

3. Komisia pre doktorandský stupeň štúdia (študijný odbor OŠE, VZ, SP)

Prof. ThDr. Peter Vansač, PhD. – predseda

Assoc. Prof. Ivan Svyatoslavich Mironyiuk, MD. PhD.

doc. MUDr. Mária Belovičová, PhD. mim. prof.

doc. MVDr. Tatiana Kimáková, PhD.

doc. PhDr. Anna Murgová, PhD.

OBSAH

PREDSLOV	10
SEKCIA – ŠTUDENTI BAKALÁRSKEHO STUPŇA ŠTÚDIA	
Ošetrovatel'stvo	11
PETREKOVÁ Veronika (školiťel': doc. MUDr. Mária Belovičová, PhD. mim. prof.)	
PREVENCIA METABOLICKÉHO SYNDRÓMU V PROSTREDÍ KÚPEĽOV	12
Výživa	
MIKLIANOVÁ Adriana (školiťel': PhDr. Mária Manková, PhD.)	
MODERNÉ ŠKOLSKÉ STRAVOVANIE.....	21
MAGYAR Matyas dipl.s.(školiťel': PhDr. Mária Manková, PhD.)	
RIZIKÁ SÚVISIACE S NESPRÁVNOU VÝŽIVOU U GERONTOPSYCHIATRICKÝCH PACIENTOV	38
MALČEKOVÁ Aneta (školiťel': PhDr. Mária Manková, PhD.)	
RIZIKOVÉ FAKTORY PRI OCHORENIACH KARDIOVAKULARNÉHO SYSTÉMU	52
PALAŠČÁKOVÁ Daniela (školiťel': PhDr. Mária Manková, PhD.)	
STRAVOVACIE NÁVYKY U ŠKOLOPOVINNÝCH DETÍ A ŠKOLSKÉ STRAVOVANIE V PRAXI.	67
Fyzioterapia	
BIDYUK Olha (školiťel': Assoc. Prof. Marianna I. Klyap, PhD.)	
ON THE QUESTION OF PARENTS PARTICIPATION IN EFFECTIVE CORRECTIONAL WORK WITH CHILDREN WITH INTELLECTUAL DISABILITIES	84
MANZULYCH Lilia (školiťel': Assoc. Prof. Natalia Semal, PhD.)	
USING SPECIALITIES OF PHYSICAL REHABILITATION METHODS BY OVERWEIGHT WOMEN AGED 40-45 YEARS OLD.....	97

SEKCIA – ŠTUDENTI MAGISTERSKÉHO STUPŇA ŠTÚDIA

Verejné zdravotníctvo 112

JOVBAK Maryana, Bc. (školiteľ: prof. Gennadiy Slabkiy, PhD.)

THE USE OF PSYCHOACTIVE SUBSTANCES BY THE INHABITANTS OF
TRANSCARPATHIAN REGION AS THE PROBLEM OF PUBLIC HEALTH
SYSTEM 113

**KABATSIY Nataliya, Bc., LEVKO Lesja, Bc. (školiteľ: prof. Gennadiy
Slabkiy, PhD.)**

PROVISION OF DISABLED PERSONS WITH MEDICO-SOCIAL SERVICES:
THE NEED AND THE WAYS OF SOLUTION FOR THE PROBLEM 131

BABYCH Kateryna, Bc. (školiteľ: prof. Ivan Mironyuk, PhD.)

ANALYSIS OF INDIVIDUAL EPIDEMIOLOGICAL INDICATORS OF
VISION-RELATED DISEASES AMONG CHILDREN OF
TRANSCARPATHIAN REGION OF UKRAINE 147

**DUDASH Gabriella, Bc., KHODAKOVSKA Nadiya, Bc. (školiteľ: Assoc.
Prof. Valeriya Brych)**

OPPORTUNITIES TO USE INFORMATION AND COMMUNICATION
CHANNELS TO PROMOTE HEALTHCARE AMONG DIFFERENT AGE
GROUPS 160

Fyzioterapia

**BONDARENKO O. Valeryia, Bc. (školiteľ: Assoc. Prof. Lyudmila P. Rusyn,
PhD.)**

PRINCIPLES OF DEVELOPMENT OF HIGHER NURSING EDUCATION IN
UKRAINE 173

KHODAKOVSKA Y. Nadiya, Bc. (školiteľ: Yuliya V. Dutkevych-Ivanska)

PUBLIC NURSING MANAGEMENT SYSTEM IN UKRAINE 186

LEHEZA M. Roman, Bc. (školiteľ: Doc. Yaroslav F. Filak, PhD.)

KINESIOTHERAPY METHODS FOR IMPROVING OF THE PARETIC ARM
FUNCTIONING AT THE PATIENTS AFTER STROKE 197

PETRISHKA V. Adriana, Bc. (školiteľ: Marianna V. Sabadoch, PhD.)

IMPACT OF EARLY INTERVENTION PROGRAM ON THE LIFE QUALITY
OF CHILDREN WITH DEVELOPMENTAL DISABILITIES 209

SEKCIA – ŠTUDENTI DOKTORANDSKÉHO STUPŇA ŠTÚDIA

Ošetrovateľstvo222

NEMČÍKOVÁ Miroslava, PhD. (školiťel': doc. PhD. Anna Murgová, PhD.)
SOMATICKÁ STIMULÁCIA V KONCEPTE BAZÁLNEJ STIMULÁCIE223

ŠULCOVÁ Jana, PhD. (školiťel': doc. PhD. Anna Murgová, PhD.)
RIZIKOVÉ FAKTORY SPRÁVANIA A POSTOJOV PACIENTOV K
PREVENCIU, VZNIKU A PROGNOZE AKÚTNEHO KORONÁRNEHO
SYNDRÓMU V KONTEXTE OŠETROVATEĽSTVA.....236

**IVANKOVÁ Viera, PhD. (školiťel': doc. MUDr. Mária Belovičová,
PhD.mim. prof.)**
KLOSTRÍDIOVÉ INFEKČIE V KONTEXTE BEZPEČNOSTI PACIENTA
Z POHLADU SEŠTIER245

HUDÁKOVÁ Tatiana, PhD. (školiťel': doc. PhD. Mária Popovičová, PhD.)
PREVENČIA VENTILÁTOROVEJ PNEUMÓNIE NA INTENZÍVNYCH
ODDELENIACH Z POHLADU OŠETROVATEĽSTVA263

Verejné zdravotníctvo

**BALÁŽOVÁ Ivana, Mgr. (školiťel': doc. MUDr. Mária Belovičová, PhD.
mim. prof.)**
CHRONICKÉ VÍRUSOVÉ HEPATITÍDY B A C - VÝZVA PRE
VEREJNÉZDRAVOTNÍCTVO276

Sociálna práca

KOLTÁŠ Marek, PhD. (školiťel': doc. PhD. Stanislava Hunyadiová, PhD.)
VÝNIMOČNOSŤ HELENY MIŠURDOVEJ - DRŽITEĽKY MEDAILY
FLORENCE NIGHTINGALEOVEJ287

PREDSLOV

Zborník z II. Medzinárodnej študentskej vedeckej a odbornej konferencie obsahuje odborné práce zo študijných odborov Ošetrovateľstvo, Výživa, Fyzioterapia, Verejné zdravotníctvo a Sociálna práca v bakalárskom, magisterskom a doktorandskom stupni štúdia.

Samotná konferencia mala byť v termíne 06. 03. 2020, avšak z dôvodu ochorenia COVID-19 spôsobeným koronavírusom SARS-CoV-2 na území Slovenskej republiky sme konanie konferencie preložili na 12. 10. 2020.

Veľmi sa tešíme, že na konferenciu sa prihlásili aj študenti z Užhorodskej národnej univerzity, konkrétne z Fakulty zdravotníctva a telesnej výchovy pod vedením dekana tejto fakulty doc. MUDr. Ivana Svjatoslavcha MYRONYUKA, PhD. mim. prof. Veríme, že naši hostia zo zahraničia budú prezentovať svoje práce, keď to nebude možné prezenčne, tak online.

Cieľom medzinárodnej študentskej konferencie je dať priestor študentom, aby prezentovali svoje výskumné práce, aby sa inšpirovali prácami svojich zahraničných kolegov a kolegýň a aby sa aj ľudsky stretli a vymenili si svoje skúsenosti z akademického prostredia. Zborník obsahuje 21 prác, z toho je 10 zahraničných prác a 11 domácich. Obsahovo sa práce zameriavajú na:

- ♣ prevenciu pacientov metabolického syndrómu,
- ♣ moderné školské stravovanie, stravovacie návyky školopovinných detí,
- ♣ riziká súvisiace s nesprávnou výživou,
- ♣ rehabilitácie žien s nadváhou vo veku od 45-50 rokov,
- ♣ riziko psychoaktívnych látok v Karpatiskom regióne,
- ♣ poskytovanie zdravotno-sociálnych služieb pre zdravotne postihnuté osoby,
- ♣ analýza epidemiologických ukazovateľov u detí v Transkarpatiskom regióne Ukrajiny,
- ♣ somatickú stimuláciu v koncepte bazálnej stimulácie,
- ♣ rizikové faktory správania pacientov akútneho koronárneho syndrómu,
- ♣ klostridiové infekcie,
- ♣ prevencie ventilátorovej pneumónie,
- ♣ chronické vírusové hepatitidy Ba C
- ♣ osobnosť Heleny Mišurdovej.

Prace zahraničných a našich študentov svedčia o ich zanietenom úsilí participovať na vedeckom výskume v jednotlivých študijných odboroch pod vedením skúsených pedagógov. V praxi potrebujeme zanietených odborníkov, ktorí by nielen ličili chorobu a riešili sociálny problém, ale holistický vnímali každého pacienta/klienta.

Peter Vansač

SEKCIA – ŠTUDENTI BAKALÁRSKEHO STUPŇA ŠTÚDIA
Ošetrovateľstvo, Výživa, Fyzioterapia

PREVENCIA METABOLICKÉHO SYNDRÓMU V PROSTREDÍ

KÚPEĽOV

THE PREVENTION OF METABOLIC SYNDROME IN SPA FACILITIES

Veronika Petreková,

Školiteľ: Mária Belovičová

ABSTRAKT

V bakalárskej práci chceme riešiť informovanosť a znalosti pacientov o metabolickom syndróme. Prvá kapitola charakterizuje samotné ochorenie metabolický syndróm, jeho etiológiu, diagnostiku, liečbu. V druhej kapitole sa venujeme prevencii metabolického syndrómu a úlohou sestry pri jej realizácii, opisom kúpeľnej liečby a liečebno-preventívneho programu Obezita. V tretej kapitole hovoríme o metodike bakalárskej práci, prieskume, o informovanosti pacienta o ochorení metabolický syndróm. V štvrtej kapitole vyhodnocujeme získané výsledky z dotazníka vlastnej konštrukcie a prichádzame s návrhmi riešení zistených nedostatkov. V závere bakalárskej práce je zahrnutá diskusia, po ktorej nasledujú odporúčania pre prax a záver, ktorý sumarizuje všetky získané poznatky.

Kľúčové slová práce:

Metabolický syndróm. Body mass index. Obezita a stukovatenie pečene. Arteriálna hypertenzia. Diabetes mellitus 2 typu. Hypercholesterolémia. Prevencia.

ABSTRACT

The aim of this bachelor's thesis is to explore the actual level of patient's basic knowledge about metabolic syndrome. The first chapter gives an overview of metabolic syndrome, its aetiology, the diagnostic process and therapy. In the second chapter we pay attention to prevention of this disease and the key role of a nurse in this process, we give a brief description of spa therapy and its special programme called Obesity. In the third chapter we discuss methodology used in this thesis and the research we did into patient's knowledge about metabolic syndrome in a form of a survey. The result of this survey is then summed up in the fourth chapter, where we present our recommendations on solving issues that arose in the survey. The conclusion consists of discussion, after that we summarise acquired knowledge of actual situation and recommendations for practice based on that.

Key words:

Metabolic syndrome. Body mass index. Obesity and hepatic steatosis. Arterial hypertension. Diabetes mellitus type II. Hypercholesterolemia. Prevention.

ÚVOD

„Ak by sme mohli dať každému jednotlivcovi správne množstvo výživy a cvičenia, nie málo, a nie veľa, našli by sme najbezpečnejší spôsob, ako byť zdravý.“ (Hippocrates).

Témou bakalárskej práce je Prevencia metabolického syndrómu v prostredí kúpeľov. Metabolický syndróm sa v súčasnosti stáva jedným z najrozšírenejších ochorení na svete. Definuje sa ako nie náhodný spoločný výskyt porúch metabolizmu, ktoré súvisia s arteriálnou hypertenziou, s ochorením diabetes mellitus 2. typu, s inzulínovou rezistenciou, so zvýšenou hodnotou hladiny triacylglycerolov v krvi, s obezitou v kombinácii s inými ovplyvniteľnými ale aj neovplyvniteľnými rizikovými faktormi, ktoré podporujú riziko vzniku ďalších, vážnejších ochorení. (Svačina, 2006). Toto vo svete pomerne nové ochorenie sa zaradzuje medzi civilizačné ochorenia. Metabolický syndróm býva známy najčastejšie pod názvami syndróm X, Reavenov syndróm, syndróm inzulínovej rezistencie alebo smrtiace kvarteto. Podľa odbornej literatúry sa uvádza, že ak pacient, trpí aspoň tromi z týchto ochorení, je považovaný za pacienta s ochorením metabolickým syndrómom. V literatúre o metabolickom syndróme už teraz môžeme čítať o tom, že ochorenie postihuje viac ako 30% dospelaj populácie v Severnej Afrike a v Európe. (Svačina, 2006).

„Nedávno uskutočnená multicentrická skríningová štúdia „Prevalencia diabetes mellitus a metabolického syndrómu na Slovensku“, potvrdila, že až 20 % slovenskej populácie spĺňa kritéria metabolického syndrómu. Zarážajúci je zvýšený výskyt obezity už aj v adolescentnom a mladšom dospelom veku, ktorý sa pravdepodobne odrazí aj na zvýšení incidencie metabolického syndrómu v budúcnosti.“ (Lenhartová, 2014, s. 9).

V dnešnej dobe poznáme epidemiológiu a patofyziológiu tohto ochorenia, dokonca poznáme možnosti liečby všetkých zložiek metabolického syndrómu, bohužiaľ aj napriek tomu, že o tom všetkom máme poznatky, nie je pojem metabolický syndróm rozšírený medzi pacientmi a tak sa veľakrát dostávame do situácii, kedy toto ochorenie nie je diagnostikované, liečené a preto môže byť a vo väčšine prípadov aj je pre pacienta smrteľné. Vzhľadom k tomu, že najlepšou liečbou pacienta je samostatná prevencia ochorenia, rozhodli sme sa v bakalárskej práci práve pre informovanosť a prevenciu tohto civilizačného ochorenia. Pri spracovaní bakalárskej práce sme použili metódu dotazníkového šetrenia. Vyhotovali sme dotazník vlastnej konštrukcie, ktorý bol anonymný a

ktorý sme rozdali prieskumnej vzorke, pacientom/ klientom v kúpeľoch Vyšné Ružbachy. Zamerali sme sa na pacientov a ich informovanosť o ochorení metabolický syndróm, ich životospráve a životnom štýle a následne sme urobili rozbor dotazníka. Spracovali sme všetky odpovede , vytvorili sme tabuľky a výsledky sme zaznamenali.

Posledné strany práce tvorí diskusia, na ktorú nadväzujú odporúčania pre prax. Bakalárska práca je ukončená záverom, v ktorom sme zhrnuli všetky svoje zistenia a poznatky a pripojili sme zoznam použitej literatúry.

Ciele našej bakalárskej práce sú :

- Poukázať na význam ošetrovateľstva v prevencii tohto závažného civilizačného ochorenia.
- Zistiť, či si pacienti vedia vypočítať svoje BMI a či sú oboznámený s kategóriami BMI.
- Zistiť koľko pacientov si uvedomuje , že trpí obezitou.
- V akej miere pacienti samostatne podnikajú kroky k prevencii ochorenia metabolický syndróm.
- Zistiť vplyv polymorbidity na rozvoj metabolického syndrómu u pacienta.
- Preveriť, aký vplyv má pohybová aktivita a zdravá životospráva a životný štýl na ochorenie metabolický syndróm.
- Prezentovať aktuálne poznatky o ochorení metabolický syndróm a porovnať ich už o získanými informáciami.
- Zistiť, či sú pacienti ochotní získavať informácie o metabolickom syndróme pomocou edukačnej prednášky alebo letákov.

Hypotézy prieskumu:

H1 : Poznatky o hodnotách svojho BMI a TK sú viac známe u pacientov s vyšším vzdelaním.

H2 : Poznatky o metabolickom syndróme a jeho zaradení medzi civilizačné ochorenia budú vyššie u pacientov s vyšším vzdelaním

H3 : Fyzickým aktivitám sa venujú viac pacienti s vyšším vzdelaním

H4 : Racionálne stravovanie bude významnejšie u pacientov ženského pohlavia

H5 : Možnosti liečby metabolického syndrómu budú viac známe respondentom s vyšším vzdelaním

H6 : H2 : Poznatky o metabolickom syndróme a jeho zaradení medzi civilizačné ochorenia budú vyššie u pacientov s vyšším vekom

H7 : Uvedomenie si ohrozenia metabolickým syndrómom je vyššie u polymorbídnych pacientov

Metóda prieskumu

Ako hlavnú metódu bakalárskej práce sme využili dotazník. Táto metóda sa nám zdala najefektívnejšia vzhľadom k tomu, že sme mohli za krátky čas získať dostatočné množstvo respondentov. Dotazník bol anonymný, každý kto dotazník dostal a vyplňal mal čas na rozmyslenie. Dotazníky sme rozdávali osobne v príjmovej ambulancii, kde sme respondentov s týmto dotazníkom oboznámili a prízvukovali sme, že aj keby odpovedia na otázku nesprávne nič sa nestane, dôležité je, aby odpovedali pravdivo. Dotazník pozostával z 23 otázok, ktoré boli zamerané na životný štýl, ochorenia pacientov/ klientov a na ich vedomosť, nevedomosť o metabolickom syndróme. Zoradenie dotazníkov bolo nasmerované od ľahkých otázok ako pohlavie, vek, vzdelanie, BMI alebo TK pacienta/ klienta aby sme pacienta/ klienta, ktorý nám dotazník vyplňal neodradili hneď na začiatku. Dotazník pokračoval otázkami o denných činnostiach, o konzumácii zeleniny alebo ovocia, športových aktivitách a potom aj o poskytnutí informácií o zdravotnom stave pacienta/ klienta, napríklad o ochoreniach, na ktoré sa pacient/ klient lieči. Chceli sme aby sa v dotazníku pacient/klient vyjadril aj metabolickému syndrómu. Pýtali sme sa či pozná pojem metabolický syndróm, či má o tomto ochorení nejaké informácie, či vie, aké ochorenia metabolický syndróm spôsobujú.

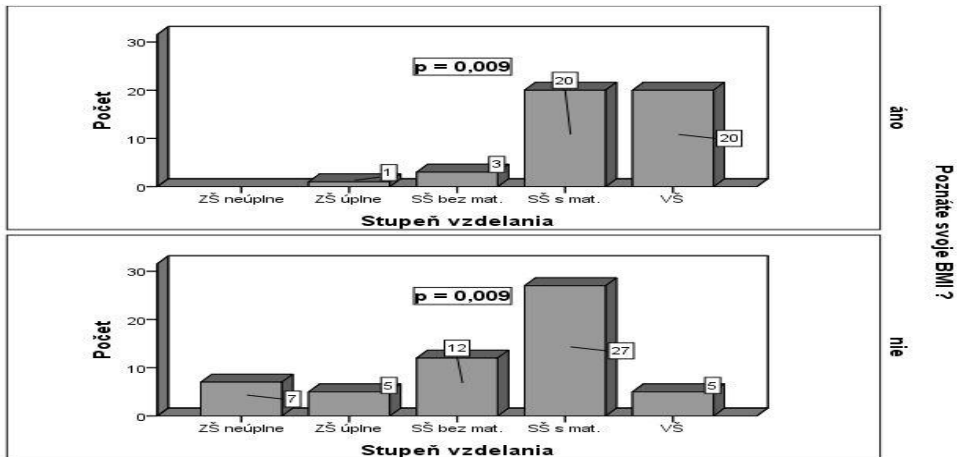
Charakteristika prieskumnej vzorky

Základný súbor, prieskumná vzorka bola tvorená pacientmi / klientmi v kúpeľoch Vyšné Ružbachy. Prieskumný súbor sa skladal zo 100 respondentov, tvorili ho muži aj ženy rôznej vekovej kategórie aj vzdelania. Výber našich respondentov bol zámerný, všetci respondenti totiž boli pacienti ale aj klienti na liečebných a rekondičných pobytoch. Pacienti boli disciplinovaní, na vyplňaní dotazníka sa zúčastniť chceli.

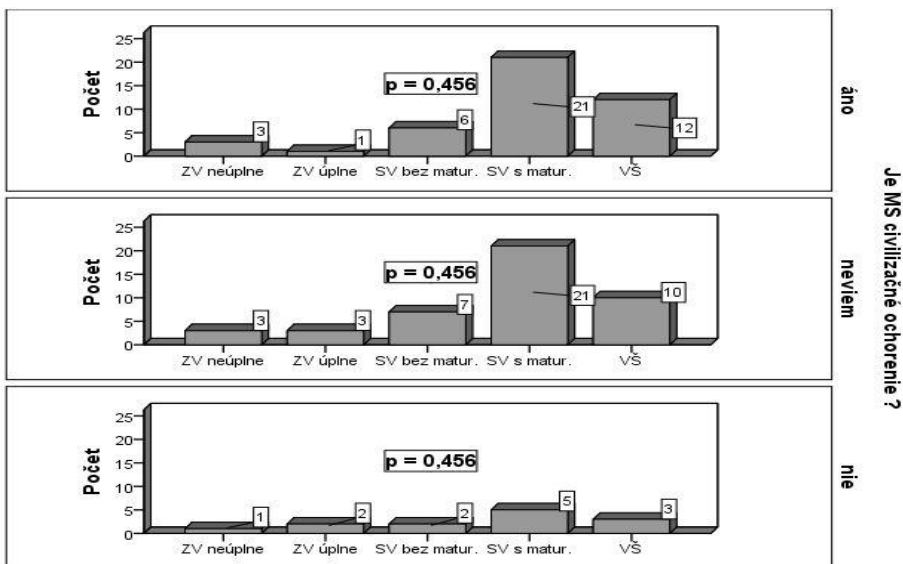
Analýza výsledkov

Vzhľadom na obmedzený počet strán v publikácii sme sa rozhodli analýzu výsledkov zhrnúť v diskusii. V analýze výsledkov sme zoradili 3 pre našu prácu dôležité grafy vyplývajúce z odpovedí pacientov/klientov v dotazníku.

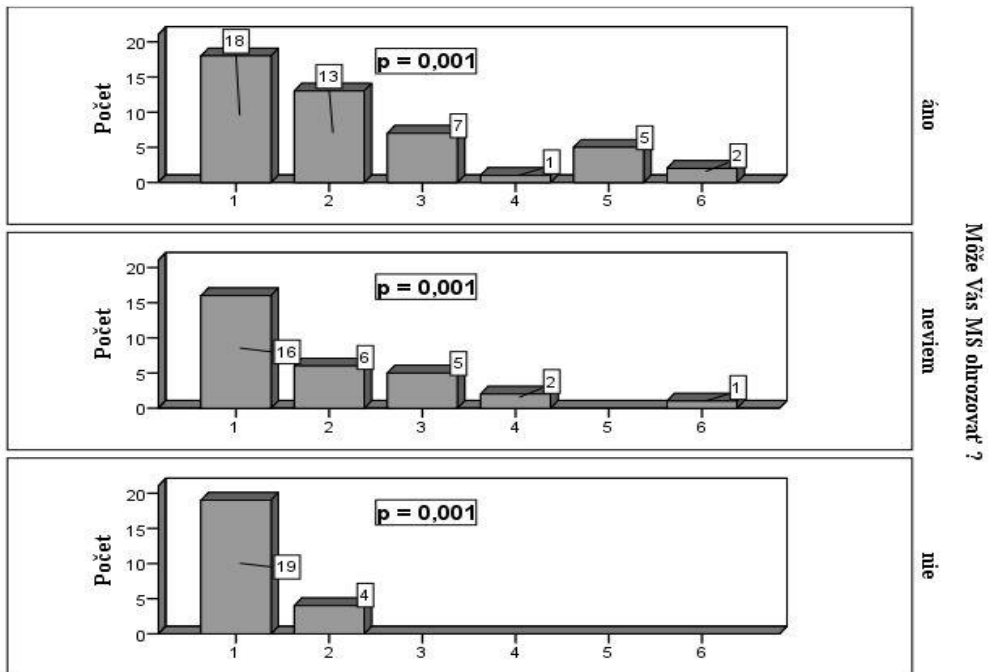
Znalosť hodnoty BMI u žien a mužov v porovnaní so stupňom vzdelania



Porovnanie odpovedí v súvislosti so vzdelaním na otázku Je metabolický syndróm civilizačné ochorenie ?



Môžeme vidieť, že väčšina respondentov si uvedomuje ohrozenie metabolickým syndrómom, bez ohľadu na vek, vzdelanie, choroby. Metabolický syndróm si totiž nevyberá.



DISKUSIA

Medzi najdôležitejšie ciele našej bakalárskej práce bolo poukázať na význam ošetrovateľstva v prevencii tohto závažného civilizačného ochorenia, prezentovať aktuálne poznatky o ochorení metabolický syndróm a porovnať ich zo získanými informáciami.

Na začiatku písania bakalárskej práce sme si stanovili hypotézy, bolo ich sedem. Každú hypotézu sme starostlivo prebrali a skontrolovali a dosiahli sme výsledky, ktoré sú zaznamenané v práci.

V hypotéze H1 sme riešili poznatky o hodnotách vitálnych funkcií u pacientov/klientov s vyšším vzdelaním ,táto hypotéza sa u nás potvrdila, vyššiu úroveň poznatkov o svojom zdravotnom stave majú pacienti/klienti, ktorí majú vyššie vzdelanie. Títo pacienti/klienti majú mnohokrát menej fyzicky náročnú prácu, majú čas sa sústrediť na svoj zdravotný stav a venovať viac času na vzdelávanie sa v určitej oblasti, u každého individuálnej podľa zdravotného stavu. Môžu sa zaoberať zdravým životným štýlom či už je to zdravá strava, pohyb na čerstvom vzduchu , psychohygiena alebo relax.

Hypotéza H2 , poznatky o metabolickom syndróme a jeho zaradení medzi civilizačné ochorenia budú vyššie u pacientov/klientov s vyšším vzdelaním. Pri tejto hypotéze sa nám naše tvrdenie potvrdilo len v otázke Poznáte metabolický

syndróm? Kde znenie H0 bolo, že poznatky o MS budú nezávislé od vzdelania. V tejto otázke bola H0 odmietnutá, pretože z tabuľky vyplynulo, že poznatky o ochorení metabolický syndróm sú nezávislé od vzdelania. V otázke Je metabolický syndróm civilizačné ochorenie a v otázke Ktoré ochorenia patria do metabolického syndrómu sa hypotéza H2 nepotvrdila. Naopak, autorka Dagmar Lenhartová, uvádza v svojej práci z roku 2014, záznam o tom, že informácie o metabolickom syndróme sú na vzdelaní závislé. (Lenhartová, 2014). Oponujeme teda autorke, pretože sa podľa našich zistení preukázalo, že niekedy to, že je človek vzdelaný nemusí znamenať aj to, že všetko vie. Každého človeka zaujíma niečo iné, nie každý sa zaujíma dokonale o svoj zdravotný stav a o ochorenia, ktoré vládnu svetu a ktorými trpí čoraz viac ľudí. Zároveň je to jednoznačný varovný signál, že informovanosť medzi pacientmi/ klientmi o ochorení, ktoré začína byť v civilizácií skoro tak bežné, ako chrípka je stále málo informácií a je málo propagované.

Na hypotézu H2 by som nadviazala hypotézou H3, ktorá hovorí o tom, že fyzickým aktivitám sa venujú viac pacienti/klienti s vyšším vzdelaním a zároveň by som zhodnotila aj hypotézu H4 o tom, že racionálne stravovanie bude významnejším elementom u pacientov/klientov ženského pohlavia. Obe hypotézy ako H3, aj H4 sa potvrdili. Môžeme s určitosťou povedať, že podľa nami vyhodnotených tabuliek je zreteľne jasné, že pacienti/ klienti z vyšším vzdelaním sa viac venujú fyzickým voľno- časovým aktivitám, športu či už aktívne alebo rekreačne a tým ovplyvňujú aj svoje stravovacie návyky a majú racionálnu pomerne zdravú, vyváženú stravu. Ženské pohlavie sa stravuje o čosi zdravšie, strava žien je pestrejšia. Tvorí ju viac zeleniny a ovocia ako stravu mužov, kde sa naopak môžeme stretávať s častejšou konzumáciou mäsitých pokrmov.

Hypotéza H5 hovorí o možnostiach liečby metabolického syndrómu, ktoré budú viac známe respondentom s vyšším vzdelaním. Z vyhodnotení v tabuľkách pri odpovediach na otázky Poznáte možnosti liečby MS a Chcete vedieť viac o MS sme zistili, že hoci niektorí z pacientov/ klientov z našej prieskumnej vzorky možno nevedeli o možnostiach liečby metabolického syndrómu ale zdravým, ba priam sedliackym rozumom prišli nato, že niekedy stačí zdravá, vyvážená strava, pohyb a relax a ochorenie, ktorým môže momentálne niekto z pacientov/klientov trpieť sa buď spomalí alebo postupom času zmizne. Vo všeobecnosti však musíme potvrdiť, že aj napriek tomu, že pár pacientom/klientom sa podarilo na túto otázku odpovedať správne, najväčšiu úspešnosť pri doplnení odpovede na nami položenú otázku však mali pacienti/klienti s vyšším, vysokoškolským vzdelaním. Pri otázke či sa chcú pacienti/klienti dozvedieť viac o metabolickom syndróme bola odpoveď „áno“ výraznejšia u respondentov s vyšším vzdelaním. Vieme povedať, že H 5 sa potvrdila.

V tomto bode je podľa nás dôležité, aby sa do procesu zapojila zdravotná sestra, ktorá bude mať za úlohu nie len získať si dôveru pacienta, ale aj odbúrať strach pacienta z neznámeho, pretože sa stále častejšie stretávame u pacientov s reakciami takými, že sa neboja samotného ochorenia ale toho, že sú v nevedomosti, nevedia o ďalšom postupe, nemajú odkiaľ získať informácie a prepadajú bezradnosti.“

Hypotéza H6 v niektorých veciach nadväzuje na H2 ale v H6 sme informovali o tom, že poznatky o metabolickom syndróme a jeho zaradení medzi civilizačné ochorenia budú vyššie u pacientov s vyšším vekom. Ukázalo sa, že znalosti pacientov/ klientov sú nezávislé od veku, takže zvyšovanie zdravotnej gramotnosti je určite užitočné a potrebné v celej populácii, nie len vo vybraných vekových skupinách. Týmto konštatujeme, že hypotéza H6 sa nepotvrdila a znalosti o MS sú nezávislé od veku pacientov/klientov.

Nemyslíme si, že bez informácií o ochoreniach, ktoré môžu starších pacientov/ klientov postihnúť vedľa niečo urobiť pre svoje zdravie a tak sa vyhnúť ochoreniam, ktoré spôsobujú metabolický syndróm alebo samotnému MS.

Posledná hypotéza H 7 hovorí o tom, že uvedomenie si ohrozenia ochorením MS je vyššie u polymorbidných pacientov/klientov. Spracovaná hypotéza sa potvrdila. Podľa odpovedí v spracovaných dotazníkoch pacienti/klienti s vyšším počtom diagnóz si výraznejšie uvedomujú ohrozenie ochorením MS.

Považujeme za potrebné zrealizovať ešte ďalšie výskumy zamerané na danú problematiku, hľadať efektívne cesty pre vzdelávanie všetkých skupín bez rozdielu vo veku, pohlaví, vzdelaní, rase, v sociálnej alebo ekonomickej situácii, vytvárať metodické materiály a sprostredkovať ich nie len lekárom, sestrám a zdravotníckemu personálu ale aj pacientom a laickej verejnosti.

ZÁVER

V závere našej práce sme dospeli k tomu, že je dôležité poukazovať na význam v prevencii metabolického syndrómu a ochorení, ktoré metabolický syndróm tvoria. Väčšina z nami oslovených pacientov uviedlo, že si svoje BMI nevie vypočítať, tým pádom ani nemajú prehľad, v ktorej kategórii BMI sa nachádzajú a takto sa stane, že sa ľudia kontrolujú iba odhadom, no čísla v tabuľkách pre BMI jednoznačne hovoria o tom, že väčšina nami oslovených ľudí trpí buď nadváhou alebo obezitou, ale tým, že o hodnotách v tabuľke nemajú informácie a nevedia sa priradiť do určitej skupiny.

V práci sme sa rozhodli prezentovať aktuálne poznatky o ochorení metabolický syndróm z odbornej literatúry a porovnať ich zo získanými informáciami. Okrem iného sme zistili, že viac ako polovica z respondentov, ktorá nám vyplnila náš dotazník je ochotná získať informácie o metabolickom syndróme pomocou

edukačnej prednášky alebo letáčikov. Je to pozitívne zistenie a dáva nám nádej, že pacienti/ klienti sa chcú dozvedieť nové informácie o ochorení, ktoré by sa na svete nemuselo šíriť ale bohužiaľ, je jeho prevalencia vysoká nie len u nás na Slovensku ale aj v zahraničí. Pacienti by mali vedieť, že vplyv vykonanej fyzickej aktivity má priaznivé účinky nie len na telesné ale aj duševné zdravie. Aj keď sa budeme snažiť šíriť osvetu o metabolickom syndróme a prevencii jeho vzniku musíme mať na pamäti, že je na rozhodnutí každého z pacientov/ klientov, či sa rozhodne pre zmenu životného štýlu, životosprávy, udržanie fyzickej aj psychickej kondície a zlepšenie zdravotného stavu. V neposlednom rade, by sme chceli pripomenúť, že tým, že sa pacient/klient odhodlá na cestu k zmene svojho života má za sebou už malý krôčik k úspechu.

Dôležité je byť pripravený na seba pracovať, nájsť si v cvičení a zdravom životnom štýle záľubu, snažiť sa poučiť zo svojich chýb, ktoré predchádzali a viedli k vzniku ochorenia, mať vzor a cieľ, vytrvať a pokiaľ sa dá byť čo najviac disciplinovaný.

ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY

- BELOVIČOVÁ, M. 2012. *Zdravé jedlo pre vašu pečeň*. Bardejovské Kúpele: Bardejovské Kúpele, 2012. 94s. ISBN 978-80-8944-016-0.
- LENHARTOVÁ, D. 2014. *Metabolický syndróm a cievy* : Diplomová práca. Bratislava: Univerzita Komenského v Bratislave LF, 2014. 54s.
- LAUKOVÁ, J.-MELICHOVÁ, A.- TURÁNEKOVÁ, Z. 2020. *Manažment ošetrovateľskej starostlivosti u pacientov s metabolickým syndrómom*, Ošetrovateľstvo a pôrodná asistancia, 2020, 01/2020, 30s. ISSN 1339-5920.
- SVAČINA, Š. a kol. 2006. *Metabolický syndróm*. 3. rozšírené vydanie . Praha: TRITON, 2006. 282s. ISBN 978-80-7254-782-8.
- WILLIAM, A. 2019. *Záchrana pečene*. 4.diel série Medicínske Médium. Bratislava: Tatran, 2019. 480s. ISBN 978-80-2220-985-4.

Kontakt na autora:

Veronika Petreková- študentka

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

Ústav sociálnych vied a zdravotníctva bl. P.P. Gojdiča a V. Hopku, Spišská Nová Ves - Prešov

veronikape76@centrum.sk

MODERNÉ ŠKOLSKÉ STRAVOVANIE

MODERN SCHOOL MEALS

Adriana Miklianová

Školiteľ: Mária Manková

ABSTRAKT

Zmena systému skladby jedálnych lístkov v školskom stravovaní a nastavenie tzv. reformnej cesty podľa Nutričného modelu, v ktorom Svetová zdravotnícka organizácia (WHO) zadefinovala zvýšenie podielu rastlinných zdrojov bielkovín na úkor živočíšnych zdrojov bielkovín vo výžive detí. Vypracovanie zásady na zostavovanie jedálnych lístkov podľa najnovších výživových trendov má v školskom stravovaní podporiť celosvetový trend postupného procesu kvalitatívnej reformy obsahu školského stravovania na báze vedeckých výskumov a odporúčaní Svetovej zdravotníckej organizácie (WHO).

Kľúčové slová

Školské stravovanie. Potraviny. Kvalita. Deti. Jedálny lístok.

ABSTRAKT

Change in system of menus in school boarding, and setting a reformed path according to a nutrition model, in which World Health Organization (WHO) defined share increase in vegetal sources as protein in expense of animal sources as proteins, in nourishment of children. Processed principal for composition of menus according to the newest nourishment trends, is supposed to support worldwide trend of gradual process in reform of the school boarding contents on basis of scientific research and recommendation of World Health Organization (WHO).

Keywords

School meals. Food. Quality. Children. School menu.

ÚVOD

Revolúcia školského stravovania spočíva v pestrých jedlách z kvalitných surovín. V časech čoraz rozšírenejšej obezity detí a rozmachu fastfoodov, sladených jedál a nápojov, je potrebné žiakov aj kuchárky v školských jedálňach nadchnúť pre zdravú stravu z kvalitných surovín. O problematike stravovania detí sa síce všade veľa debatuje, no faktov a najmä reálnych aktivít v praxi je stále málo, hoci záležať na zdravej strave by malo každému rodičovi a každej škole.

Školské jedálne kdekoli na svete majú ťažkú úlohu - chodia k nim deti z rôznych sociálnych zázemí a z rôznych rodín. Niekde môže byť zdravé stravovanie súčasťou výchovy, inde o ňom rodičia nechcú ani počuť. Veď majú dosť iných starostí. Do toho vstupujú aj objektívne faktory ako stanovený rozpočet na jedlo a prísne ministerské pravidlá.

Detské chute treba naučiť zdravej strave pomaly, systematicky a s citom.

Zásady školského stravovania

Materiálno-spotrebné normy a receptúry charakterizujú príslušnú územnú oblasť pre školské stravovanie (ďalej len MSN) a aplikáciu princípov ich používania v kontexte zásad na zostavovanie jedálnych lístkov. MSN majú záväzný charakter pre všetky zariadenia školského stravovania zaradené v sieti škôl a školských zariadení Slovenskej republiky s prípustnou toleranciou použitia, ktorá je uvedená v jednotlivých ustanoveniach aplikácie princípov. Zásady na zostavovanie jedálnych lístkov tvoria súčasť tohto materiálu. Pre deti a žiakov, pri ktorých podľa posúdenia ošetrojúceho lekára si zdravotný stav žiaka alebo dieťaťa vyžaduje osobitné stravovanie vydalo ministerstvo Materiálno-spotrebné normy a receptúry pre diétny stravovací systém v školskom stravovaní v roku 2008 (CD-2008-809/1771-1:918) pre tri druhy diét a moderné materiálno-spotrebné normy a receptúry pre školské stravovanie. Na základe opakovaných žiadostí a pripomienky rodičovskej verejnosti sa v školskom stravovaní zavádza možnosť zabezpečovať diétu s laktózovou intoleranciou s účinnosťou od 01. 01. 2020.

Obezita u detí

Kvalitné a vhodné jedlo je základom zdravia dieťaťa vo vývoji. Nesprávne stravovanie detí môže mať za dôsledok množstvo zdravotných ťažkostí. "Alarmujúci je fakt, že každé desiate dieťa na Slovensku je obézne. Obezita nie je len problém estetický či spoločenský, obezita je závažné ochorenie, ktoré znižuje kvalitu života a život ako taký aj skracaje," hovoria dietológovia.

S obezitou je spojené množstvo rizík: "Pri konzumácii jedál s vysokým obsahom tukov, cukrov, či nadmernej konzumácii soli sa zvyšuje riziko vzniku vysokého krvného tlaku, vysokého cholesterolu a neskôr aj aterosklerózy. Jedným zo závažných rizík je rozvoj cukrovky druhého typu, ktorá sa spája s prítomnosťou nadváhy a obezity. Ide o choroby, ktoré si spájame najmä so stredným, či vyšším vekom, žiaľ, v dnešnej dobe sa s nimi stretávame už aj u detí. Problémy s hmotnosťou otvárajú dvere vzniku ďalších početných ochorení, ktoré môžu postihovať srdce, pečeň, obličky aj pohybový aparát,". Úpravou životosprávy sa týmto ochoreniam dá vyhnúť a najmä v detskom veku je možné ich úplne vyliečiť.

Strava v škole

Strava poskytovaná školským deťom musí:

- udržiavať schopnosť koncentrácie a učenie.
- prispievať celkovej vyváženej diéte a spĺňať nutričné požiadavky .
- pomáhať získaniu znalosti o potravinách , výžive a sociálnych aspektov jedla

Mnoho štátov na svete zabezpečuje stravu pre študentov .

Moderná praktická aplikácia

Základnou požiadavkou a úlohou v školskom stravovaní je zachovať výrobu jedál a nápojov z čerstvých surovín, používať potravinové komodity najvyššej kvality s vysledovateľnosťou pôvodu a s možnosťou využitia alternatívnych potravinových komodít z dôvodu personálnej a technologickej náročnosti a preukázateľných finančných úspor.

Jednotlivé receptúry sú vypracované pre 4 vekové skupiny stravníkov:

- dávky potravín pre vekovú skupinu A sú pre 2 až 5-ročné deti materských škôl,
- dávky potravín pre vekovú skupinu B sú pre 6 až 10-ročných žiakov základných škôl,
- dávky potravín pre vekovú skupinu C sú pre 11 až 15-ročných žiakov základných škôl,
- dávky potravín pre vekovú skupinu D sú pre 16 až 19-ročných žiakov stredných škôl a dospelých stravníkov.

Výživa detí

Z hľadiska výživy sa rozširuje príjem rôznych rastlinných a živočíšnych potravín, a preto už predškolskom veku musí dieťa získať od rodičov správne návyky na príjem všetkých druhov potravín ,ako aj správne časové rozdelenie jedál v priebehu dňa .

Všeobecne zvýšené nároky na množstvo energie a bielkovín u dospievajúcich stanoví len približne ,pričom sa kalkuluje aj s posunom asi dvoch rokov u chlapcov v porovnaní s dievčatami, keď sa zohľadňuje zrýchlený rast ,a teda aj vyššia potreba energie a proteínov .

Špecifické princípy modernej aplikácie

1. Pri príprave jedál a nápojov dodržiavať skladbu potravín a technologické postupy podľa vybranej receptúry MSN vydaných v roku 2018 a materiálo-spotrebných noriem a receptúr pre školské stravovanie vydaných v roku 2019 vrátane Špecifických princíпов aplikácie s preferovaním - biopotravín alebo

potravín ekologického poľnohospodárstva, - čerstvých produktov z regiónov, - potravín v ekologickom a veľkospotrebiteľskom balení (napr. jogurty a oleje iba v sklenenom veľkospotrebiteľskom balení, atď.).

2. Podmienkou pre aplikáciu moderného jedálneho lístka (ďalej len JL) je podiel rastlinných a živočíšnych zdrojov bielkovín 50:50 , postupné znižovanie živočíšnych bielkovín v pomere 40:60 v rámci mesačnej skladby JL.

3. Mliečne výrobky sa podávajú len v sortimente neochutené s možnosťou ochutenia čerstvým ovocím a v maximálnej hmotnosti jogurtov a jogurtových nápojov do 150 g/osobu.

4. Jedlá na výber sa v rámci moderného JL nepripravujú - okrem múčnych jedál, múčnych príloh, zeleninových oblôh, šalátov a nápojov, ktoré pripravujeme z dvoch druhov na výber. Napr. múčne jedlo na slano a na sladko v pomere 30:60 alebo podľa požiadaviek a finančných možností.

Požiadavky na kvalitu potravín podľa jednotlivých komodít

Potraviny pre školské stravovanie nakupovať v súlade s UV SR č. 168/2016 a materiálom pod názvom Zásady pre zvýšenie bezpečnosti a kvality nakupovaných potravín pre hromadné stravovanie. Preferovať nákup tovaru od regionálnych výrobcov a výrobcov so zvýšenou úrovňou kontroly, preukázanou certifikátmi kvality pre bezpečnosť potravín (IFS, BRC, ISO 14000 atď.) alebo udelenou značkou kvality SK na produkt, prípadne podobnou značkou, ktorá má v systéme intenzívnejšiu kontrolu autorizovanou kontrolnou inštitúciou.

Požiadavky na kvalitu hydinového mäsa a hydinových mäsových výrobkov **Hydinové mäso**

- uprednostňovať čerstvé, chladené mäso najmä z ekologických chovov, nezamieňať mäso za mäsové prípravky (výrobky bez prívlastkov krehčené, šŕavnaté, solené, do ktorých sú pridávané ďalšie ingrediencie),

- vyžadovať dodávku v lehote, v ktorej z doby spotreby vyznačenej na dodanom tovare neuplynula viac ako 1/3.

Vyžadovať doloženie nasledovných dokladov :

a) úradne overené rozhodnutie o schválení prevádzkarne ako hydinový bitúnok vydané Štátnou veterinárnou a potravinovou správou SR,

b) čestné prehlásenie dodávateľa, že bude dodávať iba tovar od výrobcu, od ktorého dodal rozhodnutie o schválení prevádzky podľa bodu a),

c) kópiu udeleného platného certifikátu bezpečnosti potravín (IFS, BRC, ISO 14000 atď.), alebo Značky kvality SK alebo podobnej značky, ktorá má v systéme intenzívnejšiu kontrolu autorizovanou kontrolnou inštitúciou.

Hydinové výrobky

- zohľadňovať percentuálny podiel mäsa v mäsových výrobkoch, napr. šunka – minimálny podiel mäsa 80%, párky – minimálny podiel mäsa 70%;

- vyžadovať dodávku v lehote, v ktorej z doby spotreby vyznačenej na dodanom tovare neuplynula viac ako 1/5.

Vyžadovať doloženie nasledovných dokladov :

a) úradne overené rozhodnutie o schválení prevádzkarne ako hydinový bitúnok a výroba hydinových mäsových výrobkov (kumulatívne), vydané Štátnou veterinárnou a potravinovou správou SR, pokiaľ výrobca nedisponuje vlastným hydinovým bitúnikom je potrebné dodať úradne overené rozhodnutie o schválení prevádzkarne na výrobu hydinových mäsových výrobkov vydané Štátnou veterinárnou a potravinovou správou SR spolu s úradne overeným rozhodnutím o schválení prevádzkarne ako hydinový bitúnok vydané Štátnou veterinárnou a potravinovou správou SR od dodávateľa suroviny,

b) čestné prehlásenie dodávateľa, že bude dodávať iba tovar od výrobcu, od ktorého dodal rozhodnutie o schválení prevádzky podľa bodu a),

c) kópiu udeleného platného certifikátu bezpečnosti potravín (IFS, BRC, ISO 14000 atď.) alebo pri modernom JL z ekologických chovov prípadne značky kvality SK alebo podobnej značky, ktorá má v systéme intenzívnejšiu kontrolu autorizovanou kontrolnou inštitúciou.

Požiadavky na kvalitu bravčového a hovädzieho mäsa

- nakupovať čerstvé chladené mäso, nie zmrazené, hlbokozmrazené ani rozmrazované mäso, (chladené mäso, ktoré vplyvom chladiaceho procesu nestuhlo - nebalené voľne uložené, alebo balené v ochrannej atmosfére plynu, balené alebo vákuovo balené),

- vyžadovať dodávku v lehote, v ktorej z doby spotreby vyznačenej na dodanom tovare neuplynula viac ako 1/3.

Vyžadovať doloženie nasledovných dokladov :

- úradne overené rozhodnutie o schválení prevádzkarne ako bitúnok vydané Štátnou veterinárnou a potravinovou správou SR,

- čestné prehlásenie dodávateľa, že bude dodávať iba tovar od výrobcu, od ktorého dodal rozhodnutie o schválení bitúnku podľa bodu a),

- kópiu udeleného platného certifikátu bezpečnosti potravín (IFS, BRC, ISO 14000 atď.) alebo Značky kvality SK alebo podobnej značky, ktorá má v systéme intenzívnejšiu kontrolu autorizovanou kontrolnou inštitúciou.

Požiadavky na kvalitu rýb a rybacích výrobkov

- preferovať morské ryby - čerstvé chladené, mrazené, hlbokozmrazené;

- uprednostňovať 100% rybacie mäso bez pridanej vody a aditívnych látok;
- pri zmrazených rybách sledovať percentuálny podiel glazúry v tolerancii najviac do 15%;

- v označení glazúrovaných produktov rybolovu sa uvádza netto hmotnosť produktu rybolovu v zmrazenom stave bez glazúry a bez obalového materiálu.

Vyžadovať doloženie nasledovných dokladov :

- a) úradne overené rozhodnutie o schválení prevádzkarne vydané Štátnou veterinárnou a potravinovou správou SR,
- b) čestné prehlásenie dodávateľa, že bude dodávať iba tovar od výrobcu, od ktorého dodal rozhodnutie o schválení prevádzky a výroby rybacích výrobkov podľa bodu a).

Požiadavky na kvalitu mlieka a mliečnych výrobkov

- preferovať nákup mlieka a mliečnych výrobkov so zvýšenou úrovňou kontroly, preukázanou certifikátmi kvality pre bezpečnosť potravín (IFS, BRC, ISO 14000 atď.) z ekologickej produkcie alebo udelenou Značkou kvality SK na produkt, prípadne podobnou značkou, ktorá má v systéme intenzívnejšiu kontrolu autorizovanou kontrolnou inštitúciou.

Vyžadovať doloženie nasledovných dokladov :

- a) úradne overené rozhodnutie o schválení prevádzky vydané Štátnou veterinárnou a potravinovou správou SR,
- b) čestné prehlásenie dodávateľa, že bude dodávať iba tovar od výrobcu, od ktorého dodal rozhodnutie o schválení prevádzky podľa bodu a),
- c) kópiu udeleného platného certifikátu bezpečnosti potravín alebo Značky kvality SK alebo podobnej značky, ktorá má v systéme intenzívnejšiu kontrolu autorizovanou kontrolnou inštitúciou.

Požiadavky na mlieko

- preferovať pasterizované a vysoko pasterizované mlieko (mlieko a smotanu ošetrovanú UHT ohrevom zaradiť príležitostne);
- vyžadovať dodávku v lehote, v ktorej z doby spotreby vyznačenej na dodanom tovare neuplynula viac ako 1/5;
- minimálny obsah tuku 1,5% - pri bezlaktózovej diéte sa vyžaduje nulová tolerancia prítomnosti laktózy.

Požiadavky na mliečne výrobky

- syry bez rastlinných tukov, farbív, konzervačných látok a iných prísad;

- jogurty a kyslomliečne výrobky s obsahom minimálne 106 variabilných mliečnych baktérií probiotického charakteru v 1ml, bez zahusťovadiel, syntetických farbív, aróm a konzervačných látok;
- pri bezlaktózovej diéte sa vyžaduje nulová tolerancia prítomnosti laktózy mliečnych výrobkoch
- ochutené mlieko a fermentované mliečne výrobky musia mať min. 90% mliečnej zložky a max. 7% cukru (v prípade školského stravovania) alebo medu, bez zahusťovadiel, syntetických farbív, aróm a konzervačných látok;
- vyžadovať dodávku v lehote, v ktorej z doby spotreby vyznačenej na dodanom tovare neuplynula viac ako 1/5.

Požiadavky na kvalitu mlynských a mlynárskych výrobkov

- preferovať nákup tovaru so zvýšenou úrovňou kontroly, preukázanou certifikátmi kvality pre bezpečnosť potravín (IFS, BRC, ISO 14000 atď.) alebo udelenou Značkou kvality SK , prípadne podobnou značkou, ktorá má v systéme intenzívnejšiu kontrolu autorizovanou kontrolnou inštitúciou.

Vyžadovať doloženie nasledovných dokladov :

- d) doloženie kópie udeleného platného certifikátu bezpečnosti potravín (IFS, BRC, ISO 14000 atď.) alebo Značky kvality SK alebo podobnej značky, ktorá má v systéme intenzívnejšiu kontrolu autorizovanou kontrolnou inštitúciou.

Požiadavky na chlieb, pečivo

- podávať čerstvý chlieb a pečivo;
- prihliadať na vzdialenosť od miesta dodania;
- vyžadovať dodávku v lehote, v ktorej z doby spotreby vyznačenej na dodanom tovare neuplynula viac ako 1/2,
- pečenie chleba, sendvičov a pečiva je v zariadeniach školského stravovania neprípustné.

Požiadavky na kvalitu cestovín

- preferovať nákup tovaru so zvýšenou úrovňou kontroly, preukázanou certifikátmi kvality pre bezpečnosť potravín (IFS, BRC, ISO 14000 atď.) alebo udelenou Značkou kvality SK , prípadne podobnou značkou, ktorá má v systéme intenzívnejšiu kontrolu autorizovanou kontrolnou inštitúciou.

Vyžadovať doloženie nasledovných dokladov:

- d) doloženie kópie udeleného platného certifikátu bezpečnosti potravín (IFS, BRC, ISO 14000 atď.) alebo Značky kvality SK alebo podobnej značky, ktorá má v systéme intenzívnejšiu kontrolu autorizovanou kontrolnou inštitúciou.

Požiadavky na cestoviny

- pri nákupe cestovín sledovať zloženie, uprednostňovať bezvaječné cestoviny z tvrdej pšenice s obsahom lepku nad 40%;
- bez obsahu konzervačných látok, syntetických farbív a dochucovadiel;
- v prípade sušených cestovín vyžadovať dodávku v lehote, v ktorej z doby spotreby vyznačenej na dodanom tovare neuplynula viac ako 1/3;
- v prípade čerstvých cestovín vyžadovať dodávku v lehote, v ktorej z doby spotreby vyznačenej na dodanom tovare neuplynula viac ako 1/2.

Požiadavky na mlynské výrobky

- bez obsahu konzervačných látok, syntetických farbív a dochucovadiel;
- vyžadovať dodávku v lehote, v ktorej z doby spotreby vyznačenej na dodanom tovare neuplynula viac ako 1/3.

Požiadavky na ovocie, zeleninu a zemiaky

- preferovať výrobky mierneho pásma so zvýšenou úrovňou kontroly od výroby až po ponúkanie na predaj, napríklad pod Značkou kvality SK, prípadne inou obdobnou značkou alebo certifikátom kvality.

Vyžadovať doloženie nasledovných dokladov:

- doklad o evidencii v registri podnikateľov s ovocím a zeleninou vydaný Štátnou veterinárnou a potravinovou správou SR podľa čl. 10 nariadenia (EÚ) č. 543/2011 a výsledok z poslednej kontroly,
- doklad o vykonanom rozboře plodov na prítomnosť nežiaducich látok (ťažké kovy, rezíduá pesticídov, dusičnany) akreditovaným laboratóriom alebo výskumným ústavom,
- doloženie kópie rozhodnutia o udelení Značky kvality SK alebo podobnej značky alebo certifikátu kvality.

Požiadavky na ovocie a zeleninu:

- preferovať produkty z integrovanej alebo ekologickej produkcie (prípadne doložiť certifikát o BIO moderné MSN);
- v prípade nedostupnosti odoberať produkty konvenčnej produkcie;
- odporúča sa pri sezónnych produktoch preferovať čerstvé produkty zo spádovej oblasti škôl.

Požiadavky na zemiaky

- odoberať produkty konvenčnej produkcie, v prípade ponuky produktov z integrovanej alebo ekologickej produkcie (prípadne doložiť certifikát o BIO preferovať tieto produkty;
- pri sezónnych produktoch preferovať čerstvé produkty zo spádovej oblasti škôl;

- pri skladovaných zemiakoch na minimalizáciu množstiev akrylamidu využívať len odrody najvyššej kvality bez použitia chemických konzervačných látok a prostriedkov proti klíčeniu.

Požiadavky na kvalitu vajec

- preferovať nákup tovaru so zvýšenou úrovňou kontroly, preukázanou certifikátmi kvality pre bezpečnosť potravín (IFS, BRC, ISO 14000 atď.) najmä z ekologickej výroby alebo udelenou Značkou kvality SK na produkt, ktorý je predmetom obstarávania, prípadne podobnou značkou, ktorá má v systéme intenzívnejšiu kontrolu autorizovanou kontrolnou inštitúciou.

Iba vajcia pochádzajúce zo schválených a kontrolovaných chovov.

Požiadavky na vajcia

- vyžadovať dodávku v lehote, v ktorej z doby spotreby vyznačenej na dodanom tovare neuplynula viac ako 1/7 (znamená dodanie čerstvých vajec nie starších ako 4 dni).

- vyžadovať doloženie nasledovných dokladov:

a) úradne overené rozhodnutie o schválení farmy pre chov nosníc vydané Štátnou veterinárnou a potravinovou správou SR,

b) čestné prehlásenie dodávateľa, že bude dodávať iba tovar od výrobcu, od ktorého dodal rozhodnutie o schválení farmy podľa bodu a)

c) kópiu udeleného platného certifikátu bezpečnosti potravín alebo Značky kvality SK alebo podobnej značky, ktorá má v systéme intenzívnejšiu kontrolu autorizovanou kontrolnou inštitúciou.

Požiadavky na kvalitu konzervárenských výrobkov

- preferovať nákup tovaru so zvýšenou úrovňou kontroly, preukázanou certifikátmi kvality pre bezpečnosť potravín (IFS, BRC, ISO 14000 atď.) alebo udelenou Značkou kvality SK, prípadne podobnou značkou ktorá má v systéme intenzívnejšiu kontrolu autorizovanou kontrolnou inštitúciou.

Požiadavky na konzervárenské výrobky

- bez pridaných konzervantov, syntetických sladidiel, farbív a dochucovadiel;

- vyžadovať dodávku v lehote, v ktorej z doby spotreby vyznačenej na dodanom tovare neuplynulo viac ako 1/3.

Vyžadovať doloženie nasledovných dokladov:

- kópie udeleného platného certifikátu bezpečnosti potravín (IFS, BRC, ISO 14000 atď.) alebo Značky kvality SK alebo podobnej značky, ktorá má v systéme intenzívnejšiu kontrolu autorizovanou kontrolnou inštitúciou.

Potravinový kódex

Potravinový kódex Slovenskej republiky upravuje požiadavky na zdravotnú neškodnosť, hygienu, požiadavky na zloženie a kvalitu potravín, zložky, ako aj technologické postupy používané pri ich výrobe a požiadavky na balenie jednotlivých potravín, ich skupín alebo všetkých potravín, rozsah a spôsob ich označovania, ich skladovanie, prepravu, manipuláciu s nimi a ich obeh, ako aj zásady na odber vzoriek a ich vyšetrovanie. Požiadavky ustanovené v potravinovom kódexe je povinný dodržiavať každý, kto potraviny vyrába, manipuluje s nimi a umiestňuje ich na trh.

Ustanovenia potravinového kódexu platné a účinné do 30. júna 2014 ostávajú platné a účinné až do prijatia všeobecne záväzných právnych predpisov v príslušných oblastiach.

MP SR – register výživových tvrdení

Označovanie potravín výživovými a zdravotnými tvrdeniami, pre ktoré platí nariadenie Európskeho parlamentu a Rady (ES) č. 1924/2006 umožňuje výrobcovi potravín na dobrovoľnej báze poskytnúť spotrebiteľom podrobnejšie informácie vhodné na racionálny výber. Zároveň umožňuje ochranu konzumentov pred zavádzaním a dezinformáciami formou kontroly uvedených výživových a zdravotných tvrdení, ktoré výrobcovia uvádzajú na obaloch potravinárskych výrobkov. Situácia v SR - výrobcovia alebo osoby umiestňujúce potraviny s výživovým tvrdením na trh oznamujú MP SR uvedenú skutočnosť tak, že zašlú vzor označenia daného výrobku. Preto v roku 2009 bol na MP SR založený register výživových tvrdení, v ktorom je do marca 2010 zapísaných 5 výrobcov a 25 výrobkov. Register slúži len na informačné účely.

Kvalita potravín

Označuje multikriteriálny parameter ich hodnotenia a zahŕňa hygienické, nutričné, technologické, senzorické, informačné a ekonomické aspekty potravín. Požiadavka bezpečných a kvalitných potravín je základnou a najdôležitejšou požiadavkou spotrebiteľov.

Chémia potravín

Interdisciplinárna veda, ktorá sa zaoberá chemickým zložením a vlastnosťami potravín a ich zmenami vznikajúcimi procese ich spracovania, skladovania alebo technologických úprav, je základňou komplexných a teoretických poznatkov pre ďalšie smery vývoja a pokroku v potravinárskom výskume. Zahŕňa široké spektrum informácií z oblastí anorganickej, organickej a analytickej chémie, biológie a ďalších biologických vied.

Obsahová štruktúra pokrmov

A. hlavné jedlá z mäsa sa pripravujú z mäsa jatočných zvierat, hydiny, rýb a králiká s hmotnosťou pre jednotlivé vekové kategórie stravníkov s preferovaním z ekologických chovov podľa Materiálno-spotrebných noriem a receptúr pre školské stravovanie,

B. hlavné jedlá so zníženou dávkou mäsa sú zmesi mäsa s ryžou, mletými varenými sójovými bôbmi, sójovou drvinou (kociek), ovsených vločiek, zemiakov s minimalizáciou múčnej zložky (strúhanka, pečivo),

C. hlavné jedlá bezmäsité sa pripravujú s použitím zeleniny, strukovín, obilnín a ich kombinácii s použitím mlieka, mliečnych výrobkov, vajec a iných vhodných prímiesí,

D. hlavné jedlá múčne sa pripravujú s použitím múky, vajec, mlieka, tvarohu, ovocia a iných vhodných prímiesí, e. pri podávaní doplnkových jedál najmä olovrantov uprednostňovať jedlá z MSN najmä pokrmovej skupiny 21, kde základom je ovocie, potraviny so zvýšeným obsahom vlákniny, neochuteného mlieka alebo mliečnych produktov.

Obrázok č.1



Zdroj: vlastné spracovanie

Zásady pri zostavovaní moderného jedálneho lístka

1. K stravovaniu detí v školách pristupovať individuálne
2. Zohľadňovať cirkevné a kultúrne stravovacie zvyklosti stravníkov
3. Využívať dodávky biopotravín v ekologickom a veľkospotrebitel'skom balení
4. Zaručiť čerstvosť dodávok potravín z regiónov z hľadiska optimalizácie logistiky.

Skladba moderného jedálneho lístka v školstve

Hlavným cieľom „moderného stravovania“ je podporiť postupný proces kvalitatívnej reformy obsahu školského stravovania na báze vedeckých výskumov a odporúčaní Svetovej zdravotníckej organizácie (WHO Nutričný model) v podobe skladby jedálnych lístkov v školskom stravovaní a nastavenie tzv. reformnej cesty na zvýšenie podielu rastlinných zdrojov bielkovín na úkor živočíšnych zdrojov bielkovín vo výžive detí.

Hlavné zásady pre dosiahnutie cieľa sú :

1. Znižovanie podielu živočíšnych zdrojov bielkovín v JL
2. Znižovanie podielu tukov v JL
3. Znižovanie soli v JL
4. Znižovanie sacharidov v JL
5. Postupné zvyšovanie podielu rastlinného zdroja bielkovín v JL
6. Zvyšovanie denného podielu čerstvej zeleniny a zeleninových príloh z produktov z regiónov
7. Zvyšovanie podielu čerstvého ovocia z regiónov

Obrázok č. 2



Zdroj: vlastné spracovanie

Planéta Zem

Zámerom by malo byť zaviesť uvedený systém vo všetkých zariadeniach školského stravovania a využiť tak najnovšie vedecké poznatky vo výžive detí v záujme prevencie obezity so šetrným prístupom k prírode a k našej planéte Zem.

Kroky k záchrane planéty

Nakupovanie potravín v ekologických obaloch.

Podpora a nákup potravín od regionálnych dodávateľov.

Obrázok č. 3 Podpora znižovania uhlíkovej stopy.



Zdroj: Obrazy : ručné, tvorivé, abstraktné, neba, kvetina, prst, zelená ...
pxhere.com

Názory detí, pedagógov a rodičovskej verejnosti – zovšeobecnenie prieskumu

Deťom sa moderné zostavovanie jedálnych lístkov celkom pozdávalo, o čom nás presvedčili prázdne taniere pri väčšine podaných pokrmoch. Zvýšilo sa podávanie zeleninových šalátov, zeleninových oblôh na dva až trikrát v týždni, čo aj malí stravníci ocenili. Zvýšenie zeleniny uvítali tiež dospelí stravníci. Názory dospelých stravníkov na modernú zostavu jedálnych lístkov boli rôzne, niektorým prekážalo časté podávanie mletého mäsa a múčnikov ako hlavného jedla. Zo strany rodičovskej verejnosti sme nezaznamenali žiadne pripomienky ani názory. Môžem skonštatovať, že moderné zostavovanie jedálnych lístkov malo u nás pozitívnu odozvu, rovnako u detí ako aj u dospelých stravníkov.

Ako to funguje na našej škole?

Sme školou, ktorej nie je ľahostajný stav životného prostredia. Sedem rokov sme držiteľmi certifikátu Zelená škola, čo vyžaduje množstvo práce v jednotlivých oblastiach a na mnohých projektoch.

Vyžaduje to prácu so žiakmi, rodičmi, partnermi školy počas vyučovania, popoludní po vyučovaní, ale aj počas voľných dní, kedy organizujeme brigády.

Dnes by som sa rada zamerala na jednu veľmi dôležitú oblasť a to je odpad a to, ako sme sa naučili s ním nakladať v našej škole. Tejto problematike venujeme spoločné aktivity a postupy.

Učíme žiakov, čo je obsahom odpadkového koša, čím my v škole, v triede odpad ako taký tvoríme. Zároveň sme sa naučili ho triediť.

Kam s ním? Museli sme zabezpečiť farebné nádoby do tried, na chodby a hlavne v spolupráci s firmou KOSIT kontajnery na triedený odpad.

Odpad nestačí iba triediť, musíme vedieť prečo – ktorý odpad sa dá recyklovať. Preto nám pribudli v priestoroch školy nádoby na batérie, zubné kefky, vrchnáky z PET fľaš.

Bokom neostal ani bioodpad. Nie ten z kuchyne, ale ten, ktorý vyprodukovali žiaci v triedach prípadne na pestovateľských prácach v areáli školy. Na tento účel nám slúžia kompostery v átriu.

V rámci znižovania množstva bioodpadu sme sa zamerali na zvyšky potravín, ktoré môžu slúžiť na prípravu pokrmov. Oslovili sme rodičov, zozbierali recepty, pripravili ochutnávku a úspešné recepty sme vydali v brožúrke **Mini receptár**.

Na jednotlivých aktivitách participuje aj Žiacky parlament. Všetkých členov parlamentu – zástupcov tried, sme vyškolili v problematike triedenia odpadu. Následne oni viedli pod dozorom vyučujúcich malé školenie svojich spolužiakov.

Mnohé nápady majú konkrétne výsledky. Napríklad :

Krabička ovocníčka – ukladanie nepoškodenej zeleniny a ovocia od detí, ktoré svoje ovocie počas obeda nezjedia. Z nej si môžu deti, ktoré majú chuť na dupľu vziať. Ovocie sa tak nepovaľuje a neskončí v odpade, alebo v bioodpade.

Vianočná kaviareň – naša každoročná akcia pre rodičov, počas ktorej nepoužívame žiaden plastový riad

Bondikmánia – každý žiak, ktorý skonzumuje všetku zeleninu, dostáva náramok. Ale to nie je všetko. Žiaci pokračujú ďalej a zbierajú bondíky na náramok. Táto aktivita má v našej škole veľký úspech, čomu sa tešíme.

Žiacky priestor na separáciu

Obrázok č. 4



Zdroj: vlastné spracovanie

Záver

Moderné školské stravovanie je v dnešnom uponáhľanom svete pre náš organizmus a metabolizmus tou najsprávnejšou a najzdravšou formou stravovania. Z praxe nás presvedčilo najmä to, že dnešné deti treba aj motivovať, aby skonzumovali svoj obed alebo iné doplnkové stravovanie. Deti sú malí špekulanti a ak ich namotáme na správne vysvetlenie o jedle alebo ak im vymyslíme rôzne súťaže, deti sú ochotné zjesť celý obed. To sú naše skúsenosti z praxe. Je našim záujmom viesť deti k zdravému spôsobu života, zaujímať sa o vlastné stravovanie a vytvorenie správnych návykov, k záujmu o ochranu našej planéty, separácii odpadov a hlavne nevytváranie odpadu ako takého.

Obrázok č. 5



Zdroj: vlastné spracovanie

Obrázok č. 6



Zdroj: vlastné spracovanie

ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY

<https://www.minedu.sk/8009-sk/skolske-stravovanie/https://domov.sme.sk/c/20432894/dilema-skolskych-jedalni-z-euramusia-vycarovat-zdrave-jedlo.html>

https://www.svps.sk/legislativa/legislativa_kodex.asp

<https://www.mpsr.sk/register-vyzivovych-tvrdeni-mprv-sr/929-111-929-2275/>

SHARMA, S. a kolektív. 2018. Klinická výživa a dietológie v kostce 2018, s.5. ISBN 978-80-271-0228-0 , s.5
VOLLMANNOVÁ, A., MUSILOVÁ, J., URMINSKÁ, D. a kolektív , 2018. Chémia potravín, s.16. ISBN 978-80-552-1814-4
BEŇO, I.2008. Náuka o výžive .Martin : Osveta 2008. s. 53-57. ISBN 978-80-8063-294-6

Kontakt na autora:

Miklianová Adriana - študent
Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety
Bratislava, n. o.
Detašované pracovisko bl. Sály Salkaházi
Rožňava
adriana.miklianova@centrum.sk

RIZIKÁ SÚVISIACE S NESPRÁVNOU VÝŽIVOU U GERONTOPSYCHIATRICKÝCH PACIENTOV

Mátyás Magyar

Školiteľ: Mária Manková

ABSTRAKT

V príspevku „Riziká súvisiace s nesprávnou výživou u gerontopsychiatrických pacientov“ sme uviedli všetky možné riziká, ktorým seniori čelia, ak sa nestravujú správne. Seniori často čelia malnutrícií, dehydratácii či avitaminóze. V praktickej časti sme pre príbuzných gerontopsychiatrických pacientov vytvorili edukačný leták, ktorý im lepšie pomôže k identifikovaniu nesprávnej výživy pacienta. Výsledkom príspevku bola identifikácia piatich najdôležitejších krokov, ktoré je nutné dodržiavať, aby sme eliminovali riziká súvisiace s nesprávnou výživou u takýchto pacientov.

Kľúčové slová

Gerontopsychiatria. Malnutrícia. Geriatria. Výživa.

ABSTRACT

In the article „Risks associated with improper nutrition of gerontopsychiatric patients“ we stated all the possible risks that the seniors are facing when they are not eating properly. Seniors often face malnutrition, dehydration and vitamin deficiency. In the practical part we created educational poster for relatives of gerontopsychiatric patients which will help them to identify improper nutrition of patient easily. The result of the article is to identify the five most important steps that must be followed to eliminate risks related to improper nutrition of these patients.

Keywords

Gerontopsychiatrics. Malnutritio. Geriatrics. Nutrition.

ÚVOD

Počet seniorskej populácie neustále stúpa. Tento počet narastá vo všetkých vyspelých krajinách. Je to problematika natoľko dôležitá, že je obsiahnutá v dokumente Svetovej zdravotníckej organizácie (WHO) Zdravie pre všetkých v 21. storočí. Zdravé starnutie je jednou z priorít tohto dokumentu. Výživa seniorov je často diskutovaná téma. Správna výživa a nutričná starostlivosť sú základom kvality života a prevencie chorôb. Profesionáli poskytujúci zdravotnú starostlivosť

musia byť vzdelaní v otázkach výživy. U gerontopsychiatrických pacientov má nutričná terapia svoje špecifiká, ktoré nie sú dané iba vekom, ale predovšetkým psychickým ochorením. Ale aj tu platí, že výživa musí byť vyvážená, pestrá a s dostatočným množstvom všetkých potrebných živín, pretože nedostatočná výživa sa vždy odrazí na zdravotnom stave jednotlivca. V prvej časti práce sme definovali geriatriu a gerontopsychiatriu a pozreli sme sa na poruchy vnímania, ktoré ovplyvňujú výživu geriatrických pacientov. V druhej časti práce sme sa pozreli na riziká súvisiace s nedostatočnou výživou a na možnosti posúdenia výživy. Na záver práce sme pripravili edukačný leták a navrhli odporúčanie pre prax.

Geriatría a gerontopsychiatria

Geriatría je špecializačný odbor, ktorý sa zaoberá prevenciou, diagnostikou, liečbou a rehabilitáciou ochorení seniorov, osôb vo veku nad 65 rokov. Geriatría rešpektuje zvláštnosti chorôb vo vyššom veku, sociálnu podmienenosť a sociálne dôsledky chronických chorôb. Jej cieľom je zachovanie funkčného potenciálu seniorov, integrity ich osobnosti, dôstojnosti a kvality života na čo najvyššej úrovni.

„Gerontopsychiatria je odvetvie psychiatrie, ktorá sa zaoberá psychikou a duševnými poruchami osôb v staršom veku, ich výskytom, príčinami vzniku, triedením a komplexnou psychiatrickou starostlivosťou o starších ľudí s duševnými poruchami (ich prevenciou, diagnostikou, liečbou a rehabilitáciou, ale aj ich spoločenským dosahom a organizačnými opatreniami“ (Beliana 2008).

Poruchy vnímania ovplyvňujúce výživu

Základnou poruchou vnímania u gerontopsychiatrických pacientov sú halucinácie. Halucinácie predstavujú percepčné zážitky, ktoré sa vyznačujú zmyslovou jasnosťou vnemu, ale ich vznik nie je viazaný na zmyslové podnety. Ide teda o predstavy, ktoré sú subjektívne prežívané ako vnemy z okolitého prostredia (Kondášová a kol., 2002).

S halucináciami je najväčší problém, že ovplyvňujú zrakové, sluchové, telové a čuchové vnímanie. Najčastejšie halucinácie ktoré ovplyvňujú stravovanie psychiatrických pacientov sú:

- Sluchové halucinácie, ktoré väčšinou niečo prikazujú alebo zakazujú. Sluchové halucinácie majú najviac podobu slov a chorí ich definujú ako "hlasy" patriace jednej alebo viacerým osobám. Hlasy sú im známe alebo úplne cudzie, môžu prichádzať z blízka aj z diaľky. Tieto hlasy pacienti prejavujú uznanie, alebo ho ohovárajú, informujú, komentujú. Stáva sa aj, že sa "hlasy" o pacienti hádajú niektoré mu nadrážajú, iné ho urážajú.

(Hoschl,libiger,Švestla,2002) Mnohé organické ochorenia mozgu sú tiež asociované s halucináciami ako napríklad delírium, demencia či neuroinfekcie mozgu.

- Zrakové halucinácie sú zvyčajne komplexné. Ich náplňou sú často osoby, ktoré pacient považuje za svojich nepriateľov, prichádzajú k nemu domov, často cez zatvorené dvere, obvykle v ňom vyvolávajú strach a hrôzu. Stretávame sa s nimi pri paranoidne halucinačných poruchách, ktoré majú organický pôvod ako napríklad vaskulárna demencia. Čo sa týka stravovania, chorí často vidia chrobáky v jedle alebo iné malé zvieratá (Raboch,Zvolský a kol., 2001).
- Pri čuchových halucináciách chorý cíti neexistujúce pachy, ktoré sa bránia najesť. Čuchové halucinácie spôsobujú, že pacient cíti pachy, ktoré nie sú reálne prítomné. Tieto pachy sú individuálne, odlišujú sa u rôznych ľudí a môžu byť odporné alebo naopak príjemné. Môžu byť prítomné vždy alebo sa môžu objaviť a opäť sa stratiť. Pri chuťových halucináciách pacienti vnímajú chute bez stimulu. Tieto halucinácie sú zriedkavé. Patofyziologicky, sprostredkovanie chuťových halucinácií je spojené predovšetkým s aberantnými neuronálnymi výbojmi v primárnych chuťových oblastiach, ktoré sa nachádzajú v temporálnych alebo parietálnych lalokoch. Príjemné chuťové halucinácie sú zriedkavé. Väčšina týchto halucinácií je pre pacientov nepríjemná. Opisujú ich ako horké, kyslé, sladké, nechutné (Blom, 2010).

Poruchy intelektu

Demencia je duševnou chorobou prejavujúcou sa zhoršenou pamäťou a rovnako zníženými rozumovými schopnosťami, ktoré sú dôsledkom degeneratívnych zmien prebiehajúcich v mozgovom tkanive. Proces zmien a následného zhoršovania sa ochorenia, môže trvať mesiace alebo roky. Ku vzniku tohto ochorenia dochádza poškodením mozgových buniek (Klinovský, 2015).

Medzi najčastejšie poruchy, ktorých dôsledkom vzniká demencia patrí Alzheimerova choroba, vaskulárna demencia a demencia s Lewyho telieskami. Zasaňuje skôr vyššie vekové kategórie, ale môže sa vyskytnúť aj vo veku štyridsať alebo päťdesiat rokov. Demencia nie je súčasťou normálneho a prirodzeného starnutia, veď nie všetci seniori majú demenciu. Vo väčšine prípadov ochorenie nie je dedičné (Healthdirect, 2014).

Alzheimerova choroba sa radí medzi atrofické-degeneratívne demencie, lebo jej príčinou je atrofia a degenerácia mozgových tkanív. Možno ju definovať ako „duševnú poruchu na organickom základe (zánik a rozpad neobnoviteľných mozgových buniek) prejavujúcu sa demenciou“ (Hartl, Hartlová, 2004, s. 346).

Alzheimerova choroba je chronicko- progresívne ochorenie nervovej sústavy na podklade degeneratívneho zániku neurónov s tvorbou charakteristických, histopatologických zmien. S vekom sa znižuje hmotnosť a veľkosť mozgu. Pokles hmotnosti mozgu zostáva významný aj po korelácii antropologických zmien populácie, ku ktorým došlo v priebehu nášho storočia. S vekom klesá aj objem mozgu a znižuje sa aj šírka mozgovej kôry, najviac vo frontálnej oblasti (15%), štatisticky menej významný je pokles v dolnej parietálnej kôre (13%), štatisticky nevýznamný je v hornej temporálnej kôre (9%). V období medzi 20. a 50. rokom života ubúda relatívne rýchlejšie sivá hmota, neskôr biela hmota. Po 60. roku života sa rozširujú mozgové komory. Miera ich rozširovania je premenlivá (Callone a kol., 2008).

Podľa Buijssena (2006) v súčasnosti choroba nie je ešte liečiteľná. K dispozícii nie je ani preventívna liečba, ani liečba príčiny ochorenia. K uľahčeniu nepriaznivého stavu postihnutého, pomáha vhodná starostlivosť.

Veľký problém, ktorý súvisí s touto chorobou je i postupný rozvoj malnutricie, ktorá sa prejavuje postupným poklesom telesnej hmotnosti, úbytkom svalovej hmoty, ale aj jej stratou. To všetko zhoršuje rehabilitáciu a zvyšuje riziko infekčných komplikácií a dekubitov. Zhoršuje sa kvalita života a výrazne sa znižuje šanca chorých na prežitie. Rozvoj malnutricie môže mať niekoľko príčin ako znížený príjem potravy, pokles telesnej aktivity a atrofia kostrového svalstva, zvýšenie energetického výdaja taktiež zmena metabolických procesov. Cieľom nutričnej podpory by malo byť zachovanie dobrého stavu výživy čo najdlhšie (Navrátilová, 2004).

Poruchy myslenia a vedomia

Hlavnou psychotickou poruchou myslenia, ktorá sa vyskytuje u gerontopsychiatrických pacientov sú bludy. Sú to myšlienky nezodpovedajúce pravde, ale chorý je o nich nevyvrátiteľne presvedčený. Bludy pacient nekoriguje ani logickým výkladom. Pri demencií sú často prítomné bludy nepriateľstva a okrádania tzv. paranoidne perzekučné bludy. Často sú napríklad pacienti presvedčení, že im sused chodí podávať jed alebo napúšťa potraviny s plynom.

Delírium je kvalitatívna porucha vedomia. Zvyčajne ide o subakutný stav, ktorý môže trvať niekoľko dní, týždňov, ojedinele aj mesiacov (Libiger, 2010).

Pacient často býva agresívny voči svojmu okoliu, verbálna komunikácia je sťažená, pacient sa nedokáže zorientovať v situácii a kvôli poruche pamäte

nedokáže podať kvalitné informácie o svojom aktuálnom stave a okolnostiach, ktoré k nemu viedli. Postihnutý klamne vníma okolie aj zdravotnícky personál, niekedy ich pokladá za svojich príbuzných a na základe toho ich aj oslovuje, tyká im a má neadekvátne otázky (Pavlovský, 2014).

Ďalšie časté poruchy u gerontopsychiatrických pacientov, ktoré sme doteraz nespomenuli sú:

- organická úzkostná porucha
- organická afektívna labilita
- úzkostné poruchy prechádzajúce zo stredného veku
- obsedantno-kompulzívne poruchy a ďalšie neurotické poruchy
- reakcia na stres
- organická disociatívna porucha
- organické poruchy spánku (Jiráček, 2013, s. 20).

Riziká súvisiace s nesprávnou výživou u gerontopsychiatrických pacientov

Najväčším rizikom vo výžive gerontopsychiatrických pacientov je vznik malnutrie ako dôsledok rôznych bludov a halucinácie. Taktiež vznik nechutenstva z dôvodu ťažkej psychotickej depresie. U pacientov sa zvyšuje nárok nutričnej potreby. K odmietaniu potravy môžu viesť depresívne bludy, ktoré sú charakterizované podceňovaním vlastnej osoby. Ľudia by nemali byť nútení jesť a piť viac, ako oni sami chcú. Umelá výživa a tekutiny prostredníctvom sondy by sa nemali podávať, pokiaľ to sám pacient alebo rodina odmietnu. Pri rozhodovaní sa pre túto alternatívu by sa mali zväžiť výhody i rizika. Sonda môže byť užitočná, ak má človek ťažkosti s prehĺtaním, avšak riziká enterálnej výživy prevažujú výhody. Výskum totiž dokazuje tieto riziká: aspirácia (vdýchnutie jedla alebo tekutiny do pľúc), infekcie, hnačka, či vytrhnutie sondy pacientom, pretože je to neprijemné (Gould, Tilly, Reed, 2007).

Nedostatočná výživa nie je prirodzeným javom starnutia. Úbytok hmotnosti u starých ľudí je často spojený so stratou svalovej hmoty a môže ovplyvniť celkový stav seniora. Po 50 roku dochádza k nárastu podielu tukov na úkor svalovej hmoty. V 80-tom roku chýba až polovica pôvodného počtu svalových vlákien a rozvíjajú sa často stavy malnutrie. Malnutriciu môžeme definovať ako nesprávny stav výživy, kde sa môže jednať o obezitu, podvýživu alebo karenciu (nedostatok určité živiny, látky) (Pokorná, 2013, s. 53-54).

S vekom potreba vitamínov neklesá, ale môže sa prejavovať ich deficit ako je hypovitaminóza C, ktorej môžeme predchádzať dostatočnou konzumáciou čerstvého ovocia a zeleniny atď. (Grofová, 2007).

Avitaminóza

Avitaminóza sa vyskytuje v praxi zriedka, ale napriek tomu v gerontopsychiatrii sa s ňou stretávame často. Avitaminóza je chorobný stav vyvolaný nedostatkom určitého vitamínu. Vitamíny sú organické látky, ktoré organizmus nie je schopný sám syntetizovať a ktoré sú dôležité pre správne fungovanie organizmu. V organizme vitamíny fungujú ako koenzýmy a antioxidanty alebo hormóny. Ich nedostatok môže byť spôsobený dlhodobou nedostatočným prívodom potravín, poruchou trávenia, poškodenie črevnej mikroflóry. Deficit vitamínov v starobe je spôsobený zhoršenou nutričnou situáciou, zníženým príjmom potravy a nevhodným výberom potravín. Najčastejšie je znížený príjem ovocia a zeleniny (Bretšnajdrová, 2010).

V gerontopsychiatrii sa často stretávame aj s alkoholovou demenciou, ktorá vznikla na základe chronickej intoxikácie alkoholom a je pre ňu charakteristický nedostatok tiamínu a niacínu. Pri masívnom príjme alkoholu sa nedostatočne vstrebávajú vitamíny v tráviacom trakte. Práve dôsledku toho je potrebné tieto vitamíny suplementovať.

Nechutenstvo

V starobe sa znižuje chuť do jedla, zhoršuje sa rozoznávanie chuti. Dochádza tak ku zníženiu príjmu potravy a používanie väčšieho množstva korenín a solí. K obmedzeniu príjmu potravy často prispievajú aj problémy s chrupom a bolesti v dutine ústnej a taktiež problémy s prehĺtaním.

Pacient je len veľmi malé porcie, chudne a slabne. Veľmi vhodné a účinné je začať včas dopĺňať výživu Nutridrinkom. Chorý popíja Nutridrink medzi jedlami a zvyšuje si tým príjem energie, jednotlivých živín, vitamínov a minerálnych látok (Stejskalová, 2011).

Zásadné je podávať nemocnému také jedlo na aké má práve chuť. A to v malých množstvách a esteticky upravených porciách. Taktiež pre niektorých môže byť dôležitá aj správna teplota jedla. Naopak, keď jedlo vyvoláva u chorých nevoľnosť, je vhodnejšie ho podávať chladnejšie, pretože je menej aromatické. A nevoľnosť väčšinou provokuje práve vôňa jedla. Ak je to možné, chorý by nemal jesť na lôžku. Keď je nutné podávať mletú stravu alebo mixovanú, je dôležité, aby chorý videl jedlo v jeho pôvodnom stave pekne servírované a až potom rozmlieť (Marková, 2010).

Dehydratácia

Dostatočný príjem tekutín je dôležitý v každom veku, najmä v starobe, kedy telo zaznamenáva značný prirodzený úbytok tekutín. Dehydratácia je nedostatok vody v organizme je závažným problémom. Na zmeny vodného

hospodárstva v starobe je organizmus citlivý. K dehydratácií u seniorov dochádza pomerne často, ľahko a rýchlo (Vybíhalová, 2010).

Poruchy vodného a minerálneho hospodárstva sú spôsobené nadbytkom alebo nedostatkom vody. Rozpoznať jednotlivé príčiny porúch vodného hospodárstva a nájsť adekvátnu terapiu nemusí byť vždy jednoduché (Jabor, Kazda, 2005).

Príznaky dehydratácie: suchá koža a sliznice, znížený turgor kože, mäkké očné bulby, rýchla strata hmotnosti, závrat, ortostatické kolapsové stavy, zmätenosť, synkopy, apatie, poruchy vedomia, kŕče, tachykardia, tachypnoe, hypotenzia alebo horúčka. Príznaky u dehydratovaných seniorov nastupujú v rôznej miere (Schuler, 2010).

Pri liečbe dehydratácie je potrebné vykonávať záznam o príjme a výdaji tekutín. U imobilných seniorov v zariadeniach sociálnych služieb vedieme záznamy o príjme a výdaji tekutín. Dozeráme na pitný režim u mobilných seniorov, ktorý nás väčšinou ubezpečujú, že dostatočne pijú, pritom sa však hydratujú tak, aby nemuseli používať často toaletu, preto je potrebný dohľad. Vyrovnanie deficitu tekutín môže prebiehať perorálne, enterálne alebo parenterálne. Perorálne sa seniorom odporúča vypiť denne 1,5 – 2 litre tekutín, pri horúcom počasí aj viac. Je dôležité zdôrazniť rovnomernosť, pravidelnosť a stálosť v príjme tekutín. Obmedzovať pitie je nutné len zriedka (Schuler, Oster, 2010).

Senior by mal poznať vhodné a nevhodné nápoje pre pitný režim. Medzi vhodné nápoje patria: nesladené bylinkové čaje, zelený a čierny čaj, čerstvé ovocné a zeleninové šťavy, nesladené prírodné džúsy, stolové vody s nižšou koncentráciou minerálov, čistá voda (Vybíhalová, 2010).

Malnutrícia

Malnutrícia je definovaná podľa európskych doporučených postupov z roku 2006 ako stav výživy, kedy deficit alebo prebytok energie, bielkovín a ostatných nutrientov spôsobuje merateľné vedľajšie účinky na tkanivo alebo formu tela. Znamená to teda „špatnú výživu“, a súčasne buď podvýživu alebo obezitu (Grofová, 2007).

Podvýživa (malnutrícia) je problém, s ktorým sa môžeme stretnúť pri väčšine zdravotných problémov. Veľmi často však býva prehliadaná na úkor základného ochorenia, na ktoré je pacient liečený. Pritom správna výživa zlepšuje znášanlivosť liečby, je spojená s lepším pooperačným hojením a vedie k významne menej častému výskytu infekčných komplikácií a rýchlejšej rekonvalescencii. Podvýživa sa týka aj starších osôb, u ktorých bežná strava býva často jednostranná, čím dochádza k deficitu dôležitých vitamínov a minerálnych

látok. Hoci s pribúdajúcim vekom sa znižuje výdaj energie, starší ľudia potrebujú bohatú a vyváženú stravu. Správna výživa umožňuje plné využitie zdravotného potenciálu aj v seniorskom veku (Malnutričia, 2016).

Určenie hraníc medzi primeranou výživou a podvýživou sa hýbu v určitom rozpätí a to v závislosti na záťaži, s ktorou sa organizmus stretáva a na rezerve, ktorými organizmus záťaž zvládava. Kritéria na stanovenie malnutricie u seniorov hospitalizovaných v nemocniciach sú prísnejšie ako u seniorov v domácom prostredí. Existuje viac metód hodnotenia nutričného stavu, každá z nich má svoje výhody aj nevýhody, žiadna z týchto metód nemá výpovednú hodnotu na 100 % (Voleková, 2012).

Malnutričia charakteru marazmus

Hladovanie typu marazmus je najčastejšiu príčinou podvýživy na psychiatrických oddeleniach. Vyskytuje sa pri psychiatrických chorobách ako je mentálna anorexia, bulímia, schizofrénia demencie rôznej etiológie, bludy s odmietaním potravy. Krátko po začiatku hladovaniu sa rýchlo vyčerpajú zásoby pečeňového a svalového glykogénu, čo vedie k zvýšeniu tvorby glukózy. Postupne klesá uvoľňovanie inzulínu a stúpa sekrécia kontra regulačných hormónov- glukagonu, hydrokortizonu a katecholamínu. Pri tomto stavu je prítomné zníženie funkcia imunity, postihnutie kardiovaskulárneho systému a porucha termoregulácie (Kruseman 2014).

Posudzovanie stavu výživy

Dôležité u seniorov je posúdiť výživu o stravovacích návykoch pacienta. Klinický obraz, resp. symptómy malnutricie závisia od prevažujúceho typu malnutricie. Marantický typ, ktorý je spôsobený nedostatočným prívodom energie a zároveň bielkovín, charakterizuje strata podkožného tuku, strata oblých kontúr, kachektický vzhľad, slabosť, únavnosť, zmeny nálady, anorexia, dysfágia, nauzea, zvracanie, hnačky. Pri stresovom hladovaní, ktoré vzniká v dôsledku urýchleného katabolizmu v súvislosti s napríklad chronickou sepsou či popáleninami, môže pacient pôsobiť dobrým dojmom výživy i v situácii, keď je ťažkou podvyživený a vitálne ohrozený (Lukáš, 2014).

Na posúdenie stavu výživy sa používajú rôzne skriningové nástroje v závislosti od veku a pohlavia jedinca. Dnes už sú vypracované rôzne formuláre na posúdenie stavu výživy. Veľmi vhodný na posúdenie malnutricie u seniorov je MNA – Mini Nutritional Assessment (Tomagová, 2008).

Telový hmotnostný index – BMI (Body Mass Index) určuje či je hmotnosť primeraná výške. Zmeranie telesnej hmotnosti podľa Schulera a Oстера (2010) určením váhy tela (aj pomocou posteľovej váhy) a veľkosti postavy (u ležiacich

pacientov možno použiť kolennú výšku) dostaneme ako pomer telesnej hmotnosti (kg) / telesná výška (m²).

Hodnotenie indexu hmotnosti u osôb starších ako 65 rokov:

- < 20: podvýživa,
- < 24: riziko podvýživy,
- 24-29: najnižšia úmrtnosť,
- 30: pravdepodobne nadmerná výživa

Ďalšou možnosťou posúdenia výživy je kaliperacia. Kaliper sa používa k meraniu kožnej riasy. Najčastejšie sa meria nad tricepsom a na ďalších štyroch, alebo desiatok miest na tele. Takto môžeme odhadnúť množstvo svalstva a podkožného tuku. Nevýhodou kaliperacie je značná nepresnosť. Zobrazovacia metóda ako je CT a MR sú oveľa presnejšie (Szitányi, 2013, s. 31-32).

Nottinghamský dotazník je vhodný pre hospitalizovaných pacientov. Hodnotíme položky BMI a nechcený úbytok hmotnosti v posledných troch mesiacoch. Taktiež monitorujeme zníženie príjmu potravy za posledný mesiac a stresové faktory. Jednotlivé položky sú hodnotené od 0 do 2 bodov. Kde 0 bodov neznačí riziko vzniku malnutície.

Ďalšou možnosťou je Kontrolný list posúdenie rizika vzniku a rozvoja malnutície. Od 1. januára 2019 Ministerstvo zdravotníctva vypracovalo ošetrovateľský štandard na malnutíciu. Dotazník je dôležité vyplniť do 24 h, no najneskôr do 48 h od prijatia na oddelenie. Maximálny počet bodov je 30, ktorý predstavuje najťažší stupeň rizika vzniku malnutície. Najmenej po 3 mesiacoch je potrebné znovu posúdiť pacienta.

Špecifiká výživy u gerontopsychiatrických pacientov

Zdravá výživa má byť energeticky primeraná, má obsahovať vyvážené množstvo tukov, cukrov, bielkovín ako aj dostatok vitamínov, minerálov, vlákniny a tekutín. Treba zdôrazniť, že neexistuje prakticky žiadna potraviná, ktorá by mala ideálne nutričné zloženie. Preto musia byť potraviny vybrané takým spôsobom, aby denná strava zahŕňala všetky nevyhnutné nutrienty v primeranom pomere (Trusková, 2011).

Nakoľko demencia spôsobuje zvýšenie nutričnej potreby, je doporučené mať denný príjem minimálne 35 kcal/ kg hmotnosti, ktorý je tiež doplnený vitamínmi skupiny B, kyselinou listovou a selénom (Topinková, 2005).

Pri posudzovaní by sme mali brať na vedomie varovné signály ako problémy so žuvaním a prehĺtaním na ktoré môže upozorniť slintanie, kašeľ, dusenie, stagnácia jedla v lícach a nadmerné prežúvanie. Zlé dentálne zdravie, ako je bolesť zubov a krvácanie ďasien. Všimáť by sme si mali tiež úbytok hmotnosti, dehydratáciu a znížený príjem tekutín (Nemcová, 2013).

V seniorskom období rastie potreba organizmu na príjem vápnika, pričom schopnosť vstrebávať vápnik z potravy s vekom klesá. Príjem vápnika pre seniora by mal byť až 1,5 g. Pri nedostatku vápnika nastáva k úbytku kostrovej hmoty, môže vzniknúť zlomenina a rozvoj osteoporózy. Stúpa tiež potreba organizmu na vitamíny skupiny B (vitamín B1, B2, B6, B12 a kyselina listová). Bežne sa vitamín D tvorí v koži pôsobením slnečného žiarenia. Seniori sa menej pohybujú na slnku, preto majú nedostatok 14 vitamín D. Denne potrebujú prijať asi 10 µg vitamínu D. Potreba vitamínu E, asi 12 mg denne, nachádza sa najmä v rastlinných tukoch, vitamín K, ktorý obsahuje najmä: kel, špenát, zelený šalát, brokolica, kapusta, špargľa. Seniori majú zvýšenú potrebu na železo má hlavnú funkciu v transporte kyslíka hemoglobínom. Pre nedostatok železa sa typická únava, slabosť, bolesti hlavy. Klesá potreba organizmu na vitamín A. (Beňo, 2008)

Nutričná podpora pre gerontopsychiatrických pacientov

V prípade rizika vzniku nedostatočnej výživy je potrebné u pacientov použiť sipping. Sipping je forma perorálneho príjmu výživy, kde ide o popíjanie špeciálnej tekutej výživy. Tá má presne definované energetické hodnoty, bielkoviny, minerály a aj vitamíny. Výhodou sippingu je, že sú dodávané v rôznych príchuťach, čo ocenia pacienti, ktorí ho dlhodobo užívajú. Táto forma nutričnej podpory je využívaná pri nedostatočnom perorálnom príjmu stravy a u pacientov s malnutríciou alebo rizikom vzniku malnutrie. Taktiež je indikovaná pri zvýšenej potrebe energie ako je Alzheimerová choroba alebo onkologické ochorenia. Množstvo je 200-300 ml, čo nespôsobuje problém pacientom vypiť. Väčšina výrobkov je bez laktózy, lepku a sú aj špeciálne pre diabetikov, ktorí majú poruchy tolerancie glukózy (Navrátilová a kol., 2000).

Diéta by nemala byť fádna. Seniori, ktorí nemajú problémy s tráviacim systémom môžu mať jedlo mierne korenené. Je potrebné zvažovať či je prospešné trvať na dodržiavaní prísnej diéty. Mleté diéty sú na vzhľad nechutné a preto, ak je to možné treba ich nahradiť jedlami, ktoré majú podobnú konzistenciu (napr. fašírka, hašé). Vždy by mali mať prednosť jedlá, ktoré senior pozná a obľubuje (Krajčík, 2006).

Edukácia príbuzných o správnej výžive u pacientov s demenciou pomocou letáku

V tejto časti práce sme sa rozhodli vytvoriť edukačný materiál pre príbuzných gerontopsychiatrických pacientov z dôvodu, že v praxi sa často stretávame so zúfalstvom príbuzných, keď ich rodinný príslušník odmieta stravu. Zamerali sme sa hlavne na týchto 5 bodov:

1. Dôvody zmeny chuti a odmietanie potravín,
 2. Riziká z nedostatočnej výživy,
 3. Dostatočná hydratácia,
 4. Vhodné podávanie stravy,
 5. Prospešné potraviny pre seniorov.
- Edukačný materiál v prílohe.

Odporúčanie pre prax

Malnutrícia a poruchy príjmu výživy u gerontopsychiatrických pacientov je závažný stav. Pri nedostatočnej výžive môže celkový psychický aj somatický stav zhoršiť. No v praxi vidíme že často sa tento stav začína riešiť vtedy, keď celkový stav je zhoršený a už u pacienta vznikla malnutrícia, nechutenstvo alebo dehydratácia. I keď si uvedomujeme závažnosť tohto stavu, tak v praxi sa vykonáva málo preventívnych opatrení. Myslíme si, že u gerontopsychiatrických pacientov by mal dohliadať na celkový somatický aj psychický stav celý ošetrovateľský tím, ktorý sa skladá z lekára, sestry, psychológa a nutričného terapeuta (diétny sestry). Nemyslíme si, že nutričný terapeut patrí iba do kuchyne, ale podľa nášho názoru by sa mal zúčastňovať primárskych vizít na oddelení a taktiež monitorovať pacientov a ich stravovacie návyky a tak zostavovať vhodný jedálny lístok pre pacientov. Taktiež je dôležité vzdelávať v odbore a realizovať školenia pre ostatný ošetrovateľský personál, aby sa znížili riziká súvisiace so stravovaním pacientov.

ZÁVER

V práci sme sa venovali rozsiahlej téme a skôr sme sa snažili priblížiť gerontopsychiatriu a jej riziká súvisiace s výživou. Zobierali som najdôležitejšie teoretické vedomosti a zamerali sme sa na najčastejšie poruchy výživy a možnosti posúdenia výživy. Priblížili sme špecifiká porúch výživy u gerontopsychiatrických pacientov. Na záver sme sa zamerali na nutričnú podporu u chorých a pripravili sme edukačný materiál pre rozšírenie vedomostí príbuzných o poruchách príjmu potravy u gerontopsychiatrických pacientov. Táto práca bola iba krátky úvod do rozsiahlej problematiky, ktorá sa stále viac dostáva do podvedomia a v budúcnosti sa tejto problematiky určite budeme venovať rozsiahlejšie a odbornejšie.

ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY

ALZHEIMER'S ASSOCIATION RESEARCH CENTER. 2016. Current Alzheimer's treatment. [online]. [citované 2020-01-28]. Dostupné na: <https://www.alz.org/alzheimers-dementia/research_progress/treatment-horizon

- BEŇO, I. 2008. Náuka o výžive. 2. vyd. Martin : Osveta, 2008., s. 57-58 s. 71-72, 145 s. ISBN 80-8063-123- 3.
- BLOM, J.D. 2010. Dictionary of Hallucinations (online). 2010 (citované: 2020.02.26) Dostupné na: http://hallucinations.enacademic.com/743/gustatory_hallucination
- BRETŠNAJDROVÁ, Milena, 2010. Výživa seniorů, malnutrice a role doplňků stravy, vitaminů. Lékařské listy. 2010, 59(18), 23-27.
- BUIJSSEN, H. 2006. Demence: Průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele. Praha: Portál, 2006. 132 s. ISBN 20-7367081-X.
- CALLONE, R. 2008. Alzheimerova nemoc. Praha: Grada Publishing a. s., 2008. 120 s. ISBN 80-247-2320-4
- FULMEKOVÁ, M. 2012. Geriatrický pacient a kvalita života. IN Klinická farmácia [online] Dostupné na internete: <http://www.solen.sk/pdf/1105cfb2cdacb4ac27b6f04d3064f6ef.pdf>
- GOULD, E., TILLY, J., REED, P. 2009. Dementia Care Practice Recommendations for Professionals Working in a Home Setting. Alzheimer's Association. 2009. 31 s. ISBN 332-400004.
- GROFOVÁ, Zuzana. Nutriční podpora: praktický rádce pro sestry. Praha: Grada, 2007. Sestra (Grada) 54 s, 237 s, 240 s. 248 s. . ISBN 978-80-247-1868-2.
- HARTL, P., HARTLOVÁ, H. 2004. Psychologický slovník. Praha : Portál, 2004, 774 s. ISBN 80-7178-303-X.
- HEALTHDIRECT, 2014. Dementia - an overview. [online]. Jún 2014. [citované 2016-07-26]. Dostupné na: <<https://www.healthdirect.gov.au/dementia-overview>
- HOSCHL, C.-LIBIGER, J.-ŠVESTKA, J. 2002 Psychiatrie. 1. vyd. Praha : TIGIS, spol. s.r.o., 2002. 895 s. ISBN 80-900130-1-5.
- JABOR, A. - KAZDA, A. 2005. Poruchy vodního a solného hospodářství. [online]. 2005. [cit. 2019.10.04.]. Dostupnost' na internete: <<http://www.zdn.cz/clanek/postgradualnimedicina/poruchy-vodniho-a-solneho-hospodarstvi-165261>>.
- JIRÁK, R. 2013. Gerontopsychiatrie. Vyd. 1. Praha: Galén, 2013. 348 s. ISBN 978-80-7262-873-5.
- KLINOVSKÝ, J. 2015. Demencia. In Zdravie.sk. [online]. 7.9.2015. [citované 2020-02-26]. Dostupné na: <<https://www.zdravie.sk/choroba/214/demencia>
- KONDÁŠ, O. a kol. 2002 state z klinickej psychologie. Trnava : Univerzita sv. Cyrila a metoda, 2012. 262 s. ISBN 80-968191-4-3
- KOZIEROVÁ, B. a kol. 1995. Ošetrovatel'stvo. 1. vyd., 1. Diel. Martin : Osveta, 1995. 836 s. ISBN 80-217-0528-0.
- KRAJČÍK, Š. 2006. Geriatria pre sociálneho pracovníka. vyd. Bratislava : Slovak Academic Press, 2006. 96 s. ISBN 80-969449-8-3

KRUSEMAN, M . a kol. 2015 Nurses' and other healthcare professionals' representations of malnutrition among patients in a psychiatric setting: The missing link between knowledge and practice? IN : Journal of Nursing Education and Practice (online) 2015 , (citované 25.02.2020) ISSN 1925-4040 E-ISSN 1925-4059 dostupné na internete : https://www.researchgate.net/profile/Maaike_Kruseman/publication/276933892_Nurses'_and_other_healthcare_professionals'_representations_of_malnutrition_among_patients_in_a_psychiatric_setting_The_missing_link_between_knowledge_and_practice/links/5649a2bf08aef646e6d276d2.pdf

LIBIGER,J.2010. Klinická psychopatologie poruch vedomí. IN psychiatrie (online).2010 roč.14,č 4 (citované 2020-02-02) dostupné na internete : http://www.tigis.cz/images/stories/psychiatrie/2010/04/05_libiger_psych_4-10.pdf

LUKÁŠ, K. 2014. Chorobné znaky a príznaky. Diferenciální diagnostika. Praha: Grada Publishing, a.s., 2014. 928 s. ISBN 978-80-247-5067-5.

MALNUTRICIA 2016, Malnutricia(podvýživa) . [online] [citované 2020.02.02] dostupné na : <<https://nutrition.abbott/sk/continuing-education/malnutrition>

MARKOVÁ, M.2010. Sestra a pacient v paliatívni péči. Vydavateľstvo: Grada, 2010. 106 s. 128 s, ISBN 978-80-247-3171-1

NAVRÁTILOVÁ M. Využití enterální výživy v gerontopsychiatrii: 10. Celostátní konference biologické psychiatrie. Luhačovice, 6. -9. června 2001. Psychiatrie. 2001, roč. 5, Suppl. 2, s. 94. ISSN 1211-7579.

NAVRÁTILOVÁ M. Problematika nutriční podpory u Alzheimerovy choroby. Psychiatrie pro praxi. 2000, roč. 1, č. 1, s. 32-36. ISSN 1213-0508.

NAVRÁTILOVÁ, M. Změny stavu výživy u nemocných s demenci. Česká geriatrická revue. 2004, roč. 2, č. 2, s. 44-46. ISSN 1214-0732.

NEMCOVÁ, J. 2014. Vybrané kapitoly z paliatívnej ošetrovateľskej starostlivosti. [online]. Univerzita Komenského Bratislava, Jasseniova lekárska fakulta v Merine. Martin : Osveta, 2013. (citované : 18.02.2020) Dostupné na internete <https://portal.jfmed.uniba.sk/clanky.php?aid=237/%20.ISBN%2097880-89544-52-3>.

PAVLOVSKÝ, P.2014. Akutní psychotické poruchy, diagnostika a léčba. IN psychiatria pre prax (online) 2014 roč. 15, č. 2 citované : 2020-02-05) Dostupné na internete : http://solen.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=6899&magazine_id=2

POKORNÁ, A. 2013. Ošetrovatelství v geriatrii: hodnotící nástroje. Vyd. 1. Praha: Grada, 2013, 193 s,53 -54 s., ii s. obr. příl. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4316-5.

RABOCH,J.- Zvolský,P a kol. 2001. Psychiatrie. 1. vyd. Praha Galén, 2001. 622 s. ISBN 80-7262-140-8

STEJSKALOVÁ, V. 2011. Výživa pro boj s nemocí. Rady a návody pro pacienty a jejich blízké. Praha: Nutricia, a. s., 2011. 42 s.

SCHULER.M.,OSTER.P. Geriatrie od A do Z pro sestry. 2010. Praha:grada Publishing. s. 309-316, 336, 45-45. ISBN 978-80-247-3013-4

SZITÁNYI, Peter a Pavel TĚŠÍNSKÝ. Současné trendy v klinické výživě a intenzivní metabolické péči. Praha: Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, 2013. 31-32 s. ISBN 978-80-87023-25-9.

TOMAGOVÁ, M. - BÓRIKOVÁ, I. a kol. 2008. Potřeby v ošetrovatelství. vyd. Martin : Osveta, 2008. 196 s. ISBN 970-80-8063-270-0

TOPINKOVÁ, E. Využití standardizovaných škál pro hodnocení stavu výživy u starších nemocných. Česká Geriatrická Revue, 2003, roč. 1, č.1, s.6-11. ISSN 1214-0732.

TRUSKOVÁ, I. 2011. Význam výživy. [online]. 2011. [cit. 2020.01.09.]. Dostupnost na internete: <<http://www.zzz.sk/?clanok=10411>>.

VOLEKOVÁ. M. 2012. Dignostika malnutricie. [online]. [citované 2020-01-14]. Dostupné na internete: <http://www.vyziva.herba.sk/klinick%C3%A1-v%C3%BD%C5%BEiva/malnutr%C3%ADcia/79-diagnostika-malnutr%C3%ADcie.html>

VYBÍHALOVÁ, L. 2010. Pitný režim ve stáří. [online]. 2010. [citované 2020.01.20.]. Dostupnost na internete: <<http://www.zdn.cz/clanek/sestra/pitny-rezim-ve-stari-452683>>.

Internetový zdroj : Enciklopedia Beliana 2008 online na : <https://beliana.sav.sk/heslo/gerontopsychiatria>

Kontakt na autora:

Mátyás Magyar - študent

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety

Bratislava, n. o.

Detašované pracovisko

Rožňava

matiasmagyar@gmail.com

RIZIKOVÉ FAKTORY PRI OCHORENIACH

KARDIOVASKULÁRNEHO SYSTÉMU

CARDIOVASKULAR SYSTEM AND ITS RISK FACTORS OF DISEASE

Aneta Malčeková

Školiteľ: Mária Manková

ABSTRAKT

Cieľom práce je priblížiť rizikové faktory, ktoré významnou mierou ovplyvňujú kardiovaskulárne ochorenia. V nami predkladanej práci sa zameriavame predovšetkým na oblasť ovplyvniteľných rizikových faktorov kardiovaskulárneho systému. Osobitnú pozornosť v práci venujeme primárnej prevencii. V popredí primárnej kardiovaskulárnej prevencie je zmena stravovania a stravovacích návykov, úprava hmotnosti, boj proti fajčeniu, nadmernému pitiu alkoholu, zvýšenie telesnej pohybovej aktivity, udržanie a zníženie krvného tlaku a udržanie normálnych hodnôt glykémie. Výživa je považovaná za významný determinant prevalence ochorení kardiovaskulárneho systému. V záverečnej časti našej práce sa venujeme výberu vhodných potravín, správnej technologickej úprave pokrmov, významu vlákniny pri prevencii chorôb obehovej sústavy. V rámci praktických odporúčaní zostavíme vzorové jedálne lístky.

Kľúčové slová

Kardiovaskulárne ochorenia. Rizikové faktory. Výživa. Prevencia.

ABSTRACT

The aim of this thesis is to define risk factors, which greatly influence cardiovascular diseases. In our thesis, we focus mainly on the risk factors of the cardiovascular system, which can be influenced. Special attention is paid to primary prevention. A crucial part of primary cardiovascular prevention is to change a diet, control of body weight, fight against smoking and excessive use of alcohol, increase in physical activity, control of blood pressure and amounts of blood glucose. Nutrition is considered a significant determinant of the prevalence of cardiovascular diseases. In the final part of this thesis, we address the choice of proper ingredients, correct technological preparation of the meals, the significance of dietary fibre in the prevention of the disease of the cardiovascular system. Within the practical recommendations part, we present our dietary menu.

Key words

Cardiovascular diseases. Risk factors. Nutrition. Prevention.

ÚVOD

Výživa je nevyhnutná podmienka existencie života a patrí medzi ovplyvniteľné rizikové faktory životného štýlu, potrebnými na udržanie zdravia. Výživa, ktorá ovplyvňuje až 80% zdravotný stav nášho obyvateľstva, možno charakterizovať ako energeticky a nutrične nevyváženú.

Výživa spolu s pohybovou aktivitou sú rozhodujúcimi činiteľmi ovplyvňujúcimi chorobnosť a úmrtnosť na srdcovocievne ochorenia.. Správne zloženie potravy je podstatnou časťou prevencie srdcovo-cievnych ochorení. Správna výživa je základným predpokladom zdravého vývoja človeka a takisto hlavnou podmienkou prevencie a liečby niektorých ochorení. Výber zdraviu prospešných potravín je neoddeliteľnou súčasťou ovplyvnenia celkového rizika. Správna výživa znižuje riziko viacerými mechanizmami – cez pokles telesnej hmotnosti, zníženie krvného tlaku až po zlepšenie hladín tukových látok a glukózy v krvi. Aby mohol človek regulovať vlastnú výživu a meniť svoje stravovacie zvyklosti, musí mať základné informácie o výžive a zložení potravín.

Celosvetovo na srdcovo - cievne ochorenia ročne umiera 17,3 milióna ľudí a toto číslo neustále rastie. V roku 2030 podľa predpokladov srdcovo-cievnych ochoreniam podľaňne približne 23 miliónov ľudí. Slovensko patrí stále medzi krajiny s vysokým výskytom ochorení srdca a ciev.

Nesprávny životný štýl je príčinou vzniku ochorení srdca a ciev až v 80% prípadov. Bez účinných preventívnych opatrení sa zhorší kvalita života, zvýši sa práceneschopnosť a zlý zdravotný stav obyvateľstva oslabí aj ekonomiku.

Kardiovaskulárne ochorenia

Kardiovaskulárne ochorenia, ktoré nazývame aj srdcovo-cievne ochorenia, čiže poruchy srdca a krvných ciev, podľa WHO¹ spolu s rakovinou v súčasnosti patria medzi najčastejšie príčiny úmrtia nielen na Slovensku, ale aj vo svete. Do tejto skupiny ochorení zaraďujeme napríklad: ischemickú chorobu srdca, arteriálnu hypertenziu, cerebrovaskulárne ochorenie, vrodené srdcové ochorenie atď.

Podľa dát WHO v roku 2016 umrelo na svete približne 56,9 milióna ľudí². Na prvom mieste spomedzi týchto príčin skončili už spomínané kardiovaskulárne

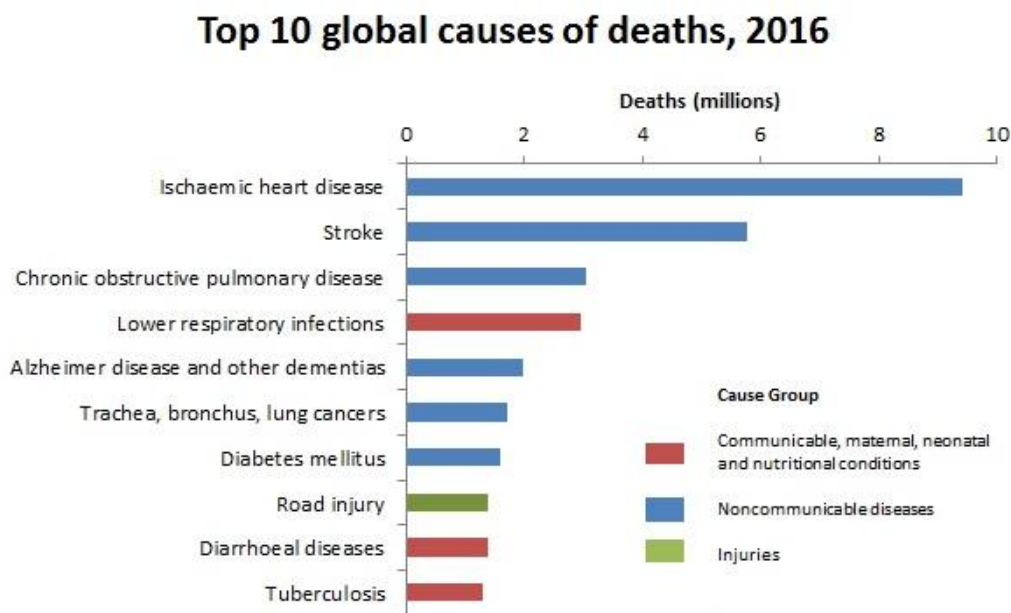
¹[cit. 20-02-2019] Dostupné na internete: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/cardiovascular-diseases/cardiovascular-diseases2>

²[cit. 20-02-2019] Dostupné na internete: https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death?fbclid=IwAR207Tcds4gI7XxB6VC1Ymgy_B6B0imSZUU-TQJsNgjwCsZEa1PoqVjA9Zk.

ochorenia, presnejšie ischemická choroba srdca a cievna mozgová príhoda, ktoré si vyžiadali spolu 15,2 milióna úmrtí.

Na grafe môžeme vidieť, že okrem ischemickej choroby srdca a cievnej mozgovej príhody častou príčinou úmrtia na svete boli: chronická obštrukčná choroba pľúc, rakovina pľúc, cukrovka, Alzheimerová choroba a demencia, infekcia dolných dýchacích ciest, tuberkulóza atď.

Graf 1 10 najčastejších príčin úmrtí na svete, 2016



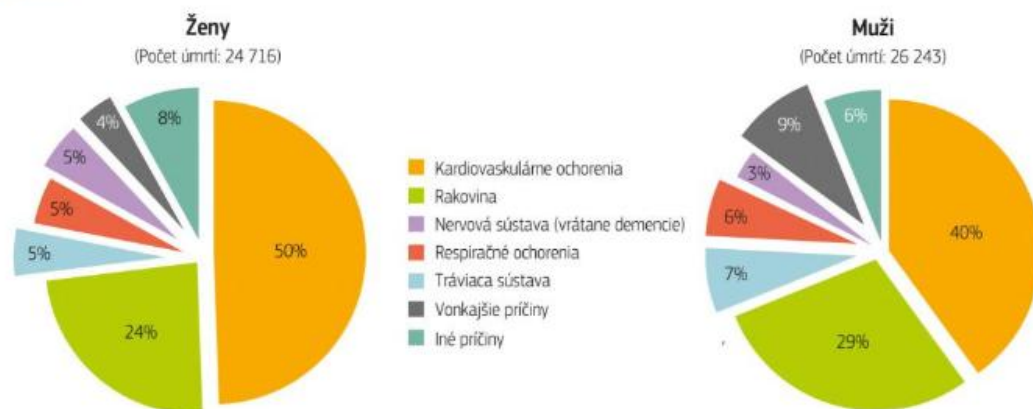
Source: Global Health Estimates 2016: Deaths by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, 2000-2016. Geneva, World Health Organization; 2018.

(zdroj: WHO, 2018)

Čo sa týka Slovenska, v Správe o zdravotnom profile krajiny sa uvádza (2017), že v roku 2014 boli najčastejšou príčinou smrti u ľudí práve kardiovaskulárne ochorenia. Ako môžeme vidieť na grafe, v roku 2014 bol u žien počet úmrtí 24 716 a z toho kardiovaskulárne ochorenia sú zodpovedné za prevažnú časť. U žien to predstavuje približne 50 % všetkých úmrtí. Na grafe môžeme tak isto vidieť, že v roku 2014 bol počet úmrtí u mužov 26 243 a tak isto ako u žien, aj u mužov tvoria prevažnú časť práve kardiovaskulárne ochorenia. U mužov to predstavuje približne 40 % všetkých úmrtí.

Graf 2 Kardiovaskulárne ochorenia a rakovina zodpovedajú takmer za tri štvrtiny úmrtí v Slovenskej republike

Obrázok č. 2. Kardiovaskulárne ochorenia a rakovina zodpovedajú takmer za tri štvrtiny úmrtí v Slovenskej republike



Poznámka: Údaje sa predkladajú podľa širokých kapitol Medzinárodnej klasifikácie chorôb. Demencia bola pridaná do kapitoly ochorení nervovej sústavy, aby bola zaradená spolu s Alzheimerovou chorobou (hlavnou formou demencie).

Zdroj: Databáza Eurostatu (údaje sa týkajú roku 2014).

(zdroj: Slovensko: Zdravotný profil krajiny, 2017)

Srdcovocievne ochorenia vo väčšine prípadov spôsobuje ateroskleróza. Je to ochorenie, ktorého podstatou je to, že sa začnú hromadiť tuky, vrátane cholesterolu v cievach. Dôjde k zužovaniu ciev a môže nastať obmedzenie prietoku krvi. Ak sa obmedzí prietok krvi k orgánu, môže to viesť k jeho poškodeniu. Ak sa obmedzí prietok krvi do srdca môže to vyvolať infarkt myokardu. Tento obmedzený prietok krvi do srdca môže u človeka vyvolať bolesť alebo iné nepríjemné pocity, najmä po fyzickej záťaž. Ak sa obmedzí prietok krvi do ciev, ktoré zásobujú mozog, vznikne mozgová porážka.

Rizikové faktory vzniku kardiovaskulárnych ochorení

Podľa Jurkovičovej (2005) rizikové faktory možno definovať ako vnútorné a vonkajšie charakteristiky jednotlivcov. Majú spojitosť so vznikom choroby, jej vývojom, komplikáciami alebo predčasným úmrtím. V dnešnej dobe sa skúma viacero rizikových faktorov, ktoré vieme rozdeliť podľa mnohých kritérií. K tým najbežnejším patrí rozdelenie rizikových faktorov na ovplyvniteľné a neovplyvniteľné. K neovplyvniteľným rizikovým faktorom patria genetické faktory, vek, pohlavie, rasa.

K ovplyvniteľným rizikovým faktorom možno zaradiť pohybovú aktivitu, fajčenie, alkohol, arteriálnu hypertenziu, obezitu, diabetes mellitus, metabolický

syndróm, vysokú hladinu cholesterolu, výživu a stravovacie zvyklosti a psychosociálne faktory.

Podľa Staška (2017) má fajčenie negatívny vplyv na kardiovaskulárny systém. Je to preto, že tabakový dym obsahuje veľké množstvo jedov, ktoré môžu poškodiť srdce a cievy. Pri fajčení zohráva dôležitú úlohu nikotín, látka, ktorá zrýchľuje srdcový rytmus a spôsobuje dočasné zvýšenie krvného tlaku. Môže spôsobiť zúženie alebo aj úplné uzavretie krvného riečiska. Pri vdychovaní cigaretového dymu sa výrazne znižuje množstvo kyslíka, ktoré je krv schopná dodávať srdcu a celému telu. Väčšina fajčiarov je postihnutá aterosklerózou. Pacienti s tzv. mladými infarktami, teda od 30 do 40 rokov, sú obvykle vždy fajčiari. Častejšou chorobou než rakovina pľúc sú cievne choroby, oveľa viac chorôb a úmrtí spôsobených fajčením predstavujú infarkty, mozgové cievne príhody a ďalšie kardiovaskulárne choroby.

Ako uvádza Bóriková (2014), stravovacie návyky zohrávajú veľmi dôležitú úlohu v našom živote. Existujú silné vzťahy medzi príjmom nasýtených tukov, hladinou cholesterolu v krvi a výskytom kardiovaskulárnych ochorení. Príjem sodíka, najmä vo forme kuchynskej soli, má vplyv na vznik artériovej hypertenzie, náhlejšej cievnej mozgovej príhody a srdcového zlyhávania. So znížením výskytu kardiovaskulárnych ochorení sa spájajú aj stravovacie zvyklosti zahŕňajúce príjem ovocia a zeleniny, olejov s vysokým obsahom nenasýtených mastných kyselín a nízkotučných mliečnych výrobkov.

Staško (2017) obezitu charakterizuje ako nadmerné ukladanie telesného tuku. Je to ochorenie, ktoré v súčasnosti predstavuje veľmi veľký problém vo vyspelých krajinách a tento problém môže dosahovať až epidemické rozmery. Obezita predstavuje silný rizikový faktor ischemickej choroby srdca. Obézni pacienti častejšie trpia hypertenziou, pričom vzostup krvného tlaku súvisí s nárastom obezity. Obezita nepriaznivo ovplyvňuje spektrum tukov v krvi, zvyšuje hladinu triacylglycerolov a znižuje hladinu dobrého HDL cholesterolu.

Hypertenzia, čiže vysoký krvný tlak, je rizikový faktor, ktorý dokážeme ovplyvniť. Bóriková (2014) uvádza, že zle kontrolovaná hypertenzia vedie k poruche funkcie obličiek, riziku prejavov ischemickej choroby stúpa. Hypertonicí majú viac arytmiických príhod s následkom náhlejšej smrti ako normotonicí. Výskyt hypertenzie stúpa s vekom.

Staško (2017) uvádza, že cukrovka (diabetes mellitus) je chronická, doposiaľ nevyliciteľná metabolická choroba, ktorej výskyt celosvetovo, ale aj v Slovenskej republike neustále narastá. Dnes hovoríme o cukrovke ako o epidémii tretieho tisícročia. Cukrovka je choroba látkovej premeny, teda poruchy vylučovania inzulínu, hormónu potrebného na spracovanie cukru v krvi. Inzulín predstavuje kľúč, ktorý otvára bunku pre glukózu. Pri cukrovke cukor z potravy

nemôže byť vychytaný bunkami, zostáva teda v krvi, preto má neliečený diabetik trvalo vysokú hladinu cukru v krvi. Keď je hladina cukru v krvi veľmi vysoká, časť cukru prechádza do moču.

Podľa Bórikovej (2014) nadmerné pitie alkoholu sa spája s cirhózou pečene, niektorými druhmi rakoviny. Okrem toho pitie alkoholu je spojené so zvýšeným rizikom náhlej cievnej mozgovej príhody, s vysokým tlakom krvi, s poruchami srdcového rytmu. Nadmerná konzumácia alkoholu je jedným z hlavných rizikových faktorov, ktorému sa dá predchádzať.

Výživa ako signifikantný determinant prevalencie ochorení kardiovaskulárneho systému

Výživa zohráva veľmi dôležitú úlohu v živote človeka. Spolu s pohybovou aktivitou sú rozhodujúcimi činiteľmi, ktoré ovplyvňujú chorobnosť a úmrtnosť na kardiovaskulárne ochorenia. Preto ak sa chceme vyhnúť riziku vzniku kardiovaskulárnych ochorení, je potrebné dodržiavať isté odporúčania.

Odporúčania Európskej kardiologickej spoločnosti k výžive z r. 2016:

1. Zdravá strava sa považuje za základný kameň prevencie srdcovo-cievnych chorôb.

2. Nasýtené MK (mastné kyseliny) majú tvoriť menej ako 10 % z celkového energetického príjmu tak, že sa nahradia polynenasýtenými.

3. Transformy MK: žiadny príjem zo spracovanej potravy, prírodné formy majú tvoriť menej ako 1 % z celkového energetického príjmu. Úplne sa treba vyhnúť formám zo spracovaných potravín (stužované tuky, margaríny, mnohé pekárenské výrobky, maslo pri vyššom príjme). Zvyšujú hladinu celkového cholesterolu a znižujú hladinu HDL-cholesterolu.

4. Menej ako 5 g soli denne. Čo sa týka príjmu minerálov, odporúča sa redukcia príjmu sodíka na < 100 mmol/deň s cieľom ochrany tepien a redukcie tlaku krvi u pacientov s hypertenziou. Súčasne zvýšený príjem draslíka ešte zvýrazní pokles tlaku krvi a hlavne redukuje riziko mozgových cievnych chorôb.

5. 30 – 45 g vlákniny denne, hlavne z celozrnných potravín denne, napríklad vo forme príloh (pohánka, pšeno, bulgur, kuskus, krupoto a pod.). Aspoň 200 g ovocia (2 – 3 porcie) denne, aspoň 200 g zeleniny (2 – 3 porcie) denne. Vysoký príjem vlákniny redukuje hladinu celkového a LDL-cholesterolu a aj postprandiálny vzostup glykémie po jedle bohatom na sacharidy.

6. Ryba minimálne dvakrát týždenne, z toho raz tučná ryba.

7. 30 g nesolených orechov denne. Sú síce bohaté na energiu a obsahujú aj nasýtené MK, ale oveľa viac polynenasýtených MK a mononenasýtených MK (s výnimkou kokosového orecha). Pri dlhodobom užívaní dochádza k redukcii rizika kardiovaskulárnych ochorení o 30 %.

8. Konzumácia alkoholických nápojov sa má obmedziť pre mužov na najviac 2 nápoje denne (20 g alkoholu denne) a pre ženy na najviac 1 nápoj denne (10 g alkoholu denne).

9. Obmedziť konzumáciu sladených alkoholických a nealkoholických nápojov (Farský 2017).

Výber vhodných potravín ako prevencia kardiovaskulárnych ochorení

Výber vhodných potravín zohráva v prevencii kardiovaskulárnych ochorení veľmi dôležitú úlohu. Vďaka správne mu výberu potravín môžeme predísť rôznym ochoreniam a vyhnúť sa tak liečbe, ktorá by nás mohla vyjsť omnoho drahšie.

Jednou z týchto potravín môže byť aj hľiva ustricová. Podľa Kimákovej a Baranovičovej (2014) je to cudzopasná huba, ktorá žije na kmeňoch stromov. Zaraďujeme ju medzi jedlé huby s vysokou nutričnou hodnotou. Obsahuje sacharidy, proteíny, esenciálne aminokyseliny, vitamíny skupiny B, ale aj vitamín C či minerálne látky ako sú vápnik, železo, fosfor, horčík draslík, selén či zinok. Vďaka antioxidačným účinkom pomáha táto huba chrániť bunky pred pôsobením voľných radikálov. Taktiež má významnú úlohu pri posilnení imunity a pomáha udržiavať správnu hladinu cholesterolu v krvi. Hľiva ustricová je jedným z najdôležitejších zdrojov betaglukánu. Betaglukán je biologicky aktívna, prírodná látka, ktorá má veľmi dobrý vplyv na ľudský organizmus. Má priaznivý vplyv na imunitný systém. Betaglukán dokáže diabetikom priaznivo ovplyvňovať hladinu krvného cukru. Priaznivo pôsobí aj na hladinu tuku v krvi, lebo znižuje hladinu celkového aj LDL, tzv. zlého cholesterolu, a tým znižuje riziko vzniku kardiovaskulárnych ochorení. A v neposlednom rade sa podieľa na znižovaní celkového objemu telesného tuku.

Tak isto ako hľiva ustricová aj huba Šiitake, nazývaná tiež ako húževnatec jedlý, má pozitívny účinok na náš organizmus. Tradičná medicína tejto hube pripisuje protinádorové, antibakteriálne aj antivírusové účinky. Okrem toho má niektoré stimulujúce a posilňujúce vlastnosti a tie pôsobia na imunitný systém a proti infekciám. Ich konzumácia pravdepodobne dokáže znižovať koncentráciu cholesterolu či dokonca aj cukor v krvi. Tieto huby majú povest' prospešnej potraviny, dokážu pôsobiť proti nepriaznivým následkom potravy bohatej na vysoko nasýtené tuky. Táto huba obsahuje letinam, ktorý znižuje hladinu cholesterolu v krvi.

Podľa Poluninovej (2010) medzi potraviny, ktoré nám dopomáhajú k predchádzaniu kardiovaskulárnych ochorení, môžeme zaradiť ryby, slnečnicové produkty, mandle, sladké zemiaky, pšeničné klíčky, listovú zeleninu, mrkva,

marhule, sladké zemiaky, červenú papriku, čierne ríbezle, jahody, citrusové plody, cibuľa, cesnak, čili.

Ryby ako sú losos, makrela či sardinky sú významné tým, že obsahujú nasýtenú kyselinu omega-3 eikozapentaenoickú a tá zabraňuje vytváraniu krvných zrazenín. Slnečnicové produkty, mandle, sladké zemiaky a pšeničné klíčky sú zase bohaté na vitamín E. Vitamín E je antioxidant, ktorý výrazne znižuje riziko vzniku angíny pectoris a infarktu. Listová zelenina, mrkva, marhule, sladké zemiaky či červená paprika sú vynikajúcim zdrojom betakaroténu. Tým, že ich konzumujeme vo väčšom množstve, dokážeme znížiť riziko vzniku mŕtvice. U fajčiarov a bývalých fajčiarov konzumáciou týchto potravín vieme znížiť riziko vzniku srdcových chorôb. Cibuľa, cesnak a čili môžu zase pomôcť voľnejšiemu prúdeniu krvi tým, že rozširujú krvné cievy.

Ako uvádza Kimáková a Baranovičová (2019), horká čokoláda s obsahom najmenej 75 % kakaa je bohatým zdrojom antioxidantov. Prísady v mliečnej čokoláde redukujú celkový obsah kakaa a zvyšujú úroveň nasýtených tukov, čím negujú potenciálne benefity kakaa pre srdce. Niektoré štúdie zistili krátkodobé benefity v LDL cholesterolových úrovniach po konzumácii tmavej čokolády.

Poluninová (2010) uvádza, vysoký krvný tlak, čiže arteriálna hypertenzia, patrí medzi hlavné indikácie kardiovaskulárnych ochorení. Na predchádzanie tomuto javu pomáhajú potraviny ako sušené marhule, zemiaky, sladké zemiaky, čierne ríbezle, zeler, fenikel, zelená listová zelenina, petržlen či strukoviny a to preto, že majú vysoký obsah draslíka, ktorý pomáha regulovať krvný tlak, tým že umožňuje organizmu zbaviť sa nadmerného sodíka. Veľmi dôležité je aj vylúčenie soli, ktorú však môžeme nahradiť a dochutiť čerstvými bylinkami, cesnakom, petržlenom atď.

Osobitnú pozornosť môžeme venovať cvikle, ktorá pri vysokom krvnom tlaku zohráva taktiež veľmi dôležitú úlohu. Podľa Kimákovej a Baranovičovej (2014) je to zelenina, ktorá obsahuje množstvo zdraviu prospešných a výživných látok, ako sú napríklad vápnik, fosfor, železo, sodík, draslík, vitamín C či vitamíny skupiny B. Je výborným zdrojom sacharidov a proteínov, neobsahuje takmer žiadny tuk a má nízku energetickú hodnotu. Koreň repy je bohatý na farbivo betaín, čo je druh aminokyseliny s obsahom čpavku. Vďaka betaínu je šťava z repy výborný prostriedok na zníženie krvného tlaku. Podľa americkej asociácie pre srdcovo-cievne choroby sa vysoké, zdravie ohrozujúce hodnoty krvného tlaku dokážu podstatne znížiť vtedy, keď vypijeme pol litra čerstvej repnej šťavy.

Vysoká hladina celkového cholesterolu v krvi je varovným signálom vyššieho rizika vzniku kardiovaskulárnych ochorení. Avšak je potrebné vedieť, že cholesterol môže byť dobrý alebo zlý. Dobrý cholesterol, alebo tiež HDL

cholesterol, nám pomáha odsunúť cholesterol do pečene, ktorá ho odstráni. Naším cieľom je aby sa znížila hladina LDL cholesterolu, čiže toho zlého cholesterolu. Vlašské orechy, slnečnicové semená, mandle, tekvicové semená či sójové bôby obsahujú kyselinu linolovú, základnú mastnú kyselinu, ktorej úlohou je zníženie celkového cholesterolu. Je potrebné jesť malé, ale pravidelné dávky, pretože priveľmi veľa kyseliny linolovej zníži nie len LDL cholesterol, ale aj HDL cholesterol. Ovsené vločky, jablká, sušené ovocie, citrusové plody a hrušky sú zase bohaté na rozpustnú vlákninu, ktorá znižuje množstvo LDL cholesterolu vstupujúceho do krvného toku. Aby vláknina dobre pracovala, potrebuje k tomu nízkoenergetickú stravu (Poluninová, 2010).

Okrem potravín majú aj nápoje významnú úlohu pri kardiovaskulárnych ochoreniach. Napríklad káva sa považuje za významný zdroj antioxidantov, dokonca prekonáva víno, čaj, čokoládu aj niektoré druhy ovocia a zeleniny. Kofeín patrí medzi absolútne bezpečné a súčasne najdôkladnejšie preskúmané potravinové zložky na svete. Kofeín pôsobí psychostimulačne, diuretický, rozširuje bronchy a stimuluje srdcovú činnosť. Vplyv kávy na zvyšovanie hladiny cholesterolu v krvi sa potvrdil len pri varenej káve, ale nie pri filtrovanej alebo pripravovanej pomocou horúcej pary. Vplyv konzumácie kávy na kardiovaskulárne riziko sa skúmal vo Framinghamskej štúdií, kde kávu zaradili medzi potencionálne rizikové faktory. Avšak to sa nepotvrdilo, práve naopak, potvrdil sa škodlivý účinok fajčenia (Klimáková a Baranovičová, 2014).

Podľa Kimákovvej a Baraničovej (2014) čaj obsahuje predovšetkým vitamíny skupiny B, ktoré posilňujú imunitný systém a zvyšujú odolnosť organizmu voči infekciám. Pri konzumácii čaju je významný súčasný príjem flavonoidov s antioxidantným účinkom. Podobne ako kakao, tieto látky dokážu zabrániť oxidácii LDL cholesterolu v krvi, ktorý spôsobuje vytváranie usadenín na stenách ciev.

Správna technologická úprava pokrmov

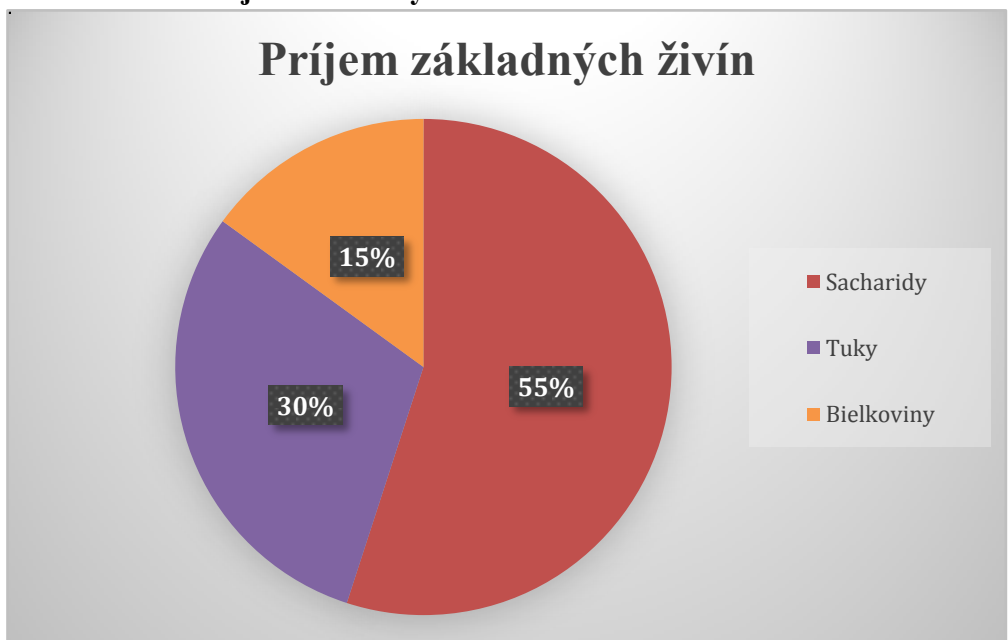
Medzi tie technologické postupy, ktoré sú povolené, môžeme zaradiť napríklad postupy ako varenie, dusenie, slabé pečenie, zapekanie. Dovoľená je taktiež úprava v pare, úprava vo dnom kúpeli či úprava v konvektomate. Naopak medzi technologické postupy, ktoré sú zakázané, zaradíme napríklad vyprážanie, silné pečenie či opečenie na tuku. Tým, že pri kuchynskej úprave je zakázané používať kuchynskú soľ, je potrebné nájsť alternatívu, vďaka ktorej by strava bola chutná, ale zároveň neobsahovala soľ. K tomu nám môžu dopomôcť napríklad aromatické druhy zeleniny ako petržlen, kaleráb, zeler, pór, paradajky, resp. paradajkový pretlak. Taktiež môžeme využiť vývary zo zeleniny, z cibule, cesnaku, húb či kostí. Pre zvýraznenie chuti môžeme použiť aj bylinky ako sú

mäta, bazalka, fenikel, aníz či šalvia. Neslanú chuť pokrmov vieme ešte prekryť tak, že pokrmy pripravíme nakyslo. Čo sa týka mäsa, opekáme nasucho a podlievame nemasným vývarom zo zeleniny, zemiakov, kostí, cibule, cesnaku či húb. Keď chceme zahusťovať pokrmy, využívame pritom múku opraženú nasucho, zátrepku, bešamel alebo nejakú vlastnú potravinu (Vasilíková 2014).

Význam sacharidov, tukov a vlákniny pri prevencii chorôb obehovej sústavy

Podľa Svačinu (2013), bielkoviny, tuky, sacharidy môžeme spoločne nazvať živiny. Sú to základné zložky stravy, ktoré vieme rozdeliť na makronutrienty a mikronutrienty. Makronutrienty sú nositeľmi energie. Tieto živiny by mali byť prijímané v pomere 55 % sacharidov, 30 % tukov a 15 % bielkovín.

Graf 3 Príjem základných živín



(Vlastný graf, zdroj: Svačina a kol., 2013, 36 s.)

Beňo (2008) popisuje tuky, nazývané tiež lipidy, ktoré možno v skratke definovať ako organické látky, ktoré orgány tela využívajú predovšetkým na zabezpečenie energie pre svoju činnosť. Zohrávajú veľmi dôležitú úlohu pri prevencii kardiovaskulárnych ochorení. A to z toho dôvodu, že pri primeranej konzumácii majú pozitívny vplyv na náš organizmus, ak ich však konzumujeme vo veľkých množstvách, môže nastať presný opak a budú mať negatívny vplyv na náš organizmus. Rozoznávame tuky dobré a zlé. Medzi dobré tuky zaradujeme

nenасыtené mastné kyseliny a medzi tie zlé насыtené mastné kyseliny a transmastné kyseliny.

Kimáková a Baranovičová (2014) uvádza , že nadmerné konzumovanie насыtených mastných kyselín je pre naše zdravie škodlivé. V krvi sa totiž začne zvyšovať hladinu tzv. zlého LDL cholesterolu. To následne prispieva k vzniku aterosklerotických tukových plátov v cievnej stene tepien a následne sa zrýchľuje zrážanlivosť krvných doštičiek. Dochádza k vzniku krvných zrazenín, ktoré sú príčinou srdcových a cievnych príhod. Najčastejšie ich nájdeme v potravinách živočíšneho pôvodu.

Opačný účinok na naše zdravie majú už spomínané nenasýtené mastné kyseliny. Tieto kyseliny sa vyskytujú predovšetkým v potravinách rastlinného pôvodu. Vieme ich rozdeliť na mononenасыtené a polynenasýtené. Polynenasýtené mastné kyseliny vieme ďalej rozdeliť na omega-3 a omega-6 mastné kyseliny. Sú to mastné kyseliny, ktoré zaraďujeme medzi esenciálne mastné kyseliny, čo znamená, že sú veľmi potrebné, keďže telo ich nedokáže vytvoriť samo. Omega-3 mastné kyseliny majú dôležitú úlohu, lebo znižujú hladinu LDL cholesterolu v krvi a znižujú náchylnosť na srdcovo-cievne choroby. Majú tak isto aj protizápalové účinky, sú prospešné pre mozgovú činnosť atď. Omega-6 mastné kyseliny prispievajú k správne fungovaniu obehovej sústavy a zabraňujú tvorbe aterosklerotických plátov. Majú taktiež priaznivý vplyv na pokožku a endokrinnú sústavu (Kimáková, Baranovičová, 2014).

Je dôležité podotknúť, že podľa Freja (2016) keď je množstvo rastlinných olejov s omega-6 tukmi v strave príliš vysoké, premena rastlinných omega-3 kyselín prebieha omnoho pomalšie a v menšej miere.

Ako uvádza Kimáková a Baranovičová (2014), špeciálnu skupinu tvoria transmastné kyseliny. Tieto kyseliny sú zdraviu škodlivé, keďže sa podieľajú na kôrnatení tepien. Je dôležité, aby sa im vyhýbali ľudia s cukrovkou, obezitou či s chorobami srdca a ciev.

Beňo (2008) popisuje , cukry – sacharidy, ktoré možno definovať ako základnú živinu, ktorá je rýchlym zdrojom energie pre človeka. Je to živina, ktorá okrem toho, že je zdrojom energie plní aj rôzne iné funkcie ako napríklad: podieľa sa na formovaní štruktúry a činnosti orgánov a taktiež ovplyvňuje látkovú premenu. Sacharidy možno rozdeliť na monosacharidy (glukóza, fruktóza, galaktóza), disacharidy (sacharóza, laktóza, maltóza) a polysacharidy.

Osobitnú pozornosť je však potrebné venovať vláknine, ktorá zohráva veľmi dôležitú úlohu pri kardiovaskulárnych ochoreniach. Vlákninu v skratke možno definovať ako polysacharid, nestráviteľnú zložku rastlinného pôvodu. Vieme ju rozdeliť na 2 skupiny, a to na vlákninu nerozpustnú a rozpustnú. Nerozpustná vláknina ovplyvňuje črevnú peristaltiku, ako aj pocit sýtosti tým, že

zvážuje obsah v gastrointestinálnom systéme. Rozpustná vláknina priaznivo ovplyvňuje vstrebávanie sacharidov a metabolizmus cholesterolu. Ďalšou pozitívnou vlastnosťou vlákniny je absorpcia toxických látok v lumene čreva, ktoré sa potom nevstrebávajú do krvného obehu (Beňo, 2008).

Flavonoidy podľa (Kimákovej a Baranovičovej 2014) sa nachádzajú vo všetkých rastlinných bunkách a keďže ide o farbivá, rastlinám dodávajú charakteristické zafarbenie. Často sa nachádzajú v rastlinách spolu s vitamínom C a chránia ho pred oxidáciou. Zvýšený príjem flavonoidov spôsobuje to, že sa znižuje riziko ochorenia srdca a ciev. Vyskytujú sa v potravinách rastlinného pôvodu ako sú citrusové plody, jablká, hrozno, rajčiaky, cibuľa, huby a vo všetkých druhoch zeleniny. Vyskytujú sa aj v nápojoch ako napríklad čaj, pivo, červené víno či ovocné šťavy. Pyknogenol sa získava z kôry prímorskej borovice a radíme ho medzi veľmi silné antioxidanty. Má dokonca dvadsaťkrát silnejšie antioxidantné účinky než vitamín C. Flavonoidy vedia spomaliť procesy oxidácie tzv. zlého cholesterolu a súčasne zabrániť zoskupovaniu krvných zrazenín a s veľkou pravdepodobnosťou chránia pred vznikom a rozvojom aterosklerózy.

Sharma (2018) uvádza, že fytosteroly sú látky podobné cholesterolu a nachádzajú sa v rastlinách, v každom druhu ovocia, zeleniny, orechoch či semenách. V malom množstve aj v obilninách ako je ovos, kukurica, strukoviny či sója a vo väčšom množstve v olejnatých orechoch a semenách. Pridávajú sa do priemyselne vyrábaných potravín ako sú margaríny, cereálie, pomarančové džúsy. Fytosteroly majú schopnosť znižovať hladinu LDL, zlého cholesterolu a zamedzujú tvorbu usadenín v cievach

Primárna prevencia vzniku kardiovaskulárnych ochorení

Podľa Staška (2017), primárna prevencia je prevencia, ktorá sa zameriava predovšetkým na rozpoznanie rizikových faktorov u tzv. zdravých ľudí a jej úlohou je predchádzať vzniku choroby. Medzi také základné opatrenia primárnej prevencie môžeme zaradiť úpravu hmotnosti, udržanie krvného tlaku, udržanie normálnych hodnôt cukru a tuku v krvi, vylúčiť fajčenie. V skratke sa dá povedať, že podstatou primárnej prevencie je to, že chceme spraviť niečo pre seba a zároveň znížiť riziko vzniku ochorenia na minimum. Veľmi dôležitá je zmena životného štýlu, a to od stravovania až po aktívny pohyb. Ak pohyb a správne stravovanie nejdú ruka v ruke, nemôžeme čakať, že to bude fungovať. Zostavenie jedálneho lístka na 5 dní

1. deň	
R::	Čaj zázvorový, celozrnný chlieb, tuniaková nátierka, paprika
D:	Banán
OB:	Polievka špenátová s bielkom Dusené morčacie prsia na hubách, dusená tarhoňa, paradajkový šalát
OL:	Acidofilné mlieko, grahamové pečivo
V:	Pečený pstruh na rasci, varené zemiaky s petržlenovou vňaťou, dusená zelenina
V2:	Grapefruit

2. deň	
R:	Biela káva, grahamový chlieb, tvarohovo – cesnaková nátierka, list hlávkového šalátu
D:	Pomaranč
OB:	Polievka šošovicová, bravčový prírodný rezeň, varené zemiaky s rascou, mrkvovo – zelerový šalát
OL:	Biely jogurt s čučoriedkami, ovsené vločky
V:	Zeleninovo – hubové rizoto, cviklový šalát
V2:	Jablko

3. deň	
R:	Biela káva, grahamové pečivo, cottage syr, paradajka
D:	Slivky
OB:	Polievka cesnaková so syrom Domáci králik dusený na zelenine, žemľová knedľa
OL:	Strúhaná mrkva s jablkom, ľanové semiačka, citrónová šťava
V:	Pečený baklažán plnený mäsovou plnkou, varené zemiaky s petržlenovou vňaťou, šalát z čínskej kapusty
V2:	Jablko

4. deň	
R:	Čaj zelený, slnečnicový chlieb, avokádová nátierka, červená reďkovka
D:	Grapefruit
OB:	Polievka z hlivy ustricovej Pečené rybie filé na orientálny spôsob, varené zemiaky s petržlenovou vňaťou
OL:	Varená kukurica (menšia porcia)
V:	Šopský šalát s kravským syrom, celozrnné pečivo
V2:	Hruška – menej sladký druh

5. deň	
R:	Čaj bylinkový, tmavý chlieb, sójová nátierka, rukola
D:	Ovocný šalát s citrónovou šťavou

OB:	Polievka hrášková s liatym cestom Plnená paprika, paradajková omáčka, varené zemiaky s petržlenovou vňaťou
OL:	Biely jogurt s vlašskými orechami a škoricou
V:	Cícerová kaša s opraženou cibuľkou, hlávkový šalát, celozrnné pečivo
V2:	Jablko

ZÁVER

Výživa človeka má veľký vplyv na jeho výkonnosť, odolnosť voči chorobám, dĺžku života. Je nevyhnutné zvyšovať kvalitu výživy v predškolských a školských zariadeniach, tak aby sa zabezpečili potreby mladého vyvíjajúceho organizmu, ale aby sa súčasne predchádzalo rizikovým faktorom, ktoré v dospelosti môžu viesť k hromadným neinfekčným ochoreniam. Výživová politika štátu sa zameriava na vhodné množstvo jednotlivých živín, ktoré sú nevyhnutné pre obyvateľstvo. Jej úlohou je presadzovanie uplatnenia zdravej výživy v prostredí celej populácie pomocou svojich vzdelávacích, zdravotníckych, legislatívnych aj spoločenských inštitúcií a orgánov.

ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY

BEŇO, I. 2008. *Náuka o výžive*. Martin : Osveta, 16 -17 s. ISBN 978 – 80 – 8063 – 294 – 6.

BÓRIKOVÁ, I. 2014. *Kardiovaskulárne ochorenia – rizikové faktory vzniku a oblasti prevencie*. [cit. 2020-02-25]. Dostupné na internete: <https://portal.jfmed.uniba.sk/clanky.php?aid=270>

DUKÁT, A. 2012. *Nové odporúčania pre kardiovaskulárnu prevenciu*. Súčasná klinická prax 2012, č. 2, s. 51 – 52. ISSN 1214-7036.

FARSKÝ, Š. 2017. *Zásady stravovania z pohľadu kardiovaskulárnej prevencie a rehabilitácie*. In: Vaskulárna medicína, [online]. roč. 9, [cit. 2020-02-25]. ISSN 1339-4266.. Dostupné na internete: http://www.vaskularnamedicina.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=8891&magazine_id=1

FREJ, D. 2016. *Tučné superpotraviny a oleje*. Praha : EMINENT 35 s. ISBN 978 – 80 – 7281 – 512 – 8.

JURKOVIČOVÁ, J. 2005. *Vieme zdravo žiť?* 1. vyd. Bratislava : Univerzita Komenského, 32 s. ISBN 80-223-2132-X.

KIMÁKOVÁ, T., BARANOVIČOVÁ, I. 2014. *Liečivá sila antioxidantov*. Bratislava : Príroda, 54, 56-57, 69-74, 80-81, 84 s. ISBN 978 – 80 – 07 – 02297 – 3.

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2017), Slovensko: Zdravotný Profil Krajiny 2017, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/ European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels. ISBN: 9789264285408 Dostupné na internete: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/slovensko-zdravotny-profil-krajiny-2017_9789264285408-sk

POLUNINOVÁ, M. 2010. *Potraviny, ktoré liečia. Zdravými potravinami k dobrému zdraviu*. Bratislava : Perfekt 82-83 s. ISBN 978 – 80 – 8046 – 461 – 5.

SANOFI, 2017. *Familiárna hypercholesterolémia*. Bratislava, 16 s. (informačná brožúrka).

SHARMA, S. 2018. *Klinická výživa a dietologie v kostce*. Praha : GRADA 27 s. ISBN 978 – 80 – 271 – 0228 – 0.

STAŠKA, Š. 2017. *Najčastejšie zomierame na srdcovocievne choroby. Koho ohrozujú najviac?* [cit. 2020-02-25]. Dostupné na internete: https://www.npz.sk/sites/npz/Stranky/NpzArticles/2013_06/Prevencia_srdcovocievnych_ochoreni.aspx?did=3&sdid=25&tuid=0&page=full&print=1&

SVAČINA, Š. a kol. 2013. *Dietologie pro lékaře, farmaceuty, zdravotní sestry a nutriční terapeuty*. Praha : TRITON, 36 s. SBN 978 – 80 – 7387 – 699 – 9.

VASILÍKOVÁ, M. 2014. *Prehľad diét technológie prípravy pokrmov a v liečebnej výžive*. Košice : Stredná zdravotnícka škola Moyzesová, 17, 78 s. ISBN 978 – 80 – 972202 – 5 – 9.

Kontakt na autora:

Aneta Malčeková – študent

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety

Bratislava, n. o.

Detašované pracovisko bl. Sály Salkaházi

Rožňava

aneta.malcekova@gmail.com

STRAVOVACIE NÁVYKY ŠKOLOPOVINNÝCH DETÍ A ŠKOLSKÉ STRAVOVANIE V PRAXI EATING HABITS OF SCHOOL CHILDREN AND SCHOOL BOARDING IN PRACTICE

Daniela Palaščáková

Školiteľ: Mária Manková

ABSTRAKT

Cieľom práce je posúdiť stravovacie návyky školopovinných detí v domácom a školskom prostredí. V pravej časti práce súzhrnuté výživové odporúčania, nutričné potreby v období rastu a vývoja, základné zložky potravy a ich významu vo výžive detí. Ďalšia časť sa venuje konkrétnemu prieskumu, kde sú popísané jednotlivé odpovede doplnené grafmi na základe zistených skutočností, tiež je spomenutý význam školského stravovania v praxi. V závere sme zhrnuli zistené poznatky z prieskumu a vytvorili zoznam odporúčaní, ktorými by sme sa mali vo výžive detí riadiť, nakoľko zdravá výživa a zdravé stravovacie návyky sú jedným z najdôležitejších faktorov vplývajúcich na celkové zdravie jedinca.

Kľúčové slová

Školopovinné dieťa. Zdravá výživa. Stravovacie návyky. Školské stravovanie. Výživové odporúčania.

ABSTRAKT

The aim of this thesis is to review eating habits of school children in home and school environment. In the first part of this thesis nutritional recommendations and needs in the period of growth are explained, basic components of food and their meaning in the nutrition of children. The next part of thesis is dedicated to research. The result of each theme of research are complemented with charts. In the final part we reviewed the results of research and prepared the list of nutritional recommendations because healthy food and eating are very important parts of healthy living.

Keywords

School child. Healthy nutrition. Status habits. School boarding. Nutritional recommendations.

ÚVOD

Stravou vieme ovplyvniť nielen správny rast a vývoj dieťaťa, ale pestrou, vyváženou a plnohodnotnou stravou budujeme v dieťati správne stravovacie návyky, ktoré si so sebou poniesie až do dospelosti. Jedlo dodáva živiny nielen pre rast, ale je súčasťou celého spektra sociálnych interakcií počnúc vzťahom medzi matkou a dieťaťom. S pribúdajúcim vekom následne potreba energie mierne klesá. Ďalší skok v potrebe energie smerom hore je v období dospievania. U detí sa nedostatok energie môže prejaviť spomalením rastu a vývoja. Výživa detí a dospievajúcej mládeže má zabezpečovať ako telesný rast s primeranými hmotnostnými prírastkami, tak aj vývoj jednotlivých orgánov tela a zdokonaľovanie ich funkcií.

Vážne nedostatky výživy v tejto dobe môžu narušiť správny rast a vývoj. Môžu sa prejaviť bezprostredne, a to v podobe anémie, malnutrície, obezity, v poruchách rastu, v zubnom kaze, ale môžu mať aj dopad v dospelosti, a to vo vzťahu k rozvoju ochorenia ako diabetes mellitus, ateroskleróza, hypertenzia, osteoporóza, nádorové ochorenia. Spôsob výživy detí a dospievajúcej mládeže ovplyvňujú nielen stravovacie návyky získané v rodinnom prostredí, ale tiež vplyv prostredia v škole, v kruhu priateľov, a nemalý vplyv má aj reklama. Kvalita a kvantita stravy pôsobí nielen na rast a vývoj, ale má dopad aj na psychickú výkonnosť, pohotovosť, efektivitu učenia a emočné stavy. Preto je veľmi dôležité venovať sa strave detí a dospievajúcej mládeže, brať ohľad na energetické a nutričné potreby detí v jednotlivých vekových kategóriách a nezabúdať pritom ani na správny pitný režim (Jakušová, Dostál, 2006).

Výživa a výživové odporúčania

Výživa človeka je súbor biochemických a fyziologických procesov, ktorými organizmus prijíma a využíva látky z vonkajšieho prostredia potrebné pre všetky životné funkcie. Zo širšieho hľadiska ide o interdisciplinárny vedný odbor, ktorý zahŕňa nielen zdravotné aspekty, ale aj pôdohospodárstvo s výrobou rastlinných a živočíšnych produktov, potravinárske spracovanie, ekonomické a obchodné aktivity (Beňo I. 2008).

Výživa človeka je zabezpečovaná potravinami, pochutinami a nápojmi, ktoré môžeme nazývať jedným názvom, a to požívatinami. Požívatiny tvoria všetky suroviny, ktoré slúžia na uspokojovanie základných potrieb človeka a poskytnú ľudskému organizmu všetky potrebné látky v dostatočnom množstve a vhodnom pomere. Každá požívatina má svoj význam a prispieva k výžive svojou biologickou a energetickou hodnotou. Biologická hodnota tvorí obsah biologicky významných zložiek danej požívatiny. Biologická hodnota potraviny je obsah živín, výživových faktorov a ich vzájomný pomer v potravine, ktoré zabezpečujú

uchovanie a rozvíjanie všetkých fyziologických funkcií v ľudskom organizme. Energetická hodnota potravy (využitelná energia) je množstvo energie uvoľnenej z potravy pri látkovej premene v ľudskom organizme. Biologická a energetická hodnota potravy (výživová) je veličina charakterizujúca podiel potravy na uspokojovaní výživových potrieb ľudského organizmu (Simonová, E. a kol., 2002). Energetickú hodnotu vyjadrujeme množstvom energie, ktorá sa uvoľní chemickou premenou zložitejších komponentov potravín na jednoduchšie látky.

Podľa Vollmannovej a kol.(2018) „racionálna výživa, zdravá výživa alebo vedecky podmienená výživa má zabezpečiť normálnu činnosť organizmu u dospelých a v detskom veku normálny telesný a duševný vývoj. Individuálne požiadavky na množstvo a zloženie stravy závisia od veku a pohlavia, od pracovnej a telesnej zaťaženia, od klimatických podmienok a od mnohých iných činiteľov“.

Vollmannová ďalej uvádza, že racionálna výživa je v rámci preventívne orientovaného zdravotníctva považovaná za jeden z rozhodujúcich faktorov, ktoré vplyvajú na znižovanie výskytu viacerých tzv. civilizačných ochorení (obezita, porucha výmeny tukových látok v krvi, cukrovka, dna, srdcovo – cievne ochorenia). Podľa údajov WHO a FAO sa nesprávny spôsob výživy podieľa 30 až 60 % na výskyt týchto chorôb. Súčasná úroveň výživy obyvateľstva sa vo väčšine rozvinutých krajín sveta vyznačuje energetickou nadmernosťou, a to najmä v dôsledku vysokého podielu tukov, sacharidov, ktorý môže byť až o 20 % vyšší, ako sú odporúčané množstvá, ale tiež prebytku bielkovín živočíšneho pôvodu. Potraviny a výživa majú zásadný vplyv na život a vývoj nielen jednotlivca, ale celej spoločnosti. Výživa v sebe spája zdravotné, produkčné a ekonomické aspekty. Spotreba potravín taktiež výrazne vplyva na zdravotný stav obyvateľstva a formuje zdravotnú kondíciu všetkých štruktúr spoločnosti. Výživa, zdravie a hospodárstvo sú navzájom prepojené systémy (Vollmannová, Musilová, Urmínská a kol., 2018).

Beňo (2008) uvádza, že správna výživa má zabezpečiť prísun takých potravín a živín, ktoré budú podporovať duševné zdravie človeka, jeho pracovnú aktivitu a dlhovekosť.

Výživové odporúčania zahŕňajú tri stupne, a to: numerické odporúčania pre jednotlivé živiny, všeobecné odporúčania zahŕňajúce súhrnné informácie určené pre širokú verejnosť a praktické odporúčania založené na skupinách potravín určených pre jednotlivcov (napríklad vo forme tzv. potravinovej pyramídy). Odporúčané výživové dávky (OVD) vytvárajú základný predpoklad na zabezpečenie zdravej výživy pre jednotlivé fyziologické skupiny populácie. Zohľadňujú ich energetické a výživové požiadavky podľa veku, pohlavia, fyzického zaťaženia organizmu a fyziologického stavu organizmu tehotných

a dojčiacich žien. Pri vypracovaní OVD sú ako základné kritériá zohľadňované vek, pohlavie, výškovo – hmotnostný index. U detí a mladej populácie sa zohľadňujú aj základné ukazovatele funkcie telesného rasu a vývinu, a tiež pohybové aktivity. OVD sú vypracované pre 29 fyziologických populačných skupín, z toho 11 skupín tvoria deti a 18 skupín dospelí, diferencovane podľa pohlavia (ženy tvoria 10 a muži 8 skupín) (Vollmannová, Musilová, Urmínská a kol., 2018).

Obrázok 1

Odporúčané výživové dávky pre obyvateľstvo Slovenskej republiky – deti školského veku

Výživový faktor	Odporúčaná dávka pre deti podľa veku a pohlavia			Výživový faktor	Odporúčaná dávka pre deti podľa veku a pohlavia		
	7-10	11-14			7-10	11-14	
		Chlapci	dievčatá			chlapci	dievčatá
energia kcal/kg	72	60	55	selén (µg)	35	40	45
880							
kJ/ deň	0	10700	10300	jód (µg)	120	130	140
kcal/ deň	210						
0	2550	2450		vitamín A (µg)	400	600	600
bielkoviny (g)	53	64	62	vitamín B1 (µg)	1	1,3	1,2
tuky (g)	78	87	82	vitamín B2 (µg)	1,1	1,5	1,3
sacharidy (g)	297	378	367	vitamín B6 (µg)	1,2	1,4	1,6
				vitamín B12 (µg)			
cholesterol (mg)	300	300	300		1,8	2,5	3
vláknina (g)	17	20	18	vitamín C (mg)	80	90	100
vápnik (mg)	900	1200	1300	vitamín E (mg)	10	13	14
železo (mg)	10	12	16	vitamín D3 (µg)	12	15	15
horčík (mg)	200	300	330	vitamín K (µg)	30	40	50
				vitamín PP (mg)			
fosfor (mg)	800	1000	1100		12	14	15
zinok (mg)	7	10	10	kys.listová (µg)	250	300	350
	100			kys.pantoténová (mg)			
0	1200	1300			5	6	6
med' (µg)				β - karotén (mg)	2	2,5	3
chróm (µg)	25	30	35				

Zdroj: Vestník Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky, 2015

Rast a vývoj

Rast a vývoj prebieha u ľudí po dlhšiu dobu, od počatia až do neskoršieho dospelovania. Rast je v detstve relatívne konštantný a pohybuje a priemerne od 2-3 kg a 6 – 8 cm za rok. V puberte dievčatá priemerne narastú o 20cm a hmotnosť

zvýšia o 20kg, chlapci narastú o 30 cm a hmotnosť zvýšia o 30kg. Rýchlosť môže stagnovať pokiaľ príjem živín neuspokojuje potreby (Sharma a kol., 2018).

Nutričné potreby

Stravovacie odporúčania sa riadia zmenou veľkosti a skladbou tela. V detstve je väčšina nutričných potrieb rovnaká ako pre chlapcov, tak aj pre dievčatá. V dospievaní sú nutričné potreby omnoho vyššie, odrážajú zvýšene doporučené hladiny, ktoré by sa mali dosiahnuť zvýšeným príjmom potravín zo všetkých skupín.

Pestrosť v strave znižuje riziko vyradenia určitých potrebných živín (Sharma a kol., 2018).

Základné zložky potravy a ich význam

Sacharidy

Významnou zložkou výživy sú sacharidy. Prísun sacharidov by mal pokryť 55 – 60 % dennej dávky energie. Potreba sacharidov by mala byť zabezpečená najmä polysacharidmi. Podávajú sa najmä vo forme obilnín, cestovín, zemiakov a ryže.

Bielkoviny

Predstavujú základnú zložku výživy detí. Príjem bielkovín by nemal prevyšovať 15 % denného energetického príjmu. Bielkoviny by mali byť zastúpené vo forme živočíšnej (viac ako 50%) najmä z chudého mäsa hrabavej hydiny, chudého bravčového a hovädzieho mäsa a rýb, mlieka, mliečnych výrobkov a vajec a vo forme rastlinnej, a to najmä zo strukovín, zemiakov a obilnín. Nedostatočný alebo naopak nadbytočný príjem bielkovín môže narušiť harmonický rast.

Tuky

Tuky sú veľmi dôležitým zdrojom energie. Spotreba tukov by mala byť v prospech nenasýtených tukov, asi 2/3 by mali tvoriť rastlinné tuky a 1/3 tuky živočíšne. Príjem nenasýtených mastných kyselín je dôležitý pre rast a vývin organizmu. Tuky sa konzumujú v množstve maximálne do 30% celodennej energetickej potreby. Tuky podávame vo forme masla alebo rastlinného tuku, vhodné sú aj rybíe tuky z morských rýb, najmä u starších detí.

Vitamíny a minerálne látky

Pre vyvíjajúci sa organizmus je dôležitý dostatočný prísun vitamínov a minerálnych látok. Pre tvorbu kostí je dôležitý vitamín D, vápnik, fosfor a horčík. Na krvotvorbu má vplyv príjem železa, medi, kyseliny listovej a vitamínu B12. U dospievajúcich dievčat je po nástupe menštruácie dôležitý zvýšený príjem železa. Zinok je veľmi dôležitý pre rast a tiež pre sexuálne vyzrievanie.

Pitný režim

Jedna zo základných zásad racionálnej výživy vo všetkých vekových kategóriách je zabezpečenie pitného režimu. Správny pitný režim je veľmi dôležitý pre skupinu detí školského veku a rovnako aj pre dospelujúcich. Veľmi dôležitá je najmä voľba správneho typu nápoja v adekvátnom množstve, s rozdelením počas celého dňa. Príjem tekutín by mal zodpovedať množstvu vydaných tekutín dýchaním, potením, močením a stolicou. Množstvo prijímaného nápoja počas dňa je nie je stále rovnaké, mení sa v závislosti od pracovnej záťaže dieťaťa. Nedostatok tekutín môže vyvolať únavu, nechúť do jedla a zníženú koncentráciu. Medzi vhodné tekutiny patria ovocné šťavy, minerálne vody, čaje a tiež obyčajná voda (Dimunová a kol., 2018).

Tabuľka 1 Denný príjem tekutín podľa veku a hmotnosti

Denný príjem tekutín podľa veku a hmotnosti					
Vek	4-7 rokov	8-10 rokov	11-13 rokov	14-15 rokov	nad 15 rokov
Príjem tekutín (l/ deň)	1,6	1,8	2,15	2,45	2,8
Príjem tekutín (ml/kg/deň)	75	60	50	40	40

Zdroj: Výživa detí, 2013

Stravovacie návyky detí

Vplyv nesprávnej výživy, ktorý úzko súvisí so vznikom a vývojom závažných zdravotných problémov súčasnosti – kardiovaskulárnych a nádorových chorôb, obezity, diabetu či osteoporózy – dokumentuje množstvo vedeckých štúdií. Tieto ochorenia sa vo väčšine prípadov prejavia až v dospelom veku, ale vyvíjajú sa roky až desaťročia a často sú dôsledkom nesprávnej výživy už v detstve alebo mladosti. Preto je osvojenie si správnych stravovacích návykov v detskom veku jednou z najúčinnějších foriem prevencie nutrične podmienených chorôb. V posledných rokoch pozorujeme už aj u detí nárast výskytu obezity, ktorá sa vzhľadom na vysokú prevalenciu a početné komplikácie stáva alarmujúcim zdravotným problémom detského veku v ekonomicky rozvinutých krajinách, vrátane Slovenska. Tento nepriaznivý trend ešte naliehavejšie upozorňuje na skutočnosť, že výžive detí treba venovať väčšiu pozornosť ako doposiaľ. Domáce i zahraničné výskumné štúdie ukazujú, že výživa detí je po kvantitatívnej stránke dostatočná, dokonca často až nadmerná, obsah jednotlivých živín však nie je optimálny. U slovenských detí bolo v predchádzajúcom období pozorované prekračovanie odporúčanej dávky tukov a cholesterolu a nedostatočný príjem sacharidov, vápnika i viacerých vitamínov (podľa prieskumu na vzorke

1000 detí, r.2007) . Nedostatok alebo nadbytok uvedených živín je dôsledkom nie úplne vyváženého zastúpenia základných potravín v strave detí, ako aj konzumácie potravín s nižšou výživovou hodnotou. Mnohí autori poukazujú na nesprávny stravovací režim detí, ktorý zvyšuje riziko vzniku obezity a negatívne vplyva aj na duševnú činnosť, čo má vplyv na prospech a správanie dieťaťa v škole. Menej vhodný výber potravín a výraznejšie nedostatky v stravovacom režime sa pozorovali najmä u obézných detí v porovnaní s deťmi s normálnou hmotnosťou (Kovács, Babinská, Ševčíková a kol., 2008).

Závažné nedostatky vo výžive	
▪ nedostatočný príjem ovocia a zeleniny	▪ nadmerný príjem soli
▪ nadmerný príjem sladených a kofeínových nápojov	▪ minimum fyzickej aktivity
▪ konzumácia jedál rýchleho občerstvenia	▪ nedostatočná výživa (vynechávanie jedál, poruchy príjmu potravy....)
▪ vynechanie jednotlivých jedál (vynechanie raňajok, konzumácia obedu v čase olovrantu, najvýdatnejším jedlom dňa je večera)	▪ nezáujem o to, čo konzumujeme

(zdroj: Jakušová, E. – Dostál, A. 2006)

Liba (2016) považuje za najvýznamnejšie rizikové faktory zdravia:

- nesprávny spôsob výživy – strava s vysokým obsahom živočišných tukov, vysoký príjem sladkostí a výrobkov z bielej múky, nízky podiel ovocia a zeleniny, nedostatočný príjem rýb a mäsa z hrabavej hydiny, nedostatočný príjem vlákniny, nevyváženosť medzi príjmom a výdajom stravy, stereotypnosť a nepravidelnosť stravovania, nedodržiavanie pitného režimu;
- nesprávny spôsob života – fajčenie, alkohol, zneužívanie liekov, drogové problémy, nedostatok pohybovej aktivity, chronické sledovanie televízie, nenáležitý vplyv internetu, mobilných zariadení, nedostatok spánku a pod.;
- psychosociálne faktory – psychické napätie, stresy, preťaženie, permanentný tlak na výkon, konflikty spojené s emocionálnym vypätím a pod.

V prípade, že sa problematika v oblasti výskytu nadhmotnosti a obezity u detí a mladých ľudí nebude riešiť čo najskôr, môže mať tento problém veľmi negatívny vplyv na zdravie a kvalitu života a v blízkej budúcnosti môže zaťažiť systém zdravotnej starostlivosti. Nárast výskytu nadhmotnosti a obezity u detí a mladých ľudí je alarmujúci vzhľadom na kauzálny vzťah medzi obezitou a

poškodením zdravia v zmysle psychosomatických a psychosociálnych následkov v neskoršom živote. Ide najmä o kardiovaskulárne ochorenia, cukrovku typu 2, nádory, poruchy podporno-pohybovej sústavy, rovnako ako sociálne stigmatizácie a problémy v oblasti duševného zdravia. Nesprávne stravovacie návyky, stres a fyzická inaktivita predstavujú významné faktory obezity u dospelých, rovnako ako aj u detí a mladých ľudí. U detí a mladých ľudí vyvážená strava a fyzicky aktívny životný štýl môže znížiť riziko nadhmotnosti a obezity v dospelosti, ako aj prispieť k zdravému rastu a vývinu. Podľa vedeckých štúdií majú na správanie detí najväčší vplyv rodičia, najbližšie okolie a v nemalej miere aj škola. (Kovács, Babinská, Ševčíková a kol., 2008)

Aj na základe vyššie uvedených skutočností prijala Slovenská republika 9. januára 2008 Národný program prevencie obezity, z ktorého vyplynul aj Národný akčný plán na prevenciu obezity 2015 – 2025. Medzi prioritné oblasti v prevencii proti obezite patria:

- a) zabezpečiť účinný prístup v rannom štádiu čo najskôr (už počas tehotenstva)
- b) ustanoviť zdravie ako prioritu na školách
- c) zabezpečiť širokú dostupnosť zdravej voľby potravín pre deti
- d) obmedziť vystavenie detí reklame na jedlo/nápoje s vysokým obsahom tukov, cukrov a soli
- e) informovať a vzdelávať rodičov detí o vyváženom spôsobe stravovania a tzv. správnej voľbe potravín
- f) zvýšiť pravidelnú účasť detí pri športe alebo iných fyzických aktivitách
- g) monitorovať a hodnotiť výživový stav detí/ dospelých a ich správanie (Národný akčný plán na prevenciu obezity 2015 – 2025, 2014)

Cieľ prieskumu

Cieľom tejto práce je teda porovnať stravovanie detí doma a v školskom stravovaní, poukázať a vyzdvihnúť podávanie racionálnej a kvalitnej stravy v školských jedálňach.

Školské stravovanie predstavuje jedinečnú príležitosť v prevencii proti obezite, ale aj iných

neinfekčných ochorení. Zdravá výživa a zdravé stravovacie návyky sú, popri pohybovej aktivite jedným z najdôležitejších faktorov ovplyvňujúcich životný štýl.

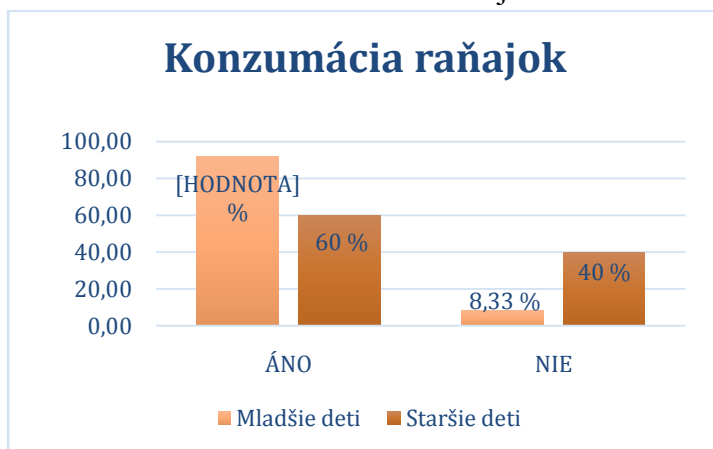
Prieskum a jeho forma

Údaje o stravovacích návykoch sa získali dotazníkovou metódou, prieskumu sa zúčastnilo 70 detí vo veku 8-15 rokov. Stravovacie návyky som hodnotila v závislosti od veku dieťaťa. (príloha č. 1)

Výsledky prieskumu

Na základe prieskumu medzi deťmi môžeme zhodnotiť, že raňajky konzumujú vo väčšej miere najmä deti mladšieho veku (1. stupeň), a to až 92 %. U detí staršieho veku (2. stupeň) raňajkuje len 60 % opýtaných, vo väčšej miere sú to dievčatá (graf1). Zväčša raňajkujú pečivo s maslom, jogurty alebo cereálie s mliekom. Deti, ktoré neraňajkujú uvádzali ako hlavný dôvod nedostatok času.

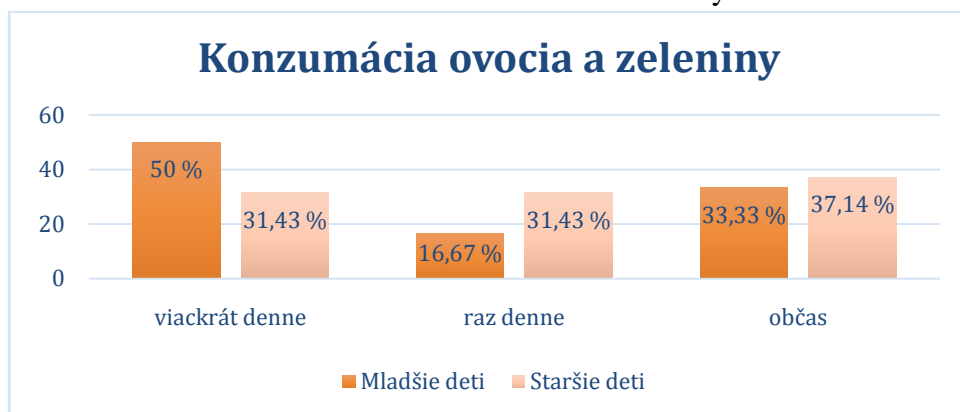
Graf 1 Konzumácia raňajok



(zdroj: vlastné spracovanie)

Ďalšou otázkou bola konzumácia ovocia a zeleniny počas dňa. Vo väčšej miere konzumujú viackrát denne ovocie a zeleninu mladšie deti, a to najmä dievčatá. (graf2)

Graf2 Konzumácia ovocia a zeleniny

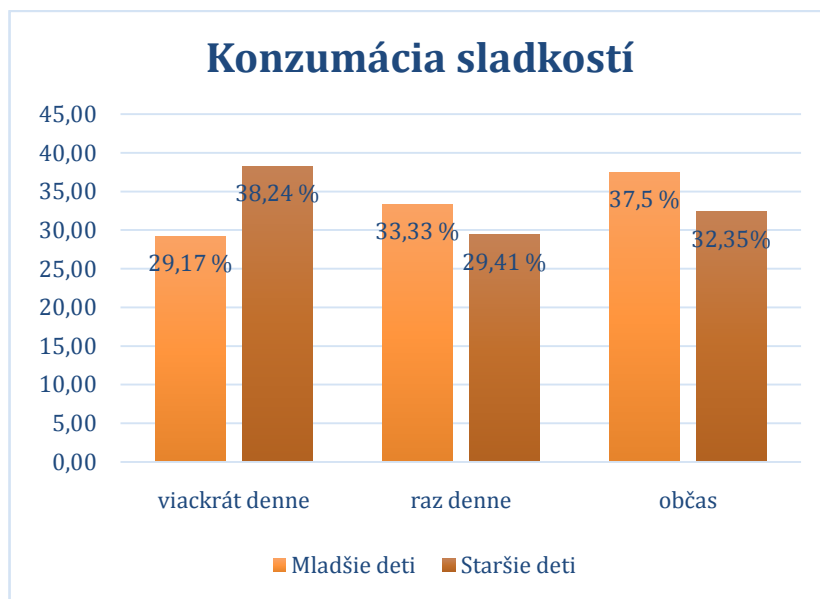


(zdroj: vlastné spracovanie)

Čo sa týka konzumácie sladkostí, výsledok nie je veľmi potešujúci, nakoľko deti uvádzali že sladkosti konzumujú aj niekoľko krát denne, a to najmä dievčatá na druhom stupni. Tam je konzumácia sladkostí viackrát denne viac ako 50 %,

chlapci uvádzali konzumáciu sladkostí iba občas. Deti na prvom stupni uviedli, že sladkosti konzumujú raz denne alebo iba občas (graf 3).

Graf3 Konzumácia sladkostí

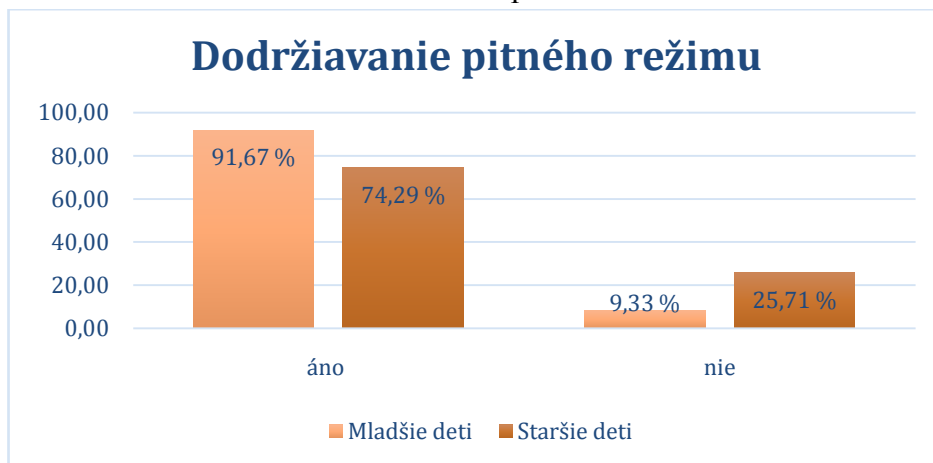


(zdroj: vlastné spracovanie)

Deti uvádzali, že doma nedodržiavajú žiadne alternatívne spôsoby stravovania. Takmer všetky deti konzumujú mäso – bravčové, hovädzie, hydinové (97 %), ryby konzumuje takmer 87 % opýtaných.

K dodržiavaniu pitného režimu uvádzali, že pijú najmä čistú vodu, čaje, ovocné šťavy. Kolové nápoje neuviedol nikto (graf4).

Graf4 Dodržiavanie pitného režimu



(zdroj: vlastné spracovanie)

V dnešnej dobe trpí mnoho detí rôznymi potravinovými alergiami či intoleranciami na rôzne zložky potravy. V posledných rokoch má tento jav stúpajúcu tendenciu. Medzi najrozšírenejšie patrí najmä alergia na mlieko, na vaječné bielkoviny, na ryby, kôrovce a mäkkýše, na búrske oriešky, orechy a sezam, na sóju, ale tiež na ovocie a zeleninu, napr. na zeler, mrkvu, paradajky, broskyne, citrusové ovocie a iné. K najrozšírenejším intoleranciam patrí histamínová či laktózová, ale tiež celiakia a favizmus.

Z prieskumu vyplynulo, že zhruba 17 % opýtaných trpí alergiou alebo intoleranciou. Uvádzali najmä laktózovú či histamínovú intoleranciu, celiakiu a alergiu na citrusové ovocie.

V školských jedálňach sa pripravujú práve kvôli deťom, ktoré trpia intoleranciou aj diétne obedy, a to: diéta bezlepková, diéta diabetická a diéta šetriaca. Je tu možnosť pripravovať aj stravu bezlaktózovú. Ostatné alergie či kombinácie alergií sa riešia individuálne, a to vo väčšine donáškou vlastného jedla do zariadenia spoločného stravovania, kedy rodič ráno prinesie pripravený obed a počas výdaja je dieťaťu tento obed ohriaty a vydaný.

Významným prvkom zdravého životného štýlu je aj pohyb a pohybová aktivita. V prieskume opýtaní uvádzali, že sa venujú pohybovým aktivitám aj mimo hodín telesnej výchovy. 88 % detí uviedlo, že vykonávajú pohybové aktivity aj vo svojom voľnom čase, kde uvádzali že sa venujú plávaniu, lyžovaniu, tancu, baletu, futbalu či florbalu. Iba 12 % uviedlo, že sa nevenuje žiadnym športom, najviac medzi dievčatami na druhom stupni.

Školské stravovanie v praxi

Pri zostavovaní jedálnych lístkov sa školské jedálne riadia najmä Vyhláškou Ministerstva školstva Slovenskej republiky č. 330/2009 Zbierky zákonov o zariadení školského stravovania. Vo vyhláške je uvedené okrem iného aj časová štruktúra podávania pokrmov, a to v jednozmennej prevádzke nasledovne:

- a) dve hlavné mäsové jedlá,
- b) jedno hlavné jedlo so zníženou dávkou mäsa,
- c) dve hlavné jedlá múčne a zeleninové.

Tiež sú popísané všeobecné zásady, ako postupovať pri zostavovaní jedálnych lístkov, ako sú napríklad:

- a) prívarky s využitím najmä strukovín sa do jedálneho lístka zaraďujú dvakrát za mesiac,
- b) strukoviny sa podávajú aj vo forme šalátov alebo ako ich súčasť,

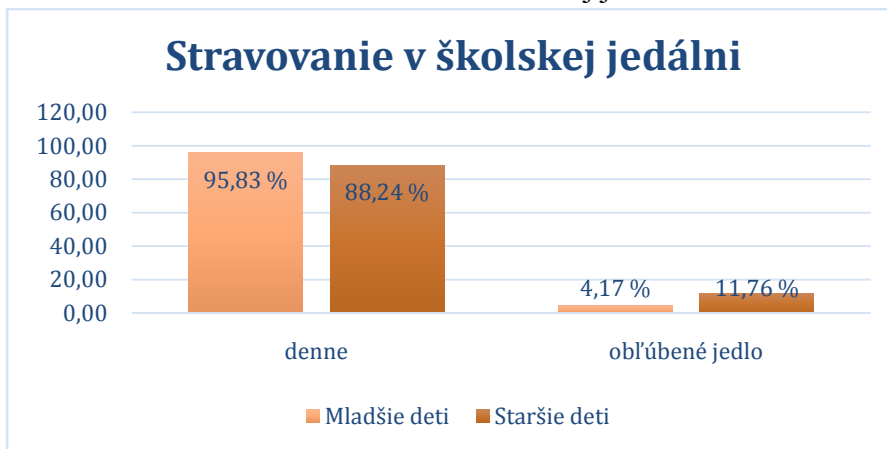
- c) múčne prílohy (knedľa, halušky, cestoviny) sa podávajú jedenkrát do týždňa, pri celodennej prevádzke dva až trikrát počas piatich stravných dní a štyrikrát pri nepretržitej prevádzke,
- d) zemiaky sa podávajú dva až trikrát pri jednozmennej prevádzke, pri celodennej prevádzke počas piatich stravných dní štyrikrát a pri nepretržitej prevádzke šesťkrát,
- e) zelenina sa podáva denne, z toho vo forme šalátov pri jednozmennej prevádzke dvakrát a jedenkrát v podobe zeleninovej oblohy k hlavnému jedlu. Pri celodennej a nepretržitej prevádzke sa zelenina podáva 8 sedemkrát, z toho štyrikrát ako zeleninový šalát a trikrát v podobe zeleninovej oblohy k jedlu. Uprednostňuje sa podávanie čerstvej zeleniny s prídavkami cibule, pažítky, petržlenovej vňate, jogurtu a najmä citrónovej šťavy s pridaním olivového oleja bez tepelnej úpravy,
- f) časť múčnej prílohy sa nahrádza dusenou zeleninou podľa druhu pokrmu,
- g) hlavné jedlá z rýb sa podávajú pri jednozmennej prevádzke jedenkrát v týždni a pri celodennej prevádzke počas piatich stravných dní dvakrát v týždni (obed a večera),
- h) obilniny - krúčky, ovsené vločky, pohánka, sója, proso, kukurica sa uprednostňujú pred ryžou a podávajú sa jedenkrát v týždni pri jednozmennej prevádzke,
- i) strukoviny sa podávajú jeden až dvakrát pri jednozmennej a celodennej prevádzke v podobe polievok, prívarkov a šalátov,
- j) múčniky sa pripravujú z ovocia, tvarohu a mlieka a podávajú sa najviac jeden až dvakrát v týždni pri jednozmennej a celodennej prevádzke k hlavnému jedlu,
- k) nápoj v podobe pitnej vody, minerálnej vody, mlieka, nesladených ovocných a tmavých čajov sa podáva ku každému hlavnému a doplnkovému jedlu,
- l) chlieb z celozrnnej múky alebo tmavé druhy chleba sa podávajú ako súčasť doplnkových jedál,
- m) do jedálnych lístkov sa zaraďuje mäso čerstvé: hydinové, hovädzie, bravčové, jahňacie a ryby. Údené mäso, a výrobky z údených mias sa do jedálnych lístkov pre deti v materských školách nezaraďujú, pre žiakov v základných školách a stredných školách najviac jedenkrát za mesiac,
- n) doplnkové jedlá obsahujú potravinu okrem mlieka, ktorá je zdrojom bielkovín,
- o) čerstvá zelenina sa podáva každodenne podľa sezónnosti (mladá cibuľka, pažítka, kaleráb, reďkovka, zelená paprika, mrkva, cesnak a iné druhy zeleniny),
- p) jedlá sa pripravujú na oleji,
- q) ako prídavok do hotových pokrmov (polievok a prívarkov) na zvýšenie ich biologickej hodnoty sa používa čerstvé maslo,
- r) do polievok sa používajú závary, najmä tvrdý strúhaný syr, závary z droždia a fortifikujú sa zelenou petržlenovou vňaťou,

- s) hlavné a doplnkové jedlá, zeleninové šaláty, kompóty, polievky sa dopĺňajú vitamínom C v prirodzenej forme,
 - t) ovocie sa zaraďuje denne do jedálneho lístka podľa finančného limitu na nákup potravín,
 - u) pri výrobe jedál sa striedajú technologické postupy, najmä varenie, dusenie, zapekanie, a striedajú sa jedlá sýte a ľahko stráviteľné s rôznorodosťou chutí a podľa sezónnosti
- (Vyhláška Ministerstva školstva Slovenskej republiky č. 330/2009 Zbierky zákonov).

Na základe údajov Výročnej správy Úradu verejného zdravotníctva za rok 2018 navštevovalo základné školy 440.725 žiakov, pričom v školských jedálňach sa stravovalo 314.945 detí, čo tvorilo 71,46 %. Od septembra 2019 sa počet detí stravujúci v školských jedálňach zvýšil, a to vďaka štátnej dotácii, ktorá je poskytnutá práve na stravovanie.

Súčasťou prieskumu bolo aj zistenie zastúpenia detí, ktoré sa stravujú v školskej jedálni. Na základe dotazníkov vyplynulo, že školskú jedáleň navštevuje z opýtaných detí denne takmer 96 %. Ostatné 4 % sa prihlasujú na obed iba, keď sa pripravuje jedlo, ktoré obľubujú (graf5).

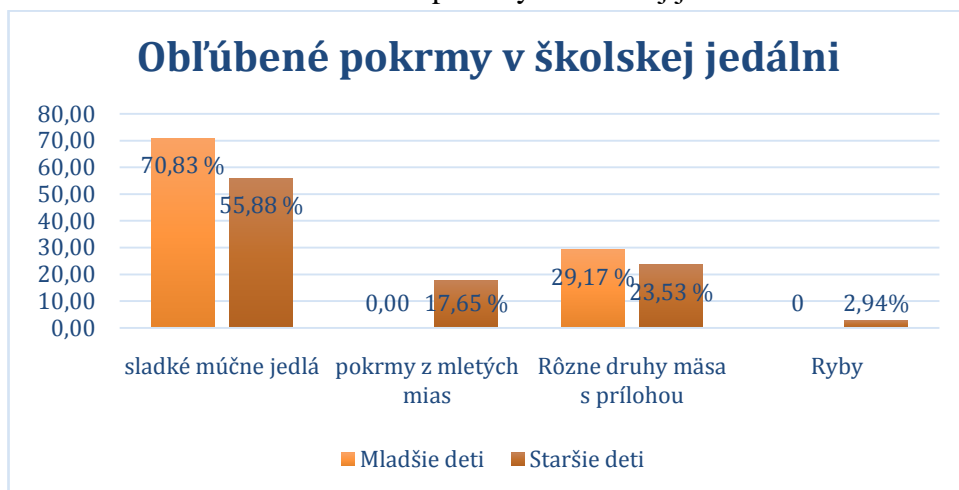
Graf5 Stravovanie v školskej jedálni



(zdroj: vlastné spracovanie)

Medzi najobľúbenejšie pokrmy zaradili sladké múčne jedlá, boli najviac obľúbené ako u mladších, tak i u starších detí. Ďalej to boli rôzne druhy mias podávaných s prílohami, a nakoniec pokrmy z mletých mias. Iba jedno dieťa z opýtaných uviedlo ako najobľúbenejší pokrm ryby (graf6).

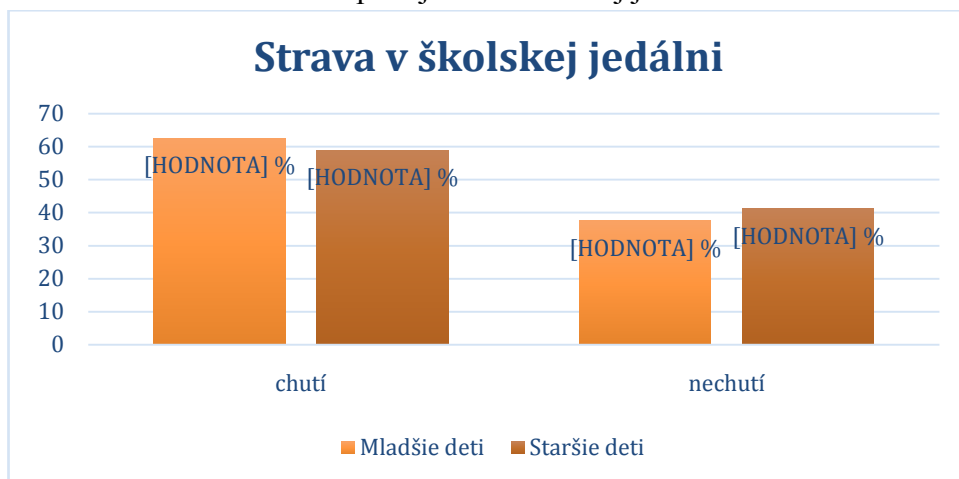
Graf6 Oblúbené pokrmy v školskej jedálni



(zdroj: vlastné spracovanie)

Medzi otázkami v prieskume som sa tiež dotazovala na to, či deťom v školskej jedálni chutí, či konzumujú aj zeleninové šaláty a oblohy. S konzumáciou zeleninových šalátov a oblôh nemajú problém skôr dievčatá, tie uviedli, že im chutia, vo väčšej miere najmä dievčatá na druhom stupni. V rámci programu s podporou Európskej únie je podávané v školskej jedálni pravidelne aj ovocie a ovocné šťavy (ako prídavok k obedu). Ovocie, ovocné šťavy, zeleninové šaláty a oblohy sú podávané v školskej jedálni viackrát do týždňa. Graf nižšie ukazuje celkovo ako sú deti so školským stravovaním spokojné, všeobecne skôr chutí dievčatám ako chlapcom (graf7).

Graf7 Spokojnosť v školskej jedálni



(zdroj: vlastné spracovanie)

Záver a odporúčania

Dieťa si osvojuje stravovacie návyky najmä v domácom prostredí, pozoruje a kopíruje správanie svojich rodičov, súrodencov, čo vidí, že jedia rodičia, jedia aj samé.

Správne stravovacie návyky v rodine sú tým najlepším príkladom a patria k najosvedčenejším prostriedkom výchovy k správnej výžive. Dôležitá úloha v rámci nutričného vzdelávania patrí tiež škole. V súčasnosti ovplyvňujú dieťa aj masovokomunikačné prostriedky (Kovács, Babinská, Ševčíková a kol., 2007).

Jedlo, ktoré dieťa nepozná ani z domáceho prostredia, nekonzumuje ani v školskej jedálni. Vo všeobecnosti platí, že deti obľubujú klasické jedlá (rokmi overené recepty), zavádzanie nových noriem a receptúr je dosť často prijímané s nevôľou. Najväčším „nepriateľom“ čo sa týka podávaných obedov sú rybacie pokrmy a rôzne zeleninové oblohy. Deti často ani nepoznajú podávanú zeleninu. Veľkým „konkurentom“ školských jedální sú aj školské bufety, ktoré na niektorých školách ešte fungujú a tiež rôzne automaty, kde si vie dieťa kúpiť sladkosti, ale aj bagety.

Vzhľadom na významnú úlohu nesprávnej výživy vo vzťahu k vzniku rôznych chorôb by sa nutričnému poradenstvu a výchove k zdravej výžive mala venovať náležitá pozornosť. U detí je v súčasnosti vysoko aktuálnou otázkou predchádzanie obezity. Nesprávne stravovacie návyky získané už detskom veku vedú k zvyšovaniu hmotnosti a následne vzniku obezity v neskoršom veku (Kovács, Babinská, Ševčíková a kol., 2007).

Pre správne fungovanie organizmu musí byť strava energeticky a biologicky vyvážená. Iba vtedy sa môže považovať za stravu zdravú a prospešnú pre človeka. Tú vieme zabezpečiť iba konzumovaním rozličných potravín v primeranom množstve. Ak chceme ozdraviť výživu detí a zabezpečiť tak plnohodnotnú stravu je nutné presadiť pár opatrení, ktoré nám pomôžu naplniť tento cieľ. Na základe vyššie popísaných výsledkov prieskumu by som odporúčala dodržiavať niekoľko zásad:

- strava by mala svojou energetickou hodnotou zodpovedať telesnému a duševnému zaťaženiu a aktuálnemu zdravotnému stavu detí,
- zaradiť do jedálneho lístka bielkoviny s vhodnou skladbou aminokyselín, a to najmä zaradiť mlieka a mliečnych výrobkov, mäsa (chudé varené alebo dusené), vajec, rýb, ale tiež strukovín, obilnín, zemiakov a iných zdrojov bielkovín rastlinného pôvodu,
- znížiť a upraviť používanie tukov, najmä živočíšnych, obmedziť konzumáciu viditeľných aj skrytých tukov (tučného mäsa, údenín, plnotučného mlieka a mliečnych výrobkov s vysokým obsahom tuku) a používať menšie množstvo tuku pri príprave jedál; pri výbere tukov uprednostňovať kvalitné tuky a oleje,

- znížiť spotrebu cukru, zvýšiť konzumáciu výrobkov z tmavšej a celozrnnej múky a strukovín,
 - znížiť spotrebu soli obmedzovaním jej príjmu potravou; deti by nemali jesť slané lupienky, oriešky, pri príprave pokrmov by sme nemali používať vegetu, sójové omáčky
 - zvýšiť spotrebu ovocia a zeleniny ako významného zdroja vitamínov, minerálnych látok a vlákniny. Denný príjem vlákniny u detí sa pohybuje v rozmedzí od 17 – 20 g/deň (deti vo veku 7-10 rokov 17g/deň, chlapci vo veku 11-14 rokov 20g/deň a dievčatá vo veku 11-14 rokov 18g/deň)
 - denne rozložiť príjem potravy do 5 až 6 vyvážených jedál, raňajky by mali predstavovať asi 25 % celodennej spotreby, desiata 5 %, obed 30 - 35 %, olovrant 10 - 15 % a večera 25 % (pri 6-tich jedlách I. večera 20 % a II. večera 5 %),
 - zabezpečiť rovnomerný a dostatočný príjem tekutín, uprednostňovať najmä čistú vodu, čaje, ovocné a zeleninové šťavy, minerálne vody, vyhýbať sa sladeným vodám,
 - potraviny upravovať správnym technologickým postupom, najmä varením a dusením, úpravu vyprážením obmedziť na minimum,
 - a v neposlednom rade nezabúdať na pohyb a pobyt na čerstvom vzduchu.
- Uvedené zásady sú tie najzákladnejšie, ktorými je potrebné sa pri stravovaní detí a mládeže v záujme ich zdravia riadiť.

V zariadeniach školského stravovania sa dodržiavaniu týchto zásad v rámci ich možnosti venuje maximálnu pozornosť, pri zostavovaní vhodných jedálnych lístkov sa riadia odporúčanými výživovými dávkami, avšak hlavnú úlohu v získavaní návykov správneho stravovania detí a mládeže má stále v prvom rade rodina (Fecková, 2011).

ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY

- BEŇO, I. 2008. *Náuka o výžive*. Martin : Osveta, 2008. ISBN 80 -8063-126-3 (2.vyd.). 145 s.
- DIMUNOVÁ, L. a kol. 2018. *Dietológia a liečebná výživa I*. Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach : ŠafárikPress, 2018. ISBN 978-80-8152-681-7. 187 s.
- FECKOVÁ, M. 2011. *Zásady správnej výživy detí a mládeže*. Regionálny úrad verejného zdravotníctva. Bardejov, 2011. [online]. [cit. 2020-02-20]. URL: <www.ruvzbj.sk/aktuality.files/2011/zasady_spravnej_vyzivy_deti_a_mladeze_2011.pdf>
- JAKUŠOVÁ, Ľ. – DOSTÁL, A. 2006. *Stravovacie zvyklosti adolescentov a zdravotné riziká*. 2. konferencie Škola a zdraví. Brno, 2006. [online]. [cit. 2020-

02-22]. URL: <http://www.ped.muni.cz/z21/2006/konference_2006/sbornik_2006/pdf/081.pdf>

KOVÁCS, L. – BABINSKÁ, K. – ŠEVČÍKOVÁ, Ľ. a kol. 2008. *Nové trendy vo výžive detí*. [online]. [cit. 2020-02-20]. URL: <<http://www.zzv.sk/publikacie/preview.php?id=d2815f97d14c9417eccd8d98a87193f2>> Bratislava : Triad, s.r.o, 2008. ISBN 978-80-223-2430-4. 92 s.

LIBA, J. 2016. *Výchova k zdraviu v školskej edukácii*. Prešov : Grafotlač, 2016. ISBN 978-80-555-1612-7. 244 s.

SHARMA, S. a kol. 2018. *Klinická výživa a dietologie*. Praha : Grada, 2018. ISBN 978-80-271-0228-0. 240 s.

ÚRAD VEREJNÉHO ZDRAVOTNÍCTVA SR. 2015. *Národný akčný plán v prevencii obezity 2015 – 2025*. [online] . [cit. 2020-02-20]. URL: <http://www.uvzsr.sk/docs/info/podpora/NAPPO_2015-2025.pdf>

ÚRAD VEREJNÉHO ZDRAVOTNÍCTVA SR. 2019. *Výročná správa o činnosti úradov verejného zdravotníctva v SR za rok 2018 – odborná časť*. [online] . [cit.2020-02-20]. URL: <http://www.uvzsr.sk/docs/vs/vyrocná_správa_SR_2018.pdf>

VESTNÍK MINISTERSTVA ZDRAVOTNÍCTVA SR, čiastka 4 -5, ročník 63, 2015. [online]. [cit.2020-02-20]. URL: <https://www.health.gov.sk/Zdroje/?Sources/dokumenty/vestniky_mz_sr/2015/vestnik-2015-4-5.pdf>

VOLLMANNOVÁ, A. a kol. 2018. *Chémia potravín*. Slovenská poľnohospodárska univerzita v Nitre, 2018. ISBN 978-80-552-1814-4. 543 s.

VYHLÁŠKA MINISTERSTVA ŠKOLSTVA č. 330/2009 Zbierky zákonov o zariadeniach školského stravovania

VÝŽIVA DĚTÍ, 2013, *Pitný režim a děti*. [online] . [cit. 2020-02-26] . URL: <<https://vyzivadeti.cz/zdrava-vyziva/tema-mesice/pitny-rezim-a-deti/>>

Kontakt na autora:

Daniela Palaščáková - študent

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

Detašované pracovisko bl. Sály Salkaházi

Rožňava

daniela.palascakova@gmail.com

ДО ПИТАННЯ ПРО УЧАСТЬ БАТЬКІВ У ПРОВЕДЕННІ ЕФЕКТИВНОЇ КОРЕКЦІЙНОЇ ТА ВИХОВНОЇ РОБОТИ З ДІТЬМИ З ЛЕГКОЮ РОЗУМОВОЮ ВІДСТАЛІСТЮ

TO THE QUESTION OF PARENTS' PARTICIPATION IN EFFECTIVE CORRECTIONAL AND EDUCATIONAL WORK WITH CHILDREN WITH MENTAL RETARDATION

Ольга Бідюк

Науковий керівник: Кляп М.І., кандидат педагогічних наук, доцент
кафедри фізичної реабілітації ДВНЗ «Ужгородський національний
університет»

У статті підкреслено необхідність залучення батьків до проведення корекційної роботи з дітьми з легким ступенем розумової відсталості. Висвітлено окремі аспекти психолого-педагогічного супроводу дітей з порушеннями психофізичного розвитку. Зазначено умови проведення ефективної корекції порушень психофізичного розвитку, етапи корекційно-виховної роботи та місце батьків дитини у проведенні цієї роботи. Узагальнено практичні рекомендації, які полегшують навчання і виховання даної категорії дітей. Запропоновано методи та прийоми роботи з корекції психофізичного розвитку у дітей з інтелектуальними порушеннями. Запропоновано окремі види завдань, які могли б розв'язувати батьки з метою сприяння навчанню своєї особливої дитини. Досліджено, що виконання рекомендацій фахівців щодо виховання дитини із психофізичними порушеннями у сім'ї позитивно впливає на результати корекційної роботи. Відзначено можливість покращення навчальних успіхів дитини з порушеннями інтелектуального розвитку при умові активної участі батьків у її житті.

The article emphasizes the involvement of parents in corrective work with children with intellectual disabilities. Some aspects of psychological and pedagogical support of children with features of psychophysical development are covered. The conditions of effective correction of deficiencies of psychophysical development, stages of correctional and educational work and place of parents of the child in carrying out this work are stated. Practical recommendations that facilitate the education and upbringing of this category of children are generalized. Methods and techniques of work on correction of psychophysical development in children with intellectual disabilities are offered. Some types of

tasks that parents can accomplish in order to facilitate their special child's learning are suggested.

Постановка проблеми. Розумова відсталість може проявлятися уже в ранньому дитинстві або ж стати більш помітною при досягненні шкільного віку. Більша частина ознак порушення інтелекту залежить від ступеня ураження мозку. Загальні симптоми можуть включати[2, с.8]:

- невідповідність рівня розвитку мовлення та віку дитини;
- дитина пізно починає сидіти, повзати або ходити;
- труднощі у логічному мисленні;
- простежуються труднощі запам'ятовування;
- неможливість поєднання дії з їх наслідками;
- поведінкові проблеми.

У проведенні корекційної роботи важливу роль відіграють батьки дитини, їхня участь повинна бути невід'ємною складовою цього процесу, адже вони найкраще знають особливості розвитку своєї дитини, знання яких допомагає фахівцям розробити ефективний індивідуальний план корекції.

Аналіз останніх досліджень і публікацій В. Бондаря, Д. Шульженко, В. Засенка, І. Беха, І. Єременка, А. Колупаєвої розкриває деякі методи, форми та прийоми корекційної роботи, однак більшість з них недостатньо успішно реалізуються батьками через нерозуміння конкретних принципів, засад виховання та навчання дітей даної категорії. Про ці аспекти здійснення виховання і навчання батьків можна поінформувати на індивідуальних та групових консультаціях, бесідах, які проводять відповідні фахівці, при наданні батькам рекомендацій щодо здійснення роботи.

Мета статті - розкрити важливість і необхідність участі батьків у проведенні ефективної корекційної роботи з дітьми з розумовою відсталістю легкого ступеня, висвітлити своєрідність їх ролі, практичні рекомендації, що забезпечують цей процес, провести аналіз результатів дослідження щодо впливу виконання батьками рекомендацій фахівців на результат корекційної роботи з дитиною, що має психофізичні порушення.

Методи дослідження: аналіз та узагальнення наукових публікацій та фахової літератури по темі дослідження, проведення анкетування щодо ступеня реалізації батьками дітей з особливими освітніми потребами рекомендацій фахівців та опрацювання результатів анкетування.

Виклад основного матеріалу. Дитина із особливими освітніми потребами має необхідність у постійній батьківській підтримці. Підпорядкувати таку дитину загальноприйнятим правилам поведінки в

суспільстві зразу є неможливим, тому треба навчитися взаємодіяти і спілкуватися з нею.

Батьки повинні організувати для дитини охоронно-педагогічний режим, який захищає і в той же час зміцнює нервову систему дитини. Режим звільняє дитину і батьків від непотрібних зусиль з організації чергування занять і відпочинку, проведення прогулянок, відповідних фізичних навантажень.

Особливості умов виховання, навчання учнів з особливими освітніми потребами, охоронно-педагогічного режиму для них визначаються [3, с.64]:

- спеціальним режимом дня та системою навчальної, виховної і корекційної роботи;

- створенням спеціальних умов для корекційної спрямованості навчання, відновлення здоров'я, подолання порушень психічного і фізичного розвитку, коригування порушень аналізаторів і формування мовлення учнів;

- здійсненням індивідуального та диференційованого підходу у навчанні та вихованні з урахуванням характеру порушення;

- забезпеченням умов для розвитку нахилів і здібностей, здобуття учнем соціально необхідного мінімуму обов'язкових вимог до рівня і обсягу загальної середньої освіти.

Корекційно-виховна робота проводиться у декілька етапів [6]:

1-ий етап (від 4-х до 8-ми років) — формування санітарно-гігієнічних навичок; розвиток моторики; привчання до адекватної поведінки у їдальні та інших громадських місцях; розвиток мовлення, пізнавальної діяльності; підготовка до шкільного навчання;

2-ий етап (від 8-ми до 16-ти років) — закріплення навичок самообслуговування і особистої гігієни; навчання господарсько-побутовій праці; навчання навичкам рахунку і елементарної грамоти; розвиток мовлення;

3-ій етап (від 16-ти до 18-ти років) — соціальна адаптація молодих людей.

У роботі з цією категорією дітей слід враховувати, що вони не вміють переносити набуті знання у життя. Тому важливо не лише сформувати у них певний обсяг знань, а виробити адекватність поведінки й вміння діяти у конкретних життєвих ситуаціях.

Основними умовами ефективною корекції недоліків психофізичного розвитку розумово відсталої дитини в сім'ї є:

- попередження розвитку вторинних порушень при розумовій відсталості;

- надання батькам необхідних дефектологічних знань щодо особливостей розвитку, навчання і виховання дітей;

- взаємопов'язана діяльність медичних і педагогічних працівників, батьків у здійсненні корекційно-виховного впливу на дитину в сім'ї, а саме: правильно організована навчально-виховна діяльність як у школі, так і в сім'ї, дає можливість розумово відсталим дітям досягти відповідного рівня психологічної, практичної та соціальної підготовки, яка допомагає їм легше адаптуватись до умов суспільства [4, с.11].

Дослідники Мерсіянова Г.М. та Макарчук Н.О. пропонують батькам дотримуватися таких рекомендацій [6, с.51]:

1. Потрібно називати предмети, які оточують дитину у вашому помешканні, якими користуєтеся ви і дитина під час харчування (посуд), одягання (назви одягу), відпочинку (ліжка, стілець, стіл та ін.), організації дозвілля, ігрової діяльності (назви іграшок), прогулянок, пізніше відвідування різних закладів (поліклініка, зоопарк, магазин, цирк тощо).

2. Називати дії, які виконуються ("будемо їсти, одягатися", "беремо ложку, тарілку, хліб", "одягаємо штанці, сорочку та ін.", "миємо руки" тощо).

3. Називати основні кольори предметів з якими безпосередньо стикається дитина (м'ячик червоний, огірок зелений, кубик зелений, червоний, жовтий тощо). Під час прогулянки, називати тварин, які зустрічаються на подвір'ї, на вулиці, рослини (це дерево, це квітка, це травичка), будівлі (це будинок, дитячий майданчик), засоби пересування (машина, автобус, літак, велосипед та ін.).

4. Насамперед дитина повинна знати і бачити, що кожний член родини має певні обов'язки перед родиною, виконує тимчасові чи постійні доручення. Про це потрібно розказувати дитині та залучати її до виконання елементарних доручень: спочатку під керівництвом дорослого класти іграшки на місце, поливати кімнатні рослини, годувати домашніх тварин (кішку, рибку та ін.), прибирати посуд зі столу після прийому їжі, розкладати ложки, ставити чашки. Дитина має брати посильну участь у прибиранні помешкання, спостерігати за підготовчими роботами до приготування сніданку, обіду, вечері. Необхідно давати інформацію дитині про продукти харчування, як називаються, хто, як і що виробляє, звідки що береться: овочі вирощують, фрукти — яблука, груші та ін. ростуть на деревах, що можна придбати у магазині (хліб, ковбаси, сир, цукерки та ін.). Іноді доречно залучати дитину, особливо старшого дошкільного віку або молодшого шкільного, до придбання продуктів харчування, іграшок, одягу.

5. Доцільно, за наявності можливості, залучати дитину до різноманітної посильної праці в саду, на городі, а також вирощувати розсаду овочів, квітів та ін. У період всього весняно-літнього періоду діти мають брати участь у всіх роботах на городі, під керівництвом батьків обробляти землю, поливати грядки, квіти, допомагати збирати урожай (наприклад, дорослий збирає огірки чи помідори на грядці, передає їх дитині для складання у кошик). При цьому необхідно повідомляти дитині, куди підете з нею, чому, що там будете робити ("Ми з тобою підемо до магазину купити хліб", "Підемо вибирати стиглі огірки на грядці" та ін.).

6. У процесі діяльності слід звертати увагу дитини на те, хто що робить ("Що я зараз роблю?", "А ти, що зараз робиш?"). Після завершення роботи потрібно вчити дитину розказувати комусь із членів родини, де вона була, що робила, що бачила ("Ми з мамою збирали на грядці огірки", "Ми ходили до магазину, там купили хліб" тощо). Важливо навчити дитину ставити запитання, щоб одержати інформацію про предмети ("Що це?", "Як називається?", "Де можна використати?"), про тварин, рослини, дії дорослих або дітей та ін.

7. Слід пам'ятати, що особливості розумового розвитку дитини проявляються у тому, що їй складно опанувати ігрову діяльність, зрозуміти ролі, правила та норми, які диктуються ігровою ситуацією.

Важливим є процес навчання нової майстерності, будь-то зав'язування шнурків, перехід вулиці, використання печі або вихід з будинку кожного ранку, при здійсненні яких батьки дитини можуть використовувати такий чотириступеневий метод [8]:

1. Покажіть своїй дитині, як це зробити.
2. Зробіть це з нею.
3. Прослідкуйте, як вона це робить.
4. Нехай вона зробить це самостійно.

Зростає роль батьків дитини з розумовою відсталістю в період шкільного навчання. Щодо підтримки в школі: просто "включення" дитини в клас без розуміння та вирішення її індивідуальних потреб не гарантує їй повної, рівноправної та інклюзивної освіти. Тривоги та поведінкові труднощі виникнуть, якщо: дитині нудно в класі; навчальний план занадто вимогливий; нереальні очікування дорослих; цькування [5, с.112].

Батьки дитини з порушеннями психофізичного розвитку обов'язково мають бути рівноправними членами команди із здійснення психолого-педагогічного супроводу інклюзивної освіти. Корекційна робота лише тоді буде максимально ефективною, якщо всі члени родини будуть виконувати вимоги і рекомендації педагогів, психологів, лікарів. Важливо налаштувати

батьків на активну участь у житті і вихованні дитини, бо від цього залежатиме її розвиток, навчання та соціальна адаптація. Батькам треба допомогти у формуванні адекватних взаємостосунків між іншими членами родини та дитиною, створення комфортної для розвитку дитини сімейної атмосфери, оволодінні прийомами організації різних видів діяльності, розширити інформованість батьків про потенційні можливості дитини, її життєві перспективи.

Робота батьків у команді психолого-педагогічного супроводу дитини з розумовою відсталістю часто полягає у збиранні та підготовці важливої інформації щодо дитини: документів, звітів та інших даних щодо освіти своїх дітей. Батьки можуть вести Батьківські записники, Щоденники взаємодії з асистентом вчителя інклюзивного класу, зберігати індивідуальні навчальні плани, за якими навчається їх дитина, рекомендації фахівців Інклюзивно-ресурсного центру тощо[1, с.54-58]. Також дуже важливо збирати і зберігати малюнки, навчальні роботи, інші підтвердження щодо результатів навчальної діяльності дитини, за якими можна робити висновки про позитивні зрушення у розвитку.

Батькам варто бути в курсі шкільних справ своєї дитини, її навчання, особливостей корекційних занять, щоб вчасно і доречно надавати допомогу вдома або звернутися, за потреби, до фахівця. Для дитини підтримка рідних, їх схвалення її дій та досягнутих результатів є надзвичайно важливими.

Поради батькам дитини з інтелектуальними порушеннями [7]:

- Дитина із особливими потребами потребує постійної батьківської підтримки. Вимагати від такої дитини дотримання загальноприйнятих правил поведінки в суспільстві одразу неможливо, тому треба навчитися взаємодіяти і спілкуватися з нею.

- Пам'ятайте, що дитина не винна в тому, що вона особлива. Особливості її поведінки в кожному конкретному випадку зумовлені певними причинами: проблемами під час вагітності матері, ускладненням під час пологів, психосоціальними причинами (стиль виховання в сім'ї).

- Усвідомте, що виховання та навчання дитини з особливими освітніми потребами – це довготривалий, складний процес, що потребує Вашого уміння, терпіння, знання.

- Навчіться давати інструкції: вони повинні бути короткими, не більше 3-4 слів. В іншому разі дитина просто «виключиться» і не почує Вас.

- У взаєминах з дитиною не допускайте «вседозволеності», інакше дитина буде маніпулювати Вами. Чітко визначте і обговоріть з дитиною, що можна, а що не можна робити вдома, в закладі освіти.

- Для підняття самооцінки, віри дитини в свої можливості – хваліть її за успіхи і досягнення, навіть самі незначні.

- У повсякденному спілкуванні з дитиною із особливими потребами уникайте різких заперечень, тому що такі діти є імпульсивними і відразу ж відреагують на заборону непослухом або вербальною агресією. В цьому випадку треба говорити з дитиною спокійно і стримано, бажано дати можливість вибору для малюка.

- Разом з дитиною визначте систему заохочень і покарань за хорошу і погану поведінку. Визначте систему правил поведінки дитини в групі однолітків в закладі освіти, вдома. Просіть дитину вголос промовляти ці правила.

- Старанно, своєчасно виконуйте побажання і завдання педагогів. Не нехуйте порадами педагогів щодо необхідності консультування та лікування у лікарів–фахівців.

- Намагайтеся щоденно закріплювати завдання, по можливості, в ігровій формі. Допомагайте дитині, але не виконуйте завдання за неї.

- Якщо дитина втомилася – дайте їй невеликий відпочинок, або займіть її іншою діяльністю.

- Не вимагайте від дитини більше, ніж вона може.

Корекція порушень інтелектуального розвитку дітей потребує тривалої і систематичної роботи, яка охоплює всі види її діяльності. Через це дуже важливо, щоб корекційним завданням було підпорядковане не тільки заняття, а й режимні моменти, організація дозвілля дитини, де знайдуть корисне застосування різні розвиваючі ігри, відповідно до віку і можливостей дитини.

Методом анкетування було проведено дослідження, яке включає в себе ступінь реалізації (у таблиці: реалізовані, частково реалізовані, нереалізовані) батьками рекомендацій, які надали спеціалісти, вдома та ефективність їх впливу на виховання дитини з легким ступенем розумової відсталості у трьох категоріях, а саме:

- емоційний фон дитини (настрій, самопочуття);
- соціалізація дитини (вміння поводитись відповідно життєвим ситуаціям та належно комунікувати з іншими);
- розумова діяльність дитини (розвиток порушених пізнавальних процесів, що коригується під час навчання).

Гіпотеза дослідження: виконання рекомендацій фахівців батьками дітей, що мають психофізичні порушення, не тільки сприяють ефективному навчанню і вихованню дитини з розумовою відсталістю, але й полегшують психологічний стан як дитини, так і батьків, їхнє сприйняття дійсності.

Опитування проводилось на базі Навчально-реабілітаційного центру. Було залучено 6 батьків (тільки мами, 2-оє - успішно реалізовували рекомендації фахівців, 2-оє- частково реалізовували, 2-оє - не реалізовували) з метою підтвердження або спростування гіпотези: реалізовані батьками рекомендації спеціалістів ефективно впливають на виховну і навчальну діяльність, підвищують їх результативність, створюють емоційно позитивний клімат у сім'ї.

Анкета для батьків з метою визначення ефективності виховання розумово відсталої дитини:

1. Який, зазвичай, настрій Вашої дитини ?
 - а) сумна, зрідка радіє;
 - б) радіє, коли отримує те, чого їй хочеться;
 - в) радіє, коли спілкується з кимось або ж грається;
 - г) радіє, коли спілкується з іншими, вчиться, цікавиться новим тощо.
2. Чи слухається Ваша дитина і як спілкується з іншими?
 - а) не слухається взагалі, не спілкується з іншими;
 - б) зазвичай не слухається, неохоче спілкується з іншими;
 - в) не завжди слухається, не завжди охоче спілкується з іншими;
 - г) зазвичай слухається, охоче і добре спілкується з іншими.
3. Які успіхи у навчанні Вашої дитини?
 - а) не має інтересу до навчання;
 - б) подобається 1-2 навчальні предмети в школі;
 - в) зацікавлена в декількох навчальних предметах, має успіхи в 1-2 з них;
 - г) подобається навчатись, цікавить нове для неї.

*дана анкета розроблена спеціально із максимально простими питаннями і відповідями для легшого сприймання її батьками.

Аналіз отриманих даних представлений в таблиці №1.

Таблиця 1

Категорія	РЕКОМЕНДАЦІЇ ФАХІВЦІВ		
	Реалізовані	Частково реалізовані	Не реалізовані
Емоційний фон дитини	3	3	2
Соціалізація	3	2	1
Розумова діяльність	2	1	0

Виділено **4 ступені** (нульовий, перший, другий, третій) емоційного фону, соціалізації та розумової діяльності дитини.

Емоційний фон (орієнтований на позитивні емоції):

0 - не спостерігається прояв позитивних емоцій

1 - позитивні емоції тільки від отримання бажаного

2 - прояв позитивних емоцій під час комунікації та ігрової діяльності

3 - прояв позитивних емоцій під час комунікації, ігрової та навчальної діяльності, цікавість до нового.

Соціалізація (орієнтована на поведінку дитини та навички комунікації):

0 - неадекватна поведінка, неспроможність комунікувати навіть на елементарному рівні

1 - недоречна поведінка, елементарний рівень комунікації

2 - поведінка не завжди відповідна ситуації, задовільний рівень комунікації

3 - поведінка, як правило, відповідна ситуації, достатній рівень комунікації

Розумова діяльність (зацікавленість, успішність у навчанні):

0 - не проявляє інтерес до навчання, успішність низька

1 - проявляє інтерес тільки до одного-двох видів розумової діяльності, успішність мінімальна

2 - зацікавленість у декількох видах розумової діяльності, успішність у одному-двох із них

3 - зацікавленість у різноманітних видах розумової діяльності, успішність у декількох із них, спостерігається прояв інтересу до нового

Під час дослідження було виявлено, що серед батьків є ті, які оптимістично налаштовані щодо виховання дитини з розумовою відсталістю, та ті, які мають негативні погляди на ситуацію. Тому, було розроблено додаткове анкетування з двома основними питаннями, а саме:

1. Виберіть твердження, яке найбільш точно описує Ваші думки, коли дитина не слухається:

а) не знаю як з цим справлятися, у нас нічого не вийде;

б) ми навчимося з цим справлятися, у нас все вийде.

2. Виберіть твердження, яке найбільш точно описує Ваші думки, коли у дитини щось не вдається зробити:

а) не треба було й починати, я ж знала, що нічого не вийде;

б) нічого страшного, спробуємо стільки разів, скільки буде необхідно.

У ході дослідження також був застосований тест на визначення рівня депресії за шкалою Бека (включено 21 питання для оцінки когнітивно-афективних та соматичних проявів). Тільки 2 батьків пройшли тест з втішними показниками (депресія не виявлена) - це оптимістично налаштовані батьки, четверо інших батьків - в пограничних станах (песимістично налаштовані).

На основі аналізу отриманих даних сформовано таблицю №2.

Таблиця 2

Категорія	БАТЬКИ	
	Оптимістично налаштовані	Песимістично налаштовані
Емоційний фон дитини	3	
Соціалізація	3	1
Розумова діяльність	2	0

*використовувались 4 ступені оцінювання, як і в Таблиці 1.

Отож, за результатами дослідження, - оптимістично налаштовані батьки набагато ефективніше справляються з вихованням розумово відсталої дитини.

Позитивні аспекти, які вбачають оптимістично налаштовані батьки у вихованні розумово відсталої дитини:

- задоволення від догляду за дитиною;
- дитина є джерелом радості, щастя;
- ступінь благополуччя при виконанні найкращого для дитини;
- взаємна любов батьків і дитини;
- дитина створює виклик або можливість навчатися та розвиватися;
- зміцнення відносин у сім'ї;
- нове або посилене почуття важливості досягнення цілей у житті;
- розвиток нових навичок, здібностей або нових кар'єрних можливостей;
- стати кращою людиною (більш співчутливим, менш егоїстичним, толерантнішим)
- посилення власної сили та впевненості;
- залучення до соціальних та громадських мереж;
- підвищена духовність;
- змінена думка про життя (ситуація роз'яснила, що важливо в житті).

Використовувати максимум кожного дня, жити життя повільніше [9].

Висновки. Для реалізації ефективної корекційної роботи батькам необхідно тісно співпрацювати з фахівцями, які знають особливості дітей з розумовою відсталістю і, відповідно, можуть підібрати індивідуальний план розвитку, надати батькам практичні рекомендації, які не тільки сприяють ефективному навчанню і вихованню дитини з розумовою відсталістю, але й полегшують психологічний стан як дитини, так і батьків, їхнє сприйняття дійсності. Сформована гіпотеза була підтверджена дослідженням. Позитивно налаштовані батьки щодо виховання та навчання своїх дітей в поєднанні з успішною реалізацією наданих рекомендацій спеціалістів відіграють важливу участь у проведенні корекційної та виховної роботи з дітьми з легким ступенем розумової відсталості.

Ключові слова: дитина з легким ступенем розумової відсталості, корекційна робота, батьки дитини з порушеннями психофізичного розвитку.

Key words: child with mild mental retardation, correctional work, parents of child with psychophysical development disorders.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. КАЛІНІЧЕНКО О. Психолого-педагогічний супровід батьків з особливими освітніми потребами в умовах інклюзивного навчання.

[Електронний ресурс]. – Режим доступу:

<https://konferenciya2015.jimdo.com/%D0%B3%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B2%D0%BD%D0%B0/%D0%BA%D0%B0%D0%BB%D1%96%D0%BD%D1%96%D1%87%D0%B5%D0%BD%D0%BA%D0%BE-%D1%96-%D0%BE-%D0%BF%D1%81%D0%B8%D1%85%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D0%BE-%D0%BF%D0%B5%D0%B4%D0%B0%D0%B3%D0%BE%D0%B3%D1%96%D1%87%D0%BD%D0%B8%D0%B9-%D1%81%D1%83%D0%BF%D1%80%D0%BE%D0%B2%D1%96%D0%B4-%D0%B1%D0%B0%D1%82%D1%8C%D0%BA%D1%96%D0%B2-%D0%B4%D1%96%D1%82%D0%B5%D0%B9-%D0%B7-%D0%BE%D1%81%D0%BE%D0%B1%D0%BB%D0%B8%D0%B2%D0%B8%D0%BC%D0%B8-%D0%BE%D1%81%D0%B2%D1%96%D1%82%D0%BD%D1%96%D0%BC%D0%B8-%D0%BF%D0%BE%D1%82%D1%80%D0%B5%D0%B1%D0%B0%D0%BC%D0%B8-%D0%B2-%D1%83%D0%BC%D0%BE%D0%B2%D0%B0%D1%85-%D1%96%D0%BD%D0%BA%D0%BB%D1%8E%D0%B7%D0%B8%D0%B2%D0%BD%D0%BE%D0%B3%D0%BE-%D0%BD%D0%B0%D0%B2%D1%87%D0%B0%D0%BD%D0%BD%D1%8F>

2. МИРОНОВА С.П. Корекційна психопедагогіка. Олігофренопедагогіка. Підручник. / С.П. МИРОНОВА; Кам'янець-Подільський національний університет ім. І. Огієнка. - Кам'янець-Подільський: Кам'янець-Поділ. нац. ун-т ім. І. Огієнка, 2015. - 312 с.

3. МИРОНОВА С.П. Основи корекційної педагогіки. Навчально-методичний посібник./ С.П. Миронова. - Кам'янець-Подільський: Кам'янець-Подільський національний університет імені Івана Огієнка, 2010. — 263 с.

4. МИРОНОВА С.П. Педагогіка інклюзивної освіти: навчально-методичний посібник / С.П. МИРОНОВА. – Кам'янець-Подільський: Кам'янець-Подільський національний університет імені Івана Огієнка, 2016. – 164 с.

5. Основи інклюзивної освіти. Навчально-методичний посібник: / за заг. ред. КОЛУПАЄВОЇ А.А. – К.: «А.С.К.», 2012. – 308 с.

6. МЕРСИЯНОВА Г.М. Методические указания к занятиям по социально-бытовой ориентации во вспомогательной школе («Культура поведения», «Жилище») / Г.М МЕРСИЯНОВА / РУМК МНО. – К., 1989. - 71с.

7. Caring for a child with intellectual disability. URL: <https://www.carergateway.gov.au/caring-for-a-child-with-intellectual-disability>

8. Parenting A Child with Intellectual Disability: Education & Training, DR RAJA JUANITTA, RAJA LOPE, *Consultant Developmental and General Paediatrician*, November 9, 2017.

URL: <https://mypositiveparenting.org/2017/11/09/parenting-a-child-with-intellectual-disability-education-training/>

9. 4 Life Lessons From Parents of Kids With Special Needs, JULIE LYTHCOTT-HAIMS. URL: <https://www.parents.com/health/special-needs/4-life-lessons-from-parents-of-kids-with-special-needs/>

Contact:

Вс. Bidyuk O.–4-th year student
Uzhhorod National University
Faculty of Health and Physical Education
specialisation: special education
olyabidyuk@gmail.com

ОСОБЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ ЗАСОБІВ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ЖІНКАМИ ВІКОМ 40-45 РОКІВ З НАДЛИШКОВОЮ МАСОЮ ТІЛА

USING SPECIALITIES OF PHYSICAL REHABILITATION METHODS BY OVERWEIGHT WOMEN AGED 40-45 YEARS OLD

Лілія Манзулич

Науковий керівник: Семаль Н. В., кандидат наук з фізичного виховання і спорту, доцент кафедри фізичного виховання ДВНЗ «УжНУ»

Вступ. На сучасному етапі однією з найбільш значущих й актуальних проблем в сфері здоров'я є проблема поширеності ожиріння серед населення.

За даними останніх статистичних досліджень саме на жіночу частину населення припадає більший відсоток хворих на аліментарне ожиріння різних ступенів. Проблема є актуальною і зокрема для нашої країни: в Україні 26% жінок і 16% чоловіків відносяться до таких, що мають зайву вагу.

"Велика частина людей , а саме - 26% жінок і 16% чоловіків в Україні страждають від надмірної ваги. Основна причина в тому, що більша частина нашої популяції не веде здоровий спосіб життя, мало рухається і має нездорові звички в харчуванні", - наголошує заступник міністра охорони здоров'я Віктор Шафранський.

За останніми даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, ожирінням страждає 13% людей у всьому світі. За прогнозами ВООЗ, якщо не проводити додаткових заходів, то рівень ожиріння може вирости ще на 4% до 2025 року.

Раніше вважали, що надлишкова вага та ожиріння є проблемами тільки в країнах із високим рівнем доходів. Однак, за даними, які аналізуються сьогодні, відмічається різкий приріст людей з надлишковою вагою та ожирінням в країнах із низьким та середнім рівнем доходів, особливо в міських районах.

Аналіз останніх досліджень і публікацій свідчить, що основною причиною ожиріння та надлишкової ваги є енергетичний дисбаланс між калоріями, які вживаються та витрачаються. В основі глобального приросту показників надлишкової ваги та ожиріння лежить кілька факторів, включаючи: глобальні зміни в харчуванні в бік підвищеного вживання енергоємних продуктів харчування з високим вмістом жиру, цукру та

низьким вмістом вітамінів, мінералів та інших харчових мікроелементів; тенденція до зниження фізичної активності [1, 2, 3, 4].

Загальний показник ожиріння серед населення України становить 26 %, що є чинником ризику розвитку атеросклерозу, гіпертонічної хвороби, цукрового діабету II типу. А також, серед осіб, які страждають на ожиріння, смертність вища і відзначається нижчим порівняно з середнім віковим показником [5, 6].

З урахуванням вище викладених проблем, нами була запропонована програма фізичної реабілітації, що складалась з модифікованого комплексу лікувальної фізичної культури, який містить вправи з аеробіки та масажу в поєднанні з дієтотерапією. Це поєднання визначає особливість використання засобів фізичної реабілітації жінками віком 40-45 років з надлишковою масою тіла.

Обрана нами дієтотерапія вперше додана до програми курсу реабілітації як один з основних компонентів. Її змістом було застосування жінками досліджувальної групи в щоденному раціоні продуктів тарілки здорового харчування, розробленої Міністерством Охорони Здоров'я України, яке, разом із Центром громадського здоров'я та експертами-дієтологами презентували національні рекомендації щодо здорового харчування та визначили найважливіші групи продуктів, які повинні входити до щоденного раціону людини. У рамках заходу експерти назвали перелік необхідних організму продуктів та рекомендований розмір порцій, розроблених на основі найкращих практик провідних країн світу та офіційно схвалених МОЗ України та Центром громадського здоров'я МОЗ України.

До складу рекомендованих продуктів увійшли сезонні овочі та фрукти, звичні та доступні молочні та кисломолочні продукти, різні види риби та м'яса. Дана форма дієтотерапії є раціональною на нашу думку саме тому, що не передбачає жорстких обмежень щодо вибору продуктів, натомість - перехід метаболічних функцій організму на оптимальний рівень енергозабезпечення.

Мета дослідження: розробити та експериментально обґрунтувати програму курсу реабілітації жінок віком 40-45 років з надлишковою масою тіла.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати стан проблеми в науково-методичній літературі.
2. Розробити та запропонувати програму фізичної реабілітації для жінок віком 40-45 років з надлишковою масою тіла.

3. Виявити взаємозв'язок між об'ємом та інтенсивністю застосування фізичних вправ і показниками індексу маси тіла (ІМТ), показниками соматичного здоров'я досліджуваних.

Для вирішення завдань дослідження нами було використано наступні **методи** наукового пошуку:

1. Аналіз наукової та науково-методичної літератури;
2. Педагогічні методи дослідження: експеримент, спостереження;
3. Медико-біологічні методи дослідження: антропометрія (зріст, вага), динамометрія, пульсометрія, спірометрія, ЖЄЛ, тонометрія (АТ), індекс маси тіла (ІМТ).
4. Методи математичної статистики.

Об'єкт дослідження – процес реабілітації жінок з надлишковою масою тіла.

Предмет дослідження – методи, засоби та форми організації фізичного виховання жінок 40-45 років з надлишковою масою тіла.

Практичне значення роботи. Запропонована в роботі програма фізичної реабілітації для жінок віком 40-45 років з надлишковою масою тіла може бути використана на заняттях ЛФК та в спеціальних медичних групах для профілактики захворювань та реабілітації стану здоров'я жінок обраної вікової категорії з надлишковою вагою.

Дослідження передбачало три етапи. На першому етапі - вивчалася та аналізувалася наукова література з проблеми ожиріння як наслідку порушення обміну речовин в організмі та методів лікування, методика фізичних вправ для жінок з надлишковою масою тіла.

На другому етапі – з огляду на специфіку аліментарної форми ожиріння I та II ступенів жінок 40-45 років, ми визначили, що найбільш ефективними будуть наступні основні напрямки в розробленій програмі фізичної реабілітації для досліджувальної групи:

- а) комплекс лікувальної фізичної гімнастики – щодня по 25 – 30 хвилин;
- б) групові заняття оздоровчою аеробікою – три рази в тиждень по 45 хвилин;
- в) дієтотерапія;
- г) курс лікувального масажу при ожирінні.

Визначався рівень соматичного здоров'я жінок 40-45 років, що страждають аліментарною формою ожиріння I та II ступенів на початку та в кінці експерименту.

На третьому етапі – узагальнено й проаналізовано результати експерименту, уточнено теоретичні й методичні висновки.

Експериментальна база дослідження. Дослідження проводилися на базі спортивних клубів м. Ужгорода та лікарсько-фізкультурного диспансеру. Було обстежено 12 жінок віком від 40 до 45 років з аліментарною формою ожиріння I та II ступенів.

Для вирішення завдань дослідження було використано методи наукового пошуку, зміст яких полягав в наступному:

1) аналіз та узагальнення даних науково-методичної та спеціальної літератури -

аналізувалися літературні джерела за такими напрямками: поняття про ожиріння; причини, класифікація та клініка різних форм ожиріння; гімнастичні вправи та їх різновиди, вплив фізичних вправ на організм жінок 40-45 років з надлишковою масою тіла; зміни в діяльності серцево-судинної та дихальної систем після занять гімнастичними вправами; експрес-оцінка рівня фізичного здоров'я жінок з ожирінням (Г. Л. Апанасенко. 1992);

2) педагогічні спостереження - дає змогу отримати інформацію у вигляді сукупності емпіричних тверджень. Упродовж 3 місяців об'єктами педагогічних спостережень були жінки віком 40-45 років з I та II ступенем аліментарного ожиріння;

3) педагогічний експеримент - основний метод описаного дослідження. Важливою умовою здійснення експерименту була повна ідентичність методів дослідження на початку та наприкінці педагогічного експерименту.

Сутність педагогічного експерименту полягала в одержанні інформації про зміни функціональних показників соматичного здоров'я у результаті застосування фізичних вправ для загального розвитку та тренажерних пристроїв. З цією метою у процесі експерименту визначали показники рівня соматичного здоров'я, оцінювали різні методики застосування фізичних вправ та їх вплив на функціональний стан досліджуваних.

Вимірювали наступні показники у стані спокою: ЖЄЛ, ЧСС, АТ, масу тіла, довжину тіла.

4) пальпаторний метод підрахунку ЧСС - в ході експерименту ми здійснювали постійний контроль за показниками ЧСС, які найчастіше підраховуються пальпаторним методом на променевій (нижня третина передпліччя біля променево-зап'ясткового суглобу) і сонній артерії (на шиї). Ледь натискаючи кінчиками пальців (вказівного, середнього та безіменного) на артерію, підраховували число пульсових коливань за 10 секунд з наступним перерахунком за 1 хвилину.

5) життєвий індекс (ЖІ) - використовується для визначення функціональних можливостей апарату зовнішнього дихання. Вираховували об'єм повітря із ЖЄЛ, який припадає на кожний кілограм маси тіла:

$$\text{ЖІ} = \text{ЖЄЛ} \text{ мл} / \text{ маса тіла, кг}$$

6) спірометрія - це метод вимірювання життєвої ємності легень (ЖЕЛ) та легеневих об'ємів, які її складають. Показники ЖЕЛ ми фіксували на початку експерименту, при знятті проміжних та кінцевих показників. ЖЕЛ визначалася за допомогою продезинфікованого мундштука спірометра. Після максимального вдиху досліджувана робила максимальний видих через мундштук у спірометр (повільно). При цьому потрібно напружити дихальні м'язи та м'язи черевного пресу. Дослідження повторювали 3 рази і користуючись шкалою спірометра визначали середнє значення.

7) індекс маси тіла (ІМТ) - визначалося скільки грамів маси тіла припадає на кожен сантиметр довжини тіла. Для цього значення маси тіла (у кілограмах) ділили на значення довжини тіла (в метрах), підведене до квадрату. За цим індексом визначали ступінь ожиріння.

$$\text{ІМТ} = \text{маса тіла (М)} / \text{довжина тіла (L)}^2$$

де М- маса тіла, кг, L- довжина тіла, м.

8) вимірювання кров'яного тиску за методом Короткова - в ході експерименту здійснювався постійний контроль за артеріальним тиском, який вимірювали на плечовій артерії з допомогою тонометра.

На оголене плече вище ліктьової ямки накладали манжетку і створювали в ній тиск вище максимального, при якому зникав пульс на плечовій артерії. Потім, поволі відкриваючи гвинтовий клапан, випускали повітря з манжетки, фонендоскопом вислуховували тони на артерії в ліктьовій ямці. Момент появи тонів відповідав систолічному (максимальному) тиску. Запам'ятовували показники манометра. Продовжували зменшувати тиск в манжетці, відзначали поступове пониження тонів з наступним їх зникненням. Момент зникнення тонів відповідав діастолічному (мінімальному) тиску. Вимірювання повторювали 2 рази і приймали за основу мінімальні показники, які записували в протокол.

Усі перелічені показники оцінювалися в балах. Сумуючи бали п'яти показників і порівнюючи їх зі шкалою, отримували оцінку рівня фізичного здоров'я – низький, нижче середнього, середній, вище середнього чи високий.

Результати лікування ожиріння оцінювалися не тільки за динамікою клініко-функціональних і антропометричних показників, а й коефіцієнтом втрати маси тіла (К). який розраховувався за формулою:

$$K = \text{втрата маси тіла, кг} / \text{ маса тіла до лікування, кг} \times 100$$

Наслідки лікування вважають позитивними, якщо К перевищує 15%, задовільними - коли він дорівнює 5-15%, незадовільним - 5% і нижче (Мухін В. М.).

9) метод математичної статистики - ми виконували загальну статистичну обробку матеріалів знаходження основних статистичних числових характеристик.

За допомогою пакетів прикладних програм Microsoft Excel for Windows, SPSS 10 for Windows, Statistica 6.0 визначали: середнє арифметичне (\bar{X}), похибку середнього арифметичного (S_x), середнє квадратичне відхилення (δ_x), тощо. Застосовувалися загальноприйняті статистичні методи

Матеріали та результати дослідження. У ході дослідження нами було розроблено програму курсу реабілітації, яка умовно ділиться на 2 періоди. В першому періоді, жінки з надлишковою масою тіла адаптуються до фізичних навантажень, які помірно зростають. В цьому періоді використовуються в основному гімнастичні вправи у формі лікувальної і гігієнічної гімнастики, дозована ходьба, курс лікувального масажу при ожирінні.

Аліментарна форма ожиріння зумовлена зовнішніми причинами: переїданням, нераціональним співвідношенням БЖУ (білків, жирів та вуглеводів) в щоденному раціоні, недостатньою руховою активністю і пов'язаним із нею явищем гіподинамії. Також нерідко ожиріння є наслідком внутрішніх порушень ендокринних функцій організму (порушення гормональної функції щитоподібної і статевих залоз, гіпофізу або регуляції ліпідного обміну) [2, 217]. Відкладення жирової тканини ускладнює діафрагмальні рухи, порушує дихання та роботу серця, адже є фактором ризику розвитку серйозних проблем: дистрофія міокарда, атеросклероз, гіпертонічна хвороба, стенокардія. Значні порушення у роботі травної системи супроводжуються хворобами опорно-рухового апарату та нервової системи. Спостерігається загальне зниження рівня фізичного і психічного здоров'я.

З огляду на специфіку аліментарної форми ожиріння I та II ступенів, ми визначили, що найбільш ефективними будуть наступні основні напрямки в розробленому комплексі фізичної реабілітації для досліджуваної групи:

- а) комплекс лікувальної фізичної культури – щодня по 25 – 30 хвилин;
- б) групові заняття оздоровчою аеробікою – три рази в тиждень по 45 хвилин;
- в) курс лікувального масажу при ожирінні;
- г) дієтотерапією.

Комплекс ЛФК складається на основі наступних завдань: підвищення рівня енерговитрат організму, зменшення надмірної маси тіла і зміцнення скелетних м'язів, відновлення та підтримання фізичної і професійної працездатності.

До занять із ЛФК входять: гігієнічна гімнастика, різновиди загальнорозвиваючих фізичних вправ, дозований біг та ходьба, активний відпочинок.

Заняття гігієнічною гімнастикою проводяться з різних вихідних положень, але переважно стоячи. Використовуються доступні фізичні вправи, спрямовані на всю м'язеву систему з повним обсягом руху у всіх суглобах, дихальні вправи і вправи на розслаблення. Рекомендують гімнастичні вправи для кінцівок, тулуба, на снарядах, повороти, нахили тулуба, вправи, які зміцнюють м'язи черевного преса. При виконанні вправ стежать за диханням, воно має бути вільним, без затримки [7,13,14]

Застосування фізичних вправ відповідало наступним завданням:

- стимулювати обмін речовин, підвищуючи окисно-відновні процеси і енерговитрати;
- сприяти покращенню порушеного функціонального стану серцево-судинної та дихальної системи;
- знизити масу тіла в комплексі з дієтотерапією;
- підвищити фізичну працездатність;
- сприяти нормалізації жирового та вуглеводного обміну;
- стимуляція моторно-евакуаторної функції кишківника.

Найефективнішими фізичними вправами, спрямованими на зниження маси тіла, є: вправи для різних груп м'язів у чергуванні з дихальними вправами з обтяженнями і без обтяжень; циклічні вправи аеробного характеру.

Дозований біг є ефективним засобом зменшення маси тіла і покращення функціонального стану організму в цілому. Бігове заняття складається з наступних його елементів: перед бігом проводиться розминка (10-15 хвилин), потім дозований біг 5-6 хвилин з переходом на ходьба (2-3 хвилини); потім відпочинок (2-3 хвилини) - і таких 2-3 серії. Поступово інтенсивність бігу збільшується, а тривалість зменшується до 1-2 хв, кількість серій доводиться до 5 - 6, а пауза між ними збільшується [10,14,15].

Дозована ходьба передбачає включення в роботу більше 50% всієї мускулатури тіла. В залежності від темпу і виду ходьби енерговитрати зростають в 3-10 разів [6,16]. Різновидами дозованої ходьби при лікуванні ожиріння є: дуже повільна ходьба (60 - 70 кроків / хв (від 2 до 3 км / ч) при ожирінні IV ступеня); повільна (70 - 90 кроків / хв (від 2 до 3 км / ч) при ожирінні III ступеня); середня (90 - 120 кроків / хв (від 4 до 5,6 км / ч) при ожирінні II-I ступеня); швидка (120 - 140 кроків / хв (від 5,6 до 6,4 км / ч) при ожирінні II-I ступеня); дуже швидка (більше 140 кроків / хв, для осіб з достатнім рівнем фізичної підготовленості) [3,16].

Оздоровча аеробіка має комплексний вплив на весь організм. Особливістю занять аеробікою в розробленій нами програмі курсу реабілітації є повторення вихідних та кінцевих положень, доступних для осіб з надмірною масою тіла. Кінцеве положення має бути зручним для початку наступної вправи, що зумовлює правильне виконання без зупинок. Регулярне використання засобів оздоровчої аеробіки протягом кількох тижнів дає тренувальний ефект: покращується фізичний стан організму, діяльність серцево-судинної системи, знижується вага тіла.

Масаж при ожирінні застосовується в комплексі із заняттями ЛФК та оздоровчою аеробікою з метою покращення обмінних процесів організму. Методика масажу значною мірою залежить від особливостей тіла пацієнта. Якщо пацієнт не може лежати на животі (через великі відкладення жиру, задишки) то його укладають на спину, підкладаючи під голову валик або подушку. Використовують класичні прийоми лікувального масажу, починаючи від нижніх кінцівок. Інтенсивність і тривалість процедур масажу поступово збільшується від 15 до 60 хвилин. Після процедури необхідним є пасивний відпочинок протягом 15-30 хвилин. До курсу програми реабілітації жінок з надлишковою масою тіла входить 15 процедур масажу.

Дієтотерапія є важливим заходом в комплексній програмі лікування ожиріння. Особливістю її застосування є поєднання продуктів, що ввійшли до складу розробленої МОЗ України тарілки здорового харчування та поступового зниження добової калорійності. Важливою умовою раціонального та ефективного застосування дієтотерапії є запобігання різкому зменшенню калорійності та поступове виключення продуктів, які не входять до рекомендованого раціону, але є звичними для досліджуваної групи. Ця умова дотримується з метою уникнення різких зрушень гомеостазу, що може призвести організм до надмірного стресу і негативно вплинути на результати застосування реабілітаційної програми.

При поліпшенні функціонального стану серцево-судинної, дихальної систем можна переходити до другого періоду. В другому періоді розв'язуються основні завдання реабілітації. У зв'язку з тим, що хворі на ожиріння на початку курсу лікування не можуть виконувати тривале фізичне навантаження навіть невеликої інтенсивності, слід розвивати у них наявні резерви аеробної продуктивності інтервальним методом тренування. Це приводить до поступового підвищення функціональних можливостей організму і злагодженої діяльності систем. Привдосконаленні витривалості необхідно розвивати аеробну працездатність

Стан функціональних можливостей організму жінок на кожному з періодів можна оцінити за допомогою діагностичної експрес-системи

Г. Л. Апанасенко, що включає комплекс антропометричних та функціональних показників. Залежно від величини кожного показника нараховується певна сума балів (від 2 до 7). Рівень здоров'я оцінюється за сумою балів усіх показників (табл. 3).

Таблиця 3. Функціональні класи (рівні соматичного здоров'я)

Показники		Функціональні класи (рівні)				
		I	II	III	IV	V
		низький	нижче середнього	середній	вище середнього	високий
<i>Індекс Кетле</i>	Ж	451	401-450	375-400	400-351	350
	бали	-2	-1	0	-	-
<i>Життєвий індекс</i>	Ж	40	41-45	46-50	51-57	58
	бали	0	1	2	4	5
<i>Індекс Робінсона</i>	Ж	111	95-110	85-94	70-84	69
	бали	-2	0	2	3	4
<i>Проба Руф'є</i>	Ж	3	2-3	1,30-1,59	1,00-1,29	0,9
	бали	-2	1	3	5	7
<i>Силовий індекс</i>	Ж	40	41-51	51-55	56-60	61
	бали	0	2	2	3	4
Загальна оцінка рівня соматичного здоров'я (сума балів)		4	5-9	10-13	14-16	17-21

Встановлено, що IV-V рівні мають лише особи, які систематично займаються оздоровчим тренуванням. Зазначені рівня соматичного здоров'я гарантують відсутність клінічних проявів хвороби .

Визначення індексу маси тіла дало нам змогу визначити ступінь ожиріння досліджуваної групи, так як він є основним показником схильності або наявності ожиріння за Г.Л. Апанасенком. За допомогою цього показника можна визначити надлишкову масу тіла відповідно до вікової категорії

досліджуваних. Динаміка ІМТ у жінок з I та II ступенями ожиріння протягом експерименту визначалася на початку та наприкінці експерименту. Показник відповідності маси довжині тіла у жінок досліджуваної групи на початку експерименту підтвердив наявність ожиріння I та II ступенів (табл. 4, 5).

Таблиця 4. Класифікація співвідношення маси тіла і росту ІМТ

Класифікація	Індекс маси тіла (кг/м ²)	Ризик супутніх захворювань
Дефіцит маси тіла	менше 18,5	Низький (підвищений ризик до інших захворювань)
Нормальна маса тіла	18,5 – 24,9	Звичайний (норма)
Надлишкова маса тіла	25,0 – 29,9	Підвищений
Ожиріння I ступеня	30,0 – 34,9	Високий
Ожиріння II ступеня	35,0 – 39,9	Дуже високий
Ожиріння III ступеня	40 і більше	Надзвичайно високий

Протягом педагогічного експерименту під впливом запропонованої нами методики у представниць досліджуваної групи відбулися зміни. У жінок зміни ІМТ в умовах педагогічного експерименту підтвердилися статистично (табл. 5).

Таблиця 5. Динаміка показників функціонального стану жінок 40-45 років до і після експерименту (занять фізичними вправами для схуднення)

Показники	До експерименту (n=12)	Після експерименту(n=12)	Різниця між середніми значеннями
ІМТ	28,7±0,4	26,3±0,2	2,4
Вага	82,0±1,0	74,4±1,1	7,6
Пульс	79,2±1,1	74,6±0,9	4,6
АТ	132,2±1,8	125,2±2,1	7
ЖЄЛ	2780,0±99,4	2930,0±99,5	150
Життєвий індекс	33,9±0,9	38,8±1,1	4,9

(M±m) 't''

Показник індексу протягом експерименту знижується, і це є позитивно, оскільки, це дає змогу визначити вплив фізичних вправ на зменшення маси тіла.

Як видно із таблиці 5, ІМТ до експерименту у жінок становив 28,7, що відповідає, згідно класифікації маси тіла, надлишковій вазі, то вкінці експерименту цей показник достовірно зменшився і становив 26,3.

Незважаючи на те, що досліджувана група жінок залишилась, за класифікацією ІМТ, у групі "надлишкова маса тіла", про позитивні зрушення у стані здоров'я свідчать дані вимірювання частоти серцевих скорочень ЧСС та ваги. Вкінці експерименту достовірно зменшилася вага у досліджуваних жінок і становила, відповідно $82,0 \pm 1,0$ кг до експерименту та $74,4 \pm 1,1$ кг наприкінці експерименту (різниця між середніми значеннями становить 2.4 кг). Частота серцевих скорочень у стані спокою відповідно становила $79,2 \pm 1,1$ уд/хв. та $74,6 \pm 0,9$.

Спостерігається незначна тенденція до зниження артеріального тиску $132,6 \pm 1,8$ та $127,2 \pm 2,1$ та збільшення показників ЖЄЛ $2886,4 \pm 92,4$ та $3116,368,5$. Але життєвий індекс (табл. 6), тобто функціональний стан зовнішнього дихання, який враховує об'єм повітря із ЖЄЛ, що припадає на кожен кілограм маси тіла, достовірно збільшується і становить відповідно до експерименту $33,9 \pm 0,9$ та після експерименту $38,8 \pm 1,1$.

Таблиця 6. Показники функціонального стану жінок 40-45 років з надмірною вагою на початку і в кінці занять фізичними вправами для схуднення

№ дослідж.	ІМТ		Вага		ЧСС		АТ сист.		Життєвий індекс		ЖЄЛ		Ріст	К втрати маси тіла
	До	після	До	Після	До	Після	До	Після	До	після	До	після		
1.	28,4	27,6	82	80	72	72	135	126	34,2	38,8	2800	3100	170	2%
2.	27,3	25,5	77	72	74	72	130	130	29,9	34,7	2300	2580	168	6%
3.	28,8	26,7	85	79	91	84	130	128	37,1	40,5	3150	3200	172	7%
4.	29,8	26,9	82	74	84	76	136	122	27,4	32,4	2250	2400	166	9%
5.	27,4	26,7	86	78	87	76	130	125	33,7	37,2	2900	2900	171	9%
6.	28,7	25,9	83	75	82	76	132	126	34,9	41,3	2900	3100	170	9%
7.	28,4	25,5	79	71	66	66	128	122	32,9	38,1	2600	2700	167	10%
8.	31,6	26,4	86	72	88	80	135	124	36,1	43,1	3100	3100	165	16%
9.	28,7	26,6	82	76	80	78	136	125	36,6	39,0	3000	3200	169	7%
10.	27,6	25,5	78	72	68	66	130	124	35,9	43,1	2800	3100	168	7%
11.	28,4	25,7	84	77	79	68	132	121	34,5	41,2	2600	2800	172	9%
12.	27,9	26,3	87	78	72	69	129	122	31,8	38,8	2900	3000	170	9%

Аналіз показників коефіцієнту втрати маси тіла (К), за яким оцінюється результат лікування ожиріння, засвідчує, що добрий показник 16% встановлено в 1 особи, у 10 жінок цей показник (від 6% до 10%) був задовільним, і лише в однієї жінки показник був незадовільним (2%).

На підставі аналізу результатів дослідження та науково-методичної літератури нами також було сформовано наступні рекомендації жінкам віком 40-45 років з надлишковою масою тіла, які бажають займатися фізичними вправами:

1. Надлишкова маса тіла є результатом недостатньої рухової активності, надмірного харчування, а також порушень жирового та вуглеводного обміну.

Найбільш ефективними методами попередження появи надмірної маси тіла та ожиріння є контроль за калорійністю добового раціону і регулярні фізичні навантаження.

2. Для профілактики надлишкової маси і ожиріння необхідно віддавати перевагу аеробним вправам, які збільшують здатність організму мобілізувати жири в якості джерела енергії і сприяють нормалізації обміну речовин.

3. Проблему зменшення надлишкової маси тіла у осіб працездатного віку можна вирішувати за допомогою поєднання аеробних циклічних вправ і раціонального харчування.

Висновки. 1. Вивчення та аналіз джерел сучасної спеціальної літератури з проблеми фізичної реабілітації жінок при аліментарному ожирінні дозволив визначити, що ожиріння є фактором ризику багатьох серйозних медичних проблем, що спричиняють зниження якості життя, значне зростання захворюваності та передчасну смерть.

У профілактиці ожиріння важливе значення має руховий режим людини. М'язова робота вимагає значних витрат енергії, яка забезпечується за рахунок окислення жирів та вуглеводів. Рухи сприяють покращенню роботи серця, зменшують застійні явища у ногах, тонізують інші органи і системи.

2. Нами були розглянуті основні методи реабілітації при аліментарному ожирінні. З огляду на специфіку аліментарної форми ожиріння I та II ступенів, було визначено найбільш ефективні напрямки в розробленому комплексі фізичної реабілітації для досліджуваної групи.

3. Отримані результати дослідження показали, що розроблена нами програма курсу реабілітації жінок віком 40-45 років з надлишковою масою тіла позитивно впливає на окремі показники соматичного здоров'я жінок і може бути використана у подальшій роботі у групах ЛФК з жінками із надлишковою вагою.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ЛІТЕРАТУРНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Артамонова Л. Л. ЛФК и массаж при ожирении. / Л. Л. Артамонова, О. П. Панфилов, В. В. Борисова // Лечебная и адаптивно-оздоровительная физическая культура. – М. : ВЛАДОС-ПРЕСС, 2010. – 392 с. – С. 320–326.

2. Бриклин И., Коннер Л. Ваш идеальный вес: пер. с англ. — М. : Изд. дом «КРОН-пресс», 1998. - 298 с.

3. Вардимиади, Н.Д. Лечебная физкультура и диетотерапия при ожирении/ Н.Д. Вардимиади, Л.Г. Машкова. - Киев: Здоровье, 2006. - 48 с

4. Боровик О. Зміни композиційного складу тіла під впливом занять танцювальною аеробікою у жінок з різними генотипами / О. Боровик // Теорія і методика фіз. виховання і спорту. – 2010. – № 4. – С. 61–65.

5. Генделека Г. Ф., Генделека А. Н. Увеличение двигательной активности как неотъемлемый компонент профилактики и лечения ожирения // Международный эндокринологический журнал / Г. Ф. Генделека, А. Н. Генделека. – 2012. – № 1 (41). – С. 62–66.

6. Динейка К. Движение, дыхание, психофизическая тренировка. – Минск: Полымя, 2007. – 141 с.

7. Дубровский, В.И. Лечебная физическая культура (кинезотерапия): учеб. для студ. высш. учеб. заведений. - 3-е изд., испр. и доп. - М.: Гуманит. изд. Центр ВЛАДОС, 2004. - 624 с.

8. Кравчук Л. Патогенетичне обґрунтування використання засобів фізичної реабілітації у хворих на екзогенно-конституціональне ожиріння та плоскостопість / Л. Кравчук // Теорія і методика фіз. виховання і спорту. – 2011. – № 2. – С. 57–59.

9. Купер К. Новая аэробика. Система оздоровительных физических упражнений для всех возрастов / К. Купер. – М. : Физическая культура и спорт, 1996. – 125 с.

10. Карпович, А. Методики коррекции фигуры/ А. Карпович // Тезисы международной студенческой научной конференции "Молодёжь и здоровый образ жизни в современном обществе", Минск, 16 апреля 2003 г. - Минск: БГАФК, 2003

11. Мищенко В. Коррекция избыточной массы тела женщин среднего возраста средствами физической реабилитационной тренировки различного типа / В. Мищенко, Т. Кюне, Л. Мельник // Теорія і методика фіз. виховання і спорту. – 2007. – № 3. – С. 71–77.

12. Мороз О. Вивчення ефективності занять аеробікою для корекції маси та складу тіла жінок 20–35 років // Теорія і методика фізичного виховання і спорту / О. Мороз. – 2010. – № 2. – С. 79–80.

13. Менхин, Ю.В. Оздоровительная гимнастика: теория и методика: учебник / Ю.В. Менхин, А.В. Мензин. - Ростов н/Д.: Феникс, 2002. - 384 с

14. Расин, М.С. Средства и методы профилактики ожирения: лекция для студентов ОГИФК и слушателей факультета повышения квалификации/ М.С. Расин. - Омск, 2007. - 27 с.

15. Седлецкий, Ю.И. Современные методы лечения ожирения: руководство для врачей/ Ю.И. Седлецкий. - Санкт-Петербург: "ЭЛБИ-СПб", 2007. - 416 с., ил.

16. Учебник инструктора по лечебной физической культуре. Учеб. для ин-тов физ. культ. / под ред. В.К. Добровольского. - М.: Физкультура и спорт, 2008. - 480 с., ил

Електронні джерела:

1. allkharkov.ua/news/idn/432842.htm
2. <http://glavcom.ua/country/health/ministerstvo-ohoroni-zdo...huvannya-459238.html>

Контакти авторів:

Манзулич Лілія Мирославівна – студентка ДВНЗ «Ужгородський національний університет»
liliyamiroslavivna55@gmail.com

SEKCIA – ŠTUDENTI MAGISTERSKÉHO STUPŇA ŠTÚDIA
Verejné zdravotníctvo, Fyzioterapia

**ВЖИВАННЯ ДОРОСЛИМ НАСЕЛЕННЯМ ЗАКАРПАТТЯ
ПСИХОАКТИВНИХ РЕЧОВИН, ЯК ПРОБЛЕМА СИСТЕМИ
ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я**

**THE USE OF PSYCHOACTIVE SUBSTANCES BY ADULT
POPULATION OF TRANSCARPATHIAN REGION AS THE PROBLEM
OF PUBLIC HEALTH SYSTEM**

М.І. Йовбак, В.Ю. Орос

студенти магістерської програми «Громадське здоров'я» факультету
здоров'я та фізичного виховання ДВНЗ «Ужгородський національний
університет»

Науковий керівник: Слабкий Г.О., доктор медичних наук, професор
завідувач кафедри наук про здоров'я ДВНЗ «Ужгородський національний
університет»

Резюме.

Вступ: алкоголь та наркотики виступають ведучим фактором ризику негативного впливу на здоров'я людей, посідаючи провідні місця за негативним впливом на формування глобального тягара хвороб. За визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я, шкідливе вживання психоактивних речовин є детермінантом розвитку понад 200 порушень здоров'я, які пов'язані із хворобами і травмами. При цьому вживання наркотиків та зловживання алкоголю призводить до смерті населення та його інвалідності на ранніх стадіях життя людини. Серед померлого населення віком 20–39 років біля 25% усіх випадків смерті пов'язані із зловживанням алкоголю. Встановлено, що зловживання алкоголем та вживання наркотиків завдає серйозних соціальних та економічних збитків як окремим людям та їх сім'ям так і суспільству в цілому.

Методи: в роботі було використано наступні наукові методи дослідження: бібліосемантичний, медико-статистичний, структурно-логічного аналізу, системного підходу. Предметом дослідження стала захворюваність та поширеність розладів психіки та поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин серед дорослого населення області та їх медико-демографічні та кримінальні наслідки. Матеріалами дослідження слугували дані наукової літератури з проблеми дослідження та статистична звітність закладів охорони здоров'я області: звітні форми №20 «Звіт лікувально-профілактичного закладу» в кількості 132 одиниць. База дослідження

охоплювала заклади охорони здоров'я Закарпатської області, які надають наркологічну медичну допомогу. Дослідження охоплювало період з 2012 по 2018 рік.

Результати: встановлено, що показники захворюваності дорослого населення на розлади психіки та поведінки внаслідок вживання наркотичних речовин в розрахунку на 100 тисяч населення зросли з 2,28 до 3,2 (в 1,4 разу). Показники поширеності розладів психіки та поведінки внаслідок вживання наркотичних речовин серед дорослого населення області теж зросли. Рівень зростання склав 54% з показником 30,4 на 100 тис дорослого населення області. Показники захворюваності дорослого населення області на алкоголізм мають тенденцію до скорочення і в 2018 році склали 116,8. Гранична різниця показника в розрізі адміністративних територій області складає 9,8 разів. Показник поширеності серед дорослого населення області алкоголізму теж має тенденцію до скорочення і становить в 2018 році 1716,4 на 100 тис дорослого населення. Внаслідок причин, що пов'язані із зловживанням алкоголю в регіоні померло 7637 осіб, що склало 4,5% від загальної кількості померлих людей в регіоні

Висновки: проведений аналіз медико-демографічної та кримінальної ситуації в Закарпатській області внаслідок вживання дорослим населенням психоактивних речовин вказує на те, що в регіоні вживання дорослим населенням психоактивних речовин є важливою медико-демографічною, економічною та кримінальною проблемою. Запропоновані Перелік видів антинаркотичної діяльності системи громадського здоров'я види антинаркотичної діяльності мають сприяти покращенню ситуації.

Ключові слова:

Алкоголізм. Наркоманія. Захворюваність, поширеність, смертність

ABSTRACT

Introduction: alcohol and drugs are leading risk factors as for negative impact upon human health, and take the leading positions in the negative impact on the formation of a global burden of disease. According to the World Health Organization, harmful use of psychoactive substances is the determinant of over 200 health disorders, which are associated with diseases and injuries.

In this case, drug use and alcohol abuse lead to the death of the population and its disability at the early stages of human life. Among deceased population aged 20 –

39, about 25% of all deaths are related to abuse alcohol. It has been determined that alcohol abuse and drug use severely cause serious social and economic damage to individuals and their families and society as a whole.

Methods:the following scientific research methods were used in the paper: bibliosemantic, medico-statistical, of structural-and-logical analysis, of systemic approach. The incidence and prevalence of mental and behavioral disorders due to the use of psychoactive substances among adult population of the region and their medical-and-demographic and criminal consequences became the subject of the study. As the materials of research, the data of scientific literature on the problem of research and statistical reporting of health care institutions of the region: Reporting forms No. 20 "Report of a medical preventive institution" in the amount of 132 units were used. Research base covered the health care institutions of Transcarpathian region, which provide drug medical care. The study covered the period from the year 2012 to 2018.

Results:it was determined that the indicators of incidence among adult population of mental and behavioral disorders as the result of the use of narcotic substances increased per 100 thousand people from 2.28 to 3.2 (by 1.4 time). Indicators of prevalence of mental and behavioral disorders as the result of narcotic substances use among the adult population of the region also increased. The growth rate reached 54% with the index of 30.4 per 100 thousand of adult population in the region. Incidence indicators among adult population of the region for alcoholism have a tendency to reduce and in 2018 amounted to 116.8. The maximum difference in the indicator in terms of administrative territories of the region is 9.8 times. The indicator of prevalence among the adult population of alcoholism also tends to reduce and in 2018 reaches 1716.4 per 100 thousand of adult population. 7637 people died in the region due to the reasons associated with alcohol abuse, that amounted to 4.5% of the total number of deceased people in the region

Conclusion:The conducted analysis of medical-and-demographic and criminal situation in Transcarpathian region due to the use by adult population of psychoactive substances shows that the use of psychoactive substances by adult population in the region is an important medical-and-demographic, economic and criminal problem. The proposed anti-drug-addiction activities of public health system should help to improve the situation.

Keywords:

Alcoholism. Addiction. Incidence. Prevalence. Mortality

Вступ. На даному етапі розвитку суспільства з глобалізацією процесів розвитку, урбанізацією, швидкою комерціалізацією відносин, неконтрольованою мобільністю населення та інформації, агресивною рекламою психоактивних речовин, збільшенням доступності алкогольних напоїв, сигарет та наркотиків, більшість країн світу стикається зі стрімким зростанням тягаря хвороб, який пов'язаний із нездоровою поведінкою людей, в тому через шкідливе вживання алкоголю та психоактивних речовин [1, 2].

При цьому алкоголь та наркотики виступають ведучим фактором ризику негативного впливу на здоров'я людей, посідаючи провідні місця за негативним впливом на формування глобального тягаря хвороб [3]. За визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я, шкідливе вживання психоактивних речовин є детермінантом розвитку понад 200 порушень здоров'я, які пов'язані із хворобами і травмами. Так, за оцінками в показниках DALY біля 5,1% загального глобального тягаря хвороб і травм у світі обумовлено зловживанням алкоголю. Результати дослідження "Глобальний тягар хвороб, травм і причин ризику" (2010 р.) [4] показали, що за період 1990–2010 рр. втрата здорових років життя населенням в результаті зловживання алкоголю збільшилася на 32%. При цьому вживання наркотиків та зловживання алкоголю призводить до смерті населення та його інвалідності на ранніх стадіях життя людини [5]. Серед померлого населення віком 20–39 років біля 25% усіх випадків смерті пов'язані із зловживанням алкоголю. В наукових публікаціях показано причинно-наслідковий зв'язок між вживанням наркотиків та зловживанням алкоголю та рядом розладів психіки та поведінки, а також інших неінфекційних захворювань та травм [6-8]. Встановлено такі зв'язки між надмірним вживанням алкоголю і наркотиків та захворюваністю на туберкульоз і інфікування ВІЛ. Також встановлено, що зловживання алкоголем та вживання наркотиків завдає серйозних соціальних та економічних збитків як окремим людям та їх сім'ям так і суспільству в цілому [9-12]. Дані негативні явища значно відбиваються на добробуті суспільства, здоров'ї та якості життя оточуючих [13-15].

Теоретична основа дослідження. Проведений аналіз доступних нам наукових даних вказує на те, що не дивлячись на широкий арсенал комплексних засобів та методів боротьби з незаконним обігом та вживанням психоактивних речовин, ефективність проведених профілактичних заходів та лікування хворих із залежністю є достатньо низькою [16-18].

При цьому необхідно зазначити, що ООН та ВООЗ постійно приділяють надзвичайно важливе значення питанням скорочення поширення та шкідливого впливу наркотиків та алкоголю на здоров'я населення [19-22].

Вказане вище обумовило актуальність дослідження, визначило його мету і завдання, стало основою при розробці дизайну дослідження.

Мета дослідження: дослідити та проаналізувати показники вживання дорослим населенням Закарпатської області психоактивних речовин, як проблему системи громадського здоров'я, яка наразі формується в регіоні.

Завдання дослідження зумовлені поставленою метою передбачали:

1) провести системно-історичний аналіз вітчизняних та світових наукових джерел щодо поширення вживання населенням психоактивних речовин та їх впливу на здоров'я;

2) розробити спеціальну програму та методологічний інструментарій проведення наукового дослідження;

3) вивчити та провести аналіз динаміки показників захворюваності дорослого населення Закарпатської області та поширеності серед нього наркоманії та алкоголізму;

4) дослідити та провести аналіз показників смертності населення внаслідок вживання психоактивних речовин;

5) вивчити та провести аналіз кримінальних правопорушень населення в стані наркотичного та алкогольного сп'яніння;

6) запропонувати системі громадського здоров'я напрямки діяльності скеровані на зниження вживання населенням області психоактивних речовин.

Гіпотеза дослідження: аналіз наукових публікацій вказує на зростання на глобальному рівні негативного впливу вживання психоактивних речовин на медико-демографічну ситуацію, що вимагає від системи громадського здоров'я комплексу профілактичних та реабілітаційних заходів. Передбачається, що на регіональному рівні епідеміологічна ситуація, щодо вживання психоактивних речовин та їх наслідків погіршується і на її покращення може позитивно вплинути система громадського здоров'я.

Матеріали та методи дослідження.

Предметом дослідження стала захворюваність та поширеність розладів психіки та поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин серед дорослого населення області та їх медико-демографічні та кримінальні наслідки. Матеріалами дослідження слугували дані наукової літератури з

проблеми дослідження та статистична звітність закладів охорони здоров'я області: звітні форми №20 «Звіт лікувально-профілактичного закладу» в кількості 132 одиниць. База дослідження охоплювала заклади охорони здоров'я Закарпатської області, які надають наркологічну медичну допомогу. Дослідження охоплювало період з 2012 по 2018 рік.

Під час дослідження використано наступні методи:

1) системного підходу— для проведення кількісного та якісного аналізу проблем вживання дорослим населенням Закарпаття психоактивних речовин та розробки пропозицій для системи громадського здоров'я зі зниження вживання населенням області психоактивних речовин;

2) бібліосемантичний — для вивчення та проведення аналізу даних наукової літератури щодо поширення вживанням населенням психоактивних речовин та їх впливу на здоров'я;

3) медико-статистичний — для аналізу основних показників динаміки наркологічного здоров'я населення в тому числі показників захворюваності та поширеності серед дорослого населення вказаного негативного явища та показників смертності населення і кримінальних правопорушень внаслідок вживання психоактивних речовин;

5) структурно-логічного аналізу — для розробки напрямків діяльності служби громадського здоров'я, яка скерована на зниження вживання населенням області психоактивних речовин.

Робота виконувалась у чотири організаційних етапів. Під час виконання першого організаційного етапу було вивчено наукову літературу з даного питання і встановлено, що проблема вживання населенням психоактивних речовин є глобальною, а боротьба з наркотиками здійснюється під керівництвом ООН та ВООЗ.

Під час виконання другого організаційного етапу було розроблено програму та дизайн дослідження, а під час виконання третього організаційного етапу було безпосередньо проведено дослідження. На четвертому організаційному етапі було проаналізовано отримані дані та розроблено пропозиції службі громадського здоров'я, яка в теперішній час формується в області, щодо основних напрямків діяльності по скороченню вживання населенням області психоактивних речовин.

Результати дослідження

На початку дослідження було проведено вивчення та аналіз даних щодо захворюваності дорослого населення Закарпатської області на розлади психіки та поведінки внаслідок вживання наркотичних речовин. Дослідження проводилося в розрізі адміністративних територій області за

період 2012-2018 рр. Показник розраховувався на 100 тис дорослого населення регіону. Отримані дані наведено в табл.1.

Таблиця 1

Захворюваність дорослого населення Закарпатської області на розлади психіки та поведінки внаслідок вживання наркотичних речовин, 2012-2018 рр (на 100 тис. дорослого населення)

Адміністративна територія	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Ранг за 2018 рік
м. Ужгород	9,69	5,40	14,12	21,86	16,48	7,1	23,1	1
Берегівський	4,98	3,32	3,33	3,34	1,69	9,4	-	
Виноградівський	2,24	-	1,11	-	1,11	7,0	-	
Великоберезнянський	4,82	-	-	4,83	-	1,2	-	
Воловецький	-	-	-	-	5,31	-	-	
Іршавський	-	-	-	-	1,31	-	-	
Міжгірський	-	-	-	-	-	-	-	
Мукачівський	2,07	1,38	1,38	0,69	-	2,7	2,7	5
Перечинський	-	-	-	-	-	-	-	
Рахівський	-	-	1,47	-	-	-	-	
Свалявський	-	-	-	2,41	4,84	-	5,1	2
Тячівський	1,51	0,75	-	0,75	2,24	-	-	
Ужгородський	1,63	-	-	-	-	-	3,2	4
Хустський	1,02	1,02	-	3,06	-	2,0	3,5	3
Всього по області/середньобласний показник	2,28	1,14	1,97	3,00	2,69	2,2	3,2	

В ході дослідження встановлено, що показники захворюваності дорослого населення на розлади психіки та поведінки внаслідок вживання наркотичних речовин в розрахунку на 100 тисяч населення зросли з 2,28 до 3,2 (в 1,4 разу) в той час як в цілому в Україні мали тенденцію до зниження. Встановлені достовірно значущі відмінності показника в розрізі адміністративних територій області. Найвищий рівень – 23, 1 –

zareestrowano w mieście Użgorod, a na 9 (64,3%) administracyjnych terytoriach obszaru nowe przypadki zachorowalności dorosłego naselienia na zaburzenia psychiczne i zachowania w wyniku wżiwania narkotycznych substancji w 2018 roku nie były zareestrowane.

Далі вивчалися показники поширеності серед дорослого населення Закарпатської області розладів психіки та поведінки внаслідок вживання наркотичних речовин в розрізі адміністративних територій за період 2012-2018 рр. Отримані результати наведено в табл.2.

Таблиця 2

Поширеність серед дорослого населення Закарпатської області розладів психіки та поведінки внаслідок вживання наркотичних речовин, 2012-2018 рр (на 100 тис. дорослого населення)

Адміністративна територія	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Ранг за 2018 рік
м. Ужгород	155,1	164,29	172,75	203,31	223,07	187,1	239,2	1
Берегівський	6,64	9,96	8,31	8,35	6,75	15,5	18,5	2
Виноградівський	3,36	3,34	4,44	4,43	4,43	15,3	14,7	6
Великобerezнянський	4,82	4,82	4,82	9,66	9,68	3,4	4,8	9
Воловецький	-	-	-	-	5,31	4,3	5,3	8
Іршавський	-	-	-	-	1,31	1,4	1,8	11
Міжгірський	-	-	-	-	-	-	-	
Мукачівський	17,97	15,18	15,83	15,09	16,48	13,2	14,8	5
Перечинський	-	-	-	-	-	-	-	
Рахівський	17,72	17,64	19,07	19,03	19,04	14,5	18,4	3
Свалявський	2,41	4,81	4,81	7,24	12,09	9,3	14,8	5
Тячівський	1,51	2,26	2,25	2,99	5,23	3,7	3,4	10
Ужгородський	3,26	3,25	3,23	3,22	3,22	3,52	6,4	7
Хустський	10,22	9,18	8,16	11,23	11,24	10,3	16,9	4
Всього по області/середньообласний показник	21,28	21,97	22,77	26,07	28,70	23,5	30,4	

Отримані в ході дослідження та наведені в табл.2 дані вказують на те, що показники поширеності розладів психіки та поведінки внаслідок вживання наркотичних речовин серед дорослого населення області теж зросли. Рівень зростання склав 54% з показником 30,4 на 100 тис дорослого населення області. Перше рейтингове місце займає місто Ужгород з показником 239,2, який в 8 разів перевищує середньо обласний показник. Необхідно відмітити, що за всі роки дослідження в Перечинському та

Міжгірському районах не зареєстровані випадки розладів психіки та поведінки внаслідок вживання наркотичних речовин серед дорослого населення. При цьому, на відміні від структури вживання наркотичних речовин в цілому по Україні, де переважає вживання наркотиків однієї групи, для області характерним є вживання однією особою, в більшості випадків, кількох наркотичних речовин.

Наступним кроком дослідження було вивчення показників захворюваності дорослого населення Закарпатської області на алкоголізм за період 2012-2018 рр в розрізі адміністративних територій регіону. Отримані дані наведено в табл.3.

Таблиця 3

**Захворюваність дорослого населення Закарпатської області
на алкоголізм, 2013- 2018 рр (на 100 тис. дорослого населення)**

Адміністративна територія	2013	2014	2015	2016	2017	2018
м. Ужгород	104,84	131,46	131,17	161,53	107,0	132,3
Берегівський	245,70	357,50	197,11	244,83	219,4	163,6
Виноградівський	105,89	135,39	125,06	88,59	134,7	155,7
Великоберезнянський	91,64	168,54	130,38	130,69	76,4	91,3
Воловецький	116,47	84,65	26,58	31,89	70,6	87,4
Іршавський	108,26	113,40	90,63	115,50	80,2	118,3
Міжгірський	268,38	236,18	181,50	162,66	132,8	71,2
Мукачівський	199,43	193,40	167,39	152,45	98,4	90,6
Перечинський	239,96	176,67	67,29	168,62	71,5	113,3
Рахівський	139,69	155,48	139,05	131,83	72,3	90,5
Свалявський	154,03	134,77	55,48	84,65	63,7	128,3
Тячівський	153,02	153,13	155,68	137,60	112,2	13,5
Ужгородський	131,44	126,04	138,27	138,29	128,2	115,2
Хустський	68,33	34,69	46,96	86,86	79,7	128,4
Всього по області/середньообласний показник	151,93	157,24	118,04	131,14	102,6	116,8

Отримані в ході дослідження та наведені в табл.3 дані вказують на те, що показники захворюваності дорослого населення області на алкоголізм мають тенденцію до скорочення і в 2018 році склали 116,8. Гранична різниця показника в розрізі адміністративних територій області складає 9,8 разів з найвищим рівнем (132,3 на 100 тис дорослого населення) в м. Ужгород, а найнижчим рівнем (13,5) в Тячівському районі. При цьому співвідношення захворілих за статтю вказує на те, що на одну захворілу жінку кількість чоловіків становить три. А частка захворілих сільських жителів складає 64,2%.

Далі вивчалоя питання поширеності алкоголізму серед дорослого населення Закарпатської області за період 2013-2018 рр в розрахунку на 100 тис. дорослого населення в розрізі адміністративних територій. Отримані результати наведено в табл. 4.

Таблиця 4

Поширеність алкоголізму серед дорослого населення Закарпатської області, 2013-2018 рр (на 100 тис. дорослого населення)

Адміністративна територія	2013	2014	2015	2016	2017	2018
м. Ужгород	1688,27	1693,83	1756,5	1819,7	1474,4	1736,2
Берегівський	1972,28	2013,64	1718,8	1637,8	1469,7	1937,6
Виноградівський	1586,08	1499,28	1478,6	1430,7	2179,4	2610,3
Великоберезнянський	2686,41	2638,80	2631,7	2701,0	1061,6	1321,5
Воловецький	1529,99	1507,78	1478,0	1482,7	1178,2	1479,3
Іршавський	1505,01	1566,46	1549,8	1576,4	1229,3	1592,6
Міжгірський	3034,37	3106,03	3104,8	3087,9	2294,5	2865,3
Мукачівський	1874,27	1872,79	1850,2	1673,5	1217,9	1355,4
Перечинський	2189,11	2170,53	2031,5	2107,7	1584,4	2122,5
Рахівський	2057,05	2047,58	2034,5	2031,7	1497,1	1939,3
Свалявський	2026,47	1987,92	1944,4	1966,2	1445,6	1837,5
Тячівський	1935,73	1924,64	1913,8	1912,9	1459,4	1838,4
Ужгородський	1518,84	1522,15	1533,9	1500,3	1071,7	1366,2
Хустський	1480,73	1416,08	1376,1	1392,8	1044,6	1308,5
Всього по області/середньообласний показник	1934,61	1926,25	1885,9	1880,1	1349,0	1716,4

Проведений аналіз наведених в табл.4 даних вказує на те, що показник поширеності серед дорослого населення області алкоголізму теж має тенденцію до скорочення і становить в 2018 році 1716,4 на 100 тис

дорослого населення. Гранична різниця показника в розрізі адміністративних територій становить 2,2 рази з найвищим рівнем (2865,3) в Міжгірському районі та найнижчим рівнем (1308,5) в Хустському районі. Необхідно відмітити, що показники поширеності алкоголізму серед дорослого населення в Міжгірському районі, який є гірською географічною зоною області є самими високими серед інших адміністративних територій області за весь період дослідження.

В структурі поширеності алкоголізму частка жінок становить 28 %, а сільського населення 7,5%.

Результати вивчення смертності дорослого населення області внаслідок причин, які пов'язані із вживанням алкоголю вказують на те, що за період з 2006 по 2016 роки, внаслідок визначених причин в регіоні померло 7637 осіб, що склало 4,5% від загальної кількості померлих людей в регіоні. В динаміці років дослідження кількість осіб, що помирали кожний рік, внаслідок причин, які пов'язані із вживанням алкоголю має певні відмінності, але в цілому зареєстрована тенденція до їх зменшення, що є позитивним показником і вказує на підвищення ефективності наркологічної допомоги населенню регіону.

Аналізуючи структуру причин смертності даної категорії населення, ми прийшли до висновку, що всі роки проведеного дослідження основними причинами в структурі смертності вказаної категорії населення займають алкогольна кардіоміопатія (39,4%) та алкогольна хвороба печінки (32,8%), а також розлади психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю (18,6%).

Крім того в структурі смертності вказаної категорії населення певне місце мають також дегенерація нервової системи, яка спричинена вживанням алкоголю – 6,3%, випадкове отруєння та дія алкоголю – 2,8%, хронічний алкогольний панкреатит – 0,2%.

Частка осіб у працездатному віці, які померли внаслідок причин, пов'язаних із вживанням алкоголю склала 64,2% .

Далі було вивчено та проаналізовано випадки насильницької смерті, отруєння алкоголем та сурогатами алкоголю за даними районних та міжрайонних відділень судово-медичної експертизи за термін 2012-2016 рр. Отримані наступні результати:

- внаслідок насильницької смерті в стані алкогольної інтоксикації загинуло в області 2199 осіб, що склало 47,4% від всіх зареєстрованих випадків насильницької смерті (4638 осіб);

- в результаті отруєння алкоголем за вказаний період загинуло 353 особи;

- в результаті отруєння алкогольними сурогатами загинуло 68 осіб.

При цьому за всіма наведеними показниками відмічаються достовірні різниці кількості осіб, які загинули в розрізі адміністративних територій.

Далі, відповідно до програми та завдань дослідження нами вивчалось питання кількості кримінальних правопорушень, що були здійснені в області в стані алкогольного сп'яніння, наркотичного, токсичного або психотропного сп'яніння. За даними, які надала прокуратура області, за роки проведеного дослідження (2006-2017рр) в регіоні було скоєно 6756 кримінальних правопорушень особами, що знаходилися у стані алкогольного сп'яніння та 145 кримінальних правопорушень у стані наркотичного або токсичного чи психотропного сп'яніння.

Базуючись на основних оперативних функціях громадського здоров'я, що затверджені ВООЗ та світовому досвіді діяльності систем охорони здоров'я нами розроблені пропозиції для центру громадського здоров'я регіону з питань антинаркотичної діяльності. Вони передбачають широку між секторальну взаємодію та крім постійної інформаційної діяльності включають наступне: створення умов для корисної зайнятості молоді, створення за місцем роботи або проживання амбулаторних центрів психосоціальної підтримки для осіб, що вживають психоактивні речовини, психологічну підтримку членів сімей осіб, які зловживають психотропними речовинами, що є новим для регіону. Табл.5.

Таблиця 5

Перелік видів антинаркотичної діяльності системи громадського здоров'я

Інформаційно-просвітницька робота на антинаркотичну тему на рівні громади
Інформаційно-просвітницька робота на антинаркотичну тему на рівні сімей
Індивідуальна інформаційно-просвітницька робота на антинаркотичну тему
Інформаційно-просвітницька робота на антинаркотичну тему з групами підвищеного ризику вживання психотропних речовин
Інформаційно-просвітницька робота на антинаркотичну тему в навчальних закладах
Організація роботи школи здоров'я «Тверезе життя»
Створення за місцем роботи або проживання амбулаторних центрів психосоціальної підтримки для осіб, що вживають психоактивні речовини
Створення умов для корисної зайнятості молоді
Впровадження, разом із закладами первинної медичної допомоги, програм раннього виявлення та коротких інтервенцій, а також направлення осіб у яких формується залежність для отримання спеціалізованої допомоги
Запровадження руху в молодіжному середовищі за принципом «Рівний рівному»
Міжсекторальний підхід до антинаркотичної діяльності на рівні громади
Впровадження системи моніторингу, оцінки та прогнозування ситуації в регіоні
Психологічна підтримка членів сімей осіб, що зловживають психотропними речовинами

Дискусія.

Отримані в ході дослідження результати частково підтверджують висунуту наукову гіпотезу. Так, дані офіційної медичної статистики вказують на зростання показників поширеності вживання дорослим населення Закарпатської області психоактивних речовин при тенденції до

зниження захворюваності на алкоголізм та його поширеності при високим рівнях смертності в наслідок причин, що пов'язані із вживанням алкоголю. В цих умовах значну роль в подоланні даного негативного явища та зниження його медико-демографічного впливу має відіграти система громадського здоров'я. Запропоновані основні напрямки антинаркотичної діяльності системи громадського здоров'я. Отримані нами результати дають підставу для проведення окремого дослідження з метою виявлення віку початку вживання психоактивних речовин та визначення осіб, які спонукають до цього; вивчення детермінант вживання психоактивних речовин населенням Закарпаття; дослідження ефективності профілактичних заходів, які проводяться в області щодо попередження залежностей серед різних категорій населення області.

Висновки

Проведений аналіз медико-демографічної та кримінальної ситуації в Закарпатській області внаслідок вживання дорослим населенням психоактивних речовин вказує на те, що в регіоні вживання дорослим населенням психоактивних речовин є важливою медико-демографічною, економічною та кримінальною проблемою. Запропонований перелік видів антинаркотичної діяльності системи громадського здоров'я має сприяти покращенню ситуації в регіоні.

ЛІТЕРАТУРА

1. Доклад Международного комитета по контролю над наркотиками за 2017 год (E/INCB/2017/1) Организация Объединенных Наций: Международный комитет по контролю над наркотиками, январь 2018 года. https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2017/Annual_Report/R_2017_AR_ebook.pdf
2. ГРУЗЄВА. Т. С., ДУФИНЕЦЬ. В. А., ЗАМКЕВИЧ. В. Б. [та ін.]. 2016. Медико-соціальні аспекти вживання алкоголю населенням та стратегії протидії. *Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2015 рік.* Київ, – С. 118–127.
3. БОЛОТНИКОВ. И. Ю. 2007. Развитие вредных привычек в зависимости от условий жизни и воспитания учащихся различных учебных заведений. *Современные проблемы науки и образования.* – № 3. – С. 24–37.
4. Институт по измерению показателей здоровья и оценке состояния здоровья (Institute for Health Metrics and Evaluation), Сеть человеческого развития (Human Development Network), Всемирный банк (The World Bank). Глобальное бремя болезней (Global Burden of Disease): порождение

доказательств направление политики — региональное издание для Европы и Центральной Азии. Seattle, WA: IHME, 2013
http://www.healthdata.org/sites/default/files/files/policy_report/2013/WB_EuropeCentralAsia/IHME_GBD_WorldBank_EuropeCentralAsia_FullReport_RUSSIA_N.pdf

5. РАЗВОДОВСКИЙ. Ю.Е. 2004. Алкоголь и связанная с алкоголем смертность: популяционный уровень взаимосвязи // *Российский психиатрический журнал* - № 4 - С. 21-23.

6. ЧЕПЕЛЕВСЬКА. Л.А., РУДНИЦЬКИЙ. О.П. 2016. Медико-демографічна ситуація в Україні. *Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідеміологічну ситуацію. 2015 рік.* – Київ, – С.15-357

7. World Health Organization . (2008). The global burden of disease : 2004 update. Geneva : World Health Organization. 146 p.
<http://www.who.int/iris/handle/10665/43942>

8. ЖИВОТОВСЬКА. Л. В., СОННИК. Г. Т. 2010. Особливості психосоціальної дезадаптації осіб з алкогольною залежністю. *Тавричеський журнал психіатрії.* – № 1 (14). – С. 23–28.

9. WOJTYŁA .A., BOJAR. I., BILIŃSKI. P. 2010. Problem spożycia alkoholu wśród młodzieży w Polsce . *Medycyna ogólna.* – 16 (XLV), 4. – S. 570–580.

10. Доклад Алкоголь в Европейском союзе. Уровни потребления, наносимый вред и подходы в области политики Под редакцией: Peter Anderson, Lars Møller и Gauden Galea, Европейское региональное бюро ВОЗ. Копенгаген 2012, х + 149с.
<http://www.euro.who.int/ru/publications/abstracts/alcohol-in-the-european-union.-consumption,-harm-and-policy-approaches>

11. СЛАБКІЙ. Г. О., РИНДА Ф.П. 2008. Медико-соціальні аспекти наркоманії в Україні. *Главный врач.* – №8(88). – С.18-26

12. Framework for alcohol policy in the WHO European Region / WHO Regional Office for Europe. Copenhagen, Denmark. – 2006. – 31 p.

13. КОШКИНА. Е. А., СПЕКТОР. Ш. И., СЕНЦОВ. В. Г. [и др.]. 2008. Медицинские, социальные и экономические последствия наркомании и алкоголизма. *Москва : ПЕР СЭ* – 288 с.

14. ЧЕМЕРИС. Н.М., ЛЮБІНЕЦЬ О.В. 2018. Медико-соціальні площини вживання алкогольвмістимих напоїв серед студентської молоді. *Україні. Здоров'я нації.* - №1(47). – С.42-47

15. Основы политики в отношении алкоголя в Европейском регионе ВОЗ, 2006 42
с.http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/79397/E88335R.pdf?ua=1

16. ВІЄВСЬКИЙ А. М. 2012. Комплексна оцінка ефективності системи протиалкогольної та протинаркотичної профілактики для дітей шкільного віку. *Міжнародний неврологічний журнал*. - №3 (49). – С. 27-31

17. БАЛАКІРЄВА. О. М., БОЧКОВА Л. В. 2005. Моніторинг поведінки споживачів ін'єкційних наркотиків як компонент епідагляду другого покоління. – *Київ: МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні»*. – 68 с.

18. БУРЛАКА В. В. 2008. Профілактика поширення наркозалежності серед молоді : навч.-метод. посібник. – *Київ : Герб*. – 224 с.

19. Доклад по проблеме алкоголя в Европейском регионе ВОЗ. Исходный документ к основам политики в отношении алкоголя в Европейском регионе ВОЗ [Электронный документ]. – Копенгаген : Европейское региональное бюро ВОЗ, 2005. – Режим доступа : <http://www.euro.who.int/Document/RC55/rbd01.pdf>. – Название с экрана.

20. Всемирный доклад о наркотиках 2016. Резюме. Управление ООН по наркотикам и преступности. URL: http://objects.antiprop.ru/narkotiki03/20160628_wdr2016ru.pdf

21. Управление Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности, Всемирный доклад о наркотиках, 2017 год (ISBN: 978-92-1-148291-1, eISBN: 978-92-1-060623-3, издание Организации Объединенных Наций, в продаже под № R.17.XI.6). https://www.unodc.org/wdr2017/field/WDR_Booklet1_Exsum_Russian.pdf

22. Global Status Report on Alcohol and Health – WHO Library Cataloguing - in - Publication Data, 2011. – 286 p.

Контакти авторів:

Йовбак Марьяна Ивановна, 88000, Украина, Закарпатская обл., г. Ужгород, пл. Народная, 3; mariannayovbac0615c@gmail.com

Орос Василий Юрьевич, 88000, Украина, Закарпатская обл., г. Ужгород, пл. Народная, 3; Vasoros1967@gmail.com

**ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ОСІБ З ІНВАЛІДНІСТЮ МЕДИКО-
СОЦІАЛЬНИМИ ПОСЛУГАМИ: ПОТРЕБА ТА ШЛЯХИ
ВИРІШЕННЯ ПРОБЛЕМИ**

**PROVISION OF MEDICAL AND SOCIAL SERVICES TO PERSONS
WITH DISABILITIES: THE NEEDS AND WAYS TO SOLVE THE
PROBLEM**

Н.А. Кабаций, Л.В. Левко

студенти магістерської програми «Громадське здоров'я» факультету
здоров'я та фізичного виховання ДВНЗ «Ужгородський національний
університет»

Науковий керівник: Слабкий Г.О., доктор медичних наук, професор
завідувач кафедри наук про здоров'я ДВНЗ «Ужгородський національний
університет»

Резюме.

Вступ: В Україні до 15% жителів є інвалідами. Щорічний рівень первинного виходу на інвалідність складає до 36 на 10 тис населення і має тенденцію до зростання. Також зростає кількість дітей-сиріт та дітей, що позбавлені батьківської опіки.

Україна приєдналась до виконання Глобального плану ВООЗ з інвалідності «Ліпше життя для людей з інвалідністю» на 2014–2021 рр. При цьому результати роботи Оцінної Місії ВООЗ свідчать, що існуюча в країні система надання реабілітаційної допомоги, оцінки стану обмеження життєдіяльності, не відповідає світовим вимогам та статистична інформація щодо інвалідності не може бути порівняна із міжнародними даними.

Методи: Матеріалами дослідження слугували дані наукової літератури з проблеми дослідження та державна статистична звітність з питань інвалідизації населення, кількості дітей-сиріт та дітей, що позбавлені батьківської опіки і законодавства України з питань соціального захисту осіб з особливими потребами.

Дослідження охоплювало період з 2010 по 2019 рік.

Під час дослідження використано наступні методи: біблеосемантичний, медико-статистичний, контент-аналізу, структурно-логічного аналізу. Методичною основою дослідження став системний підхід.

Результати: Проведений аналіз динаміки кількості осіб з особливими потребами в Закарпатській області за період 2010-2019 рр показав збільшення кількості інвалідів на 27% з їх кількістю 75415 осіб, 6826 дітей-інвалідів та 2125 дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування. Результати роботи Оцінної Місії ВООЗ свідчать, що існуюча в країні система надання реабілітаційної допомоги, оцінки стану обмеження життєдіяльності, не відповідає світовим вимогам та статистична інформація щодо інвалідності не може бути порівняна із міжнародними даними.

При цьому, прийнята в Україні останнім часом законодавча база передбачає удосконалення системи соціальної та медичної допомоги особам з особливими потребами для дорослих з формування системи надання комплексу послуг відповідно до фактичних потреб населення з максимальним наближенням послуги до місця проживання клієнта з максимальним використанням можливостей об'єднаних територіальних громад.

Догляд і виховання дітей має здійснюватися в умовах, наближених до сімейних із забезпеченням умов для проживання, наближених до сімейних (забезпечення харчуванням, одягом, взуттям, твердим і м'яким інвентарем, ведення домашнього господарства, організація дозвілля тощо), формування та підтримка навичок самообслуговування, побутових навичок, необхідних для організації самостійного життя; виховання та розвиток індивідуальних здібностей, сприяння в отриманні освітніх, медичних, реабілітаційних і соціальних послуг у відповідних закладах.

Висновки: В області, при збільшенні кількості людей з особливими потребами, базуючись на законодавчій базі, створюються умови для забезпечення вільного, рівного та зручного доступу до комплексу послуг у безпечній, комфортній громаді для кожної людини.

Ключові слова: Особи з інвалідністю. Діти-сироти. Діти позбавлені батьківської опіки. Соціальні послуги. Потреба. Шляхи забезпечення.

ABSTRACT

Introduction: Up to 15% of residents in Ukraine are persons with disabilities. The annual rate of primary disability access is up to 36 per 10 thousand people and tends to increase. The number of orphan children and children deprived of parental care is also increasing.

Ukraine joins the implementation of the WHO Global Disability Plan "Better Life for People with Disabilities" for 2014-2021, with the results of the WHO Evaluation Mission demonstrating that the country's existing system of

rehabilitation assistance, assessment of life-limiting status, does not meet world requirements and disability statistics are not comparable to international data.

Methods: The source for the study was data from the scientific literature on the research issue and state statistical reporting on the numbers of the disabled, the number of orphans and children deprived of parental care and the legislation of Ukraine on social protection of persons with special needs. The study covered the period from 2010 to 2019. During the study, the following methods have been used: biblical semantic, medical statistical, content analysis, structural logical analysis. The methodological basis of the study was a systematic approach.

Results: The analysis of the dynamics of the number of persons with special needs in Zakarpattia oblast for the period of 2010-2019 showed an increase in the number of persons with disabilities by 27% with the number of 75415 persons, 6826 children with disabilities and 2125 orphan children and children deprived of parental care. The results of the WHO Evaluation Mission show that the country's existing system of providing rehabilitation assistance, assessing the status of life-limiting, does not meet world requirements and that statistical information on disability cannot be compared with international data.

At the same time, the recent legislation in Ukraine envisages the improvement of the system of social and medical assistance to persons with disabilities. It includes formation of a system of provision of services in accordance with the actual needs of the population with the maximum approximation of the service to the place of residence of the client with the maximum use of opportunities of the united territorial communities.

Care and upbringing of children should be carried out in a family-friendly environment, providing conditions for living close to family conditions (food, clothing, footwear, hard and soft equipment, housekeeping, leisure activities, etc.), developing and maintaining self-care skills, household skills necessary for the organization of independent life; education and development of individual abilities, assistance in obtaining educational, medical, rehabilitation and social services in appropriate institutions.

Conclusion: In the region, as the number of people with disabilities increases, based on the legal framework, conditions are created to ensure free, equal and convenient access to a range of services in a safe, comfortable community for everyone.

Keywords: Persons with disabilities. Children with disabilities. Orphan children. Children deprived of parental care. Social services. Need. Ways of provision.

Вступ. В Україні до 15% жителів є інвалідами. Щорічний рівень первинного виходу на інвалідність складає до 36 на 10 тис населення і має тенденцію до зростання [1,2]. Також зростає кількість дітей-сиріт та дітей, що позбавлені батьківської опіки [3].

Україна приєдналась до виконання Глобального плану ВООЗ з інвалідності «Ліпше життя для людей з інвалідністю» на 2014–2021 рр. [4]. При цьому результати роботи Оцінної Місії ВООЗ свідчать, що існуюча в країні система надання реабілітаційної допомоги, оцінки стану обмеження життєдіяльності, не відповідає світовим вимогам та статистична інформація щодо інвалідності не може бути порівняна із міжнародними даними.

На регіональному рівні відсутня інформація про потребу осіб з інвалідністю в реабілітаційних та соціальних послугах що унеможливорює формування мережі реабілітаційних закладів та планування ресурсних потреб.

Рішення проблеми вимагає від лікарів-реабілітологів медико-соціальних експертних комісій чітке та якісне заповнення розділів Індивідуальної програми реабілітації інваліда із залученням усіх зацікавлених учасників реабілітаційного процесу [5].

Теоретична основа дослідження.

Через наявність проблем зі здоров'ям особи з особливими потребами потребують ужиття з боку державних та громадських інституцій спеціальних заходів, спрямованих на забезпечення їхньої повноцінної участі в житті соціуму нарівні з іншими [6,7]. Національним законодавством встановлено гарантії для осіб вказаної категорії, що стосуються всіх сфер життєдіяльності суспільства, в тому числі охорони здоров'я, освіти, зайнятості, дозвілля, відпочинку, спорту тощо.

Формування та реалізація державної політики стосовно осіб з інвалідністю здійснюється на основі ст. 3 Конституції України, відповідно до якої людина, її життя і здоров'я, честь і гідність, недоторканність і безпека визнаються в Україні найвищою соціальною цінністю, а права і свобода людини та їх гарантії визначають зміст і спрямованість діяльності держави.

З огляду на вищезазначене, слід констатувати, що на сучасному етапі розвитку суспільства діяльність усіх національних інституцій, у тому числі органів державної влади, громадських об'єднань тощо, має бути спрямована на створення таких умов, за яких особи з особливими потребами зможуть вести незалежний спосіб життя і брати активну участь у всіх його аспектах [8,9].

Мета дослідження: дослідити та проаналізувати показники

кількості осіб з особливими потребами (особи з інвалідністю та діти-сироти та діти, позбавлені батьківського піклування), які проживають в Закарпатській області та визначити стратегічні підходи до їх забезпечення соціальними та медичними послугами на регіональному рівні на сучасному етапі розвитку суспільства.

Завдання дослідження зумовлені поставленою метою передбачали:

1) провести системно-історичний аналіз вітчизняних та світових наукових джерел щодо кількості осіб з особливими потребами та системи забезпечення їх соціальними та медичними послугами;

2) розробити спеціальну програму та методологічний інструментарій проведення наукового дослідження;

3) вивчити та провести аналіз динаміки показників інвалідизації населення Закарпатської області;

4) дослідити та провести аналіз кількості дітей-сиріт та дітей, що позбавлені батьківської опіки в Закарпатській області;

5) вивчити та провести аналіз законодавства України з питань забезпечення громадян України з особливими потребами соціальними та медичними послугами;

6) запропонувати сучасні регіональні підходи до оптимізації системи медико-соціальної допомоги особам з особливими потребами.

Гіпотеза дослідження: аналіз наукових публікацій вказує на зростання в провідних країнах світу як кількості так і частки населення яке має особливі потреби, що є причиною інвалідності, а для дітей сирітством та позбавленням батьківської опіки. При цьому ВООЗ ставить перед державами вимогу по їх забезпеченню якісними медичними та соціальними послугами та створення умов для якісного життя. Передбачається, що на рівні Закарпатської області кількість людей з особливими потребами зростає, а законодавство України забезпечує створення умов для покращення їх життя.

Матеріали та методи дослідження.

Матеріалами дослідження слугували дані наукової літератури з проблеми дослідження та державна статистична звітність з питань інвалідизації населення, кількості дітей-сиріт та дітей, що позбавлені батьківської опіки і законодавства України з питань соціального захисту осіб з особливими потребами.

Дослідження охоплювало період з 2010 по 2019 рік.

Під час дослідження використано наступні методи:

1) системного підходу— для проведення кількісного та якісного аналізу проблем забезпечення населення Закарпатської області з особливими потребами соціальними послугами;

2) бібліосемантичний — для вивчення та проведення аналізу даних наукової літератури щодо динаміки кількості осіб з особливими потребами та їх забезпечення соціальними послугами;

3) медико-статистичний — для аналізу основних показників інвалідизації населення Закарпатської області та динаміки кількості дітей - сиріт та дітей, що позбавлені батьківської опіки;

5) контент-аналізу – з метою проведення аналізу законодавчої бази України з питань соціального захисту населення з особливими потребами;

6) структурно-логічного аналізу — для представлення напрямків удосконалення соціально-медичної допомоги особам з особливими потребами на регіональному рівні.

Результати дослідження

На початку дослідження була вивчена кількість людей з інвалідністю, які проживають в Закарпатській області, Дослідженням охоплено період з 2010 по 2019 роки. Отримані дані наведено в табл.1.

Таблиця 1

Кількість осіб з інвалідністю, Закарпатська область (2010-2019)

Рік	Усього	I група		II група		III група	
		абс	%	абс	%	абс	%
2010	63078	6114	9,7	24581	38,9	27093	51,4
2015	71930	6274	8,7	22160	30,8	37403	60,5
2016	72334	6189	8,6	21557	29,8	38303	61,6
2017	73197	6119	8,4	21152	28,9	39458	62,7
2018	74206	6101	8,2	20873	28,1	40557	63,7
2019	75415	6054	8,0	20556	27,3	41979	64,7
2019 до 2010	+12337	-60	-1,7	-4025	-11,6	+14886	+13,3

Аналіз наведених в табл.1 даних вказує на те, що в Закарпатській області проживає 75415 інвалідів, що більше на 12337 ніж в 2010 році. В структурі кількості осіб з інвалідністю 8,0% мають першу групу інвалідності, 27,3% - другу групу інвалідності та 64,7% - третю групу інвалідності.

Далі була вивчена кількість дітей-інвалідів, які проживають в Закарпатській області. Отримані результати наведено на рис.1.

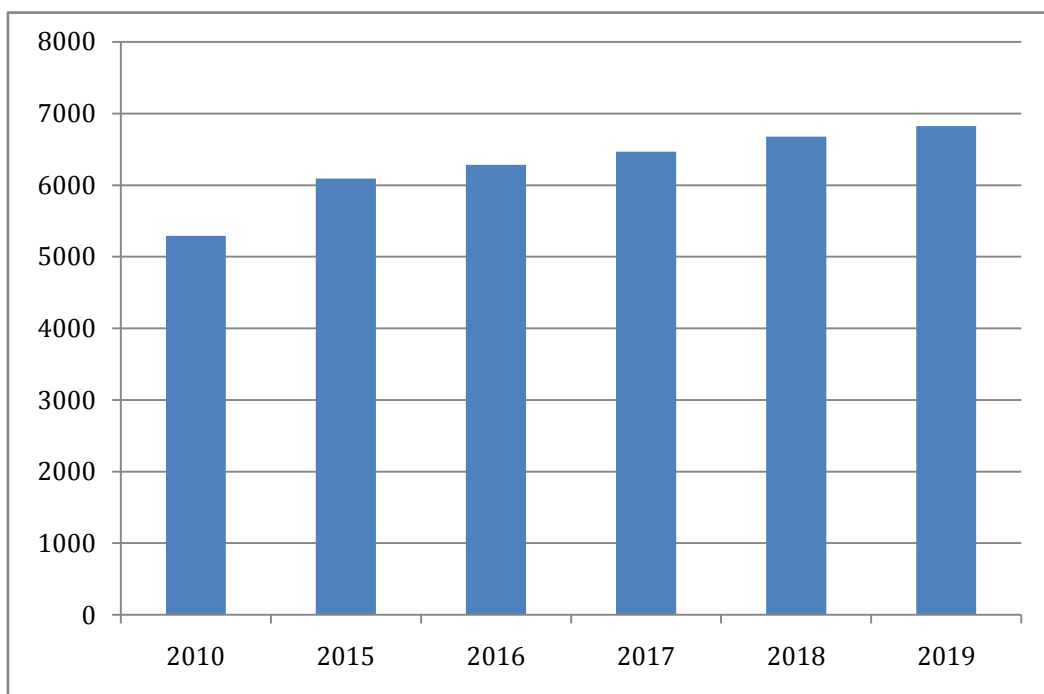


Рис. 1 Кількість дітей з інвалідністю, Закарпатська область, 2010-2018 рр

Станом на кінець 2019 року в Закарпатській області проживає 6826 дітей-інвалідів, що на 1536 (29,0%) більше ніж в 2010 році. Від загальної кількості дітей, які проживають в області діти-інваліди складають 2,34%

Наступним кроком дослідження було вивчення статистичних даних про дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування і їх усиновлення, які проживають в Закарпатській області. Отримані дані в динаміці 2010-2018 рр наведені в табл.2.

Таблиця 2

Статистичні дані про дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування і їх усиновлення, Закарпатська область (2010-2018 рр)

<i>Показник</i>	2010	2015	2016	2017	2018	2018 до 2010
Загальна кількість дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування	2326	2301	2261	2216	2125	-201
Кількість дітей усиновлених протягом року (абс)	120	106	99	87	107	-13
Частка дітей усиновлених протягом року (%)	5,2	4,6	4,4	3,9	5,0	-0,2
Усиновлені громадянами України	77	55	47	47	60	-17
Усиновлені іноземними громадянами	17	17	28	18	20	+3

За період 2010-2018 рр кількість дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування в області скоротилася на 201 і склала 2125, що становить 0,73% від загальної кількості дітей, які проживають в області. Частка усиновлених дітей скоротилася з 5,2% до 5,0% і в 2018 році склала 107 дітей.

Далі, в табл. 3, наведені дані про інтернатні заклади та заклади соціального захисту дітей Закарпатської області та кількість дітей, які отримують в них соціальні та медичні послуги.

Таблиця 3

Інтернатні заклади та заклади соціального захисту дітей, Закарпатська область (2010-2018 рр)

Показник	2010	2015	2016	2017	2018	2018 до 2010
Школи-інтернати для дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування ¹	2	2	2	2	2	-
В них дітей ²	204	128	110	88	88	-116

Дитячі будинки, що перебувають у сфері управління Міністерства освіти і науки України

Кількість	4	1	1	1	1	-3
В них дітей ²	241	67	52	62	51	-190

Дитячі будинки, що перебувають у сфері управління Міністерства охорони здоров'я України

Кількість	1	1	1	1	1	-
В них дітей ²	65	79	87	84	94	+29

Будинки-інтернати, що перебувають у сфері управління Міністерства соціальної політики України

Кількість	3	3	3	3	3	-
В них дітей ²	407	396	396	377	384	-23

та молоді

Притулки для дітей

Кількість	1	1	1	1	1	-
В них дітей ^{2,3}	277	204	248	259	227	-

Примітка:

¹ Починаючи з 2009 року – з урахуванням спеціальних шкіл-інтернатів та дітей у них

² У загальній кількості дітей у закладах, враховуючи також дітей, які мають батьків

³ Перебування протягом звітного року

За роки дослідження кількість дитячих будинків, що перебувають у сфері управління Міністерства освіти і науки України скоротилася на три, а кількість дітей які в них перебувають скоротилася на 190 і склала 51 дитину. Також скоротилася кількість дітей які перебувають школах-інтернатах для дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування на 116 і склала 88 дітей. Збільшилася на 29 кількість дітей які перебувають в дитячих будинках що перебувають у сфері управління Міністерства охорони здоров'я України і склала 94. Найбільша кількість дітей (384) знаходиться будинках-інтернатах, що перебувають у сфері управління Міністерства соціальної політики України. Також велика кількість дітей (277) перебуває у притулках для дітей.

Далі нами було проаналізовано сучасну законодавчу базу України з питань забезпечення осіб з особливими потребами соціальними та медичними послугами. З метою трансформації системи послуг з інституційного догляду, коли особи з інвалідністю перебувають в

спеціалізованих закладах в тому числі інтернатного типу, до системи, що передбачає раннє виявлення проблем та проживання людини в громаді, у якій створені усі необхідні умови та забезпечено доступність до послуг в усіх сферах суспільного життя Верховною Радою України 17 січня 2019 року було прийнято Закон України «Про соціальні послуги» за № 2671-УІІІ. Цей Закон визначає основні організаційні та правові засади надання соціальних послуг, спрямованих на профілактику складних життєвих обставин, подолання або мінімізацію їх негативних наслідків, особам/сім'ям, які перебувають у складних життєвих обставинах.

Виконанню вказаного Закону України має сприяти створення централізованого банку даних з проблем інвалідності (постанова Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2018 р. № 1205). Затверджене положення про централізований банк даних з проблем інвалідності визначає порядок створення, функціонування та ведення централізованого банку даних з проблем інвалідності (далі — банк даних) як автоматизованої системи для визначення потреб осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю та інших окремих категорій населення, які відповідно до законодавства мають право на забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації, реабілітаційними послугами, санаторно-курортним лікуванням тощо в засобах реабілітації та послугах у сфері реабілітації.

Основними завданнями банку даних є: створення єдиної комплексної інформаційно-аналітичної системи обліку осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю, інших осіб; проведення аналізу та ведення обліку даних про: реабілітаційні заходи, а також визначення потреби в таких заходах; засоби та послуги реабілітації, які надаються особам з інвалідністю, дітям з інвалідністю, іншим особам, а також визначення потреби в таких засобах і послугах; доступність та оснащення закладів охорони здоров'я для надання послуг особам з інвалідністю та іншим маломобільним категоріям населення; виплату грошової компенсації під час виконання індивідуальних програм реабілітації осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю;

В сучасних умовах Уряд України, приділяючи важливе питання розвитку соціальних реабілітаційних послуг для людей з особливими потребами, в умовах децентралізації закладає новий розподіл повноважень між центральними та місцевими органами державної влади в забезпеченні доступності кожної людини як до послуг за місцем проживання, так і до високоспеціалізованих послуг при цьому, надання більшості соціальних та реабілітаційних послуг має забезпечуватись безперервно за місцем проживання людини.

Рис.2.

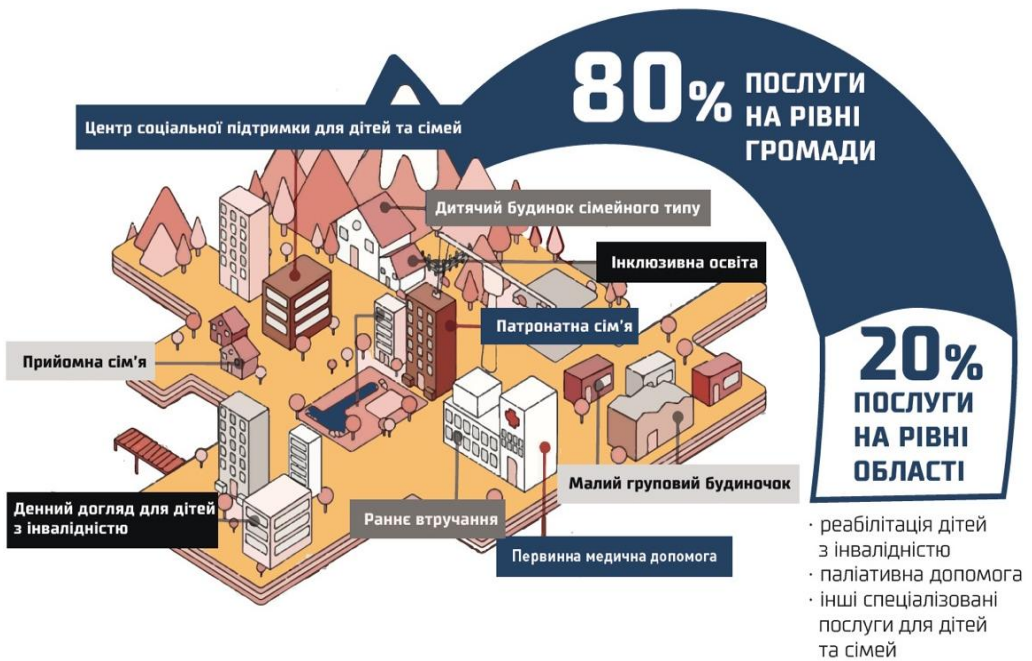


Рис. 2. Модель забезпечення осіб з особливими потребами в Україні в мовах децентралізації соціально-реабілітаційними послугами

Міністерство соціальної політики України розробило Навігатор розвитку

системи надання комплексу послуг особам (дітям) з інвалідністю та/або дітям віком до трьох років, які належать до групи ризику щодо отримання інвалідності, для голів об'єднаних територіальних громад (ОТГ), фахівців виконавчих органів сільських, селищних, міських рад ОТГ. Місія даного навігатора полягає в забезпеченні вільного, рівного та зручного доступу до комплексу послуг у безпечній, комфортній громаді для кожної людини.

Наводимо пріоритети його реалізації:

- формування системи надання комплексу послуг відповідно до фактичних потреб населення з максимальним наближенням послуги до місця проживання клієнта;
- поєднання можливостей громад різних рівнів;
- раціональне використання наявних ресурсів і можливостей вже діючих структур.

Робота має проводитися в чотири організаційних етапи.

Перший організаційний етап.

Моніторинг потреб осіб (дітей) з інвалідністю та/або дітей віком до трьох років, які належать до групи ризику щодо отримання інвалідності

в комплексі послуг. Аналіз інформації щодо потреб осіб (дітей) з інвалідністю та/або дітей віком до трьох років, які належать до групи ризику щодо отримання інвалідності, в комплексі послуг, що проводиться з певною визначеною періодичністю, може здійснюватися шляхом: аналізу документації, наявної у ВО ОТГ; подвірного обходу домогосподарств; аналізу інформації про події й обставини життя місцевої громади, у тому числі шляхом спілкування з населенням тощо. Можливе також поєднання кількох шляхів отримання необхідної інформації.

Створення банку даних щодо суб'єктів, які надають послуги. У кінцевому результаті створений банк даних повинен містити мінімально достатній обсяг інформації, що здатен забезпечити задоволення актуальних потреб населення у відповідних послугах. Інформація в ньому повинна охоплювати відомості (місцезнаходження, адреса, перелік послуг тощо) щодо суб'єктів, розташованих на території власної та інших ОТГ, на рівні районів, області, у державі в цілому. Зібрана інформація повинна підтримуватися в актуальному стані, відповідному фактичним потребам громади.

Другий організаційний етап.

Інформаційно-просвітницька та роз'яснювальна діяльність щодо можливостей і умов отримання особами (дітьми) з інвалідністю та/або дітьми віком до трьох років, які належать до групи ризику щодо отримання інвалідності, комплексу послуг. Найбільшої ефективності інформаційно-просвітницька і роз'яснювальна діяльність набуває при одночасному, взаємоузгодженому застосуванні комплексу різноманітних шляхів та форм подачі відповідної інформації.

Формування у громади почуття безпосередньої причетності до вирішення важливих соціальних проблем, спонукання людей до переходу від позиції «очікування допомоги» до самореалізації. З цією метою можливо: залучати найбільш активних представників громади до вирішення різноманітних проблемних питань (наприклад, моніторингу потреб населення, інформаційно-роз'яснювальної діяльності, масових заходів, надання нужденним елементарних видів допомоги тощо); систематично інформувати громаду про розв'язання проблемних питань, що порушуються населенням; застосовувати різноманітні засоби заохочення найбільш активних представників громади, які беруть участь у вирішенні питань соціального захисту населення.

Третій організаційний етап.

Прийом осіб з інвалідністю та/чи їх законних представників із питань, пов'язаних з отриманням необхідних послуг. У рамках діяльності

виконавчого комітету ради за принципом «єдиного вікна» прийом фахівцями населення з метою: приймання та опрацювання документів; визначення прав заявника на отримання відповідних послуг та, за необхідності, консультування щодо необхідних дій для юридичного оформлення відповідних правових підстав; раціонального визначення суб'єкту або суб'єктів надання послуг та їх доцільної послідовності.

Направлення та/чи сприяння особам (дітям) з інвалідністю та/або дітям віком до трьох років, які належать до групи ризику щодо отримання інвалідності, для отримання послуг. Відповідно до чинної нормативно-правової бази: підготовка і видача заявникам та відправлення суб'єктам передбачених «пакетів» документів для забезпечення отримання послуг, що відповідають нозології отримувача та передбачені Державною типовою програмою реабілітації інвалідів; взаємодія із суб'єктами надання послуг (у разі необхідності) щодо доопрацювання документів, вирішення організаційних питань тощо; представництво інтересів клієнтів в органах влади та самоврядування, установах й організаціях тощо.

Контроль та оцінка якості наданих послуг. Доцільно здійснювати, перш за все, шляхом встановлення факту отримання (чи неотримання) послуги, направлення на яку надавалося особі (дитині). У разі, коли суб'єкт надання послуг діє на території ОТГ чи на підставі договірних відносин отримує від ОТГ кошти за надані послуги, доцільно передбачувати і вживати заходи щодо визначення якості отриманих послуг.

Четвертий організаційний етап.

У ході здійснення процесу надання комплексу послуг особам (дітям) з інвалідністю та/або дітям віком до трьох років, які належать до групи ризику щодо отримання інвалідності, ВО ОТГ повинен забезпечити: систематичну актуалізацію інформації щодо потреб осіб (дітей) з інвалідністю в отриманні послуг; підтримання в актуальному стані банку даних щодо суб'єктів, які надають послуги; планування видатків, підготовку пропозицій до проектів місцевих програм соціального розвитку громади; підготовку обґрунтувань, на підставі моніторингової інформації, щодо необхідності створення або залучення суб'єктів надання послуг.

Для того, щоб визначитися з необхідністю створення на базі ОТГ або залучення суб'єкту надання комплексу послуг, доцільно, в першу чергу:

оцінити, які із необхідних послуг не надаються в межах ОТГ та якій кількості осіб (дітей) вони потрібні; оціночно визначити обсяг необхідних для їх задоволення фінансових, матеріально-технічних та кадрових ресурсів; оцінити наявність можливостей направлення клієнтів для отримання цих послуг до суб'єктів, розташованих за межами ОТГ, та

обсяг можливих фінансових витрат для забезпечення цього процесу; з'ясувати можливості створення суб'єктів надання послуг шляхом: поєднання ресурсів з іншими ОТГ; соціального замовлення; державних закупівель; державно-приватного партнерства; проведення конкурсів соціальних проектів тощо.

Дискусія.

Отримані в ході дослідження результати частково підтверджують висунуту наукову гіпотезу. Так, дані офіційної державної статистики вказують на зростання в Закарпатській області кількості людей з особливими потребами. За період 2010-2019 рр на 12337 осіб збільшилася кількість інвалідів при тенденції до зменшення кількості дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування. При цьому для перебування вказаних дітей існує низка інтернат них закладів.

При цьому в країні має прогресивна законодавча база по створенню умов для отримання особами з особливими потребами необхідної соціальної та медичної допомоги 80% якої має надаватися за місцем проживання, а 20% (реабілітаційні та спеціалізовані послуги) на обласному рівні, що відповідає рекомендаціям ВООЗ.

Висновки

Проведений аналіз динаміки кількості осіб з особливими потребами в Закарпатській області за період 2010-2019 рр показав збільшення кількості осіб з інвалідністю на 27% з їх кількістю 75415 осіб, 6826 дітей з інвалідністю та 2125 дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування. Результати роботи Оцінної Місії ВООЗ свідчать, що існуюча в країні система надання реабілітаційної допомоги, оцінки стану обмеження життєдіяльності, не відповідає світовим вимогам та статистична інформація щодо інвалідності не може бути порівняна із міжнародними даними.

При цьому, прийнята в Україні останнім часом законодавча база передбачає удосконалення системи соціальної та медичної допомоги особам з особливими потребами для дорослих з формування системи надання комплексу послуг відповідно до фактичних потреб населення з максимальним наближенням послуги до місця проживання клієнта з максимальним використанням можливостей об'єднаних територіальних громад.

Догляд і виховання дітей має здійснюватися в умовах, наближених до сімейних із забезпеченням умов для проживання, наближених до сімейних (забезпечення харчуванням, одягом, взуттям, твердим і м'яким інвентарем, ведення домашнього господарства, організація дозвілля тощо),

формування та підтримка навичок самообслуговування, побутових навичок, необхідних для організації самостійного життя; виховання та розвиток індивідуальних здібностей, сприяння в отриманні освітніх, медичних, реабілітаційних і соціальних послуг у відповідних закладах.

ЛІТЕРАТУРА

1. ПАТОВ, А. В., МОРОЗ, О. М., ГОЛИК В. А. [та ін.]. 2016. Основні показники інвалідності та діяльності медико-соціальних експертних комісій України за 2015 рік: *Аналітико-інформаційний довідник*. Дніпропетровськ: Акцент ПП. 162 с.
2. ШЕВЧУК, В. І., БЕЛЯЄВА, Н. М., СТОРОЖУК, Л. О. [та ін.]. 2018. Основні показники медико-соціальної реабілітації осіб з інвалідністю в Україні за 2017 рік: *Аналітико-інформаційний довідник*. Вінниця: ФОП Рогальська І.О. 122 с.
3. ВОРОНЕНКО, Ю. В., ГОЙДА, Н.Г., МОІСЕЄНКО, Р.О. 2014. Сучасні аспекти розвитку системи медикоосоціальних послуг для уразливих груп дітей в Україні *Современная педиатрия*. № 8 (64). С. 39—43.
4. WHO global disability action plan 2014-2021. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.who.int/disabilities/actionplan/en>
5. ПУЗИН, С. Н., МАМЕТОВ, С.С., МА. ШУРГАЯ [и др.]. 2016. Аспекты реабилитации и абилитации инвалидов на современном этапе. *Медико-социальная экспертиза и реабилитация*. 2016. - № 1. - С.4-7.
6. Всемирная организация здравоохранения, Всемирный банк. Всемирный доклад об инвалидности. — Женева : ВОЗ, 2011. — 38 с. Режим доступу: http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report/en
7. Всемирная организация здравоохранения. инвалидность и реабилитация. Медицинское обслуживание и реабилитация: деятельность ВОЗ. - URL: <http://www.who.int/disabilities/care/activities/ru/>
8. Теория социальной работы. 2-е издание, дополненное и переработанное. 2006.- Под научной редакцией С.Г. Фурдея. Ростов н\д: издво: «наука-Пресс», 256 с.
9. ШОШМИН, А. В., МАРТЫНОВА, Н. В., БЕССТРАШНОВА, Я. К. [и др.]. 2009. Основы управления реабилитационными ресурсами. СПб: Из-во ФГУ «СПб НЦЭПР им. Г. А. Альбрехта». 96 с.

Контакти авторів:

Кабаций Наталия Александровна, 88000, Украина, Закарпатская обл., г. Ужгород, пл. Народная, 3; nataliyakabatsiy@gmail.com,+380505710718

Левко Леся Владимировна, 88000, Украина, Закарпатская обл., г.
Ужгород, пл. Народная, 3; lesja.levko@gmail.com, +380506908020

ДИНАМІКА ОКРЕМИХ ЕПІДЕМІОЛОГІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ ХВОРОБ ОРГАНІВ ЗОРУ СЕРЕД ДИТЯЧОГО НАСЕЛЕННЯ ЗАКАРПАТТЯ ЯК ПРОБЛЕМА ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

DYNAMICS OF CERTAIN EPIDEMIOLOGICAL INDICATORS OF VISION ORGANS AMONG THE CHILDREN'S POPULATION OF TRANSCARPATIAN REGION AS A PROBLEM OF PUBLIC HEALTH

К.В. Бабич

студентка магістерської програми «Громадське здоров'я» факультету
здоров'я та фізичного виховання ДВНЗ «Ужгородський національний
університет»

Науковий керівник: Миронюк І.С., доктор медичних наук, професор
кафедри наук про здоров'я ДВНЗ «Ужгородський національний
університет»

Резюме.

Вступ: проблема дитячої сліпоті і слабкозорості одна з найактуальніших проблем системи охорони здоров'я. Протягом останніх 30 років в Україні виявляється щорічно 5 – 8 % дітей із зниженим зором. Відомо, що в 50 % випадків сліпоті та слабкозорості можна запобігти. Зниження гостроти зору і порушення акомодатії сьогодні часто пов'язують зі збільшенням обсягу інформаційного навантаження і зростаючою комп'ютеризацією суспільства, використанням нових технологій у позаурочній та позашкільній роботі дітей та підлітків.

Методи: в роботі було використано наступні наукові методи дослідження: бібліосемантичний, контент-аналізу доступних даних результатів наукових досліджень з досліджуваного питання, структурно-логічного аналізу. Проводився аналіз джерел інформації щодо показників захворюваності та поширеності хвороб ока та його додаткового апарату в розрізі окремих нозологічних одиниць серед населення різних вікових груп Закарпатської області за період 2011-2018 років.

Результати: поширеність усіх нозологічних одиниць групи «Хвороби ока та додаткового апарату» серед дитячого населення Закарпатської області у період з 2011 по 2018 років істотно не змінювалась, хоча спостерігається тенденція до зниження. В той же час, поширеність міопії в даній віковій групі населення в обраний період дослідження мала тенденцію до постійного зростання. У 2018 році поширеність міопії серед дітей зросла порівняно з 2011 роком майже на 30%. Аналіз відносних даних

захворюваності дитячого населення Закарпатської області на хвороби ока та додаткового апарату на 1 000 дитячого населення протягом 2011-2018 років показує тенденцію до зниження. Так, у 2011 році захворюваність по цій групі хвороб складала 40,75 випадків на 1000 дитячого населення, а у 2018 році складала, відповідно, 35,51 на 1 000 дитячого населення. Щодо аналогічного показника захворюваності на міопію ми спостерігаємо протилежну ситуацію – захворюваність зростає. Так, у 2018 році відносний показник захворюваності на міопію серед дітей регіону зріс порівняно з 2011 роком на 13,4 %.

Висновки: на тлі загалом стабільної, навіть позитивної ситуації щодо захворюваності та поширеності по групі захворювань «Хвороби ока та додаткового апарату» серед дитячого населення області спостерігається протягом останніх років зростання показників захворюваності та поширеності порушень гостроти зору, зокрема міопії. Дане явище може бути зумовлено і негативними наслідками впливу поширення надмірного користування інформаційними технологіями серед дитячого населення.

Ключові слова: Хвороби ока. Міопія. Дитяче населення. Захворюваність, поширеність.

ABSTRACT

Introduction: the problem of infant blindness and low-sightedness is one of the most pressing problems of health system. Over the past 30 years, 5 – 8% of children with impaired vision is annually detected in Ukraine. It is known that in 50% of cases blindness and low-sightedness can be prevented. Reduced visual acuity and the lesions of accommodation today is often associated with the increase in the volume of information loading and growing computerization of society, the use of new technologies in extracurricular and extra school work of children and adolescents.

Methods: the following scientific research methods were used in the work: bibliosemantic, content-analysis of available data of the results of scientific research on the investigated issue, structural and logical analysis. The analysis of the sources of information as for the indicators of morbidity and prevalence of diseases of eye and its adnexa in the context of separate nosologic units among the population of different age groups of Transcarpathian region during the period of the years 2011-2018 was conducted.

Results: the prevalence of all the nosologic units of the group "Eye and Adnexa Diseases" among the children's population of Transcarpathian region in the period from 2011 to 2018 years has not changed significantly, although there is a tendency to decrease. At the same time, the prevalence of myopia in this age

group of population in the selected period of the study had a tendency to continuous growth. In 2018, the prevalence of myopia among the children increased in comparison with the year 2011 by almost 30%. The analysis of relative data of the incidence of eye and adnexa diseases per 1 000 of children's population in Transcarpathian region during 2011-2018 shows a tendency to decrease. Thus, in 2011 the incidence of this group of diseases reached 40.75 cases per 1000 of children's population, and in 2018 reached 35.51 per 1000 of children's population. As for the similar incidence rate of myopia, we observe the opposite situation – the incidence increases. In 2018 the relative incidence of myopia among the children of the region increased compared to 2011 by 13.4%.

Conclusion: on the background of a stable, even positive situation of morbidity and prevalence by the group of diseases "eye and adnexa diseases" in general, the growth of morbidity and prevalence indicators of visual disorders, including myopia, is registered among the children's population of the region in recent years. This phenomenon may happen due to negative consequences of the spread of excessive use of information technology among children's population.

Keywords: Eye diseases. Myopia. Children's population. Morbidity, prevalence.

Вступ. Проблема дитячої сліпоті і слабкозорості — одна з найактуальніших проблем не лише спеціалістів окремої спеціальності - офтальмології, подолання дитячої сліпоті є пріоритетним напрямком світової системи охорони здоров'я [1]. За оцінками експертів, близько 1,3 млрд людей у світі живуть з тією чи іншою формою порушення зору. Що стосується зору вдалину, легкі порушення зору відзначаються у 188,5 млн. осіб, від помірних до важких - у 217 млн, тоді як 36 млн. осіб вражені сліпотою. У глобальних масштабах основними причинами порушення зору виступають нескореговані аномалії рефракції і катаракта. І хоча, більшість людей з порушеннями зору входять у вікову групу старше 50 років, за даними глобальної стратегії боротьби зі сліпотою ВОЗ «VISION 2020: TheRighttoSight», в світі живе майже 1,5 млн. сліпих дітей та щохвилини сліпне одна дитина. Вважається, що за збереження таких негативних тенденцій до 2020 року кількість сліпих дітей у світі сягне 2 млн. осіб [2].

Доведено, що в 50 % випадків сліпоті та слабкозорості можна запобігти. Для цього вкрай необхідним є реалізація на національному та регіональних рівнях профілактичних та лікувально-реабілітаційних заходів, які дадуть змогу зменшити кількість дітей зі зниженим зором, забезпечити реалізацію основних прав дитини на здоров'я, освіту, гідне життя, а також знизити економічний тягар цієї проблеми для національного та регіональних бюджетів. Захворюваність дітей та підлітків, за даними звернень в

лікувально-профілактичні заклади України, не тільки не зменшується, а й має тенденцію до зростання [3].

У межах програми ВООЗ «Зір – 2020. Право на зір» проблема патології органа зору у дітей виділена як один з пріоритетних напрямків для роботи медичних установ. В Україні питання боротьби з проблемами зору, зокрема серед дитячого населення, відображені у діючих національних програмах. Так, Загальнодержавна програма «Здорова дитина», Загальнодержавна програма «Здоров'я 2020 – Український вимір» передбачають вивчення проблеми профілактики порушень зору та проведення наукових досліджень з даної проблеми. Про актуальність піднятої проблеми свідчать дослідження, що проводяться науковцями в останні десятиліття, і в яких констатується, що стан зорових функцій у школярів значно погіршився [4]. Протягом останніх 30 років в Україні виявляється щорічно 5 – 8% дітей із зниженим зором. У 72% хворих набутою короткозорістю слабого ступеня, її появу передував спазм акомодатії [5].

Теоретична основа дослідження. Спадкові та вроджені захворювання очей – це переважно важкі вади розвитку та хронічні захворювання, що відрізняються низькою ефективністю лікування. Вони мають особливу соціальну значущість, оскільки є основною причиною сліпоти та слабозорості. Зокрема, в окремих країнах пострадянського простору у 55 % дорослих інвалідів по зору віком 19-50 років захворювання очей маніфестувало в дитячому віці [6]. Власне показники дитячої інвалідності внаслідок хвороб органів зору є малоінформативними і не в повній мірі відображають масштаби проблеми. Так, за даними дослідників, у більшості випадків дітей з інвалідністю внаслідок спадкових і вроджених захворювань очного яблука, інвалідність їм була встановлена після 18 років [7, 8].

Патологія органа зору посідає перше місце в структурі захворювань, що виявляються у дітей шкільного віку [9]. При цьому, серед захворювань органів зору у дітей найбільшу частку має міопія слабого ступеня зі спазмом акомодатії [10, 11]. У зв'язку з великою лабільністю органу зору в дитячому та підлітковому віці зорова робота супроводжується напруженою системою функцій очей і сама по собі може сприяти виникненню зорових розладів.

Необхідно враховувати, що порушення функціонування зорового аналізатора в дитячому віці може призводити до розвитку порушень і захворювань інших органів і систем, що призведе до значного зниження якості життя як в дитячому віці, так і в інші періоди життя. Так, порушення

функції зорового аналізатора, особливо у ослаблених дітей, призводить до важких незворотних процесів, викликаючи зміни положення тіла під час роботи і, як наслідок, формування неправильної постави, обмежують рухову активність, заняття спортом, що, в свою чергу, негативно впливає на розвиток серцево-судинної, нервової системи, опорно-рухового апарату, знижує функціональні резерви організму, стійкість до захворювань, тобто, в свою чергу, сприяє прогресуванню патології органу зору [12, 13]. Є дані, що особи з міопією істотно вирізняються вищим рівнем прихованої тривоги, значно зниженими моторною активністю і варіабельністю зовнішніх проявів тривожності. Короткозорі діти порівняно зі здоровими однолітками виявляють більш виражену інтровертивність, схильність до притуплення емоцій і рухових реакцій [14, 15].

Серед численних факторів ризику порушення функцій зорового аналізатора, в тому числі розвитку міопії, виділяють генетичні, порушення гігієни зору, ослаблення організму в результаті різних захворювань, нераціонального харчування, стресів, загального фізичного розвитку дитини тощо [9, 16, 17]. Зниження гостроти зору і порушення акомодатції сьогодні часто пов'язують зі збільшенням обсягу інформаційного навантаження і зростаючою комп'ютеризацією суспільства, використанням нових технологій у позаурочній та позашкільній роботі дітей та підлітків [18, 19].

Мета дослідження. Провести вивчення динаміки окремих епідеміологічних показників хвороб органів зору серед дитячого населення Закарпатської області протягом 2011-2018 років.

Гіпотеза дослідження: зважаючи на визначені науковцями актуальні на сьогодні причини розвитку окремих захворювань органу зору у дітей та підлітків, зокрема взаємозв'язок зниження гостроти зору і порушень акомодатції з збільшенням інформатизації, використання комп'ютерної техніки та інших інформаційних гаджетів у навчанні та побуті, ми маємо спостерігати тенденцію до зростання захворюваності та поширеності захворювань ока та його придатків у дитячого населення і в Закарпатській області України. Зокрема, поширеності і захворюваності на міопію (короткозорість) як проблему негативного впливу поширення надмірного користування інформаційними технологіями серед дитячого населення.

Матеріали та методи дослідження. Для досягнення поставленої мети дослідження було використано наступні наукові методи дослідження: бібліосемантичний, контент-аналізу доступних даних результаті наукових досліджень з досліджуваного питання, структурно-логічного аналізу. Проводилося визначення джерел отримання інформації щодо показників захворюваності та поширеності хвороб ока та його придаткового апарату в

розрізі окремих нозологічних одиниць серед населення різних вікових груп Закарпатської області. За результатами вивчення різних звітних форм медико-статистичної документації щодо захворюваності, поширеності хвороб та охоплення диспансеризацією населення було встановлено, що джерелом інформації для послідувального аналізу в даному дослідженні можуть слугувати Щорічні довідники про стан здоров'я населення, які випускаються як на регіональному, так і національному рівні вже опрацьовані і зведені дані по регіону (країні). Так, в Закарпатській області щорічно видаються Довідники Закарпатського обласного медичного інформаційно-аналітичного центру, а саме «Мережа закладів та основні показники діяльності системи охорони здоров'я Закарпатської області». В даному дослідженні аналізовано дані таблиці Р120056 «Зареєстровано хвороб серед дітей 0-17 років включно» Довідника за 2011-2018 роки.

Обмеження дослідження. Дані офіційної медичної статистики, в даному випадку зведені дані медичної облікової та звітної інформації закладів охорони здоров'я області (ЗВІТНА ФОРМА № 12 (розріз 0) “Звіт про захворювання, зареєстровані у хворих, які і проживають в районі обслуговування лікувального закладу”) не відображають в повній мірі показники захворюваності і поширеності нозологічних одиниць групи Н00-Н59 «Хвороби ока та придаткового апарату» (МКХ10) серед дитячого населення Закарпатської області. Це зумовлено широким поширенням приватних кабінетів визначення гостроти зору і підбору корегуючих засобів, які не входять до складу медичних закладів і, відповідно, не подають офіційно звітних форм.

Результати дослідження та їх обговорення.

Доступні дані джерел звітної медичної інформації дають можливість аналізу показників поширеності і захворюваності за роками аналізованого періоду в абсолютних числах та відносних з розрахунку на 1000 дитячого населення за такими найменуваннями: «Хвороби ока та придаткового апарату» (Н00-Н59 за МКХ-10), кон'юнктивіт та інші захворювання кон'юнктиви (Н10-Н11 за МКХ-10), катаракта (Н25-Н26 за МКХ-10) та міопія (Н52.1 за МКХ-10). Загалом, показник поширеності хвороб ока та придаткового апарату протягом 2011-2018 років у Закарпатській області в абсолютних числах коливався від 20 443 випадків у 2015 році до 21 929 випадків у 2011 році. Загалом тренд протягом 2011- 2018 років поширеності групи хвороб ока і його придаткового апарату має виражений тренд до зниження (рис.1).

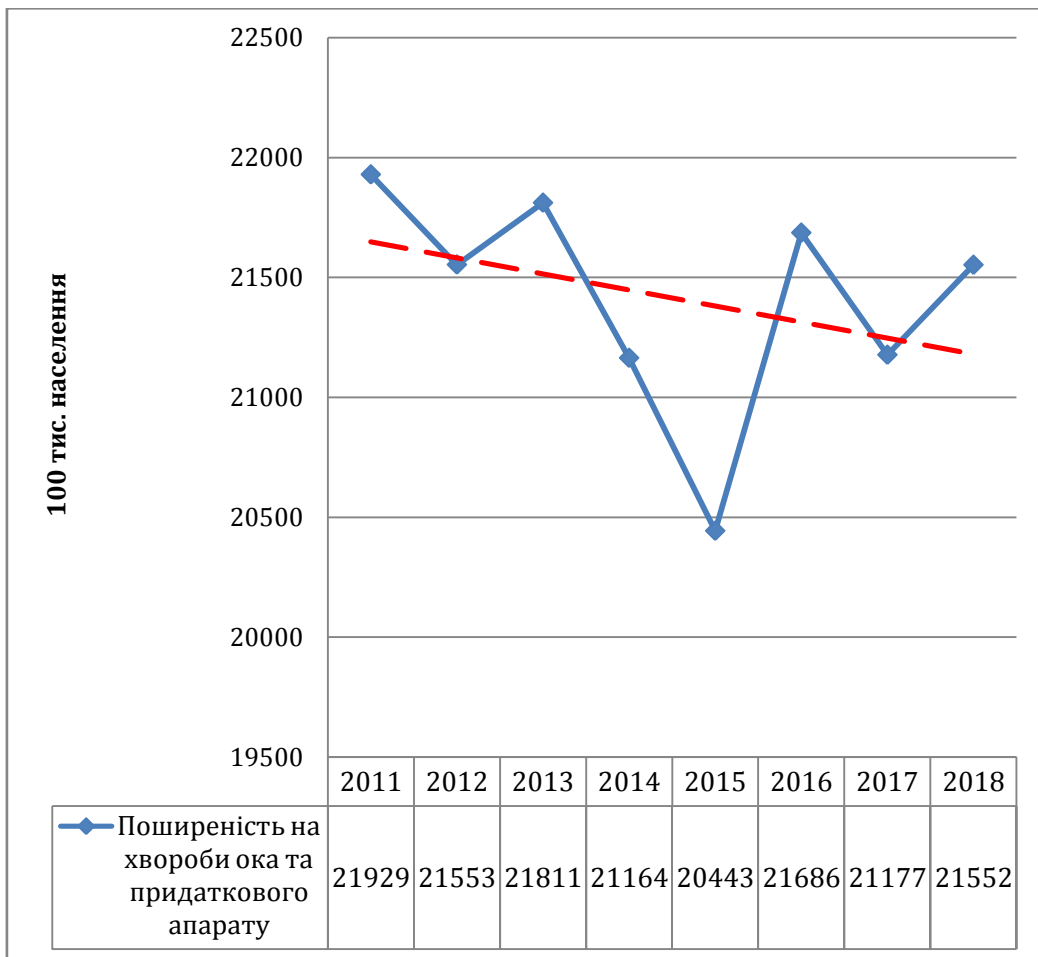


Рис.1. Поширеність хвороб ока та придаткового апарату серед дитячого населення області за 2011-2018 роки (абсолютні дані).

На рисунку 1 ми можемо спостерігати, що поширеність хвороб ока та придаткового апарату починаючи з 2011 року йшла на спад, особливо це помітно у 2015 році, різниця складає 7%. Але вже в 2016 році данні знову досягли попередніх показників і до 2018 року поширеність хвороб даної групи істотно не змінювалась.

Аналогічні результати аналізу щодо динаміки показників поширеності міопії серед дитячого населення Закарпатської області протягом 2011-2018 років кардинально відрізняються. Так, на рисунку 2 ми спостерігаємо тенденцію до підвищення показників поширеності даної нозологічної одиниці.

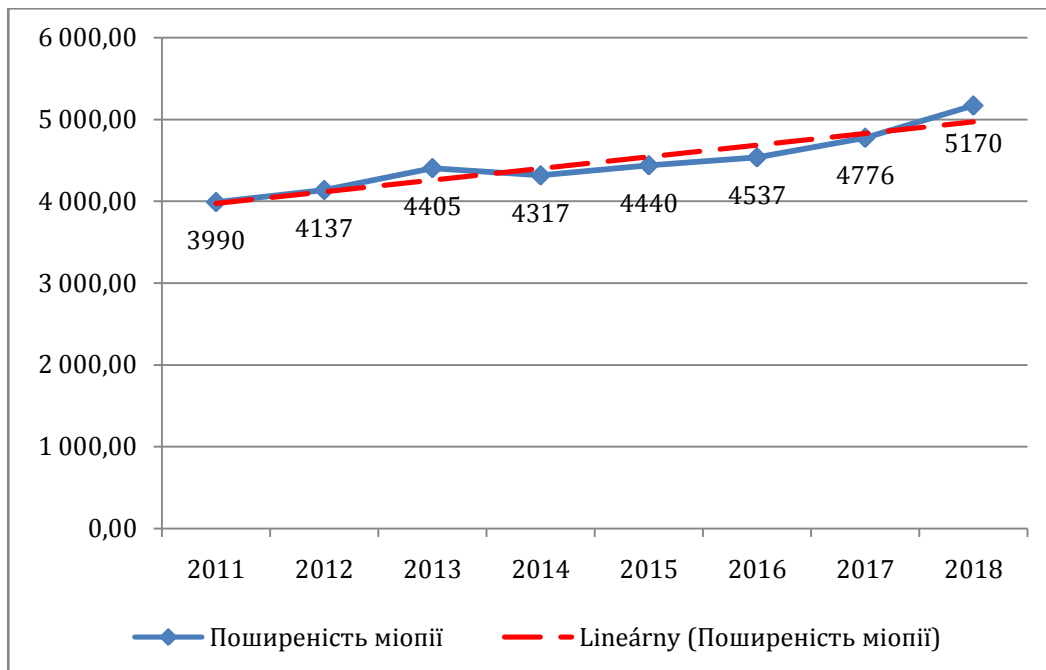


Рис.2. Поширеність міопії серед дитячого населення області за 2011-2018 роки (абсолютні дані).

Так, станом на 2011 рік поширеність міопії серед дітей до 17 років включно в абсолютних даних складала 3 990 осіб, а у 2018 році цей показник зріс до 5 170 осіб, тобто поширеність даного захворювання зросла майже на 30%.

Отже, за результатами аналізу показників поширеності хвороб ока та його придаткового апарату серед дитячого населення області протягом 2011-2018 років можна зробити висновок, що загалом поширеність хвороб даної групи має тенденцію до зниження, але в той же час, одна із нозологічних одиниць даної групи – міопія (короткозорість) навпаки, демонструє тенденцію до зростання. Відповідно, частка міопії в структурі захворювань ока та його придаткового апарату у дітей, мешканців Закарпатської області, зростає. Так, у 2011 році міопія в структурі поширеності усіх захворювань ока і його придаткового апарату займала 18,2%, а у 2018 році – вже 23,9%.

Аналогічна ситуація спостерігається при аналізі показників захворюваності на хвороби ока та його придаткового апарату загалом та міопії, зокрема, серед дитячого населення Закарпатської області України протягом 2011-2018 років. Первинний аналіз даних звітних медичних форм по Закарпатській області за аналізований період показав, що найбільша кількість зареєстрованих випадків захворювань ока та придаткового апарату було зареєстровано у 2012 році – 12 124 випадки, а найменша у 2018 році – 10 381 випадок. Різниця склала 1 743 випадки, зниження рівня

захворюваності у 2018 році в порівнянні з 2012 на 14,4%. Аналогічна оцінка даних щодо захворюваності на окрему нозологічну одиницю групи хвороб «Хвороби ока та придаткового апарату» - міопія - дитячого населення області за вказаний період показала постійне зростання показника (з незначними коливання в окремі роки) кількості зареєстрованих випадків. Так, зокрема, захворюваність у 2012 році (найвищий показник аналізованого періоду захворюваності по усій групі хвороб органу зору) склала 850 випадків, а у 2018 році (відповідно, найнижчий показник аналізованого періоду захворюваності по усій групі хвороб органу зору) – 964 випадки, що на 11,8% більше (табл.).

Табл. Показники захворюваності на хвороби ока та придаткового апарату та міопію дитячого населення Закарпатської області у 2011-2018 роках

Роки	Захворюваність на хвороби ока та придаткового апарату		Захворюваність на міопію	
	абс	На 1000 дитячого населення	абс	На 1000 дитячого населення
2011	9528	40,75	677	2,90
2012	12124	42,59	850	2,99
2013	11999	41,86	1035	3,61
2014	11441	39,74	854	2,97
2015	10885	37,54	982	3,39
2016	10960	37,64	1062	3,65
2017	10401	35,62	1039	3,56
2018	10381	35,51	964	3,30

Частка нозологічної одиниці «міопія» (H52.1 за МКХ-10) в структурі захворюваності на хвороби усієї групи «Хвороби ока та придаткового апарату» (H00-H59 за МКХ-10) серед дитячого населення Закарпатської області протягом 2011-2018 років має тенденцію до зростання. Так, у 2011 році частка міопій серед усіх хвороб органу зору серед захворівши дітей складала 7,11%, а у 2018 році уже 9,29% (рис. 3).

Аналіз відносних даних захворюваності дитячого населення Закарпатської області на хвороби ока та придаткового апарату з розрахунку на 1 000 дитячого населення протягом 2011-2018 років показує аналогічно тенденцію до зниження. Так, як представлено в таблиці, у 2011 році

захворюваність по цій групі хвороб складала 40,75 випадків на 1000 дитячого населення, а у 2018 році склала, відповідно, 35,51 на 1 000 дитячого населення. Щодо аналогічного показника захворюваності на міопію ми спостерігаємо протилежну ситуацію – захворюваність зростає. Так, у 2018 році відносний показник захворюваності на міопію серед дітей регіону зріс порівняно з 2011 роком на 13,4 % (3,30 проти 2,90 на 1000 дитячого населення).

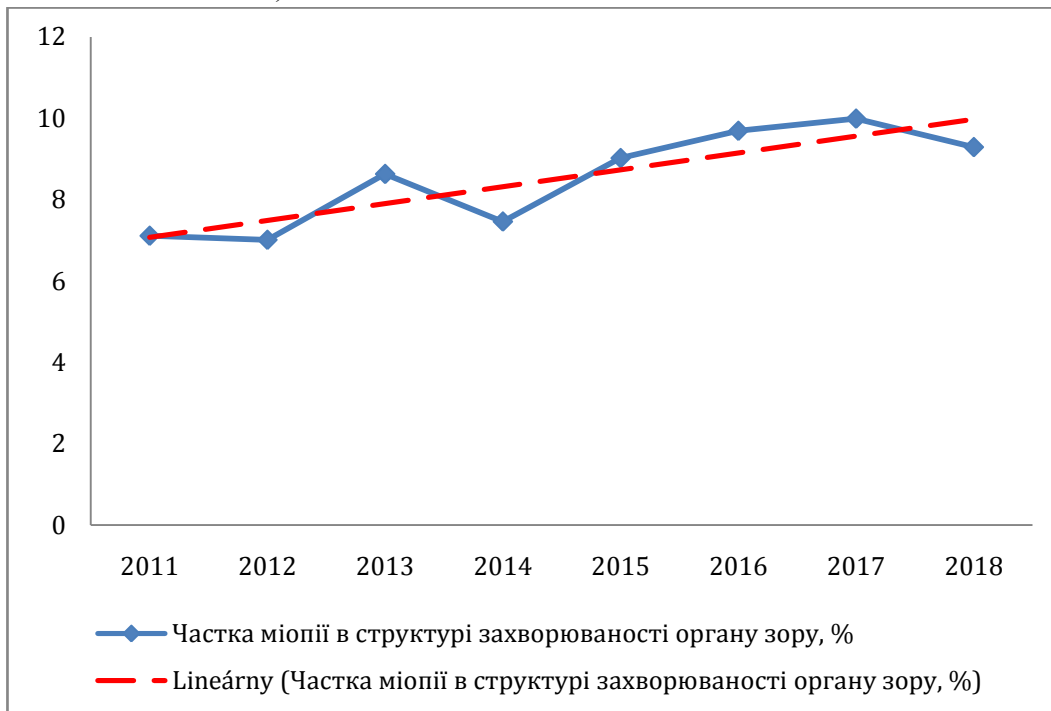


Рис. 3. Частка міопії в структурі захворюваності на хвороби ока та додаткового апарату дитячого населення Закарпатської області у 2011-2018 роках.

Дискусія.

Отримані нами результати проведеного дослідження частково підтверджують висунуту наукову гіпотезу. Зокрема, згідно даних офіційної медичної статистики щодо захворювань ока та його додаткового апарату протягом 2011-2018 років серед дитячого населення Закарпатської області, спостерігається зниження як поширеності, так і захворюваності загалом по вказаній групі хвороб. Але, в той же час констатується постійна тенденція до зростання поширеності та захворюваності на окрему нозологічну одиницю даної групи – міопію. Саме це захворювання є проявом зниження гостроти зору і порушень акомодациї, які є, в тому числі, і негативними наслідками впливу поширення надмірного користування інформаційними технологіями серед дитячого населення. Роботи науковців в сфері офтальмології та громадського здоров'я [18, 19] чітко вказують на

взаємозв'язок між зниження гостроти зору і порушень акомодатції з збільшенням інформатизації, використання комп'ютерної техніки та інших інформаційних гаджетів у навчанні та побуті. Отримані нами результати дають підставу для проведення окремого дослідження з метою виявлення причинно-наслідкових зв'язків між зростанням навантаження на зоровий аналізатор дітей електронних засобів інформатизації та комунікації та зростанням захворюваності населення (зокрема, дитячого) на короткозорість.

Висновки.

У ході дослідження встановлено, що поширеність усіх нозологічних одиниць групи Н00-Н59 «Хвороби ока та придаткового апарату» (МКХ10) серед дитячого населення Закарпатської області у період з 2011 по 2018 років істотно не змінювалась, хоча спостерігається тенденція до зниження. В той же час, поширеність міопії в даній віковій групі населення в обраний період дослідження мала тенденцію до постійного зростання. У 2018 році поширеність міопії серед осіб від народження до 17 років зросла порівняно з 2011 роком майже на 30%. Відповідно, частка міопії в структурі захворювань ока та його придаткового апарату у дітей, мешканців Закарпатської області, зростає. Так, у 2011 році міопія в структурі поширеності усіх захворювань ока і його придаткового апарату займала 18,2%, а у 2018 році – вже 23,9%.

Аналіз відносних даних захворюваності дитячого населення Закарпатської області на хвороби ока та придаткового апарату з розрахунку на 1 000 дитячого населення протягом 2011-2018 років показує аналогічно тенденцію до зниження. Так, у 2011 році захворюваність по цій групі хвороб складала 40,75 випадків на 1000 дитячого населення, а у 2018 році склала, відповідно, 35,51 на 1 000 дитячого населення. Щодо аналогічного показника захворюваності на міопію ми спостерігаємо протилежну ситуацію – захворюваність зростає. Так, у 2018 році відносний показник захворюваності на міопію серед дітей регіону зріс порівняно з 2011 роком на 13,4 % (3,30 проти 2,90 на 1000 дитячого населення)

Отже, на тлі загалом стабільної, навіть позитивної ситуації щодо захворюваності та поширеності загалом по групі захворювань «Хвороби ока та придаткового апарату» серед дитячого населення області спостерігається протягом останніх років зростання показників захворюваності та поширеності порушень гостроти зору, зокрема міопії.

Дане явище може бути зумовлено і негативними наслідками впливу поширення надмірного користування інформаційними технологіями серед дитячого населення. Зважаючи на значний перелік можливих причин такого

явища є необхідність пошуку найбільш значимих із них та розробка програм і інтервенцій профілактики міопії серед дитячого населення області.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Worldreportonvision. WorldHealthOrganization. 2019. 160 p. Режимдоступу:<https://www.iapb.org/wp-content/uploads/world-vision-report-accessible1.pdf>
2. Blindness and vision impairment. WorldHealthOrganization. Електронний документ. Режим доступу:<https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/blindness-and-visual-impairment>
3. ВАРИВОНЧИК, Д.В. 2005. Популяційний ризик сліпоті як показник для організації профілактичної та медико-соціальної допомоги дитячому населенню. *Тези та лекції міжнар. наук.-практич. конф. лікарів-офтальмологів України «Запобігання сліпоті у дітей в Україні в рамках виконання програми ВООЗ «Зір-2020»*. С. 54—57.
4. СЕРДЮЧЕНКО, В.І., КУЖДА, І.М. 2003. Порівняльна оцінка стану некоригованої гостроти зору у дітей різними формами і ступенями астигматизму. *II конференція дитячих офтальмологів України “Сучасні технології діагностики та лікування очної патології у дітей”*: Тези та лекції. “КВІЦ”. С. 166-168.
5. ШАКИР, М.Х., БУШУЕВА, Н.Н., ПОНОМАРЧУК В.С., ХРАМЕНКО Н.И. 2007. Результаты лечения нарушений аккомодации у больных с использованием электростимуляции на аппарате "Этранс" и фосфенэлектростимуляции. *Офтальмологический журнал*. № 1. С. 33-37.
6. ЛИБМАН, Е. С., ШАХОВА Е.В. 2000. Состояние и динамика слепоты и инвалидности вследствие патологии органа зрения в России. *7 съезд офтальмологов России, 16-19 мая 2000 г.: тез. докладов*. Ч. 2. С. 209–214.
7. ФЕРФИЛЬФАН, И.Л., ПАРФЕНОВА, Т. И., ПРИТКОВ, А. Н. [и др.]. 1988. Предупреждение слепоты и слабовидения вследствие наследственной патологии глаз: *метод. рекомендації*. Днепропетровск, 15 с.
8. АЛИФАНОВА, Т.А., ПАРФЕНОВА Т.И. 2003. Врожденная и наследственная патология глаз в нозологической структуре слепоты и слабовидения в Украине. *Актуальні проблеми медико-соціальної експертизи та реабілітації інвалідів внаслідок офтальмопатології : матеріали наук.-практ. конф. з міжнар. участю, 11-12 верес. 2003 р.* Дніпропетровськ. С.34–36.
9. АПРЕЛЕВ, А.Е. 2011. Сравнительный анализ клинико-функциональных показателей у пациентов с миопией в зависимости от вида рефлексотерапевтического лечения. *Вестник офтальмологии*. Т. 127, № 2. С. 49 – 52.

10. БОЙЧУК, Д. Є. 2014. Сучасні аспекти короткозорості серед дітей міста Суми. *Мат. II Міжнародної науково-практичної конференції студентів та молодих вчених*. Суми. С. 176 – 177.
11. БОЙЧУК, И.М. 2012. Сочетание стереовосприятия как индикатор нарушения в аккомодационно-конвергентном аппарате глаз // *Офтальмологический журнал*. N 5 – 6. С. 260 – 262.
12. СУДОВСКАЯ, Т.В. 2006. Оценка эффективности применения антиоксиданта Стрикс Кидс в лечении миопии и спазма аккомодации у детей. *Клинич. офтальмология*. N 4. С. 163 – 165.
13. ТАРУТТА, Е. П. 2012. Тонус аккомодации при миопии, измеренный различными способами, и его возможное прогностическое значение. *Вестник офтальмологии*. № 2. С. 34 – 37.
14. Berard L. LARSON. 2010 Prism Adaptation Without Binocular Vision (Optometry and). *Vision science*. Vol. 67. № 3. P. 196 – 200.
15. Hiram H. HARDESTY, 2010. Management of Intermittent Exotropia. *Binocular Vision Quarterly*. Volume 5 (№ 3) p. 145 – 152.
16. ВОЛКОВА, Л. П. 2006. О профилактике близорукости у детей. *Вестник офтальмологии*. № 2. С. 24 – 27.
17. ДОМАШЕНКО, Н. И. 2008. Факторы риска формирования зрительных расстройств у старшеклассников. *Офтальмологический журнал*. № 2. С.40 – 43.
18. NJORTDAL, J. O., MOLLER-PEDERSEN, T., IVARSEN, A., ENLERS, N. 2005. Оптическая сила роговицы, ее толщина и «жесткость»: анализ результатов проведения фоторефрактивной кератэктомии и лазерного кератомилеза in situ по поводу миопии. *Новое в офтальмологии*. N 3. С. 8.
19. СИДОРЕНКО, Е. И., МАРКОВА, Е.Ю., КАЛИНИНА, А.В. 2006. Применение Ирифрина у детей с близорукостью и спазмом аккомодации. *Новое в офтальмологии*. N 2. С.34 – 37.

Контакты автора:

Бабич Катерина

студентка магістерської програми «Громадське здоров'я» факультету здоров'я та фізичного виховання ДВНЗ «Ужгородський національний університет», Ужгород, Україна

ketb097@gmail.com

**МОЖЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ ІНФОРМАЦІЙНО-
КОМУНІКАЦІЙНИХ КАНАЛІВ ДЛЯ ПРОМОЦІЇ ЗДОРОВ'Я СЕРЕД
РІЗНИХ ВІКОВИХ ГРУП
OPPORTUNITIES TO USE INFORMATION AND COMMUNICATION
CHANNELS TO PROMOTE HEALTH AMONG DIFFERENT AGE
GROUPS**

Gabriella Dudash, Gabriella Khodakovska

Науковий керівник: Брич В.В., кандидат медичних наук, доцент кафедри наук про здоров'я ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

АБСТРАКТ

Вступ: Всесвітня організація охорони здоров'я визначила 10 основних оперативних функцій громадського здоров'я, серед яких є інформаційно-роз'яснювальна діяльність, комунікації та соціальна мобілізація в інтересах здоров'я населення. Загальною аудиторією такого комунікаційного впливу є все населення країни, але окремі цільові групи за віком потребують використання різних форм подання інформації та підбору інформаційно-комунікаційних каналів. З метою досягнення ефективності комунікативного процесу слід використовувати джерела, які користується найбільшою довірою цільової групи в даному питанні. Дана робота присвячена вивченню можливостей використання різних інформаційно-комунікаційних каналів для промоції здоров'я серед студентів.

Методи: В процесі дослідження використані соціологічний, статистичний та графічний методи. Соціологічне дослідження проведено за допомогою спеціального он-лайн опитувальника з 25 питань і охопило 330 студентів різних факультетів ДВНЗ «Ужгородський національний університет».

Результати: Встановлено, що для студентської молоді характерний високий рівень використання мережі Інтернет, в тому числі джерел, присвячених здоров'ю та здоровому способу життя (вказали 50,3% опитаних). Пріоритетними для них інформаційно-комунікаційними каналами щодо промоції здоров'я визначені відомі соціальні мережі (Instagram, Facebook, Telegram) та окремі інтернет-сторінки відомих лікарів, закладів охорони здоров'я та викладачів. Встановлена бажана тематика інформаційно-комунікаційних каналів про здоров'я – «раціональне харчування», «фізична активність», «відпочинок і сон», «безпечне статеве життя», що характеризує складові здорового способу життя.

Висновки: Оскільки успішне використання різних інформаційно-комунікаційних каналів для промоції здоров'я серед різних вікових груп можливе з урахуванням цільової аудиторії, культурних особливостей, надійного інформаційного наповнення, цікавого ілюстрування, проведене дослідження дозволяє ефективно планувати заходи промоції здоров'я серед студентської молоді.

Ключові слова: інформаційно-комунікаційні канали, промоція здоров'я, соціальні мережі.

ABSTRACT

Introduction: The World Health Organization has identified 10 key public health operational functions, including outreach, communication and social mobilization for the benefit of the population. The general public of such communication influence is the whole population of the country, but separate target age groups require the use of different forms of information presenting and selection of information and communication channels. In order to achieve the effectiveness of the communication process, the sources that are most trusted by a target group in this matter should be used. This paper examines the opportunities of using different information and communication channels to promote health among students.

Methods: Sociological, statistical and graphical methods were used in the research process. The sociological survey was conducted with the help of a special on-line questionnaire on 25 questions and covered 330 students of different faculties of the State University "Uzhhorod National University".

Results: It was found that student youth are characterized by a high level of Internet use, including sources devoted to health and healthy lifestyles (50.3% of respondents indicated). The type of communication used primarily by this group is health promotional information and communication channels identified by well-known social networks (Instagram, Facebook, Telegram) and selected websites of well-known doctors, healthcare institutions and teachers. The desired topics of information and communication channels on health - "rational nutrition", "physical activity", "rest and sleep", "safe sexual life", which exemplify the components of a healthy lifestyle.

Conclusions: As the successful use of different information and communication channels for health promotion among different age groups is possible taking into account the target audience, cultural characteristics, reliable information content, enticing illustrations, the conducted research allows to effectively plan health promotion activities among student youth.

Keywords: information and communication channels, health promotion, social networks.

Вступ. Всесвітня організація охорони здоров'я у документі «Європейський план дій з укріплення потенціалу та послуг громадського здоров'я» визначила 10 основних оперативних функцій громадського здоров'я [1]. Серед них є інформаційно-роз'яснювальна діяльність, комунікації та соціальна мобілізація в інтересах здоров'я населення. Ця функція спрямована на створення можливостей для доступу, розуміння і використання інформації з метою зниження ризику виникнення і профілактики хвороб, зміцнення здоров'я, підвищення добробуту, якості життя окремих громадян і населення загалом [2]. Загальною аудиторією такого комунікаційного впливу є все населення країни, але окремі цільові групи за віком потребують використання різних форм подання інформації та підбору інформаційно-комунікаційних каналів. Можливими формами комунікації є мультимедійні, інтерактивні, традиційні. Вибір форми комунікації повинен враховувати цільові аудиторії, культурні особливості тощо і включати міжособистісне спілкування, охоплення незначної чисельності населення, масові канали, включаючи телебачення, радіо, газети. Сучасними формами комунікації є використання блогів, обмін відеоматеріалами, мобільний телефонний зв'язок, онлайніві форуми. При цьому процесу комунікації повинна передувати адаптація інформації з різнобічних питань громадського здоров'я до особливостей конкретних груп споживачів [3].

Ефективна комунікативна діяльність може бути забезпечена шляхом використання:

- сучасних технологій комунікацій у загальній стратегії «паблік рілейшнз»;
- методів індивідуального та масового інформування населення з актуальних питань громадського здоров'я;
- своєчасності подання необхідної інформації;
- вивчення, шляхом проведення соціологічних досліджень, потреби населення та окремих цільових груп в інформації профілактичного, медичного, організаційного, законодавчого характеру;
- прогнозування позитивної та негативної реакції населення чи окремих цільових груп на певну інформацію та форму її подання [4].

З метою досягнення ефективності комунікативного процесу слід використовувати джерела, які користується найбільшою довірою цільової групи в даному питанні. Постійно відбуваються зміни у структурі

використовуваним населенням інформаційних джерел про здоровий спосіб життя, профілактику і лікування захворювань (за рахунок змін як у потребах, так і у пропозиціях) Прогрес у суспільному розвитку (економічному, науково-технічному, соціальному) приводить, з одного боку, до накопичення інформації щодо здоров'я, удосконалення способів її розповсюдження і полегшення доступу для пересічних громадян та сприяє формуванню усвідомленої потреби у її отриманні зростаючою частиною населення - з іншого У різному віці вибирають різні джерела і шукають різні теми. Наразі Інтернет став у світі одним із головних джерел інформації з будь-яких питань, у тому числі пов'язаних зі здоров'ям, що засвідчують соціологічні дослідження [5].

Обговорюючи використання Інтернету як джерела інформації з питань здоров'я, слід наголосити на потенційній небезпеці вільного поширення (часто з метою отримання фінансової вигоди!) сумнівних, неперевіраних, хибних знань і рекомендацій, що можуть нанести шкоду. Тому важливим є формування впевненості користувача у гарантованій достовірності та надійності джерела, професійності й компетентності його розробників [6]. Саме соціальні мережі доступні для більшості людей і забезпечують безперервний доступ до джерел інформації, що значно спрощує і прискорює отримання інформації. Під час спілкування в соціальних мережах реалізуються кілька видів комунікації: міжособистісна, міжгрупова, особа – група, особа – суспільство, група – суспільство. Соціальні мережі (Facebook, Twitter, Instagram та ін.) стали, певним чином, інформаційними відображеннями суспільних процесів. Ці комунікаційні канали використовуються для швидкого поширення інформації, об'єднання однодумців у спільноти (як віртуальні, так і реальні), організації заходів, координації зусиль, тобто налагодження інформаційних обмінів [7].

В сфері громадського здоров'я мережа Facebook набуває особливого значення. Адже, близько 80% людей схильні більше довіряти відгукам своїх «онлайнних» друзів, ніж відгуками «офлайнних». За даними Facebook, понад 60% української аудиторії заявило, що найбільший інтерес в соціальних мережах викликає розважальний контент, побутова та мобільна техніка, а також теми здоров'я і продуктів харчування. Найменший – алкоголь і предмети розкоші. В таких умовах, якісні матеріали про профілактику захворювань, зменшення впливу факторів-ризиків, інформацію про групи-ризиків, рекомендації міжнародних та національних лідерів мають не лише позитивне сприйняття, але й неймовірний попит. Окрім того, український Facebook має безпосередній запит на достовірну та важливу інформацію в сфері охорони здоров'я [8]. І якщо дослідження серед

загального населення про використання інформаційно-комунікаційних каналів з метою інформування про здоров'я проводились, то можливості використання їх серед окремих груп не вивчені достатньо. Особливої уваги заслуговують студенти, оскільки саме в цей віковий період формуються відношення до здорового способу життя та стиль поведінки, що його визначає.

Дана робота присвячена вивченню можливостей використання різних інформаційно-комунікаційних каналів для промоції здоров'я серед різних вікових груп, зокрема студентської молоді.

Мета дослідження. Дослідити та проаналізувати можливості використання інформаційно-комунікаційних каналів для промоції здоров'я та здорового способу життя серед сучасної студентської молоді.

Матеріали та методи дослідження. В процесі дослідження використані соціологічний, статистичний та графічний методи. Для соціологічного дослідження було створено спеціальний он-лайн опитувальник з 25 питань, який включав загальні дані та питання щодо використання інформаційно-комунікаційних каналів взагалі та з метою інформування щодо здоров'я та здорового способу життя. Було опитано 330 студентів різних факультетів ДВНЗ «Ужгородський національний університет».

Результати. В дослідженні взяли участь 330 студентів, з яких найбільшу частку (24,2 %) склали студенти факультету здоров'я та фізичного виховання. Також значними частками представлені студенти біологічного (18,5%), філологічного (12,1%) та медичного (6,7%) факультетів. Це має особливе значення при аналізі відповідей респондентів на окремі питання. Слід зазначити, що до дослідження були включені студенти віком від 16 до 25 років (рис. 1.)

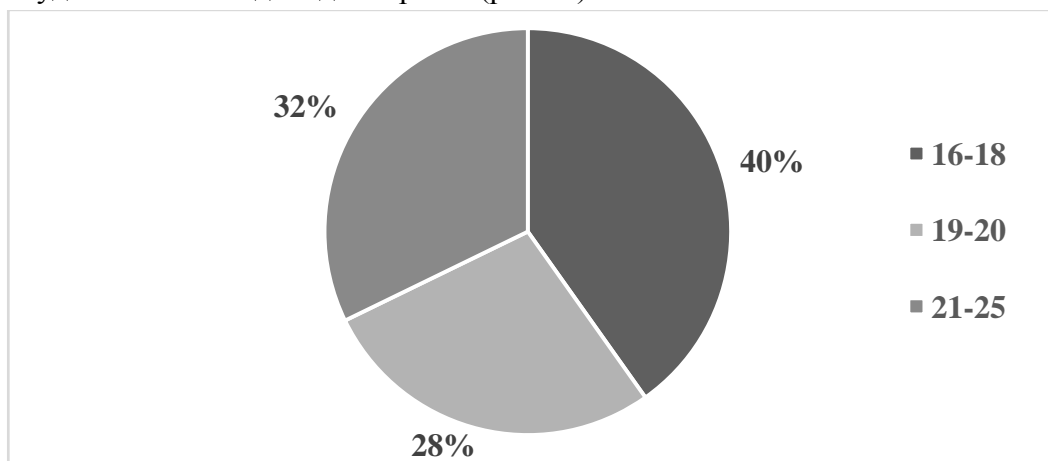


Рис. 1. Розподіл учасників дослідження за віком

Першим етапом дослідження став аналіз відповідей опитаних студентів щодо часу використання всесвітньої мережі Інтернет та пріоритетних для них інформаційно-комунікаційних каналів.

При аналізі відповідей щодо тривалості перебування в Інтернеті, майже половина респондентів (46,9%) вказали, що переглядають інтернет-сторінки більше 4 годин в день, 38% - 2-4 години, 13,5% - 1-2 години, і тільки 1,5% опитаних студентів вказали, що менше години в день.

Особливої уваги заслуговує аналіз відповідей про пріоритетні соціальні мережі для опитаних студентів. Так, переважна більшість (90,8%) вказала, що віддає перевагу Instagram. В той же час трохи більше половини вказали на Telegram – 53,1%, в меншій мірі опитані студенти користуються Facebook – 40,2%. Результати представлені на рис.2.

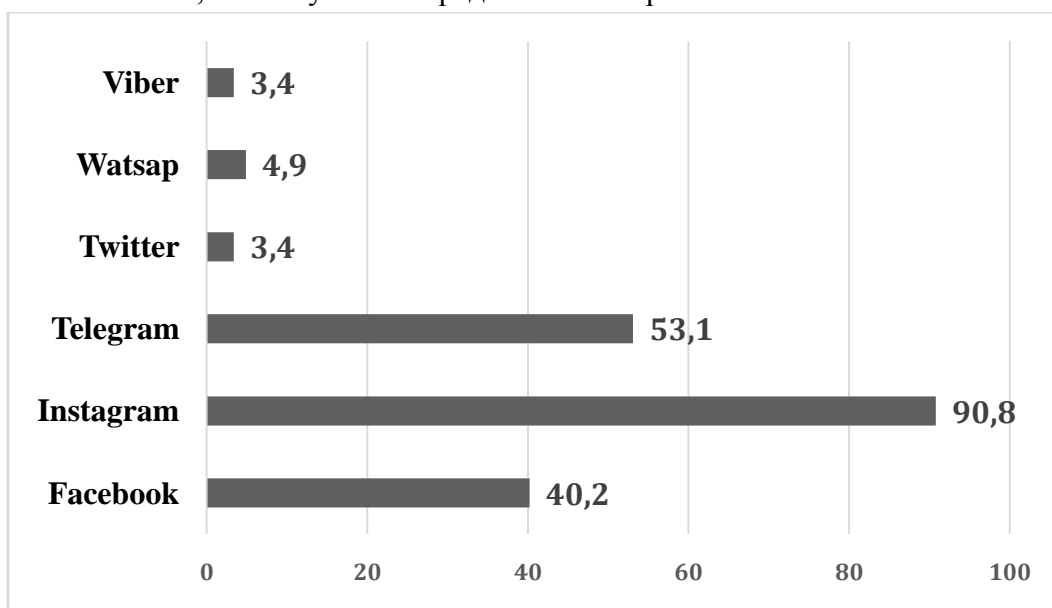


Рис.2. Розподіл відповідей респондентів щодо користування соціальними мережами

Наступним став аналіз тематики інтернет-ресурсів, якій надають перевагу опитані студенти (рис.3). Встановлено, що найбільше респондентів цікавлять фільми (53,7%). При цьому позитивним моментом виявилось, що на другому місці щодо пріоритетності (50,3%) вони визначили питання здоров'я та краси. Третє місце розділили інтернет-магазини та новини – ними цікавляться 42,3% та 42,6% студентів відповідно. Наступною за рейтингом стала тема «спорт та фітнес» – 33,4%. Далі в порядку зменшення цікавості розташувались теми: «декор та стиль» (32,2%), «їжа» (29%), «тварини та природа» (32,2%).

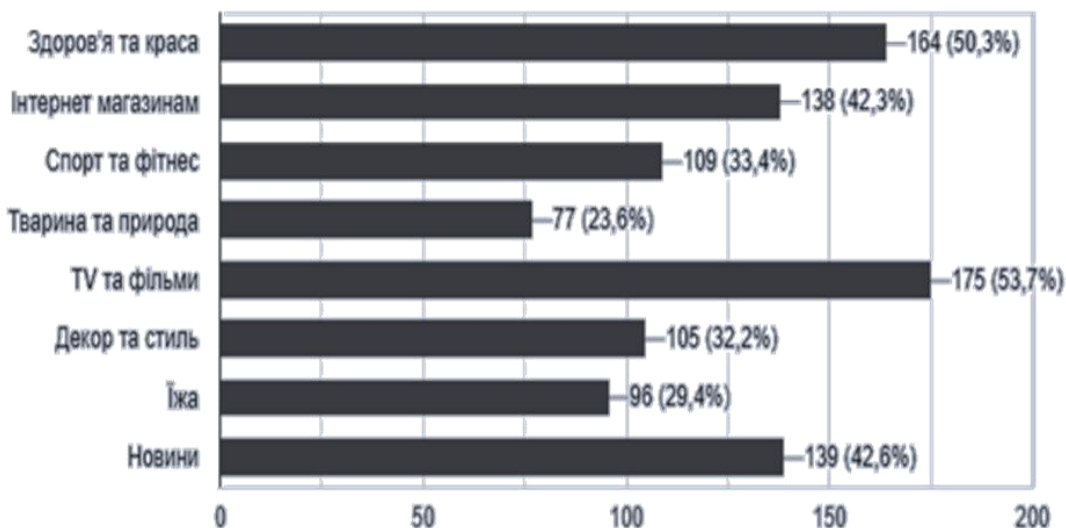


Рис. 3. Розподіл відповідей респондентів щодо пріоритетної тематики інформаційних каналів

Для детальної оцінки ми проаналізували відповіді щодо відвідування інтернет-сторінок про здоров'я та здоровий спосіб життя.

Трохи більше половини опитаних (52,3%) вказали, що часто відвідують інтернет-сайти з питань здорового способу життя, але тільки 62,6% з них (107 осіб) зазначили, що дотримуються порад з цих ресурсів. Значна частина (38,2%) відповіли, що не часто відвідують такі сайти, а 9,5% взагалі не відвідують.

Для визначення пріоритетності наповнення інформаційних каналів про здоров'я та здоровий спосіб життя ми опитали студентів щодо їх зацікавленості в зображеннях та інформації. Так, 37,3% респондентів зазначили, що їх цікавить у інтернет-сторінках, присвячених здоров'ю, саме інформаційне наповнення, 17,4% – цікаві зображення, а 45,3% вказали на однакову зацікавленість в обох елементах. При цьому, 52,9% студентів вказали, що їх завжди приваблюють зображення з здоровою їжею та особами, що займаються фізичною активністю, 31,2% – інколи, а 15,9% ніколи не звертають на них увагу.

Слід зазначити, що тільки 3,7% опитаних студентів вважають інформацію про здоров'я з інтернет-сторінок надійною, більшість (63,6%) вказали, що іноді їй можна довіряти, а третина опитаних (32,7%) зазначили, що вказана інформація не надійна (рис. 4).

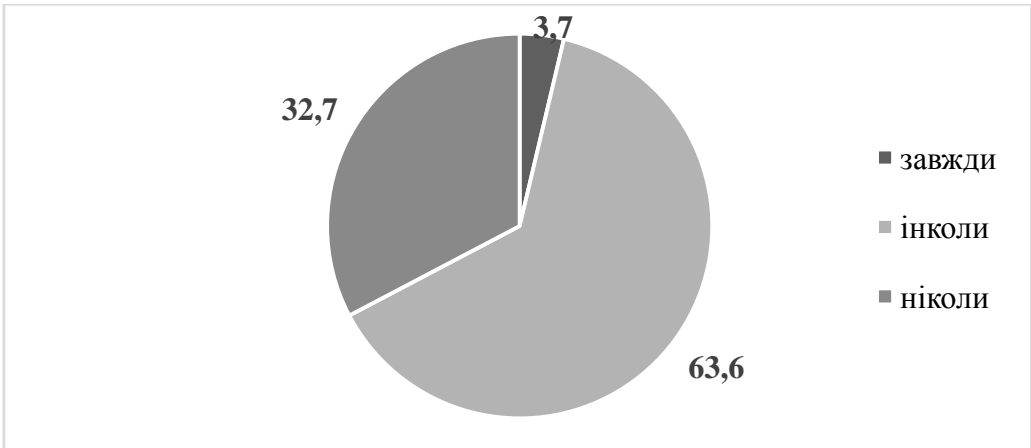


Рис. 4. Розподіл відповідей респондентів щодо надійності інформації про здоров'я в інтернет-джерелах (%)

З метою визначення бажаних інформаційно-комунікативних каналів для промоції здоров'я респондентам було поставлено питання «Звідки б ви хотіли отримувати інформацію про збереження здоров'я та здоровий спосіб життя?». Результати відповідей на питання представлено на лінійній діаграмі (рис. 5). Аналіз відповідей дозволив встановити, що найбільше учасників (55%) бажають отримувати вказану інформацію з інтернет-сторінок відомих лікарів, трохи менше (47,1%) – з інтернет-сторінок закладів охорони здоров'я. Але вже на третьому місці з невеликою різницею студенти вказали соціальні мережі – 43,4%. Телебачення зазначили 23,9% опитаних, сторінки відомих блогерів – 18,3%. Особливої уваги заслуговують результати, що 20,2% респондентів вказали як джерело інформації сторінки власних викладачів та 9,3% – інтернет-сторінки студентів. Саме в цих результатах відіграли роль частки студентів медичного факультету та факультету здоров'я та фізичного виховання.

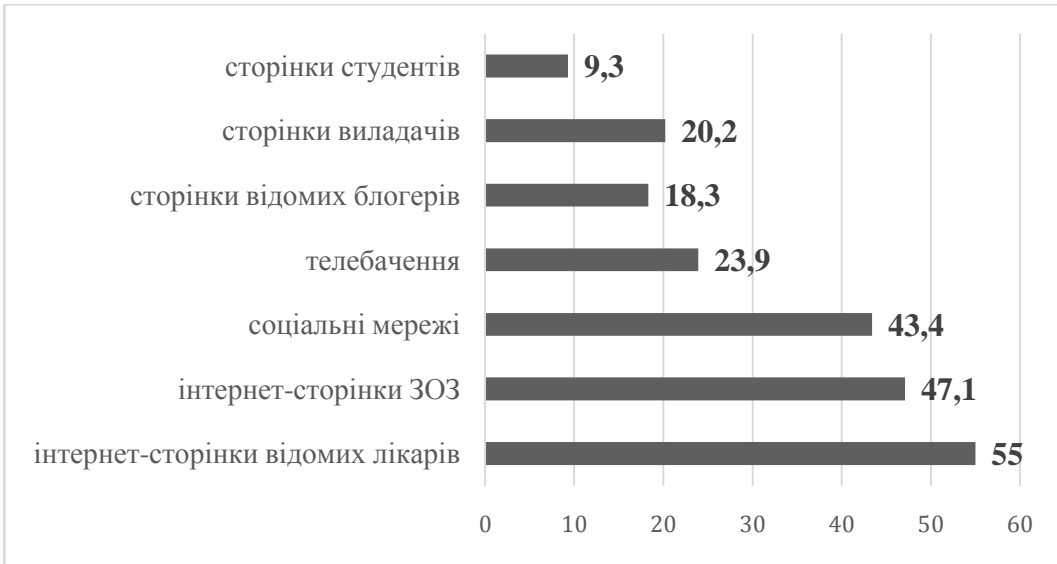


Рис.5. Розподіл відповідей щодо бажаних джерел інформації про здоров'я та здоровий спосіб життя (%)

Також було проаналізовано, які соціальні мережі на їх думку більше підходять для висвітлення інформації про здоров'я та здоровий спосіб життя. Слід зазначити, що на це раз Instagram вказали тільки 72,2% опитаних, а 64,2% вказали Facebook та 36,7% Telegram (рис. 6).

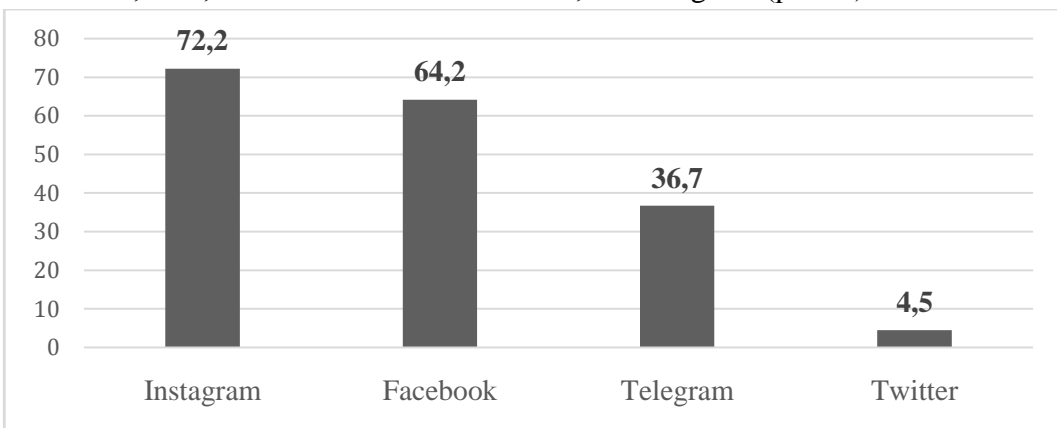


Рис. 6. Розподіл відповідей про використання соціальних мереж для висвітлення питань здоров'я (%)

Інші інформаційно-комунікаційні канали були вказані в малій кількості, тому ми їх не брали до уваги.

Для дослідження питань, що цікавлять студентів в соціальних мережах, ми опитали їх, що саме з питань здоров'я їм би хотілося бачити в цих інформаційно-комунікативних каналах. Результати відповідей представлені на діаграмі (рис. 7).



Рис.7. Розподіл відповідей студентів щодо бажаної тематики щодо здоров'я в інформаційно-комунікативних каналах (%)

Найбільша частка (73,7%) опитаних вказали, що зацікавлені у достовірній інформації про раціональне харчування. Друге місце розділили теми «фізична активність» та «відпочинок і сон» – їх назвали 61,8% та 59,6% студентів відповідно. Третє місце (41,6%) очікувано зайняла тема «безпечне статеве життя та інфекції, що передаються статевим шляхом». Далі в порядку зниження зацікавленості розмістились такі теми: «медичні заклади і послуги у місті», «захворювання серцево-судинної системи», «онкологічні захворювання», «захворювання дихальної системи», «шкідливість тютюну та алкоголю», «щеплення».

Обговорення. Аудиторією комунікаційного впливу є все населення країни, що й зумовило Всесвітню організацію охорони здоров'я затвердити інформаційну діяльність, комунікації та соціальну мобілізацію в інтересах здоров'я населення як одну з функцій громадського здоров'я, але окремі цільові групи за віком потребують використання різних форм подання інформації та підбору інформаційно-комунікаційних каналів.

У всесвітній мережі Інтернет та зокрема соціальних мережах з'явилося дуже багато інформації щодо здоров'я та здорового способу життя, що зумовило дослідження впливу вказаної інформації на людей загалом та на студентів зокрема: їх сприйняття, ставлення, довіру та рівень дотримання

рекомендацій. Дослідження показало, що майже половина студентів (46,9%) засвідчили, що перебувають на інтернет-сторінках більше 4 годин в день, що може негативно впливати на їх стан здоров'я. Але це нам дозволяє припустити, що промоція здоров'я через інформаційно-комунікативні канали Інтернету може бути ефективною за рахунок охоплення студентської молоді. Проведене дослідження показало, що більшість студентів надає перевагу соціальній мережі Instagram(90,8%), Telegram (53,1%) і Facebook (40,2%). У встановленні інтернет-тематики позитивним виявилось те, що питання про здоров'я щодо пріоритетності знаходиться на другому місці. В той же час, на їх думку, для висвітлення інформації щодо здоров'я найбільше підходить знову ж Instagram, але вже в меншому значенні (72,2%). На друге місце піднявся Facebook (64,2%), а Telegram розмістився на третьому (36,7%).

Не дивлячись на те, що більше половини опитаних часто відвідують інтернет-сайти про здоровий спосіб життя, не всі вони дотримуються порад та правил з цих ресурсів. Важливим є те, що респондентів в інтернет-сторінках про здоров'я цікавить не тільки інформаційне наповнення, а й гарно підібрані зображення. Відмітимо, що інформацію про здоров'я найбільше учасників дослідження (55%) хочуть отримувати з інтернет-сторінок відомих лікарів, трохи менше – з сайтів закладів охорони здоров'я (47,1%) та, звичайно ж, з соціальних мереж (43,4%). Заслуговують уваги результати щодо такого бажаного джерела інформації про здоров'я як інтернет-сторінки викладачів (20,2%), що говорить про певну довіру до них та дає можливість більше контролювати достовірність наповнення інформаційно-комунікаційного каналу. Слід врахувати, що найбільше студентів цікавить інформація щодо раціонального харчування, фізичної активності, здорового відпочинку та сну, безпечної статевої поведінки.

Висновки. В результаті проведеного дослідження можна зробити наступні висновки:

1. Для студентської молоді характерний високий рівень використання мережі Інтернет, в тому числі інформаційно-комунікаційних каналів, присвячених здоров'ю та здоровому способу життя (вказали 50,3% опитаних).

2. Пріоритетні для студентської молоді інформаційно-комунікаційні канали щодо промоції здоров'я та здорового способу життя представлені відомими соціальними мережами (Instagram, Facebook, Telegram) та окремими інтернет-сторінками відомих лікарів, закладів охорони здоров'я та викладачів.

3. Встановлена бажана тематика інформаційно-комунікаційних каналів про здоров'я – «раціональне харчування», «фізична активність», «відпочинок і сон», «безпечне статеве життя», що характеризує складові здорового способу життя.

Оскільки успішне використання різних інформаційно-комунікаційних каналів для промоції здоров'я серед різних вікових груп можливе з урахуванням цільової аудиторії, культурних особливостей, надійного інформаційного наповнення, цікавого ілюстрування, проведене дослідження дозволяє ефективно планувати заходи промоції здоров'я серед студентської молоді. Аналіз результатів дає можливість нам зрозуміти, у якому напрямку потрібно рухатися, які помилки виправляти, на чому акцентувати увагу, для того, щоб використання достовірних інформаційно-комунікаційних каналів охоплювало якомога більше цільової аудиторії, зацікавлювало «підписників» не тільки «прогортати» пост про здоровий спосіб життя, а й заохочувало прочитати його і застосовувати поради в житті.

ЛІТЕРАТУРА

1. World Health Organization, European Action Plan for Strengthening Public Health Capacities and Services. Copenhagen: Regional Committee for Europe; 2012. Available at: http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/Health2020_policy.pdf.
2. Слабкий ГО, Миронюк ВІ, Качала ЛЮ. Система громадського здоров'я: бачення Всесвітньої організації охорони здоров'я. Основні оперативні функції громадського здоров'я та їх зміст. Україна. Здоров'я нації. 2017; 3: 24-31.
3. Gruzeva TS, Litvinova LO, Grechishkina NV, Donik OM, Inshakova GV. Питання комунікативних компетенцій у підготовці фахівців громадського здоров'я. МЕ [інтернет]. 12, Червень 2018 [cited 20, Лютий 2020];0(2). Available at: https://ojs.tdmu.edu.ua/index.php/med_osvita/article/view/8973
4. СлабкийГО. ШафранськийВВ., МиронюкІС., КачалаЛЮ., РатанінаОМІнформаційно-роз'яснювальнадіяльність, комунікаціятасоціальномобілізаціявінтересахздоров'янаселенняврамкахсистемигромадськогоздоров'я. Україна. Здоров'я нації. 2017; 3 (44): 246-254.
5. Абрамова ЕС. Источники информации подростков о здоровом образе жизни. Научно-методический электронный журнал "Концепт". 2015; 1:56-60. Available at: <http://e-koncept.ru/2015/15012.htm>
6. Рингач НО., Огай МЮ., Гаврилова ВВ. Статистична оцінка вподобань, критеріїв вибору та ступеня довіри населення до джерел інформації щодо

здорового способу життя, профілактики і лікування серцево-судинних захворювань. Статистика України. 201; 4:70-8.

7. Литвинська СВ, Юрченко ВО. Використання соціальних мереж в інформаційній діяльності вищих навчальних закладів України. В: Спрінсян ВГ, редактор. Матеріали X Міжнар. наук.-практ. конф Інформаційна освіта та професійно-комунікативні технології XXI століття; 2017 вер. 14-15; Одеса. Полтава: «Сімон»; 2017, с. 187–191.

8. Іващенко СР. Роль соціальних мереж (Facebook) у комунікаційному процесі сфери громадського здоров'я. Україна. Здоров'я нації. 2017; 3: 323-324.

Контакти автора:

Dudash Gabriella – student.

Khodakovska Nadiia – student.

Health and Physical Education Faculty of Uzhhorod National University,
Uzhhorod, Ukraine.

dudasch.gabriella@gmail.com

laviho7@gmail.com

ЗАСАДИ РОЗВИТКУ ВИЩОЇ МЕДСЕСТРИНСЬКОЇ ОСВІТИ В УКРАЇНІ.

FUNDAMENTALS OF DEVELOPMENT OF HIGHER NURSE EDUCATION IN UKRAINE.

Валерія Олександрівна Бондаренко,

магістр 1-го р.н., факультет здоров'я та фізичного виховання ДВНЗ
«Ужгородський національний університет»

Науковий керівник: Русин Людмила Петрівна, кандидат медичних наук, доцент кафедри основ медицини.

АНОТАЦІЯ

Бондаренко В.О. Засади розвитку вищої медсестринської освіти в Україні. Мета дослідження: розглянути шляхи розвитку вищої медсестринської освіти та проаналізувати та узагальнити особливості змісту освітніх програм підготовки магістрів медсестринства в контексті перспектив запровадження ступеневої освіти. **Методи дослідження:** теоретичний аналіз і узагальнення сучасної фахової літератури з досліджуваної проблеми, анкетування, методи математичної статистики. **Результати дослідження.** У зв'язку з глобальними змінами в системі охорони здоров'я України поширюються програми підготовки медичних сестер рівня повної вищої освіти. Ставлення громадськості щодо вищої медсестринської освіти неоднозначне. Нами проведено анкетування з метою визначення ставлення фахівців медсестринства щодо даної проблеми. З метою визначення впливу віку та досвіду на думку про впровадження вищої медсестринської освіти були сформовані запитання про вік та стаж роботи. Адже досвід роботи часто визначає їх погляди на розвиток медсестринства. Суттєва частка практикуючих медсестер розчаровані в існуючій медичній системі і настроєні дуже скептично щодо вищої медсестринської освіти. Студенти медичного коледжу «Монада» м. Хуст та студенти 3 курсу медичного факультету ДВНЗ «УжНУ» бажають і надалі продовжувати навчання та удосконалення. **Висновки.** Побудова нової моделі функціонування медсестринської галузі в Україні вимагає інноваційних підходів до підготовки магістрів медсестринства, передбачає формування спеціаліста якісно нового рівня професіоналізму, компетентності, загальної культури, творчої ініціативи і правових знань. Освітні програми магістратури з медсестринства повинні пропонувати студентам елементи принаймні чотирьох сфер знань: медицина, управління, педагогіка, основи

наукових досліджень. Магістр медсестринства повинен володіти комплексом якостей лідера, організатора, менеджера, психолога у сфері ділових і людських стосунків, здатний забезпечувати впровадження пацієнт-орієнтованого підходу в систему охорони здоров'я, співпрацювати з родинами і сім'ями пацієнтів, а також займатися педагогічною діяльністю та проводити наукові дослідження. Отже, доцільним є створення в Україні та розвиток системи багаторівневої підготовки медсестринських кадрів, забезпечити результативу взаємодію між всіма рівнями та розробляти нові підходи до удосконалення медсестринства.

Ключові слова:

магістри медсестринства, охорона здоров'я, професійні компетентності, освітня програма, інноваційні методи навчання.

SUMMARY

Bondarenko. Principles of development of higher nurse education in Ukraine. The aim of the research: To consider the ways of development of higher nursing education and to analyze and generalize the peculiarities of the educational programs on preparation of masters in nursing contents in the context of the stage education introduction prospects. **Research methods:** theoretical analysis and generalization of modern professional literature on the problem under study, questionnaires, methods of mathematical statistics. **Research results.** Training programs for nurses of the level of higher education are being extended due to the global changes in the health care system of Ukraine. The public's attitude towards higher nursing education is ambiguous. We conducted a survey to determine the opinion of nursing professionals on this issue. Questions asked were about the age and working experience in order to determine the impact of age and experience on the idea of introducing higher nursing education. Work experience often determines their views on the development of nursing. A significant part of nursing practitioners are disappointed in the current medical system and are highly skeptic about higher nursing education. The students of the "Monada" Medical College in Khust and the 3rd year students of the UzhNU Medical Faculty wish to continue their education and improvement. **Conclusions** Setting a new model of the nursing industry functioning in Ukraine requires innovative approaches to the preparation of masters of nursing, it involves the formation of a specialist of a qualitatively new level of professionalism, competence, general culture, creative initiative and legal knowledge. Master's degree programs in nursing are to offer students elements of at least four areas of knowledge: medicine, management, pedagogy, basic research. The Master of Nursing must possess the qualities of a

leader, organizer, manager, psychologist in the field of business and human relations, person able to ensure the implementation of patient-oriented approach in the health care system, to cooperate with the families and families of patients, as well as to engage in pedagogical conduct and scientific research. Therefore it is advisable to create and develop a system of multilevel training of nurses, to ensure effective interaction between all levels and develop new approaches to improving nursing in Ukraine.

Key words:

masters of nursing, health care system, professional competences, educational program, innovative training methods.

Вступ.

Демократичні зміни, що відбуваються сьогодні в українському суспільстві, та процеси європейської інтеграції ставлять перед державою нові завдання щодо соціально-економічного та духовного розвитку. Так, позитивні зрушення в медичній галузі, які забезпечили б покращення медичної допомоги населенню, неможливі без реформування у медсестринстві. Важливою складовою стратегічного плану розвитку охорони здоров'я є ефективна освітня політика, оскільки від рівня підготовки медичних кадрів залежить якість надання медичної допомоги населенню країни.

Для подолання традиційних уявлень про медсестринство та вироблення принципів концептуальних підходів до медсестринської освіти, фаху й ролі медсестри у системі охорони здоров'я потрібні рішучі управлінські заходи, а також певні економічні механізми. Реформування середньої медичної освіти в Україні можливе при зацікавленні керівників та організаторів цієї аналізом міжнародного досвіду та бажанні впровадження його у вітчизняну практику.

Реформування національної системи охорони здоров'я відповідно до національної стратегії розвитку системи охорони здоров'я та Концепції розвитку вищої медичної освіти в Україні вимагає кардинально нових підходів до підготовки медичної сестри і передбачає формування спеціаліста якісно нового рівня професіоналізму, компетентності, загальної культури, творчої ініціативи і правових знань. Неперервна професійна освіта медичних працівників взагалі і медичних сестер, зокрема, – вимога часу, що безпосередньо залежить від зовнішніх і внутрішніх умов їх діяльності: зростання обсягу медичної інформації та швидкості її поновлення, появи безлічі високоактивних лікарських засобів і високотехнологічних методів

діагностики, лікування, догляду, підвищення інформованості і запитів самих пацієнтів тощо [1].

Протягом останніх 15 років медсестринська освіта в Україні пройшла значний шлях реформування. Однак сьогодення вимагає продовження цих реформ. Аанліз досліджень на тему реформування медсестринської освіти засвідчує суттєві зміни у підходах авторів до ролі медичної сестри у реалізації завдань охорони здоров'я. Величезне значення у цьому мали відповідні документи ВООЗ.

Найбільш дієвим засобом реформування медсестринства дослідники визнають зміни у змісті післядипломної освіти медсестер, надання можливості отримання вищої медсестринської освіти, як це практикують у країнах Європейського Союзу. У галузі медсестринства назріла ситуація, коли реформування ВНЗ у рамках ступеневої освіти стала необхідністю. Від даного факту суттєво залежить рівень підготовки спеціалістів згідно світових стандартів.

На сьогоднішній день створено низку лікувально-профілактичних закладів нового типу (хоспіси, відділення сестринського догляду в багатoproфільній лікарні та ін.) і запроваджено нові медсестринські посади – заступника головного лікаря з медсестринства, медичної сестри-координатора, головного спеціаліста з медсестринства та ін. Це зумовлює нагальну потребу в підготовці фахівців-управлінців у галузі медсестринства, медичних сестер найвищого освітнього рівня – магістрів сестринської справи [2]. Відповідно до вимог міжнародних стандартів, з метою удосконалення системи безперервного навчання середнього медичного персоналу, покращення надання медичної допомоги населенню в Україні, з 2008 року запроваджена ступенева медсестринська освіта, яка загалом відповідає уніфікованій структурі освіти більшості країн світу. Для її реалізації створено ступеневу підготовку медичних сестер в Україні: дипломована медична сестра; медична сестра-бакалавр; медична сестра-магістр. Із запровадженням магістратури медсестринство виділилось в окрему спеціальність: медсестра-педагог; медсестра-керівник; медсестра-науковець [3].

Магістр медсестринства за освітньо-кваліфікаційними характеристиками істотно відрізняється від дипломованих медичних сестер і медсестербакалаврів. Він повинен володіти комплексом якостей лідера, організатора, менеджера, психолога у сфері ділових і людських стосунків, здатний не тільки виконувати призначення лікаря, а й забезпечувати впровадження пацієнт-орієнтованого підходу в систему охорони здоров'я, співпрацювати з родинами і сім'ями пацієнтів, а також займатися

педагогічною діяльністю та проводити наукові дослідження з проблем медсестринства. Все це передбачає формування відповідних компетентностей магістрів медсестринства і слугує концептуальними засадами для розробки освітніх програм підготовки фахівців.

Мета дослідження: розглянути шляхи розвитку вищої медсестринської освіти та проаналізувати та узагальнити особливості змісту освітніх програм підготовки магістрів медсестринства в контексті перспектив запровадження ступеневої освіти.

Методи дослідження: теоретичний аналіз і узагальнення сучасної фахової літератури з досліджуваної проблеми, анкетування, методи математичної статистики.

Результати дослідження.

Дослідження системи освіти для медичних сестер, результати якого включені до документа «Кадрові ресурси системи охорони здоров'я в Україні: медичні сестри», підготовленого в рамках проекту USAID «Підтримка реформи охорони здоров'я» [4] показало, що більшість українських медсестер не продовжує навчання після одержання освіти рівня молодшого спеціаліста. Традиційно для роботи медсестрою в Україні було необхідно одержати середню спеціальну освіту. Сьогодні через зміни в класифікації цей рівень освіти вважається «початковим рівнем (коротким циклом) вищої освіти», його здобуття засвідчується дипломом молодшого спеціаліста. Втім, у Європі і світі триває дискусія про необхідність медсестрам мати більш високу освіту. Це передусім пов'язано з участю медсестер у виконанні медичних процедур високої складності, роботі з високотехнологічним обладнанням у високоспеціалізованих відділеннях закладів охорони здоров'я (на так званому «третинному», найскладнішому рівні медичної допомоги, що надається у шпиталях, клінічних відділеннях наукових медичних інститутів тощо). Ідеться також про передачу частини функцій лікарів медичним сестрам, що зумовлює додаткову потребу у зміні програм підготовки медичних сестер.

Зараз в Україні обговорюється необхідність мати вищу освіту для зайняття посади старшої (бакалавр) та головної (магістр) медичної сестри. За інформацією МОЗ, останню вимогу планується зробити офіційною шляхом її закріплення в Довіднику кваліфікаційних характеристик [4].

Вища медсестринська освіта – спеціально організований педагогічний процес передачі та засвоєння сукупності цінностей сестринської справи (ідей і наукових знань щодо закономірностей та специфічних засобів медико-біологічного та психофізичного збереження, підтримання й відновлення здоров'я пацієнта; пріоритетів у плануванні сестринського

процесу; умов застосування цих знань і засобів з метою досягнення очікуваного результату) в межах системи «освіта – виховання» [5]. Головною рисою оновленої парадигми освіти стає перехід до концепції особистісно зорієнтованої освіти, яка передбачає досягнення майбутніми магістрами сестринської справи (МСС) такого рівня професійної компетенції, який гарантує пріоритетний розвиток інтелекту на основі синтезу принципів фундаментальності, індивідуалізації, створює умови для саморозвитку особистості, актуалізації творчих здібностей, професійної та соціальної самореалізації. Відтак пріоритетною метою вищої медсестринської освіти й одним із критеріїв її ефективності є розвиток особистісного потенціалу та реалізація професійної складової майбутньої медсестри [6].

З метою реалізації побудови нової моделі розвитку медсестринства в Україні влітку 2019 року була створена Державна установа «Центр розвитку медсестринства МОЗ України», відповідальна за трансформування і розвиток напрямку медсестринства [7]. Основна мета – створити таку модель функціонування медсестринської галузі, за якої зростуть не лише заробітні плати медсестер і медбрів, а й їхня роль. Вони матимуть більше повноважень і, відповідно, більше відповідальності і можливостей. Для цього плануються суттєві зміни підготовки і професійної діяльності медичних сестер і медичних братів: збільшення практичної підготовки на додипломному етапі освіти; вища освіта та наукові ступені за спеціальністю «Медсестринство» (лише в Україні і деяких пострадянських країнах медсестри не мають вищої освіти); безперервний професійний розвиток; посилення ролі медичної сестри і медичного брата через розширення повноважень (у більшості країн світу до обов'язків медсестер і медбрів входить значний обсяг роботи, яку в наших медзакладах виконують виключно лікарі); професійний стандарт діяльності і медичних сестер, що розроблятиметься спільно з Міністерством соціальної політики України; сертифікація – медсестри і медбрів матимуть можливість отримати сертифікат, розширити свої повноваження і, відповідно, претендувати на підвищення зарплат [7].

У зв'язку з глобальними змінами в системі охорони здоров'я України поширюються програми підготовки медичних сестер рівня повної вищої освіти (бакалавра і магістра). Так, у 2018 р. шість закладів вищої освіти здійснювали набір на програми підготовки магістрів за спеціальністю 223 «медсестринство» [8]. У 2020 р. в ДВНЗ «Ужгородський національний університет» буде здійснено перший набір на програму підготовки магістрів медсестринства згідно отриманої у 2019 р. ліцензії МОН України. Усі

існуючі на сьогоднішній день програми підготовки розраховані на два роки навчання.

Поточна концепція магістратури з медсестринства наслідує концепцію бакалаврату, адже вона передбачає поглиблення клінічних медичних знань та розвиток управлінських компетентностей студентів. Крім того, до навчальних програм включені дисципліни психологопедагогічного циклу, основною метою навчання значної частини студентів є робота викладачем у коледжі, що вимагає наявності ступеня магістра. Усі шість запропонованих в Україні програм підготовки магістрів медсестринства передбачають складання єдиного державного кваліфікаційного іспиту зі спеціальності, а також написання і захист студентами магістерської кваліфікаційної роботи, що відрізняє цю спеціальність від підготовки лікарів, які не захищають дипломну роботу. Таким чином, магістратура з медсестринства має пропонувати студентам елементи принаймні чотирьох сфер знань: медицина, управління, педагогіка, основи наукових досліджень [8].

Як зазначає проф. В. Шатило, специфікою магістрів за спеціальністю «Медсестринство» є те, що вимоги до навчальних програм концептуально забезпечують професійну спрямованість майбутніх викладачів сестринських дисциплін, цілісне, системне вивчення загальної педагогіки, формування наукової та інформаційної комунікативної компетенції, використання сучасних інноваційних технологій освіти для вибору оптимальної стратегії викладання спеціальних сестринських предметів залежно від рівня ступеневої освіти медичних сестер [9].

Слід зазначити, що останній існуючий стандарт вищої освіти для магістрів медсестринства був розроблений у 2017 р., але не був офіційно затверджений [8]. Глобальні стандарти базової медсестринської й акушерської освіти та стратегії Європейського регіонального бюро ВООЗ стосовно базової та дистанційної освіти й інших нормативних документів кардинальним чином змінюють вимоги до якостей, якими повинні володіти фахівці сестринської справи з відповідною освітою. Відтак центральним завданням інноваційної діяльності у сфері вищої медсестринської освіти є модернізація освітнього процесу, його орієнтація на потреби сучасного суспільства. Нині ці потреби відображають концепцію знань як найважливішого продуктивного ресурсу, де особливе значення надається «знаючій медичній сестрі», завданням якої є не лише застосування, а й участь в створенні нових знань. Водночас, сучасний магістр МСС повинен бути готовий до виконання керівних функцій у майбутній сестринській справі, вміти визначати мету і завдання розвитку в будь-якій ситуації,

визначати ефективні стратегії досягнення цієї мети, тобто організувати ефективну діяльність у сестринській справі на основі застосування інноваційних підходів [6]. Відповідно до сучасних тенденцій оновлення вищої медсестринської освіти метою підготовки магістрів медсестринства в ДВНЗ «УжНУ» буде підготовка конкурентно-спроможного, висококваліфікованого, компетентного фахівця, здатного вирішувати практичні проблеми і задачі організації, управління та контролю роботи сестринських структурних підрозділів в лікувально-профілактичних закладах, здійснювати науково-дослідну роботу та викладацьку діяльність за спеціальністю «Медсестринство». Інтегральна компетентність магістрів медсестринства полягає у здатності вирішувати складні спеціалізовані задачі та практичні проблеми, в т.ч. в умовах невизначеності, під час професійної діяльності в галузі медсестринства та в освітньому процесі, що передбачає проведення досліджень та/або здійснення інновацій. Важливими для майбутньої успішної професійної діяльності МСС є загальні компетентності як універсальні компетентності, що не залежать від предметної області, але важливі для успішної подальшої професійної та соціальної діяльності здобувача в різних галузях та для його особистісного розвитку, зокрема: здатність до абстрактного мислення, аналізу та синтезу інформації; здатність до планування, організації та управління; здатність спілкуватися другою мовою (зокрема, англійською); навички використання інформаційних та комунікативних технологій; здатність до пошуку, оброблення, аналізу інформації з різних джерел та проведення досліджень на відповідному рівні; навички міжособистісної взаємодії; здатність навчатись та навчати; вміння виявляти, ставити та вирішувати проблеми; здатність діяти на основі етичних міркувань (мотивів); здатність до адаптації та дії в новій ситуації. Аналіз існуючих магістерських програм з медсестринства дозволив виділити деякі негативні чинники, що свідчать про їх слабкий науковий рівень, зокрема: вони не передбачають вивчення студентами іноземної (англійської) мови на високому рівні; використання сучасних англомовних джерел у навчальному процесі майже не практикується, що є суттєвою прогалиною програм, якщо дивитися на магістерський рівень освіти як на такий, що спирається на суттєву дослідницьку складову [8].

У зв'язку з цим, вважаємо за доцільне обов'язкове введення у навчальні плани іноземної мови у обсязі, необхідному для формування мовних навичок та живого спілкування. З іншого боку, у навчальному плані підготовки магістрів ДВНЗ «УжНУ» передбачена дисципліна «Українська мова як іноземна» для підготовки іноземців та осіб без громадянства, що відкриває додаткові перспективи для підготовки магістрів медсестринства з

інших країн. Ще одною проблемою є те, що донедавна в Україні не існувало аспірантури з медсестринства. Першу ліцензію на право підготовки докторів філософії за цією спеціальністю одержав ТНМУ у 2019 р.

Отже, медсестринство як науковий напрям перебуває в Україні на етапі зародження і це висуває важливі завдання щодо пошуку ефективних шляхів його розвитку. Безперечно, для здійснення успішної професійної діяльності магістрів медсестринства важливими є фахові компетентності. Серед них вважаємо за необхідне виділити наступні: вміння оцінювати організацію та якість надання різних видів медичної допомоги та санітарноепідеміологічного благополуччя населення; вміння орієнтуватися у визначенні групової належності лікарських засобів, особливостях їх фармакокінетики та фармакодинаміки; використання теоретичних знань та практичних умінь з клінічного медсестринства у внутрішній медицині, педіатрії, хірургії, акушерстві та гінекології, у разі хвороб імунної системи та алергологічної патології при наданні медичної допомоги населенню в межах компетенції магістра медсестринства; здатність організовувати та надавати невідкладну допомогу при різних гострих станах та у надзвичайних ситуаціях у мирний та воєнний час; здатність оцінювати вплив небезпечних чинників щодо ризику розвитку найпоширеніших захворювань у світі; вміння застосовувати теоретичні знання та практичні уміння з паліативної медицини та хоспісної допомоги, при організації надання медичної допомоги за принципом сімейної медицини, при організації управління в медсестринських структурних підрозділах; здатність використовувати знання з питань раціонального, дієтичного харчування, промоція здорового способу життя; вміння планувати і проводити наукові дослідження, готувати результати наукових робіт до оприлюднення; вміння застосовувати основи педагогіки і психології у навчально-виховному процесі у вищих навчальних закладах освіти.

На сьогоднішній день науковцями продовжується пошук ефективних шляхів удосконалення підготовки магістрів медсестринства, підкреслюється необхідність створення інноваційно зорієнтованого середовища шляхом використання інноваційних освітніх технологій – інформаційних технологій, прогресивних форм організації освітнього процесу, сучасних методів, засобів і систем навчання [10]. Невід’ємними атрибутами сучасного магістра сестринської справи є мобільність, уміння швидко й адекватно реагувати на мінливі умови, соціальна активність та комунікабельність майбутнього професіонала. У сучасних умовах використання традиційної моделі навчання стає малоефективним, оскільки актуалізується необхідність навчання студентів у самостійному режимі. Перспективним видається

перехід від інформаційного навчання до діяльного, проблемного і контекстного з акцентом на самостійну роботу студентів. Інформаційне навчання спрямовується на передачу знань від викладача до студента, діяльнісне – на отримання знань у процесі діяльності (зазвичай – самостійної, практичної), проблемне – на засвоєння знань – у процесі вирішення професійних проблем у змодельованих професійних ситуаціях, а контекстне – на придбання знань, необхідних для роботи в конкретній клінічній ситуації шляхом апробації професійних умінь майбутніх МСС у моделях клінічної взаємодії на різних рівнях [6]. Важливим чинником у підготовці майбутніх МСС є проектна діяльність, яка дає змогу перенести акцент із процесу репродуктивного засвоєння знань на розвиток пізнавальних інтересів, самостійності мислення, творчого пошуку шляхів розв'язання проблем, постійного збагачення власного багажу знань, самовияву та самовизначення шляхом їхнього залучення в проектну діяльність [11].

Ефективність вищої медсестринської освіти значною мірою залежить від її зв'язку з наукою, можливостей доступу до сучасних інформаційних ресурсів, що зумовлює необхідність максимально активного використання в навчальному процесі сучасних комп'ютерних технологій, наприклад електронних моделей, в яких використовуються різні засоби, методи й технології, наприклад, дистанційні. Надзвичайно актуальним у підготовці висококваліфікованих МСС є застосування елементів проблемно-зорієнтованого навчання, що сприяє формуванню у студентів самостійного незалежного критичного мислення [6]. У навчальному процесі необхідно використовувати різноманітні новітні педагогічні методики, які базуються на інтерактивності й максимальній наближеності до реальної професійної діяльності майбутнього магістра сестринської справи, зокрема: імітаційні технології (ігрові та дискусійні форми організації); технологія «кейсметод», що наближає процес до реальності; методики відеотренінгу; комп'ютерне моделювання; інтерактивні технології; технології колективного та групового навчання; ситуативного моделювання; опрацювання дискусійних питань; диференційованого навчання [9].

Гордійчук С.В. зазначає, що особливістю навчання на спеціальності 223 «Медсестринство» є високий рівень мотивації студентів до здобуття освітнього ступеня магістра. В першу чергу, це пояснюється тим, що на навчання до магістратури вступають на базі ранішездобутого освітнього ступеня «бакалавр», як правило, особи з досвідом практичної роботи в лікувально-профілактичних та медичних навчальних закладах, особи з чітко сформованою метою та усвідомленою потребою у підвищенні свого

кваліфікаційного та професійного рівня [3]. Слід визнати, що широкого попиту української системи охорони здоров'я на підготовку магістрів медсестринства ще немає. Вважаємо за доцільне проводити активну профорієнтаційну роботу щодо популяризації освітнього рівня магістра медсестринства. Поширення програм підготовки медичних сестер рівня повної вищої освіти (бакалавра і магістра) може стати передумовою того, що медсестринство в Україні стане повноцінною, незалежною медичною професією [8].

Розширення спеціальностей для профільної та науково-педагогічної підготовки в магістратурі й введення в номенклатуру таких посад як: штатна медсестра-менеджер лікувально-поліклінічного відділення, завідувач операційним блоком, інформаційноаналітичними відділами клінічних лікарень, відділами маркетингових досліджень, директор хоспісної лікарні, завідувач відділеннями паліативної медико-соціальної допомоги сприятиме вирішенню питання затребуваності та ефективного використання й гідної оплати праці майбутніх магістрів сестринської справи [12]. Крім того, розвиток медсестринської освіти за освітньо-кваліфікаційним рівнем «магістр» формує потенціал для наукових досліджень у сфері сестринської справи та забезпечує підготовку висококваліфікованих управлінських та педагогічних кадрів, покликаних значною мірою визначити рівень і якість сестринської допомоги в Україні.

Ставлення громадськості щодо вищої медсестринської освіти неоднозначне. Нами проведене анкетування з метою визначення ставлення фахівців медсестринства щодо даної проблеми. Були опитані студенти медичного коледжу «Монада» м. Хуст – 34% опитаних, студенти 3 курсу медичного факультету ДВНЗ «УжНУ» – 33% респондентів та практикуючі медичні сестри – 33% респондентів.

Всім респондентам було запропоновано відповісти на запитання розробленої нами анкети, яка налічувала 15 запитань щодо впровадження вищої медсестринської освіти.

З метою визначення впливу віку та досвіду на думку про впровадження вищої медсестринської освіти були сформовані запитання про вік та стаж роботи. Адже досвід роботи часто визначає їх погляди на розвиток медсестринства. Суттєва частка практикуючих медсестер розчаровані в існуючій медичній системі і настроєні дуже скептично щодо вищої медсестринської освіти. Студенти медичного коледжу «Монада» м. Хуст та студенти 3 курсу медичного факультету ДВНЗ «УжНУ» бажають і надалі продовжувати навчання та удосконалення.

Аналіз місця проживання респондентів засвідчив, що меншанці сільської місцевості більш скептично та егативно ставляться до вдосконалення своєї професії. Серед практикуючих медсестер це переважно мешканці м.Ужгород – 80%, а 20%- сільські жителі. Переважна більшість медсестер – 38% віком до 40 років мають освітньо-кваліфікаційний рівень бакалавр, в той час як медичні сестри старше 40 років є молодшими спеціалістами.

На запитання про доцільність запровадження ступеневої медсестринської освіти 87% респондентів дали позитивну відповідь. Щодо впровадження заочної форми медсестринської освіти думки медичних сестер розділилися майже порівну – 52% респондентів відповіли позитивно, а 48 % негативно.

Аналізуючи результати анкетування, можна стверджувати про небайдужість медичних сестер до реформ у охороні здоров'я та готовність рости та удосконалюватися у професії.

Висновки

У сучасних умовах використання традиційної моделі навчання стає малоефективним, оскільки актуалізується необхідність навчання студентів у самостійному режимі. Перспективним видається перехід від інформаційного навчання до діяльного, проблемного і контекстного з акцентом на самостійну роботу студентів.

Побудова нової моделі функціонування медсестринської галузі в Україні вимагає інноваційних підходів до підготовки магістрів медсестринства, передбачає формування спеціаліста якісно нового рівня професіоналізму, компетентності, загальної культури, творчої ініціативи і правових знань. Освітні програми магістратури з медсестринства повинні пропонувати студентам елементи принаймні чотирьох сфер знань: медицина, управління, педагогіка, основи наукових досліджень. Магістр медсестринства повинен володіти комплексом якостей лідера, організатора, менеджера, психолога у сфері ділових і людських стосунків, здатний забезпечувати впровадження пацієнт-орієнтованого підходу в систему охорони здоров'я, співпрацювати з родинами і сім'ями пацієнтів, а також займатися педагогічною діяльністю та проводити наукові дослідження.

Отже, доцільним є створення в Україні та розвиток системи багаторівневої підготовки медсестринських кадрів, забезпечити результативу взаємодію між всіма рівнями та розробляти нові підходи до удосконалення медсестринства.

ЛІТЕРАТУРА

1. Галяутдинова, М. Х. Тешабаева, Д. К. Камалова, М. Б. Курбанова Совершенствование методов организации и управления повышения качества профессионального образования медсестер в первичном звене здравоохранения Молодой ученый. 2014; 5 :138-140.
2. Махновська І. Р. Професійна підготовка магістрів сестринської справи в умовах ступеневої освіти [дисертація]. Житомир. 2015. 312с.
3. Гордійчук С.В. Якість формування професіоналізму майбутніх фахівців в умовах магістратури шляхом стандартизації медичної освіти. Нові технології навчання: наук.-метод.зб. Київ, 2016; 89. 1. 98-103.
4. Богдан Д., Бойко А., Васильковата А. Кадрові ресурси системи охорони здоров'я в Україні. Ситуаційний аналіз. Проект USAID «Підтримка реформи охорони здоров'я». Київ 2019. 133 с.
5. Ястремська С.О. Теорія і практика професійної підготовки майбутніх магістрів сестринської справи засобами дистанційного навчання у вищих медичних навчальних закладах. Тернопіль: Укрмедкнига. 2017. 398 с.
6. Ястремська С.О. Інноваційний освітній процес підготовки майбутніх магістрів сестринської справи. Оновлення змісту, форм та методів навчання і виховання в закладах освіти. 2017; 16. 190–193.
7. <https://moz.gov.ua/article/news/upershe-v-ukrainiz%e2%80%99javilas-institucija-scho-dbatime-pro-rozvitok-medsestrinstva>.
8. <https://www.skeptic.in.ua/wp-content/uploads/Nursing-education-in-Ukraine-2019-report.pdf>.
9. Шатило В.Й. Удосконалення підготовки медичних сестер в Україні . Україна. Здоров'янації. 2015; 3 (27). 93-96.
10. Broome M. Building the science of nursing education : vision or improbable dream Nursing Outlook. 2007 ; 57. 177-179.
11. Бабенко Т.П. Формування дослідницьких умінь і навичок студентів медичного коледжу у процесі проектної діяльності [автореферат]. Київ. 2015. 20 с.
12. Доброскок І.І., Ястремська С.О., Доброскок С.С. Особливості професійної підготовки майбутніх магістрів медсестринства в Україні. Професійна освіта: методологія, теорія та технології . 2018 ; 7. 104–122.

СИСТЕМА ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ МЕДСЕСТРИНСТВА В УКРАЇНІ

PUBLIC NURSING MANAGEMENT SYSTEM IN UKRAINE

Надія Юрївна Ходаковська,

магістр 1-го р.н., факультет здоров'я та фізичного виховання, ДВНЗ

«Ужгородський національний університет»

Науковий керівник: Дуткевич-Іванська Юлія Василівна, старший викладач кафедри основ медицини.

АНОТАЦІЯ

Ходаковська Н.Ю. Система державного управління медсестринства в Україні Вступ: на сьогоднішній день, в умовах соціально-політичної ситуації, коли в країні ведеться війна, важлива роль приділяється рівню здоров'я громадян України. Саме тому ця багатоаспектна проблема національної системи охорони здоров'я, її ефективна організація, функціонування та державне регулювання привертає увагу багатьох науковців. Зокрема одним із пріоритетних завдань системи охорони здоров'я є державне управління найчисленнішої ланки медичного персоналу — медичних сестер. Адже високий професіоналізм і раціональне використання сестринських кадрів сприяє значному покращенню якості, доступності та підвищенню економічності надання медичної допомоги населенню, ефективному використанню ресурсів в охороні здоров'я й профілактиці захворювань.

Актуальності набуває дослідження сучасного стану державного управління медсестринства в Україні та розроблення шляхів перспективного розвитку. Важливість та необхідність дослідження даної тематики полягає в тому, що відбувається активне формування нормативно-правової бази в сфері медицини та необхідність прискорення адаптації українського законодавства до європейських норм.

Мета: дослідження сучасного стану державного управління медсестринства в Україні та розроблення шляхів перспективного розвитку.

Методи: теоретичний аналіз і узагальнення сучасної фахової літератури з досліджуваної тематики.

Результати: державне управління медсестринством неможливе без врахування результатів практичного досвіду і напрацьованих на його основі рекомендацій органам державного управління. На нашу думку, ефективне державне управління медсестринства можливе лише при здійсненні заходів

стосовно міжнародного співробітництва в медсестринській справі та взаємодії з Міжнародною Радою медичних сестер.

Висновки: вітчизняна система державного управління в медсестринстві ґрунтується і обмежується тільки на законотворчому рівні. Однак на сьогодні роль держави в медицині потребує кардинальних змін. Держава повинна бути гарантом і захисником прав та інтересів кожної людини. Механізм державного управління в медсестринстві являє собою складну проблему, яка потребує комплексного розв'язання та дослідження. Це сприятиме послідовному вирішенню цілої низки специфічних завдань. Тільки комплексне впровадження та використання за пропонованих етапів державного управління в медсестринстві забезпечить ефективний її розвиток та вдосконалення.

Ключові слова:

медсестринство, державне управління, регулювання, контроль, якість, медична сестра.

ABSTRACT

Introduction: to date, in a socially political environment there is an important role to play in a situation where war is taking place in the country paid to the level of health of Ukrainian citizens. Exactly so this is a multifaceted problem of the national system we are healthcare, it's effective organization, function zoning and state regulation are attracting attention many scientists. In particular, one of the priority head tribute to the health care system is public administration the largest number of medical staff is medical staff their nurses. After all, high professionalism and rationality not using nursing staff contributes significantly improving the quality, availability, and cost-effectiveness health care delivery to the population, effect use of resources in health care and prevention of diseases.

The study of the modern hundred becomes relevant well the state nursing department in Ukraine and development of ways of perspective development. Important and the need to research this topic is that there is an active formation regulatory framework in the field of medicine and not the need to accelerate the adaptation of Ukrainian law to the European norms.

Aim:research of the current state of public administration of nursing in Ukraine and development of ways of perspective development.

Methods: theoretical analysis and generalization of modern professional literature on the studied topics.

Results: Public administration of nursing is impossible without taking into account the results of practical experience and the recommendations made by the public administration on the basis of it. In our opinion, effective public administration of nursing is only possible when implementing measures regarding international cooperation in nursing and cooperation with the International Council of Nurses.

Conclusions: the national system of public administration in the nursing industry is based and limited only at the legislative level. Today, however, the role of the state in medicine needs dramatic changes. The state must be the guarantor and defender of the rights and interests of every person. The mechanism of public administration in nursing is a complex problem that needs comprehensive solution and research. This will contribute to a consistent solution of a number of specific problems. Only integrated implementation and utilization at the proposed stages of public administration in nursing will ensure its effective development and improvement.

Keywords:

nursing, public administration, regulation, control, quality, nurse.

Вступ

На сьогоднішній день, в умовах соціально-політичної ситуації, коли в країні ведеться війна, важлива роль приділяється рівню здоров'я громадян України. Саме тому ця багатоаспектна проблема національної системи охорони здоров'я, її ефективна організація, функціонування та державне регулювання привертає увагу багатьох науковців. Зокрема одним із пріоритетних завдань системи охорони здоров'я є державне управління найчисленнішої ланки медичного персоналу — медичних сестер. Адже високий професіоналізм і раціональне використання сестринських кадрів сприяє значному покращенню якості, доступності та підвищенню економічності надання медичної допомоги населенню, ефективному використанню ресурсів в охороні здоров'я й профілактиці захворювань.

Актуальності набуває дослідження сучасного стану державного управління медсестринства в Україні та розроблення шляхів перспективного розвитку. Важливість та необхідність дослідження даної тематики полягає в тому, що відбувається активне формування нормативно-правової бази в сфері медицини та необхідність прискорення адаптації українського законодавства до європейських норм.

Проблема державного управління медсестринства висвітлена в працях провідних відомих науковців таких, як: М.В. Банчук, О.П.

Волосовець, Т.І. Чернишенко, О.М. Біловол, Н.Є. Дуб, М.Б. Шегедин, Н.О. Мудрик та інші. Однак, не применшуючи вагомості внеску вказаних учених і незважаючи на широкий спектр їх досліджень, на сьогодні потребує більш детального дослідження проблема державного управління системою розвитку та реформування медсестринства в Україні.

Таким чином, актуальність дослідження визначається об'єктивною потребою в реформуванні медичної галузі в Україні та недостатньою розробленістю проблематики державного управління національною системою розвитку та реформування медсестринства.

Мета роботи: дослідження сучасного стану державного управління медсестринства в Україні та розроблення шляхів перспективного розвитку.

Методи дослідження: теоретичний аналіз і узагальнення сучасної фахової літератури з досліджуваної тематики.

Результати дослідження: медичні сестри як в Україні, так і в зарубіжних країнах — це найбільша та найпоширеніша категорія працівників сфери медицини. Сьогодні в медичній галузі України працює близько 1 мільйона 58 тисяч працівників, із них — 435,7 тисяч осіб середнього медичного персоналу, з них 300,9 тис. (69,1%) — медичних сестер, а це 45,8 % від усіх зайнятих в охороні здоров'я. В Європі їх кількість сягає близько 5 млн. Саме тому без державного регулювання та реформування медсестринства будь-які позитивні зміни в сфері медицини неможливі.

Сестринська справа (медсестринство) за означенням ВООЗ — це "складова частина системи охорони здоров'я, яка спрямована на вирішення проблем індивідуального та громадського здоров'я населення в мінливих умовах навколишнього середовища". Вона відіграє важливу роль у реалізації соціальних, психологічних, духовних заходів, спрямованих на поліпшення якості здоров'я та життя пацієнтів [1].

На сьогодні актуальності набуває проблема державного управління медсестринської діяльності в Україні. Саме роль держави відіграє неабияку роль в формуванні та розвитку медсестринства. Варто зауважити, що важливим етапом в розвитку медсестринства стало створення Асоціації медичних сестер України, яка налічує близько 80 000 медичних сестер. Створена Асоціація бере активну участь в процесі формування законодавчо-нормативної системи в сфері охорони здоров'я [2].

Державне управління медсестринства включає в себе контроль якості медичної допомоги. У зв'язку із цим Наказом МОЗ України № 752 від 28.09.2012 р. затверджено "Порядок контролю якості медичної допомоги", основною метою якого є впровадження та організація роботи щодо

управління якістю медичної допомоги. Відповідно до цього документу, якість медичної допомоги — це надання медичної допомоги та проведення інших заходів щодо організації надання закладами охорони здоров'я медичної допомоги відповідно до стандартів у сфері охорони здоров'я [2].

До шляхів контролю якості надання медичної допомоги можемо віднести:

1. самооцінку медсестринства;
2. експертну оцінку;
3. аудит;
4. атестацію медсестер відповідно до вітчизняного та міжнародного законодавства.

Контроль за якістю роботи медичних сестер здійснюється за такими складовими:

1. організацією надання медичної допомоги;
2. результатами медичної допомоги;
3. дотриманням медичними сестрами обов'язків та професійної етики;
4. відгуками пацієнтів.

Зауважимо, що в системі державного управління медсестринством вагому роль відіграло створення Координаційної Ради з питань розвитку медсестринства, основною ціллю якої є визначення пріоритетів в розвитку медсестринства в контексті реформування галузі охорони здоров'я. Так, Радою подано на розгляд до парламенту такі документи, які містять нові погляди на розвиток медсестринства в Україні, як:

1. Закон про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування.
2. Закон про права медичного працівника та пацієнтів.
3. Медичний Кодекс.

Система державного управління медсестринства включає в себе заходи з реформування як практики розвитку медсестринства, так і її наукового осмислення. Основною ціллю державного управління є реформування медсестринства, як автономної галузі системи охорони здоров'я, яка включає в себе як практичну діяльність медичної сестри, так і медсестринську освіту. На нашу думку, державне управління медсестринства — це узагальнена та систематизована діяльність державних та приватних медичних установ, спрямованих на врегулювання проблем медсестринства за допомогою реалізації відповідних державних нормативно-правових актів з метою забезпечення належного рівня якості надання медичної допомоги [3].

Механізм державного управління медсестринської діяльності в Україні представлений на рисунку 1. Державне управління медсестринством

здійснюється на основі вітчизняної та міжнародної нормативно-правової бази.

Основу державної політики реформування медсестринства становлять відповідні статті Конституції України (ст. 27, 28, 43, 46, 49, 50 та інші), а також скоординований з ними Указ Президента України "Про Концепцію розвитку охорони здоров'я населення України" №1313/2000 від 07.12.2000 р., де визначено шляхи розвитку охорони здоров'я. Зокрема у затвердженій Указом Концепції охорони здоров'я населення України, що спрямована на реалізацію положень Конституції України та Законів України щодо забезпечення доступної кваліфікованої медичної допомоги кожному громадянину України, на затвердження нових ефективних механізмів фінансування та управління у сфері охорони здоров'я, передбачено реорганізацію системи управління у сфері охорони здоров'я [3].

Важливим дороговказом у реформуванні медсестринства потрібно вважати "Етичний кодекс професійної етики Міжнародної Ради медсестер" (07.05.2007 р.), де визначено основні обов'язки медичних сестер та правила їх поведінки. Зокрема, Кодекс визначає чотири основні обов'язки:

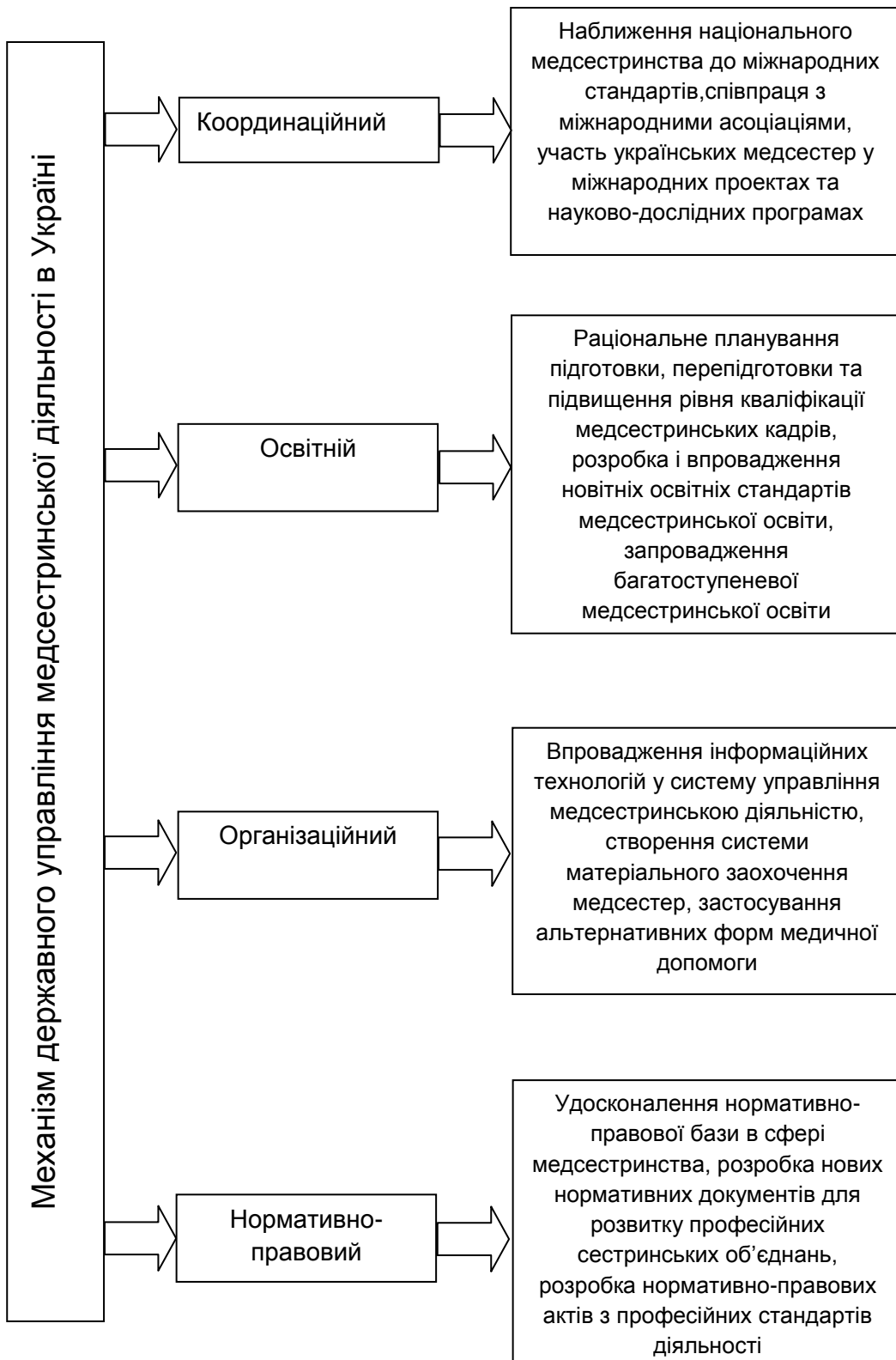


Рис.1. Механізм державного управління медсестринської діяльності в Україні

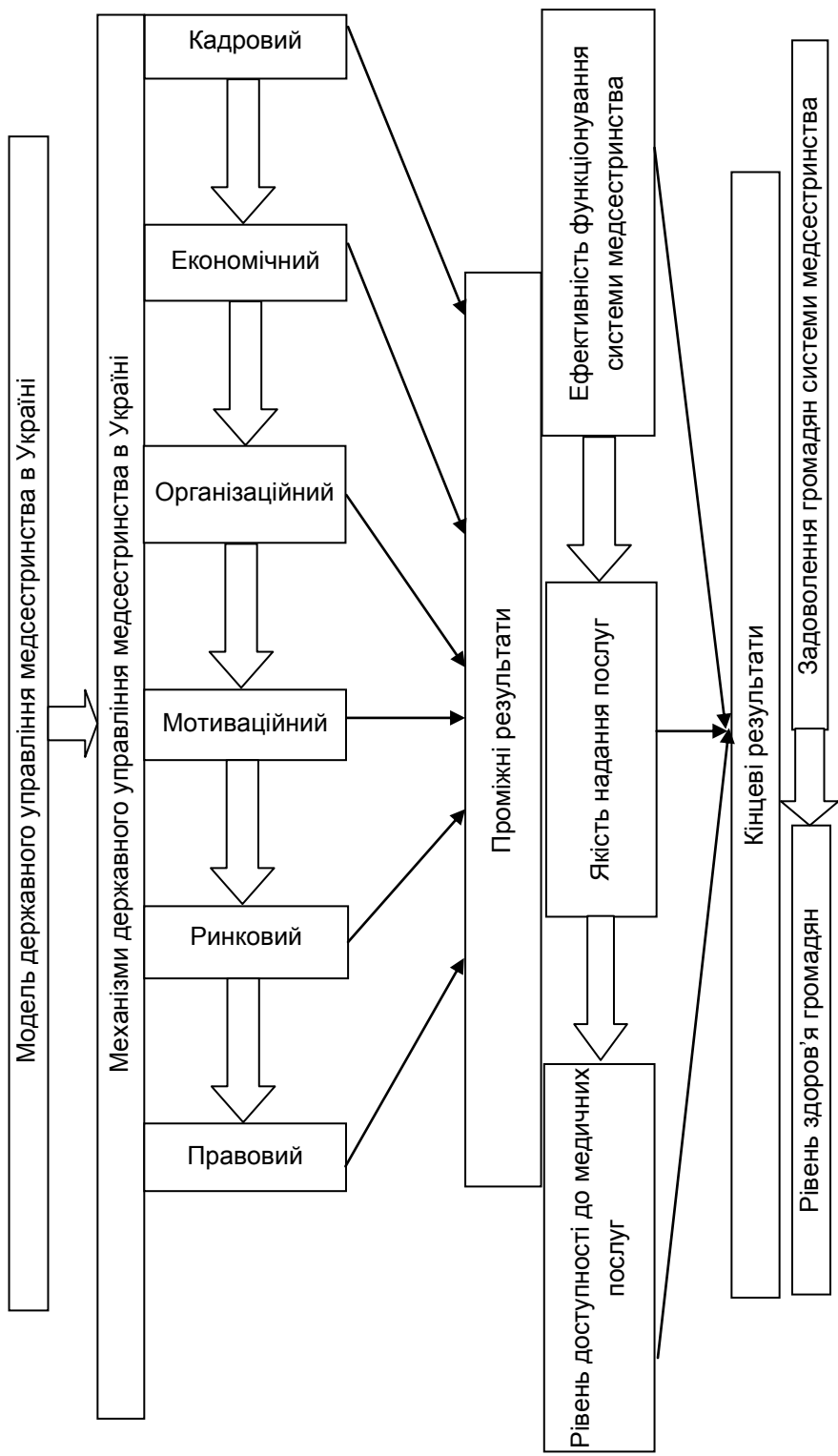


Рис.2. Модель державного управління медсестринства в Україні

1. збереження здоров'я;
2. запобігання захворюванням;
3. відновлення здоров'я;
4. полегшення страждань, що засновані на повазі до життя, гідності і прав людини.

Модель державного управління медсестринства в Україні наведена на рисунку 2.

У системі державного управління медсестринства першочергове завдання полягає у вдосконаленні нормативно правової бази, приведення чинного законодавства до міжнародних норм та стандартів. Для ефективного управління медсестринською діяльністю, держава повинна враховувати міжнародний досвід [3].

Державне управління медсестринством може ґрунтуватись на такій міжнародній нормативно-правовій базі:

1. Віденська декларація з сестринської справи (Відень, 1988);
2. Резолюція Асамблеї ВООЗ 42.27 42 Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я (1989 р.);
3. Резолюція Асамблеї ВООЗ 36.11 36 сесії ВООЗ (1983 р.);
4. Резолюція ВНА 54.12 54 сесії Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я (2001 р.) [4, 5].

Варто зауважити, що на сьогоднішній день стан нормативно-правової бази з регулювання та управління медсестринством не є досконалим і потребує допрацювання. Крім нормативно-правової бази, державне управління медсестринством включає в себе реформування медичної освіти. Саме держава повинна забезпечити надання ефективної освіти майбутнім медичним сестрам, адже якісна освіта є підґрунтям в розвитку медсестринства в Україні. Вітчизняна медична освіта повинна ґрунтуватися на європейських стандартах, де медична сестра відіграє особливо важливу роль, а не просто помічник лікаря, як це є в Україні [6].

Вагоме місце в системі державного управління медсестринства належить інноваційно-технологічному забезпеченні галузі, адже на сьогоднішній день технології, які необхідні для ефективної роботи медичної сестри, перебувають в край занедбаному стані [7].

Державне управління медсестринством неможливе без врахування результатів практичного досвіду і напрацьованих на його основі рекомендацій органам державного управління. На нашу думку, ефективне державне управління медсестринства можливе лише при здійсненні заходів

стосовно міжнародного співробітництва в медсестринській справі та взаємодії з Міжнародною Радою медичних сестер [8].

Необхідною умовою є запровадження системи стандартизації в охороні здоров'я. На сьогодні у зв'язку із розвитком менеджменту, важливою є професійна підготовка медичних кадрів у сфері управління. Саме такі етапи в державному управлінні медсестринства призведуть до вдосконалення діяльності медичних сестер та ефективності медичного обслуговування [9].

Висновки: із вищесказаного можемо зробити висновок, що вітчизняна система державного управління в медсестринстві ґрунтується і обмежується тільки на законотворчому рівні. Однак на сьогодні роль держави в медицині потребує кардинальних змін. Держава повинна бути гарантом і захисником прав та інтересів кожної людини. Механізм державного управління в медсестринстві являє собою складну проблему, яка потребує комплексного розв'язання та дослідження. Це сприятиме послідовному вирішенню цілої низки специфічних завдань. Тільки комплексне впровадження та використання запропонованих етапів державного управління в медсестринстві забезпечить ефективний її розвиток та вдосконалення.

ЛІТЕРАТУРА

1. Банчук М.В., Волосовець О.П., Чернишенко Т. І. Стратегія розвитку та реформування медсестринства в Україні. Український науково-практичний журнал: Магістр медсестринства. Житомир: Полісся. 2008. 1:18-21.
2. Біловол О.М. Стратегія розвитку та реформування медсестринства в Україні. Буковинський медичний вісник. Чернівці: БДМУ, 2007. 3-7.
3. Дуб Н.Є. Механізми державного управління реформуванням медсестринства в системі охорони здоров'я України [автореферат]. Львів. 2011. 20 с.
4. Резолюція Асамблеї ВООЗ 36.11 36 сесії ВВОЗ (1983) - <http://www.who.dk/document/e71523R>
5. Резолюція Асамблеї ВООЗ 42.27 42 сесії ВВОЗ (1989) - <http://www.who.dk/document/e71523R>
6. Роль сестринського (акушерського) персонала в реалізації стратегії досягнення здоров'я для всіх. Матеріали 36 сесії Всесвітньої Асамблеї здравоохоронення. 1983. 52 с.
7. Наказ Президента України "Про порядок контролю якості медичної допомоги" 28 вересня 2012 р. № 752 <http://za.kon2.rada.gov.ua/laws/show/z1996-12>

8. Указ Президента України "Про Концепцію розвитку охорони здоров'я населення України" від 07.12.2000 р. №1313/2000 - <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/1313/2000>

9. Шегедин М.Б., Мудрик Н.О. Історія медицини та медсестринства. Тернопіль: Укрмедкнига. 2003. 323 с.

МЕТОДИ КІНЕЗІОТЕРАПІЇ ДЛЯ ПОКРАЩЕННЯ ФУНКЦІЇ ПАРЕТИЧНОЇ РУКИ ХВОРИХ НА ІНСУЛЬТ KINESIOTHERAPY METHODS FOR IMPROVING OF THE PARETIC ARM FUNCTIONING AT THE PATIENTS AFTER STROKE

Р.М. Легеза,

студент магістр 1-го р.н. ДВНЗ “Ужгородський національний університет”,
факультет Здоров'я та фізичного виховання, кафедра фізичної реабілітації.

Науковий керівник: Філак Я.Ф., кандидат наук з фіз. вих. і спорту, доцент
кафедри фізичної реабілітації.

АНОТАЦІЯ

Легеза Р.М. Методи кінезіотерапії для покращення функції паретичної руки хворих на інсульт. Мета роботи: оцінити рухову функцію паретичної руки після перенесеного інсульту у людей працездатного віку, використовуючи методикінезіотерапії. **Методи:** Для клінічної оцінки рухового дефіциту, вираженості патологічних синергій, рефлекторної активності, поверхневої і глибокої чутливості, координації, обсягу пасивних рухів і больових відчуттів при рухах в уражених кінцівках використовували шкалу Фугл-Мейера: розділ шкали для оцінки функції руки. Для оцінки спастичності паретичній руці застосовували шкалу Ашворт. **Результати:** Після курсу реабілітаційного лікування нами були отримані дані про те, що обидві групи пацієнтів не тільки розрізняються в значній мірі по кінематичному портрету, але і мають різні шляхи рухового відновлення. Так, у пацієнтів з легким / помірним парезом відновлення рухової функції в паретичній руці відбувається шляхом нормалізації патерна руху, яка відображає міжсуглобову взаємодію в плечовому і ліктьовому суглобах, що має пряму кореляцію зменшенням клінічної вираженості ступеня парезу за шкалою Фугл-Мейера ($r = 0,94$; $p = 0,01$). У пацієнтів з грубим / вираженим парезом в руці відновлення рухової функції в паретичній руці відбувається по шляху компенсації рухового дефіциту, оскільки має зворотну кореляцію зі зменшенням клінічної вираженості ступеня парезу за шкалою Фугл-Мейера ($r = -0,9$; $p = 0,03$). **Висновки:** Отримані дані дозволили оцінити рухову функцію паретичної руки після перенесеного інсульту, які базуються перед всім на клінічних показниках: у хворих з легким / помірним парезом доцільно проводити тренування в рамках фізіологічного патерну рухів з придушенням компенсаторних механізмів, спрямовану на корекцію патологічного

стереотипу; у хворих з грубим / вираженим парезом у руці, навпаки, необхідні тренування з заохоченням механізмів компенсації і підвищенням функціональності паретичної руки в рамках сформованого патологічного стереотипу.

Ключові слова:

інсульт, кінезіотерапія, відновлення рухової функції, реабілітація.

SUMMARY

Leheza R.M. Kinesiotherapy methods for improving of the paretic arm functioning at the patients after stroke. The aim of the work: to evaluate the motor function of the paretic arm after a stroke for people of working age, using the techniques of kinesiotherapy. **Methods:** for the clinical evaluation of motor deficits, severity of pathological synergies, reflex activity, surface and deep sensitivity, coordination, volume of passive movements and pain in movements in the affected limbs, the Fugle-Meier scale was used: section of the scale to evaluate the function of the arm. The Ashworth scale was used to assess spasticity in the paretic arm. **The results:** After a course of rehabilitation treatment, we were informed that both groups of patients not only differ significantly in kinematic portrait, but also have different ways of motor recovery. Thus, in patients with mild / moderate paresis, restoration of motor function in the paretic arm occurs by normalizing the movement pattern, which reflects inter-articular interaction in the shoulder and elbow joints, which has a direct correlation with the decrease in the clinical severity of paresis on the scale Fugl-M , 94; $p = 0.01$). In patients with gross / severe paresis of the arm restoration of motor function in the paretic arm occurs the path of compensation of motor deficits, since it has an inverse correlation with the decrease in the clinical severity of paresis on the Fugl-Meyer scale ($r = -0,9$; $p = 0,03$). **Conclusions:** The obtained data made it possible to evaluate the motor function of the paretic arm after a stroke, based primarily on clinical parameters: in patients with mild / moderate paresis, it is advisable to exercise within the physiological pattern of movements with suppression of compensatory mechanisms; in patients with gross / severe paresis of the arm , on the contrary, training with the promotion of mechanisms of compensation and increase of functionality of the paretic arm within the formed pathological stereotype is necessary.

Key words:

stroke, kinesiotherapy, restoration of motor function, rehabilitation.

Вступ

Щороку в Україні трапляється близько 146 тисяч випадків інсультів. З них понад 35,5% - у людей працездатного віку. В Україні рівень інвалідизації через рік після перенесеного інсульту коливається від 76 до 85%, водночас у країнах Західної Європи - 25-30% [1].

Після інсульту настає переломний момент для пацієнта та його сім'ї. В Україні особи, які перенесли інсульт фактично ізольовані від спільноти, тому громадськість мало знає про їхні потреби та проблеми, тому нажалевони часто є соціально не захищені.

У зв'язку з цим неможливість багатьох людей забезпечувати лікування призводить до відсутності своєчасної і адекватної реабілітації хворих і як наслідок виникають незворотні анатомічні і функціональні зміни. Зокрема пошкодження мозку, є причиною різних порушень: рухових (геміпарез, атаксія, дисфагія), чутливих (гемігіпестезія, геміанопсія), когнітивних (амнезія, виконуюча дисфункція, апраксія, агнозія) і емоційно-вольових (апатія, депресія, агресія).

За даними ряду авторів, в гострому періоді інсульту парез руки можна зустріти в 48-77% випадків [2]. Водночас тільки 5-20% пацієнтів можуть повністю відновити рухову функцію паретичної руки до кінця раннього відновного періоду. Відновлення рухової функції верхньої кінцівки проходить за шість послідовних стадій (від млявого парезу до можливості здійснювати складні координовані рухи), при цьому поліпшення може завершитися на будь-якому з етапів і пацієнт залишиться з частково або повністю втраченими можливостями самообслуговування [3]. У зв'язку з цим важливою умовою ефективної рухової реабілітації є визначення тактики реабілітації пацієнта для досягнення максимального функціонального відновлення в залежності від поточного його етапу.

Рухові розлади верхньої кінцівки можуть проявлятися у вигляді плегії або парезу. Під плегією розуміють повну відсутність довільних рухів, парез це зниження м'язової сили з обмеженням об'єму довільних рухів. Парез кінцівок є найбільш поширеним порушенням після інсульту (у 75% тих, що вижили) невітшим є те що у 40% парез верхньої кінцівки зберігається назавжди [4, 5].

І перше з чим зустрічається пацієнт після перенесеного інсульту це виражений парез верхньої кінцівки –через що стає неможливим виконання звичних побутових завдань і призводить до обмежень у повсякденному житті. Навіть при мінімальному неврологічному дефекті важкий стрес, що виникає у пацієнта при усвідомленні своєї беспорядності і супроводжує його під час перебування в стаціонарі та періоду реабілітації. Тому реабілітація

хворих, які перенесли інсульт, направлена на попередження інвалідності або зниження ступеня її важкості і має бути розпочатою відразу після стабілізації стану хворого.

Також відомо, що у пацієнтів, які перенесли інсульт, крім вираженого парезу мають і підвищення м'язового тону, фізіологічний патерн рухів стає неможливим. Внаслідок цього виникають передумови для розвитку нових рухових синергій, що є по своїй суті компенсаторним механізмом. В результаті організм використовує для здійснення рухового акту збережені рухові функції кінцівки або активні рухи в суміжних суглобах і функціонально пов'язаних кінематичних ланцюгах [6].

У даній статті буде представлено метод СІ-терапії (constraint-induced movement therapy, СІМТ-терапія рухом, індукованим обмеженням; терапія вимушеними рухами) оскільки вона розглядається як найефективніший метод кінезіотерапії у хворих з помірним або легким парезом руки в ранньому, пізньому і навіть резидуальному відновних періодах, тобто навіть при давності інсульту більше року [7].

При СІ-терапії здорова рука іммобілізована за допомогою пов'язки або спеціальної рукавички, і в той же час протягом 3-6 годин в день проводяться спеціально підібрані для паретичної руки вправи. Даний підхід також дозволяє подолати феномен "невикористання" паретичної кінцівки [8, 9]. У процесі цілеспрямованих тренувань при реалізації підходу СІМТ/cimt пропонуються маніпуляції з різними предметами в побутовому середовищі: такими об'єктами можуть виступати предмети гігієни, столові прилади, різні аксесуари, елементи одягу, дитячі іграшки, прищіпки для білизни і т.д.. В процесі занять повинна поступово збільшуватися складність вправ і швидкість їх виконання.

Мета роботи: оцінити рухову функцію паретичної руки після перенесеного інсульту у людей працездатного віку, використовуючи методи кінезіотерапії.

Матеріали та методи:

З метою вивчення оцінки рухової функції паретичної руки після перенесеного інсульту у людей працездатного віку, нами проведено обстеження хворих, які знаходилися на лікуванні в Ужгородській міській клінічній лікарні. Обстежено 24 пацієнтів, які перенесли інсульт з паретичним ураженням верхньої кінцівки.

При виконанні дослідження застосовано аналіз та узагальнення літературних джерел, використовувалась шкала оцінки рухової функції руки за допомогою шкали Фугл-Мейєра (FMA), модифікована шкала Ашворта. Статистичну обробку матеріалів проводили при допомозі

стандартного статистичного пакета «MicrosoftExcel 2010» шляхом розрахунку кореляційних коефіцієнтів Пірсона та визначення їх статистичної значимості.

Для клінічної оцінки рухового дефіциту, вираженості патологічних синергій, рефлекторної активності, поверхневої і глибокої чутливості, координації, обсягу пасивних рухів і больових відчуттів при рухах в уражених кінцівках використовували шкалу Фугл-Мейера: розділ шкали для оцінки функції руки. Для оцінки спастичності паретичній руці застосовували шкалу Ашворт [10].

1) Шкала Фугл-Мейера (FMA) є найбільш вивченим і всесвітньо відомим інструментом для оцінки ступеня постінсультних порушень. Встановлено чітку кореляцію між ступенем тяжкості рухової функції, вираженою в балах за шкалою Фугл-Мейера, і ступенем функціонального дефіциту (активності), наприклад, здатністю використовувати руку при прийомі їжі, переодяганні, догляді за волоссям, здатністю ходити з функціональною швидкістю.

Основні характеристики шкали (розділ для оцінки рухової функції руки). Предмет оцінки: мультисуглобові рухи. Середній час на виконання: 10-20 хв. Градація балів: 0-1-2. Максимальний бал: 66. Мінімальне клінічно значуще поліпшення: 5,25 балів. Для проведення оцінки знадобляться: неврологічний молоток, аркуш паперу, олівець або ручка, стакан або подібний склянці циліндричний предмет, тенісний м'ячик, секундомір.

2) Шкала Ашворта (Ashworth Scale), використовується для вимірювання спастичності і ефекту її лікування, а також для вимірювання ступеня тяжкості і частоти опору пасивним рухам за п'ятибальною оцінкою (від 0 до 4). Для оцінки лікар переміщує кінцівки пацієнта в повному діапазоні руху і суб'єктивно оцінює м'язовий тонус.

Бали	Значення
0 балів	Немає підвищення м'язового тонусу
1 бал	Легке підвищення тонусу у вигляді короткочасного напруги і швидкого розслаблення м'яза або мінімального опору в кінці пасивного згинання або розгинання
1+бал	Легке підвищення тонусу у вигляді короткочасної напруги м'язів з мінімальним опором при продовженні (менше половини амплітуди) пасивного руху

- 2 бали** Більш виражене підвищення м'язового тону, що відчувається під час всього пасивного руху, але при цьому уражений (і) сегмент (и) кінцівки легко піддається руху
- 3 бали** Значне підвищення м'язового тону, пасивні рухи утруднені
- 4 бали** Уражений (е) сегмент (и) нерухомий в положенні згинання або розгинання

Комплекс реабілітації для пацієнтів підбирався з урахуванням існуючих у хворого фізичних обмежень. В рамках курсу реабілітації у пацієнтів проводили тренування функціональної навички паретичної руки із застосуванням СІМТ- терапії.

Окрім цього, компонентом СІМТ- терапії являються ціленаправлені тренування та інші методи ЛФК:

1)Цілеспрямовані тренування-ключовий і обов'язковий елемент ЛФК, що представляє собою високоінтенсивні тренування функціонально значущих, цілеспрямованих рухів [17]. Мета даного підходу - освоєння рухової навички, важливого для пацієнта в повсякденному житті.

2)Інший основний підхід ЛФК-тренування з великою кількістю повторів руху, також базується на концепції навчання Хебба. Мета даного підходу-відпрацювання індивідуального руху. У клінічних дослідженнях показано, що виконання декількох сотень повторів рухів за годину тренування не погіршує стан пацієнта [11, 12, 13] і сприяє навчанню рухової навички навіть при давності інсульту більше 6 місяців [14].

3) Силкові тренування - спрямовані на збільшення м'язової сили: активні вправи з опором руху паретичної руки, здійснюваним фахівцем або за допомогою обтяжуючих пристосувань.

4) При силових тренуваннях важливий правильний вибір тренуваних груп м'язів і настороженість щодо розвитку або збільшення спастичності. Основний вплив має бути направлено на м'язи-антагоністи спастичним м'язам, тобто при типовій постінсультній позиції руки – на м'язи, що відводять плече, розгиначі і супінатори передпліччя, розгиначі кисті і пальців [15, 16].

5)Пасивна лікувальна гімнастика використовується у поєднанні з основним комплексом ЛФК і включає пасивне розтягнення м'язів, виконуваних інструктором ЛФК без активної «м'язової» участі пацієнта.Основною метою даних підходів є розтягнення м'язових тканин, укорочених на тлі спастичності, профілактика вторинних ускладнень, а

також збереження функції м'язів і суглобів, їх підготовка до відновлення довільного контролю [17].

Результати дослідження та їх обговорення

У дослідженні взяли участь 24 хворих, які перенесли інсульт і мали ураження верхньої кінцівки. З них 15 жінок, що становить 62,5 % та 9 чоловіків – 37,5 %. Середній вік яких склав $65,5 \pm 5,6$ років. Критеріями включення у дослідження були: збережена свідомість, вік до 78 років, відсутність на момент дослідження важких соматичних захворювань, а також збереженість функції мови та письма.

При проведенні порівняльного аналізу даних за шкалою Фугл-Мейера у всіх пацієнтів після курсу реабілітації спостерігали статистично значуще збільшення активних рухів у плечі, передпліччя, зап'ястя і кисті. Було відзначено також достовірне збільшення обсягу пасивних рухів в ліктьовому і променево-запястному суглобах. Важливо зауважити, що, відповідно до шкали Фугл-Мейера, значимо зменшувалася вираженість патологічної згинальної синергії (чим більше бал за шкалою Фугл-Мейера, що оцінює вираженість синергії, тим менше ступінь її вираженості) (табл. 1).

Таблиця 1.

Показники рухових порушень в руці по підрозділах шкали Фугл-Мейера, в балах Група – (n - 24)

Розділ шкали	До лікування	Після лікування	
Загальний бал	52,9	56	$p = 0,000025$
Рух плеча та передпліччя	14,1	15,7	$p = 0,000821$
Рух зап'ястя та кисті	8,4	9,4	$p = 0,000168$
Синергії	3,6	4,1	$p = 0,000049$
Об'єм пасивних рухів	10	11	$p = 0,000327$

Згідно клінічної оцінки за шкалою Фугл-Мейера, нами були виділені хворі з грубим парезом, руховий дефіцит яких склав менше 50% від максимального бала активних рухів. (менше 33 балів), вираженим - 50-69% (34-46 балів), помірним - 70-89% (47-56 балів) і легким парезом - 90-99% (57-65 балів). Для подальшого аналізу пацієнти були розділені на 2 групи: група 1 - пацієнти з легким / помірним парезом, група 2 - пацієнти з грубим / вираженим парезом. При порівняльному аналізі по окремим підрозділам шкали Фугл-Мейера виявилось, що достовірно поліпшення рухової функції руки наступало як в проксимальних, так і в дистальних відділах руки в обох підгрупах (рис. 1, рис. 2).

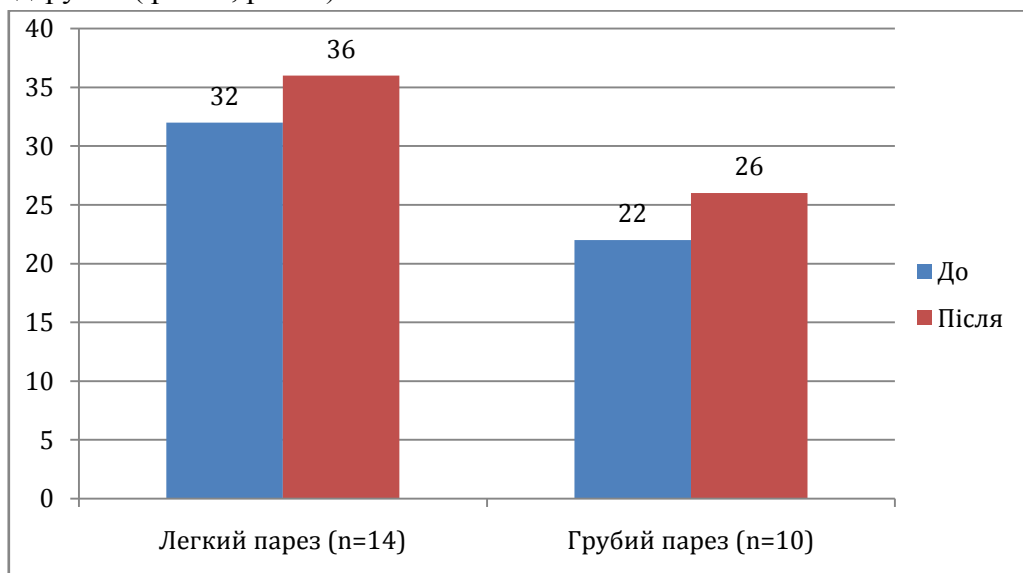


Рис. 1 Оцінка рухової функції плеча і передпліччя, в балах

За результатами оцінки за шкалою Ашворт при проведенні статистичного аналізу було виявлено, що після курсу реабілітації значимо знизився ступінь спастичності в м'язах-згиначах ліктьового суглоба ($p = 0,08$), м'язах-згиначах зап'ястя ($p = 0,098$) і зовнішніх згиначів пальців ($p = 0,022$). Зниження спастичності в досліджуваних групах м'язів спостерігали у пацієнтів як з незначним і легким (1; 1+ бали), так і з більш вираженим підвищенням м'язового тону (2 бали). При аналізі клінічних даних за шкалою Фугл-Мейера нами був виявлений тісний зв'язок ступеня вираженості патологічної згинальної синергії в руці і ступеня загального рухового дефіциту ($r = 0,81$; $p < 0,05$).

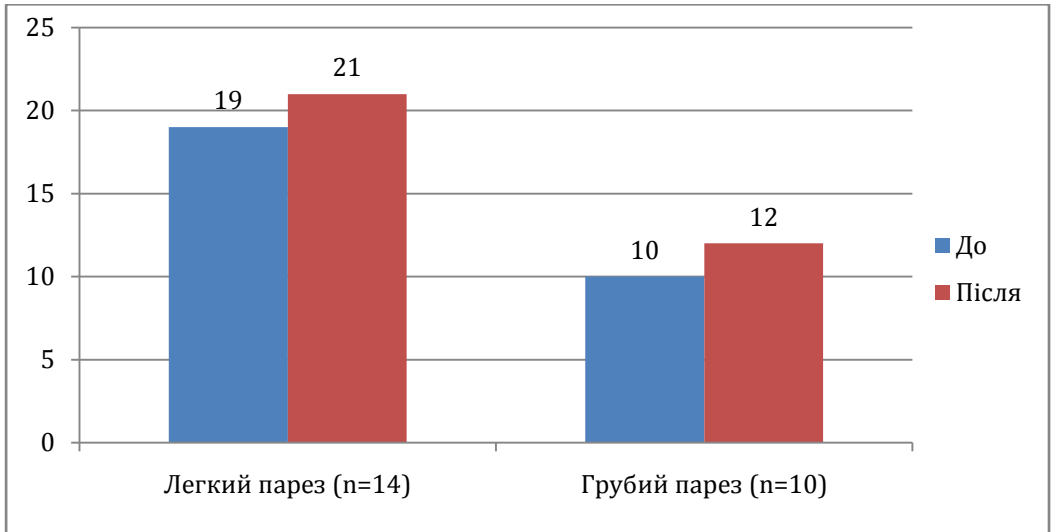


Рис. 2 Оцінка рухової функції зап'ястя та кисті, в балах

Після курсу реабілітаційного лікування нами були отримані дані про те, що обидві групи пацієнтів не тільки розрізняються в значній мірі по кінематичному портрету, але і мають різні шляхи рухового відновлення. Так, у пацієнтів з легким / помірним парезом відновлення рухової функції в паретичній руці відбувається шляхом нормалізації патерна руху, яка відображає міжсуглобову взаємодію в плечовому і ліктьовому суглобах, що має пряму кореляцію з зменшенням клінічної вираженості ступеня парезу за шкалою Фугл-Мейера ($r = 0,94$; $p = 0,01$). У пацієнтів з грубим / вираженим парезом в руці відновлення рухової функції в паретичній руці відбувається по шляху компенсації рухового дефіциту, оскільки має зворотну кореляцію зі зменшенням клінічної вираженості ступеня парезу за шкалою Фугл-Мейера ($r = -0,9$; $p = 0,03$). У даних пацієнтів відбувається поліпшення функціональних рухів в руці при збереженні патологічного патерна руху.

Ці дані свідчать про наявність у пацієнтів з грубим / вираженим парезом компенсаторного механізму і пояснюють зниження цього коефіцієнта після проведення реабілітації. Можна припустити, що при грубому / вираженому парезі відновлення рухових навичок йде по шляху компенсації, тому повернення до нормального патерну рухів у пацієнтів з розлогою повній мірі патологічною синергією в руці неможливо.

За нашими даними, тренування, що проводиться фахівцем з реабілітації, не у всіх випадках повинна бути спрямована на подолання патологічних синергій, оскільки на адаптацію і навчання пацієнтів з грубим / вираженим парезом доцільно використовувати максимально ефективно компенсаторні механізми.

Такий висновок знайшов підтвердження і при аналізі даних клінічного огляду, так як після проведеного курсу реабілітації було відзначено достовірне поліпшення функціональності паретичної руки в обох групах пацієнтів, зокрема навичок, пов'язаних з дрібною моторикою. Цей ефект може бути пов'язаний з відсутністю обмеження ступенів свободи в паретичній кінцівці під час тренування, так як пацієнти навчалися діяти в рамках свого стереотипу і долати його при необхідності довільно.

На підставі отриманих даних в групах пацієнтів з різним ступенем спастичності і виразністю парезу в руці можна зробити висновок, що у пацієнтів з легким / помірним парезом відновлення рухової функції в паретичній руці відбувається шляхом нормалізації патерна руху. Відповідно у пацієнтів з грубим / вираженим парезом в руці відновлення рухової функції відбувається по шляху компенсації рухового дефіциту

При цьому оцінку до початку курсу реабілітації і розробки реабілітаційної стратегії необхідно проводити по підрозділу шкали Фугл-Мейера для верхньої кінцівки. Варто відзначити, що оцінка за шкалою Ашворт також необхідна і обов'язково повинна бути проведена в трьох м'язових групах: згиначів ліктьового і променево-запястного суглобів і згиначів пальців. Ступінь спастичності, що впливає на вибір тактики ведення пацієнта, становить 1+ в двох і більше м'язових групах.

Висновки

Проведене дослідження показало, що включення короткого курсу СІМТ- терапії та спеціально підібраних вправ до базових методів фізичної реабілітації у пацієнтів, які перенесли інсульт здатне помірно позитивно впливати на функціональні характеристики верхньої кінцівки, а також покращувати комплексні рухові навички, необхідні для самообслуговування.

Отримані дані дозволили оцінити рухову функцію паретичної руки після перенесеного інсульту, які базуються перед всім на клінічних показниках: у хворих з легким / помірним парезом доцільно проводити тренування в рамках фізіологічного патерну рухів з придушенням компенсаторних механізмів, спрямовану на корекцію патологічного стереотипу; у хворих з грубим / вираженим парезом у руці, навпаки, необхідні тренування з заохоченням механізмів компенсації і підвищенням функціональності паретичної руки в рамках сформованого патологічного стереотипу.

ЛИТЕРАТУРА

1. <https://nszu.gov.ua/novini/u-kiyevi-prohodit-forum-akademiya-insultu-2019-119>
2. Хижникова А. Е. Динамика кинематического портрета постинсультного пареза руки на фоне реабилитации ВЕСТНИК РГМУ. 2019; 4: 34-41.
3. Хижникова А.Е., Клочков А.С., Котов-Смоленский А.М., Супонева Н.А., Черникова Л.А. Виртуальная реальность как метод восстановления двигательной функции руки. *Анналы неврологии* 2016; 3: 5–12.
4. Taub, E., R.D. Heitmann, G. Barro, Alertness, level of activity, and purposive movement following somatosensory deafferentation in monkeys. *Ann N Y Acad Sci*, 1977. 290: 348-65.
5. Hatem, S.M., G. Saussez, M. DellaFaille, V. Prist, X. Zhang, D. Dispa, Y. Bleyenheuft, *Rehabilitation of Motor Function after Stroke: A Multiple Systematic Review Focused on Techniques to Stimulate Upper Extremity Recovery*. *Frontiers in human neuroscience*, 2016. 10: 442.
6. Инсульт у взрослых: центральный парез верхней конечности. Клинические рекомендации Союза реабилитологов России (Приложение Г3), 2017 г.
7. Л.А. Черниковой Восстановительная неврология: Инновационные технологии в нейрореабилитации. Издательство «Медицинское информационное агентство». 2016: 344.
8. Новикова Л.Б., Аюпян А.П., Шаранова К.М., Минабаева Г.М. Реабилитация двигательных функций у больных, перенесших церебральный инсульт, с использованием роботизированного комплекса Lokomat. *Физиотерапия, бальнеология и реабилитация* 2013; 5: 50–51.
9. Winstein, C.J., J. Stein, R. Arena, B. Bates *Guidelines for Adult Stroke Rehabilitation and Recovery: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association*. *Stroke*, 2016. 47(6): 98-169.
10. Birkenmeier, R.L., E.M. Prager, C.E. Lang, *Translating animal doses of task-specific training to people with chronic stroke in 1-hour therapy sessions: a proof-of-concept study*. *Neurorehabil Neural Repair*, 2010. 24(7): p. 620-35. 10
11. Lang, C.E., M.J. Strube, M.D. Bland *Dose response of task-specific upper limb training in people at least 6 months poststroke: A phase II, single-blind, randomized, controlled trial*. *Ann Neurol*, 2016. 80(3): 342-54.

12. Miltner, W.H., H. Bauder, M. Sommer, C. Dettmers, E. Taub, Effects of constraint-induced movement therapy on patients with chronic motor deficits after stroke: a replication. *Stroke*, 1999. 30(3): 586-92.
13. Wddell, K.J., R.L. Birkenmeier, J.L. Moore, T.G. Hornby, C.E. Lang, *Feasibility of high-repetition,task-specific training for individuals with upper-extremity paresis*. *Am J Occup Ther*, 2014. 68(4): 444-53.
14. Taub, E., N.E. Miller, T.A. Novack, E.W. Cook, 3rd, W.C. Fleming, C.S. Nepomuceno, J.S. Connell, J.E. Crago, Technique to improve chronic motor deficit after stroke. *Arch Phys Med Rehabil*, 1993. 74(4): 347-54.
15. Daly, J.J., N. Hogan, E.M. Perepezko *Response to upper-limb robotics and functional neuromuscular stimulation following stroke*. *J Rehabil Res Dev*, 2005. 42(6): 723-36.
16. Patten, C., J. Lexell, H.E. Brown, *Weakness and strength training in persons with poststroke hemiplegia: rationale, method, and efficacy*. *J Rehabil Res Dev*, 2004. 41(3A): 293-312.
17. Veerbeek, J.M., E. van Wegen, R. van Peppen, P.J. van der Wees, E. Hendriks, M. Rietberg, G. Kwakkel, *What is the evidence for physical therapy poststroke? A systematic review and meta-analysis*. *PLoS One*, 2014. 9(2): 87-98.

**ВПЛИВ ПРОГРАМИ РАНЬОГО ВТРУЧАННЯ НА ЯКІСТЬ
ЖИТТЯ ДІТЕЙ З ПОРУШЕННЯМИ РОЗВИТКУ
IMPACT OF EARLY INTERVENTION PROGRAM ON THE
LIFE QUALITY OF CHILDREN WITH DEVELOPMENTAL
DISABILITIES**

Андріана Віталіївна Петришка

Науковий керівник: Сабадош Мар'яна Володимирівна, кандидат наук з фізичного виховання та спорту, викладач кафедри фізичної реабілітації ДВНЗ «УжНУ»

Аннотація

Петришка А.В. Влияние программы раннего вмешательства на качество жизни детей с нарушениями развития.

Цель: определение уровня развития детей раннего возраста с нарушениями развития и оценка качества жизни семей.

Методы: анализ научно-методической литературы и исследований; методы - анализ, осмысление и обобщение; шкала развития ребенка KID / RCDI; методика FQOL. Также использованы методы статистической обработки данных и метод корреляционного анализа - анализ по К. Пирсоном.

Результаты: обнаружено достоверная связь между удовлетворенностью взрослых семейной взаимодействием и уровнем отставание ребенка в социальном развитии (-0,37), а также значимую связь между удовлетворенностью семьи поддержкой по инвалидности и такими показателями как общее отставание ребенка в развитии (-0,42), отставание в социальном (-0,52), моторной (-0,31) и когнитивном развитии (-0,37) и др. Так что чем более выраженное отставание ребенка в социальном развитии, тем ниже качество жизни семьи в сферах «семейная взаимодействие» и «поддержка по инвалидности».

Выводы: программа раннего вмешательства, направленной на развитие детей и поддержке семей, позволяет повышать качество жизни семей за счет снижения эмоционального напряжения.

Ключевые слова:

раннее вмешательство, нарушение развития, оценка качества жизни.

ABSTRACT

Petrishka A.V. Impact of early intervention program on the life quality of children with developmental disabilities.

Aim: determining the level of development of young children with disabilities and assessing the quality of life of families.

Methods: analysis of scientific and methodological literature and research; general scientific methods - analysis, comprehension and generalization; child development scale KID / RCDI; FQOL technique. Also used methodological statistics data and the method of correlation analysis - analysis by K. Pearson.

Results: We found a significant relationship between adult satisfaction with family interaction and the level of child lag in social development (-0.37), as well as a significant relationship between family satisfaction with disability support and indicators such as overall child developmental lag (-0.42), lag in social (-0.52), motor (-0.31) and cognitive development (-0.37), etc. Thus, the greater the gap between the child in social development, the lower the quality of life of the family in the areas of "family interaction" and "support for disability".

Conclusions: An early intervention program aimed at child development and support for families improves the quality of life of families by reducing emotional stress.

Keywords:

early intervention, developmental disorders, quality of life assessment.

Вступ

Проблема підвищення якості життя сімей з дітьми з порушеннями здоров'я та розвитку набуває сьогодні особливої актуальності в Україні. Останнім часом кількість дітей з тяжкими вродженими та набутими захворюваннями зростає.

Однією з найбільш актуальних медико-психологічних та медико-соціальних проблем стає створення комплексних послуг для покращення якості життя дітей раннього віку з порушеннями здоров'я та розвитку й одночасне підвищення ступеня адаптованості сімей, де народжуються й виховуються такі діти[1].

У 2007 році Всесвітня Організація охорони здоров'я (ВООЗ) прийняла Міжнародну класифікацію функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я для дітей та підлітків (МКФ-ДП), яка з позицій біопсихосоціальної моделі встановлює співвідношення між такими елементами функціонування дитини як: здоров'я, функції та структури організму, активність, участь, контекстуальні фактори[2, 3, 4].

Згідно з МКФ-ДП функціонування дитини є результатом комплексної та динамічної взаємодії всіх вищевказаних елементів, коли вплив на один елемент потенційно може змінити інший (або інші) елементи та стан

систему в цілому. В МКФ-ДП також зафіксовано, що вивчення особливостей психофізичного розвитку дітей неможливо без аналізу сімейного контексту, що здатність бути залученим та приймати активну участь у житті в ранньому дитинстві пов'язана з близькими стосунками з батьками або найближчими родичами.

Раннє втручання надає свої послуги насамперед дітям перших років життя, оскільки раннє виявлення біологічних та соціальних факторів ризику щодо порушення розвитку дитини дає можливість своєчасно почати інтенсивну допомогу у ранньому віці, коли розвиток дитини особливо піддається впливу і є можливість попередити ускладнення неповносправності в функціонуванні сім'ї, так і в фізичному та психосоціальному розвитку дитини [5, 6].

Діяльність програми здійснюється міждисциплінарною командою, в якій спеціалісти тісно співпрацюють між собою, оскільки тільки у такий спосіб сім'ї та дитині може бути надана цілісна, комплексна допомога.

До команди Раннього втручання входять такі фахівці як: психолог, фізичний терапевт, спеціаліст з комунікації (логопед), лікар (педіатр, невролог).

Рівноправними членами команди також є батьки дитини, саме вони є експертами стосовно нагальних потреб та можливостей своєї дитини.

Послуга Раннього втручання надається як в спеціально організованих центрах раннього втручання, так і дома, та в інших місцях в яких сім'я може стикатися з проблемами та перепонами (дитячі майданчики, магазини, та ін.), тому що головна мета - це підвищення можливостей дитини в її природньому середовищі.

Міжнародна громадська організація HealthProm (Лондон), Національна Асамблея людей з інвалідністю України та Благодійний фонд «Інститут раннього втручання» (Харків) з осені 2016 започаткували та впроваджують Програму «Батьки за раннє втручання в Україні»[7, 8].

Програма спрямована на підтримку недержавних організацій (НДО), якими керують батьки (або які створені батьками) дітей з інвалідністю («батьківські» НДО) та активних батьків дітей з порушеннями розвитку та/або інвалідністю в їх участі в процесах розробки та впровадження системи раннього втручання в Україні.

В рамках Програми впроваджується проект «Збільшення здібностей громадських організацій, керованих батьками, підтримувати забезпечення реформ, спрямованих на права і потреби дітей з інвалідністю раннього віку в Україні» (впроваджується за фінансування ЄС).

А також протягом 2017 року за фінансування уряду Німеччини і за підтримки ЮНІСЕФ впроваджувався проект «Підтримка батьків дітей з інвалідністю задля їх ефективного партнерства в розробці раннього втручання в Східній Україні» [9, 10, 11].

Результати дослідження свідчать, що досвід отримання послуги РВ може знижувати рівень депресії у батьків. Відомо, що в існуючій на сьогодні системі допомоги батьки, отримуючи професійну допомогу спеціалістів, не до кінця розуміють цінність своєї участі в розвиненні власної дитини з ПР, а спеціалісти – цінність і ресурси ефективного партнерства з батьками.

У свою чергу, результати дослідження продемонстрували, що для батьків важливим є їхнє залучення до роботи спеціаліста, навчання методам взаємодії з дітьми, відкриті партнерські відносини і регулярні контакти зі спеціалістами. Проведене дослідження виявило, що сім'ї отримували переважно медичні послуги, масаж, послуги логопеда-дефектолога і низку інших послуг [12, 13].

Мета роботи – визначення рівня розвитку дітей раннього віку із порушеннями розвитку та оцінка якості життя родин.

Практичне значення одержаних результатів

Програма раннього втручання широко застосовується як в спеціально організованих центрах раннього втручання, так і дома, та в інших місцях в яких сім'я може стикатися з проблемами та перепонами, тому головна мета – це підвищення можливостей дитини в її природньому середовищі.

Матеріали та методи дослідження

Клінічні спостереження проводили на базі Центру Медико-Соціальної Реабілітації Дітей ім. Святого Михайла, с. Ратівці.

В дослідженні прийняли участь 55 родин, які виховують дітей раннього віку з порушеннями розвитку. З них від 0 – 1 року – 1 дитина (1,8 %), 2 роки – 7 дітей (12,7 %), 3 роки – 6 дітей (10,9 %), 4 роки – 8 дітей (14,5 %) , 5 років – 14 дітей (25,5 %) та 6 років – 13 дітей (23,6 %).

Серед дітей 32 осіб представлено хлопчиками і 22 – дівчатами. Результати вивчення медичної документації (паспорт новонародженого, амбулаторна карта, виписка з історії розвитку дитини) виявили наступні порушення у дітей: неврологічні порушення із супутньою затримкою мовленнєвого розвитку – 10 осіб (18,2 %), тяжкі ураження ЦНС (вроджені вади розвитку головного мозку, ДЦП) – 14 осіб (25,5 %), хромосомні порушення (синдром Дауна, синдром Веста, синдром Прадера-

Віллі) – 6 осіб (10,9 %), порушення взаємодії(дитячий аутизм, розлади спектра аутизму) – 17 осіб (30,9 %), синдром рухових порушень – 4 особи (7,3 %), функціональна нестабільність – 3 особи (5,5 %) та ММД затримка формування статокінетичних функцій – 1 особа (1,8 %).

Батьки дітей (дорослий, що приймав участь в експерименті) мали вищу освіту в 36 випадках, і середню або середню спеціальну освіту – в 19 випадках.

Родини отримували допомогу в програмі раннього втручання. Сімейно-центрована програма раннього втручання формувалась у відповідності до потреб дитини та родини, включала індивідуальний план, який реалізовувався командою фахівців у складі лікаря, психолога, логопеда, фізичного реабілітолога у співпраці з батьками.

Для вирішення завдань дослідження були використані наступні психодіагностичні методи:

- шкала розвитку дитини KID/RCDI;
- методика FQOL.

Також використані методи статистичної обробки даних та метод кореляційного аналізу – аналіз за К. Пірсоном.

Оцінка рівня розвитку дітей проводилася за шкалами KID та RCDI-2000, які є адаптованими для умов східноєвропейських країн варіантами американської шкали Child Development Inventory (CDI), розробленої Г. Айртоном (H. Ierton, 1992) Обидві шкали побудовані за аналогічними принципами та обробляються одним програмовим комплексом. Для оцінки рівня розвитку дітей до 16 місяців використовується шкала KID. Шкала RCDI-2000 призначена для оцінки рівня розвитку дітей від 1 року 2 місяців до 3 років 6 місяців [14, 15].

Адаптація виконана в Санкт-Петербурзькому Інституті Раннього Втручання в 1992-1999 роках (Я. Шапиро & И. Чистович, 2000). Загальними принципами для обох шкал є біхевіоральний підхід до оцінки розвитку: рівень розвитку оцінюється за репертуаром поведінки. Береться за основу уявлення про те, що порядок засвоєння навичок дітьми, що відстають в розвитку, в більшості випадків є таким самим, як у дітей, що мають нормативний розвиток. Оцінка проводиться за опитувальниками, що заповнюють батьки. Доказовою базою, що дозволяє довіряти методикам, заснованим на відповідях батьків, є дослідження J. Reuter, L. Reuter, L. Bickett, В. Століна (Reuter J. 1985; Reuter J. & L. F. Reuter, 1990; А. Бодальова & В. Столин, 1987) [16].

Для визначення якості життя родин, в яких виховується дитина з порушеннями розвитку, обрано опитувальник FQOL (Familyqualityoflife).

Опитувальник був розроблений для вивчення якості життя родин, що виховують дитину з інвалідністю (Poston, D., Turnbull, A., Park, J., Mannan, H., Marquis, J., & Wang, M., 2003) [17].

Автори систематизували результати попередніх теоретичних та емпіричних досліджень, присвячених феномену якості життя сім'ї, факторизували отримані результати, що дозволило операціоналізувати зазначений феномен. Опитувальник FQOL містить п'ять шкал: сімейна взаємодія виховання, емоційне благополуччя, фізичне та матеріальне благополуччя, пов'язана з інвалідністю підтримка [18, 19].

Шкала «Сімейна взаємодія» включає вислови щодо підтримки, любові та турботи членів сім'ї один до одного. Наприклад: «Моя сім'я любить проводити час разом», «Моя сім'я вирішує проблеми разом».

Висловлювання, які входять до блоку «Виховання» відображають те, як батьки піклуються про задоволення потреб дитини, як вони її розвивають. Сюди входять такі вислови «Члени сім'ї вчать дітей, як жити з оточуючими», «Члени сім'ї допомагають дітям вчитися бути незалежними» та ін.

Шкала «Емоційне благополуччя» відображає те як батьки справляються з емоційним стресом. Наприклад: «Моя сім'я має підтримку для того, щоб зменшити емоційну напругу».

Блок «Фізичне / матеріальне благополуччя» відображає можливість батьків отримувати соціальну, матеріальну та медичну допомогу. До цієї шкали входять висловлювання «Моя сім'я отримує медичну допомогу в разі потреби», «Моя сім'я може самостійно піклуватися про наші витрати».

Шкала «Підтримка, пов'язана з інвалідністю» включає в себе твердження про отримання дитиною послуг, пов'язаних з її інвалідністю, такі як: «Дитина, яка має особливі потреби, отримує підтримку для досягнення успіхів вдома», «Моя родина має добрі стосунки з тими, хто надає послуги дитині з особливими потребами» [20].

Дані отримані в процесі дослідження, були проаналізовані за допомогою пакета статистичного аналізу Microsoft Office Excel 2010.

Результати дослідження та їх обговорення

Результати аналізу показників оцінки рівня розвитку дітей проводилася за шкалами KID та RCDI до та після програми раннього втручання і показані на рисунку 1.

Із рисунка ми бачимо, що батьки до проходження програми раннього втручання відзначали, більш виражене відставання в загальному розвитку, зокрема в когнітивній та мовленнєвій сферах.

Достовірний негативний зв'язок виявлено за такими показниками розвитку дитини як загальне відставання в розвитку (100%), зокрема відставання в когнітивній сфері (80%) та відставання в розвитку розуміння мовлення (72%).

Тобто, чим менш виражене відставання в загальному розвитку, зокрема в когнітивному розвитку та відставання в розвитку розуміння мовлення демонструє дитина, тим більш позитивним є переважний емоційних фон взаємодії в родині.

Зогляду на зміст цих показників, це може свідчити про недостатність позитивнихресурсів побудови взаємодії у дорослих, що виховують дітей із вираженим відставанням в розвитку.

Показник відставання в розвитку навичок самообслуговування має достовірний негативний вплив почуттів дорослого у взаємодії з дитиною (67%). Отже ми можемо припустити, що переживання дорослого у взаємодії з дитиною тим частіше є негативними, чим більш виражене відставання дитини в навичках самообслуговування. Цей феномен підтверджується також висловами батьків, що відчують сором або розчарування, коли малюк не демонструє навичок самообслуговування, характерних для його віку.

Достовірним також є показник відставання дитини в розвитку мовлення, який відзначали батьки (69%). Тобто ми бачимо, що більший рівень емоційної підтримки надають батьки дітям із менш вираженим відставанням в когнітивному розвитку.

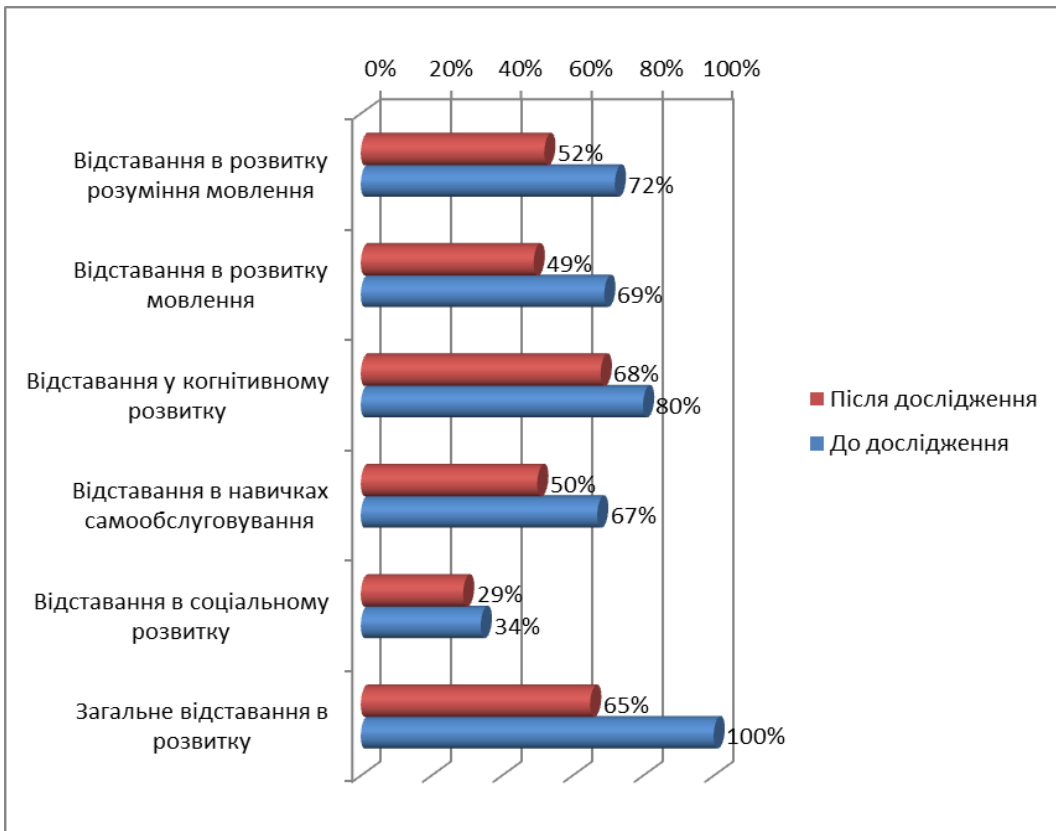


Рис. 1. Результати аналізу показників відставання у розвитку дитини

Відповідно після проходження дітей з порушеннями розвитку програми раннього втручання батьки відзначали позитивну динаміку в загальному відставанні в розвитку на 35%, зокрема в мовленнєвій сфері покращення відбулося на 20% та відставання в навичках самообслуговування покращилося на 17%.

Показники відставання в когнітивному розвитку у дітей, які проходили програму раннього втручання були менш позитивними, що становило відповідно 12%.

Важливим в рамках нашого дослідження є той факт, що достовірних показників відставання дитини в соціальному розвитку (34%) не виявлено. Це поставило перед нами питання вибору інших параметрів оцінки взаємодії дорослого та дитини.

У дослідженні взяли участь сім'ї з дітьми, які мають порушення розвитку, від 9 міс. до 6 років, які отримували допомогу в програмі раннього втручання. Результати оцінки якості життя батьків, які виховують дітей з порушенням розвитку представлено таблиці 1.

Таб 1. Показники якості життя та соціального функціонування членів сімей, що виховують дітей з порушеннями розвитку

Шкали	До дослідження	Після дослідження
Сімейна взаємодія	25,48±0,65	26,57±0,83
Виховання	25,48±0,65	25,90±0,73
Емоційне благополуччя	14,47±0,55 **	15,92±0,58 **
Фізичне / матеріальне благополуччя	18,45±0,68	19,13±0,68
Підтримка, пов'язана з інвалідністю	15,31±0,46 *	17,44±0,43 *

*- $p < 0.05$

** - $p < 0.02$

Аналіз результатів показав, що в сім'ях які виховують дитину раннього віку з порушенням розвитку при першому тестуванні найбільш високі показники були отримані за шкалами «Сімейна взаємодія» - 25,48±0,65 та «Виховання» - 25,48±0,65. Це означало, що члени родини здатні виявляти турботу та підтримувати один одного, виховувати дітей та турбуватися про індивідуальні потреби дитини. Найменший показник був зафіксований за шкалою «Емоційне благополуччя» - 14,47±0,55, що вказує на недостатній рівень внутрішнього комфорту батьків та відсутність можливості займатися власними інтересами.

Недостатньо високо оцінили батьки своє фізичне та матеріальне благополуччя - 18,45±0,68 та наявність підтримки соціальних служб - 16,31±0,46.

Але під час оцінки динаміки вказаних показників встановлено, що після отримання допомоги в програмі раннього втручання у 56,7% батьків було зафіксовано поліпшення сімейної взаємодії, виявлено достовірні позитивні зміни за цією шкалою - 26,57±0,83. Також такі позитивні зміни відслідковувалися і за шкалою «Виховання» з 25,48±0,65 до 25,90±0,73.

Емоційне благополуччя поліпшилося, за словами батьків, у 56,7 %, показники за цією шкалою достовірно змінилися з 14,47±0,55 до 15,92±0,58. Близько 45% батьків відмітили підвищення матеріального благополуччя, але ж достовірних змін середніх показників не було. 53,2% батьків зазначили покращення соціальної підтримки сім'ї, пов'язаної з особливими потребами дитини, достовірне збільшення середніх показників за шкалою «Підтримка, пов'язана з інвалідністю» з 15,31±0,46 до 17,44±0,43.

Функціонування сімей, які виховують дітей раннього віку з порушенням розвитку, супроводжує емоційна напруга, яка в структурі показників якості життя родин є найбільш вираженою. Це можна вважати результатом особливості цієї стресової ситуації, в якій опиняються батьки, та яка супроводжується існуючими в суспільстві стереотипами щодо можливостей розвитку дітей з порушеннями розвитку.

Методика оцінки якості життя родин показала свою чутливість до змін у функціонуванні сімей, а саме підвищенні якості сімейної взаємодії та виховання дитини, поліпшенні характеристик емоційного благополуччя родини при наявності соціальної підтримки, пов'язаної з інвалідністю дитини.

Для виявлення статистичних зв'язків міжпоказниками відставання в розвитку дитини та показниками якості життя родини використовувався кореляційний аналіз. В роботі використаний найвідоміший і часто вживаний метод кореляційного аналізу – аналіз за К. Пірсоном.

Наступна таблиця демонструє виявлені зв'язки між показниками якості життя родини та рівнем відставання дитини в розвитку (табл. 2).

Таб 2. Результати кореляційного аналізу між показниками відставання у розвитку дитини та показниками якості життя родини

	Задоволеність сімейною взаємодією	Задоволеність вихованням	Задоволеність благополуччям	Фізичне та матеріальне благополуччя	Підтримка щодо інвалідності
Загальне відставання в розвитку	-0,05	-0,11	-0,10	-0,03	-0,42
Відставання в соціальному розвитку	-0,37	-0,14	-0,11	-0,03	-0,52
Відставання в навичках самообслуговування	-0,02	-0,03	0,10	0,03	-0,13
Відставання в загальній моториці	-0,08	-0,18	0,05	-0,27	-0,31

Відставання у когнітивному розвитку	0,09*	0,01	0,14	0,12	-0,37
Відставання в розвитку мовлення	-0,05	-0,01	0,12	0,07	-0,05
Відставання в розвитку розуміння мовлення	-0,13	-0,15	-0,41	0,01	-0,06

Виявлено достовірний зв'язок між задоволеністю дорослих сімейною взаємодією та рівнем відставання дитини в соціальному розвитку (-0,37) а також значимий зв'язок між задоволеністю родини підтримкою щодо інвалідності та такими показниками як загальне відставання дитини в розвитку (-0,42), відставання в соціальному (-0,52), моторному (-0,31) та когнітивному розвитку (-0,37) тощо.

Отже чим більш виражене відставання дитини в соціальному розвитку, тим нижча якість життя родини у сферах «сімейна взаємодія» та «підтримка щодо інвалідності».

Важливим для розуміння зв'язків між рівнем розвитку дитини та якістю життя родини, на нашу думку, є виявлений достовірний зв'язок між вираженістю відставання дитини в розвитку мовлення та емоційним благополуччям родини (-0,41).

Цей виявлений факт іще раз демонструє той травмуючий вплив на життя та функціонування родини, який створює наявність труднощів в розвитку дитини.

Висновки

1. Народження в родині дитини з порушеннями розвитку є стресом для батьків. Примирення з ситуацією неідеального розвитку та, часто, із відсутністю чіткої картини того, як буде розвиватись та жити дитина в майбутньому потребує залучення багатьох психологічних ресурсів родини.
2. Проведене дослідження емпірично підтверджує зв'язок між вираженістю відставання дитини в розвитку та якістю життя родини в емоційній та соціальній сферах. Виявлено також характерні труднощі в емоційній взаємодії дорослих з дитиною в ранньому віці, що безпосередньо пов'язані із характером труднощів в розвитку малюка.

3. Програма раннього втручання, яка спрямована на розвиток дітей та підтримку сімей, дозволяє підвищувати якість життя родин за рахунок зниження емоційної напруги.

ЛІТЕРАТУРА

КУКУРУЗА Г. В. Психологічна модель раннього втручання: допомога сім'ям, що виховують дітей раннього віку з порушеннями розвитку: монографія. Г. В. Кукуруза. – Харків: Планета-прінт, 2013. – 244 с.

КУКУРУЗА Г. В. Оцінка якості життя сімей, які виховують дітей раннього віку з синдромом Дауна, в програмах раннього втручання. Г.В. Кукуруза, О.О. Кирилова, С.М. Цилюрник. Науковий вісник міжнародного гуманітарного університету. – 2014. - №8. – С. 13-17.

СКЛЯНСЬКА О. В. Дослідження особливостей емоційної взаємодії та якості життя родин, що виховують дітей раннього віку із порушенням в розвитку. О.В. Склянська. International Journal of Innovative Technologies in Social Science. – 2018. - 5(9), Vol. 1. doi: 10.31435, rsglobal_ijitss, 01072018, 5952.

ЗАХАРОВА Е. И. Эмоциональная сторона детско-родительского взаимодействия. Психолог в детском саду. - 2002.- № 1. – С. 3-29.

БАКК А., ГРЮНЕВАЛЬД К. Забота и уход: Книга о людях с задержкой умственного развития. Пер.со швед. – СПб: СПб Ин-т раннего вмешательства, 2001.

ВИЛЬЧУК К.У. Состояние здоровья у детей первых двух лет жизни, перенесших перинатальное поражение ЦНС. К.У. Вильчук, Н.И. Курец, М.Г. Девялтовская. Журнал «Репродуктивное здоровье в Беларуси» – 2011. - №1. 2. Нет необучаемых детей. Н.Б. Баранова [и др.]; под ред. Е.В. Кожевниковой, Е.В. Клочковой. – СПб.: КАРО, 2007. – С. 29- 59.

ДОВБНЯ С.В. МОРОЗОВА Т.Ю. В поисках решения. СПб.: Институт раннего вмешательства, 2007.

БОРЬЕСОН Б., БРИТТЕН С., ДОВБНЯ С., МОРОЗОВА Т., ПАКЕРИНГ К. Ранние отношения и развитие ребенка. СПб.: Питер, 2009.

ГАРБАРУК Е.С., КОРОЛЕВА И.В. Аудиологический скрининг новорожденных. Пособие для врачей. СПб.: НИИ уха, горла, носа и речи; 2009.

МУХАМЕДРАХИМОВ Р.Ж. Мать и младенец: психологическое взаимодействие. СПб.: Изд-во СПб Университета, 2003.

КОЖЕВНИКОВА Е. В. КЛОЧКОВА Е. В. Нет «необучаемых детей»: Книга о раннем вмешательстве. СПб.: КАРО, 2007.

- ФБЮЄЛЛ Р., ВЄДЕЗИ П. «Обучение через игру: Руководство для педагогов и родителей». Пер. с англ. Чистович Л.А., Кожевниковой Е.В., Сабанеевой Е.В./СПб.: Санкт-Петербургский Институт раннего вмешательства, 2005.
- ШАПИРО Я. Руководство по оценке уровня развития детей от 1 года 2 месяцев до 3 лет 6 месяцев по русифицированной шкале RCDI-2000. Я. Шапиро, И. Чистович. – СПб. 2000. – 62 с.
- VJORNSON K, HAYS R, GRAUBERT C, et al. Botulinum toxin for spasticity in children with cerebral palsy: a comprehensive evaluation. *Pediatrics* 2007;120:49–58.
- ЧИРИКИНА Г. В. Методы обследования речи детей: Пособие по диагностике речевых нарушений - 4-е изд., доп.- М., 2005.
- МАРЦЕНКОВСЬКИЙ І.А. Загальні принципи терапії дітей з розладами спектру аутизму. *Архів психіатрії*. — 2011. — 17, № 4. — С. 67-70.
- ARNAUD C, White-Koning M, Michelsen SI, et al. Parent-reported quality of life of children with cerebral palsy in Europe. *Pediatrics* 2008;121:54–64.
- CACERES A, HALL DL, ZELAYA FO, et al. Measuring fMRI reliability with the intraclass correlation coefficient. *Neuroimage* 2008;45:758–68.
- DICKINSON HO, PARKINSON KN, RAVENS-SIEVER U, et al. Self-reported quality of life of 8–12-year-old children with cerebral palsy: a cross-sectional European study. *Lancet* 2007;369:2171–8.
- ЛИНДЕРС А. Г. Психологическое обследование семьи: учеб. пособие-практикум для студ. фак. Психологии высш. учеб. заведений. А. Г. Лидерс. – М.: Издательский центр «Академия», 2006. – 432 с.

Контакты автора:

Петрішка Андріана - студентка
Факультет здоров'я та фізичного виховання
м. Ужгород
andrianais66@gmail.com

SEKCIA – ŠTUDENTI DOKTORANDSKÉHO STUPŇA ŠTÚDIA

Ošetrovatel'stvo, Verejné zdravotníctvo, Sociálna práca

SOMATICKÁ STIMULÁCIA V KONCEPTE BAZÁLNEJ STIMULÁCIE

SOMATIC STIMULATION IN THE CONCEPT OF BASAL STIMULATION

Miroslava Nemčíková¹

Školiteľ: Anna Murgová

¹ Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, Bratislava . Ústav sociálnych vied a zdravotníctva bl. P. P. Gojdiča a V. Hopku, Spišská Nová Ves – Prešov- študent doktorandského štúdia

ABSTRAKT

Bazálna stimulácia je vedecko-pedagogicko- ošetrovateľský koncept. Orientuje sa na všetky oblasti ľudských potrieb. Poskytuje vhodné stimuly, ktoré sú potrebné pre psychomotorický vývoj človeka, stimuluje vnímanie, komunikáciu a hybnosť. V našom príspevku sa budeme venovať somatickej stimulácii, ktorá patrí medzi základne prvky bazálnej stimulácie. Cieľom somatickej stimulácie je stimulácia kožného perцепčného orgánu a tiež aj stimulácie vnímania pohybu, ktorý sa s človekom v priebehu vykonávaním stimulácie deje. Jedným z dôležitých cieľov je nadviazanie somatického dialógu. Kvalita somatickej stimulácie a jej účinnosť je závislá na kvalite dotyku, ktorý terapeut aplikuje na telo klienta pri stimulácii vnímania celého tela. Špecifickou technikou je iniciálny dotyk, ktorým sa dáva pacientovi/klientovi najavo začiatok a koniec prítomnosti alebo činnosti. Somatická stimulácia v koncepte obsahuje rôzne techniky masáže a kúpeľov. Pomocou somatickej stimulácie môžeme sprostredkovať človeku vnemy z jeho tela a stimulovať jeho vnímanie. Vnímanie celého tela je predpokladom uvedomiť si okolitý svet a schopnosť s ním komunikovať.

Kľúčové slová

Pacient. Bazálna stimulácia. Somatická stimulácia. Ošetrovateľstvo.

ABSTRACT

The concept of Basal Stimulation perceives a person comprehensively and also perceives the connection and balance between individual levels. The basic areas the concept works with are: somatic, vestibular and vibration stimulation. The aim of these elements is primarily to ensure basic vital functions such as food intake, breathing, self-care, positioning, sleep, need for activity. The secondary objective is to support the movement function, gain a sense of security and safety, build confidence in yourself, and develop communication skills. The BS concept creates

special techniques that allow the patient to perceive his body through somatic stimulation during bathing, positioning in a chair or bed, using different aids with different materials and thus making the patient aware of his body boundaries.

Keywords

Patient. Basal stimulation. Somatic stimulation. Nursing.

ÚVOD

Koncept Bazálnej stimulácie vníma človeka komplexne a vníma tiež súvislosť a rovnováhu medzi jednotlivými rovinami. Základne okruhy s ktorými koncept pracuje sú: *somatická, vestibulárna a vibračná stimulácia*., *Cieľom týchto prvkov je primárne zabezpečiť základné životné funkcie, ako napríklad príjem potravy, dýchanie, samostatnú starostlivosť, polohovanie, spánok, potrebu aktivity*“(Friedlová, 2012 s. 31). Druhotným cieľom je podporiť pohybové funkcie, získať pocit istoty a bezpečia, vytvoriť dôveru v seba samého, a rozvíjanie komunikačných schopností. V koncepte BS sú vytvorené špeciálne techniky, vďaka ktorým pacient vníma svoje telo prostredníctvom somatickej stimulácie počas kúpania, polohovania v kresle alebo v posteli, pričom využívame rôzne pomôcky s rôzneho materiálu a tým, si pacient dokáže uvedomiť svoje telesné hranice. (Friedlová, 2010d).

TEORETICKÉ VÝCHODISKA SKÚMANEJ PROBLETIKY

Somatická stimulácia umožňuje pacientovi uvedomovať si sám seba a vnímať svoje vlastné telo. Pri stimulácii využívame dotyky, masáže tela, masáž stimulujúca dýchanie, čiastočný či celkový zábal. Koža, je najväčší perцепčný orgán o ktorom vieme, že vďaka jej zmyslovému ústrojenstvu dochádza ku združovaniu niekoľkých receptorov, vďaka ktorým dokážeme vnímať teplo, chlad, tlak a bolesť. *„Koža môže byť veľmi dôležitým a výrazným komunikačným kanálom v komunikácii s ľuďmi so zmenou vnímania. Somatické vnímanie umožňuje rozšírenie komunikačnej základne*“(Friedlová, 2018 s. 70). Komunikačnou bázou medzi pacientom a sestrou je somatický dialóg, ktorý sa orientuje na telesné signály, kedy dotyk a pohyb nahrádza verbálnu komunikáciu. V BS nejde o dotykovú terapiu ale o prácu so štruktúrou dotyku, ktorým je možné získať lepšie vnímanie telesného obrazu (Dvořáková, 2013). Vnímanie tela v koncepte BS poznáme v troch pojmoch: vnímanie tela, telesná schéma a telesný obraz. Telesná schéma, je predstava o vlastnom tele ako objekte v priestore a telesný obraz. (Friedlová, 2015a). Pacientovi sa snažíme umožniť aby sa orientoval vo výkonných činnostiach, hlavne u tých, ktorí majú zmeny v oblasti kognitívnych funkcií. U imobilných pacientov v priebehu 72 hodín od vzniku

stavu, môže dôjsť k poruche vnímania svojho telesného obrazu. Príčinou týchto porúch zvyčajne je obmedzená mobilita a sebestačnosť, zlá orientácia v priestore a čase, zmena nielen v emocionálnej ale aj v kognitívnej oblasti, môže to byť aj zmätenosť, neklud, znížený pocit bezpečia, strata komunikácie a porušenie pacientovej identity (Friedlová, 2011). Podľa aktuálneho zdravotného stavu pacienta zvolíme vhodnú somatickú stimuláciu, zároveň zhodnotíme pacientove možnosti vnímania, pohybu a komunikácie. Správny výber stimulácie výrazne vplýva na kvalitu informácii zo somatickej anamnézy. „*Prvky somatickej stimulácie v koncepte Bazálnej stimulácie sú do starostlivosti integrované s cieľom podporovať: vnímanie vlastného tela, telesnej schémy, rozvoj vnímania identity, vnímania okolitého sveta, naviazanie komunikácie s okolím prostredím, orientáciu klienta v priestore a čase, pohybové schopnosti klienta, redukciu následkov imobility klienta*“ (Friedlová, 2010d, s. 30). Kvalitu a účinnosť somatickej stimulácie podmieňuje kvalita dotyku zdravotníckeho personálu. Predpoklad kvalitného dotyku ovplyvňuje viacero faktorov ako napríklad klud, vyvinutá sila, tlak, spôsob a význam kontaktu, rytmus, opakovanie a pod. Taktiež je to aj obtiažna situácia pre personál, nakoľko sa nedokážu pohyby rúk a tlak zosynchronizovať (Kantor, 2013). Takéto chaotické správanie môže u pacienta vyvolať zvýšenie svalového tonusu a taktiež to môže viesť k nežiaducim reakciám organizmu. „*Faktory, ktoré zvyšujú svalový tonus: neistota, neschopnosť orientovať sa v danej situácii, strach, učenie sa novému pohybu, nedostatok času, časový stres, bolesť, chlad, hluk, poruchy senzibility, mätúci, chaotické informácie (mätúce, chaotický dotyk)*“ (Friedlová, 2007 s. 72). V minulosti sa sestry učili, akým spôsobom majú používať svoje ruky, keď chcú poskytnúť pacientom jednotlivé ošetrojúce výkony. Ruky sestry a podložka, sú pre pacienta zdrojom, pretože práve s nimi prichádzajú najčastejšie do kontaktu. Sestra si musí všimnúť, či dotyky sú pre pacienta príjemne alebo naopak.

Iniciálny dotyk

V ošetrovateľskej starostlivosti hlavne u pacientov s dlhodobou poruchou vedomia sa využíva *iniciálny dotyk*, ktorým dávame pacientovi najavo začiatok a koniec našej prítomnosti a kontaktu s jeho telom. Tento rituál mu napomáha orientovať sa v situácii (Šamánková, 2011). Na základe biografickej anamnézy, ktorú sme spomínali vyššie, vyberieme vhodné miesto iniciálneho dotyku, najlepšie však v centrálnej časti tela, napríklad rameno, paža alebo ruka. V prípade veľmi blízkej osoby (rodič, partner dieťa), to môže byť aj a citlivejších miestach. Zvyčajne sú to vlasy alebo líce. Výber miesta iniciálneho dotyku musia rešpektovať všetci, ktorí prichádzajú s pacientom do kontaktu, počnúc s členmi rodiny pacienta a taktiež ho aj využívať pred zahájením a ukončením kontaktu

s ním. Po výbere správneho miesta, je potrebné zvolené miesto iníciaálneho dotyku zapísať do dokumentácie a následne na ceduľku, ktorú umiestnime do blízkosti pacientovho lôžka. Dotyk nikdy nevykonávame násilím ale zreteľne a primerane sa pacienta dotkneme. Dotyk sprevádzame aj verbálne (Friedlová, 2015). Somatická stimulácia v koncepte BS obsahuje rôzne stimulácie: *somatická stimulácia upokojujúca (celkový upokojujúci kúpeľ)*, *povzbudzujúca, neurofyziologická stimulácia*. Ďalšou stimuláciou je *kontaktné dýchanie, masáž stimulujúca dýchanie a polohovanie*, ktoré poznáme *polohovanie múmie, hniezdo a mirkopolohovanie*. (Zikl, 2014). Poslednou stimuláciou je *symetrická, diametrálna a rozvíjajúca somatická stimulácia*. Technikami somatickej stimulácie stimuluje ako sme už vyššie uvádzali perцепčný orgán pacient a tiež aj vnímanie pohybu, ktorý vykonávame v priebehu stimulácie. Mechanorecepcia, termorecepcia, propriorecepcia- stimulujú kožný orgán a behaviorálne a autonómne reakcie sa podieľajú na regulácii telesnej teploty. Mechanorecepcia sprostredkúva systém propriorecepcie. Ten zasa umožňuje vnímanie hlbkej citlivosti, silový, pohybový a polohový zmysel (Snoeys et al. 2013).

Upokojujúca somatická stimulácia

Nazyvána tiež aj *upokojujúci kúpeľ*, pretože, rovnako ako aj ostatné druhy stimulácie, ktoré aplikujeme kedykoľvek počas dňa, môžeme aplikovať aj v priebehu toalety pacienta. „*Cieľom somatickej upokojujúcej stimulácie môže byť stimulácia vnímania telesnej schémy, redukcia nekludných stavov, stavov zmätenosti a dezorientácie, navodenie celkového telesného uvoľnenia. Cieľov môže byť viac, aj všetky spomenuté naraz*“ (Friedlová, 2018 s. 77). Táto stimulácia je indikovaná u nepokojných pacientov, hyperaktívnych, u pacientov so zmenou vo vnímaní, dezorientovaných, u pacientov s rôznym stupňom demencie, poruchami spánku, tachykardických, so zvýšeným svalovým tonusom, v doznievajúcej fáze po anestézii, u pacientov v kóme s cieľom stabilizovať vnímanie telesného obrazu a pod (Petríková, 2013). Samotná stimulácia začína verbálnym oslovením pacienta a iníciaálnym dotykom. Ak aplikujeme upokojujúci kúpeľ, teplota vody je 37-40°C. Bez vody stimuláciu vykonávame pomocou oleja alebo krému, taktiež pomocou froté ponožiek, či rukami personálu. Stimuláciu vykonávame v smere rastu chlpcov vždy rovnakým smerom. *Princíp účinku celkového kúpeľa v bazálnej stimulácii spočíva vtom, že koreň každého chlpcu je obklopený bohatou nervovou spleťou, ktorá registruje dotyk a prenáša tieto informácie do mozgu*. (Pčolková, 2011, s. 11). Pacientovi umožňujeme vnímať situáciu pomocou zmyslových kanálov a následne sa v danej situácii orientovať. Ak nám to možnosti dovoľujú, použijeme aj olfaktorický zmysel a vnímanie vône mydla. V rámci upokojujúcej stimulácie odstraňujeme prádlo z pacienta postupne,

pretože pacienti si svoje telo môžu uvedomovať už po odkrytí určitej časti tela a tiež tým znížime pocit chladu. Keď umyjeme akúkoľvek časť tela, je vhodné, aby sme obnaženú časť prikryli (Slezák, 2010). Upokojujúcu stimuláciu by mala vykonávať jedna sestra ale napríklad, v intenzívnej starostlivosti kvôli veľkému počtu invazívnych vstupov to nie je možné. Pokiaľ sa pacientovi stimulácia nepáči a vidíme negatívne reakcie, stimuláciu ukončíme a navrhujeme mu inú. *„Dôležité je redukovať rušivé elementy, ktorými môžu byť situácie, kedy terapeut hovorí v priebehu stimulácie s treťou osobou“* (Friedlová, 2018 s. 77). Ďalšou zo zásad je zabezpečiť primeranú teplotu prostredia a kľudnú atmosféru. Terapeut nesmie prerušiť kontakt, ktorý s pacientom udržuje (Šnajdrová, Tomanová, 2013).

Povzbudzujúca stimulácia

Je opakom predchádzajúcej stimulácie a jej cieľom je stimulovať vnímanie telesnej schémy, svalové napätie, podporiť aktivitu pacienta podporiť vnímanie hlavne u pacientov s poruchou vedomia ale taktiež aj pripraviť pacienta na cvičenie z fyzioterapeutom alebo ergoterapeutom (Zachová, Humpáľková, Mášková, 2013). Tento povzbudzujúci kúpeľ je určený pre pacientov s bradykardiou, zníženým svalovým tonusom, apatickým pacientom a depresívnym. Využívame ho tiež u pacientov v kóme, vigilnej kóme u pacientov so zmenami v mentálnej oblasti. Táto stimulácia je kontraindikovaná u pacientov s čerstvým krvácaním do mozgu a so zvýšeným intrakraniálnym tlakom, dezorientovaných, nepokojných, hypertenzných a tachykardických pacientov (Cetlová, Nováková, 2011). Taktiež u pacientov s Morbus Parkinson. Pri kúpeli pacienta dávame pozor aby teplota vody mala o 10°C menej ako teplota tela, tzn. 23-28°C. Princíp kúpeľa spočíva v stimulácií chlpcov proti smeru ich rastu v jednom smere po obvodu súčasne, obidvoma rukami (Eliášová, 2013). Počas celej stimulácie neustále pacienta sledujeme, pretože touto stimuláciou môže zvýšiť hodnotu systolického tlaku až o 10-20 mmHg (Wheatley-Smith, 2013).

Neurofyziologická stimulácia

„Cieľom neurofyziologickej stimulácie je umožniť klientom s poruchami citlivosti a pohybu polovice tela (hemiparéza, hemiplégia) znovu vnímať postihnutú stranu a podporiť navrátenie pohybových schopností“ (Friedlová, 2018 s. 82). Túto stimuláciu aplikujeme u pacientov so zmenenou pohyblivosťou určitej časti tela, po operáciách mozgu a postihnutím pohybového aparátu, u detí s detskou mozgovou obrnou, s plegiami a parézami po cievnych mozgových príhodách a u pacientov po cranicerebrálnom poškodení mozgu s následným poškodením pohybového aparátu. Neurofyziologická stimulácia (kúpeľ) vychádza z terapeutického a vyšetrovacieho prístupu, ktorý sa orientuje na riešenie

problémov u pacientov s poruchami CNS a tým je Bobath koncept (Krivošíková, 2011). Pri poskytovaní tejto stimulácie, stojí ošetrojúci na strane, ktorú ma pacient postihnutú. Najprv stimuluje zdravú stranu pacientovho tela a až neskôr postihnutú. Stimulovaním zvýrazní stred tela. Pri kúpeli použijeme 30°Cvodu. Je potrebné počas stimulácie aby pacient mal všetky veci na postihnutej strane, aby sa otočil a uvedomil si že má ruku, ale postihnutú. Pomáhať mu pri umývaní a kŕmení. (Friedlová, 2010a.). Po ukončení stimulácie necháme pacienta odpočívať.

Symetrická stimulácia

Symetrická stimulácia je indikovaná u pacientov, ktorí majú problémy s rovnováhou svojho tela. Napomáha im lepšie vnímať schému svojho tela. Sestra pracuje synchronne po oboch stranách polovice tela tzv. musí stimulovať súčasne buď na horných alebo dolných končatinách. Pozícia sestry, ktorú zaujme pri pacientovi, je veľmi dôležitá aby mohla pracovať synchronne. Pred totu stimuláciou sa odporúča aplikovať upokojujúcu stimuláciu.

Rozvíjajúca stimulácia

Poskytuje sa pacientom, u ktorých telesná schéma nie je stabilizovaná alebo ju treba ešte rozvíjať. Pri tomto kúpeli dochádza ku zvýrazneniu symetrie stredu tela. Je indikovaný pri koma vigile, pre imobilných a kvadroplegických pacientov (Friedlová, 2018).V pediatrii sa využíva u predčasne narodených detí s nedostatočne vyvinutým vnímaním hraníc vlastného tela.

Diametrálna stimulácia

Ide o stimuláciu kedy sa zameriavame na pacientov so spasticitou alebo zvýšeným svalovým napätím určitej skupiny svalov. Môžeme ju aplikovať vo forme kúpeľa kedy použijeme vodu v teplote 38-40 °C a aplikujeme na časti tela. Touto stimuláciou napomáhame zmierniť napäté svalové vlákna. Musíme ju aplikovať na konkrétne miesto a na druhej strane tela vykonávať napr. upokojujúci kúpeľ. Je potrebné minimalizovať faktory, ktoré zvyšujú svalový tonus a nimi sú: „*neistota, neschopnosť orientovať sa v danej situácii, strach, emocionálne napätie, zlosť, učiť sa novej motorickej aktivite, nedostatok času, časový stres, bolesť, chlad, hluk, neznáme zvuky, nevhodné, nesprávne polohovanie, poruchy senzibility, mätúce, chaotické informácie (mätúci, chaotický dotyk)*“ (Friedlová, 2015 s. 826). Po skončení stimulácie postihnutú stranu nepolohovať proti jeho svalovému napätiu ale polohovať v tón svalov aby došlo k uvoľneniu. Polohovanie v koncepte BS je veľmi dôležité. U imobilných pacientov, ktorí sú pripútaný na lôžko, je prvou ošetrovateľskou intervenciou.

Polohovanie

Aj nepatrné zmeny polohy ako napríklad prepletenie prstov na hornej končatine, preloženie nohy cez nohu, polohovanie pomocou antidekubitných pomôcok umožní pacientovi vnímať svoje telo. Ide o tzv. *mirkopolohovanie*. „*Pri polohovaní je nutné vždy zohľadniť to, ako sa pacient cíti, teda jeho komfort a autobiografický faktor. V priebehu polohovania môžeme tiež pracovať s gravitáciou, váhou tela klienta a rôznym tempom zmeny pohybu*“ (Friedlová, 2010b s.30). Cieľom polohovania je zaistiť komfort ležania, podporiť spánok, umožniť príjem potravy, zaistiť bezpečnosť pacienta, či prevencia dekubitov a pneumónie. **Poloha hniezdo**, možňuje pacientovi oddýchnuť si. Navodzuje u nich príjemné pocity, zároveň im táto poloha ponúka pocit istoty, bezpečia a zlepšenia vnímania hraníc svojho tela. Používa sa vo fáze odpočinku, v priebehu noci, po upokojujúcom kúpeli, po vyšetreniach, s cieľom pacienta pripraviť a prispôbiť na kvalitný odpočinok. Pacienta uložíme do jeho obľúbenej polohy a obložíme ho stočenými dekami alebo predmetmi, ktoré má rád a sú vhodné na polohovanie. Z anamnézy zistíme nielen jeho obľúbene predmety ale aj to, či mal rád prikrývať sa dekou až po ramena alebo naopak. V polohe **múmia** je pacient zabalený do deky. Začíname na nohe a končíme preložením pod telo pacienta. Ruky sú položené na hrudníku ale do deky ich nebalíme. Je možná aj v kombinácii s polohou hniezda, kedy vankúšom obložím telo. Tuto stimuláciu používa u pacientov v coma vigile, u detí s hlbokou mentálnou retardáciou, v neonatológii predovšetkým u detí matiek závislých na drogách, a kde je potrebná aj intenzívna stimulácia vnímania tela. Tuto stimuláciu nevykonávame u pacientov s klaustrofóbiou. Do stimulácie môžeme zapojiť aj rodinných príslušníkov. Blízka osoba si ľahne tesne vedľa pacienta a moduluje jeho telo (Friedlová, 2009).

Masáž stimulujúca dýchanie

Tuto masáž indikujeme pri bolestiach, depresii, poruchách spánku, pri stratách schopnosti uvedomovania si vlastného tela, u dementných pacientov, pacientov s umelou pľúcnou ventiláciou, taktiež pacientov v odvykacej fáze umelej pľúcnej ventilácie, a v neposlednom rade aj pre pacientov pred ťažkými operáciami a diagnostickými zákrokmi. „*Masáž stimulujúca dýchanie je v rytme a s dostatočným kontinuálnym tlakom našich rúk, prevedená masáž v oblasti chrbta alebo prednej časti hrudníka. Je súčasťou dychovej gymnastiky. Masáž má tiež vysokú komunikačnú hodnotu. Vedie k ustáleniu rytmu dýchania na rovnakej frekvencii u klienta a ošetrojúceho a tím medzi nimi vzniká komunikačný proces, ktorý môže poskytnúť uvoľnenie, pocit istoty a blízkosti a vyjadriť empatiu*“ (Friedlová, 2010b s.30).

Stimulácia kontaktného dýchania

Pri stimulácii kontaktného dýchania má sestra položené ruky na pacientovom hrudníku a doprevádza ho pri nádychu a výdychu. Výdych podporuje stlačením hrudníka. Pokiaľ je klient zahlienený, na podporu vykašľávania môže pridať vibrácie v dobe výdychu. Pri tejto masáži môžeme využiť aj pacientovu ruku, ktorú mu položíme na jeho hrudník a vďaka nej dokáže vnímať vlastný dych. Môže to byť aj formou hrudníka na hrudník (Žákavec, Vísnerová, 2012).

Vestibulárna stimulácia

Vestibulárne podnety poskytujú informácie o polohe v priestore a o pohybe tela v priestore. Vďaka týmto podnetom sa pacienti s obmedzenými pohybovými aktivitami môžu naučiť vnímať pohyb z hora na dol, navôkol a tak predísť tomu aby svoje telo nevnímali ako podložku. Tieto podnety im umožňujú vnímať rôzne smery. Táto stimulácia sa môže vykonávať rôznymi spôsobmi a pomôckami ako napríklad závesné vaky, siete, závesné systémy alebo manipulačné zdviháky. U ležiacich pacientov môžeme stimulovať nepatrnými pohybmi hlavy, v sede pomocou kolísavými a krúživými pohybmi, či pohybom v rámci ležiacej osmičky za pomoci terapeuta (Friedlová, 2015). Takáto stimulácia je indikovaná do ošetrovateľskej starostlivosti na základe: *„imobility viac ako 3 dni, obmedzené pohybové schopnosti klientov, klienti s rozvíjajúcou sa spasticitou extenzorov a flexorov, nepokojný klienti, klienti, s ktorými nie je možná verbálna forma komunikácie, zmetené správanie a konanie, neschopnosť kvalitatne komunikovať so svojím okolím a vyjadrovať tak svoje potreby, čo vedie k deprivácii z nedostatočnej saturácie potrieb, prejavy strachu, úzkosti, motorický neklud, emocionálne poruchy, prejavy autoagresívneho správania voči okoliu, prejavy nečinnosti, apatia“* (Friedlová, 2010c s. 37).

Vibračná stimulácia

Vibračné podnety zase učia cítiť vibrácie, vnímanie chvenia a smeru, odkiaľ prichádza. Tieto podnety vytvárajú intenzívnejší vnem v oporných častiach a kĺboch, vďaka ktorým, si pacient uvedomuje hĺbku svojho tela, vnútornú stabilitu. Zdravý človek si tieto vnemy uvedomuje počas chôdze a státia ale pacient nie je schopný. Vibračným podnetom môže byť napríklad elektrická zubná kefka, holiaci strojček, hudobné nástroje, vibračné hračky, lehátka alebo vnímanie chvenia ľudského hlasu. Pacient položí svoju ruku na hrudný kôš a pri rozprávaní cíti svoje ruky prostredníctvom vibrácií, ktoré vznikajú šírením hlasu (Kantor, 2013). Tieto vibračné pomôcky sa prikladajú do okolia kĺbov horných a dolných končatín pacienta, na pätu, koleno, lakeť, rameno, prípadne do dlane (Fábianová, 2014). Využívajú sa u pacientov s hemiplégiou, s poruchou vnímania

svojho tela, s mentálnou retardáciou vo vigilnej kóme. Pacienti ktorí krvácajú, majú varixy a pacient s poranením brucha a integrity kože, taktiež aj gerontologický pacienti z dôvodu fragility a možnosti mikrotraumi. Tuto stimuláciu absolvovať nemôžu. „Cieľom vibračnej stimulácie je stimulácia receptorov pre vnímanie vibrácií uložených v koži (Vater Paciniho teliesko, Meissnerové telieska) a receptory hlbokjej citlivosti, teda proprioreceptorov vo svaloch, šľachách a väzivovom aparáte kostí a kĺbov. Vnímanie vibrácií sa deje smerom od periférie do vnútra tela. Cieľom vibračnej stimulácie je sprostredkovať človeku intenzívne vnemy z jeho tela. Vnímanie vibrácií je úplne individuálne“ (Friedlová, 2010d s. 28). Keď sa k stimulácii používajú ruky sestry, musia byť pred priložením na kĺb, teplé, Túto stimuláciu môžeme použiť aj u nepočujúcich pacientov, pretože dokážu veľmi dobre vnímať chvenie a následne sa môžu naučiť, že tieto vibrácie sú úplne rovnaké s hlasom osoby, ktorá s nimi rozpráva. U pacientov s viacnásobným postihnutím, môžeme rozvíjať osobnosť prostredníctvom somatických, vibračných alebo vestibulárnych podnetov a zapojením vnímania zmyslových orgánov. Pacientovi umožňuje vzájomne pôsobenie medzi ním a prostredím (Opatřilová,2013).

METODIKA VÝSKUMU

Prieskumný problém-Aký je rozdiel v manažmente poskytovania somatickej stimulácie u pacientov v zariadeniach na Slovensku a v Českej republike?

Prieskumný cieľ- Cieľom je zistiť a porovnať možnosti realizácie somatickej stimulácie, zistiť ako sú sestry oritntované v oblasti somatickej stimulácie, faktory, ktoré ovplyvňujú jej využívanie sestrami na špecifických oddeleniach v zariadeniach na Slovensku i Českej republike a prínos somatickej stimulácie na uzdravovací proces pacienta.

- Prieskumné otázky-**
1. Súvisí špecifickosť oddelenia s využívaním somatickej stimulácie?
 2. Existuje vzťah medzi využívanou bazálnou stimuláciou poskytovanou pacientovi a jeho uzdravovacím procesom?
 3. Vzdelanie sestier súvisí s poskytovaním bazálnej stimulácie?
 4. Je rozdiel v zahájení poskytovania somatikckej stimulácie medzi Slovenskom a Českou republikou?
 5. Existuje vzťah medzi motiváciou zo strany sestier, ktoré aplikujú koncept bazálnej stimulácie a motiváciou zo strany vedenia v súvislosti s výsledkami uzdravovacieho

procesu pacienta, ktorým bola poskytovaná bazálna stimulácia?

Prieskumný súbor- Výber respondentov bude zámerný. Ďalším kritériom bude ochota sestier spolupracovať, špecifickosť oddelení v kontexte s využívaním somatickej stimulácie a vek respondentov. Výskumný súbor bude pozostávať približne zo 600 respondentov- sestier, ktoré majú ukončené minimálne stredoškolské vzdelanie ukončené maturitnou skúškou v odbore sestra. Budú to sestry pracujúce v zdravotníckych zariadeniach na Slovensku a v Českej republike. Budeme zisťovať využívanie somatickej stimulácie a rozdiel v jeho poskytovaní v zariadeniach. Taktiež budeme pátrať po faktoroch, ktoré ovplyvňujú využívanie konceptu sestrami na špecifických oddeleniach a zistíme prínos konceptu na uzdravovací proces pacienta.

Manažment prieskumu- Výskumprebehnenazákladeschválenia žiadostirealizácievýskumunámestníčiekpreošetrovateľstvoapredsedovEtickýchkomisií vzdravotníckychzariadeniachna Slovensku a v Českej republike. Po udelení súhlasu a vzájomnej dohode, uskutočníme realizáciu výskumu vo vybraných zariadeniach. (Oddelenia intenzívnej starostlivosti, chirurgické, neurologické a neurochirurgické oddelenia, interné oddelenia, oddelenia neonatológie a pediatrie, zariadenia paliatívnej starostlivosti a geriatrickej.)

Metódy analýzy údajov- Potrebné údaje získame formou dotazníka vlastnej konštrukcie. Dotazníkyroztriedimea skontrolujemevhodnosť ich vyplnenia. Potom každý dotazník očísľujeme a zapíšeme do tabuľky pomocou softwaru Microsoft Excel. Na prenesenie údajov zo súboru použijeme program SPSS IBM. Využijeme aj deskriptívnu štatistiku a Mann Whitneyho test a Kruskal Wallis test na vyhodnotenie hypotéz. Získané údaje spracujeme do grafov a histogramov.

Výsledky- Budeme prezentovať charakteristiku vzorky, základnú opisnú charakteristiku jednotlivých položiek dotazníka a vzťahy medzi premennými

Záver Veríme, že danou štúdiou zistíme faktory, ktoré ovplyvňujú využívanie bazálnej stimulácie a navrhujeme riešenia na implementáciu bazálnej stimulácie do ošetrovateľskej praxe na špecifických oddeleniach.

ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY

CETLOVÁ, L.- NOVÁKOVÁ, L. 2011. Využití prvků stimulace vnímání u pacientů s cévnímozkovou příhodou. In: *Prohuman*[online]. [cit.2019-10-14]. ISSN 1338-1415. Dostupné z: <http://www.prohuman.sk/zdravotnictvo/vyuziti-prvku-stimulace-vnimani-upacientu-s-cevnou-mozkovou-prihodou-pacientu-s-cevnou-mozkovou-prihodou>.ISSN 1338-1415.

- DVOŘÁKOVÁ, M. 2013. Reakce pacientů na Bazální stimulaci. In: *Sestra*, ISSN 1335-944, 2013, vol. XII. č. 9-10, s. 16-17.
- ELIÁŠOVÁ, P. 2013. Bazální stimulace z pohledu pacienta v bezvědomí. In: *Florence: časopis moderního ošetrovatelství*. ISSN 1801-464X, 2013, 9(11), s. 25-29.
- FÁBIANOVÁ, A. 2014. *Orofaciálna a bazálna stimulácia*. 1. vyd. Havlíčkův Brod: Tobiáš, 158 strán. ISBN 978-80-7311-145-8.
- FRIEDLOVÁ, K. 2007. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. 1. vyd. Praha: Grada publishing a.s. 2007. 168 s. ISBN 978-80-247-1314-4.
- FRIEDLOVÁ, K. 2009. *Bazální stimulace pro učitele ošetrovatelství 1. a 2. díl*. 3. vyd. Frýdek-Místek: Institut bazální stimulace s.r.o, 2009. s. 104. ISBN 80-239-6132-2.
- FRIEDLOVÁ, K. 2010a. Bazální stimulace v terénních pečovatelských službách. In: KOLEKTIV AUTORŮ. *Pečovatelská služba v České republice*. 1. vyd. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, ISBN 978-80-904668-0-7, 2010a, s. 289-304.
- FRIEDLOVÁ, K. 2010b. Somatická stimulace v konceptu Bazální stimulace. 2010. *Odborný časopis Sociální služby*, ISSN 1803-7348, 2010b, ročník: XII, s. 30 – 31.
- FRIEDLOVÁ, K. 2010c. *Vestibulární stimulace v konceptu Bazální stimulace*. Sociální: In: odborný časopis, ISSN 1803-7348, 2010c, XII(8,9), s. 36-37.
- FRIEDLOVÁ, K. 2010d. Vibrační stimulace a nastavbové prvky v konceptu Bazální stimulace. In: *Sociální služby: odborný časopis*, ISSN 1803-7348, 2010d, XII(11), s. 28-29
- FRIEDLOVÁ, K. 2011. Koncept bazální stimulace v dlouhodobé péči. In: KALVACH, Z. - CELEDOVÁ, L.- HOMEROVÁ, I. a iní. *Křehký pacient a primární péče*. 1. vyd. Praha: Grada publishing a.s, 2011. ISBN 978-80-247-4026-3. s. 248-252.
- FRIEDLOVÁ, K. 2012. Koncept Bazální stimulace a jeho uplatnění. In: *Diagnóza v ošetrovatelství*. ISSN 1801-1349, 2012, vol. VIII., č. 2. s. 30 – 31.
- FRIEDLOVÁ, K. 2015. *Bazální stimulace pro pečující, terapeuty, logopedy a speciální pedagogy: praktická příručka pro pracující v sociálních službách, dlouhodobé péči a v speciálních školách*. 1. vyd. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR. 2015 s. 202. ISBN 978-80-907053-1-9.
- FRIEDLOVÁ, K. 2018. *Bazální stimulace pro pečující, terapeuty, logopedy a speciální pedagogy: praktická příručka pro pracující v sociálních službách*,

- dlouhodobé péči a vespeciálních školách*. Vydání 2. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR. s 216 . ISBN 978-80-904668-9-0.
- KANTOR, J. 2013. *Terapeutické přístupy u osob s omezením hybnosti*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 2013. 133 s. ISBN 978-80-244-3706-4.
- KRIVOŠÍKOVÁ, M. 2011. *Úvod do ergoterapie*. 1. vyd. Praha: Grada publishing a.s., 2011. 364 s. ISBN 978-80-247-2699-1
- PČOLKOVÁ, M. 2011. Starostlivosť o pacientov s poruchou vedomia konceptom bazálnej stimulácie. In: *Súčinnosť podporných profesií pri starostlivosti o pacienta/klienta. Zborník zo 4. Slovenského chirurgického dňa Ľubovnianské kúpele v Starej Ľubovni*. [online]. Prešov: Prešovská univerzita v Prešove, 2011. [cit. 2019-10-14]. s.10-17, ISBN 978-80-555-0512-1. Dostupné na internete: <http://www.pulib.sk/>.
- PETŘÍKOVÁ, A. 2013. Bazálna stimulácia pri bdelej kóme. In: *Sestra*, ISSN 1335-9444, 2013, vol. XII. č. 11-12, s. 18-19.
- SLEZÁK, P. 2010. Bazální stimulace v praxi na ARO. In: *Sestra*. ISSN 1210-0404, 2010, roč. 20, č. 7-8, s. 38-39.
- SNOEYS, L.- VANHOOF, G. - MANDERS E. 2013. *Living with locked-in syndrome: an explorative study on healthcare situation, communication and quality of life*. Disability & Rehabilitation, ISSN 09638288. 2013, Vol. 35 Issue 9, p713 6p.
- ŠAMÁNKOVÁ, M. 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu*. 1. vyd. Praha: Grada publishing a.s, 2011. 136 s. ISBN 978-80-247-3223-7.
- ŠNAJDROVÁ, L, TOMANOVÁ, J. 2013. Využití bazální stimulace. In: *Sestra*, ISSN 1210-0404, 2013. roč. 23, č. 5, s. 33-35.
- WHEATLEY-SMITH, L. 2013. Intensive physiotherapy for vegetative and minimally conscious state patients: a retrospective audit and analysis of therapy intervention. Disability & Rehabilitation. In: *US National Library of Medicine. National Institutes of Health*, ISSN 09638288. 2013, Vol. 35 Issue 12, s 9.
- ZACHOVÁ, M. – HUMPÁLKOVÁ, M. – MÁŠKOVÁ, J. 2013. Využití konceptu bazální stimulace u pacienta s apalickým syndromem. In: *Diagnóza v ošetrovatelství*, ISSN 1801-1349, 2013, vol. IX. č. 6, s. 34-35.
- ZIKL, P. 2014. *Terapie vespeciální pedagogice: (ergoterapie, fyzioterapie, bazální stimulace)*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2014. ISBN 978-80-7435-493-9.
- ŽÁKAVEC, J. - VÍSNEROVÁ, L. 2012. Koncept bazální stimulace a jeho využití v přímé ošetrovatelské péči. In: *Diagnóza v ošetrovatelství*. ISSN 1801-1349, 2012, roč. 8, č. 5, s. 30-32.

Kontakt na autora:

PhDr. Miroslava Nemčíková – študent doktorandského štúdia

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

Detašované pracovisko: Ústav sociálnych vied a zdravotníctva bl. P. P. Gojdica a
V. Hopku Spišská Nová Ves – Prešov

miroslava.nemcikova@gmail.com

**RIZIKOVÉ FAKTORY SPRÁVANIA A POSTOJOV PACIENTOV K
PREVENCIU, VZNIKU A PROGNOZE AKÚTNEHO
KORONÁRNEHOSYNDRÓMU V KONTEXTE OŠETROVATELSTVA
RISK FACTORS OF PATIENTS 'BEHAVIOR AND ATTITUDES
TOWARDS THE PREVENTION, ESTABLISHMENT AND FORECAST
OF THE ACUTE CORONARY SYNDROME IN THE CONTEXT OF
NURSING**

Jana Šulcová,

Školiteľ: Anna Murgová

ABSTRAKT

Kardiovaskulárne ochorenia(KVO) spôsobujú celosvetovo približne jednu tretinu všetkých úmrtí. Napriek tomu, že úmrtnosť vo viacerých európskych krajinách v poslednom desaťročí významne poklesla, každý šiesty muž a každá siedma žena umierajú na akútny koronárny syndróm (AKS).Svojou početnosťou spĺňa AKS kritéria civilizačného ochorenia, s ktorým si tá istá „civilizácia“ nevie poradiť. V práci poukazujeme na teoretické poznatky akútneho koronárneho syndrómu a jednotlivé rizikové faktory, ktorých kombinácia súvisí s rizikom vzniku akútnych koronárnych syndrémov. Viac ako trom štvrtinám všetkých úmrtí na KVO možno zabrániť primeranou úpravou životosprávy a zmenou postojov pacientov k svojmu zdraviu. Poradenstvo a edukácia je v oblasti prevencie stále viac vyvíjajúci sa pojem. Edukácia sa stáva neoddeliteľnou a veľmi dôležitou súčasťou ošetrovateľstva v rámci primárnej, sekundárnej a terciárnej prevencie. Zásadnou zmenou edukácie je predovšetkým prístup orientovaný na človeka, ktorý sa nachádza v novej situácii, má obavu o svoje zdravie a má zmeniť svoj zaužívaný životný štýl. Význam a efektivita edukačnej činnosti sestry spočíva nie len v predložení informácií o vplyve rizikových faktorov a ich expozície na vznik AKS, ale aj na porozumení, akceptácii a udržaní nevyhnutnej zmeny postojov a správania jednotlivca k svojmu zdraviu

Kľúčové slová

Akútny koronárny syndróm. Rizikové faktory. Prevencia. Edukačná činnosť.

ABSTRACT

Cardiovascular disease (CVD) causes about one-third of all deaths worldwide. Despite a significant decline in mortality in several European countries over the

last decade, one in six men and one in seven women die of acute coronary syndrome (ACS). With its abundance, the acute coronary syndrome meets the criteria of a disease of civilization, with which the same "civilization" cannot cope. In this work we point out the theoretical knowledge of acute coronary syndrome and individual risk factors, the combination of which is related to the risk of acute coronary syndromes. More than three-quarters of all deaths from CVD can be prevented by adequately adjusting patients' lifestyles and attitudes toward their health. Counseling and education is an increasingly evolving concept in the field of prevention. Education is becoming an integral and very important part of nursing in primary, secondary and tertiary prevention. A fundamental change in education is, above all, a person-oriented approach, who is in a new situation, is worried about his health and has to change his usual lifestyle. The importance and effectiveness of the nurse's educational activity lies not only in presenting and understanding information about the influence of risk factors and their exposure to the development of acute coronary syndrome, but also accepting and maintaining the necessary change in attitudes and behavior of the individual.

Keywords

Acute coronary syndrome. Risk factors. Prevention. Educational activity.

ÚVOD

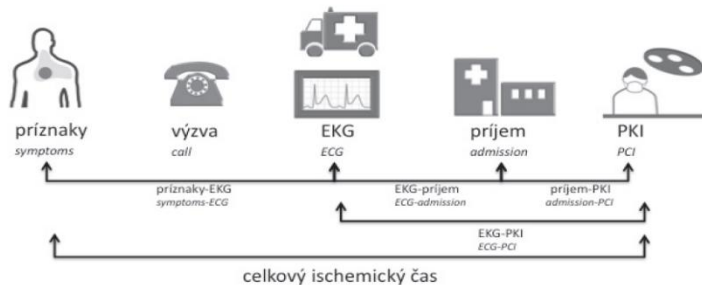
Z historického obdobia sú zaznamenané choroby, ktoré patrili medzi dominujúce, akými boli v staroveku malomocenstvo, v stredoveku mor a začiatkom minulého storočia tuberkulóza. Ľudia zomierali pred dvoma storočiami priemerne ako dvadsaťtiroční, zatiaľ čo my máme šancu najmenej na trojnásobok. Keďže žijeme dlhšie, dávame viac času chorobám, ktoré sa v minulosti nemali rozvinúť. Medzi choroby, ktoré predstavujú podobnú metlu modernej civilizácie, patria ochorenia srdca a ciev. Až do 2. svetovej vojny bolo na Slovensku a v Čechách pomerne málo chorých s infarktomyokardu (IM), ten bol rozpoznávaný a popísaný u živého človeka až na začiatku tohto storočia. V našej republike prvýkrát popísal zaživa rozpoznávaný IM profesor Jaroslav Sumbal v roku 1929, keď ho však o deväť rokov neskôr sám dostal, nepoznal ho, aj keď bol typicky klinicky aj na EKG (Fejfar, 1997). KVO sú dôsledkom pôsobenia kombinácií niekoľkých rizikových faktorov, ktoré môžu byť neovplyvniteľné alebo ovplyvniteľné, na ktoré by sme mohli pôsobiť v rámci preventívnych činností. Jednotlivec by si mal uvedomovať, ktoré rizikové faktory môže ovplyvniť a podporiť tak svoje zdravie. Preto je dôležité jeho zdravotné uvedomenie a prijatie zodpovednosti za svoje zdravie. Sestry tvoria najpočetnejšiu skupinu zdravotníckych pracovníkov a vo všetkých medzinárodných

dokumentoch je zdôrazňovaná ich rola v zdravotnej starostlivosti ako veľmi dôležitá. Na Európskej konferencii vo Viedni v roku 1988 bola prvýkrát prezentovaná koncepcia sestier v primárnej starostlivosti a ich rola a miesto v preventívnych činnostiach. Sestry majú na základe svojich kompetencií v týchto aktivitách významné a nezastupiteľné postavenie. Pracujú s jednotlivcami a skupinami ako konzultantky, vychovávateľky, edukátorky a koordinátorky činností ovplyvňujúcich zdravie (Tóthová., 2019).

Akútny koronárny syndróm

Akútny koronárny syndróm (AKS) je hlavnou príčinou úmrtnosti a invalidizácie pacientov. Podkladom AKS je akútna forma ischemickej choroby srdca (ICHS), ktorá je spôsobená v absolútnej väčšine prípadov koronárnou aterosklerózou a sprievodnou trombózou. Ide o degeneratívne ochorenie tepien, charakterizované ložiskovou tvorbou väzivových plátov vo vnútornej vrstve cievy, ktoré majú v centre kašovitú bielu hmotu, bohatú na tukové látky (gréc. atheré – kaša). Pre medicínu je tento problém úzko spojený s vyjasnením si príčin vzniku, rozvoja, liečby, poprípade prevencie aterosklerózy a trombózy vôbec (Amstrong a kol., 2013).

AKS sa prejavuje typickou klinickou manifestáciou na hrudníku - bolesť, tlak, zvieranie a pálenie, ktoré neprestáva ani v kľude a trvá zvyčajne dlhšie ako 30 minút. Koronárna tepna sa upcháva krvnou zrazeninou, ktorá sa tvorí v stene zmenenej aterosklerózou. Pacient s podozrením na AKS by si mal zavolať pomoc už po 5 minútach. AKS je súboj s časom, každá minúta sa počíta a je dôležitá pre ďalšiu prognózu srdcového svalu. Prioritným aspektom liečby u pacientov s AKS je spriechodnenie uzavretej koronárnej tepny a snaha o minimalizáciu rozsahu poškodeného myokardu (Jacobs a kol., 2006). *„Z praktických dôvodov je možné zdôrazniť momenty v časovom priebehu AKS na logické intervaly a to moment vzniku príznakov, moment výzvy záchranného systému pacientom, moment diagnostiky AKS pomocou EKG a príjem do zdravotníckeho zariadenia na reperfúziu liečbu pomocou trombolýzy alebo primárnej prekutánnej koronárnej intervencie (PKI)“* (Studenčan, 2014, 41 s.). Interval od vzniku symptómov po spriechodnenie tepny sa volá celkový ischemický čas.



Zdroj: *Cardiology Lett.* 2013,22(1), 85 - 93

Interval od „ EKG – PKI“ by mal byť do 120 minút, u pacientov s rozsiahlym predným AKS je potrebné uplatniť prísnejšie kritéria „EKG – PKI“ do 90 minút. Čím je tento čas kratší, tým je lepšia prognóza pacientov po prekonaní AKS (Studenčan, 2011). V snahe o skrátenie celkového ischemického času predstavuje hlavný problém zdržanie spôsobené pacientom. Skrývať bolesti a príznaky AKS a neprivolať pomoc môže viesť ku zbytočnej katastrofe. Dôvody, prečo pacienti odkladajú privolanie pomoci sú rozmanité, váhajú zavolať pomoc, veria, že ťažkosti sú prechodné alebo extrakardiálneho pôvodu, alebo ich nepoznajú a vyhľadávajú pomoc praktického lekára (Duhigg, 2012). Za optimálny postup by sa mal považovať stav, keď ľudia poznajú typické prejavy infarktu myokardu a pri výskyte čo najskôr volajú záchranný systém. Ovplyvňovanie správania sa pacientov skrýva najväčší potenciál pri vylepšovaní manažmentu pacientov s AKS, pretože značná časť úmrtí u pacientov s AKS nastáva v predhospitalizačnej fáze ešte skôr, kým dôjde k prvému kontaktu so záchranným zdravotným systémom (Studenčan, 2014). Ide o ochorenie spojené so zlou prognózou a vysokým rizikom mortality. Čím skôr sa začne s revaskularizačnou liečbou, tým je väčšia šanca, že sa postihnutá časť srdcového svalu spamätá, jazva bude malá a funkcia srdca neporušená (Kamenský a kol., 2011).

Riziko akútneho koronárneho syndrómu a životný štýl

Riziko ďalšej koronárnej príhody je najväčšie v prvých šiestich alebo dvanástich mesiacoch, čo ho znovu dostane 5 až 15% pacientov. Klinické štúdie ukázali, že je možné znížiť výskyt recidívy AKS a náhleho úmrtia na ICHS, na ktorých vzniku sa podieľajú viacero patogénnych podnetov. Je preto potrebné posudzovať každého pacienta individuálne. Kombinujú sa hlavne zásady životného štýlu zlepšujúceho zdravotný stav s úpravou dominujúceho rizika pre možný vznik ďalšej koronárnej príhody. Trvalé sledovanie a dodržiavanie doporučených opatrení môže zaistiť týmto pacientom kvalitný, aktívny a dlhý život. Ako už v roku 1984 tvrdil Taylor „*Sústavná starostlivosť o individuálneho pacienta je dôležitejšia ako rutinné užitie liekov vybraných podľa poslednej publikovanej therapeutickej štúdie*“. Rizikové faktory označujú jedinca aj celú

populáciu náchylnú na vznik a rozvoj aterosklerózy. Tento názov bol prvýkrát použitý vo Framinghamskej štúdií v USA v roku 1961. Už ale v roku 1928 kardiológ Klement Weber v prednáške o patogenéze aterosklerózy hovoril o momentoch predisponizujúcich (štrukturálne zmeny vnútornej vstvy tepny, výživa cievnej steny, krvný tlak, fyziologické starnutie) a momentoch provokujúcich (cholesterol, nadmerný príjem bielkovín, duševný stres, fajčenie a infekcie).

Rizikové faktory – behaviorálne faktory životného štýlu a prevencia

Rizikové faktory vzniku aterosklerózy sú početné, ale za hlavné sa považujú arteriálna hypertenzia, dislipoproteínémia, nedostatok fyzickej aktivity, fajčenie, obezita, diabetes mellitus, ale aj vek, pohlavie, stres, psychosociálna záťaž, typ správania a genetické faktory (Studenčan, 2014). Medzi faktory, ktoré sa podieľajú na vzniku KVO a AKS, majú najväčší podiel behaviorálne faktory – faktory životného štýlu (40 – 50%) (Bašková, 2009). Podľa odhadu Centra na sledovanie chorôb (Center for Disease Control, Atlanta, USA) má polovica predčasných úmrtí súvisieť so správaním a postojom jednotlivca k zdraviu. Ako tvrdí Hanzlíková (2006, s.13), „*Ludská bytosť je z hľadiska svojho očakávania veľmi rôznorodá a preto je veľmi ťažké predpokladať a očakávať určitý spôsob správania človeka*“. Človek sa riadi prostredníctvom rozumu, rozhoduje o svojom životnom štýle, o svojom správaní a je za to zodpovedný. V súvislosti s tým sa vynárajú otázky vyslovené v myšlienke J.A. Komenského (vedieť, môcť a chcieť) a patrí tam (Hanzlíková, 2006):

- *Vie jednotlivec dosť o tom, ako má zdravo žiť?*
- *Je v jeho silách viesť zdravý život?*
- *Má dostatok vôľových vlastností, aby sa vyhol škodlivinám a žil zdravo?*

Faktory životného štýlu – behaviorálne faktory, formujú správanie jedinca, jeho postoj k zdraviu, ktoré možno hodnotiť a ovplyvňovať prostredníctvom vedomostí, postojov a praxe.

V rámci ošetrovateľskej starostlivosti by mali byť realizované odborné činnosti, ktoré sú zamerané na prevenciu, udržanie, podporu a prinavrátanie zdravia jednotlivcom a rodinám. Nie len výchova k zdraviu ale aj edukácia a edukačný proces v ošetrovateľstve predstavujú podstatnú časť kvalifikovanej starostlivosti, ktoré významne napomáhajú naplňovať preventívne ciele moderného ošetrovateľstva (Sovová a kol., 2014). Fajčenie, nesprávne stravovanie, obezita, stres a nedostatok pohybu vedú k vzniku KVO. Znalosť rizikových faktorov je veľmi dôležitá pre rozhodovanie o zdravom spôsobe života. Najdôležitejšími činiteľmi v starostlivosti o zdravie nie sú finančné prostriedky, materiálne a technické vybavenie zdravotníckych služieb, ale predovšetkým sami jedinci,

spôsob ich života a ochota podieľať sa účinne na starostlivosti o svoje zdravie (Tóthová, 2019).

Súčasný stav problematiky akútneho koronárneho syndrómu

KVO sú celosvetovo vedúcou príčinou predčasnej smrti. Zo všetkých úmrtí v Európe vo veku do 75 rokov zomrelo v dôsledku AKS 42% žien a 38% mužov. Podľa oficiálnych údajov je možné na Slovensku predpokladať ročný výskyt AKS v 9300 prípadov, avšak do nemocnice sa dostane len 3650 prípadov v dôsledku neinformovanosti laikov o závažnosti ochorenia, podceňovaníu klinických príznakov a bagatelizovaníu ochorenia (Studenčan, 2014). V krajinách s rozvinutým zdravotníctvom, vrátane Slovenska je ale možné dokumentovať pokles hospitalizačnej letality na AKS, čo súvisí s vysokou dostupnosťou reperfúzneho liečby, hlavne primárnej perkutánnej koronárnej intervencie (PKI) a liečbe, čo má za dôsledok zlepšenie starostlivosti o pacientov s AKS. Úspechy v liečbe sa podieľajú na starnutí populácie a so starnutím populácie súvisí aj skutočnosť, že aj keď v mnohých krajinách klesá mortalita na KVO, prevalencia ochorenia sa nemení, skôr stúpa. V súčasnej dobe existuje sieť kardiocentier, vyšetrovacích a intervenčných metód, vynikajúcich odborníkov, ako lekárov, tak aj vyškolených sestier v špecializačných odboroch, ale je potrebné zdôrazniť, že sa nevenuje dostatočná pozornosť realizácii edukačného – intervenčných programov pre pacientov (Tóthová 2019). Kardiologickí pacienti sa typicky zhoršujú a obvykle umierajú na srdcové ochorenie aj navzdory tej najlepšej lekárskej starostlivosti. Pacienti nedostávajú potrebné, dostatočné informácie, ktoré potrebujú k definitívnemu rozhodnutiu, aby mohli zmeniť svoje správanie smerované k zdraviu a je na nich ako sa rozhodnú. Mnoho z nich sa môže rozhodnúť nič nemeniť vo svojich stravovacích návykoch, pojesť štandardnú „americkú“ stravu a okoreniť si ju doporučenými tabletkami na zníženie cholesterolu, ale je to ich voľba. Dostávajú lieky a nevedia o tom, že aj zmena stravy ich môže týchto problémov zbaviť a dokonca im zachrániť život. Lekári a zdravotnícki pracovníci si myslia, že zmeniť životný štýl, zmeniť stravovacie zvyklosti je pre väčšinu pacientov príliš zložitú dodržiavať. Tento prístup si racionalizujú tým, že pacienti to aj tak nebudú dodržiavať, tak prečo mrhať časom na ich edukovanie. Pacienti chcú tabletky, nemajú v úmysle radikálne zmeniť svoje návyky alebo stravu. (Fuhrman, 2018). Ateroskleróza môže začínať už v detstve, dokonca v kojeneckom období u detí, ktorých matky pojedali stravu bohatú na tuky a cholesterol v tehotenstve. Aterosklerotické pláty sa rozvíjajú desiatky rokov takže k ochoreniu a úmrtiu dochádza až neskôr v živote (Sovová, 2014). S rastúcim obvodom pasu našej populácie a rastúcou spotrebou priemyselne spracovaných potravín a rýchleho občerstvenia za posledných niekoľko rokov

sme svedkami rastúceho počtu prípadov diabetu, mŕtvice a infarktu myokardu, ale aj ďalších závažných ochorení u čím ďalej mladšej populácie. Nepredať pacientom informácie, ktoré môžu pre nich znamenať rozdiel medzi životom a smrťou, by sa malo považovať za nedostatočnú starostlivosť. Pacienti si často myslia, že vysoký krvný tlak, vysoký cholesterol, diabetes, ochorenia srdca sú následkom genetiky a starnutia a jediné čo môžu urobiť pre ich zmierenie je užívať predpísané lieky. Naše čísla a štatistika potom možno vyzerá lepšie, ale pod tým je ukrytý chorobný proces, ktorý sa každým rokom zhoršuje (Fuhrman, 2018). Tieto ochorenia však väčšinou nie sú priamym následkom genetiky a nemusíme ich považovať za dôsledok starnutia. Vrodená predispozícia je iba jednou zložkou a po celý život už od útleho detstva ju môžeme dobre alebo nesprávne ovplyvniť. Vplyv správania k svojmu zdraviu, životného štýlu a dobrých alebo nevhodných návykov sa v priebehu rokov posilňuje, na rozdiel od genetickej zložky. Tá je rozhodujúca u pacientov napríklad s familiárnou cholesterolémiou. Zmena stravovacích návykov, pohybová aktivita a zodpovednosť za svoje zdravie môže zabrániť tomu, aby sa vysoký krvný tlak a ochorenie srdca objavili v akomkoľvek veku (Tóthová a kol., 2019).

ZÁVER

V starostlivosti o zdravie sa dôležitým prvkom stáva podpora zdravia a prevencia ochorení, ktoré spolu veľmi úzko súvisia. Cieľom edukácie pacienta po AKS by mala byť snaha zabrániť vzniku výskytu novej koronárnej príhody, pokus o zmenu postoja a správania sa pacienta, aby prijal zdravý životný štýl, poskytnúť informácie a zaistiť ich správne pochopenie a porozumenie. Dôležitým cieľom v edukačnom procese je, aby pacient bol v procese učenia sa zmeny životného štýlu aktívny a rozhodol sa podľa vlastných záujmov a presvedčenia. Sestry sú významným edukačným potenciálom v preventívnej kardiológii, ktoré by takéto programy pod záštitou lekárov mohli realizovať. Tieto programy by mali byť vykonávané hlavne sestrami a mali by byť zamerané na rizikových jedincov a pacientov liečiacich sa na kardiovaskulárne choroby v rámci následnej starostlivosti. Sestrou riadená preventívna edukácia v oblasti úpravy životného štýlu môže viesť u pacienta ku zvládnutiu naučiť sa monitorovať rizikové faktory, vyhodnotiť svoje vlastné podmienky a ovplyvňovať kognitívne, emocionálne a behaviorálne faktory pre zmenu životného štýlu a udržanie uspokojivej kvality života.

ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY

- ARMSTRONG P.W., GERSHLICK A., GOLDSTEIN P., et al. STREAM Investigation Team. Fibrinolysis or primary PCI in ST-segment elevation myocardial infarction. *The New England Journal of Medicine* 2013;368:1379–87.
- BAŠKOVÁ, M. a kol. 2009. *Výchova k zdraviu*. Martin: Osveta, 2009. 227 s. ISBN 978 – 80 – 8063 – 320 – 2.
- DUHIGG, CH. 2012. *Sila zvyku*. Bratislava: AldoDesign, 2012, 271 s. ISBN 978 – 80- 222 – 0636 5.
- FARKAŠOVÁ, D., a kol. 2006. *Výskum v ošetrovatel'stve*. 2 vyd. Bratislava: Osveta, 2006, 87 s. ISBN 80 – 8063 – 228 – 6.
- FEJFAR, Z. 1997. *Srdce v labyrintu světa*. Praha: Galén, 1997, 359 s. ISBN 80 – 86003 – 03 -5.
- FUHRMAN, J. 2018. *Skoncuje s nemocemi srdce*. Brno: CPress, 2018, 376 s. ISBN 978 – 80 – 264 – 2060 – 6.
- HANZLÍKOVÁ, A. a kol. 2006. *Komunitné ošetrovatel'stvo*. 2 nezm. vyd. Martin: Osveta, 2006. 280 s. ISBN 80 – 8063 -213 – 8.
- HULKOVÁ, V.2016. *Štandardizácia v ošetrovatel'stve*. Praha: Grada Publishing, a.s. 2016. 232 s. ISBN 978 – 80 – 271 – 9083 – 6.
- JACOBS A.K.,ANTMAN E.M., ELLRODT G., FAXON D.P., GREGORY T., MENSAH G.A., et al.Recommendation to develop strategies to increase the number of ST-segment-elevation myocardial infarction patients with timely acces to primary percutaneous coronary interveticion. *Circulation* 2006;113(17):2152-63.
- KAMENSKÝ, G.,- MURÍN, J. 2007. *MOST. Mesiac o srdcových témach*. Bratislava: AEpress, s. r. o., 2007. 159 s. ISBN 978 – 80 – 88880 – 80 -6.
- SOVOVÁ, E., SEDLÁŘOVÁ, J. 2014. *Kardiológia pro odbor ošetrovatelství*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s. 2014, 255 s. ISBN 978 – 80 – 247 – 4823 – 8.
- STUDENČAN M., HRICÁK V., KOVÁŘ F., KURRAY P., GONCALVESOVÁ E., KAMENSKÝ G. Aktuálne trendy v starostlivosti o pacientov so STEMI na Slovensku. Analýza výsledkov registra SLOVAKS-2 z roku 2011. *Cardiology Letters* 2013;22 (2): 115-124. (b)
- STUDENČAN, M. 2014. *Akútny koronárny syndróm*. Bratislava: Media Group, s.r.o., 2014, 240 s. ISBN 978 - 80 – 969790 – 1 -1.
- ŠKODOVÁ, Z. 2013. *Praktický úvod do metodológie výsumnej práce*. Martin:Univerzita Komenského v Bratislave. 2013, 65 s. ISBN 978 – 86 – 89544 - 43 -1.
- TÓTHOVÁ, E., CHLOUBOVÁ, I., PROKEŠOVÁ, R. 2019. *Význam ošetrovatelství v preventívni kardiologii*. Praha: Grada Publishing, a.s.,2019, 160 s. ISBN 978 – 80 – 271 – 2412 – 1.

Kontakt na autora:

PhDr. Jana Šulcová – doktorand

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej poráče sv. Alžbety, n.o- Doktorandské štúdium

Mail: janulasulcova@gmail.com

**KLOSTRIOVÉ INFEKČIE V KONTEXTE BEZPEČNOSTI PACIENTA
Z POHLADU SESTIER
CLOSTRIDE INFECTIONS IN THE PATIENT SAFETY CONTEXT
FROM THE PERSPECTIVE OF NURSES**

Viera Ivanková

Školiteľ: Mária Belovičová

ABSTRAKT

Infekcia grampozitívnou sporulujúcou baktériou *Clostridium difficile* (CDI) je v súčasnosti celosvetovo závažným zdravotníckym problémom pre svoju vzrastajúcu incidenciu a mortalitu a najčastejšou príčinou hnačkových ochorení u hospitalizovaných pacientov. V práci analyzujeme preventívne opatrenia, kde patrí izolácia kontaktov, hygiena rúk a reorganizácia / koordinácia ošetrovateľskej starostlivosti a oddelenia. Preventívne opatrenia sú časovo náročné a významne zvyšujú pracovné zaťaženie, čo môže ovplyvňovať vnímanie stupňa bezpečnosti pacienta sestrami a schopnosti koncentrovať svoje úsilie pre dodržanie správnych postupov v rámci prevencie prenosu infekcie. Zdôrazňujeme tiež rozhodujúcu úlohu sestier vo zvyšovaní bezpečnosti pacientov vďaka ich neustálej prítomnosti pri lôžku pacienta. Sestry dôverne poznajú každodenný klinický stav pacienta, preto sa môžu účinne zapojiť a pomôcť pri znižovaní infekcie *Clostridium difficile* (CDI) v nemocnici. Cieľom práce je nájsť nové dôkazy o vzťahu medzi stupňom vnímania bezpečnosti pacientov sestrami a ich dodržiavaním zásad a stratégií v rámci izolácie pacienta a v rámci prevencie prenosu infekcií pohľadu sestier.

Kľúčové slová:

Klostrídiové infekcie. Bezpečnosť pacienta. Izolácia pacienta. Preventívne opatrenia. Úloha sestry v prevencii.

ABSTRACT

Infection with Gram-positive sporulating bacteria *Clostridium difficile* (CDI) is currently a serious health problem worldwide due to its increasing incidence and mortality and the most common cause of diarrhea in hospitalized patients. In this work we analyze preventive measures, which include contact insulation, hand hygiene and reorganization / coordination of nursing care and ward. Preventive measures are time-consuming and significantly increase the workload, which can affect the perception of the patient's safety level by nurses and the ability to concentrate

their efforts to follow good practices to prevent transmission of infection. We also emphasize the crucial role of nurses in increasing patient safety due to their constant presence at the patient's bedside. Knowing the patient's daily clinical condition, nurses can effectively engage and help reduce *Clostridium difficile* (CDI) infection in the hospital. The aim of this work is to find new evidence on the relationship between the level of patient safety perception by nurses and their adherence to principles and strategies within the patient's isolation and prevention of transmission of infection from the nurses' perspective.

Keywords:

Clostridial infections. Patient safety. Patient isolation. Preventive actions. The role of nurses in prevention.

ÚVOD

Infekcia grampozitívnou sporulujúcou baktériou *Clostridium difficile* (CDI) je v súčasnosti celosvetovo závažným zdravotníckym problémom pre svoju vzrastajúcu incidenciu a mortalitu. U hospitalizovaných pacientov je najčastejšou príčinou hnačkových ochorení a zdravotnícki pracovníci čelia mnohým výzvam súvisiacim s jej identifikáciou, liečbou a prevenciou prenosu. Stratégie znižovania rizika založené na dôkazoch sú zásadné pre zaistenie bezpečnejšieho prostredia zdravotníckych zariadení v prípade podozrenia alebo potvrdenia CDI. Tieto stratégie zahŕňajú zložky prevencie infekcií štandardných a kontaktných opatrení, starostlivosť o prostredie a uvážlivé používanie antibiotík.

S nárastom tohto ochorenia súvisí nárast finančných nákladov, ktoré pre Európsku úniu predstavuje 3000 miliónov € ročne a predpokladá sa v nasledujúcich troch desaťročiach až dvojnásobný nárast (Kuijper, Coignard, Tull et al. 2006). Vznik ochorenia je najčastejšie spájaný s (nad) užívaním širokospektrálnych antibiotík a vyšším vekom (> 65 rokov). V prevažnej časti laickej populácie zostáva táto problematika relatívne neznáma. Klinické príznaky CDI sú veľmi široké - od asymptomatickej kolonizácie, cez ľahké a prechodné hnačkové ochorenia až po život ohrozujúcu pseudomembranóznu kolitídu, toxické megakolón, perforáciu čreva a septický šok vedúci k úmrtiu pacienta (Bátovský, 2012).

Poskytovanie bezpečnej a kvalitnej starostlivosti o pacienta je pre sestry mimoriadne dôležité, lebo majú kľúčovú pozíciu pre zlepšenie kvality zdravotnej starostlivosti prostredníctvom intervencií a stratégií v oblasti bezpečnosti pacientov. V snahe znížiť mieru infekcie získanej v dôsledku zdravotnej starostlivosti je v súčasnosti uznávané ako miera kvality nemocníc. Prax ukazuje,

že zásahy v oblasti prevencie sú úspešné v jednej nemocnici, ale zlyhávajú alebo majú menší úspech v inej. Predpokladáme, že organizačné faktory, zaangažovanosť sestier pri realizácii postupov prevencie a vnímanie bezpečnosti pacienta sestrami sú hlavným dôvodom. V dôsledku toho máme záujem porozumieť organizačnej kultúre vo vybraných zariadeniach, pochopiť vnímanie bezpečnosti pacienta sestrami a zaoberať sa tým s cieľom nájsť nové spôsoby na dosiahnutie lepšej bezpečnosti pacienta a tým aj kvalitnejšej ošetrovateľskej starostlivosti v rámci prevencie CDI a v prostredí izolácie pacienta s CDI.

Súčasný stav riešenej problematiky

Frekvencia CDI sa celosvetovo zvyšuje. V roku 2001 táto incidencia vzrástla na 50 prípadov na 100 000 obyvateľov a v roku 2005 až na 84 prípadov na 100 000 obyvateľov (tj. trojnásobný vzrast oproti incidenciu v roku 1996). V Anglicku v roku 1991 bola CDI ako primárna príčina úmrtia určená u 499 pacientov a v roku 2006 už u 3393 pacientov spôsobené ribotypom krátko potom v Holandsku. Výskyt a rýchle šírenie tohto epidemického kmeňa súvisel s jeho rezistenciou na často používanú skupinu antibiotík, novo vyvinuté fluórchinolóny (levofloxacín, moxifloxacín) (Kelly, LaMont 2008).

Incidencia v Európe je 41/100 000 hospitalizovaných pacientov . Ako najčastejšie epidemické ribotypy sú uvádzané ribotyp 01, 002, 014 a 078. Štúdia z roku 2008, zahŕňajúca 34 krajín Európy, uviedla, že sa ribotyp 027 vyskytoval iba v 5% všetkých prípadov. Celosvetový problém narastania prípadov CDI sa týka aj Slovenska. Počet pacientov, ktorí sú na Slovensku kolonizovaní *Clostridium difficile* (CD) je odhadovaný Úradom verejného zdravotníctva SR na 7-11% hospitalizovaných pacientov, 5-7% pacientov sociálnych zariadení a približne

2% ambulantných pacientov (Jaruška, Bátovský, Drgoa a kol. 2014).

Európske stredisko pre prevalenciu a kontrolu chorôb (ECDC) zorganizovalo v roku 2012 celoeurópsku bodovú prevalenciu infekcií spojených so zdravotnou starostlivosťou a ukázalo sa, že 48% gastrointestinálnych infekcií v nemocniciach bolo spôsobených *C. difficile* a 7,7% všetkej zdravotnej starostlivosti infekcie spojené s CDI boli spôsobené. *C. difficile* bol ôsmy v zozname patogénov spôsobujúcich nozokomiálne infekcie. Údaje z Nemecka dokázali, že výskyt CDI v nemocniciach je 2-4 krát vyšší ako nozokomiálne infekcie spôsobené MRSA (ECDC, 2012).

Od roku 2013 *Clostridium difficile* patrí medzi piatich najčastejších pôvodcov nozokomiálnych nákaz na Slovensku. V roku 2017 sa stal v 17,3 % najčastejším pôvodcom a príčinou všetkých nozokomiálnych nákaz. Najviac nozokomiálnych

prípadov CDI na Slovensku (88,5 %) bolo v roku 2017 hlásených z internistických pracovísk, 7,4 % prípadov CDI-NN sa vyskytvalo na chirurgických pracoviskách, 2,8 % na anesteziologicko resuscitačných pracoviskách a 1,1 % na detských pracoviskách. Vekové rozdelenie hlásených prípadov s CDI na Slovensku v rokoch 2010 až 2017 ukazuje, že riziko infekcie stúpa s vekom, pričom dôchodcovia predstavujú najväčšiu rizikovú skupinu, nasledované malými deťmi. Incidencia pacientov vekovej skupiny 65 a viac ročných bola 9,8 na 10 000 obyvateľov na Slovensku. Incidencia u detí do 1 roka na Slovensku bola 2,6 na 10 000 obyvateľov. Priemerný vek pacientov s CDI bol v sledovanom období 68,6 rokov (Novák, Mazáková, Červeňová, Hudečková, 2019).

V nasledujúcej tabuľke zobrazujeme incidencia nozokomiálnych nákaz spôsobenú CDI v roku 2019 v nemocniciach siete SVET ZDRAVIA prezentovanú hlavnou epidemiologickou v sieti Svet zdravia a ProCare.

Tabuľka č.1 Incidencia klostrídiových infekcií v nemocniciach siete Svet zdravia.

Incidenca NN - klostrídiových infekcií za 1 - 10. 2019			
nemocnice SZ	počet hlásených NN	z toho počet hlásených CDI NN	incidenca pacientov s CDI
Železničné zdrav. KE	28	1	3,57%
Rožňava	199	15	7,54%
Vranov v/T	152	15	9,87%
Partizánske	132	9	6,82%
Svidník	149	8	5,37%
Trebišov	194	5	2,58%
Michalovce	250	40	16,00%
D.Streda	269	47	17,47%
SNV	234	19	8,12%
Rimavská Sobota	162	12	7,41%
B.Štiavnica	32	8	25,00%
Žiar n/Hronom	117	42	35,90%
Humenné	127	24	18,90%
Topoľčany	220	17	7,73%
Galanta	222	23	10,36%
SPOLU	2487	285	11,46%

Zdroj: Skálová, 2019.

Klostrídiové infekcie

Clostridium difficile je grampozitívna baktéria, ktorá bola prvýkrát izolovaná zo stolice zdravých novorodencov v roku 1935 Hallom O 'Tolle. Baktériu pôvodne pomenovali *Bacillus difficilis*, čo malo vyjadrovať problémy a ťažkosti

pri jeho izolácii (ECDC, 2013). V roku 1978 bolo CDI označené ako pôvodca kolitídy spojených s užívaním antibiotík. Táto baktéria sa bežne vyskytuje v prírode a odpadových aj povrchových vodách. Ďalším, stále nepotvrdeným, zdrojom baktérie v komunitnom prostredí sú pravdepodobne domáce zvieratá a niektoré mäsové výrobky (Beneš, Husa, Nyč, 2012).

Virulencia *C. difficile* je daná jeho schopnosťou tvoriť rezistentné spóry a produkovať toxíny. Spóry sú acidorezistentné, teda schopné prežiť transport cez žalúdok do tenkého čreva, kde germinujú a vegetatívne bunky produkujú toxíny (Škapová, 2011). Vo svojej spóre môže baktéria prežiť v drsných prostrediach a bežných sterilizačných technikách. Spóry CDI sú odolné voči vysokým teplotám, ultrafialovému žiareniu, tvrdým chemikáliám a antibiotikám. Spóry sú rezistentné na antibiotiká, môžu zostať v gastrointestinálnom trakte a potenciálne prispievať k opakujúcim sa chorobám po liečbe a eradikácii vegetatívnej CDI (Johnson, Adelman, Clabots, et al., 1989).

V súčasnej dobe sú známe tri toxíny : toxín A - enterotoxín poškodzujúce bunky črevného epitelu a znižujúce účinnosť imunitného systému, toxín B – cytotoxín spôsobujúce nekrózu a ulceráciu napadnutých tkanív a vznikom patognomických pablán, tretím je tzv. binárny toxín, ktorého účinky nie sú v súčasnej dobe plne známe (Kelly, LaMont, 2008). Produkcia toxínov A aj B je hlavnou determinantom virulencie CDI, teda kmene *C.difficile* neprodukujúce toxíny ochorenie nevyvolávajú (nie sú patogénne) (Warny et al., 2005).

Rizikové faktory

Hlavné riziko získania CDI existuje do štyroch týždňov po liečbe antibiotikami, čo predstavuje 40% až 60% prípadov (Bauer et al, 2011). Ďalšími rizikovými faktormi sú vek (nad 65 rokov), komorbidity, hospitalizácia za posledné tri mesiace a pobyt liečebni pre dlhodobu chorých alebo v ošetrovateľskom dome (Grünwald et al. 2010). Liečba inhibítorom protónovej pumpy tiež zvyšuje riziko CDI, ale enterálna výživa nehrá významnú úlohu. Medzi možné rizikové skupiny patria pacienti s oslabenou imunitou alebo imunodeficienciou a pacienti s chronickými zápalovými črevnými ochoreniami (Lübbert, Johann, Kekulé et al., 2013).

Klinický stav

K infekcii CDI dochádza fekálno-orálnou cestou v dôsledku požitia spór, ktoré sú odolné voči prostrediu. Počas gastrointestinálneho prechodu stimulujú žlčové kyseliny a ďalšie látky klíčenie vegetatívnych rastových foriem, tieto produkujú toxíny v závislosti od okolitej mikroflóry (mikrobiota) (Heeg et al., 2012). Typickými prejavmi CDI sú krče v bruchu, rozsiahla hnačka (mukoidná,

zelenkavá, zapáchajúca a vodnatá stolica) zodpovedajúcatypu V.-VII. v Bristolskej škále typov stolice, horúčka a leukocytóza nízkeho stupňa, ktoré sa môžu prejaviť niekoľko dní po začatí antibiotickej liečby alebo až 8– 10 týždňov po jeho ukončení. Ak stolice nebývajú početné a objemné je možné tento stav u imobilných pacientov zameniť za náhle vzniknutú inkontinenciu stolice Medzi hlavné príznaky kolitídy patrí hnačka, ileus a toxický megakolón (Beneš, Husa, Nyč, 2014). Ileus je narušenie črevnej priechodnosti. Toxické megakolón je charakterizované rozšírením čreva spolu s významnou eleváciou zápalových parametrov. Závažný priebeh môže byť sprevádzaný aj ďalšími príznakmi-horúčkou, známkami šoku a peritonitídy, leukocytózou > 15 000, posunom krvného obrazu doľava, zvýšeným kreatinínom a iné... (Škapová, 2014). Obávanou komplikáciou sú recidívy, ktoré sa môžu objaviť niekoľko dní po skončení hnačky, zvyčajne k nim dochádza do 2 mesiacov od predchádzajúcej ataky, môžu mať ľahší alebo ťažší priebeh. Po prvom ataku sa pravdepodobnosť rekurencie pohybuje v rozmedzí 15 – 25 %. Ak vznikol druhý atak CDI, pravdepodobnosť ďalšej rekurencie je 40 – 50 %. V Ich príčinou nie je rezistencia na antibiotiká, ale opätovná infekcia spórami z okolia chorého pacienta. Pacient s opakovanými atakmi klostridiálnej kolitídy je ohrozený rozvratom vnútorného prostredia, dehydratáciou a celkovým psychickým aj fyzickým vyčerpaním organizmu. Časté recidívy sú druhou významnou príčinou úmrtí na klostridióvu infekciu (Jarčuška a kol., 2015).

Diagnostika

Diagnóza vyžaduje detekciu toxínov C. difficile alebo C. difficile produkujúcich toxíny vo vzorke hnačkovej stolice. Diagnostické testy možno rozdeliť na testy na detekciu produktov C. difficile (napr. Glutamát dehydrogenáza, prchavé mastné kyseliny, toxíny), testy na detekciu génov CDI (16S rRNA, toxínové gény) a metódy kultivácie na izoláciu baktérie produkujúcej toxín (Delmee, 2011).

Liečba

Dôkaz toxigénneho CDI vyžaduje rýchlu liečbu prispôsobenú riziku. To zvyčajne vedie ku klinickému zlepšeniu v priebehu 48 až 72 hodín . Ak je to možné, liečba antibiotikami, ktorá viedla k toxigénnemu CDI, by sa mala prerušiť alebo zmeniť na menej kolitogénne liečivo, ako je tetracyklín alebo tigecyklín. Pokračujúca systémová antibiotická liečba zvyšuje pravdepodobnosť recidívy. Prirodzene by sa mala podávať aj dostatočná rehydratačná terapia. Inhibítorm motility by sa malo vyhnúť a liečba inhibítormi protónovej pumpy by sa mala podľa možnosti prerušiť (Lübbert, Johann, Kekulé et al.,2013).

Perorálny metronidazol je liek prvej línie pre jednoduché CDI, ale nemal by sa používať pre ťažké CDI. Je to tak preto, že v takýchto prípadoch je odpoveď na liečbu nižšia (73% oproti 81%) . Pri počiatočnej liečbe závažného CDI je perorálny vankomycín liekom prvej línie; alternatívne sa môže použiť orálny fidaxomicín (Bartsch, Curry, Harrison, LEE BY, 2012). Kolonoskopický prenos stolice (transplantácia stolice) sa môže odporučiť na základe lepšej akceptácie a zabráneniu bakteriálnej kontaminácii tenkého čreva fekálnymi mikróbmi, okrem jeho vyššej úspešnosti. Do dvoch týždňov po transplantácii stolice sa vyvíja vysoko rozmanitá ochranná darcovská flóra, prevažne prírodných druhov *Bacteroides* (Khoruts, Dicksved, Jansson, Sadowsky, 2010).

Prevenia vzniku a šírenia infekcie

Nutné sú dva druhy opatrení: izolácia infikovaných pacientov a dezinfekcia prostredia, v ktorom sú umiestnení. Pacienti majú byť izolovaní na samostatných izbách s vlastnou toaletou, v prípade infekcie viacerých pacientov je možné umiestniť ich v jednej izbe. Vhodné je vyčleniť ošetrojúci personál, ktorý pred vstupom do izby používa ochranné pomôcky, ktoré ho chránia pred infekciou *C. difficile*. Najdôležitejšie je dôsledné používanie jednorazových rukavíc a umývanie rúk podľa platných odporúčaní. Na umývanie rúk nie je vhodné používať alkoholové roztoky, lebo môžu viesť ku klíčeniu spór *C. difficile*. Pacient má byť ošetrovaný v izolačnom režime po celé obdobie trvania hnačiek. Po prepustení pacienta/pacientov s CDI musí byť vykonaná dôkladná mechanická očista a dezinfekcia všetkých povrchov a predmetov v izbe pacienta sporocídnymi prostriedkami (Jarčuška a kol., 2015).

Bezpečnosť pacienta

Definícia bezpečnosti pacientov vyplynula z hnutia kvality zdravotnej starostlivosti a definuje sa ako „prevencia poškodenia pacientov“ (Clancy a kol. 2005). Dôraz sa kladie na systém poskytovania starostlivosti, ktorý zabraňuje chybám, učí sa z chýb, ktoré sa vyskytnú a je postavená na kultúre bezpečnosti, do ktorej sú zapojení zdravotnícki pracovníci, organizácie a pacienti. Bezpečnosť je základom, na ktorom sú postavené všetky aspekty kvality starostlivosti (Mitchell et al., 2008). Nedávno sa pozornosť sústredila na porozumenie spoločným postojom, presvedčeniam, hodnotám a predpokladom, ktoré sú základom činností ľudí v oblasti bezpečnosti a potenciálny význam týchto spoločných charakteristík pri iniciovaní trvalých zmien v oblasti bezpečnosti pacientov. V rámci literatúry sa tieto spoločné vlastnosti často označujú ako „kultúra bezpečnosti“ organizácie (Dodds, Kodate 2011).

Snahou o dosiahnutie týchto cieľov sú spoločné presvedčenia a hodnoty organizácie, ktoré ich odlišujú od ostatných. Všeobecne sa uznáva, že ide o naučenú entitu. Návrhy sa pohybujú od veľmi jednoduchého: „spôsob, akým tu veci robíme“ na vysoko komplexné, zahŕňajúce spoločné základné predpoklady, externú adaptáciu a vnútornú integráciu. Organizačná kultúra zahŕňa nielen to, čo sa členovia organizácie naučili, ale aj to v čo veria. Zahŕňa vnemy a praktiky zdieľané v rámci organizácie a nie iba na základe hodnôt, ktoré majú jednotliví členovia. Tento model zdieľaného presvedčenia a hodnôt dáva členom organizácie zmysel a poskytuje im pravidlá správania v ich organizácii. Organizačná kultúra a správanie sa preto môžu považovať za vzorový systém vnímania, významov a presvedčení, ktoré uľahčuje a usmerňuje individuálne správanie pri práci (Hofstede, Hofstede, Minkov, 2010).

Postupy prevencie CDI týkajúce sa bezpečnosti pacientov

Postupy týkajúce sa bezpečnosti pacientov sú definované ako „postupy, ktoré znižujú riziko nepriaznivých udalostí súvisiacich s vystavením lekárskej starostlivosti v celom rozsahu diagnóz alebo stavov“. Táto definícia je konkrétna, ale pomerne neúplná, pretože niekoľko postupov sa dobre neskúmalo pre rešpektovanie ich účinnosti pri prevencii alebo zmierňovaní škôd. V minulosti sme často pozorovali zodpovednosť sestier za bezpečnosť pacientov v úzkych aspektoch starostlivosti o pacienta, napríklad pri predchádzaní chýb pri liečení a prevencii pádov pacientov. Aj keď tieto dimenzie bezpečnosti zostávajú v ošetrovateľskej oblasti dôležité, šírka a hĺbka bezpečnosti pacienta a zlepšenia kvality sú oveľa väčšie. Analýzy chýb sa týkajú „nedodržania štandardných prevádzkových postupov, slabého vodcovstva, chýb v komunikácii alebo tímovej práci, prehliadania alebo ignorovania individuálnej zraniteľnosti a stratu prehľadu o cieľoch“ (Tourangeau et al, 2006).

Preventívne opatrenia CDI zahŕňajú umiestňovanie pacientov, používanie osobných ochranných prostriedkov (rukavice, plášte, masky a ochrana očí), hygieny rúk, dekontaminácie a vhodného nakladania s bielizňou a odpadom. Izolácia zahŕňa fyzické oddelenie pacientov s infekciami (alebo podozrivými z infekcií), aby sa prerušil prenos potenciálnych patogénov medzi ostatnými pacientmi, personálom a návštevníkmi, a historicky sa používa na kontrolu a prevenciu šírenia infekčných chorôb (Masterton, Mifsud, Rao, 2003).

Označenie miestnosti je pripomienkou zdravotníckemu personálu o nevyhnutných postupoch pri izolácii. Aj keď sa veľa diskutuje o účinnosti opatrení na izoláciu, prax je založená na spoľahlivom teoretickom odôvodnení a je všeobecne akceptovaná. Sestry a všetci zdravotnícki pracovníci sa musia riadiť prísnymi protokolmi bez ohrozenia bezpečnosti pacientov. Izolácia alebo iné

formy obmedzenia majú vplyv na pohodu a slobodu pacientov a predpísané prostredie a izolačné postupy poskytujú prekážky fyzickým, zmyslovým a psychosociálnym potrebám pacientov (Gammon, Hunt, 2019), čo spôsobuje podľa nášho názoru neviditeľnú záťaž aj pre personál.

Dodržiavanie organizačných zásad

Účinný organizačný poriadok v zdravotníckom zariadení si vyžaduje dodržiavanie organizačných pravidiel a postupov zo strany jeho zamestnancov. To však nie je ani zďaleka univerzálne. Miera suboptimálnej zhody je stále hlásená pri základných zákrokoch, ako sú hygiena rúk a profylaxia antibiotikami v chirurgii. Konceptný seminárny prieskum, ktorý vykonali Cabana a kol. zistili, že dodržiavaniu usmernení sestrami môže brániť niekoľko prekážok ako je : nedostatok vedomostí, nedostatok oboznámenia sa a nedostatok vlastnej zaangažovanosti a efektívnosti realizácie správnych postupov (Cabana et al. 1999).

Dodržiavanie postupov prevencie a pracovné zaťaženie

Ostražitosť sestier pri lôžku je nevyhnutná pre ich schopnosť zabezpečiť bezpečnosť pacienta. Je preto logické, že s rastúcim počtom pacientov nakoniec sa ohrozi schopnosť sestier poskytovať bezpečnú starostlivosť. Niekoľko štúdií preukázalo súvislosť medzi počtom sestier a bezpečnosťou pacienta, čo dokumentuje zvýšené riziko udalostí týkajúcich sa bezpečnosti pacienta, chorobnosť a dokonca úmrtnosť so zvyšujúcim sa počtom pacientov na sestru. Pomer sestry k pacientovi je iba jedným aspektom vzťahu medzi pracovným zaťažením a bezpečnosťou pacienta. Celková záťaž v ošetrovatelstve pravdepodobne súvisí aj so zvýšeným obrátom pacientov (Aiken et al, 2012), ktorý je tiež podľa nášho názoru spojený so zvýšeným rizikom nedodržania postupov v rámci prevencie prenosu CDI, aj keď sa celkový počet sestier považuje za primeraný.

Vplyv vedenia na dodržiavanie postupov prevencie

Silné vedenie sa vždy považovalo za nevyhnutné pre úspešné kampane v kontrole a prevencii infekcií. Niektorí autori potvrdzujú, že nemocnice s efektívnejším vedením preukázali lepšie dodržiavanie hygieny rúk a lepšie postupy pri obliekaní a používaní rukavíc medzi zamestnancami, tieto inštitúcie tiež mali menšiu pravdepodobnosť, že budú hlásiť prekážky pri implementácii kontroly a prevencie prenosných ochorení. Efektívne štýly vedenia môžu mať tiež silný pozitívny vplyv na výsledky prevencie, zatiaľ čo príliš silná kontrola

zhora-nadol môže mať negatívny vplyv na spokojnosť sestier s prácou a schopnosť správne reagovať (Saint et al, 2010).

Vplyv spokojnosti s prácou na dodržiavanie postupov prevencie

Existuje veľmi málo štúdií, ktoré nejako identifikovali vzťah, ktorý existuje medzi pozitívnym uspokojením z práce a dodržiavaním postupov v prevencii infekcií. Bol však preukázaný konzistentný vzťah medzi nízkou úrovňou spokojnosti zamestnancov a nepriaznivými výsledkami, ako je zvýšený prenos infekcií, úmrtnosť, aj keď mechanizmy a smerovanie príčinných súvislostí zostávajú nejasné (Aiken et al, 2003).

Kultúra komunikácie

Ak nebude existovať správna kultúra komunikácie v organizácii s personálom, s pacientami a sestrami, nebudú mať dostatočné vedomosti o rizikách infekcie a o spôsoboch starostlivosti, ktoré sú potrebné na prevenciu CDI. Okrem toho bude bez multiorganizačnej komunikácie ťažké získať správne pochopenie účinných stratégií bezpečnosti pacienta v nemocniciach, ktoré vykazujú vysokú úroveň výkonnosti (Plsek, 1997).

Vplyv vzdelávania na dodržiavanie postupov

Cieľom vzdelávania by malo byť okrem šírenia informácií aj presvedčenie účastníkov, aby verili v svoju schopnosť dosiahnuť požadovanú zmenu prostredníctvom svojho správania. Teória vlastnej účinnosti určuje štyri spôsoby ovplyvňovania zmeny správania. Patria sem: výkonové predpisy, ktoré sa zameriavajú na zmenu presvedčenia o schopnosti človeka vykonávať požadované správanie, kontinuálne vzdelávanie, ktoré modifikuje seba účinnosť sledovaním ostatných, verbálne presvedčanie, ktoré modifikuje správanie prostredníctvom významnej interakcie s ostatnými a emocionálne vypätie, ktoré podporuje myšlienku, že uvoľnenejší, menej vystresovaní účastníci by skôr dodržali predpísané postupy a vykonali správnu hygienu rúk. Zmena v správaní núti jednotlivcov, aby sa vzdialili od svojej zóny pohodlia, takže je často nežiaduca. Nemalo by preto byť žiadnym prekvapením, keď sa zistí rôzny stupeň nesúladu so zmenou v správaní . Ak jednotlivci nevnímajú nové správanie ako dostatočne odmeňujúce na to, aby ho prijali, budú pozorované všetky druhy odporu. Hlavnou príčinou aktívnej rezistencie sú rozsiahle ťažkosti s integráciou návykov, ktoré sú výsledkom predchádzajúceho klinického tréningu a každodennej pracovnej rutiny. Saint a kol. pripisovali nedostatočné dodržiavanie postupov kontroly a prevencie buď „aktívnym odporcom“, alebo „organizačným zástancam“. Aktívny odpor sa opisuje ako nedostatok úplnej istoty príslušných

orgánov o ich záväzku zaviesť nové postupy. Na druhej strane, organizační zločinci sú definovaní ako jednotlivci, ktorí sú vo všeobecnosti výkonnými manažérmi na strednej až vysokej úrovni a ktorí bránia určitým činnostiam alebo ich odkladajú bez zjavného a verejného prejavenia aktívneho odporu. Títo (profesionálni) jednotlivci odolávajú zmenám zvýšením úsilia potrebného na implementáciu postupov založených na dôkazoch (Saint et al, 2009).

Monitorovanie postupov v kontexte bezpečnosti pacienta

V poslednom desaťročí došlo k zvýšenému tlaku na rozsiahlejšie využívanie ukazovateľov kvality a opatrení v oblasti zdravotnej starostlivosti, najmä miery infekcie. Sadzby za infekcie spojené so zdravotnou starostlivosťou boli navrhnuté ako účinný ukazovateľ zlyhania systému v nemocniciach a boli použité ako ukazovatele profesionálnej úrovne personálu, školenia, organizačného stresu, zlyhania riadenia, nedostatočných systémov, spoľahlivosti a odolnosti. Poskytujú priestor na identifikáciu organizácií, ktorých organizačná kultúra má komplexnejší prístup, ktorý plne integruje kontrolu a prevenciu infekcií do riadenia nemocníc a do agendy kvality (Sevdalis et al, 2009).

Cieľ výskumu

Infekcia CDI sa považuje za prevažne preventabilnú, ak sa dôsledne a pravidelne dodržiavajú optimálne postupy kontroly infekcie. Napriek rozšírenému povedomiu, že dôsledné dodržiavanie izolačných opatrení je základom prevencie CDI, naše skúsenosti poukazujú na nesúlad v dodržiavaní postupov medzi zdravotníkmi pre mnohé, často subtilné a čoraz zložitejšie intervencie zamerané na prevenciu infekcií sú zdrojom nejednoznačnosti, neistoty alebo nejasností, ktoré bránia procesu prevencie dosiahnuť svoj účel. *Existuje vzťah medzi stupňom vnímania bezpečnosti pacientov sestrami a ich dodržiavaním zásad a stratégií v rámci izolácie pacienta a v rámci prevencie prenosu infekcie z pohľadu sestier?*

Hlavným cieľom výskumu je nájsť nové dôkazy o vzťahu medzi stupňom vnímania bezpečnosti pacientov sestrami a ich dodržiavaním zásad a stratégií v rámci izolácie pacienta a v rámci prevencie prenosu infekcie z pohľadu sestier.

Čiastkové ciele výskumu:

- preskúmať, ako sestry vnímajú príčiny pretrvávajúcich nízkych mier dodržiavania hygieny rúk na oddelení a ich odporúčania na zlepšenie,
- zmapovať kvalitné a nekvalitné stratégie a postupy v rámci izolácie z pohľadu sestier,
- zmapovať a identifikovať faktory pracovného prostredia (organizácia práce, personálne obsadenie, tímová spolupráca, odovzdávanie informácií, kultúra

bezpečnosti pacienta, komunikácia, motivácia) z pohľadu sestier, ktoré propagujú kvalitné a nekvalitné princípy a stratégie prevencie infekcie v rámci nastavení izolácie,

- zmapovať informovanosť sestier o postupoch a stratégiách prevencie vzniku klostrídiových infekcií a ich informovanosť o počte nahlásených klostrídiových infekcií za posledných 12 mesiacov,
- posúdiť vplyv dosiahnutého vzdelania sestier a dĺžky praxe sestier na lôžkových oddeleniach na stupeň vnímania bezpečnosti pacientov sestrami.

Výskumné otázky:

Akým spôsobom ovplyvňuje stupeň vnímania bezpečnosti pacienta sestrami dodržiavanie ich postupov bezpečnej starostlivosti o pacientov s klostrídiovými infekciami v prostredí izolácie na lôžkových oddeleniach vybraných zdravotníckych zariadení ?

Ako ovplyvňuje stupeň vnímania bezpečnosti pacienta sestrami ich informovanosť o postupoch a stratégiách prevencie klostrídiových infekcií na lôžkových oddeleniach vybraných zdravotníckych zariadení ?

Ako ovplyvňuje stupeň vnímania bezpečnosti pacienta sestrami informovanosť o hláseniach klostrídiových infekcií za posledných 12 mesiacov na lôžkových oddeleniach vybraných zdravotníckych zariadení ?

Akým spôsobom ovplyvňujú stupeň vnímania bezpečnosti pacienta sestrami vybrané faktory pracovného prostredia (organizácia práce, personálne obsadenie, tímová spolupráca, odovzdávanie informácií, kultúra bezpečnosti pacienta, komunikácia, motivácia)?

Ako ovplyvňuje stupeň vnímania bezpečnosti pacienta sestrami ich dosiahnuté vzdelanie na lôžkových oddeleniach vybraných zdravotníckych zariadení ?

Ako ovplyvňuje stupeň vnímania bezpečnosti pacienta sestrami dĺžka ich praxe na lôžkových oddeleniach vybraných zdravotníckych zariadení ?

Predpokladané pracovné hypotézy

H1 Existuje vzťah medzi stupňom vnímania bezpečnosti pacienta sestrami a ich dodržiavaním postupov bezpečnej starostlivosti o pacientov s klostrídiovými infekciami v prostredí izolácie na lôžkových oddeleniach vybraných zdravotníckych zariadení

H2 Existuje vzťah medzi stupňom vnímania bezpečnosti pacienta sestrami a ich informovanosťou o postupoch a stratégiách prevencie klostrídiových infekcií na lôžkových oddeleniach vybraných zdravotníckych zariadení

H3 Existuje vzťah medzi stupňom vnímania bezpečnosti pacienta sestrami a počtom nahlásených klostrídiových infekcií za posledných 12 mesiacov na lôžkových oddeleniach vybraných zdravotníckych zariadení

H4 Existuje vzťah medzi stupňom vnímania bezpečnosti sestrami a vybranými faktormi pracovného prostredia (organizácia práce, personálne obsadenie, tímová spolupráca, odovzdávanie informácii, kultúra bezpečnosti pacienta, komunikácia, motivácia).

H5 Existuje vzťah medzi stupňom vnímania bezpečnosti pacienta sestrami a ich dosiahnutým vzdelaním na lôžkových oddeleniach vybraných zdravotníckych zariadení

H6 Existuje vzťah medzi stupňom vnímania bezpečnosti pacienta sestrami a dĺžkou ich praxe na lôžkových oddeleniach vybraných zdravotníckych zariadení

Predpokladaná organizácia výskumu

Pre zber údajov nášho výskumu zvolíme dotazník vlastnej konštrukcie, ako vhodnú metódu kvantitatívneho výskumu. Náš výskum budeme realizovať na lôžkových oddeleniach v 17 nemocniciach siete Svet zdravia, v ktorých budeme mapovať vnímanie stupňa bezpečnosti pacientov sestrami v rámci preventívnych opatrení vzniku klostrídiových infekcií na lôžkových oddeleniach a v rámci postupov ošetrovateľskej starostlivosti o pacientov s klostrídiovými infekciami v prostredí izolácie.

Triedenie a štatistické spracovanie dát

Každý vyplnený dotazník skontrolujeme a nedostatočne vyplnené vyradíme. Následne každý dotazník očísľujeme a pomocou softwaru Microsoft Excel zapíšeme do tabuľky. Výsledky budú spracované v štatistickom programe SPSS, verzii 20.0. Deskriptívna analýza dát bude obsahovať výpočet hodnôt absolútnych (N) a frekvenčných (%), aritmetického priemeru (M) a smerodajnej odchýlky (SD). Na posúdenie vzťahu medzi ordinálnymi a kardinálnymi premennými bude použitý Spearmanov korelačný koeficient. Na posúdenie vnímania stupňa bezpečnosti pacientov sestrami bude použitá viacnásobná lineárna regresná analýza.

Očakávaný výstup a prínos pre prax

1. Prezentácia výsledkov výskumu a identifikácia zjavných aj skrytých oblastí ošetrovateľskej praxe na zlepšenie.
2. Poukázanie na nutnosť pravidelnej kontroly dodržiavania stratégií bezpečnej starostlivosti v rámci preventívnych opatrení vzniku klostrídiových infekcií a v starostlivosti o pacientov s klostrídiovými infekciami v izolácii.
3. Poukázanie na dôležitosť pracovného prostredia, motivácie a zaangažovanosti pri dodržiavaní preventívnych opatrení vzniku

klostrídiových infekcií a v starostlivosti o pacientov s klostrídiovými infekciami v izolácii.

4. Poukázanie na nutnosť zabezpečenia školení o bezpečnosti pacienta pre sestry, ktoré poskytujú ošetrovateľskú starostlivosť pacientom s klostrídiovými infekciami.
5. Návrh na zvýšenie kvality ošetrovateľskej starostlivosti v kontexte bezpečnosti pacienta v rámci dodržiavania postupov pri ošetrovaní pacienta klostrídiových infekcií a v starostlivosti o pacientov s klostrídiovými infekciami v izolácii.

ZÁVER

Je potrebné stavať na úsilí výskumu v oblasti vnímania rizika z iných odborov, aby sme pochopili, ako sestry myslia a rozhodujú o probléme CDI. To môže pomôcť informovať o vývoji účinných stratégií riadenia a komunikácie s cieľom maximalizovať kvalitu poskytovanej starostlivosti. Zvládanie hnačky a prijatie preventívnych opatrení na kontrolu infekcie sú najnepriaznivejšie stránky pri liečbe pacientov s CDI. Medzi preventívne opatrenia patrí izolácia kontaktov, hygiena rúk a reorganizácia / koordinácia ošetrovateľskej starostlivosti a oddelenia. Preventívne opatrenia sú časovo náročné a významne zvyšujú pracovné zaťaženie sestier v kombinácii so starostlivosťou o pacientov s nekontrolovateľnými častými záchvatmi hnačky, čo môže ovplyvňovať ich vnímanie bezpečnosti pacienta a schopnosti koncentrovať svoje úsilie pre dodržanie postupov.

Výskyt CDI stúpa a začína ovplyvňovať populáciu, ktorá sa predtým považovala za nízkorizikovú. Sestry musia do svojej praxe integrovať vedomosti a schopnosti v oblasti CDI, aby bojovali proti medzinárodnej epidémii organizmov odolných voči viacerým liečivám, lebo zohrávajú rozhodujúcu úlohu v bezpečnosti pacientov vďaka ich neustálej prítomnosti pri lôžku pacienta. Tvoria najväčšiu skupinu pracovníkov v nemocnici a dôverne poznajú každodenný klinický stav pacienta, preto sa môžu účinne zapojiť a pomôcť pri znižovaní infekcie *Clostridium difficile* (CDI) v nemocnici.

Môžeme nájsť mnoho pozitívnych dôvodov, prečo vytvárať a udržiavať bezpečné prostredie. Jedným z najdôležitejších je ten, že to robíme pre ochranu svojich pacientov. Ako uvádza Menšík a kol. (2011), sestry sú v najlepšej pozícii pre zlepšenie kvality a bezpečnosti starostlivosti o pacientov. Kvalitná odborná a hlavne bezpečná ošetrovateľská starostlivosť vyžaduje, aby sestry boli schopné identifikovať a riešiť zjavné aj skryté problémy ošetrovateľskej praxe.

ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY

AIKEN, LH, CLARKE, SP, CHEUNG, RB, SLOANE, DM AND SILBER, JH 2003. *Educational levels of nurses and mortality of surgical patients*. JAMA. 2003; 290: 1617-1623.

Aiken LH, Sermeus W, Van den Heede K, Sloane DM, Busse R, McKee M, Bruyneel L, Rafferty AM, Griffiths P, Moreno-Casbas MT, et al. 2012. *Safe person, satisfaction and quality of hospital treatment: cross-sectional surveys of nurses and patients in 12 European countries*. BMJ. March 20, 2012; 344: e1717. Epub 2012 March 20.

AHRQ 2007. *PSNet Patient Safety Network. Patient safety*. [on-line] - [cit.2019-12-20] Dostupné na: <http://psnet.ahrq.gov/glossary.aspx#P>.

BÁTOVSKÝ, 2012. *Clostridium difficile - narastajúca hrozba? Gastroenterologie a hepatologie*. 2012, roč. 66, č. 6, s. 438-443. ISSN: 1804-7874; 1804-803X (elektronická verze). [on-line] - [cit.2020-01-04]. Dostupné na : http://www.csgh.info/dwnld/gh_2012_6_438_443.pdf.

BARTSCH SM, CURRY SR, HARRISON LH, LEE BY, 2012. *The potential economic value of screening hospitalizations for Clostridium difficile*. Eur J Clin Microbiol Infect Dis. 2012; 31: 3163-31171.

BAUER MP, NOTERMANS DW, VAN BENTHEM BH, et al., 2011. *Clostridium difficile infection in Europe: hospital survey*. Lancet. 2011; 377: 63-73.

BENEŠ J, HUSA P, NYČ O. 2012 *Doporučený postup diagnostiky a léčby kolitidy vyvolané Clostridium difficile*. Praha: ČLS JEP; 2012 [on-line] - [cit.2020-01-15]. Dostupné z: <http://www.infekce.cz/dokument1.htm#Standardy>.

CABANA, MD, RAND, CS, POWE, NRP et al. 1999. *Why do doctors not follow the guidelines for clinical practice? Framework for improvement*. JAMA. 1999; 282: 1458–1465.

CLANCY CM, FARQUHAR MB, SHARP BA. 2005 *Patient safety in nursing practice*. J Nurs Care Qual. 2005 Jul - Sep; 20 (3): 193-7.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). 2007. *Guidance on precautionary measures for isolation: prevention of the transmission of infectious agents in health settings 2007*. Atlanta (GA): CDC [on-line] - [cit.2020-01-04]. Available online:

<http://www.cdc.gov/ncidod/dhqp/pdf/guidelines/Isolation2007.pdf>.

DELMEE M. 2011. *Laboratory diagnostics of Clostridium difficile*. Clin Microbiol Infect. 2001; 7: 411-416.

DODDS A, KODATE N. 2011. *Accountability, Organizational Learning and Risks to Patient Safety in England: Conflict or Compromise*. Health Risk Soc. 2011; 13: 327–346. doi: 10.1080 / 13698575.2011.575454.

ECDC. Clostridium difficile infection. Basic fact. 2013. *Stockholm: European Center for Disease Prevention and Control*; 2013 [on-line] - [cit.2020-01-04]. Dostupné na: [http //www.ecdc.europa. eu / en / en / healthtopics / healthcare-associated_infections / clostridium_difficile_infection / pages / basic_facts.aspx](http://www.ecdc.europa.eu/en/en/healthtopics/healthcare-associated_infections/clostridium_difficile_infection/pages/basic_facts.aspx).

GAMMON J, HUNT J.2018. *Overview of isolation procedures and procedures in healthcare facilities*. Br J Nurs. 2018; 27 (3): 137-40. ECDC.2012. [on-line] - [cit.2020-01-04]. Dostupné na:(<http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/healthcare-associated-infections-antimicrobial-use-PPS.pdf>).

GAMMON, J., HUNT, J., WILLIAMS, S. et al. 2019. *Infection prevention control and patient safety organizational culture in isolation context: study protocol*. BMC Health Serv Res. 19, 296 (2019) doi: 10.1186 / s12913-019-4126-x

GRÜNEWALD T, KIST M, R MUTTERS, RUF BR, KERN WV.2010. *Clostridium-difficile infection [Clostridium difficile infection]* Dtsch Med Wochenschr. 2010; 135: 699-703.

HEEG D, BURNS DA, ST CARTMAN, MINTON NP. 2012. *Spores of clinical isolates of Clostridium difficile show a different germinate response to bile salts*. In PLoS One. 2012; 7

Hofstede, G., Hofstede, GJ and Minkov, M. 2010. *Culture and Organization: Mind Programs*. McGraw-Hill, New York; 2010.

JARČUŠKA , P., BÁTOVSKÝ,M., DRGOŇA,L., LIŠKOVÁ,A., HOLEČKOVÁ,K. 2015. *Odporúčaný postup diagnostiky a liečby kolitidy spôsobenej Clostridium difficile* . In Upravená 2. verzia z augusta 2014 – verzia 2.0 Via practica – Supplement 1 | 2015; 12(S1) ISSN 1336-930X ročník XII. [on-line] - [cit.2020-01-10]. Dostupné na: www.solen.sk.

KUIJPER, EJ., COIGNARD, B., TULL, P. 2006. *The onset of Clostridium difficile-related disease in North America and Europe*. Clin Microbiol Infect 12 [Suppl 6]: 2-18

KHORUTS A, DICKSVED J, JANSSON J, SADOWSKY MJ. 2010. *Changes in the composition of human faecal microbiome after bacteriotherapy in the case of recurrent diarrhea associated with Clostridium difficile*. J Clin Gastroenterol. 2010; 44: 354-360.

KELLY CP, LAMONT JT. 2008. *Clostridium difficile - more difficult than ever*. N Engl J Med. 2008 Oct 30;359(18):1932-40.

LÜBBERT C, JOHANN C, KEKULÉ AS, et al. 2013. *Behandlung als Risikofaktor für das Auftreten einer Clostridium difficile-Infektion (CDI)*. Gastroenterol. 2013; 51 : 1251 - 1258.

- MITCHELL, H. P., et al., 2008. *Defining Patient Safety and Quality Care*. Huges, R. G. /ed . *Patient Safety and Quality: In Evidence-Based Handbook for Nurses* [online] Rockville: AHRQ, No.: 08-0043 IDNBK2651, p. 1-5. [on-line] - [cit.2020-01-12]. Dostupné na: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2651/>
- MENSIK, J. S., et al., 2011. *Development of a professional nursing framework: the journey toward nursing excellence*. *Nurs Adm.* 41(6),259-64. doi: 10.1097/NNA.0b013e31821c460a.
- MASTERTON RG, MIFSUD AJ, RAO GG.2003. *Review of measures for hospital isolation and infection control*. *J Hosp Infect.* 2003; 54 (3): 171-3.
- NOVÁK M. MAZÁKOVÁ I. ČERVENŇOVÁ T. HUDEČKOVÁ H. 2019. *Výskyt a problematika infekcií spôsobených clostridium difficile na Slovensku*. *Zdravotnícke listy, Ročník 7, Číslo 1, 2019 ISSN 1339-3022 s. A22.*
- PLSEK, PE.1997. *Cooperation across organizational boundaries to improve the quality of care*. *Am J Infect Control.* 1997; 25: 85–95.
- ŠKAPOVÁ T. 2014. *Aktuálně o problematice Clostridium difficile*. *Zpravodaj CKL ZÚ* 7(2):5-6. [on-line] - [cit.2020-01-04]. Dostupné na: http://www.zuova.cz/Content/files/zpravodaj_ckl/zpravodajckl201102.pdf.
- SAINT, S., KOWALSKI, CP, BANASZAK-HOLL, J., FORMAN, J., DAMSCHRODER, L. AND KERIN, SL. 2009. *As active resistors and organizers, they act on healthcare acquired to prevent infections*. *Joint Committee J Qual Imag.* 2009; 35: 239-246.
- SAINT, S., KOWALSKI, CP, BANASZAK-HOLL, J., FORMAN, J., DAMSCHROEDER, L. AND KERIN, SL 2010. *The importance of leadership in the prevention of healthcare-associated infections: the results of a multilateral qualitative study*. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2010; 31: 901-907
- SEVDALIS, N., UNDRE, S., HENRY, J. ET AL. 2009. *Development, initial reliability and validation of the observation tool for assessing nurses' technical skills in operating theaters*. *J Nurs Stud.* 2009; 46: 1187–1193
- SKÁLOVÁ, J.2019. *Klostrídiové infekcie*. Hlavný epidemiológ siete Svet zdravia a ProCare. 2019.
- TOURANGEAU AE, CRANLEY LA, JEFFS L. 2006. *The impact of nursing on hospital mortality: targeted review and related policy implications*. *Quality safe health care.* 2006. February; 15 (1): 4-8.
- WARNY M, PEPIN J, FANG A, KILLGORE G, THOMPSON A, BRAZIER J, et al. 2005. *Toxin production by an emerging strain of Clostridium difficile associated with outbreaks of severe disease in North America and Europe*. *Lancet.* 2005 Sep 2430;366(9491):1079-84.

Kontakt na autora:

PhDr. Viera Ivanková - externý doktorand

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

Detašované pracovisko bl. Metóda Dominika Trčku

Michalovce

vierkai@centrum.sk

**PREVENCIA VENTILÁTOROVEJ PNEUMÓNIE NA
INTENZÍVNYCH ODDELENIACH Z POHĽADU
OŠETROVATEĽSTVA
PREVENTION OF VENTILATOR- ASSOCIATED
PNEUMONIA IN INTENSIVE DEPARTMENTS FROM THE
NURSING PERSPECTIVE**

Tatiana Hudáková
Školiteľ: Mária Popovičová

ABSTRAKT

Ventilátorová pneumónia (VAP) predstavuje u pacienta na intenzívnom oddelení závažnú nozokomiálnu nákazu. Významnú úlohu v jej prevencii má sestra poskytujúca ošetrovateľskú starostlivosť pacientovi na umelej ventilácii pľúc (UVP). Príspevok akcentuje pozornosť na preventívne aspekty VAP z pohľadu sestry, ako toaleta dutiny ústnej, starostlivosť o dýchacie cesty, odsávanie zo subglotického priestoru, poloha hlavy u pacienta na UVP. Poukazujeme na súčasné odporúčania a štúdie venujúce sa prevencii VAP.

Kľúčové slová:

Ventilátorová pneumónia. Nozokomiálne nákaza. Prevencia. Stratégie sestry

ABSTRACT

Ventilator-associated pneumonia (VAP) pose a serious nosocomial infection for patient at intensive care unit (ICU). Important role in its prevention presents nurse, who provides care for ventilated patient. This report drives attention to preventive aspects of VAP from nurse`s perspective, as is cleanse of oral cavity, airways maintenance, drainage of subglottic space, head position of patient on mechanical ventilator. We point to present recommendations and studies, which cover VAP prevention.

Key words:

Ventilator-associated pneumonia. Nosocomial infection. Prevention. Nurse strategy

ÚVOD

„Kvapka prevencie je hodná litra medicíny.“

Lucy Maud Montgomeryová

Poznatky a postupy dnešnej modernej medicíny založenej na dôkazoch vytvárajú prostredie, v ktorom dokážu zdravotnícki pracovníci častokrát zachrániť už zdanlivo stratené ľudské životy. Súčasnú úroveň nemocničných oddelení pomáhajú tvoriť nielen kvalifikovaní zdravotnícki odborníci, ale aj moderné prístroje, ktoré uľahčujú prácu personálu a podieľajú sa na záchrane ľudských životov. Avšak moderný pokrok v zdravotníctve prináša so sebou aj nové riziká pre pacientov v podobe nozokomiálnych nákaz, vznikajúcich v zdravotníckych zariadeniach a súvisiacich s modernými prístrojmi, podieľajúcich sa na záchrane ľudských životov. Nozokomiálne infekcie sú považované za veľký problém v zdravotníckych zariadeniach. Podieľajú sa na náraste morbidity a mortality u hospitalizovaných pacientov, predlžujú pobyt pacientov na lôžku a zvyšujú náklady na liečbu. Až u 10% všetkých hospitalizovaných pacientov vznikne nozokomiálna infekcia. Ukázalo sa, že programy zavedené na kontrolu nemocničných nákaz môžu znížiť ich výskyt až o 33%. Štúdie zaoberajúce sa nozokomiálnymi pneumóniami pochádzajú vo väčšine z USA a krajín Európy, tzv. high-income krajín, štúdie z ostatných častí sveta, tzv. low-income krajín sú zriedkavé (Abdel-Fattah, 2008).

Na celom svete je prezentovaný najvyšší výskyt nozokomiálnych nákaz na oddeleniach anestéziológie a intenzívnej medicíny, kde je vzhľadom na poskytovanú starostlivosť a celkový stav pacientov v ohrození života prítomné najväčšie množstvo rizikových faktorov. Každá nemocnica a oddelenie má vlastné patogény a rezistentné kmene, ktoré sú rovnako veľkým problémom. Za závažné nozokomiálne nákazy s najvyšším výskytom sú považované infekcie dolných dýchacích ciest - ventilátorová asociovaná pneumónia. Nozokomiálne nákazy predlžujú dobu hospitalizácie, zvyšujú náklady nutné na liečbu a majú celý rad negatívnych zdravotných a sociálnych dôsledkov pre chorého. Prevencia nozokomiálnych nákaz patrí k veľmi aktuálnym problémom, ktoré môžu výrazne zlepšiť poskytovanie zdravotnej starostlivosti. Je to špecifický proces, ktorý si vyžaduje, aby sestry mali vedomosti o spôsobe a možnosti prevencie nozokomiálnych nákaz, osvojili si určité návyky zamerané na prevenciu. Zodpovednosť a záujem sestry vykonávať preventívne opatrenia má byť súčasťou poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti. Ventilátorová asociovaná pneumónia je dôležitým determinantom dĺžky hospitalizácie na oddelení intenzívnej starostlivosti, celkovej doby hospitalizácie a ceny zdravotnej starostlivosti.

Preventívne opatrenia pomôžu zlepšiť výsledný zdravotný stav pacientov.. Preventívne opatrenia v rámci ošetrovateľskej starostlivosti by mala iniciovať hlavne sestra a tím zaistiť kontinuitu poskytovania preventívnych opatrení. V prevencii ventilátorovej pneumónie ako uvádzajú Firment a kol. (2014 s. 299) je „*najvýznamnejším, ale aj najzraniteľnejším ohniskom prevencie akceptovanie stanovených postupov ošetrojúcim personálom.*“

Ventilátorová pneumónia na intenzívnych oddeleniach

Umelá pľúcna ventilácia (UPV) je súbor opatrení umožňujúcich podporiť alebo nahradiť činnosť niektorých zlyhávajúcich zložiek respiračného systému – pľúc, hrudnej steny, dýchacieho svalstva. Jej hlavným cieľom je podpora výmeny plynov v pľúcach, ovplyvnenie veľkosti pľúcneho objemu. Rozhodnutie o indikovaní UPV je dané klinickým stavom pacienta. Ide o ochorenia rôznej etiológie, o následky úrazov, ktoré sprevádza zlyhanie ventilácie, respirácie. Najčastejšie ide o ochorenia nervového a muskuloskeletálneho systému, ale aj o pneumologické a kardiálne ochorenia. Umelá pľúcna ventilácia je však spojená s radou komplikácií, jednou z nich je možnosť vzniku ventilátorovej pneumónie (Bartůněk, et al., 2016).

Ventilátorová pneumónia (VAP) je spájaná s vysokou mortalitou a morbiditou, dlhším pripojením k ventilátoru, dlhodobou intenzívnou starostlivosťou, vysokými nákladmi na zdravotnú starostlivosť o pacienta. Hrubá úmrtnosť na ventilátorovú pneumóniu je hlásená v rozmedzí 20- 71%, avšak veľa kriticky chorých pacientov skôr zomiera na svoje základné ochorenie ako na ventilátorovú pneumóniu. Takáto úmrtnosť súvisí predovšetkým so závažnosťou choroby v čase diagnostikovania, so základným ochorením a komorbiditou. Dôležitú úlohu zohráva aj vysoký vek, nevhodne zvolená ATB terapia po diagnostikovaní a infekčný agens vyvolávajúci pneumóniu. Vzrastajúca miera úmrtnosti sa spája s bakteriémiou, hlavne s patogénmi ako *Pseudomonas aeruginosa* a *Acinetobacter* spp. Ventilátorová pneumónia spôsobená multirezistentnými patogénmi má za výsledok zvýšenie hrubej a atributabilnej úmrtnosti (Klimešová, Klimeš, 2011). Podľa Bartůněka a kol. (2016) preventívne opatrenia vzniku VAP obsahujú všeobecný hygienický režim so zameraním na dôslednú hygienickú dezinfekciu rúk alkoholovým prostriedkom pred a po práci s pacientom, správnu organizáciu práce s primeraným zaťažením personálu a striktným prístupom podávania ATB v preventívnych a indikovaných prípadoch, zvýšená poloha trupu u ležiaceho pacienta, ktorá znižuje riziko regurgitácie a aspirácie žalúdočného a faryngeálneho obsahu, polohovanie pacientov je prevenciou a liečbou drobných atelektáz, odsávaním subglotického a faryngeálneho sekrétu nad balónikom endotracheálnej kanyly (ETK), uzavretý dýchací systém s uzavretým odsávacím

systémom a minimálnym rozpojovaním dýchacieho okruhu, včasné odstránenie nazogastrickej sondy, stimulácia gastrointestinálneho traktu, selektívna dekontaminácia čreva u rizikových osôb. Pacienti na UVP vyžadujú špecifický prístup ošetrovateľského personálu a v spolupráci s multidisciplinárnym tímom. UVP je jedným zo základných výkonov v intenzívnej starostlivosti, a preto je veľmi dôležité aj personálne a materiálne vybavenie oddelenia (Klimešová, Klimeš, 2011).

U všetkých ventilovaných pacientov je výskyt VAP okolo 10%, tieto pneumónie zvyšujú úmrtnosť na pôvodné akútne ochorenie 2-4x a úmrtnosť na samotné VAP je okolo 13%. Rozsah nebezpečenstva VAP udáva základná diagnóza, celkový stav pacienta, pôvodca zápalu a vek pacienta (Zadák, et al., 2017).

Najčastejšie pneumónia vzniká sekréciou hlienu, ktorý sa akumuluje v subepigloteálnom priestore alebo táto sekrécia je zhromaždená nad tesniacou manžetou kanyly a následne vteká do trachey. Mikróby sa tiež môžu dostať do sterilných úsekov dýchacích ciest pri intubácii, kedy sa na ETK vytvorí biofilm. Patogénne mikroorganizmy sa tradične delia do skupiny I a II. Patogény I. skupiny sú často v dýchacích cestách prítomné a patrí sem *Staphylococcus aureus*, *Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pneumoniae*, *Moraxella catarrhalis* a iné. Tieto patogény sú pôvodcami včasnej VAP, ktorá vzniká do 4 dňa od zahájenia UVP a predstavujú dominantnú časť pôvodcov UVP. Druhá skupinu patogénov predstavujú mikroorganizmy, ktoré sa v dobe intubácie a zahájenia UVP u pacienta nevyskytovali. Ide o pôvodcov ako *Klebsiella pneumoniae*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Escherichia coli*, MRSA -methicillin rezistentný *Staphylococcus aureus*, *Enterobacter cloacae*, *Acinetobacter*, *Serratia marcescens* a ďalšie. S týmito pôvodcami sa stretávame pri neskorej VAP, teda u VAP od 5 dňa zahájenia UVP (Dostál, et al., 2014).

Na vzniku VAP a ovplyvnení závažnosti jej priebehu sa podieľajú viaceré faktory. Za najvýznamnejší rizikový faktor sa považuje UVP dlhšia ako 24 hodín. Ďalšími faktormi sú vek, závažnosť základného ochorenia, imunosupresia, fajčenie, mužské pohlavie, kardiopulmonálne ochorenie, obezita, antibiotická liečba, thorakoabdominálna operácia, prítomnosť enterálnej sondy, sezónne vplyvy(jeseň, zima), neschopnosť spolupráce pacienta a iné (Šrámová, et al., 2013).

Pre zaistenie pravdepodobnosti výskytu boli vytvorené viaceré skórovacie systémy. Jedným z nich je systém CPIS - Clinical pulmonary infection score zavedený Puginom a existujú rôzne jeho modifikácie (Dostál, et al., 2014).

Zásahy realizované v prevencii VAP sú dlhodobou predmetom rôznych klinických štúdií. Séria zistených faktorov vyvolávajúcich VAP súvisí priamo so

spôsobom poskytovania ošetrovateľskej a zdravotnej starostlivosti. Vytvorené balíčky opatrení – VAP bundles, určené k prevencii VAP predstavujú spôsoby akými sa dá efektívne redukovať výskyt VAP pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti pacientovi na UVP. Balíčky určené k eliminácii VAP obsahujú viaceré komponenty, ktoré sú považované za zásadné v prevencii vzniku a šírenia VAP (CPSI ICSP, 2013).

Toaleta dutiny ústnej u pacientov na UVP

Hygiena dutiny ústnej (DÚ) je súbor činností, ktorých cieľom je predísť vzniku chorobných zmien na zuboch a predchádza zápalom DÚ. Pravidelná hygiena DÚ zamedzuje jej vysychaniu, predchádza zápalom slizníc, zamedzuje zápachu z úst a spríjemňuje komunikáciu. Správna starostlivosť o DÚ hrá dôležitú úlohu v prevencii VAP, mnohé sestry túto skutočnosť podceňujú a nevenujú starostlivosti o DÚ dostatočnú pozornosť (Alhazzani, et al., 2013).

AACN (American Association of Critical-Care Nurses) guidelines odporúčajú čistenie zubov zubnou kefkou dvakrát za deň a vytieranie DÚ penovými štetôčkami každé dve až štyri hodiny. Dôležité je udržiavať sliznice vlhké, vhodné je pravidelné zvlhčovanie DÚ napr. fyziologickým roztokom. Použitie zubnej kefky je jednoduchá a efektívna metóda k mechanickému odstráneniu zubného plaku. Napriek tomu, sú u mnohých hospitalizovaných pacientov používané k hygiene DÚ len molitanové štetôčky, ktoré sú k odstráneniu zubného plaku nedostačujúce (Gmúr, 2013).

U pacientov na UVP je potrebné, aby hygienu DÚ realizovala sestra. ak je táto hygiena zanedbaná dochádza k nadprodukcii baktérií a následne bakteriálnej kolonizácii orofaryngu a rozvoju VAP. U pacientov na UVP sa odporúča realizovať toaletu DÚ minimálne každé tri hodiny, pričom súčasťou je mechanické odstránenie zubného plaku, odstránenie povlakov a sekrétov z DÚ, odsatie pacienta z nazofaryngeálnej oblasti. Vzhľadom k odporúčaným postupom prevencie VAP je vhodné využívať jednorázové pomôcky (zubné kefky, štetôčky, odsávacie hadičky) za súčasného použitia prípravkov obsahujúcich antiseptickú zložku – chlorhexidín. Ide o širokospektrálny antibakteriálny prípravok pôsobiaci proti grampozitívnym mikroorganizmom a súčasne proti multirezistentným. K optimalizácii postupu a zvýšeniu efektu hygieny DÚ redukcii vzniku VAP je vhodné vedenie tzv. protokolov ústnej starostlivosti (Streitová, et al., 2015).

Prostriedky Skinsept Mucosa, Chlorhexidin a Paradontax, ktoré sú používané najčastejšie, obsahujú v určitom množstve látku chlorhexidin, ktorá sa odporúča k ošetrovaniu dutiny ústnej v súvislosti ako prevencia VAP. Potrebné je si uvedomiť, že prostriedky s obsahom chlorhexidínu by mali byť používané v určitých časových intervaloch, účinná látka sa uvoľňuje postupne. Medzitým by mala byť

DÚ zvlhčovaná každé 2 – 4 hodiny roztokom, ktorý nie je v interakcii s chlorhexidínom. Doporučené sú bylinné odvary, napr. z repíka lekárskeho, šalvie alebo rumančeka pravého alebo voda. Je potrebné zdôrazniť, že Chlorhexidín nedokáže nahradiť mechanickú očistu DÚ (Perlík, 2008).

Toaleta dýchacích ciest u pacientov na UVP

Toaleta dolných dýchacích ciest (DDC) patrí medzi základné výkony u sestier pracujúcich na intenzívnom oddelení. U intubovaných pacientov na UVP je zaistená pomocou tracheálneho odsávania, pri ktorom je potrebné ETK dostatočne fixovať, aby nedošlo k jej dislokácii a vytiahnutiu. Odsávanie z DDC je dané potrebou pacienta, potrebné vždy pred a po podávaní nebulizácie. Môže byť traumatické, preto je potrebné ho vždy realizovať čo najšetrnejšie, realizované krátkodobým prerušovaným podtlakom, ktorý je udávaný v rozmedzí hodnôt (80-120 mmHg, 10,7-16 kPa, 107-160 mBar). Správna technika odsávania je realizovaná spôsobom, pri ktorom sa sterilný odsávací katéter zavedie k miestu pevného odporu – oblasť kariny, následne sa povytiahne o 1 cm a za stáleho prerušovaného odsávania, kontroly charakteru a zafarbenia spúta sa vytiahne. Ak je potrebné opakované odsávanie, je nutné ho opakovať po 3-4 dychových cykloch. V priebehu odsávania je potrebný monitoring vitálnych funkcií, pri výskyte vagového reflexu prejavujúce sa bradyarytmiou je odsávanie potrebné prerušiť. V prípade výraznej hyposaturácie je potrebné pacienta preoxygenovať. Technika tracheálneho odsávania z hľadiska realizácie sa delí na odsávanie otvoreným a odsávanie uzatvoreným systémom, pričom medzi jednotlivými technikami neboli v prevencii vzniku a incidencii VAP zistené významné rozdiely (Dostál, et al., 2014)

Starostlivosť o endotracheálnu kanylu

Starostlivosť o ETK u pacienta na UVP spočíva v zachovaní priechodnosti ETK, k prevencii jej zalomenia, upchania alebo zakusnutia pacienta pri plytkej sedácii a zlej tolerancii ETK pacientom. Fixácia ETK by mala byť vykonaná fixačnou náplastou alebo obvinadlom a jej výmena sa má vykonávať pri každej zmene polohy ETK, pri znečistení alebo odlepení. Pozornosť je potrebné venovať manipulácii s ETK a to najmä pri odsávaní, polohovaní a rehabilitácii, pretože jej dislokácia a artifičná extubácia môže zvyšovať riziko vzniku VAP. V prevencii vzniku dekubitu v ústnom kútiku je odporúčané meniť polohu ETK v pravidelných intervaloch. V praxi je využívaný najefektívnejší interval každých 12 hodín. Správnosť uloženia ETK je potrebné zaznamenať do ošetrovateľskej dokumentácie spoločne s hĺbkou zavedenia ETK (Hees, 2015).

Odsávanie zo subglotického priestoru

Kontaminovaná sekrécia z DÚ sa hromadí nad manžetou ETK a migruje do pľúc i pri správne nafúknutej manžete. Trvalé odstránenie tejto sekrécie odsávaním znižuje riziko aspirácie a tým aj riziko VAP. Použitie ETK so subglotickým odsávaním okrem zníženia rizika VAP, znižuje dobu potreby UVP (Muscedere et al., 2011).

Avšak rutinná výmena bežnej ETK za ETK s odsávaním zo subglotického priestoru nie je odporúčaná pre zvýšené riziko zanesenia infekcie z vyšších etáží dýchacích ciest pri jej výmene (Dostál, et al., 2014).

Odsávanie zo subglotického priestoru je možné realizovať dvoma spôsobmi a to intermitentným alebo kontinuálnym odsávaním. Intermitentné odsávanie sa vykonáva optimálne každú hodinu pomocou 10 ml striekačky, vždy pred a po toalete DÚ. Kontinuálne odsávanie sa realizuje napojením na trvalé sacie zariadenie s negatívnym tlakom (Streitová, Zoubková, 2015).

Zvlhčovanie a ohrievanie vdychovanej zmesi

Za fyziologických podmienok adekvátne zvlhčenie a ohrev vdychovaného vzduchu zabezpečujú horné dýchacie cesty. U pacienta na UVP s ETK je táto schopnosť vyradená a je potrebné ju nahradiť (Kapounová, 2007).

Minimálne požiadavky na teplotu a vlhkosť inšpirovanej zmesi plynov sú v oblasti kariny 30 °C a 70-100 %. Pri nedostatočnom zvlhčovaní a ohriatí vdychovanej zmesi dochádza k vzniku atelektáz, k retencii sekrétov a zvýšenej viskozite spúta, spomaleniu mukociliárneho transportu a následnému poškodeniu pľúc s rizikom rozvoja vzniku infekcie (Bartůnek, et al., 2016)

K zaisteniu ohrievania a zvlhčovania inspiračnej zmesi plynov slúžia aktívne a pasívne zvlhčovače. Pri aktívnom ohrievaní sa využívajú kaskádové zvlhčovače obsahujúce sterilnú ohriatú vodu, cez ktorú prúdi zmes plynov a dochádza k ich ohriatiu a zvlhčeniu. Intenzita ohrevu je regulovaná snímačom teploty inšpirovanej zmesi. Pasívne zvlhčovače tzv. výmenníky tepla a vlhkosti (HME – Heat and Moisture Exchanger), sú vsunuté medzi dýchacie cesty pacienta a dýchací okruh (Dostál, et al., 2014).

Poloha pacienta v prevencii VAP

Dôležitou súčasťou starostlivosti o pacienta s ETK je polohovanie a vibračná masáž hrudníka. Zmena polohy pacienta v bezvedomí by sa mala realizovať minimálne raz za tri hodiny, pokiaľ nemá pacient obmedzenie alebo kľudový režim. Pri každom polohovaní pacienta sa odporúča vibračná masáž hrudníka, ktorá napomáha uvoľneniu hlienových zátok (Drábková, Hájková, 2018).

Úprava polohy pacienta na UVP je jednou z najjednoduchších a najefektívnejších ošetrovateľských intervencií eliminujúcich vznik VAP.

Základnou polohou u ventilovaných pacientov v prevencii VAP je semirekumbentná alebo Fowlerová poloha, ktorá je typická polosedom a zvýšením hornej časti tela o 30-45°. Trup pacienta je vo zvýšenej polohe, správne ohnutie je v úrovni bedier, nie v páse. Prevedenie zalomenia v oblasti pásu spôsobuje obmedzenie pohybu bránice a jej oslabenie. Pod hlavu pacienta je výhodné použiť menší vankúš pre vyrovnanie krčnej lordózy a k zamedzeniu prílišnému predklonu alebo záklonu hlavy. Neoddeliteľnou súčasťou polohovacieho režimu je polohovanie pacienta na boky, čo má priaznivý vplyv na uľahčenie uvoľňovania hlienov a ich odsávanie. Z hľadiska patofyziologie dochádza na naliehajúcej strane pľúc k zvýšenej perfúzii a na hornej strane pľúc k lepšiemu prevzdušneniu a zároveň vplyvom gravitácie je podporovaná drenáž hlienov a ich jednoduchšie odsávanie. Základom v prevencii VAP je pravidlo, že zvýšená horná polovica tela by mala byť u pacienta na UVP zaujímaná vo všetkých situáciách ošetrovateľskej starostlivosti vrátane polohovania na boky (Streitová, Zoubková, 2015).

Enterálna výživa a súvislosti s VAP

Malnutricia pacienta je spojená so zvýšeným rizikom rozvoja VAP. Včasné zahájenie enterálnej výživy u kriticky chorých pacientov (ak nie je kontraindikované) je priaznivým faktorom zlepšujúcim integritu črevnej steny. Spôsob aplikácie enterálnej výživy pomocou sondy umiestnenej do jejuna môže znížiť riziko VAP oproti sondám gastrickým. Pri podávaní enterálnej výživy je však potrebné sledovať gastrické rezíduum, k včasnému odhaleniu stagnácie žalúdočného obsahu, predchádzaniu prípadnej regurgitácii a aspirácii. Progresívne kontinuálne podávanie enterálnej výživy môže zvýšiť gastrický objem, ktorý v kombinácii s nepriaznivou polohou, zníženou motilitou gastrointestinálneho traktu a samotnou prítomnosťou výživovej sondy (potenciálny vodič) môže viesť ku zatečeniu žalúdočného obsahu do dolných dýchacích ciest, čoho následkom je neskorá forma VAP. K zníženiu tejto komplikácie sa uprednostňuje intermitentné podávanie enterálnej výživy so zaradením nočnej hladovacej pauzy- 4-6 hodín (Sas, 2010).

Starostlivosť o ventilačný okruh

Starostlivosť o ventilačný okruh je neoddeliteľnou súčasťou práce sestry na intenzívnom oddelení pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti ventilovanému pacientovi. Ventilačné okruhy majú štandardne inspiračné a expiračné rameno, ktoré je spojené tzv. Y spojkou, ktorá umožňuje pripojiť jednotlivé súčasti s ETK (Dostál, et al., 2014).

V prevencii VAP a šírení nozokomiálnych nákaz je dôležité, aby dýchacie

okruhy boli zostavované prísne sterilne za aseptických podmienok. Veľkú pozornosť je potrebné venovať vznikajúcemu kondenzátu na stenách okruhu a ten pravidelne odstraňovať, zabrániť kondenzovanej tekutine vniknúť do dolných dýchacích ciest a minimalizovať manipuláciu, teda rozpájanie ventilačného okruhu pre zvýšené riziko kontaminácie. Pri dodržaní zásad asepsy je frekvencia výmeny ventilačného okruhu udávaná každých 7 dní. Najnovšie zistenia v rámci prevencie VAP odporúčajú realizovať výmenu ventilačných okruhov len v prípade jeho poškodenia, kontaminácie a medzi jednotlivými pacientmi. V praxi to znamená, že jeden ventilačný okruh stačí po celé obdobie ventilačnej podpory. Spojky, jednorázové odsávacie systémy a nebulizačné systémy, je odporúčané preventívne meniť pri ich zachovanej funkčnosti minimálne po 48 hodinách. HME filtre je odporúčané meniť raz za 24 hodín, a vždy pri ich nefunkčnosti (Barasch, 2015).

Súčasná odporúčania v prevencii VAP

Zo záverov metaanalýzy publikovanej v časopise *British Journal of Anaesthesia* pod názvom *Closed tracheal suction system for prevention of ventilator-associated pneumonia* vyplýva, že používanie uzatvoreného systému odsávania nemožno v praxi využívať ako protektívny faktor prevencie vzniku VAP, pretože nebol potvrdený jeho benefit oproti odsávaniu otvoreným systémom. Naopak s predlžujúcou sa dĺžkou UVP a súčasným využívaním uzatvoreného systému bola preukázaná kolonizácia v dýchacích cestách pacientov patogénmi až 95% pri jeho niekoľkokrát opakovanom použití. Prínos uzatvoreného systému odsávania je jednoznačný naopak pri UVP u pacientov s vysokou ventilačnou podporou, kedy nedochádza ku poklesu ventilačných parametrov, a tiež chráni ošetrovateľský personál pre absenciu jeho odpájania, kedy nedochádza k úniku patogénov, aerosólov a plynov (Intersurgical, 2017).

O priaznivom vplyve chlorhexidínglukonátu pri hygienickej starostlivosti o DÚ pacientov na UVP pojednáva štúdia *Oral Chlorhexidine Use to Prevent of Ventilator-Associated Pneumonia in Adults*, z ktorej výsledkov vyplýva výrazné zníženie výskytu VAP pri jeho využívaní (Szuckerman, 2017).

Labeau et al. (2011) skúmali posúdenie účinku starostlivosti o DÚ s využitím chlorhexidínu v prevencii VAP. Súbor tvorilo 2341 pacientov a výsledkom bolo zistenie silného dôkazu o prospechu ústneho antiseptika chlorhexidínu v ošetrovaní DÚ v prevencii VAP v porovnaní so starostlivosťou o DÚ bez ústnej dekontaminácie. Najmä u kardiochirurgických pacientov bolo dosiahnutého obzvlášť efektívneho účinku pri koncentrácii 2% chlorhexidínu. Aplikácia 0,12% chlorhexidínu, ktorá je odporúčaná nemala však významný vplyv na zníženie rizika incidencie pneumónie

V súvislosti s benefitom využívania subglotického odsávania bolo identifikovaných 13 randomizovaných klinických štúdií, ktoré splnili kritéria pre zaradenie celkom 2442 pacientov. Z 13 štúdií zaznamenalo 12 štúdií zníženú rýchlosť vzniku pneumónie spojenej s ventilátorom. Použitie ETK s možnosťou drenáže zo subglotického priestoru bolo spojené so zníženou dĺžkou pobytu na jednotke intenzívnej starostlivosti a predĺženým časom vzniku VAP. Záver týchto štúdií je, že u pacientov s rizikom vzniku VAP je použitie ETK s možnosťou subglotického odsávania účinné v prevencii VAP a skracaje dĺžku potreby UVP a dĺžku pobytu na intenzívnom oddelení (Muscedere, et al., 2011).

Významné je aj udržiavanie a monitorovanie tlaku v obturačnej manžete. V Birminghame, v nemocnici New Cross, prebehla v roku 2015 úspešná štúdia, ktorá skúmala využitie systému PneuX, ktorý preukázateľne znížil výskyt VAP u pacientov na UVP až o 50%. Tento systém minimalizuje riziko pulmonálnej aspirácie a mikroaspirácie u ventilovaných pacientov. Skladá sa z endotracheálnej rúrky, monitora tracheálneho tesnenia a predlžovacej trubice. Nízkotlaková manžeta a monitor tracheálneho tesnenia je vyrobený z mäkkého materiálu a je to elektronický automatický regulátor tlaku, ktorý riadi a udržiava bezpečný objem a tlak objemu manžety počas jeho používania. Tento systém zároveň výrazne znížil náklady nemocničného zariadenia v použití antibiotík pre liečbu VAP na jednotkách intenzívnej starostlivosti o 50%. Systém PneuX je zavedený na jednotkách intenzívnej starostlivosti v Massachusetts General Hospitals v Bostonu v USA a je podporovaná k využívaniu u kriticky chorých pacientov vedúcimi konzultantmi v oblasti intenzívnej starostlivosti (NICE, 2015).

Akdogam et al. (2017) skúmali vplyv jednotlivých postupov a ich kombinácie a ako najefektívnejšie v prevencii VAP identifikovali hygienickú dezinfekciu rúk, kontrolu tlaku v obturačnej manžete ETK každé štyri hodiny, aby bol tlak udržaný medzi 20-30 mm Hg, subglotické odsávanie a starostlivosť o DÚ s použitím 2 % roztoku chlorhexidínu. Zvýšená poloha hornej časti tela nebola označená ako najdôležitejšia intervencia.

Súvislosť s incidenciou VAP na intenzívnych oddeleniach má aj počet personálu starajúceho sa o intenzívnych pacientoch. Toto tvrdenie podporuje prospektívna kohortová štúdia zameraná na pomer sestry -pacient, ktorej autori zistili, že vyšší počet sestier vedie k signifikantnému zníženiu rizika vzniku VAP. Dôležitú úlohu zohráva nielen adekvátny počet personálu, ale aj miera znalostí personálu o preventívnych stratégiách VAP, miera týchto znalostí v tejto štúdií zodpovedala dĺžke praxe a vzdelaniu sestier (Stozsek, et al., 2008).

Tieto tvrdenia podporuje aj Dostál (2014, s. 340), ktorý uvádza, že „zodpovedajúce personálne zaistenie pracoviska vedie k zvýšenej účinnosti protiinfekčných a protiepidemiologických opatrení a k zníženiu dĺžky UVP.“

ZÁVER

Ventilátorová pneumónia je závažnou komplikáciou zdravotnej aj ošetrovateľskej starostlivosti u ventilovaných pacientov hospitalizovaných na intenzívnych oddeleniach. Problematika prevencie VAP je dlhodobou predmetom intenzívnych klinických výskumov. Predpokladanom zavádzaním preventívnych opatrení a ich realizáciou v praxi sa očakáva pokles incidencie VAP (Novotný, 2015).

Úspech v prevencii VAP znamená, že zdravotnícky personál vie čo a ako má robiť, realizuje preventívne stratégie pri starostlivosti o pacienta na UVP v prevencii VAP, existuje štandardizácia daného postupu na daných oddeleniach a dochádza k auditom, ktoré hodnotia jednotlivé postupy zamerané na starostlivosť o pacienta na UVP. Manažmenty daných oddelení by mali cielene podporovať personál v dodržiavaní preventívnych stratégií – len tak sa dá docieľiť spoločná meta a to eliminovanie výskytu VAP v praxi. Znižovanie počtu nozokomiálnych nákaz je zároveň znakom kvality poskytovaných zdravotníckych služieb a pre dané zdravotnícke zariadenie znamená zníženie nákladov a zníženie dĺžky hospitalizácií a úspech v podobe vyliečeného pacienta, bez zbytočných komplikácií (Hudáková, Popovičová, 2020).

ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY

ABDEL-FATTAH, M.M. 2008. Nosocomial pneumonia: risk factors, rates and trends. In: *Eastern Mediterranean Health Journal*. 2008, ISSN:1020-3397. vol.14, no.3. p. 338-348.

ALHAZZANI, W. et al. Toothbrushing for Critically Ill Mechanically Ventilated Patients. In: *Critical Care Medicine*. 2013, vol. 41, no. 2, p. 646-655.

AKDOGAN O, et al. 2017. Assessment of the effectiveness of a ventilator associated pneumonia prevention bundle that contains endotracheal tube with subglottic drainage and cuff pressure monitorization. In: *The Brazilian Journal Of Infectious Diseases: An Official Publication Of The Brazilian Society Of Infectious Diseases*. 2017, vol. 21, no. 3, p. 276-281

BARASH, P. 2015. *Klinická anesteziologie*. Praha: Grada Publishing, 2015. 816 s. ISBN 978-80- 247-4053-9.

BARTŮNĚK, P. et al. 2016. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. Praha: Grada Publishing, 2016. 752 s. ISBN 978- 80-247-4343-1.

- CPSI ICSP. Ventilator-associated pneumonia [online]. 2013. Citované dňa [2020-11-02]. Dostupné z: [http://www.patientsafetyinstitute.ca/en/Topic/Pages/Ventilator-Associated-Pneumonia-\(VAP\).aspx](http://www.patientsafetyinstitute.ca/en/Topic/Pages/Ventilator-Associated-Pneumonia-(VAP).aspx).
- DOSTÁL, P. 2014. *Základy umělé plicní ventilace*. Praha: Maxdorf Jessenius, 2014. 396 s. ISBN 978-80-7345-397-8.
- DRÁBKOVÁ, J., HÁJKOVÁ, S. 2018. *Následná intenzivní péče*. Praha: Mladá fronta a.s., 2018, 605s. ISBN 978-80-204-4470-7.
- FIRMMENT, J. a kol. 2014. *Anestéziologie a intenzivní medicína*. 3. vydanie. Košice: Univerzita P. J. Šafárika, 2014. 370 s. ISBN 978-80-8152-084-6.
- GMŮR, C. 2013 Survey on oral hygiene measures for intubated patients in Swiss intensive care units, *Schweiz Monatsschr Zahnmed*. Bern :Schweizerische Zahnärzte-Gesellschaft, 2013. ISSN: 0256-2855. r. 23, č. 3, s. 394-401.
- HEES, D. R. et al. 2015 *Respiratory care: principles and practices*. 3rd ed. Burlington: Jones and Bartlem Published, 2015, 1520 p. ISBN 978-1-284-0500-4.
- HUDÁKOVÁ, T., POPOVIČOVÁ, M. 2020. Význam hygieny ústnej dutiny v prevencii ventilátorovej pneumónie. In: *Sestra*. 2020. ISSN: 1335.9444. r. 19, č. 1-2, s. 30-31.
- INTERSUGICAL. Closed suction system [online]. 2017. Citované dňa [2020-11-02] Dostupné z: <http://www.intersurgical.com/products/critical-care/trachseal-closed-suction-systems-for-72-hours-use-with-saline-ampoules>
- KAPOUNOVÁ, G. 2007. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2007. 368 s. ISBN 978-80-247-1830-9.
- KLIMEŠOVÁ, L., KLIMEŠ, J. 2011. *Umělá plicní ventilace*. 1. vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2011. 110 s. ISBN 978-80-7013-538-9
- LABEAU, S. O. et al. 2011. Prevention of ventilator-associated pneumonia with oral antiseptics: a systematic review and meta-analysis. In: *Medical Sciences-Communicable Diseases*. 2011. ISSN 1473-3099. r. 11, č. 11, s. 845-854.
- NICE, 2015. National institute for health and care excellence. [online]. PneuX for preventing ventilator-associated pneumonia in intensive care. [online]. Citované dňa: [2019-12-12]. Dostupné z: <https://www.nice.org.uk/advice/mib45>.
- MUSCEDERE, J., et al. 2011. Subglottic secretion drainage for the prevention of ventilator-associated pneumonia: a systematic review and meta-analysis. [online]. US National Librar of Medicine National Institutes of Health. Citované dňa [2020-12-02]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21478738>.
- NOVOTNÝ, P. 2015. Nozokomiální pneumonie ventilovaných nemocných. Rizikové faktory se zaměřením na vliv inhibitorů protonové pumpy, možnosti

- prevence. Hradec Králové, 2015. 36 s. Autoreferát disertační práce. Univerzita obrany Brno, Fakulta vojenského zdravotnictví.
- PERLÍK, F. 2008. *Základy klinické farmakologie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2008, 192 s. ISBN 9788072625284.
- SAS, I. 2014. Možnosti prevence vzniku nozokomiálních infekcí. In: Pavel ŠEVČÍK a Martin MATĚJOVIČ, ed. *Intenzivní medicína*. 3. přepracované a rozšířené vydání, Praha: Galén, 2014. 783-786 s. ISBN 978-80-7492-066-0.
- STREITOVÁ, D., ZOUBKOVÁ, R. 2015. *Septické stavy v intenzivní péči: ošetrovatelská péče*. Praha: Grada Publishing, 2015. 170 s. ISBN 978-80-247-5215-0.
- STOSZEK, D. et al. 2008. Možnosti prevence nozokomiální pneumonie ventilovaných nemocných-aktuální stav. In: *Anesteziologie & intenzivní medicína*. 2003. ISSN 1214-2158. r. 3, č.3 , s. 149-153.
- SZUCKERMAN, L., M. 2016. Oral Chlorhexidine Use to Prevent Ventilator-Associated Pneumonia in Adults. *Dimensions of Critical Care Nursing* [online]. 2016. Citované dňa [2020-11.02]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26627070> 153.
- ŠRÁMOVÁ, H. et al. 2013 *Nozokomiální nákazy*. Praha: Maxdorf s.r.o., 2013, 400s. ISBN 978-80-7345-286-5.
- ZADÁK Z., et al. 2017. *Intenzivní medicína na principech vnitřního lékařství*. Praha: Grada Publishing a.s., 2017, 448s. ISBN: 978-80-271-02082-2.

Kontakt na autora:

PhDr. Tatiana Hudáková -externý doktorand

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

Nám.1. mája 1, P. O. Box 104, 810 00 Bratislava

e-mail: s.tana@centrum.sk

CHRONICKÉ VÍRUSOVÉ HEPATITÍDY B a C – VÝZVA PRE VEREJNÉ ZDRAVOTNÍCTVO

CHRONIC VIRAL HEPATITIS B AND C – CALL FOR PUBLIC HEALTH

Ivana Balážová

Školiteľ: Mária Belovičová

ABSTRAKT

Úvod: Chronické vírusové hepatitídy B a C predstavujú závažné medicínske, verejno-zdravotnícke, sociálne a ekonomické problémy v globálnom meradle. Na dôsledky chronickej hepatitídy B ročne zomiera 500 000 - 700 000 osôb.

Metódy: Potrebné údaje boli získane z EPIS-u a z listov epidemiologického šetrenia v ohnisku. Na základe hlásenia vykonávajú odborní pracovníci odboru epidemiológie v ohnisku nákazy epidemiologické vyšetrenie, ktoré zaznamenávajú do listu epidemiologického vyšetrenia. Potom sa údaje ukladajú do epidemiologického informačného systému EPIS Slovenskej republiky. Údaje boli získané aj z Internej ambulancie so zameraním na diagnostiku a liečbu chorôb pečene v Bardejovských Kúpeľoch u doc. MUDr Márii Belovičovej, PhD. mim. prof. Pri realizácii výskumnej časti práce bola použitá dotazníková metóda a následne štatistické vyhodnotenie.

Výsledky: Pri kontrole nahlásených pacientov pri dg. HBsAg+ bolo zistené, že z počtu 155 nahlásených, v evidencii pacientov pod lekárskou kontrolou chýbalo 61 pacientov, čo predstavuje 39,3 % a u pacientov s nahláseným ochorením anti HCV+ z počtu 58 nahlásených pacientov v evidencii chýbalo 17 pacientov, čo predstavuje 29,3 % . Pacienti sa dostali na vyšetrenie k odbornému lekárovi až v pokročilom štádiu choroby pečene. Aj štatistiky dokazujú, že ľudia s chorobami pečene sa dostanú na prvé diagnostické vyšetrenie v neskorom pokročilom štádiu choroby pečene, a tým sú eliminácia a zmiernenie následkov choroby o to zložitejšie a menej úspešne.

Záver: CHC je v súčasnosti jediná chronická vírusová infekcia, ktorú je možno definitívne vyliečiť. Preto je nevyhnutné systematické vyhľadávanie pacientov už len s mierne zvýšenými tzv. pečefnými testami. Je potrebná interdisciplinárna spolupráca medzi všeobecnými praktickými lekármi, pracovníkmi verejného zdravotníctva, hepatológmi, gastroenterológmi, infektológmi, internistami, diabetológmi a kardiológmi pri vyhľadávaní pacientov.

Kľúčové slová:

Diagnostika. Epidemiológia. Liečba chronickej vírusovej hepatitídy B a C. Verejné zdravie. Zdravotné povedomie obyvateľstva.

ABSTRACT

Introduction: Chronic viral hepatitis B and C present serious medical, public health, social and economic problems on a global scale. 500,000 to 700,000 people die of chronic hepatitis B each year.

Methods: Necessary data were obtained from EPIS and from the epidemiological investigation sheets from the outbreak of the disease. On the basis of the report, epidemiology specialists carry out an epidemiological examination at the outbreak of the disease, which they record into an epidemiological examination sheet. The data are then stored in the epidemiological information system of the Slovak Republic EPIS. The data were also obtained from assoc. prof. Belovičová Mária, MD. PhD from an internal outpatient clinic focusing on the liver diseases diagnosis and treatment in Bardejov Spa. For the research part of the work we used a questionnaire method followed by a statistical evaluation.

Results: When checking reported patients with dg. HBsAg + it was found that out of 155 reported cases, 61 patients were missing in the records of patients under medical control, which represents 39.3% and in patients with reported anti-HCV + disease out of 58 reported cases, 17 patients were not in the records, which represents 29.3%. Patients only got to a specialist for the testing in the advanced stage of liver disease. Statistics also show that people with liver diseases undergo the first diagnostic testing only at a late advanced stage of the liver disease, making elimination and mitigation of the disease all the more difficult and less successful.

Conclusion: Chronic hepatitis C is currently the only chronic viral infection that can be definitively cured. Therefore, it is necessary to search systematically for patients with only slightly elevated values of the liver function tests. In this search, interdisciplinary cooperation of general practitioners, public health professionals, hepatologists, gastroenterologists, infectologists, internists, diabetologists and cardiologists is needed.

Key words:

Diagnostics. Epidemiology. Chronic viral hepatitis B and C. Treatment. Public health. Health awareness of the population.

ÚVOD

Pre človeka je najdôležitejšie vlastné zdravie. Zdravie každého jedinca ovplyvňuje množstvo faktorov. Dôvodom, prečo som sa rozhodla pre výber tejto témy chronické vírusové hepatitídy B a C – výzva pre verejné zdravotníctvo je fakt, že práve chronické vírusové hepatitídy majú v dnešnej dobe stúpajúcu tendenciu. Jedná sa o medicínsky, verejno–zdravotnícky, spoločenský, ale aj ekonomický problém. Negatívnym aspektom tohto ochorenia je skutočnosť, že je častokrát diagnostikované až v chronickom štádiu, berúc do úvahy aj infekčnosť, možný ďalší prenos a šírenie ochorenia. Príčinu neskorého diagnostikovania je potrebné hľadať v objektívnych aspektoch, akými sú relatívne bezpríznakové štádiá choroby ako aj typický súbor príznakov pre mnohé iné ochorenia. Svet prijal pre vírusové hepatitídy B a C názov „tichý zabijak“ a to z dôvodu negatívnej prognózy, ako aj skutočnosti, že existujú infikovaní ľudia, ktorí neboli vyšetrení a o chorobe nevedia. Bez adekvátneho manažmentu a liečby sa môže vyvinúť chronická hepatitída, následne cirhóza a rakovina pečene. Svetový deň hepatitídy si každoročne pripomíname 28. júla. Cieľom je rozšíriť povedomie občanov o vírusových hepatitídach, jej druhoch, možnostiach prenosu, ako aj o prevencii a liečbe tohto ochorenia. Tento dátum bol vyhlásený Svetovou zdravotníckou organizáciou (WHO). Svetová zdravotnícka organizácia prijala globálnu stratégiu na elimináciu vírusovej hepatitídy ako závažnej verejno-zdravotnej hrozby do roku 2030. Dostupné dáta, štúdie a ich analýzy potvrdili skutočnosť, že choroby pečene predstavujú významný zdravotnícky a celospoločenský problém s výraznou ekonomickou záťažou štátov Európskej únie. Preto poskytovatelia zdravotnej starostlivosti by mali vytvárať celospoločenské programy na primárnu i sekundárnu prevenciu.

Cieľom nášho výskumu je poukázať na problém nedostatočného hlásenia chronických vírusových hepatitíd, ich nedostatočnú diagnostiku a často liečbu až v pokročilom štádiu choroby.

Charakteristika súboru a metodika

Dizertačná práca približuje problematiku chronických vírusových hepatitíd s dôrazom na laboratórnu diagnostiku, odhalenie včasného štádia choroby pečene a následnej prevencie. Zároveň sa práca zameriava aj na hodnotenie zdravotného uvedomenia o chronických chorobách pečene v západnej a východnej časti Slovenska prostredníctvom dotazníka vlastnej konštrukcie. V empirickej časti je našim cieľom v podmienkach SR poukázať na problém pravidelného hlásenia chronických vírusových hepatitíd. Priamou výzvou je zintenzívnenie spolupráce pracovníkov verejného zdravotníctva so všeobecnými lekármi, hepatológmi,

gastroenterológmi, infektológmi, internistami a ďalšími zainteresovanými stranami. Určite by to prispelo k riešeniu významného celospoločenského problému a zlepšeniu zdravia občanov.

Pri realizácii výskumu nám pomohlo 400 respondentov, z toho bolo 145 mužov a 255 žien. 200 respondentov pochádzalo zo západného Slovenska a 200 respondentov z východného Slovenska. Naším cieľom bolo získať informácie o zdravotnom uvedení obyvateľstva. Všetci respondenti boli oboznámení ohľadne anonymity. Celkovo bolo rozdanych 400 dotazníkov, všetky sa nám vrátili, čo tvorilo 100% návratnosť. Cieľová skupina respondentov bola laická verejnosť, ale aj pacienti z ambulancií z Východného a Západného Slovenska. Výsledky boli štatisticky vyhodnotené. Potrebné údaje boli získane z EPIS-u a z listov epidemiologického šetrenia v ohnisku. Na základe hlásenia vykonávajú odborní pracovníci odboru epidemiológie v ohnisku nákazy epidemiologické vyšetrenie, ktoré zaznamenávajú do listu epidemiologického vyšetrenia. Potom sa údaje ukladajú do epidemiologického informačného systému EPIS Slovenskej republiky. Údaje boli získané aj z Internej ambulancie so zameraním na diagnostiku a liečbu chorôb pečene v Bardejovských Kúpeľoch u doc. MUDr Márii Belovičovej, PhD. mim. prof. Pre potreby práce ŠVOČ by sme chceli analyzovať **čiasťkový cieľ práce 4:** Retrospektívnou analýzou zistiť, či pacienti s HBsAg a anti HCV pozitivitou boli následne riešení v odbornej ambulancii (diagnostika a liečba).

Analýza a komparácia výsledkov výskumu

Dáta o incidencii a následnej liečbe pacientov s VHB a VHC v Bardejovskom okrese za roky 2005-2018 som zozbierala a zhrnula do tab. 1 a 2. V tabuľke som vyznačila pacientov, ktorí boli pod lekárskou kontrolou a pacientov bez evidovanej kontroly v príslušných zdravotníckych zariadeniach. Analýza sa vykonávala prostredníctvom návštevy všetkých ambulancií všeobecných praktických lekárov pre deti a dorast a dospelých v Bardejovskom okrese, ku ktorým pacienti patrili. Na príslušnej ambulancii sme zistovali, či lekár odoslal pacienta na odborné pracovisko v prípade zistenia HBsAg/antiHCV positivity. Zistili sme, že nie všetci pacienti boli odoslaní na ďalšie odborné vyšetrenie. V tabuľke 1 a 2 vidíme, že praktickí lekári si ponechávajú pacientov na svojej ambulancii a sledujú im tzv. pečenevé testy, ale sú aj pacienti, o ktorých nič nevieme, lebo nechodia na preventívne prehliadky alebo zmenili lekára. Výsledky dokazujú, že počet pacientov s nahlásenou antiHCV+ bol za roky 2005-2018 58 a z nich 17 (tzn. 29,3 %) bolo bez lekárskej evidencie. V tabuľke vidíme aj úmrtia, pretože pacienti sa nedostavili včas do odborných ambulancií, aby boli vyšetrení a následne liečení.

Údaje boli získané aj z Internej ambulancie so zameraním na diagnostiku a liečbu chorôb pečene v Bardejovských Kúpeľoch u doc. MUDr Márii Belovičovej, PhD. mim. prof. Interná ambulancia začala pracovať od roku 2010. Do internej ambulancie so zameraním na diagnostiku a liečbu chorôb pečene sú odosielení pacienti z bardejovského okresu a širšieho okolia za účelom realizácie diagnostiky choroby pečene obvodnými lekármi pri zistení zvýšenej hladiny tzv. pečeňových testov. V období rokov 2010 - 2017 bolo do internej ambulancie odoslaných celkovo 3518 nových pacientov. Pacienti boli odosielení pre zvýšené hodnoty tzv. pečeňových testov: AST, ALT, GMT, ALP. U každého pacienta sa realizovalo ultrasonografické vyšetrenie dutiny brušnej, odbery na kompletnú diferenciálnu diagnostiku chorôb pečene. Pri pozitívite antiHCV protilátok sa doplnila nadstavbová metóda - HCV RNA a genotyp vírusu v špecializovanom laboratóriu a realizovalo sa aj vyšetrenie pečene prostredníctvom tranzientnej elastografie. Tranzientná elastografia (prístroj FibroScan) je neinvazívna nebolestivá metodika, ktorá meria tuhosť tkaniva pečene. Z 3518 nových pacientov sa u 53 pacientov zistila antiHCV pozitivita, čo predstavuje 1,5% prevalenciu. Realizovalo sa nadstavbové vyšetrenie HCV RNA a v prípade stanovenia prítomnosti vírusu aj genotyp. HCV RNA pozitivita sa zistila u 43 pacientov (25 mužov a 18 žien), čo predstavuje prevalenciu 1,2%. Priemerný vek mužov bol 51,6 roka, a žien 51,9 roka. 42/43 pacientov (97,6%) malo genotyp vírusu 1, 1 pacientka mala genotyp vírusu 3. Realizovala sa aj tranzientná elastografia. Stupeň fibrózy F0 - F1 sa zistil u 11 pacientov, stupeň F1 - F2 u 3 pacientov, F2 u 3 pacientov, F2 - F3 u 1 pacienta, F3 u 3 pacientov (1 pacient sa liečby nedožil - zlyhanie pečene), F4 - cirhózu pečene - u 20 pacientov. 17/20 pacientov s cirhózou pečene nebolo nikdy liečených na chronickú hepatitídu C. V tomto súbore malo pokročilú fibrózu pečene (F2 - F4) 27/43 pacientov, čo predstavuje 62,7% súboru. Z pacientov s pokročilou fibrózou pečene nebolo pred príchodom do ambulancie nikdy liečených na CHC 19/27 pacientov (70,3%). Svedčí to o neskorom príchode pacientov do ambulancie, o záchyte CHC v pokročilom štádiu už so vznikom komplikácií a o výraznej potrebe vykonávať skrining CHC. Na Slovensku bola zistená v rámci epidemiologickej štúdie (3608 sér) prevalencia protilátok antiHCV u dospelých osôb nad 15 rokov v 1,52%, pričom chronická infekcia sa potvrdila dôkazom replikácie vírusu v 0,67%. Predstavuje to viac ako 30 000 chronicky infikovaných, z ktorých podľa údajov o počte hlásených ochorení bola diagnostikovaná menšia časť.

Tabuľka 1: Retrospektívna analýza stavu evidencie nahlásených pacientov s VH typu C v Bardejovskom okrese za roky 2005 – 2018

Rok	Hlás. anti HCV+	Interná amb. BK	Iné odb. vyš.	Obv. lekár	Bez evidencie	Exitus	Odmietá
2005	4	0	0	0	4	0	
2006	2	0	1	0	0	1	
2007	9	0	4	0	4	1	
2008	1	0	1	0	0	0	
2009	10	0	5	0	4	1	
2010	4	0	1	0	0	1	1
2011	5	3	2	0	0	1	
2012	9	6	0	2	0	1	
2013	3	3	3	0	0	0	
2014	4	1	1	0	1	1	
2015	3	0	1	0	2	0	
2016	2	0	1	0	1	0	
2017	1	0	0	0	1	0	
2018	1	0	1	0	0	0	
Spolu	58	13	21	2	17	7	1

Podobná situácia bola zistená u dg. HBsAg, kde z počtu 155 nahlásených v evidencii pacientov pod lekárskou kontrolou nebolo 61 pacientov, čo predstavuje 39,3 %.

Tabuľka 2: Retrospektívna analýza stavu evidencie nahlásených pacientov s VH typu B v Bardejovskom okrese za roky 2005 – 2018

Rok	Hlás. HBsAg+	Inter.amb. BK	Iné odb. vyš.	Obv. lekár	Bez evidencie	Exitus
2005	3	0	0	0	3	0
2006	12	0	1	0	10	1
2007	14	0	2	0	12	0
2008	11	0	1	1	9	0
2009	14	0	1	3	10	0
2010	13	3	1	2	7	0
2011	18	8	3	4	2	1
2012	10	4	4	2	0	0
2013	14	3	3	5	1	2
2014	20	6	2	7	4	1
2015	13	2	4	4	3	0
2016	4	1	3	0	0	0
2017	7	2	1	0	0	0
2018	2	1	1	0	0	0
Spolu	155	30	27	28	61	5

Výsledky kontroly zhrnuté v tabuľkách poukazujú na závažný nedostatok v systéme zdravotníckej starostlivosti o pacientov s nahlásenou HBsAg a anti HCV pozitivitou. Pri kontrole nahlásených pacientov pri dg. HBsAg+ bolo zistené, že z počtu 155 nahlásených, v evidencii pacientov pod lekárskou kontrolou chýbalo 61 pacientov, čo predstavuje 39,3 % a u pacientov s nahláseným ochorením anti HCV z počtu 58 nahlásených pacientov v evidencii chýbalo 17 pacientov, čo predstavuje 29,3 %. Môže to súvisieť s viacerými faktormi: nedostatočnou informovanosťou verejnosti na Východnom Slovensku ohľadne chronických chorôb pečene, vyšším zastúpením rómskeho obyvateľstva v porovnaní s regiónmi na západnom Slovensku, strachom z vyšetrenia a možného zistenia choroby pečene a možno aj ľahostajnosťou ku svojmu zdravotnému stavu. Ďalším faktorom môže byť strach zo straty zamestnania, potreby dlhodobej práceneschopnosti v prípade zistenia závažného poškodenia pečene, nedostatočne vykonávanie skríningu prostredníctvom ambulancií všeobecných praktických lekárov. Vírusové hepatitídy sú chorobou, ktorá postihuje pečeň. Čo sa týka príznakov tak sú pomerne nenápadné, môžu svojim priebehom napodobniť chrípku – malátnosť, únavnosť, bolesti v svaloch a kĺboch, nechutenstvo, občas vracanie a zvýšená teplota. Vírusy hepatitídy B a hepatitídy C sú jednou z najčastejších príčin vzniku chronických hepatítid. Považujú sa za prekancerózu s vysokým rizikom vzniku hepatocelulárneho karcinómu (Belovičová et al., 2008) Prevalencia v bežnej populácii sa pohybuje od 0,4 do 5,2% pre anti-HCV a od 0,1 do 5,6% pre HBsAg (Hahné et al. 2013). V dôsledku veľmi tichého charakteru týchto infekcií však chýbajú spoľahlivé epidemiologické údaje v Európe o HBV aj HCV (Hatzakis et al. 2011) a odhaduje sa, že až 90% infikovaných jedincov nie je diagnostikovaných (Blachier et al. 2013). Preto napriek existencii účinnej antivírusovej liečby, ktorá spomaľuje progresiu ochorenia a zabraňuje rozvoju cirhózy a rakoviny pečene, mnoho pacientov, ktorí by mohli mať z liečby úžitok, zostáva nedetekovaných (Hope et al. 2014).

Štúdie tiež poukazujú na neúčinné poradenstvo a odporúčanie diagnostikovaných pacientov, ako aj na zlyhanie chronicky infikovaných pacientov pri dosiahnutí sekundárnej starostlivosti, čo vedie k nedostatočnému liečeniu pacientov s vírusovou hepatítidou (Cohen et al. 2011). Praktický lekár sa v ambulancii stretáva s veľkým počtom pacientov vrátane pacientov s chorobami pečene. Niektorí z nich prichádzajú s úzkosťou a prosbou o radu pre náhodné zistený „ nádor pečene " pri ultrasonografickom vyšetrení brucha. Ďalšiu diferenciálnu diagnostiku, liečbu a dispenzarizáciu vykonáva síce hepatológ, ale vzájomná dobrá spolupráca medzi praktickým lekárom a hepatológom prispieje k včasnej diagnostike a liečbe spoločných pacientov (Belovičová, 2009). CHC je v súčasnosti jediná chronická vírusová infekcia, ktorú je možno definitívne

vyliečiť. Preto je nevyhnutné systematické vyhľadávanie pacientov už len s mierne zvýšenými tzv. pečeňovými testami. Preto je potrebná interdisciplinárna spolupráca medzi všeobecnými praktickými lekármi, pracovníkmi verejného zdravotníctva, hepatológmi, gastroenterológmi, infektológmi, internistami, diabetológmi a kardiológmi pri vyhľadávaní pacientov.

Diskusia

Chronické vírusové hepatitídy B a C predstavujú závažné medicínske, verejno-zdravotnícke, sociálne a ekonomické problémy v globálnom meradle. Na dôsledky chronickej hepatitídy B ročne zomiera 500 000 - 700 000 osôb. Longitudinálne štúdie u pacientov s CHB uvádzajú, že po stanovení diagnózy CHB 5-ročná kumulatívna incidencia vzniku cirhózy je od 8 do 20%. 5-ročná kumulatívna incidencia vzniku hepatálnej dekompenzácie je približne 20% s 5-ročnou pravdepodobnosťou prežívania 80-86% u pacientov s kompenzovanou cirhózou. Pacienti s dekompenzovanou cirhózou majú zlú prognózu s pravdepodobnosťou 5-ročného prežívania 14-35% (Belovičová et al., 2016). Celosvetová incidencia hepatocelulárneho karcinómu (HCC) vzrástla väčšinou v dôsledku HBV a HCV infekcie. HCC predstavuje 5. najčastejšiu formu onkologickej choroby a reprezentuje 5% všetkých nádorov. Ročná incidencia HCC na podklade HBV infekcie u pacientov s CHB je vysoká (2-5%) v teréne vzniknutej cirhózy pečene. Riziko vzniku HCC je možné aj u pacientov, ktorí sú účinne liečení na CHB (Blachier et al., 2013). Riziko vzniku HCC zvyšuje prítomnosť jedného alebo viacerých prediktívnych faktorov (napr. cirhóza pečene, vyšší vek, mužské pohlavie, africký pôvod, abúzus alkoholu, chronická koinfekcia s inými vírusmi, diabetes mellitus alebo metabolický syndróm, aktívne fajčenie, pozitívna rodinná anamnéza HCC). Vo svete je vírusom hepatitídy C infikovaných asi okolo 170 miliónov osôb a ročne zomrie v súvislosti s vírusom hepatitídy C približne 350 – 700 tisíc osôb (Urbánek, 2017). Chronická hepatitída C je prekanceróza s vysokým rizikom vzniku hepatocelulárneho karcinómu (Belovičová et al., 2019). Na Slovensku bola zistená v rámci epidemiologickej štúdie prevalencia protilátok anti-HCV u dospelých osôb nad 15 rokov v 1,52%, pričom chronická infekcia sa potvrdila dôkazom replikácie vírusu v 0,67% (Belovičová et kol., 2017). Predstavuje to viac ako 30000 chronicky infikovaných, z ktorých podľa údajov o počte hlásených ochorení bola diagnostikovaná len menšia časť. Podobné údaje o diagnostikovaní vírusových hepatitíd boli publikované aj v iných krajinách a upozorňujú na potrebu aktívneho skríningu tejto infekcie (Kristián et al., 2017). Retrospektívnou analýzou sme chceli zistiť, či pacienti s HBsAg a anti HCV pozitivitou boli následne riešení v odbornej ambulancii (diagnostika a liečba) v Bardejovskom okrese. Dáta o incidencii a

následnej liečbe pacientov s VHB a VHC v Bardejovskom okrese za roky 2005-2018 sme zozbierali a stanovili pomer medzi pacientmi pod lekárskou kontrolou a pacientmi bez evidovanej kontroly v príslušných zdravotníckych zariadeniach. Výsledky dokazujú, že počet pacientov s nahlásenou antiHCV+ bol za roky 2005 - 2018 58 a z nich 17 (tzn. 29,3 %) bolo bez lekárskej evidencie. Výsledky kontroly poukazujú na závažný nedostatok v systéme hlásenia pacientov s HBsAg+ a antiHCV + a v zdravotníckej starostlivosti o týchto pacientov.

Pri kontrole nahlásených pacientov pri HBsAg+ bolo zistené, že z počtu 155 nahlásených pacientov pod lekárskou kontrolou nebolo 61 pacientov, čo predstavuje 39,3 % a u pacientov s nahlásenou anti HCV+ z počtu 58 nahlásených pacientov v evidencii chýbalo 17 pacientov - čo predstavuje 29,3 % (Balážová a kol., 2018). Predložená práca sa zameriava na problematiku chronických vírusových hepatítid s dôrazom na laboratórnu diagnostiku, odhalenie včasnej choroby pečene a následnej prevencie. Pokiaľ v súčasnosti nebudeme realizovať skriningové programy, o 2-3 roky pacienti s už diagnostikovanou CHC budú vyliečení, ale v populácii zostane naopak veľa nediodagnostikovaných pacientov s CHC. Bez uľahčenia prístupu k liečbe ako aj aktívnej spolupráce so všeobecnými praktickými lekármi, rýchla eradikácia HCV z populácie nebude možná (Belovičová M, 2018). Výzvou a výstupom z práce je apel na zintenzívnenie spolupráce pracovníkov verejného zdravotníctva so všeobecnými lekármi, internistami, hepatológmi, gastroenterológmi, infektológmi a ďalšími zainteresovanými stranami, čo by prispelo k riešeniu významného celospoločenského problému a zlepšeniu zdravia občanov. Zároveň je potrebné zvýšiť edukáciu klientov ohľadne VHB a VHC a o spôsobe ich prenosu, ako aj ohľadne zdravého stravovania nielen cestou odborných ambulancií, ale najmä poradní zdravia, ktoré sa nachádzajú na Úradoch verejného zdravotníctva.

ZÁVER

Definíciou dnešnej uponáhľanej doby je to, že, čo sa ma netýka, to ma vôbec netrápi. Málo ľudí sa zamýšľa nad tým čo bude, ľudia žijú pre prítomnosť až do chvíle, keď čas bude ubiehať rýchlejšie ako voda. Zdravie je to, čo sa dotýka každého z nás. Je to nevyhnutný aspekt nášho života, aby sme mohli fungovať a vykonávať určité úlohy. Naopak choroba je tým, čo našu každodennosť narušuje. Štatistiky dokazujú, že ľudia s chorobami pečene sa dostanú na prvé diagnostické vyšetrenie až v neskorom pokročilom štádiu choroby pečene, a tým sú eliminácia a zmiernenie následkov choroby o tozložitejšie a menej úspešne. Ľudia by si mali pozorne všimáť svoje telo a počúvať jeho signály. Nie každý príznak musí ihneď znamenať vážne ochorenie.

Ak sa objavia príznaky ochorenia, určite netreba návštevu lekára odkladať. Pri ochoreniach pečene, ale aj pri ostatných chorobách, je včasná diagnostika základom úspešnej liečby. Prehliadnutie či podcenenie prítomnosti zvýšených hepatálnych testov môže nezriedka znamenať vážne ohrozenie či rozvoj chronickej choroby pečene. Preto je zrejmé, že treba klásť dôraz na prevenciu a skrining chronických hepatítid pomocou preventívnych, ale aj aktívnych skriningových programov. Dôležité je zintenzívnenie spolupráce pracovníkov verejného zdravotníctva so všeobecnými lekármi, hepatológmi, gastroenterológmi, infektológmi, internistami a ďalšími stranami, ktorých sa to týka. Pri neskorom odhalení to môže viesť aj k fatálnym dôsledkom. Dôležitú úlohu zohráva práve praktický lekár, ktorý by mal v indikovaných prípadoch realizovať skriningové vyšetrenia protilátok za účelom včasného zachytenia chronickej hepatitídy B a C. Po potvrdení ochorenia by praktický lekár mal odoslať pacienta k hepatológovi. Je nevyhnutné podporovať vypracovanie a financovanie dobre manažovaných národných informačných kampaní s cieľom zvýšiť povedomie o ochoreniach pečene. Je dôležité presadzovať princípy kvalitnej a efektívnej primárnej a sekundárnej prevencie, predovšetkým v záujme ochrany a návratu zdravia pacientov s chorobami pečene. Úzka spolupráca s praktickými lekármi je základným predpokladom k úspechu riešenia tejto problematiky.

ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY

- BALÁŽOVÁ, I., BELOVIČOVÁ, M., FEDORKOVÁ, I. 2018. Epidemiologická analýza výskytu HBV a HCV v okrese Bardejov za roky 2005 - 2017. In: *Trendy v hepatológii* 2018; 10(1): 26 - 27.
- BELOVIČOVÁ, M. et al. 2019. Chronic hepatitis C - a global public health problem. In: *Clinical Social Work and Health Intervention* 2019; 10(4): 33-41.
- BELOVIČOVÁ, M. 2018. *Vybrané choroby pečene. Učebnica pre študentov zdravotníckych odborov*. 1. vyd. Bardejov: Slovenská spoločnosť praktickej obezitológie, 2018. 112 s. ISBN 978-80-971460-3-0.
- BELOVIČOVÁ, M. BALÁŽOVÁ, I.: 2017. Pokročilá fibróza pečene ako dôsledok neskorej diagnostiky chronickej hepatitídy C. Skúsenosti z Bardejovského okresu. In: *Aktuálne problémy verejného zdravotníctva vo výskume a praxi III: recenzovaný zborník vedeckých a odborných prác*. Martin: Jesseniova lekárska fakulta UK v Martine, 2017, s. 25 – 29.
- BELOVIČOVÁ, M et al. 2016. Skrining ochorení pečene v ambulancii všeobecného lekára – skúsenosti z okresu Bardejov. In *Revue Medicíny v praxi*. [online]. 2016, roč. 14, č. 1 [cit. 2017-09-15]. Dostupné na internete:

<http://mudrkanuch.sk/editor_uploads/c4ca4238a0b923820dcc509a6f75849b/files/skrining%20ochoreni%20pecene.pdf>. ISSN 1336-202X.

BELOVIČOVÁ, M. 2009. Cirhóza pečene – stará, ale neprekonaná choroba. In *Via practica*. [online]. 2009, roč. 6, č. 2 [cit. 2017-07-02]. Dostupné na internete: <http://www.viapractica.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=3651&magazine_id=1>. ISSN 1336-4790.

BELOVIČOVÁ, M et al. 2008. Význam včasnej diagnostiky vírusovej hepatitídy B a C v primárnej ambulantnej starostlivosti. In *Via practica*. [online]. 2008, roč. 5, č. 4/5 [cit. 2017-07-01]. Dostupné na internete: < <http://www.solen.sk/pdf/99579a8405f612b476094ce5627a6e29.pdf> >. ISSN 1336-4790.

BLACHIER, M, et al. 2013. The burden of liver disease in Europe: a review of available epidemiological data. In: *J Hepatol*. 2013;58: s. 593–608.

COHEN, C, et al. 2011. Is chronic hepatitis B being undertreated in the United States? In: *J Viral Hepat*. 2011;18:s. 377–383.

HAHNÉ, SJM, et al. 2013. Infection with hepatitis B and C virus in Europe: a systematic review of prevalence and cost-effectiveness of screening. In: *BMC Infect Dis*. 2013;13:181.

HATZAKIS A, et al. 2011. The state of hepatitis B and C in Europe: report from the hepatitis B and C summit conference. In: *J Viral Hepat*. 2011;18 Suppl 1. s. 1–16.

HOPE, VD, et al. 2014. Prevalence and estimation of hepatitis B and C infections in the WHO European Region: a review of data focusing on the countries outside the European Union and the European Free Trade Association. In: *Epidemiol Infect*. 2014;142: s. 270–286.

KRISTIAN, P. et al. 2017. Novinky v liečbe CHC. In *Via practica*. 2017, roč. 14, č. 1, s. 21 – 24, ISSN 1336-4790.

URBÁNEK, P. 2017. *Hepatitída C*. 1 vyd. Praha: Mladá fronta, 2017. 358 s. ISBN 978-80-204-4410-3.

Kontakt na autora:

Mgr. Ivana Balážová – študent doktorandského štúdia
Regionálny úrad verejného zdravotníctva
so sídlom v Bardejove
Kuzmányho 18, 085 01 Bardejov
bj.balazova@uvzs.sk

VÝNIMOČNOSŤ HELENY MIŠURDOVEJ DRŽITEĽKY MEDAILY FLORENCE NIGHTINGALEOVEJ

EXCELLENCE OF HELENA MIŠURDOVÁ HOLDER OF THE FLORENCE NIGHTINGALE MEDAL

PhDr. Marek Koltáš

Školiteľ: Stanislava Hunyadiová

ABSTRAKT

Úvod: Príspevok sa zaoberá osobnosťou Heleny Mišurdovej – držiteľky medaily Florence Nighingaleovej. Osobitne sa zameriava na jej aktivity vo vojnovom období a zásluhy počas odboja v SNP. Cieľom výskumu je zhromaždiť a analyzovať všetky dostupné materiály zo života Heleny Mišurdovej s dôrazom na jej ocenenia. Parciálnymi cieľmi sledujeme fakty týkajúce sa jej pôvodu, osobnej biografie, profesionálneho vývoju kariéry a výnimočnému prínosu v pomáhajúcej profesii.

Metódy: V rámci historického prístupu sme pre potreby výskumu zvolili design prípadovovej štúdie, a to na základe charakteru stanoveného výskumného cieľa a výskumných otázok. Pre zber výskumných dát sme použili najmä metódu obsahovej analýzy dokumentov (produktov), prostredníctvom ktorej sme získavali väčšinu potrebných údajov. Tejto metóde ešte predchádzala kritika prameňa. Okrem toho sme v priamom styku s participantmi (sekundárny zdroj) využívali aj ďalšiu metódu – rozhovor.

Výsledky: Zosumarizované boli všetky získané informácie o Helene Mišurdovej. Zistili sa všetky ocenenia, ktoré jej boli udelené, najmä medaila Florence Nigtingaleovej. Podrobne sú analyzované dôvody na nomináciu tohto ocenenia. Zistené boli aj jej osobné a rodinné pomery. Okrem toho boli spracované aj informácie o jej pôsobení v povojnovom období.

Záver: Helena Mišurdová bola priamo účastná na bojisku počas 2. svetovej vojny, kde boli konfrontovaná s nevyhovujúcimi podmienkami na poskytovanie starostlivosti obetiam vojnových konfliktov. Napriek tomu si v tejto neľahkej situácii dokázala poradiť pri ošetrovaní ťažko ranených. Ako sme sa dozvedeli z oficiálnej nominačnej listiny držiteľky a udeľovacieho dekrétu, podieľala sa na organizácii zbierok potrebného sanitárneho materiálu, zabezpečovala transporty ranených priamo na vojnovom poli. Po skončení konfliktov pokračovala v ošetrovateľských aktivitách a pomáhala nielen v nemocniciach,

ale aj občanom v miestne svojho bydliska. Z historických záznamov ČK vyplýva, že za svoju statočnosť a obetavosť v službách ČK bola ocenená uznávanými štátnymi vyznamenaniami, vojenskými rádmi a dostalo sa jej aj významnej pocty od Medzinárodného výboru ČK v podobe najvýznamnejšieho ocenenia Medaily Florence Nightingaleovej.

Kľúčové slová:

Florence Nightingale. Medaila. Helena Mišurdová. Dobrovoľná ošetrovatel'ka. Členka ČŠČK.

ABSTRACT

Introduction: The paper deals with the personality of Helena Mišurdová - holder of the medal Florence Nighingale. In particular, it focuses on its activities in the war period and merit during the resistance in the SNP. The aim of the research is to collect and analyze all available materials from Helena Mišurdová's life with an emphasis on her awards. With partial goals, we follow facts relating to her origin, personal biography, professional career development and exceptional contribution to the helping profession.

Methods: Within the historical approach, we chose a case study design based on the nature of the stated research objective and the research questions. For the collection of research data, we mainly used the method of content analysis of documents (products), through which we obtained most of the necessary data. This method was preceded by a source of criticism. In addition, we used another method - interview - in direct contact with the participants (secondary source).

Results: All information about Helena Mishurdova was summarized. All the awards she received, especially the Florence Nigtingale Medal, were found. The reasons for nominating this award are analyzed in detail. Her personal and family relationships were also found. In addition, information on its activities in the post-war period was processed.

Conclusion: Helena Mišurdová was directly involved in the battlefield during World War II, where she was confronted with unsuitable conditions for providing care to victims of war conflicts. Yet in this difficult situation, she managed to cope with the treatment of severely wounded patients. As we learned from the official nomination list of the holder and the decree, it participated in the organization of collections of necessary sanitary material, provided transports wounded directly in the war field. After the conflict, she continued in nursing

activities and helped not only in hospitals, but also in local residents. It is clear from the historical records of the Red Cross that it was awarded with recognized state honors, military councils for its bravery and dedication to the Red Cross and was also honored by the International Red Cross Committee in the form of the most significant Medal of Florence Nightingale.

Keywords

Florence Nightingale. Medal. Helena Mišurdová. Volunteer nurse. Member of ČŠČK.

ÚVOD

V príspevku sa zaoberáme osobnosťou Heleny Mišurdovej – držiteľky medaily Florence Nightingaleovej. História ošetrovateľstva a sociálnej práce je bohatá na množstvo osobností, ktoré sa významným spôsobom pricinili o rozvoj týchto pomáhajúcich profesií, ktoré vnímame ako poslanie. Florence Nightingaleová svojim priciniením premenila ošetrovateľstvo na celosvetovo uznávanú disciplínu. V jej šľapajach a šírení osvety dodnes pokračujú ošetrovatelky po celom svete v snahe neustále vylepšovať kvalitu a podmienky poskytovania starostlivosti o chorých. Tým najúspešnejším sa dostalo najvýznamnejšej pocty v podobe ocenenia - Medaily Florence Nightingaleovej, udeľovanej na počesť jej pamiatky.

Osobitná pozornosť je venovaná životnému príbehu slovenskej držiteľky medaily Florence Nightingaleovej, ktorá pochádzala z obce Rakovnica v rožňavskom okrese, jej profesionálnemu, ale aj humanitnému prínosu, významným aktivitám v ťažkých obdobiach vojnových konfliktov, na základe čoho bola nominovaná a následne ocenená najvýznamnejším ocenením pre sestru.

Cieľom príspevku bolo objasniť a zosumarizovať všetky dôležité životné udalosti a zásluhy Heleny Mišurdovej, ktoré súviseli najmä so záchranou životov ranených v časoch 2. svetovej vojny a v poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti chorým vo vojnovom a povojnovom období.

Ciele nášho výskum - hlavným cieľom bolo identifikovať a skompletizovať dáta svetovej organizácie Červeného kríža na a na základe originálnej nominačnej listiny, dekrétu o udelení medaily Florence Nightingaleovej a osobného spisu zistiť všetky podstatné informácie s dôrazom na fakty týkajúce sa pôvodu a osobnej biografie Heleny Mišurdovej.

Ďalším čiastkovým cieľom sme zisťovali a analyzovali aktivity Heleny Mišurdovej v povojnovom období, kedy sa venovala najmä ošetrovateľskej

starostlivosti v prospech občanov obce Rakovnica.

Charakteristika súboru a metodika

Výber participantov pre účely výskumu bol zámerný. Podľa Gavoru (2010, s. 61) je takto koncipovaný výber charakteristický aj tým, že „*vybrané osoby poskytujú bohaté a autentické údaje na generovanie teórie alebo nových otázok.*“ V kvalitatívnom prístupe ide o hlboký a spravidla aj intenzívny výskum. Ako ďalej dodáva Gavora (2010), nemusí ísť o väčší počet osôb, ale dôležité je, aby boli starostlivo vybrané. Výberový súbor musí poskytnúť množstvo údajov, ktorými sa potom plne nasýtia významové kategórie, na základe ktorých vznikne nová teória. Naše rozhodovanie ovplyvňovali dve hlavné kritériá, ktoré participant musel spĺňať, aby vyhovoval potrebám nášho výskumu:

1. Participant musí byť obyvateľom obce Rakovnica.
2. Participant musí byť žijúcim obyvateľom obce Rakovnica a súčasne musí byť v príbuzenskom vzťahu s Helenou Mišurdovou.

Práve druhé kritérium výrazne zúžilo základný súbor, ktorý zahŕňal každého občana obce Rakovnice. Po konzultáciách s viacerými seniormi z obce Rakovnica sme pre potreby nášho výskumu vyšpecifikovali dve konkrétne participantky. Proces výberu participantov je možné charakterizovať aj ako proces graduálnej konštrukcie vzorky, pričom na začiatku výberu sme si vytypovali len jedného participanta. Po dôkladnom bádani a zisťovaní príbuzenských vzťahov sme vybrali ďalšieho participanta, až kým sme nedosiahli štádium tzv. teoretickej nasýtenosti.

Špecifickou participantkou (primárny participant, objekt výskum) bola samotná Helena Mišurdová.

Hlavná výskumná otázka:

V čom spočíva výnimočnosť Heleny Mišurdovej?

Parciálne výskumné otázky:

Aký bol profesionálny rozvoj kariéry Heleny Mišurdovej?

Akými významnými činmi sa pričínila o rozvoj ošetrovateľstva na našom území predovšetkým vo vojnovom období, v čase odboja a SNP?

Aké dôvody, resp. dosiahnuté výsledky viedli k nominácii na medailu?

Akým aktivitám sa venovala v povojnovom období, aké bolo jej ďalšie pôsobenie?

Všetky výskumné otázky sme formulovali tak, aby boli dostatočne široké. Pri ich zostavovaní sme použili kritérium všeobecného konceptu a zároveň sme sa

prostredníctvom nich nepýtali na početnosť javov a ani na silu vzťahov. Formulovali sme ich tak, aby sme pomocou nich mohli ďalej detailne skúmať profesionálny život Heleny Mišurdovej.

V rámci kvalitatívneho prístupu sme pre potreby výskumu zvolili design **prípadovovej štúdie**, a to na základe charakteru stanoveného výskumného cieľa a výskumných otázok. Yin (2015, s. 89) považuje prípadovú štúdiu za „*najvýhodnejšiu výskumnú stratégiu v situáciách, kedy sa pýtame, ako alebo prečo sa dejú určité súčasné javy (udalosti), nad ktorými máme len obmedzenú alebo vôbec žiadnu kontrolu a ako výskumníci ich existenciu ovplyvňujeme minimálne alebo vôbec.*“ Zamerali sme sa na podrobnú deskripciu prípadu, prostredníctvom ktorej je možné získať nové dáta v nových súvislostiach pre ďalšie použitie. Podľa Dismana (2011) je cieľom kvalitatívneho výskumu porozumenie, ktoré si vyžaduje náhľad do čo najväčšieho množstva dimenzií študovaného problému.

Vzhľadom na charakter nášho výskumu (historický výskum) sme použili viacero výskumných metód. Počas celého výskumu sme sa opierali priamu metódu, ktorá podľa Zounka a Šimáněho (2014) spočíva v získavaní historických faktov bezprostredným skúmaním prameňa, v ktorom sú tieto informácie priamo obsiahnuté. Využíva sa to, že prameň "vyrastá" z minulosti a bezprostredne o nej vypovedá. Priama metóda je používaná pri jednoduchom opise historickej skutočnosti. Touto metódou hľadáme často odpoveď na otázky, kto to bol, čo to bolo, kedy to bolo, ako sa to stalo a podobne. Keďže zo získaných dát sme skladali mozaiku životných udalostí Heleny Mišurdovej v čase sledu, aplikovaná bola aj progresívna metóda, ktorá „*umožňuje sledovanie a zachytávanie minulých udalostí tak, ako po sebe nasledovali, teda od starších k novším.*“ (Zounek, Šimáně, 2014, s. 52).

Pre zber výskumných dát sme použili metódu obsahovej analýzy dokumentov (produktov), prostredníctvom ktorej sme získavali väčšinu potrebných údajov. Okrem toho sme v priamom styku s participantmi využívali aj ďalšiu metódu – rozhovor. Švaříček, Šeďová (2014) uvádzajú, že práve pomocou otvorených otázok v rámci hĺbkového rozhovoru môže bádateľ lepšie porozumieť konaniu iných ľudí, ako by ich mal obmedzovať vo vyjadrovaní sa napríklad dotazníkom. Práve hĺbkovým rozhovorom je možné najlepšie zachytiť autentičnosť výpovede a význam slov v ich prirodzenej a bezprostrednej podobe.

Pre získanie relevantných výsledkov nasledovala po kritike prameňa analýza obsahu získaných dát. Kritika prameňa je podľa Švaříčka a Šeďovej (2014) metóda potrebná pri získavaní spoľahlivých a pravdivých informácií. V prvej fáze sa dáta podrobujú vonkajšej kritike skúmajúcej pravosť a autenticnosť dokumentu pomocou rôznych analýz. Nasleduje vnútorná kritika,

kedy je potrebná znalosť histórie daného obdobia, pričom kritika posudzuje koreláciu informácii obsiahnutých v dokumente so známymi informáciami o príslušnej dobe, objekte, osobe alebo udalosti. Dáta použité v našej štúdií boli podrobené vonkajšej kritike už v minulosti podľa jednotlivých období pracovníkmi ICRC a prislúchajúceho centrálného historického archívu Medzinárodnej organizácie ČK v Ženeve, nakoľko sme vychádzali predovšetkým z nominačnej listiny. Publikované príspevky, z ktorých sme čerpali pri spracovaní dát, prešli kritikou samotných autorov príspevkov. Rodinní príslušníci ocenenej prezentovali svoje autentické a priame poznatky o osobe Heleny Mišurdovej.

Práve vonkajšia kritika je pre prácu s prameňmi veľmi dôležitá. Prezentované informácie v prameňoch nie je možné preberať aspoň bez základného overenia pravdivosti údajov pomocou iných základných či sekundárnych prameňov a znalosti obecného kontextu študovania problematiky. (Zounek, Šimáně, 2014). Pre potreby nášho výskumu sme sa neopierali len o nominačnú listinu, ale aj o ďalšie zdroje (najmä publicistické) – autentické články z miestnej tlače z príslušného obdobia a interné úradné dokumenty ČSČK.

Vzhľadom na historické zameranie témy sme sa pri zbere informácii obrátili na miestne spolky SČK prostredníctvom zverejnených e-mailových adries jednotlivých spolkov. E-mailová spätná väzba sa nám dostala len zo SČK v Bratislave, preto sme sa rozhodli o telefonické kontaktovanie spolkov. Na základe rozhovorov so zástupcami spolkov sme zistili, že požadované dáta vzhľadom na ich obdobie datovania už nie sú súčasťou archívov miestnych spolkov a boli sme opätovne odporučení na bratislavský sekretariát SČK. Keďže, ako sme zistili, ani bratislavský historický archív už nedisponuje informáciami týkajúcimi sa držiteľiek medaily Florence Nightingaleovej, boli sme následne odporučení na centrálu ČK v Ženeve a český ČK. Ďalšia komunikácia prebiehala s pánom Fabriziom Bensim (archivár Centrálného historického archívu Medzinárodného červeného kríža v Ženeve) a v priebehu niekoľkých bolo vyhovené našej žiadosti o poskytnutie informácií z osobných spisov jednotlivých držiteľiek medaily. Archivár nám poskytol kópie originálneho nominačného dekrétu, kópiu kompletnej nominačnej listiny, ako aj rozhodnutie o udelení medaily a ďakovný list adresovaný vzájomne medzi prezidentami ČK. Verejnosť má obmedzený prístup k týmto osobným spisom, preto nám boli sprístupnené len dokumenty týkajúce sa konkrétne Heleny Mišurdovej.

Spracúvanie týchto dokumentov bolo časovo náročné, nakoľko bola nevyhnutná multilingválna jazyková gramotnosť a odborné konzultácie niektorých francúzskych dekrétov. Pri ich spracúvaní sme získali presné informácie o pôvode a miestach pôsobenia Heleny Mišurdovej. Informácie

o jej osobe sme vyhľadávali aj na pracovisku Štátneho archívu Košice v Rožňave. V spolupráci s Obecným úradom v Rakovnici sme preštudovali aj miestne kroniky, kde sme však nenašli nijaký relevantný záznam súvisiaci s Helenou Mišurdovou. ďalej sme spolupracovali s Národným historickým archívom ako aj s Múzeom SNP v Banskej Bystrici. Niektoré pramene pochádzajú zo starostlivo zisťovaných informácií priamo od rodinných príslušníkov (participantky).

Analýza a komparácia výsledkov výskumu

Validitu skúmania sme v našom výskume zabezpečili trianguláciou údajov. Masonová (2002) ju vymedzuje ako metódu, ktorou sa získavajú komplementárne zistenia, ktoré posilňujú výsledky výskumu a prispievajú k teórii a vývoju poznatkov. Denzin (2011) dodáva, že vzhľadom na to, že rozdielne prístupy odhaľujú rozdielne aspekty empirickej reality, je potrebné používať vhodne zvolené kombinácie prístupov skúmania. Aj z tohto dôvodu sme navzájom komparovali výpovede všetkých troch participantov a súčasne sme dáta získané analýzou dokumentov overovali z viacerých dostupných historických prameňov.

Helena Mišurdová sa narodila 1. septembra 1920 v obci Rakovnica v okrese Rožňava. Zomrela vo svojej rodnej obci 30. januára 1990. Spolu so svojim manželom Michalom vychovali jedno dieťaťa (Zuzana). Po ukončení školy pracovala v oblasti poľnohospodárstva. Po absolvovaní sanitárskeho kurzu jej bol v roku 1937 udelený diplom dobrovoľnej sanitárky. Počas svojho života pôsobila ako aktívna funkcionárka a dobrovoľníčka ČSČK. Počas vojny pracovala vo viacerých nemocniciach, kde sa ako dobrovoľná zdravotná sestra starala o ranených partizánov. Počas vojny preukazovala nezištnosť a obetavosť. Koncom roka 1943 došlo v okrese Rožňava k nehode anglického vojenského lietadla, pri ktorej boli vážne zranení dvaja anglickí piloti. Jednému z vojakov musela byť amputovaná noha a jeho stav si vyžadoval intenzívnu starostlivosť, ktorú mu poskytovala práve pani Mišurdová. Keď nemeckí vojaci vyhlásili pátranie po ranených vojakoch, ukryla vojakov u seba doma, kde sa o nich starala s oddanosťou. Podarilo sa im tak uniknúť pred nemeckými vojakmi a po doliečení v nemocnici sa mohli vrátiť do rodnej krajiny. Okrem toho poskytovala starostlivosť raneným partizánom, ktorých osobne navštevovala dvakrát do týždňa. Za partizánmi chodila pešo, hlboko do tajného úkrytu v horách, kde im nosila potrebný sanitárny materiál, všetky nevyhnutné lieky a ošetrovala im ťažké vojnové zranenia. Osobne bola prítomná pri viacerých bojoch, kde poskytovala prvú pomoc raneným. Vážnemu zraneniu na vojnovom

poli sa však nevyhla ani ona sama. Bola zasiahnutá pri granátovom výbuchu, kedy natrvalo ohluchla na jedno ucho. Po vojne pokračovala v práci dobrovoľnej zdravotnej sestry ČSČK. Z miestneho cintorína v Rakovnici po skončení vojny Helena Mišurdová vlastnoručne odstraňovala nevybuchnutú muníciu, v rukách ju prenášala na miesto určenia na zneškodnenie. Vo svojej rodnej obci zastávala aj funkciu zvonárky v miestnom evanjelickom kostole. (Žúdel, 2001). Nadobúdaním nových skúseností sa neustále zlepšovala a vo svojej praxi sa pri poskytovaní prvej pomoci prispôbovala stále novým poznatkom. Z tohto dôvodu navštevovala rôzne vzdelávanie aktivity a zúčastnila sa viacerých odborných praktických stáží v nemocnici, kde sa príkladne starala o svojich pacientov. Rozhovorom s pani Margitou Kučerovou (rodinná príslušníčka) bolo zistené, že koncom 60-tych rokov minulého storočia pani Helena Mišurdová vážne ochorela, bola hospitalizovaná v rožňavskej nemocnici a pravdepodobne po nasadenej antibiotickej liečbe, ktorá bola nevyhnutná pre záchranu jej života, ohluchla aj na druhé ucho.

V prílohe jej osobného spisu č. 472 sa uvádza, že do roka ošetrila približne tri stovky ranených, ktorí potrebovali neodkladnú prvú pomoc. Takisto sa starala o seniorov a v jej komunite ju prezývali „naša doktorka“. V dokumentoch sa vyzdvihuje fakt, že vždy poznala spôsob, ako odľahčiť ťažkú situáciu a ľuďom v núdzi poskytovala cenné rady. Jej schopnosť zmierňovať utrpenie a výnimočná empatia boli pravdepodobne odzrkadlením života v chudobou postihnutej oblasti východného Slovenska. Bola všade tam, kde boli potrebné jej zručnosti a rady. Okresné noviny Zora Gemera dňa 13. 6. 1969 v krátkom článku informovali aj o tom, že „*Helena Mišurdová ako dobrovoľná zdravotná sestra ČSČK za rok ošetrí v Rakovnici okolo 300 občanov, pričom sú s jej prácou spokojní aj lekári.*“

Počas svojej profesionálnej kariéry vykonávala všetky zverené úlohy s veľkou disciplínou a osobnou obetou, ako aj s nestrannosťou voči ošetrovaným pacientom. „Všetky jej akty sú prejavom hlbokého ľudského cítenia. Nachádzame ju všade tam, kde je potrebná pomoc, starostlivosť a cenná rada.“ (CICR, *Annexe á la 472 Circulaire: Questionnaire Candidature Présentée par Mme Helena Mišurdová*, Geneva, 1968).

Na podnet Fridricha Kuchara, prezidenta ČSČK bola pani Mišurdová v žiadosti č. 1812 z augusta 1968 nominovaná na udelenie Medaily Florence Nightingaleovej, ktorá jej bola udelená 31. mája 1969 na Federálnom kongrese ČSČK na 22. ročníku udeľovania ocenenia, kde si ju aj osobne prevzala.

OV ČSČK v Rožňave dňa 13. 3. 1980 schválil návrh na ocenenie Heleny Mišurdovej vyznamenaním II. stupňa ČSČK za záslužnú a obetavú prácu, ktoré jej bolo udelené pri príležitosti 60 narodenín. V návrhu sa ďalej uvádza, že „*jej*

činnosť v SNP bola ohodnotená aj s. Litvajovou, predsedníčkou SZŽ, za zásluhy počas SNP.“

Počas rozhovoru s pani Margitou Beneovou (rodinná príslušníčka) bolo zistené, že Helena Mišurdová najmä v 70-tych a 80-tych rokoch minulého storočia sa aktívne zúčastňovala všetkých futbalových zápasov na miestnom ihrisku, kde vykonávala „dozor nad zdravím“ futbalistov. Vždy ju bolo vidieť na pleci s brašnou, vždy bola pripravená poskytnúť potrebnú pomoc. *„Lud'om v dedine trhala v prípade potreby aj zuby. Každý, kto potreboval ošetrovanie alebo pomoc prišiel za ňou.“* Helenu Mišurdovú charakterizovala ako človeka smelého, nesmierne odvážneho a životaschopného.

Diskusia

Nebyť Florence Nightingaleovej, ktorá na základe svojich zistení počas dlhoročného pozorovania miest poskytujúcich ošetrovateľskú starostlivosť chorým a prevažne raneným v období nepokojov odštartovala celú radu revolučných zmien, nepoznali by sme ošetrovateľstvo v jeho dnešnej modernej podobe. Jej činy sú motiváciou pre zmenu pre mnohé nasledovníčky po celom svete. Územie bývalého Československa a Slovenska v tomto osvetovom revolučnom dianí nie je žiadnou výnimkou. Najvýznamnejším príkladom je pre nás Helena Mišurdová - slovenská držiteľka Medaily Florence Nightingaleovej

Hlavným cieľom výskumu bolo zhromaždiť informácie týkajúce sa držiteľky medaily Florence Nightingaleovej pochádzajúcej zo Slovenska a následne sa venovať životu a profesionálnemu prínosu Heleny Mišurdovej.

Prvou čiastkovou výskumnou otázkou sme zisťovali, **aký bol profesionálny rozvoj kariéry Heleny Mišurdovej**. Najpresnejšie dáta nám poskytli cenné podklady kópií originálnych dekrétov, v ktorých bolo uvedené najväčšie množstvo údajov. Informácie pochádzajúce priamo od vnučky boli len strohé a nevedli k hlbším poznatkom.

Kontaktovanie priamych rodinných príslušníkov (participantky) nám pomohlo odhaliť niektoré dôležité fakty zo života Heleny Mišurdovej. Prostredníctvom nich sme získali obraz nielen o profesionálnom pôsobení držiteľky medaily, ale zistili sme aj jej charakterové a osobnostné črty. Informácie o vzdelaní, rodinnom zázemí, zmenám v miestach pôsobenia, ako aj charakteristike výkonu práce sme získali predovšetkým dôsledným preštudovaním nominačnej listiny. Na základe spracovania podkladov sme zistili, že Helena Mišurdová pôsobila najskôr ako dobrovoľníčka organizácie ČK po absolvovaní základných dobrovoľných sanitárnych kurzov. Základné poznatky týkajúce sa ošetrovania ranených postupne rozvíjala a aplikovala v priamom

kontakte s ranenými počas odboja a v SNP. Profesionálne pôsobenie ocenenej spočíva najmä predovšetkým v období vojny, kedy bola priamo účastná na vojnových poliach, čo zanechalo u nej doživotné zdravotné následky (strata sluchu).

Druhou čiastkovou výskumnou otázkou sme sledovali **významné činy, ktorými sa Helena Mišurdová pričnila o rozvoj ošetrovateľstva počas vojnového obdobia**. Osud ocenenej je pre nás lekciou pokory, obetavosti a ľudskosti, ale predovšetkým odvahy, ktorá zohrávala kľúčovú úlohu pri záchrane životov počas vojnového obdobia. Počas štúdia prislúchajúcich osobných spisov a nominačnej listiny sme zistili, že Helena Mišurdová bola nie raz konfrontovaná s krutými dôsledkami vojnových konfliktov, pričom pri výkone dobrovoľníckych aktivít riskovala vlastný život. Zorganizovala pomoc raneným vojakom po nehode lietadla, ktorých ukrývala doma, kde im poskytovala potrebnú starostlivosť. Takisto zabezpečovala pomoc a potrebný materiál na ošetrovanie ranených partizánov v úkrytoch hlboko v horách. Podľa záznamov z jej osobného spisu ošetrila ročne v priemere tri stovky ťažko ranených vojakov. Po ukončení vojny poskytovala starostlivosť nielen seniorom v komunite, ale aj všetkým občanom obce Rakovnica, ktorým ošetrovala rany, poskytovala ošetrovateľskú starostlivosť, rady a dokonca v prípade potreby trhala zuby.

Ďalšou čiastkovou výskumnou otázkou sme zisťovali **dôvody, ktoré viedli k nominácii na medailu Florence Nigtingaleovej**. Ako sme sa dozvedeli z odpovedí na predošlú čiastkovú výskumnú otázku, ocenená držiteľka medaily Florence Nightingaleovej, prínosom ktorej sa zaoberáme v práci, spĺňa náročné nominačné požiadavky IRCR, ktoré uvádzajú, že medaila je udeľovaná za výnimočnú odvalu a oddanosť poskytovanej starostlivosti obetiam vojnových, alebo iných politických nepokojov, taktiež obetiam prírodných a iných katastrof. Ako sme zistili, Helena Mišurdová bola priamo účastná bojov počas druhej svetovej vojny a Slovenského národného povstania. Počas výkonu ošetrovateľských prác riskovala svoj život v ťažkých bojových podmienkach, často s nedostatočne zabezpečeným materiálom na poskytovanie starostlivosti, ktorý si prostredníctvom zbierok zabezpečovali sama. Poslednou čiastkovou výskumnou otázkou sme venovali **aktivitám a ďalšiemu pôsobeniu ocenenej v povojnovom období**. Najmä prostredníctvom rozhovorov s rodinnými príslušníkmi (participantky) sme zistili, že Helena Mišurdová v období 50-tych – 80-tych rokov minulého storočia aktívne a nezištne vždy poskytovala akúkoľvek ošetrovateľskú pomoc v prospech občanov obce Rakovnica a blízkeho okolia. Bezproblémovo ošetrovala rany, ľahšie úrazy a poranenia, dokonca trhala aj zuby. Celý svoj život zasvätila pomoci iným,

nikdy nikoho neodmietla, vždy pomohla. Disponovala vysokou mierou empatie a odvahy. Pomáhať iným považovala za svoje poslanie. Aj z týchto dôvodov ju občania v obci poznali ako „našu doktorku“. Pravidelne sa zúčastňovala futbalových zápasov na ihrisku vo svojej obci, kde vždy bola pripravená v prípade potreby poskytnúť zdravotnícku pomoc.

ZÁVER

V príspevku poukazujeme na život najvýznamnejšej ženy v histórii ošetrovateľstva, ktorá prinášala nádej a svetlo do tmy trpiacich, pričom naveky zmenila chápanie tohto obetavého poslania. Odkaz Florence Nightingaleovej bude navždy nielen sestрам pripomínať skutočný zmysel nezištnej pomoci trpiacim a neoceniteľnú hodnotu zachráneného života.

Sestry z nášho územia boli priamo účastné na bojisku počas 2. svetovej vojny, kde boli konfrontované s nevyhovujúcimi podmienkami na poskytovanie starostlivosti obetiam vojnových konfliktov. Napriek tomu si v tejto neľahkej situácii dokázali poradiť pri ošetrovaní ťažko ranených. Ako sme sa dozvedeli z oficiálnej nominačnej listiny držiteľky a udeľovacieho dekrétu, podieľali sa na organizácii zbierok potrebného sanitárneho materiálu, zabezpečovali transporty ranených, spolupodieľali sa na budovaní nemocníc, či ošetrovateľských stanovišť priamo na vojnovom poli. Po skončení konfliktov pokračovali v ošetrovateľských aktivitách a pomáhali nielen v nemocniciach, ale aj občanom v miestne svojho bydliska. Aktívne pristupovali k aktivitám na podporu ochrany verejného zdravia a šírili osvetu v rámci ošetrovateľského vzdelávania prostredníctvom organizovania kurzov, besied, ako aj iných aktivít pre civilné obyvateľstvo, zameraných pod záštitou organizácie ČK na poskytovanie prvej pomoci. Z historických záznamov ČK vyplýva, že za svoju statočnosť a obetavosť v službách ČK boli mnohé zo sestier a dobrovoľníkov ocenené uznávanými štátnymi vyznamenaniami, vojenskými rádmi a najobetavejším sa dostalo významnej pocty od Medzinárodného výboru ČK v podobe najvýznamnejšieho ocenenia Medaily Florence Nightingaleovej. Celosvetovo bolo udelených viac než 1500 medailí Florence Nightingaleovej. Napriek tomu, že Slovensko predstavuje rozlohovo malé územie, z uvedeného celkového počtu medailí 36 patrilo práve oceneným pochádzajúcim z územia Československa a Slovenska. Jej držiteľkami sú ženy, ktoré na vojnových poliach zvädzali vlastný boj za záchranu ľudských životov, no na ich životy si dnes už takmer nik nespomenie. Preto touto cestou vzdávame poctu našim, dnes už takmer zabudnutým hrdinkám.

Ťažké, ale odvážne životné príbehy našich slovenských dám s lampou majú nevyčísliteľnú historickú hodnotu. Sú pre nás lekciami pokory, bezhraničnej

ľudskosti, odvahy a obetavosti. Aj ony si zaslúžia aby ich, tak ako Florence, poznal celý svet a aby ich pomyselný plamienok symbolizujúci odvalu, ochotu podať pomocnú ruku pomedzi lietajúce náboje vojnových zbraní a úprimnú lásku k životu nikdy nevyhasol.

ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY

COMITE INTERNATIONAL CROIX-ROUGE. 1968. *Formulár kandidátky na ocenenie* : listina. Ženeva: ICRC. 1968.

COMITE INTERNATIONAL CROIX-ROUGE. 1969. *Nominačná listina* : listina. Ženeva: ICRC. 1969.

ČSČK. 1969. *Návrh na udelenie ocenenia* : listina. Praha: ČSČK, 1969.

DENZIN, K. N. 2011. *The SAGE Handbook of Qualitative Research*. London: SAGE Publications Ltd. 784 s. ISBN 978-1412974172.

DISMAN, J. 2011. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. 4. vydanie. Praha: Karolinum. 374 s. ISBN 978-80-246-0139-7.

GAVORA, P. 2010. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Bratislava: Paido, 261 s. ISBN 978-80 -7315- 185-0.

MASON, J. 2002. *Qualitative Researching*. London: SAGE Publications Ltd. 224 s. ISBN 978-0761974284.

OV ČSČK. 1980. *Návrh na vyznamenanie* : listina. Rožňava: OV ČSČK. 1980.

ŠVAŘÍČEK, R. – ŠEĐOVÁ, K. 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 3. vyd. Praha: Portál. 384 s. ISBN 9788026206446.

YIN, R. K. 2015. *Qualitative Research from Start to Finish*. 2. vyd. London: The Guilford Press. 386 s. ISBN 462517978.

ZORA GEMERA – týždenník ONV Rožňava. 1969. *Vysoké vyznamenanie* : novinový článok. Ročník XVIII, číslo 23. Rožňava: 1969.

ZOUNEK, J. – ŠIMÁNĚ, M. 2014. *Úvod do studia pedagogiky a dějin školství*. Brno: Masarykova univerzita. 91 s. ISBN 978-80-210-6944-2.

ŽÚDEL, O. 2001. *Banícka nátura*. Košice: Kristína Rybárová – Agentúra K. 148 s. ISBN 80-96289-9-1.

Kontakt na autora:

PhDr. Marek Koltáš – študent - doktorand

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety

Bratislava, n. o.

marek.koltas@gmail.com

ISBN: 978-80-8132-220-4

