

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

MŠVK/ISSC

**ZBORNÍK
ZO IV. MEDZINÁRODNEJ ŠTUDENTSKEJ VEDECKEJ A ODBORNEJ
KONFERENCIE**

Michalovce 9. marec 2023

Michalovce 2023

**St. Elizabeth University of health and social work Bratislava,
Institute of bl. M. D. Trčku, Michalovce**

ISSC

**PAPERS FROM THE IV. INTERNATIONAL STUDENT SCIENTIFIC AND
VOCATIONAL CONFERENCE**

Michalovce, March 9, 2023

Michalovce 2023

Názov

ZBORNÍK ZO IV. MEDZINÁRODNEJ ŠTUDENTSKEJ VEDECKEJ A ODBORNEJ
KONFERENCIE, Michalovce 9. marec 2023

Editor

Dr. h. c. prof. ThDr. Peter Vansač, PhD.

Recenzenti

BARKASI Daniela, doc. RNDr. Mgr. PhD.

GUĽAŠOVÁ Monika, doc. PhDr. PhD.

HUZAK Oleksandra, PhD, Ass. Professor

KHOMA Tetiana Candidate of Pedagogical Sciences

POPOVIČOVÁ Mária, doc. PhDr. PhD. mim. prof., MBA

STEBLIUK Svitlana, Doctor of Pedagogical Sciences

Vydavateľ:

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

Inštitút bl. Metóda Dominika Trčku Michalovce

Partizánska 23, 071 01 Michalovce

Technický redaktor: Mgr. Ivan Lažo

Typ väzby a dokumentu: offline e-dokument

Rok vydania: 2023

Počet strán: 177

ISBN: 978 – 80 – 8132 – 281 – 5

EAN: 9788081322815

Text neprešiel jazykovou úpravou.

Za obsah príspevkov zodpovedajú ich autori.



PROGRAM/ THE PROGRAM
IV. MEDZINÁRODNEJ ŠTUDENTSKEJ VEDECKEJ A ODBORNEJ
KONFERENCIE
IV. INTERNATIONAL STUDENT SCIENTIFIC AND VOCATIONAL
CONFERENCE



Termín konania: 9. marec 2023



VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNÍCTVA
A SOCIÁLNEJ PRÁCE SV. ALŽBETY V BRATISLAVE
Detašované pracovisko bl. Metoda Dominika Trčku Michalovce

9.00 Slávnostné otvorenie konferencie – Dr. h. c. prof. ThDr. Peter Vansač, PhD.
vedúci Inštitútu bl. Metoda Dominika Trčku v Michalovciach

SEKCIA – ŠTUDENTI BAKALÁRSKEHO STUPŇA ŠTÚDIA/ BACHELOR'S
DEGREE STUDENTS

OŠETROVATEĽSTVO/ NURSING

- 9.10 - 9.20** **HUJDIČOVÁ Olívia**
Malnutrícia ako ošetrovateľský problém
Školiteľ/ scientific adviser: PhDr. Viera Ivanková
- 9.20 - 9.30** **JACHYMOVÁ Mária**
Výskyt agresivity u pacientov v ošetrovateľskej praxi
Školiteľ/ scientific adviser: PhDr. Jana Šulcová
- 9.30 - 9.40** **JAŠOVÁ Erika**
Edukácia pacienta s postcovidovým syndrómom
Školiteľ/ scientific adviser: PhDr. Jana Šulcová
- 9.40. – 9.50** **IVANOVÁ Beáta**
Nedokončená ošetrovateľská starostlivosť a jej dôsledky v kontexte bezpečnosti pacienta
Školiteľ/ scientific adviser: PhDr. Viera Ivanková
- 9.50 - 10.00** **LACOVÁ Michaela**
Ošetrovateľské intervencie u utečencov vo veľkokapacitnom centre Michalovce
Školiteľ/ scientific adviser: Doc. PhDr. Mária Popovičová, PhD., mim. prof. MBA
- 10.00 - 10.10** **PARTILOVÁ Ľudmila**
Rizikové faktory životného štýlu u pacientov v ambulantnej starostlivosti
Školiteľ/ scientific adviser: PhDr. Jana Šulcová

10.10 - 10.20 TAMÁŠ Marián

Úroveň vedomosti o diabetickej autonómnej neuropatii z pohľadu pacientov
Školiteľ/scientific adviser: PhDr. Miroslava Nemčíková, PhD.

10.20 - 10.30 VÁCLAVOVÁ Ľubomíra

Vplyv bariatrických operácií na zdravie pacienta

Školiteľ/scientific adviser: Doc. PhDr. Mária Popovičová, PhD.,mim. prof.
MBA

10.30 - 10.40 VROBL'OVÁ Dominika

Životný štýl pacientov zaradených do dialyzačného programu

Školiteľ/scientific adviser: Doc. PhDr. Mária Popovičová, PhD., mim. prof.
MBA

SOCIÁLNA PRÁCA/SOCIAL WORK

10.40 - 10.50 EŠTOK Ján

Význam sociálnej opory u seniorov

Školiteľ/scientific adviser: doc. RNDr. Mgr. Barkasi Daniela, PhD

10.50 - 11.00 WEISEROVÁ Lucia

Sociálne služby pre seniorov

Školiteľ/scientific adviser: doc. RNDr. Mgr. Barkasi Daniela, PhD

11.00 - 11.10 BETSA Alina

Psychological and pedagogical fundamentals of working with children with autistic spectrum disorders

Školiteľ/scientific adviser: Stebliuk Svitlana, Doctor of Pedagogical Sciences

TELESNA VÝCHOVA A ŠPORT/ PHYSICAL EDUCATION AND SPORT

11.10 - 11.20 HRYN Annamariia

Особливості організації рухової активності дітей з інтелектуальними порушеннями молодшого шкільного віку.

Peculiarities of the organization of motor activity of younger school age children with intellectual disabilities

Školiteľ/scientific adviser: Khoma Tetiana, Candidate of Pedagogical Sciences

11.20 – 11.40 Prestávka/ Break

SEKCIA – ŠTUDENTI MAGISTERSKÉHO STUPŇA ŠTÚDIA/ MASTER'S DEGREE STUDENTS

SOCIÁLNA PRÁCA/SOCIAL WORK

11.40 - 11.50 MAŠLONKA Milan

Význam bilancie kompetencií pre dlhodobu nezamestnaných uchádzačov o zamestnanie

Školiteľ/scientific adviser: doc. RNDr. Mgr. Barkasi Daniela, PhD

11.50 - 12.00 SHNISTER Khrystyna

Implementation of the competence approach in the education of younger school children in conditions of inclusion

Školiteľ/scientific adviser: Stebliuk Svitlana, Doctor of Pedagogical Sciences

FYZIOTERAPIA/ PHYSIOTHERAPY

12.00 - 12.10 BABYCH Vassylyna

Оцінка ймовірних причин виникнення гострого міофасціального болювого синдрому у військовослужбовців під час використання індивідуальних засобів захисту.

Assessment of probable causes of acute myofascial pain syndrome in military personnel during the use of personal protective equipment.

Školiteľ/scientific adviser: Huzak Oleksandra, PhD, ass. Professor

12.10 - 12.20 BOBYLOV Dmytro

Особливості організації надання реабілітаційної допомоги для військовослужбовців першої та другої лінії оборони в умовах бойових дій.
Features of the organization of rehabilitation assistance for servicemen of the first and second lines of defense in the conditions of hostilities.

Školiteľ/scientific adviser: Huzak Oleksandra, PhD, ass. professor

12.20 - 12.30 DROBITKO Andrii

Методика кінезіотейпування колінного суглобу при гонартрозі у військовослужбовців в умовах бойових дій, як профілактика ускладнень.
The method of kinesio taping of the knee joint in gonarthrosis in military personnel in combat conditions, as a prevention of complications.

Školiteľ/scientific adviser: Huzak Oleksandra, PhD, ass. professor

12.50 Diskusia/Discussion

13.00 Záver/Conclusion

KOMISIE NA HODNOTENIE BC. A MGR. PRÁC NA MVŠK/ ASSESSMENT COMMISSIONS

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

MURGOVÁ Anna doc. PhDr. PhD. mim. prof.

HUZAK Oleksandra, PhD, Ass. Professor

KHOMA Tetiana Candidate of Pedagogical Sciences

STEBLIUK Svitlana, Doctor of Pedagogical Sciences

VANSAČ Peter, Prof. ThDr. PhD.

BARKASI Daniela, doc. RNDr. PhD.

POPOVIČOVÁ Mária, doc. PhDr. PhD., mim. prof. MBA

GULÁŠOVÁ Monika, doc. PhDr. PhD.

JURAŠEK Martin, doc. ThDr. PaedDr., PhD.,

KENDEREŠOVÁ Elena Mgr. PhD.

ŠULCOVÁ Jana, PhDr.

IVANKOVÁ Viera, PhDr.

2. Komisia pre Mgr. stupeň štúdia (študijný odbor SP, OŠE, FYZ, VZ)

VANSAČ Peter, Prof. ThDr. PhD.

HUZAK Oleksandra, PhD, Ass. Professor

KHOMA Tetiana Candidate of Pedagogical Sciences

STEBLIUK Svitlana, Doctor of Pedagogical Sciences

BARKASI Daniela, doc. RNDr. PhD.

MURGOVÁ Anna doc. PhDr. PhD. mim. prof.

POPOVIČOVÁ Mária, doc. PhDr. PhD., mim. prof. MBA

GULÁŠOVÁ Monika, doc. PhDr. PhD.

JURAŠEK Martin, doc. ThDr. PaedDr., PhD.,

KENDEREŠOVÁ Elena Mgr. PhD.

ŠULCOVÁ Jana, PhDr.

IVANKOVÁ Viera, PhDr.

OBSAH

PREDSLOV.....10

SEKCIA – ŠTUDENTI BAKALÁRSKEHO STUPŇA ŠTÚDIA/ BACHELOR'S DEGREE STUDENTS

OŠETROVATEĽSTVO/ NURSING

HUJDIČOVÁ Olívia

Školiteľ/ scientific adviser: PhDr. Viera Ivanková

Malnutrícia ako ošetrovateľský problém.....11

JACHYMOVÁ Mária

Školiteľ/ scientific adviser: PhDr. Jana Šulcová

Výskyt agresivity u pacientov v ošetrovateľskej praxi.....22

JAŠOVÁ Erika

Školiteľ/ scientific adviser: PhDr. Jana Šulcová

Edukácia pacienta s postcovidovým syndrómom.....39

IVANOVÁ Beáta

Školiteľ/ scientific adviser: PhDr. Viera Ivanková

Nedokončená ošetrovateľská starostlivosť a jej dôsledky v kontexte bezpečnosti pacienta.....55

LACOVÁ Michaela

Školiteľ/ scientific adviser: Doc. PhDr. Mária Popovičová, PhD., mim. prof. MBA

Ošetrovateľské intervencie u utečencov vo veľkokapacitnom centre Michalovce.....66

PARTILOVÁ Ľudmila

Školiteľ/ scientific adviser: PhDr. Jana Šulcová

Rizikové faktory životného štýlu u pacientov v ambulantnej starostlivosti.....99

TAMÁŠ Marián

Školiteľ/ scientific adviser: PhDr. Miroslava Nemčíková, PhD.

Úroveň vedomosti o diabetickej autonómnej neuropatii z pohľadu pacientov.....115

SOCIÁLNA PRÁCA/SOCIAL WORK

EŠTOK Ján

Školiteľ/ scientific adviser: doc. RNDr. Mgr. Barkasi Daniela, PhD

Význam sociálnej opory u seniorov.....126

WEISEROVÁ Lucia

Školiteľ/ scientific adviser: doc. RNDr. Mgr. Barkasi Daniela, PhD

Sociálne služby pre seniorov131

BETSA Alina

Školiteľ/ scientific adviser: Stebliuk Svitlana, Doctor of Pedagogical Sciences

Psychological and pedagogical fundamentals of working with children with autistic spectrum disorders.....141

TELESNA VÝCHOVA A ŠPORT/ PHYSICAL EDUCATION AND SPORT

HRYN Annamariia

Školiteľ/ scientific adviser: Khoma Tetiana, Candidate of Pedagogical Sciences
Peculiarities of the organization of motor activity of younger school age children with intellectual disabilities.....147

SEKCIA – ŠTUDENTI MAGISTERSKÉHO STUPŇA ŠTÚDIA/ MASTER'S DEGREE STUDENTS

SOCIÁLNA PRÁCA/SOCIAL WORK

SHNISTER Khrystyna

Školiteľ/ scientific adviser: Stebliuk Svitlana, Doctor of Pedagogical Sciences
Implementation of the competence approach in the education of younger school children in conditions of inclusion.....153

FYZIOTERAPIA/ PHYSIOTHERAPY

BABYCH Vassylyna

Školiteľ/ scientific adviser: Huzak Oleksandra, PhD, ass. Professor
Assessment of probable causes of acute myofascial pain syndrome in military personnel during the use of personal protective equipment.....161

BOBYLOV Dmytro

Školiteľ/ scientific adviser: Huzak Oleksandra, PhD, ass. professor
Features of the organization of rehabilitation assistance for servicemen of the first and second lines of defense in the conditions of hostilities.....166

DROBITKO Andrii

Školiteľ/ scientific adviser: Huzak Oleksandra, PhD, ass. professor
The method of kinesio taping of the knee joint in gonarthrosis in military personnel in combat conditions, as a prevention of complications.....172

PREDSLOV

V priestoroch Inštitútu bl. Metoda Dominika Trčku v Michalovciach **sme** dňa 9. marca 2023 zrealizovali prezenčne IV. Medzinárodnú študentskú vedeckú konferenciu. Konferencia nadobudla medzinárodný charakter vďaka študentom z Užhorodskej národnej univerzity na Ukrajine, konkrétne z Fakulty zdravotníctva a telesnej výchovy pod vedením dekana fakulty prof. Ivana Svjatoslavicha MYRONYUKA, MD, DSc. Na konferencii boli prítomné školiteľky študentov z Užhorodskej národnej univerzity z Fakulty zdravotníctva a telesnej výchovy:

1. HUZAK Oleksandra, PhD, Ass. Professor
2. KHOMA Tetiana Candidate of Pedagogical Sciences
3. STEBLIUK Svitlana, Doctor of Pedagogical Sciences

Zborník z IV. Medzinárodnej študentskej vedeckej konferencie obsahuje odborné práce zo študijných odborov Ošetrovateľstvo, Fyzioterapia, Verejné zdravotníctvo, Telesná výchova a šport a Sociálna práca v bakalárskom a magisterskom stupni štúdia.

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 6 prác zahraničných študentov a 9 prác domácich študentov. Obsahovo sa práce zameriavajú na aktuálne problémy a ich riešenia v rámci študijných odborov.

Oceňujem úsilie ukrajinských a našich študentov, že aj napriek svojim povinnostiam o to viac, že naši priatelia z Ukrajiny znášajú ťarchu vojny si pripravili odborné práce a prezentovali ich na vedeckej konferencii. Rovnako ďakujem všetkým školiteľom, ktorí po odbornej a vedeckej stránke usmerňovali študentov.

Peter Vansač

MALNUTRÍCIA U SENIOV AKO OŠETROVATEĽSKÝ PROBLÉM

MALNUTRITION IN ELDERLY IN HEALTH CARE

Hujdičová Olívia¹

¹Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety Bratislava, n. o.,

Detailované pracovisko bl. Metóda Dominika Trčku Michalovce

E-mail: otilka.hujdicova@gmail.com

Školiteľ/scientific adviser: PhDr. Viera Ivanková, PhD.

Abstrakt

Úvod: Malnutrícia označovaná ako podvýživa, predstavuje nedostatočný alebo zhoršený stav výživy organizmu. Ako naše telo starne, postupne stráca niektoré funkcie. Aj napriek tomu, že s pribúdajúcim vekom sa znižuje výdaj energie, starší ľudia potrebujú bohatú a vyváženú stravu.

Cieľ: Zistiť, aké sú prístupy sestier v oblasti nutricie u seniorov na vybraných oddeleniach.

Metóda: Prieskum sme realizovali na vybraných oddeleniach metódou dotazníka vlastnej konštrukcie.

Výsledky: Sestry v klinickej praxi posudzujú stav nutricie najčastejšie na základe anamnézy a zdravotnej dokumentácie. Najmenej používanou metódou je konzultácia s podpornými osobami. Najpoužívanejším nástrojom je sledovanie váhy BMI. Naopak najmenej frekventovaná škála v praxi je MUST škála. Najpoužívanejšou intervenciou je stanovenie individuálneho nutričného plánu u pacienta.

Záver: Je dôležité, aby v starostlivosti o starších pacientov sestry pristupovali zodpovedne k problematike výživy a účinne riešili riziko alebo prítomný stav malnutricie vo všetkých fázach starostlivosti.

Kľúčové slová: Starší pacient. Malnutrícia. Hodnotiace nástroje. Ošetrovateľská starostlivosť.

ABSTRACT

Introduction: Malnutrition, referred to as undernutrition, represents an insufficient or deteriorated state of nutrition of the body. As our body ages, it gradually loses some functions. Despite the fact that energy expenditure decreases with age, older people need a rich and balanced diet.

Objective: The main objective of the work was to find out how many hospitalized patients suffer from malnutrition. The main goal of the survey was to map the approaches of nurses in the field of nutrition for seniors in selected departments.

Method: We carried out the survey in selected departments using a questionnaire method of our own design. The questionnaire was addressed to nurses or practical nurses in selected departments where we conducted the survey.

Results: After evaluating the survey, we found that a large number of hospitalized seniors suffer from malnutrition. These were mainly seniors with a self-care deficit. At the same time, we

learned that the nursing staff treats such seniors responsibly. It uses alternative ways of eating and different scales to assess the risk of malnutrition.

Conclusion: According to the results, we can conclude that the importance of diet at any age should not be underestimated.

Key words: Elderly patient. Malnutrition. Assessment tools. Nursing care.

Úvod

„Jesť je nevyhnutnosť, ale správne jesť to je umenie“.

La Rochefoucauld

Malnutrícia je stav zhoršenej výživy, stav kedy organizmus nedostáva potrebné množstvo nutričov, teda tukov, cukrov, bielkovín, minerálov a vitamínov. Malnutrícia vzniká na základe nepomeru energetických a výživových požiadaviek organizmu a využiteľnou energiou so živinami v potrave. Je to celosvetovo najčastejšia diagnóza v takmer všetkých odboroch. Malnutrícia je spojená s vyšším rizikom komplikácií počas liečby chorôb, s horším hojením rán, so zvýšeným výskytom infekcií, väčšími komplikáciami chirurgických výkonov a ďalších terapeutických intervencií. Je spojená s dlhšou dobou hospitalizácie a so zvýšenou mortalitou. Stav nedostatočnej výživy je častý jav ktorý môžeme pozorovať až u 19-80 % hospitalizovaných pacientov, z ktorých je až 85% seniorov. Často sa stáva že u starších osôb býva bežná strava jednostranná, na základe čoho dochádza k deficitu im potrebných minerálnych látok a vitamínov. Je samozrejmé že s pribúdajúcim vekom dochádza k zníženiu výdaju energie, no aj napriek tomu starší ľudia potrebujú bohatú a vyváženú stravu. V mnohých prípadoch sa stáva, že z počtu hospitalizovaných seniorov je väčšina z nich nesebestačná, alebo iba čiastočne sebestačná. Teda nie je možné, aby sa stravovali sami. Práve v takýchto prípadoch je zvýšené riziko malnutrie. Vtedy je na ošetrovateľskom personáli aby k danej situácii pristupovali zodpovedne a účinne predchádzali a riešili riziko alebo prítomný stav malnutrie vo všetkých fázach starostlivosti (Zadák, 2008).

Cieľ:

- popísať súčasný stav riešenej problematiky,
- vymedziť základné charakteristiky a rizikové faktory malnutrie u seniorov,
- popísať intervencie sestry, zamerané na zlepšenie nutričného stavu pacientov,
- prezentovať výsledky prieskumu zameraného na zmapovanie prístupu sestier v oblasti nutrie u seniorov na vybraných oddeleniach.

Charakteristika súboru a metodika

Prieskum bol realizovaný metódou dotazníka vlastnej konštrukcie. Dotazník bol určený pre sestry pracujúce v nemocničnom zariadení na nami vybraných oddeleniach : na geriatrickom oddelení, na oddelení dlhodobo chorých, na internom a infekčnom oddelení v NsP Š. Kuku v Michalovciach. Dotazník obsahuje 16 otázok. V dotazníku sme použili 3 typy otázok:

Otvorená otázka: V tomto prípade respondent nemal možnosť výberu odpovede. Odpovede písal sám, svojvoľne do určeného miesta. V dotazníku sme použili jednu takúto položku a to v otázke číslo 2.

Uzavreté: V tomto prípade si respondent môže vybrať jednu alebo viacero možností z už vopred stanovených odpovedí. V dotazníku sme použili 7 takýchto položiek a to v otázkach 5,7,8,9,10,11,12.

Polouzavreté: V tomto prípade si respondent vyberá jednu odpoveď z viacerých možností. V prípade že mu žiadna možnosť určenej odpovede nevyhovuje, má možnosť napísať vlastnú odpoveď v mieste označené ako – iná odpoveď. V dotazníku sme použili 4 takéto položky a to v otázkach 1,3,4,6.

Prieskumný problém

- *Aký je prístup sestier v oblasti starostlivosti o nutriciu starších pacientov na vybraných oddeleniach?*

Ciele prieskumu

Hlavným cieľ: Zistiť, aké sú prístupy sestier v oblasti nutricie u seniorov na vybraných oddeleniach.

Hlavný cieľ sledujeme čiastkovými cieľmi:

ČC1: Zistiť, akým spôsobom posudzujú sestry stav výživy u hospitalizovaných seniorov na geriatrickom oddelení, oddelení dlhodobo chorých, internom oddelení a infekčnom oddelení.

ČC2: Zistiť, aké skríningové nástroje používajú sestry na posudzovanie nutričného rizika u seniorov na geriatrickom oddelení, oddelení dlhodobo chorých, internom oddelení a infekčnom oddelení.

ČC3: Zistiť, aké nutričné intervencie realizujú sestry u seniorov s malnutríciou na geriatrickom oddelení, oddelení dlhodobo chorých, internom oddelení a infekčnom oddelení.

Prieskumná vzorka

Celkovo sme rozdali 70 dotazníkov, z toho sa nám späť vrátilo 67 dotazníkov, 14 dotazníkov sme pre neúplnosť z prieskumu vyradili. Do prieskumu sme tak zaradili 67 kompletne vyplnených dotazníkov, čo predstavuje 75,7 % návratnosť. Po následnom vyhodnotení všetkých dotazníkov sme výsledky spracovali do tabuliek a grafov vo forme absolútnych (N) a relatívnych číslach (%).

Tabuľka č.1 Pohlavie zúčastnených respondentov

Pohlavie	Absolútnych (n)	Relevantných (%)
Žena	45	84,90
Muž	8	15,10%
Spolu	53	100%

Zdroj: vlastné spracovanie.

Tabuľka č.2 Vek zúčastnených respondentov

Vek	Absolútnych(n)	Relevantných(%)
18-20	2	3,7%
20-30	20	37,7%
30-40	11	20,7%
40-50	14	26,4%
50-60	6	11,5%
Spolu	53	100%

Zdroj: vlastné spracovanie.

Tabuľka č.4 Dĺžka vykonávanej praxe zúčastnených respondentov

Dĺžka vykonávanej praxe	N	%
1-10 rokov	27	50,94%
10-20 rokov	17	32,07%
20- viac rokov	9	16,98%
Spolu	53	100%

Zdroj: vlastné spracovanie.

Analýza výsledkov prieskumu

Tabuľka č.5 Pacienti nachádzajúci sa na danom oddelení.

Odpoveď	N	%
Imobilní	23	43,4%
Čiastočne mobilní	20	37,7%
Mobilní	10	18,8%
Spolu	53	100%

Zdroj: vlastné spracovanie.

V tejto tabuľke si môžeme všimnúť, že najväčšiu skupinu nám tvoria imobilní seniori ktorých uviedlo 23 respondentov, teda 43,40%. Najmenej zastúpená skupina bola skupina mobilných seniorov, kde ktorých uviedlo 10 respondentov, čo je 18,86%. Čiastočne mobilných seniorov označilo 20 respondentov teda, teda 37,74%.

Tabuľka č.6 Spôsob posudzovania stavu výživy u pacientov.

Odpoveď	N	%
Anamnéza	42	19,26%
Zdravotná dokumentácia	40	18,34%
Pozorovanie pacienta	37	16,97%
Laboratórne nálezy	34	15,59%
Fyzikálne vyšetrenie	19	8,71%
Používanie hodnotiacich a posudzovacích nástrojov	18	8,25%
Posúdenie vzniku a rozvoja malnutrície	17	7,79%
Konzultácia s podpornými osobami	11	5,04%
Iné	0	0

Zdroj: vlastné spracovanie.

Aj v tejto otázke, podobne ako vo vyššie uvedených bola možnosť viacerých odpovedí. Celkovo 53 respondentov poskytlo 218 odpovedí k tejto otázke. Na otázku akým spôsobom posudzujú stav výživy u pacienta bolo najviac vyjadrení v počte 42 anamnézou. Teda 19,26%. Najmenej vyjadrení v počte 0 bolo v možnosti odpovede iné. Ďalšou najmenej frekventovanou odpoveďou bolo posudzovanie na základe konzultácie s podpornými osobami. Túto možnosť uviedlo 11 respondentov, teda 5,04%. Druhou najčastejšou odpoveďou bolo používanie zdravotnej dokumentácie, kde takto odpovedalo 40 respondentov, čo znamená 18,34%. Pozorovanie pacienta uviedlo 37 respondentov, teda 16,97%, laboratórne nálezy uviedlo 34 respondentov, 15,59%, fyzikálne vyšetrenie používa 8,71% respondentov, teda 19 respondentov. Hodnotiace a posudzovacie nástroje používa 18 respondentov, čo je 8,25%. Medzi ďalšie menej frekventované odpovede patrila odpoveď posúdenia vzniku a rozvoja malnutrície so 17 odpoveďami a teda 7,79%.

Tabuľka č. 7 Skríningové nástroje používané na posúdenie nutričného rizika u pacienta.

Odpoveď	N	%
Sledovanie váhy (BMI)	42	43,30%
Sledovanie váhy a tolerancie prijímanej potravy	39	40,21%
MNA	12	12,37%
MUST	4	4,12%
Iná	0	0

Zdroj: vlastné spracovanie.

V tejto tabuľke môžeme vidieť že najmenej používanou metódou na posúdenie nutričného stavu pacienta je MUST hodnotiaci škála s celkovou štatistikou 4, teda 4,12%. Najviac odpovedí v počte 42 teda 43,30% získala možnosť odpovede BMI, sledovanie váhy. MNA škála mala zastúpenie 12 odpovedí teda 12,37%. Druhou najčastejšou odpoveďou našich respondentov bolo sledovanie váhy a tolerancie prijímanej potravy, pričom takto odpovedalo celkom 39 respondentov, čo predstavuje 40,21% z celkového počtu.

Tabuľka č.8 Nutričné intervencie realizované u pacienta.

Odpoveď	N	%
Stanoviť individuálny nutričný plán	37	24,6%
Špecifikovať stravu	34	22,6%
Plánovať spôsob výživy	34	22,6%
Zhodnotiť prítomnosť rizika malnutricie	26	17,3%
Určiť frekvenciu podávania stravy	18	12%
Iné	1	0,6%

Zdroj: vlastné spracovanie.

V tejto otázke sme sa zamerali na intervencie sestry realizované u hospitalizovaných pacientov zamerané na nutriciu. V tabuľke zobrazujeme, že najviac odpovedí bolo v počte 37, možnosti stanovenia individuálneho nutričného plánu pre pacienta, teda 24,6%. Najmenej zastúpená bola intervencia určenia frekvencie podávania stravy v počte 18, čo je 12%. Špecifickosť stravy a plánovanie spôsobu výživy sa spolu dostali na druhé miesto najviac hodnotenej intervencie. Nadobudli rovnaký počet odpovedí v počte 34, teda 22,6%. V strede tabuľky sa umiestnila intervencia zhodnotenia prítomnosti rizika malnutricie v počet 26 odpovedí od respondentov, čo predstavuje 17,3% z celkového počtu.

DISKUSIA

Malnutrícia je stav zhoršenej výživy, ktorý zahŕňa akúkoľvek odchýlku od stavu dobrej výživy. Je to dôsledok nedostatočného príjmu energie alebo bielkovín vzhľadom na potreby organizmu, ale aj dôsledok nedostatočného príjmu vitamínov a stopových prvkov (Belovičová a kol., 2022). Včasná prevencia a liečba malnutrície u starších má želaný efekt, len musí byť komplexná, správne indikovaná pod dohľadom lekára. Nevyhnutná je aj včasná diagnostika a liečba dehydratácie. Individuálne treba pátrať po príčinách malnutrície a podľa príčin je potrebné sa pokúsiť o ich odstránenie či zmiernenie. Kľúčová je aj psychická stránka pacienta, motivácia, sociálny rozmer stravovania. Nápomocné môžu byť aj jednoduché nemedicínske úkony (prispôsobenie spôsobu príjmu potravy mentálnej a fyzickej výbave seniora), používanie vhodných kompenzačných pomôcok (napr. použitie slamky či špeciálnych pohárov s pyštekou), asistencia pri jedení a pod. V opodstatnených prípadoch je možné podávať aj preparáty zvyšujúce chuť do jedla (Penesová, 2022).

Realizovali sme prieskum metódou dotazníka vlastnej konštrukcie zameraný na malnutríciu u seniorov na oddeleniach geriatrickej, oddelenia dlhodobo chorých, interného a infekčného oddelenia v NsP Š. Kuku v Michalovciach. Nášho prieskumu zúčastnilo 53 respondentov, z toho bolo 45 (84,90%) žien a 8 (15,10%) mužov, vo veku 18-20 rokov sa prieskumu zúčastnilo 3,7% respondentov, vo veku 50-60 rokov 11,5%, vo veku 20-30 rokov 37,7% respondentov, vo vekovej kategórii 40-50 rokov 26,4% respondentov a vo veku 30-40 rokov 20,7% respondentov. Dĺžku vykonávanej praxe respondentov sme špecifikovali do troch skupín a teda, 1-10 rokov, 10-20 rokov a 20 a viac rokov. S dĺžkou praxe 20 rokov a viac sa prieskumu zúčastnilo 16,98% respondentov z celkového počtu respondentov. Najviac zastúpená skupina bola skupina s dĺžkou praxe 1-10 rokov, čo predstavovalo 50,94% respondentov. S dĺžkou praxe 10-20 rokov sa prieskumu zúčastnilo 17 respondentov, čo je 32,07%. Prieskumu sa podľa oddelení zúčastnilo 33,96% respondentov z geriatrickeho oddelenia a oddelenia dlhodobo chorých, 18,87% respondentov z infekčného oddelenia, 20,75% z interného oddelenia.

ČC1: Zistiť, akým spôsobom posudzujú sestry stav výživy u hospitalizovaných seniorov na geriatrickom oddelení, oddelení dlhodobo chorých, internom oddelení a infekčnom oddelení.

Čiastkový cieľ 1 a zároveň odpoveď na prieskumnú otázku 1 (*Akým spôsobom posudzujú sestry stav výživy u hospitalizovaných seniorov na geriatrickom oddelení, oddelení dlhodobo chorých, internom oddelení a infekčnom oddelení?*), sme zisťovali na základe položky dotazníka č.1, 2, 3, 4, 5, 6.

40% respondentov malnutríciu posúdilo u pacientov vo veku 75 a viac rokov, 27% vo veku 50-65 a 33% respondentov má skúsenosť s pacientami vo veku 65-75 rokov a 27% respondentov vo veku 50-65. Juhásová (2016) vo svojej práci opisuje podobné výsledky. Podľa jej výskumu sa malnutrícia vyskytuje v 15% u 65-74-ročných seniorov a 45% u 75 a viac-ročných seniorov. Najväčšiu skupinu podľa nášho prieskumu tvoria imobilní seniori, tak sa vyjadrilo 43,40% respondentov. Čiastočne mobilných seniorov označilo 20 respondentov teda, 37,74%. 18,86% respondentov má skúsenosť s malnutríciou u mobilných seniorov.

Schuler (2010) vyjadruje že výskyt imobility je priamoúmerný zvyšujúcemu sa veku pacientov v dôsledku kumulácie chronických a akútnych ochorení. Imobilita má negatívne dôsledky na všetky orgánové systémy, čím sa zvyšuje chorobnosť pacientov a zhoršuje sa ich kvalita života. Balogová (2005), vo svojej teórii popisuje že starší pacienti sú zraniteľní voči

podvýžive z dôvodu fyziologického úpadku, a daného ochorenia súvisiaceho s vekom a imobilitou. Až 60% respondentov na vybraných oddeleniach má skúsenosť s riešením malnutrície, nemal 1 respondent, teda 1,81%, skôr áno 18,18% respondentov a skôr nie 20%. Juhásová (2016) uvádza, že práve v domovoch pre seniorov je osobitným problémom malnutrícia, kde až 80 % obyvateľov je ohrozených jej vznikom. Podiel podvyživených medzi seniormi umiestnenými v pobytových zariadeniach sa pohybuje medzi 15–60 % v závislosti na použitých metódach a charakteristike sledovaných jedincov. Malnutrícia u seniorov žijúcich dlhodobo v ústavnej starostlivosti je 25–60 %. Na otázku akým spôsobom posudzujú stav výživy u pacienta bolo najviac odpovedí v počte 42 anamnézou. Teda 19,26%. Najmenej frekventovanou odpoveďou bolo posudzovanie na základe konzultácie s podpornými osobami. Túto možnosť uviedlo 11 respondentov, teda 5,04%. Druhou najčastejšou odpoveďou bolo používanie zdravotnej dokumentácie, kde takto odpovedalo 40 respondentov, čo znamená 18,34%. Pozorovanie pacienta uviedlo 37 respondentov, teda 16,97%, laboratórne nálezy uviedlo 34 respondentov, 15,59%, fyzikálne vyšetrenie používa 8,71% respondentov čo predstavuje 19 hlasov. Hodnotiace a posudzovacie nástroje používa 8,25% respondentov.

Môžeme konštatovať a zároveň odpovedať na prieskumnú otázku, že sestry v klinickej praxi posudzujú stav nutrície najčastejšie na základe anamnézy a zdravotnej dokumentácie. Najmenej používanou metódou je konzultácia s podpornými osobami.

ČC2: Zistiť, aké skríningové nástroje používajú sestry na posudzovanie nutričného rizika u seniorov na geriatrickom oddelení, oddelení dlhodobo chorých, internom oddelení a infekčnom oddelení.

Čiastkový cieľ 2 a zároveň odpoveď na prieskumnú otázku 2 (*Zistiť aké skríningové nástroje používajú sestry na posudzovanie nutričného rizika u seniorov na geriatrickom oddelení, oddelení dlhodobo chorých, internom oddelení a infekčnom oddelení?*), sme zisťovali na základe položky dotazníka č.7.

4,12% respondentov na posúdenie nutričného stavu pacienta používa MUST hodnotiacu škálu. 43,30% využíva BMI na sledovanie váhy. MNA škálu používa 12,37%. 40,21% respondentov denne sleduje váhu a toleranciu prijímanej potravy. Voleková (2013), podobne ako my vo svojej práci opisuje, že BMI meranie je najčastejšie používaný skríningový nástroj pri malnutriícii. Medzi ďalšie metódy, ktoré popisuje sú napríklad meranie obvodu nedominantného ramena krajčírskym metrom, meranie kožnej riasy nad tricepsom pomocou kaliperu, laboratórna diagnostika, diagnostika malnutrície pomocou štruktúrovanej anamnézy SGA (subjective global assessment) či posudzovanie fyzickej kondície. Teda je zrejmé, že naše zistenia v ďalších bodoch líšia od toho čo Voleková popisuje vo svojej práci. Belovičová a kol. (2022) vo svojej teórii popisujú, ako prvý parameter pri hodnotení pacienta MUST škálu, ako druhým skríningový nástroj BMI, ktorým sestra hodnotí aktuálnu hmotnosť pacienta, či nejde o jeho prípadnú podvýživu optimálnu váhu, nadváhu a prípadnú obezitu. Autorka udáva, že pri hodnotení skríningových nástrojov je dôležité brať ohľad na vplyv akútneho ochorenia u pacienta, aby sestra mohla prispôbiť adekvátne stravovanie vhodne pre pacienta na základe skríningového nástroja.

Môžeme konštatovať a zároveň odpovedať na prieskumnú otázku, že sestry v klinickej praxi využívajú skríningové nástroje na posudzovanie nutričného rizika u seniorov. Najpoužívanším nástrojom je sledovanie váhy BMI. Naopak najmenej frekventovaná škála v praxi je MUST škála.

ČC3: Zistiť, aké nutričné intervencie realizujú sestry u seniorov s malnutríciami na geriatrickom oddelení, oddelení dlhodobo chorých, internom oddelení a infekčnom oddelení.

Čiastkový cieľ 3 a zároveň odpoveď na prieskumnú otázku 3 (*Aké nutričné intervencie realizujú sestry u seniorov s malnutríciami na geriatrickom oddelení, oddelení dlhodobo chorých, internom oddelení a infekčnom oddelení?*), sme zisťovali na základe položky dotazníka č.4, 5, 8.

Sestry realizujú intervencie zamerané na vhodné stratégie podávania stravy pacientom. 13,8% respondentov uviedlo, že hospitalizovaní stravujú sami, 20,83% uviedlo, že skôr sami, 30,5% respondentov uviedlo, že pacientom pomáhajú so stravovaním, 34,72% respondentov uviedlo, že pacienti sa stravujú skôr s pomocou. 50% respondentov uviedlo, že na stravovanie pacientov je využívané stravovanie cez NGS, 27,38% parenterálne – infúziu emulziu, 19,85% cez PEG sondu. Belovičová a kol.(2022) popisuje vo svojej teórii spolu s kolektívom, že stravovanie seniorov pri ich ochoreniach a čiastočnej alebo plnej imobilite majú skôr sklon k nepociťovaniu hladu a smädu. Preto kladú dôraz na pomoc seniorovi so stravovaním a kŕmením. V našom prieskume 24,6% respondentov stanovuje individuálny nutričný plán, 22,6% špecifikuje stravu podľa tolerancie, 22,6% plánuje spôsob výživy, 17,3% hodnotí prítomnosť rizika malnutrie, 12% respondentov určuje frekvenciu podávania stravy. Fabianová a kol. (2019), uvádzajú vo svojej teórii, že sestra v rozsahu svojich kompetencií je tá, ktorá plánuje a stanovuje nutričné intervencie pre daného pacienta. Hľadá súvislosti, riziká, ktoré zohľadňuje pri plánovaní, aby zabránila rozvoju malnutrie u pacienta. Snaží sa vylúčiť resp. redukovat' riziko a to zo získaných poznatkov moderného ošetrovateľstva a súvisiacich disciplín.

Môžeme konštatovať a zároveň odpovedať na prieskumnú otázku, že sestry v klinickej praxi využívajú nasledujúce sesterské intervencie u seniorov s malnutríciami. Najpoužívanejšou intervenciou je stanovenie individuálneho nutričného plánu u pacienta. Naopak najmenej používanou je určenie frekvencie podávania stravy.

Prvá časť otázok v dotazníku bola zameraná na získavanie informácií od respondentov. Ako je ich vek, dĺžka praxe na daných oddeleniach, informácia o pracovisku daného oddelenia. Najviac zúčastnených respondentov v našom dotazníku bolo žien a to 84,90%. Čo znamená, že ženy mali väčšiu účasť pri vyplnení nášho dotazníka. Dĺžku praxe respondenti uviedli ako za najčastejšiu od 01 – do 10 50,94% a respondenti s daného oddelenia bolo najviac zúčastnených dotazníka 33,96% z geriatrického oddelenia. Z výsledkov nám vyplýva, že sestry si sú vedomé problematiky malnutrie u hospitalizovaných seniorov. Aj napriek tomu že sa takémuto stavu pokúšajú predchádzať, nie vždy je to možné. Častokrát sa stáva že senior príde do nemocničného zariadenia už s prítomnou malnutríciami. Sestry však pri prijímaní pacienta posudzujú stav jeho výživy. Výsledky nám ukázali že najviac využívanými metódami na poskytnutie informácií sú anamnéza a zdravotná dokumentácia hospitalizovaného. V praxi sestry menej často využívajú konzultácie s podpornými osobami. Za pomoci skríningových nástrojov sestry posudzujú nutričné riziko u seniorov. Najčastejšie používaným nástrojom je BMI sledovanie váhy. Taktiež sa často v praxi môžeme stretnúť so sledovaním váhy a tolerancie prijímanej potravy. Najmenej používaná je MUST škála. Sestry zároveň určujú sesterské intervencie zamerané na nutriciu. Najčastejšou intervenciou v praxi je stanovenie individuálneho nutričného plánu pre pacienta. Taktiež časté intervencie objavujúce sa v praxi sú špecifikácia stravy a plánovanie spôsobu

výživy. Menej často používanou intervenciou je určenie frekvencie podávania stravy u seniorov.

Záver

Podobne ako iné ochorenie aj malnutrícia môže seniora ohrozovať na živote. S pribúdajúcim vekom stráca silu, sebestačnosť, zhoršuje sa chrup, pamäť atď. Toto všetko sú faktory, ktoré môžu spôsobiť u seniora malnutríciu. Práve preto je povinnosťou sestier zodpovedne pristupovať k posudzovaniu stavu pacienta a porúch výživy. Cieľom našej bakalárskej práce bolo zdôrazniť problematiku malnutrície u hospitalizovaných seniorov. Pri realizovaní prieskumu sme využili metódu dotazníka vlastnej konštrukcie. Prieskum bol realizovaný v mesiaci Apríl 2023 v NsP Štefana Kuku Michalovce. Prieskum bol určený sestram poprípade praktickým sestram na vybraných oddeleniach. Závěry realizovaného prieskumu poukazujú na to, že malnutrícia je aktuálna problematika v nemocničných zariadeniach. Sestry robia všetko preto, aby tomuto stavu predchádzali, alebo sa snažia zmierňovať následky už vyskytujúcej sa malnutrície. K tejto problematike sa snažia pristupovať čo najzodpovednejšie. U pacientov, ktorí to vzhľadom na svoj aktuálny stav vyžadujú, asistujú pri podávaní stravy, poprípade využívajú alternatívne spôsoby podávania stravy, ako je napríklad NGS. Svoj čas venujú aj posudzovaniu stavu výživy pacientom, kde najčastejším spôsobom posudzovania sú informácie nadobudnuté prostredníctvom anamnézy či zdravotnej dokumentácie. Ďalšími účinnými metódami sú pozorovanie pacienta a laboratórne nálezy pacienta. Menej inklinujú ku konzultácií s podpornými osobami. Sestry v praxi využívajú rôzne skrínigové nástroje na posúdenie nutričného rizika u pacienta. Vo všeobecnosti u sestier prevláda sledovanie váhy, BMI pacienta. Považujú to za neúčinnější skrínigový nástroj. Podobne ako sledovanie váhy a tolerancie prijímanej potravy pacienta. Najmenej používajú MUST škálu. Povinnosťou sestry je realizovať vhodné sesterské intervencie u pacientov s rizikom malnutrície. V našom prieskume je podľa respondentov najpoužívanejšou intervenciou stanovenie individuálneho nutričného plánu, špecifikácia stravy či plánovanie spôsobu podávania výživy. Menej časté je určovanie frekvencie podávania stravy. Cieľom nebolo vyhľadávanie nedostatkov, ale zisťovanie aké znalosti majú respondenti a vytvoriť spôsob, ako zlepšiť starostlivosť o seniorov s rizikom malnutrície v nemocničných zariadeniach. Cieľom je vytvoriť správny nástroj monitorovania pacientov v oblasti výživy, čo predpokladá spoluprácu s odborníkmi a neustále sa vzdelávanie sa v tejto oblasti.

Bibliografia

BALOGOVIÁ, B. 2005: *Seniori*. 1. vyd. Prešov : AKCENT PRINT, 2005, 157 s. ISBN 80-969274-1-8.

BALOGOVIÁ, E. 2012. Hodnocení stavu výživy kriticky nemocných. In *Sestra*. ISSN 1210-0404, 2012.

BELOVIČOVÁ a kol. 2022. *Metabolický syndróm u seniorov v domovoch sociálnych služieb*. Svidník, Tlačiareň Svidnícka, s.r.o., 2022, 183 s., ISBN 978-80-947237-2-8.

FABIANOVA a kol. 2019. *KOM o pacienta s rizikom vzniku a rozvoja malnutrície*. [online]. [cit. 2023-04-12]. Dostupné na internete: file:///C:/Users/Olivia/Downloads/KOM_pacienta_s_rizikom_vzniku_a_rozvoja_malnutricie%20(1).pdf.

JUHÁSOVÁ, I, 2016. *Realizovanie nutričného skúpingu sestrou v zariadení sociálnych služieb pre seniorov*. [online]. (cit. 2023-04-13). Dostupné na internete: https://www.iszs.cz/wp-content/uploads/2018/02/Realizovanie_nutri%C4%8Dn%C3%A9ho_skr%C3%ADningu-sestrou-v-zariaden%C3%ADsoci%C3%A1ln%C3%BDch-slu%C5%BEieb-pre-seniorov-.pdf.

PENESOVÁ, A. 2022. *Ústav klinického a translačného výskumu*. Biomedicínske centrum, Slovenská akadémia vied, Bratislava; Slovenská asociácia pre výživu a prevenciu (SAVP) Dostupné na internete: [https://revuemediciny.sk/news/show New/malnutricia-a-jej-vplyv-na-zdravie-kondiciu-a-kvalitu-zivota-seniorov](https://revuemediciny.sk/news/show_New/malnutricia-a-jej-vplyv-na-zdravie-kondiciu-a-kvalitu-zivota-seniorov).

SCHULER, M. – OSTER, P. 2010. *Geriatría od A po Z pro sestry*. 1. vyd. Praha : Grada, 2010. 336 str. ISBN 9788024730134.

ZADÁK, Z. 2008, *Výživa v intenzívnej péči*, 3. vydanie Praha, Grada, 2008, 542 s ., ISBN 978-80-274-2844-5.

VÝSKYT AGRESIVITY U PACIENTOV V OŠETROVATELSKEJ PRAXI

THE OCCURRENCE OF AGGRESSIVENESS IN PATIENTS IN NURSING PRACTICE

Jachymová Mária¹

¹Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety Bratislava

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

E-mail: : jachymova333@gmail.com

Školiteľ/scientific adviser: PhDr. Jana Šulcová

Abstrakt

Úvod. Násilie a agresívne správanie sa premietajú i do života a práce zdravotníkov. Agresori nemusia byť len samotní pacienti, často sa stretávame s agresormi, ktorí sú doprovodom pacienta. Samotná práca zdravotníka je veľmi psychicky i fyzicky náročná, a pokiaľ dôjde ku styku s agresorom, môže byť zdravotník vystavený veľkému psychickému tlaku či stresu a môže vo svojej práci pochybovať.

Cieľ. Na základe teoretických poznatkov a východiskám riešenej problematiky bolo cieľom práce zistiť výskyt agresivity zo strany pacientov, hospitalizovaných na jednotlivých oddeleniach zdravotníckeho zariadenia.

Metodika. Na realizáciu kvantitatívneho prieskumu sme využili prieskumný nástroj – dotazník. Prieskumný súbor tvorili sestry (132) čo predstavuje 10 % z celkového množstva zamestnaných sestier v nemocnici Prešov. Prieskumu sa zúčastnili sestry z lôžkových oddelení a z ambulantnej sféry.

Výsledky. Zistili sme, že s agresívnym správaním na pracovisku sa stretlo 98% sestier. Najčastejší výskyt fyzickej agresivity je kopnutie -25,6%, 20,1%, opľutie a 19,4% poškrabanie, 15,6% úder. Ako najčastejší výskyt verbálnej formy agresivity sú verbálne nadávky(38,7%), (24,7%) urážky a 52 (17,8%) vyhrážanie. U respondentov, ktorí sa necítia bezpečne na svojom pracovisku sa vyskytla požiadavka, po prijatí do zamestnania povinne realizovať školenie komunikácie s agresívnym pacientom.

Záver. Agresívne správanie pacienta v zdravotníctve je dôležitým aktuálnym problémom pretože zdravotníci sa takmer denne stretávajú s konfliktnými situáciami. Preto je dôležité sa tejto téme venovať a snažiť sa navrhnúť účinné preventívne opatrenia

Kľúčové slová: Agresia. Pacient. Sestra. Ošetrovateľská starostlivosť.

Abstract

Introduction. Violence and aggressive behavior are also reflected in the life and work of health professionals. Aggressors do not have to be only the patients themselves, we often meet aggressors who accompany the patient. The work of a medic is very mentally and physically demanding, and if there is contact with an aggressor, the medic may be exposed to great psychological pressure or stress and may doubt his work.

Goal. Based on theoretical knowledge and the starting points of the solved problem, the aim of the work was to determine the incidence of aggression on the part of patients hospitalized in individual departments of the medical facility.

Methodology. To carry out the quantitative survey, we used an exploratory tool – a questionnaire. The survey population consisted of nurses (132), representing 10% of the total number of nurses employed at the Prešov hospital. Nurses from inpatient departments and from the outpatient sphere participated in the survey.

The results. We found that 98% of nurses encountered aggressive behavior in the workplace. The most common occurrence of physical aggression is a kick of -25.6%, 20.1%, spitting and 19.4% scratching, 15.6% hit. The most common occurrences of the verbal form of aggression are verbal swearing (38.7%), (24.7%) insults and 52 (17.8%) threats. For respondents who do not feel safe in their workplace, there was a requirement to carry out training in communication with an aggressive patient after hiring.

Conclusion. Aggressive patient behavior in healthcare is an important topical problem because healthcare professionals face conflict situations almost daily. Therefore, it is important to address this topic and try to design effective preventive measures

Keywords: Aggression. Patient. Sister. Nursing care.

Úvod

Každá doba, v ktorej ľudstvo žije, prináša osobitné podmienky a udalosti, ktoré viac či menej vplyvajú na samotnú psychiku ľudí. Jej stav sa následne vo veľkej miere môže premietnuť v správaní ľudí, v našom prípade pacientov. Agresia, agresivita, násilie. S týmito slovami sa stretávame dnes a denne, a to aj v zdravotníctve. Násilným a agresívnym jednaním sú preťkané dejiny. Bohužiaľ v dnešnom modernom svete agresivita u človeka rastie. Môžeme konštatovať, že agresia pacientov voči zdravotníckym pracovníkom je vážnym globálnym problémom. Aby sa predišlo nedostatku sestier a ich odchodu z dôvodu zvýšeného stresu v dôsledku agresie pacienta, je potrebných viac aktuálnych poznatkov a vedomostí v súvislosti medzi agresivitou pacientov a blahom sestier. Motiváciou pre zvolenie témy „*Výskyt agresivity u pacientov v ošetrovateľskej praxi*“ bola narastajúca početnosť stretnutia s útočným pacientom alebo konfliktnou rodinou. Zvládanie komunikácie s agresívnym, nepokojným alebo arogantným pacientom je veľmi náročným procesom a komunikácia s agresívnym pacientom vyžaduje veľkú dávku sebazaprenia. Úlohou sestry je rozpoznať osobnostné prejavy a vzájomné pôsobenie biologických, psychologických a sociálnych faktorov a naučiť sa adekvátne komunikovať s agresívnym pacientom. Sestry sa spravidla zameriavajú na ošetrovateľskú diagnostiku, ale je veľmi dôležité zaoberať sa pacientom do hĺbky jeho individuálnych problémov. Naším cieľom na základe prieskumu je vypracovať odporúčania pre prax, ktoré by prispeli k správne pristupu sestier k agresívnym pacientom k ochrane sestier pred takýmto správaním pacienta. Rôzne postoje pacienta k chorobe a odlišné reakcie na ich priebeh by mal mať na pamäti každý zdravotník.

Súčasný stav problematiky doma a v zahraničí

Aktuálne problémy ako pandémie COVID-19, vojna na Ukrajine, sociálna neistota spojená s vysokou infláciou, zlá životná situácia, neistota, ako aj prípadná kombinácia s chorobou alebo

ochorením hospitalizovaného pacienta, môže za určitých podmienok viesť k strate kontroly a následnom zvýšení agresivity. Agresívne správanie pacientov je častokrát prejavom somatických a duševných porúch vyplývajúcich zo strachu, frustrácie, pocitu ohrozenia, prípadne môže byť reakciou na konfliktné situácie s inými ľuďmi.

Sestry, ako najväčšia skupina zdravotníckych pracovníkov majú najdlhší priamy kontakt s pacientmi v priebehu zdravotnej starostlivosti a zároveň sú najviac vystavené riziku agresivity pacienta (Lepiešová, Nemčeková, 2013). Vážny vplyv agresie pacienta o odbornom výkone sestier je dobre zdokumentovaný a negatívne ovplyvňuje kvalitu poskytnutej starostlivosti, prispieva k zvýšenej hladine stresu a fluktuácií sestier (Pekara, Trešlová, 2011).

Do januára 2017 nemali zdravotnícki pracovníci v Slovenskej republike možnosť právnej ochrany pred agresívnymi pacientmi. Novela Trestného zákona s účinnosťou od 1. januára 2017 do zoznamu chránených osôb zahrnula aj zdravotníckych pracovníkov (Miklovičová, Kristová, 2018). Na Slovensku sa problematike výskytu slovnej a telesnej agresie pacientov voči sestram venovala Lepiešová, (2013), ktorá realizovala výskumné štúdie so súborom 270 sestier, pomocou škály vlastnej konštrukcie pre posúdenie výskytu agresie pacientov voči sestram (Výskyt Agresie Pacientov voči Sestram – VAPS). VAPS pozostáva z 11 položiek (V1 až V11), ktoré boli formulované na základe literárneho prehľadu (Lepiešová, Nemčeková, 2009). Potvrdil sa vysoký výskyt verbálnych útokov, ktoré počas výkonu svojho povolania udalo až 96,3 % sestier a 80,7 % sa stretlo s telesnou formou agresie pacientov. Zistenia považujú autorky za alarmujúce, pretože percentuálne podiely agresie sú oproti zahraničným výskumom oveľa vyššie. Kačmárová et al. v rokoch 2013 – 2014 realizovala na dvoch vzorkách respondentov výskum zameraný na postoj k sestier k agresii pacientov vo Fakultnej nemocnici s poliklinikou J. A. Reimana (FNsP) v Prešove a v Univerzitetnej nemocnici Louisa Pasteura v Košiciach a FNsP v Prešove. Výskum priniesol zaujímavé výsledky rozdielnosti prediktorov postojov sestier k agresii pacientov z hľadiska typu pracoviska, tiež mieru, akou sa podieľajú jednotlivé faktory na vznik agresie a jej samotnej formy. Zaujímavým zistením bolo, že žiadna z foriem agresívneho správania sa nepotvrdila u sestier pracujúcich na psychiatrických oddeleniach ako signifikantný prediktor postoja sestier ku agresii. Naopak, telesná agresia s útočnou zbraňou a kontaktné formy sexuálnej agresie, boli potvrdené ako významný negatívny prediktor postojov k agresii u sestier pracujúcich na internistických a chirurgických oddeleniach. Vo vyššie spomenutých štúdiách, sa potvrdil najvyšší výskyt slovnej agresie ale vo všeobecnosti boli sestry v práci väčšinou spokojné ako nespokojné. Významný vzťah medzi výskytom rôznych foriem agresie a úvah o zmene zamestnania nebol potvrdený.

Metodika výskumu:

Zámerom bakalárskej práce bolo identifikovať problém prieskumu, ciele prieskumu a otázky prieskumu, metódy zberu a spracovania prieskumu, prieskumný súbor a realizáciu prieskumu.

Ciele prieskumu

Naším hlavným cieľom bolo zistiť a zmapovať problém násilia a agresie pacientov voči sestram pri výkone ich povolania vo Fakultnej nemocnici s poliklinikou J. A. Reimana (FNsP) v Prešove. Riadiac sa výstupmi a zisteniami v rámci súčasného stavu riešenej problematiky sme dospeli k formulácii hlavného problému prieskumu v znení: „*Aký je výskyt agresivity pacientov v ošetrovateľskej praxi?*“.

Na základe stanovenia hlavného cieľa boli koncipované čiastkové ciele:

Čiastkový cieľ č. 1: Zmapovať výskyt agresivity u pacientov na skúmaných pracoviskách a vyhodnotiť rozdiely v početnosti výskytu v závislosti od charakteru pracoviska.

Čiastkový cieľ č. 2: Vyhodnotiť formy agresivity zo strany pacientov, s ktorými sa sestry najčastejšie stretli na svojich pracoviskách.

Čiastkový cieľ č. 3: Zistiť u sestier ako riešia situáciu po incidente a ich pocity.

Čiastkový cieľ č. 4: Zistiť u sestier, či majú vedomosti o tom, že zdravotník je chránená osoba.

Čiastkový cieľ č. 5: Zistiť u sestier, aké sú možné dôvody agresívneho správania pacientov.

Čiastkový cieľ č. 6: Zistiť u sestier, ako vnímajú svoju bezpečnosť na pracovisku.

Prieskumné otázky

Nadväzujúc na parciálne ciele prieskumu sme dospeli ku koncipovaniu šiestich prieskumných otázok:

Prieskumná otázka č. 1: Aká je frekvencia výskytu agresivity u pacientov na skúmaných pracoviskách?

Prieskumná otázka č. 2: S ktorými formami agresivity zo strany pacientov sa sestry najčastejšie stretli na svojich pracoviskách?

Prieskumná otázka č. 3: Ako sestry riešia situáciu po incidente a aké majú pocity?

Prieskumná otázka č. 4: Majú sestry vedomosti o tom, že zdravotník je chránená osoba?

Prieskumná otázka č. 5: Aké sú možné dôvody agresívneho správania pacientov?

Prieskumná otázka č. 6: Ako sestry vnímajú svoju bezpečnosť na pracovisku?

Použitie metódy a technika zberu dát a organizácia prieskumu

Pre praktickú časť práce sme použili kvantitatívny prieskum, ktorého cieľom je získať exaktné a objektívne overiteľné údaje o skúmanej problematike. Dáta boli zbierané pomocou vytvoreného dotazníka. Dotazník sme skúšobne rozdelili sestram na internom oddelení vo Fakultnej nemocnici s poliklinikou J. A. Reimana (FNsP) v Prešove a upravili podľa postrehov a pripomienok jednotlivých sestier. Finálna verzia dotazníka bola prenesená do online priestoru na internetovú stránku SURVIO.COM a následne sme potom dotazník pomocou odkazu rozposlali cez rôzne aplikácie na posielanie správ. Zároveň sme dotazník v tlačenej forme o počte 100 ks distribuovali na jednotlivé oddelenia nemocnice a ambulancie.

K dotazníku tak mala prístup každá sestra prešovskej nemocnice. Dotazník mohli sestry vyplňať počas mesiacov november a december 2022. Dotazník bol krátko uvedený úvodom, ktorý obsahoval účel, ubezpečenie o anonymite účastníkov a uistenie, že získané informácie nebudú nijako zneužit. Dotazník bol rozdelený do dvoch častí. V prvej sme zisťovali informácie o veku, vzdelaní a miesta pracoviska. V druhej časti mal 18 položiek a obsahoval uzavreté a otvorené otázky. Otázky boli formulované tak, aby sme dosiahli stanovené čiastkové ciele prieskumu. V jednej otázke mohli respondenti svoje odpovede spresniť. Návratnosť tlačenej formy dotazníka bola 72. Po odpočítaní 14 neúplne vyplnených dotazníkov sme nakoniec získali 68, čo predstavuje 68 %. Z online priestoru sme získali 64 plne vyplnených dotazníkov. Spolu bolo získaných 132 vyplnených dotazníkov. Vo Fakultnej nemocnici s poliklinikou J. A. Reimana (FNsP) v Prešove pracuje (podľa internetovej stránky <https://www.fnsppresov.sk/> z roku 2023) 1082 sestier a pôrodných asistentiek a 280 praktických sestier. Dotazníkového šetrenia sa teda zúčastnilo z nemocnice približne 10 % sestier. Informácie z dotazníkov získané od respondentov boli následne spracované do tabuliek a grafov pomocou programu MS Office Excel.

Prieskumný súbor

Prieskumný súbor tvorili sestry zamestnané vo Fakultnej nemocnici s poliklinikou J. A. Reimana (FNsP) v Prešove. Do prieskumu sa zapojilo 132 sestier. Prieskumu sa zúčastnili sestry nielen z lôžkových oddelení, ale aj z ambulantnej sféry, vo vekovom rozmedzí od 20-60 rokov. Najväčšie zastúpenie 27% sme získali vo vekovom rozpätí 55 a viac rokov. Naopak najmenej početnú skupinu tvorili respondenti vo vekovom rozpätí 31-35 rokov. V Tabuľke 1 uvádzame vekové zastúpenie respondentov v absolútnej a relatívnej frekvencii.

Tabuľka 1 Vek respondentov

Odpovede respondentov	Absolútna frekvencia [n]	Relatívna frekvencia [%]
20-25 r.	19	14%
26-30 r.	21	16%
31-35 r.	12	9%
36-40 r.	15	11%
41-45 r.	29	22%
55 a viac r.	36	27%
SPOLU	132	100%

(Zdroj: Vlastný prieskum)

Z odpovedí na otázku dosiahnutého vzdelania respondentov vyplýva takmer rovnomerné zastúpenie stredoškolského 45% a vysokoškolského 46% personálu. Vyššie odborné vzdelanie (VOV) uviedlo 12 respondentov, čo z celkového počtu predstavuje 9%. Uvedené údaje sú uvedené v Tabuľke 2.

Tabuľka 2 Najvyššie dosiahnuté vzdelanie

Odpovede respondentov	Absolútna frekvencia [n]	Relatívna frekvencia [%]
Stredoškolské	59	45%
VOV	12	9%
Vysokoškolské	61	46%
SPOLU	132	100%

(Zdroj: Vlastný prieskum)

V Tabuľke 3 sú uvedené počty respondentov v závislosti od typu pracoviska iba v absolútnej frekvencii.

Tabuľka 3 Počty respondentov v závislosti od typu pracoviska

Odpovede respondentov	Absolútna frekvencia [n]			
	JIS lôžkové oddelenie	Lôžkové oddelenia	Ambulancia	SPOLU
Interné	6	33	7	46
Chirurgia	2	4	7	13
ORL	0	3	6	9
Detské	0	6	0	6
Zubné	0	0	1	1
GeriatRIA	0	16	0	16
Kardiológia	0	2	2	4
Neurológia	0	2	1	3
Psychiatria	0	2	0	2
Zubné	0		1	1
Urológia	0	2	0	2
Cievne	0	4	0	4
COVID19	0	7	0	7
Reumatológia	0	0	5	5
Ortopédia	0	1	0	1
Prakt. lekár	0	0	4	4
Traumatológia	0	1	1	2
Infekčné	0	5	0	5
Novorodenecké	0	1	0	1
SPOLU	8	89	35	132
	6%	67%	27%	100%

(Zdroj: Vlastný prieskum)

Na otázku, či sa respondenti stretli s agresívnym správaním na pracovisku takmer všetci odpovedali kladne (98%), výnimku tvorili iba dvaja, čo predstavuje v relatívnej početnosti 2%, ktorí uviedli možnosť, že sa v doterajšej praxi nestretli s agresivitou. V oboch prípadoch sa jednalo o respondentov, ktorí majú prax do 5 rokov. Konkrétne ide o respondentov 1 z cievneho oddelenia nemocnice a taktiež 1 z chirurgickej ambulancie. Predchádzajúca odpoveď nám stanovila počet respondentov, ktorí sa vo svojej praxi stretli s agresiou.

Zo 130 (100 %) uviedlo 74 (57%) respondentov, že sa najčastejšie stretáva s mužmi ako agresormi. 53 (41%) opýtaných udáva, že sa s agresormi stretáva u oboch pohlaví rovnako a iba 3 (2 %) respondentov sa stretáva najčastejšie s agresívnymi ženami. V Tabuľke 4 na

porovnanie udávame aj počet agresorov podľa pohlavia s výskytom v ambulanciách a lôžkových oddeleniach vrátane pracovísk JIS.

Tabuľka 4 Pohlavie agresorov

Odpovede respondentov	Ambulancie	Lôžkové oddelenia + JIS	Absolútna frekvencia	Relatívna frekvencia
	[n]	[n]	[n]	[%]
U oboch pohlaví rovnako	9	44	53	41%
U mužov	24	50	74	57%
U žien	0	3	3	2%
SPOLU	33	97	130	100%

(Zdroj: Vlastný prieskum)

Analýza a interpretácia výsledkov prieskumu

Vyhodnocovanie údajov zo zozbieraných dotazníkov sa realizovalo v závislosti od formulovaných prieskumných otázok.

Prieskumná otázka č. 1: Aká je frekvencia výskytu agresivity u pacientov na skúmaných pracoviskách?

V Tabuľke 5 sú uvedené počty respondentov v závislosti od typu pracoviska iba v absolútnej frekvencii. Relatívna frekvencia by nebola relevantná vzhľadom na veľkosť niektorých z odborov. Pre lepšie porovnanie relatívnej frekvencie uvádzame pri súhrnom počte za pracoviska JIS 6%, štandardné lôžkové oddelenia 67% a ambulancie 27%. Z grafického znázornenia je zrejmé, z ktorých odborov s oddeleniami JIS sa respondenti zúčastnili prieskumu a to interné a chirurgické oddelenie. Ambulantné pracoviska boli zastúpené v počte 35 iba z odborov traumatológia 1, praktického lekárstva 4, reumatológia 6, neurológia 1, kardiológia 2, zubné 2, ORL 6, chirurgia 7 a interné taktiež v počte 7.

Tabuľka 5 Počty respondentov v závislosti od typu pracoviska

Odpovede respondentov	Absolútna frekvencia [n]			
	JIS lôžkové oddelenie	Lôžkové oddelenia	Ambulancia	SPOLU
Interné	6	33	7	46
Chirurgia	2	4	7	13
ORL	0	3	6	9
Detské	0	6	0	6
Zubné	0	0	1	1
Geriatra	0	16	0	16
Kardiológia	0	2	2	4
Neurológia	0	2	1	3
Psychiatria	0	2	0	2
Zubné	0		1	1
Urológia	0	2	0	2
Cievne	0	4	0	4
COVID19	0	7	0	7
Reumatológia	0	0	5	5
Ortopédia	0	1	0	1
Prakt. lekár	0	0	4	4
Traumatológia	0	1	1	2
Infekčné	0	5	0	5
Novorodenecké	0	1	0	1
SPOLU	8	89	35	132
	6%	67%	27%	100%

(Zdroj: Vlastný prieskum)

Zo 132 sestier sme dve vylúčili, lebo skôr odpovedali, že sa s agresivitou nestretli, preto nebolo čo analyzovať. 130 (100 %) opýtaných uvádza až 80 (62%) ako najčastejšiu odpoveď, že s agresívnym pacientom sa stretáva niekoľkokrát do mesiaca, 27 (21%) sa s agresívnym pacientom stretáva niekoľkokrát do roka. Každý deň sa s agresívnym pacientom stretáva 13 (10%) respondentov, 1x týždenne uviedlo 7 (5%) respondentov. Iba 3 (2%) respondenti uviedlo možnosť iné. Získané údaje sú uvedené v Tabuľke 6.

Tabuľka 6 Frekvencia stretnutí s agresívnym pacientom

Odpovede respondentov	Ambulancie [n]	Lôžkové oddelenia + JIS [n]	Absolútna frekvencia [n]	Relatívna frekvencia [%]
Každý deň	2	11	13	10%
1x týždenne	3	4	7	5%
Niekoľkokrát do mesiaca	18	62	80	62%
Niekoľkokrát do roka	10	17	27	21%
Iné	0	3	3	2%
SPOLU	33	97	130	100%

(Zdroj: Vlastný prieskum)

Prieskumná otázka č. 2: *S ktorými formami agresivity zo strany pacientov sa sestry najčastejšie stretli na svojich pracoviskách ?*

Na otázku s akou formou agresie sa respondenti stretávajú častejšie, zo 130 (100%) percent až 94 (72%) respondentov uviedlo, že sa často stretávajú s verbálnou formou agresie, 25 (19%) fyzickým násilím a 11 (9%) uviedlo možnosť iné. Tabuľka 7 uvádza získané údaje v absolútnej a relatívnej frekvencií.

Tabuľka 7 Forma výskytu agresie

Odpovede respondentov	Ambulancie [n]	Lôžkové oddelenia + JIS [n]	Absolútna frekvencia [n]	Relatívna frekvencia [%]
Fyzické násilie	7	18	25	19%
Verbálne násilie	23	71	94	72%
Iné	3	8	11	9%
SPOLU	33	97	130	100,0%

(Zdroj: Vlastný prieskum)

Na otázku, s ktorými formami fyzického násillia zo strany pacienta sa sestry najčastejšie stretávajú, respondenti mali možnosť uviesť viac možností. Spolu uviedli 356 (100%) odpovedí, z ambulantného sektoru sme získali 64 (22%), z lôžkových oddelení a JIS 225 (78%). Zistili sme, že najčastejší výskyt fyzickej agresivity je kopnutie, ktoré označilo 74 (25,6%) respondentov, 58 (20,1%) uviedlo opľutie a 56 (19,4%) poškrabanie. O niečo menej 45 (15,6%) respondentov uvádza, že sa stretli s úderom, napadnutie predmetom 17 (5,9%), uhryznutie 13 (4,5%), nestrela som sa so žiadnou formou fyzického násillia 10 (3,5%), iné uvádzalo 8 (2,8%), facka 6 (2,1%) a iba 2 (0,7%) respondenti uviedli možnosť ťahanie za vlasy. Súhrnný prehľad výskytu foriem fyzického násillia zo strany pacienta uvádzame v Tabuľke 8.

Tabuľka 8 Forma výskytu fyzickej agresie

Odpovede respondentov	Ambulancie [n]	Lôžkové oddelenia + JIS [n]	Absolútna frekvencia [n]	Relatívna frekvencia [%]
Poškrabanie	9	47	56	19,4%
Uhryznutie	2	11	13	4,5%
Opľutie	10	48	58	20,1%
Kopnutie	15	59	74	25,6%
Facka	1	5	6	2,1%
Úder	11	34	45	15,6%
Napadnutie predmetom	5	12	17	5,9%
Ťahanie za vlasy	0	2	2	0,7%
Nestretla som sa so žiadnou formou fyzického násilia	4	6	10	3,5%
Iné	7	1	8	2,8%
SPOLU	64	225	289	100%
	22%	78%	100,0%	

(Zdroj: Vlastný prieskum)

Na otázku, s ktorými formami verbálneho násilia zo strany pacienta sa najčastejšie sestry stretávajú, respondenti mali možnosť uviesť viac možností a spolu uviedli 292 (100%). Odpovedí z ambulantného sektoru sme získali 62 (21,23%), z lôžkových oddelení a JIS 230 (78,77%). V Tabuľke 9, ako najčastejší výskyt verbálnej formy agresivity sú verbálne nadávky, ktoré označilo 113 (38,7%) respondentov, 72 (24,7%) urážky a 52 (17,8%) vyhrážanie. Menej často uviedlo 44 (15,1%) respondentov, že sa stretli s bližšie nešpecifikovanou formou vynucovania si neustálej pozornosti, ohováranie, ktoré uviedlo 10 (3,4%), uhryznutie 13 (4,5%), nestretla som sa so žiadnou formou fyzického násilia 10 (3,5%), možnosť odpovede nestretla som sa so žiadnou formou verbálneho násilia uviedol iba 1 (0,3%) a žiaden respondent neuviedol možnosť iné.

Tabuľka 9 Forma výskytu verbálnej agresie

Odpovede respondentov	Ambulancie [n]	Lôžkové oddelenia + JIS [n]	Absolútna frekvencia [n]	Relatívna frekvencia [%]
Ohováranie	1	9	10	3,4%
Vulgárne nadávky	25	88	113	38,7%
Vynucovanie si neustálej pozornosti	7	37	44	15,1%
Urážanie	16	56	72	24,7%
Vyhrážanie	13	39	52	17,8%
Nestretla som sa so žiadnou formou verbálneho násillia	0	1	1	0,3%
Iné	0	0	0	0,0%
SPOLU	62	230	292	100,0%
	21,23%	78,77%	100,00%	

(Zdroj: Vlastný prieskum)

Prieskumná otázka č. 3: Ako sestry riešia situáciu po incidente a aké majú pocity?

Pri tejto položke mali možnosť respondenti vybrať iba jednu odpoveď. Spolu sme teda po odpočítaní dvoch, ktorí sa nikdy nestretli s agresiou pacienta, mohli získať 130 (100%) odpovedí. Z ambulantného sektora sme získali 33 (25%) odpovedí a nemocničných oddelení a JIS 97 (75%). Najčastejším spôsobom riešenia incidentu s agresívnym pacientom až 91 (70%) respondentov uvádzali možnosť informujem ihneď lekára. Druhým najčastejším spôsobom riešenia sme zaznamenali možnosť nekomunikujem vôbec, ignorujem, ktorú uviedlo 27 (21%) respondentov. Iné uviedli 6 (5%), opätovanie útoku 4 (3%) a 2 (2%) respondenti sa bránili voči agresívnemu pacientovi fyzickou silou. Výsledky uvádzame v Tabuľke 10.

Tabuľka 10 Forma riešenia situácie po incidente s pacientom

Odpovede respondentov	Ambulancie [n]	Lôžkové oddelenia + JIS [n]	Absolútna frekvencia [n]	Relatívna frekvencia [%]
Informujem ihneď lekára	23	68	91	70%
Opätovaním útoku slovne	2	2	4	3%
Bránim sa fyzicky	0	2	2	2%
Nekomunikujem vôbec, ignorujem	4	23	27	21%
Iné	4	2	6	5%
SPOLU	33	97	130	100%
	25%	75%	100,00%	

(Zdroj: Vlastný prieskum)

Prieskumná otázka č. 4: Majú sestry vedomosti o tom, že zdravotník je chránená osoba?

Zákon č. 300/2005 Z. z., Trestný zákon § 139, ods. 1 zaradzuje zdravotníckeho pracovníka pri výkone zdravotníckeho povolania smerujúceho k záchrane života alebo ochrane zdravia medzi chránené osoby. Touto položkou dotazníka sme zisťovali či sestry majú vedomosť o tom že sú zaradené medzi chránené osoby. Zo všetkých 132 (100%) respondentov možnosť ÁNO uviedlo 110 (83%), až 33 (17%) uviedlo možnosť NIE. Odpovede respondentov uvádzame v absolútnej a relatívnej frekvencií v Tabuľke 11.

Tabuľka 11 Vedomosť respondentov, že sú chránenou osobou

Odpovede respondentov	Absolútna frekvencia	Relatívna frekvencia
	[n]	[%]
ÁNO	110	83%
NIE	22	17%
SPOLU	132	100%

(Zdroj: Vlastný prieskum)

Prieskumná otázka č. 5: Aké sú možné dôvody agresívneho správania pacientov?

Najviac sestier označilo za dôvod agresívneho správania pacienta 41 (31,5%), že je pacient závislý na alkohole. Druhým častým uvádzaným dôvodom respondentov 27 (20,8 %) respondentov uviedlo zlé povahové vlastnosti pacienta, 26 (20%) respondentov za možný dôvod agresie označilo prostredie nemocnice, dlhé čakanie 16 (12,3%). Medzi menej časté odpovede patrila nedostatočná komunikácia zdravotníckeho personálu ktorú uviedlo 7 (5,4%), bolesť, strach 6 (4,6 %), 5 (3,8%) drogovu závislých ľudí a iba 2 (1,5%) si myslia že zdrojom agresivity pacientov je zlé správanie zdravotníckeho personálu. Výsledky sú uvedené v Tabuľke 12.

Tabuľka 12 Uvedte možné dôvody agresívneho správania pacientov

Odpovede respondentov	Ambulancie [n]	Lôžkové oddelenia + JIS [n]	Absolútna frekvencia [n]	Relatívna frekvencia [%]
Dlhé čakanie na vyšetrenie	5	11	16	12,3%
Nedostatočná komunikácia zdravotníckeho personálu a pacienta	4	3	7	5,4%
Zlé správanie zdravotníckeho personálu s pacientom	2	0	2	1,5%
Prostredie nemocnice	1	25	26	20,0%
Drogovo závislý pacient	0	5	5	3,8%
Pacient závislý na alkohole	10	31	41	31,5%
Bolesť, strach	3	3	6	4,6%
Zlé povahové vlastnosti pacienta	8	19	27	20,8%
SPOLU	33	97	130	100%
	25%	75%	100%	

(Zdroj: Vlastný prieskum)

Prieskumná otázka č. 6: Ako sestry vnímajú svoju bezpečnosť na pracovisku?

Respondent mal možnosť v krátkosti vyjadriť svoj pocit bezpečnosti, respektíve ho doplniť o informáciu, čo by prispelo k vyššej vlastnej bezpečnosti na pracovisku. Spolu sme od všetkých 132 (100%) respondentov získali poznatky uvedené v Tabuľke 13. Pozitívne vníma svoju bezpečnosť 42 (32%) respondentov, iba 10 (8%) sa nevedelo vyjadriť a až 80 (60%) odpovedalo, že sa skôr necítia bezpečne na pracovisku. Z tých, čo uviedli negatívnu možnosť bolo v absolútnej frekvencii najviac zastúpené požiadavka, aby sa po prijatí do zamestnania povinne realizovalo školenie komunikácie s agresívnym pacientom.

Tabuľka 13 Vnímanie vlastnej bezpečnosti

Pocit	Odpovede respondentov	Absolútna frekvencia [n]		Relatívna frekvencia [%]
Pozitívny	Cítim sa bezpečne		42	32%
Skôr negatívny	Po prijatí do zamestnania povinne realizovať školenie komunikácie s agresívnym pacientom	20	80	60%
	Zvýšiť právnu ochranu zdravotníckeho personálu	11		
	Cítim sa ohrozená-ý, málo chránená-ý	11		
	Navýšiť personál	10		
	Zvýšiť počet pracovníkov mužského pohlavia, zaradiť na každú službu	10		
	U pacienta ktorý nespolupracuje, alebo je agresívny, zrealizovať psychologický pohovor	8		
	Neprijímať pacientov ktorý sú pri ošetroaní pod vplyvom alkoholu, zriadiť záchytné stanice.	4		
	Neprijímať pacientov s psychiatrickou diagnózou	3		
	Iné	3		
Neviem			10	8%
SPOLU			132	100,0%

(Zdroj: Vlastný prieskum)

Následne sme sa respondentov pýtali, či niekedy stretli aj s agresívnym správaním príbuzných pacient a 89% opýtaných uviedlo možnosti ÁNO-veľmi často, alebo ÁNO-občas, iba 11% opýtaných uviedlo možnosť NIE. Odpovede sestier sú uvedené v Tabuľke 14.

Tabuľka 14 Výskyt agresivity u príbuzných pacientov

Odpovede respondentov	Absolútna frekvencia [n]		Relatívna frekvencia [%]
ÁNO-veľmi často	39	117	89%
ÁNO-občas	78		
NIE	15		11%
SPOLU	132		100%

(Zdroj: Vlastný prieskum)

Diskusia

Cieľom prieskumu bolo zistiť výskyt agresivity u pacientov v ošetrovateľskej praxi. Prieskumu sa zúčastnilo 132 sestier pracujúcich na oddeleniach, ako aj v ambulantnej starostlivosti. Z celkového počtu respondentov sa stretlo s agresívnym správaním 98% sestier. Do dnešného dňa bolo realizovaných mnoho výskumov a experimentov, aby sa objasnili príčiny agresívneho správania. Existuje značný počet teoretických štúdií na tému agresivity a násilia v spoločnosti, ale v skutočnosti sa tomuto problému nevieme v praxi plne postaviť. Agresivita a násilie sa stávajú problémom nielen psychologickým, ale tiež sociologickým a politickým. Na otázku, s ktorými formami fyzického násilia zo strany pacienta sa sestry najčastejšie stretávajú, sme zistili, že najčastejší výskyt fyzickej agresivity je kopnutie, ktoré označilo 74 (25,6%) respondentov, 58 (20,1%) uviedlo oplútie a 56 (19,4%) poškrabanie. O niečo menej 45 (15,6%) respondentov uvádza, že sa stretli s úderom, napadnutie predmetom 17 (5,9%), uhryznutie 13 (4,5%), nestretla som sa so žiadnou formou fyzického násilia 10 (3,5%), iné uvádzalo 8 (2,8%), facka 6 (2,1%) a iba 2 (0,7%) respondenti uviedli možnosť ťahanie za vlasy. Na otázku, s ktorými formami verbálneho násilia zo strany pacienta sa najčastejšie sestry stretávajú, respondenti mali možnosť uviesť viac možností a spolu uviedli 292 (100%). Odpovedí z ambulantného sektoru sme získali 62 (21,23%), z lôžkových oddelení a JIS 230 (78,77%). Ako najčastejší výskyt verbálnej formy agresivity sú verbálne nadávky, ktoré označilo 113 (38,7%) respondentov, 72 (24,7%) urážky a 52 (17,8%) vyhrážanie. Menej často uviedlo 44 (15,1%) respondentov, že sa stretli s bližšie nešpecifikovanou formou vynucovania si neustálej pozornosti. V palestínskych nemocniciach sa až 67% zdravotníkov, vrátane sestier, stalo objektmi slovných napadnutí zo strany pacientov v priebehu 12 mesiacov. Aj výsledky austrálskej štúdie poukazujú na dominantnú existenciu verbálnych agresívnych tendencií zo strany pacientov (Roche et al., 2010). Ako uvádza Miklošíková (2018), až 82,05% opýtaných sestier bolo v posledných 12 mesiacoch konfrontovaných s niektorým prejavom agresivity (výhražné gestá, poškrabanie a oplútie).

Americkí odborníci Kowalenko a kol. (2013) však zaregistrovali ako najčastejšie sa vyskytujúci neverbálny agresívny atak voči sestrám „facku“ (74 respondentov z celkového sumáru 213) Výsledky štúdie Sato et al. (2013) identicky potvrdili výskyt agresivity v pracovnom prostredí sestier v Japonsku.

K podobnému záveru dospeli aj Penar - Zadarko, Marć z juhovýchodnej oblasti Poľska (2011), ktoré zistili, že až 81,1% (z celkového sumáru 465 opýtaných) poľských sestier pracujúcich na rôznych oddeleniach malo osobné skúsenosti s agresívnym správaním na pracovisku; vo fundamentálnej miere prevažovala verbálna agresivita zo strany pacientov (41,3% opakovane, 76,4% sporadicky).

V našej prieskumnej vzorke respondenti, na otázku, ako sestry riešia situáciu po incidente, až 91 (70%) respondentov uvádzali možnosť informujem ihneď lekára. Druhým najčastejším spôsobom riešenia sme zaznamenali možnosť nekomunikujem vôbec, ignorujem, ktorú uviedlo 27 (21%) respondentov. Iné uviedli 6 (5%), opätovanie útoku 4 (3%) a 2 (2%) respondenti sa bránili voči agresívnemu pacientovi fyzickou silou.

Záver

V práci sme sa zaoberali problematikou agresívneho správania pacientov v zdravotníctve. V teoretickej časti sme sa snažili zhromaždiť všetky dostupné informácie k témam, ktoré s agresiou a agresívnym správaním súvisia. Zamerali sme sa na formy a prejavy agresivity pacientov, preventívne opatrenia agresívneho správania pacientov, ako aj samotné riešenia agresívneho správania pacientov. Pozornosť sme v teoretickej časti venovali tiež povolaniu a role sestry. Ako sme už v práci uvádzali, povolanie sestry patrí pre svoj blízky a častý kontakt s pacientom do skupiny s vysokým rizikom napadnutia pacientom, alebo jeho blízkymi. Vytýčené ciele boli naplnené praktickou časťou tejto práce. Túto časť tvorilo kvantitatívne prieskumné vyšetrenie, ktoré bolo realizované pomocou dotazníkov. Dotazníky, zamerané na zisťovanie skúseností s agresívnym správaním, vyplňali sestry prešovskej fakultnej nemocnice. Z prieskumného vyšetrenia vyplynulo, že výskyt agresivity pacientov je veľmi častým javom v spomínanom zdravotníckom zariadeniach a neustále zdokonaľovanie nástrojov na podporu prevencie je stále veľmi žiaduce. Agresívne správanie pacienta v zdravotníctve je dôležitým aktuálnym problémom, na ktorý by sa nemalo zabúdať.

Bibliografia

- ALSALEEM, S. A., Violence towards healthcare workers: A study conducted in Abha City, Saudi Arabia. *Journal of Family and Community Medicine* [online]. 2018, 2018(25), 188-193. [cit. 2021-5-2]. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/327714299_Violence_towards_healthcare_workers_A_study_conducted_in_Abha_City_Saudi_Arabia
- BABIARCZYK, B., et al., Violence against nurses working in the health sector in five European countries—pilot study. *International Journal of Nursing Practice* [online]. 2019, 25(4) [cit. 2021-5-2]. ISSN 1322-7114. Dostupné z: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/ijn.12744>
- BÁRTLOVÁ, S., HAJDUCHOVÁ H a PRAJSOVÁ, J., Nurses' opinions regarding patient safety in connection with the use of restraints in patients in Czech hospitals. *Kontakt* [online]. 2015, 17(2), e73-e79 [cit. 2021-5-2]. ISSN 12124117. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1212411715000161>
- BECK, N. S. a BALLON S. J., Ethical Issues in Schizophrenia. *FOCUS* [online]. 2020, 18(4), 428-431 [cit. 2021-5-2]. ISSN 1541- 4094. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33343254/>
- EDWARD. K.L., STEPHENSON, J., OUSEY, K., LUI, S., WARELOW, P., GIANDINOTO, J.A., A systematic review and meta-analysis of factors that relate to aggression perpetrated against nurses by patients/relatives or staff. *J. Clin. Nurs.* 2016;25:289–299.
- LEPIEŠOVÁ, M., NEMČEKOVÁ, M. Násilie a agresia voči sestrám pri výkone povolania. *Sociológia.* 2013;45(2):172–194 [citované 2022 Október 15]. Dostupné z: <https://www.sav.sk/journals/uploads/05031018Nemcekova%20-%20Lepiesova%20-%20ML%20-%20SD%20-%20OK.pdf>
- MAGNAVITA, N. Workplace violence and occupational stress in health care workers: A chicken and egg situation—Results of a 6-year follow-up study. *J. Nurs.*

Scholarsh. 2014;46:366–376.

NICE: National Institute for Health and Care Excellence, Violence and Aggression: Short-Term

Management in Mental Health, Health and Community Settings. [(accessed on 10 August 2017)];2015 NICE Guideline, NG10.

Dostupné z: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng10>

PEKARA, J., TREŠLOVÁ, M. Prevence násilí v ošetrovatelství. Prevence úrazů, otrav, a násilí

[online]. 2011;7(2):187- 191 [citované 2022 Október 15].

Dostupné z: <http://www.zsf.jcu.cz/cs/zsf/journals/prevence-urazuotrav-a-nasili-old/jednotlivacisla-podlerocniku/2011/prevence-urazu-otrav-a-nasili-2-2011>.

EDUKÁCIA PACIENTA PO OCHORENÍ COVID-19 S POSTCOVIDOVÝM RESPIRAČNÝM SYNDRÓMOM

EDUCATING A PATIENT AFTER COVID-19 WITH POSTCOVID RESPIRATORY SYNDROME

Jašová Erika¹

¹Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety Bratislava

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

E-mail: : erikajasova@centrum.sk

Školiteľ/scientific adviser: PhDr. Jana Šulcová

Abstrakt

Úvod: V bakalárskej práci bolo teoretickým východiskom priblížiť najväčšie pandémie z historických čias a popísať problematiku súčasného stavu Covidu-19, jeho prejavy, diagnostiku a liečbu, a zdôrazniť preventívne opatrenia, význam prevencie a edukácie o pacienta s postcovidovým respiračným syndrómom. Súčasťou teoretickej časti bola edukácia s akcentom na edukačnú rolu sestry, ako nevyhnutnú súčasť ošetrovateľskej starostlivosti.

Súbor a metodika práce: Na oddelení Geriatrie vo FNsP J.A. Reimana v Prešove sme realizovali kvalitatívny výskum u 65 ročnej pacientky, od 2.11.2021 do 5.11.2021. Potrebné informácie sme získavali od pacientky, ktorá bolo zdrojom našich informácií. Pri posudzovaní edukantky sme použili aj metódu pozorovania a zdravotnú dokumentáciu. Použili sme aj vlastne zostavený dotazník, pozostávajúci z 5 otázok uzavretých a 2 otázok otvorených.

Výsledky: Zo získaných odpovedí pacientky na nami stanovené otázky sme zostavili vedomostné edukačné diagnózy. Zistili sme u pacientky nedostatok vedomostí o účinnom dýchaní pri respiračnom syndróme a dýchacích cvičeniach, o diétnych opatreniach a pitnom režime a životospráve a zmene životného štýlu. Po vzájomnej dohode s pacientkou sme realizovali edukáciu, ktorú sme rozdelili na tri edukačné stretnutia. Na základe informácií o deficite vedomosti s postcovidovým respiračným syndrómom sme vypracovali edukačnú brožúru a navrhli odporúčania ako pre pacientov tak aj pre sestry.

Záver: V súčasnosti sme svedkami pribúdania pacienta s prekonaním Covid-19 a postcovidovým respiračným syndrómom. V závere práce chceme zdôrazniť nevyhnutnosť venovať sa tejto problematike a zároveň zdôrazniť, aká dôležitá je úloha sestry v edukačnom procese u týchto pacientov po prekonaní Covid-19 v starostlivosti o svoje zdravie.

Kľúčové slová: Covid-19. Edukačný proces. Ošetrovateľstvo. Sestra.

Abstract

Introduction: The bachelor's thesis was a theoretical basis to approach the largest pandemics of historical times and describe the current situation of Covid-19, its manifestations, diagnosis and treatment, emphasize preventive measures, the importance of prevention and patient

education with postcovid respiratory syndrome. Part of the theoretical part was education as a factor in the educational role of the nurse, as a necessary part of nursing care.

Thesis set: At the Department of Geriatrics at FNŠP J.A. Reiman in Prešov, we carried out a qualitative research of a 65-year-old female patient, from November 2, 2021 to November 5, 2021. We obtained the necessary information from the patient who was the source of our information. We also used the observation method and medical documentation when assessing the educator. We also used a compiled questionnaire, consisting of 5 closed and 2 opened questions.

Results: From the obtained answers of the patient to the questions set by us, we compiled knowledge educational diagnoses. We found the patients' lack of knowledge about effective breathing in respiratory syndrome, breathing exercises, dietary measures, and diet, and lifestyle changes. After mutual agreement by the patient, we implemented education, which we divided into three educational meetings. Based on the knowledge of the knowledge of the respiratory respiratory syndrome, we developed an educational brochure and proposed recommendations for both patients and nurses.

Conclusion: We are currently witnessing an increase in the patient's coping with Covid-19 and postcovid respiratory syndrome. In conclusion, we want to emphasize the need to address this issue and also emphasize the importance of the role of the nurse in the educational process of these patients after overcoming Covid-19 health care.

Keywords: Covid-19, educational process, nursing care, nurse.

Úvod

Ochorenie Covid-19 je vysoko nákazlivé ochorenie spôsobené vírusom SARS-CoV-2, ktoré ohrozuje naše zdravie a zdravie našich blízkych. Pandémia, akú prežíva súčasný svet, predstavuje globálny prenos novej infekčnej choroby ovplyvňujúcej zdravie veľkého množstva ľudí, vedie k zvýšeným úmrtiam a tiež k sociálnym a ekonomickým negatívnym dopadom. Ochorenie Covid-19 má všeobecne ťažší priebeh u pacientoch s oslabenou imunitou, s obezitou, u fajčiarov, u pacientov s nadmerným užívaním alkoholu, s cukrovkou a s vysokým krvným tlakom. Pacienti, ktorí mali ťažší priebeh ochorenia Covid-19 majú často postcovidové komplikácie, kde patria aj respiračné syndrómy. Ošetrovatel'stvo už v minulosti zohrávalo dôležitú rolu v pandémiách pre svoju nezastupiteľnú úlohu v starostlivosti o chorých. Sestry sú odborne zdatné nielen v oblasti hodnotenia symptómov a uspokojovania potrieb pacientov, ale majú významnú úlohu v edukačnej činnosti pre pacientov navrátiť mu ich stratené zdravie, alebo aspoň svojim edukačným prístupom pomôcť zmierniť ich ťažkosti po prekonaní Covid-19.

Teoretické východiská skúmanej problematiky

Koronavírus – slovo, ktoré ovládlo celý svet, ale žiaľ, nejde iba o slovo, ale o veľmi nákazlivé ochorenie z radu vírusov – Covid-19, ktoré je hrozbou pre naše zdravie. Koronavírus je označenie pre spoločný názov štyroch vírusov, ktoré patria do skupiny *Coronaviridae*. Má charakteristické usporiadanie povrchových štruktúr obalu, ktorý má tvar slnečnej koróny – jasne žiariace okolie Slnka - a z toho je odvodený jeho názov. Koronavírusy sme poznali iba

ako pôvodcov infekcií zvierat – cicavcov a vtákov. Neskôr vyšlo najavo, že ochorenia spôsobujú aj u ľudí. Môžu spôsobiť menej závažné aj závažnejšie ochorenia ľudí a vyvolávajú až 18% respiračných ochorení.

V roku 2002 pribudol nový koronavírus, ktorý sa šírili medzi ľuďmi, vyvolával chorobu SARS a vydesil svet. Spočiatku sa prejavoval ako chrípka s vysokými teplotami, únavou, bolesťami, neskôr suchým kašľom a dýchacími problémami. U väčšiny pacientov sa prejavil ako zápal pľúc, inkubačná lehota bola niekoľko dní, vírus mal schopnosť prežívať. SARS bol nielen silno infekčný, prejavoval sa kvapôčkovou nákazou, ale aj zabíjal (Göpfertová, et al., 2013). Pandémiu sa podarilo potlačiť pomocou prísnych opatrení a ohnisko nákazy zostávalo v Číne, kde bola aj väčšina obetí. Veľká časť pacientov, ktorí prekonali SARS, majú dlhodobé ťažkosti ako sú depresie, únavový syndróm, ťažkosti s dýchaním, hlavne pri záťaži.

V roku 2012, o desať rokov neskôr, sa objavil ďalší smrtiaci koronavírus – MERS – blízkovýchodný dýchací syndróm. Začínal nádchou, neskôr prichádzala horúčka, a ďalšie prejavy zápalu pľúc boli približne rovnaké ako pri SARS, ale líšil sa tým, že spôsoboval aj akútne zlyhanie obličiek, čo znemožňovalo liečbu. Dodnes ochorenie MERS sa nepodarilo dostať pod kontrolu a prípady nákazy sa z času načas objavujú, naposledy na prelome roku 2019 v Saudskej Arábii. SARS a MERS prerástli do pandémie, ale nás obchádzali, reálne nebezpečenstvo bolo od nás ďaleko a prežívali sme túto pandémiu len prostredníctvom médií (Šuvada, 2019).

V decembri 2019 sa z Čínskeho mesta Wu-Chan do celého sveta rozšírila pandémia ochorenia Covid-19. Potvrdilo sa, že ide o akútnu respiračnú infekciu, spôsobenú prenosom akútneho respiračného syndrómu – SARS-CoV2. Infekcia sa začala postupne šíriť aj medzi ľuďmi bez histórie so živočíšnym rezervoárom. V mnohých regiónoch sveta, ale aj v Európe sa výskyt tejto infekcie potvrdil. Potvrdilo sa, že osoby infikované Covid-19 sú hlavným prameňom nákazy a hlavným spôsobom prenosu je osobný kontakt a vdýchnutie aerosólu. V januári 2021 bolo potvrdených viac ako 94,6 milióna prípadov a viac ako 2,02 milióna úmrtí na Covid-19 v 190 krajinách alebo regiónoch sveta. Medzi krajiny, ktoré sú najviac postihnuté pandémiou patria USA, Brazília, India, Rusko, Spojené Kráľovstvo (Zhu et al., 2020).

Prvý prípad sa na Slovensku objavil 6. marca 2020. Covid-19 a jeho bleskové rozšírenie po svete ukazovalo, že vyústi no novej pandémie a už na prvý pohľad bolo jasné, že si vyžiada tisíce obetí. Pravidlá a striktné opatrenia, ktoré boli prijaté na začiatku pandémie udržali počet infikovaných od jari do leta pod kontrolou a k opätovnému nárastu počtu infikovaných osôb došlo začiatkom jesene. V druhej vlne pandémie – od decembra 2020 do januára 2021- sa situácia výrazne zhoršila. Do 16. januára 2021 bolo pozitívne testovaných 222 752 osôb a 3 417 zomrelo na následky ochorenia (MIRRI SR, 2020).

Dnes sa kladie dôraz na uchovávanie zdravia ako na liečbu samotnú, a preto sa ľudia domáhajú rozšírenia si vedomostí. Sestry vykonávajú prax v ambulanciách, nemocniciach, zariadeniach sociálnych služieb alebo komunitách a realizované ošetrovateľské činnosti môžu využívať ako prostriedok na informovanie a vzdelávanie pacienta, výchovné pôsobenie a na posilnenie ich zodpovednosti a samostatnosti pri zachovávaní zdravého spôsobu života a svojho zdravia. Sestra predstavuje významný subjekt výchovy obyvateľstva k zdraviu. Edukačnou činnosťou, ktorá tvorí neoddeliteľnú súčasť jej pracovnej náplne, môže výrazným spôsobom prispieť k zvyšovaniu zdravotného uvedomenia, a tým aj k zlepšeniu kvality života (Magerčiaková, 2008).

Metodologický úvod

Zámerom empirickej časti práce bola realizácia edukácie u pacientky s postcovidovým respiračným syndrómom, ktorá bola hospitalizovaná na oddelení geriatrickej. Po spoločnom zostavení edukačného plánu sme realizovali tri edukačné stretnutia. Počas rozhovoru s pacientkou sme zistili, kde sú závažné deficity vo vedomostiach, určili edukačné diagnózy, ciele, realizovali sme edukáciu, zameranú na deficit jej vedomostí, a vyhodnotili sme každé edukačné stretnutie. Výsledky edukačných stretnutí sme vyhodnotili a porovnávali v diskusii. V závere práce sú odporúčania pre pacientov a pre sestry.

Edukačný proces zahŕňal plánovanie návrhu až po samotnú realizáciu edukácie u pacientky s diagnostikovaným ochorením long covid. Posúdenie pacienta obsahuje ako samotné posúdenie zdravotného stavu pacientky, tak posúdenie schopností učiť sa, vedomostnú úroveň preberanej problematiky a motiváciu. Na základe získaných informácií si určíme edukačné diagnózy. Stanovením týchto diagnóz si určíme ciele, ktoré chceme u edukanta dosiahnuť a výsledné kritéria, ktorými budeme vedieť objektívne zhodnotiť na koľko bol náš edukačný proces efektívny. Realizačné stretnutia budú zadelené podľa samotných edukačných diagnóz a cieľov a výsledných kritérií. Po realizácii edukačných stretnutí posúdime splnenie cieľov.

Ciele empirickej časti:

- získať dostatočné množstvo relevantných informácií od pacientky, zistiť jej anamnézu a špecifikovať oblasti v ktorých má najväčší deficit,
- stanoviť si vedomostnú diagnózu pacientky,
- naplánovať priebeh edukačných stretnutí,
- realizovať edukačné stretnutia a následne posúdiť a zhodnotiť prínos pre pacientku,
- navrhnúť odporúčania pre prax.

Manažment realizácie edukačného procesu

Edukačný proces bol realizovaný na základe písomného súhlasu Fakultnej nemocnice s poliklinikou J. A. Reimana Prešov. Výber edukantky bol zámerný na základe stanovených kritérií:

- je hospitalizovaná vo FNsP Prešov,
- má stanovenú diagnózu long covid,
- je ochotná spolupracovať a podieľať sa na edukačnom procese.

Metódy získavania informácií

Všetky informácie použité v empirickej časti bakalárskej práce boli získané za etických podmienok na základe slovného a písomného súhlasu pacienta, pričom bol pacient prvotne informovaný o zachovaní úplnej anonymity. Informácie boli získané z osobných rozhovorov vedených s pacientkou. Bola využívaná metóda rozhovoru, pozorovania.

Kazuistika pacientky

Edukantka je 65 ročná žena, hospitalizovaná na oddelení geriatrickej pre pretrvávajúce ťažkosti vychádzajúce z dg. long COVID. Jedná sa o celkovú slabosť, dyspnoe už pri miernej námahe, poruchy spánku, čiastočná mobilita, psychická zaťaženosť. Pacientka prekonala ťažký priebeh ochorenia COVID 19 s potrebou dlhodobej potreby umelého spánku a UPV s agresívnymi parametrami. Ochorenie prekonala začiatkom novembra 2021, dva týždne po prepustení do domácej liečby pacientka udáva sťažené dýchanie už pri miernej námahe. Prijatá na oddelenie geriatrickej. Pred daným ochorením pacientka plne mobilná, sebestačná.

Posúdenie pacientky

Fyziologické funkcie

Váha	Výška	BMI	TK	TT	D	P
100kg	180cm	30	155/90 mm Hg	36,8 °C	19/min	68/min

Identifikačné údaje

Vek	Stav	zamestnanie	národnosť	Najbližší príbuzný
65	vydatá	dôchodkyňa	slovenská	syn

Anamnéza

Rodinná anamnéza:	Otec zomrel na zápal pľúc, matka sa lieči na hypertenziu a diabetes mellitus.
Osobná anamnéza	V minulosti pacientka prekonala bežné detské ochorenia, absolvovala všetky povinné očkovania, nemala žiadne závažné ochorenia ani úrazy.
Abúzy	fajčiarka, alkohol príležitostne
Sociálna anamnéza	bývala sama v byte, pravidelne ju navštevujú jej deti aj s ich rodinami. T. č. s ňou pravidelne niekto ostáva, aby nebola sama.

Posúdenie schopnosti edukantky učiť sa

Meno edukantky: XY

Vzdelanie: stredné odborné s maturitou

Stav vedomia: plné vedomie

Telesný stav: výkonnosť- 4, práceschopnosť- 2, koncentrácia- 5, únava- 9

Poznámka:

0 predstavuje vždy najmenšie a 10 najväčšie schopnosti edukanta

Psychický stav: nálada: skôr depresívne ladená, sebavedomie: zdravé

Charakterové vlastnosti: introvert, emocionálna nestabilita, priateľskosť

Vnímanosť: primeraná

Motivácia: primeraný záujem o informácie

Vnímanie terajšieho ochorenia: „Veľa sa toho zmenilo, cítim sa veľmi na obtiaž.“

Očakávanie od liečby: „Pevne verím, že sa môj stav zlepší a budem môcť fungovať aj sama.“

Postoj k učeniu: primeraný, záujem o nové informácie

Pamäť: postihnutá novopämať: nie, postihnutá staropämať: nie

Typ pamäti: sloвне, ľahšie si zapamätá prostredníctvom pojmov, myšlienok, a poznatkov, ale aj prostredníctvom zmyslov

Vôľové vlastnosti: rýchlo sa vzdáva, nedôvera voči sebe samej

Pohotovosť: spomalené reflexy

Poruchy myslenia: bez zmeny

Poruchy reči a správania: neprítomné

Biorytmus: koncentrácia a schopnosť učiť sa v popoludňajších hodinách

Typ učenia: senzoricko-motorické učenie, pojmové učenie

Obmedzenie schopností učiť sa: stres, strach zo smrti

Stupeň sebaopatery: čiastočná mobilita

Aktivita pacienta: kladie otázky, prejavuje záujem o informácie

Deficit vedomostí, zručností, motivácia edukanta v oblasti: životosprávy a pohybového režimu, zlepšenia dýchania

Edukačné diagnózy a ciele

Na základe získaných informácií stanovíme vedomostnú diagnózu, ktorá je špecifikovaním potrieb edukantky. Podľa vyhlášky MZ SR č. 306/2005 a NANDA Taxonómie II sme si stanovili vedomostné edukačné diagnózy z odpovedí pacientky na nami stanovené otázky.

Edukačná diagnóza 1

E103 Nedostatok vedomostí o účinnom dýchaní a dýchacích cvičeniach v súvislosti s prekonaným ochorením prejavujúci sa dekompenzáciou ochorenia, sťaženým dýchaním v rôznych intervaloch a verbalizovaním problému.

00126 Deficit vedomostí (NANDA Taxonómie II).

Edukačná diagnóza 2

E103 Nedostatok vedomostí o diétnych opatreniach a životospráve v súvislosti s obezitou prejavujúca sa verbalizovaním problému, negatívnym postojom v starostlivosti o svoje zdravie a potrebu zmeny v oblasti stravovania a pohybového režimu

00126 Deficit vedomostí (NANDA Taxonómie II).

Edukačná diagnóza 3

E103 Nedostatok vedomostí o zmene životného štýlu v súvislosti s respiračným postcovidovým syndrómom prejavujúci sa nerozpoznaním varovných príznakov sťaženého dýchania, fajčením a zníženou zodpovednosťou za svoje zdravie.

Ciele edukačných stretnutí

Spolu s edukantkou sme si naplánovali 3 edukačné stretnutia, kedy na každom stretnutí sa zameriame na jednu edukačnú diagnózu.

Edukačná diagnóza 1: Nedostatok vedomostí o účinnom dýchaní a dýchacích cvičeniach v súvislosti s daným ochorením prejavujúci sa dekompenzáciou ochorenia, sťaženým dýchaním v rôznych intervaloch a verbalizovaním problému.

Edukačná jednotka č. 1: je zameraná na správnu techniku dychových cvičení, jednoduché cviky

Téma: Výchova v oblasti správneho nácviku dychových cvičení.

Hlavný cieľ: Poskytnúť edukantke informácie o dôležitosti dychových cvičení, pomôcť získať vedomosti týkajúce sa domáceho precvičovania dychových cvičení a naučiť ju správnej technike dychových cvičení.

Afektívny cieľ:

Edukantka vyjadruje záujem o získanie nových vedomostí pri nácviku dychových cvičení.

Výsledné kritérium:

Edukantka súhlasí s cvičením od prvého edukačného stretnutia.

Edukantka verbalizuje presvedčenie o potrebe cvičenia v domácom prostredí.

Kognitívny cieľ: Edukantka disponuje vedomosťami o dychových cvičeniach.

Výsledné kritérium:

Edukantka opisuje zásady správneho nácviku dychových cvičení.

Edukantka opíše prevádzanie dychových cvičení.

Edukantka vymenuje možnosti dychových cvičení.

Behaviorálny cieľ:

Edukantka správne vykonáva dychové cvičenia.

Výsledné kritérium:

Edukantka demonštruje správnu techniku dychového cvičenia.

Edukačná diagnóza 2: Nedostatok vedomosti o diétnych opatreniach a životospráve v súvislosti s obezitou prejavujúca sa verbalizovaním problému, negatívnym postojom v starostlivosti o svoje zdravie a potrebou redukcie hmotnosti.

Edukačná jednotka č. 2: je zameraná na zásady správnej životosprávy, vhodným a nevhodným potravinám.

Téma: Zásady správnej životosprávy.

Hlavný cieľ: Edukovať pacientku o diétnych opatreniach a správnej životospráve.

Afektívny cieľ: Edukantka vyjadruje záujem o vedomosti v oblasti životosprávy.

Výsledné kritérium:

Edukantka prejavuje pozitívny postoj ku zmene stravovania od 1. edukačného stretnutia

Edukantka sa aktívne zúčastňuje edukácie.

Edukantka zdôvodní potrebu vedomosti pri diétnych opatreniach.

Kognitívny cieľ: Edukantka má dostatočné vedomosti v oblasti výživy.

Výsledné kritérium:

Edukantka pozná vplyv zdravého stravovania na zdravie.

Edukantka pozná vhodné potraviny pri diéte.

Edukantka opíše vhodný spôsob úpravy stravy.

Behaviorálny cieľ: Edukantka popíše a vyberie vhodné potraviny.

Výsledné kritérium:

Edukantka správne označí potraviny s vysokým obsahom tuku a cukru.

Edukantka z poskytnutého materiálu správne vyberá nápoje na vhodný pitný režim.

Edukantka správne vyberá vhodné a nevhodné potraviny pri jeho diéte.

Edukačná diagnóza 3: Nedostatok vedomostí o zmene životného štýlu v súvislosti s respiračným postcovidovým syndrómom prejavujúci sa nerozpoznaním varovných príznakov sťaženého dýchania, fajčením a zníženou zodpovednosťou za svoje zdravie.

Edukačná jednotka č. 3: v tejto fáze sa zameriame na príznaky sťaženého dýchania a upozorníme na zodpovednosť za svoje zdravie dlhodobým fajčením.

Téma: Príznaky sťaženého dýchania a následky dlhodobého fajčenia.

Hlavný cieľ: Edukovať pacientku o následkoch dlhodobého fajčenia a zmene životného štýlu.

Afektívny cieľ: Edukantka prejaví záujem o zmenu životného štýlu.

Výsledné kritérium:

Edukantka súhlasí so zmenou životného štýlu od prvého edukačného stretnutia.

Edukantka verbalizuje presvedčenie o potrebe prestať fajčiť.

Kognitívny cieľ: Edukantka má dostatočné vedomosti o zmene životného štýlu.

Výsledné kritérium:

Edukantka opisuje následky dlhodobého fajčenia.

Edukantka popíše príznaky sťaženého dýchania.

Edukantka popíše zmenu životného štýlu v domácom prostredí.

Behaviorálny cieľ: Edukantka popíše následky dlhodobého fajčenia.

Výsledné kritérium:

Edukantka pozná následky dlhodobého fajčenia.

Edukantka popíše zmenu životného štýlu v domácom prostredí.

Realizácia edukačných stretnutí

Edukačná jednotka č. 1

Téma: Výchova v oblasti správneho nácviku dychových cvičení.

Voľba výučbovej stratégie

Forma edukácie: individuálna.

Metóda edukácie: vysvetľovanie, rozhovor, prednáška.

Miesto edukácie: edukácia bude prebiehať v jedálni na geriatrickom oddelení.

Čas edukácie: popoludňajšie hodiny 15:00 – 16:00 hod., trvanie 60 min.

Pomôcky: letáky, brožúry.

Realizácia prvého edukačného stretnutia

Motivačná fáza

V tejto fáze vysvetlíme, prečo je cvičenie dôležité, ako sa vykonáva dychové cvičenie a aké sú možnosti rehabilitácie.

1. Podporíme edukantku pri dychových cvičeniach.

2. Vytvoríme u edukantky pozitívny postoj k vykonávaniu dychových cvičení.

Expozičná fáza

V prvom edukačnom stretnutí sa zameriavame na vytvorenie pozitívneho postoja pacientky k cvičeniu. Precvičíme správnu techniku dýchania a dychových cvičení, ktoré môže vykonávať aj v domácom prostredí. Dychové cvičenia edukantke pomôžu aj pri nočných príhodách zhoršenia príznakov, ako je nočná dýchavica. Rehabilitácia je proces, pomocou ktorého sa u pacientov snažíme navrátiť a udržať ich optimálny fyzický, psychický, sociálny a emočný stav. Cieľom rehabilitačnej terapie je zachovanie samostatnosti, nezávislosti a schopnosti samostatnej vertikalizácie pacientov, a zároveň zlepšenie celkovej kvality života. Ak pristúpime k rehabilitácii, cvičeniu, fyzickej aktivite musíme aj vedieť ako cvičiť, ako zaťažovať pacientov s long COVID.

Telesný odpočinok alebo pokoj na lôžku sa odporúčajú pri akútnej forme COVID- 19. Pri stabilizovanom ochorení je vhodné začať pravidelne cvičiť. Treba cvičiť dlhodobo, najmenej trikrát týždenne po 30 minút. Veľmi vhodné sú prechádzky. V zásade sú však prijateľné všetky ľahké pohybové činnosti vykonávané tak, aby nevedli k výraznému zadýchaniu až vyčerpaniu.

Dychová fyzioterapia sa vykonáva pri problémoch s dýchaním. Tento typ cvičenia je dôležitou súčasťou liečby, upravuje dych, uvoľňuje hlieny z pľúc a zlepšuje ventiláciu pľúc.

Dýchacia gymnastika je systém cvičení, ktorých cieľom je uľahčenie dychovej práce, zlepšenie dýchania, uvoľnenie dýchacieho svalstva, zlepšenie pohyblivosti bránice, rebier a mobilizácia chrčtice. Môže byť statická, dynamická a mobilizačná. Statická je zameraná na správnu techniku dýchania- vdych nosom, výdych ústami. Pri dynamickej dýchacej gymnastike sa pridávajú k dýchaniu exkurzie horných, dolných končatín, panvy, trupu a hlavy.

Pri mobilizačnej dýchacej gymnastike ide o snahu mobilizovať určitý úsek hrudníka aj pľúc. Využívajú sa zmeny polôh z horizontálnych do vertikálnych. Súčasťou mobilizačnej dýchacej gymnastiky je kontaktné dýchanie. Pacient sa usmerňuje tak, aby dýchal do požadovaného miesta hrudníka. Dychová gymnastika základná sa používa pri kondičnom cvičení. Je zameraná na normálny rytmus dýchania v koordinácii s pohybom, slúži k zlepšeniu pohyblivosti hrudníka a k „prevzdušneniu“ pľúc. Cvičí sa dýchanie v ľahu na bruchu, na chrčte, v sede, stojí hlboký nádych a výdych (maximálne sa nadýchneme nosom pomaly a plynulo zadržíme dych na 5-7 sekúnd, výdych pomaly ústami cez pootvorené ústa).

Fixačná fáza (15 min.)

Zhrnutie a zopakovanie základných informácií.

Diskusia a zodpovedanie na kladené otázky.

Demonštrácia - dychové cvičenia.

Diagnostická a hodnotiacia fáza (15 min.)

Položenie kontrolných otázok z obsahu dnešného stretnutia a realizácia dychových cvičení u pacienta.

Kontrolné otázky:

1. Aké sú vhodné cviky pri postcovidovom syndróme?
2. Aký význam má dychová gymnastika pre pacienta s postcovidovým syndrómom?
3. Čo je cieľom dychovej rehabilitácie?
4. Predved'te dychové cvičenia.

Hodnotenie 1. edukačného stretnutia

Edukantka počas tohto edukačného stretnutia sa aktívne zapájala do edukačného procesu. Pochopila význam rehabilitácie pri dýchacích ťažkostiach, pozná vhodné cviky a samostatne predvádza dychové cvičenia.

Edukačná jednotka č.2

Téma: Zásady správnej životosprávy

Voľ'a výučbovej stratégie

Forma edukácie: individuálna.

Metóda edukácie: vysvetľovanie, rozhovor, prednáška.

Miesto edukácie: edukácia bude prebiehať v jedálni na geriatrickom oddelení.

Čas edukácie: popoludňajšie hodiny 15:00- 16:00 hod., trvanie 60 min.

Pomôcky: brožúry, letáky, obrázkový materiál.

Realizácia 2. edukačného stretnutia

Motivačná fáza (10 min.)

V tejto fáze sa zameriame na motiváciu edukantky a vzbudzujeme záujem o danú tému.

1. Privítame edukantku.
2. Vysvetlíme edukantke, prečo je u nej dôležitá zmena životosprávy.
3. Podporíme zdravotnú výchovu v oblasti stravovania u edukantky.
4. Vzbudíme záujem u edukantky a podporíme ju, aby mala pozitívny postoj ku zmene stravovania.

Expozičná fáza (35 min.)

Na úvod edukantku privítame a oboznámime ju s danou témou edukačného stretnutia a zistíme, ako sa cíti a či nie sú nejaké prekážky, ktoré by bránili pri edukácii.

Keďže edukantka odpovedala, že sa cíti dobre, oboznámili sme ju s obsahom dnešného stretnutia. Po úvodnom rozhovore o danej téme, zisťujeme jej postoj ku zmene životosprávy, a záujem o dnešnú tému.

Zásady zdravej výživy:

- pravidelná strava, aspoň 5x denne (raňajky, desiata, obed, olovrant, večera),
- znížiť príjem soli na 5 g denne,
- obmedziť konzumáciu jedál a nápojov s pridaným cukrom,
- denná konzumácia ovocia a zeleniny- 5 porcií,
- dodržiavanie pitného režimu, aspoň 2l tekutín denne (ideálne čistú vodu, bylinkové nesladené čaje, čerstvé šťavy z ovocia a zeleniny...),
- zvýšiť príjem vlákniny, celozrnného pečiva, cestovín a celozrnných obilnín,
- nahradiť tužené tuky (margaríny) panenskými rastlinnými olejmi (napr. slnečnicovým),
- vyberať rôznorodé bielkoviny, ktoré zahŕňajú ryby, chudé mäso a hydinu, vajíčka, fazuľu a hrášok, nesolené výrobky a semenná,
- zvýšiť príjem nízkotučného mlieka a mliečnych výrobkov,
- vyberať si menšie porcie jedla.

Vhodné potraviny:

- uprednostňovanie chudého mäsa z hydiny a rýb,
- dostatok vlákniny, najlepším zdrojom sú ovos, pšenica, jačmeň a celozrnné výrobky,
- konzumácia nenasýtených mastných kyselín- tekvicový, palmový, olivový a slnečnicový olej,
- dostatok strukovín ako je šošovica, fazuľa a cícer,
- dostatok ovocia a zeleniny,
- denne sa odporúča zjesť za hrst' orechov, ktoré sú zdrojom omeg 3.

Nevhodné potraviny:

- vyhýbať sa údeninám, vnútornostiam, vypráženým tukom,
- znížiť príjem nasýtených mastných kyselín, masť, maslo,
- červené mäso konzumovať najviac 3- krát do týždňa,
- znížiť príjem soli, dochucovať hlavne bylinkami,
- vyhýbať sa bielej múke a produktom z nej vyrobených a rafinovaným cukrom,
- za nevhodné sa pokladá vysmážanie.

Pri postcovidovom syndróme je veľmi dôležitá úprava stravovacích návykov. Vzhľadom na prítomnú dysfunkciu a zápal endotelu, imunotrombózu, poškodenie nervových vlákien je vhodné konzumovať pestrú neodráždivú stravu. Okrem histamínovej diéty, mnohí pacienti udávajú úpravu symptómov pri intermitentnom hladovaní a vylúčení prozápalových potravín.

Odporúča sa obmedziť nadmerná konzumácia masného živočíšneho mäsa, ale aj nadmerný príjem tukov ako takých. Adekvátne sú rastlinné tuky (maslo s nízkym obsahom tukov, olivový olej, ľanový olej) a príprava jedla na pare, vode alebo grile (neprepaľovať). Do stravy je vhodné zaradiť tepelne upravené paradajky, pretože obsahujú lykopén, najsilnejší antioxidant spomedzi tzv. karotenoidov (konzumáciou surových paradajok príjem lykopénu nezvýšime, musia byť tepelne upravené).

Dôležité je dodržiavať dostatočný pitný režim (približne 35 ml/kg hmotnosti/na deň). Za prijateľné sa považuje pramenitá čistá voda, neublíkové a nešumivé nápoje.

Fixačná fáza (15 min.)

Poskytnúť edukantke letáky, brožúrky na upevnenie si vedomostí.

Zdôrazniť dôležité body z edukačného stretnutia.

Prediskutovanie nejasností a zodpovedanie na kladené otázky.

Zhrnutie a zopakovanie základných informácií.

Diagnostická a hodnotiacia fáza (10 min.)

Overenie si dostatočných vedomostí edukantky pomocou metódy výberu, kde z poskytnutých obrázkov potravín má rozdeliť a vybrať vhodné a nevhodné potraviny. Položenie kontrolných otázok z obsahu dnešného stretnutia.

Kontrolné otázky:

1. Aké sú zásady zdravej výživy?
2. Prečo je vhodné upraviť stravu a ktoré potraviny treba obmedziť?
3. Aké sú vhodné nápoje?
4. Aké sú vhodné a nevhodné potraviny?

Hodnotenie 2. edukačného stretnutia

Edukantka na druhom edukačnom stretnutí bola aktívna, prejavovala záujem, na kladené otázky odpovedala správne. Edukantka vie vybrať vhodné a nevhodné potraviny a tiež vie vymenovať zásady správnej výživy.

Edukantka pochopila, prečo je dôležité zmeniť životosprávu a verbalizovala spokojnosť s informáciami, ktoré jej boli poskytnuté. Na upevnenie vedomostí sme poskytli materiály, ktoré môže využiť na samoštúdium.

Edukačná jednotka č. 3

Téma: Príznaky sťaženého dýchania a následky dlhodobého fajčenia

Voľba výučbovej stratégie

Forma edukácie: individuálna.

Metóda edukácie: vysvetľovanie, rozhovor, prednáška.

Miesto edukácie: edukácia bude prebiehať v jedálni na geriatrickom oddelení.

Čas edukácie: popoludňajšie hodiny 15:00 – 16:00 hod., trvanie 60 min.

Pomôcky: brožúry, letáky

Realizácia 3. edukačného stretnutia

Motivačná fáza

V tejto fáze vysvetlíme, prečo je dôležité rozpoznať príznaky dýchavice a aké sú následky dlhodobého fajčenia.

1. Podporíme edukantku pri zmene životného štýlu v oblasti fajčenia.

2. Vytvoríme u edukantky pozitívny postoj k zmene životného štýlu.

Expozičná fáza

V záverečnom edukačnom stretnutí sa zameriame na vytvorenie pozitívneho postoja k zmene životného štýlu. Zdravie ovplyvňujeme svojím vlastným životným štýlom dlhodobo v priemere až na 80 percent. Iba zvyšných 20 percent je daných všetkými ostatnými vplyvmi, a to najmä dedičnosťou a zdravotnou starostlivosťou.

Zdravý životný štýl je súhrn toho, ako človek žije, ale vzhľadom na vplyv na zdravie sú niektoré body podstatné, iné menej. Najdôležitejších je len niekoľko hlavných bodov:

- nefajčenie
- zdravá výživa,
- primeraná pohybová aktivita,
- limitovaná konzumácia alkoholu,
- dostatok spánku,
- optimizmus a dobrá nálada,
- radosť zo života,
- vyhýbanie sa pôsobeniu škodlivých látok a všeobecne škodlivých a rizikových faktorov.

Ako sa zdravý životný štýl prejavuje na zdraví:

- primeraná hmotnosť,
- normálny krvný tlak,
- nízka hladina cholesterolu v krvi,
- dobrá telesná kondícia a výkonnosť,
- dobrá psychická pohoda a zdravý vzhľad,
- vysoká odolnosť proti chorobám a nízky výskyt chorôb.

Nefajčiť je zásada číslo 1 v prevencii chorôb. V skutočnosti neexistuje žiadny iný jednotlivý rizikový faktor, ktorý by poškodzoval zdravie takým výrazným spôsobom, a tak silno zvyšoval riziko srdcovo- cievných ochorení a rakoviny, ako fajčenie cigariet. A súčasne prakticky žiadne iné riziko nemožno ovplyvniť takým jednoduchým spôsobom- stačí len nefajčiť. Niektorí fajčiari uvažujú tak, že nepriaznivý vplyv fajčenia kompenzujú tým, že inak budú žiť zdravo, nerobia však dobre. Vplyv fajčenia na zvýšenie rizika je taký silný, že ho môžete ostatnými faktormi len znížiť, ale nie úplne kompenzovať.

Prečo prestať fajčiť?

Medzi výhody, ktoré vám prinesie život bez cigaretového dymu patrí predovšetkým lepšie dýchanie, belšie zuby, sviežo voňajúce oblečenie, citlivejšie zmysly, menej stresu, viac peňazí, zdravší vzhľad pleti, viac energie a vyhliadky na dlhší život. Prínosy ukončenia fajčenia pre zdravie sú totiž zásadné.

Ako postupovať, ak sa naozaj rozhodnete prestať fajčiť?

1. Spočítajte si koľko Vás tento zlovyk stojí peňazí a stanovte si, čo si za ušetrené peniaze zaobstaráte. U fajčiarov, ktorí vyfajčia krabičku denne už ročná abstinencia „zarobí“ na týždennú dovolenku pre dvoch na horách alebo pri mori.
2. Stanovte si presný dátum odkedy si už nezapálite. Tento dátum musí byť reálny, to znamená, že nie je ideálne stanoviť si ho napr. na deň vianočného večierka, kde ho určite nedodržíte.
3. Spíšte si zoznam dôvodov, prečo ste sa rozhodli prestať fajčiť a majte ho pri sebe pre prípad, že by ste začali váhať.
4. Skúste tráviť viac času s priateľmi, ktorí nefajčia.

5. Myslite pozitívne ! Verte tomu, že to zvládnete.

Ako zvládnuť abstinenčné príznaky?

Ak sa rozhodnete raz a navždy skončiť s fajčením, musíte byť pripravený na abstinenčné príznaky a najmä na príchod neovládateľnej chuti na cigaretu. Skúste si vytvoriť plán aktivít, ktoré by ste mohli začať robiť v rizikových chvíľach dňa. Pri pauze v práci si dajte desiatu alebo si pohovorte s kolegom, s ktorým ste už dlho nehovorili práve preto, že si s Vami nechodí von zafajčiť, na večer si naplánujte športové aktivity alebo pri rannej káve si namiesto cigarety prečítajte správy.

Dôležité je tiež identifikovať najrizikovejšie spúšťače chuti na cigaretu. U mnohých ľudí je to alkohol, vyhnite sa mu preto aspoň v prvých týždňoch. Zvládnuť prvý týždeň je naozaj zásadný, zvážte teda zapojenie pomoci v podobe liekov, ktoré sú dostupné vo forme žuvačiek, pastiliek, náplastí, spreju alebo inhalátora. Stačí si len vybrať.

Stále váhate?

Ak stále váhate, či už nadišiel ten správny čas nadobro sa rozlúčiť s cigaretou, možno vás presvedčia výsledky štúdie s transdermálnou náplastou obsahujúcou nikotín, ktorá sledovala zmeny v organizme počas odvykacej kúry:

- 20 minút - krvný tlak a pulz sa vrátia do normálu.
- 8 hodín - hladina nikotínu oxidu uhoľnatého sa zníži na polovicu a hladina kyslíka by sa mala vrátiť do normálu.
- 24 hodín - oxid uhoľnatý sa vylúčil z tela a pľúca sa začínajú čistiť.
- 2 dni - vaše vnímanie chutí a vône sa môže zlepšiť.
- 3 dni - budete môcť ľahšie dýchať, priedušky sa uvoľnia a hladina energie sa zvýši.
- 2-12 týždňov - zlepši sa krvný obeh.
- 3-9 mesiacov - funkcia pľúc sa zlepši o 10%. Kašeľ, dýchavičnosť a dýchacie ťažkosti začnú odznievať.
- 1 rok - riziko srdcového infarktu sa môže v porovnaní s niekým, kto fajčí, zmenšiť až na polovicu.
- 10 rokov - riziko vzniku rakoviny pľúc sa môže v porovnaní s fajčiarom zmenšiť na polovicu.
- 15 rokov - bez fajčenia je riziko srdcového infarktu rovnaké, ako keby ste nikdy nefajčili.

Viesť zdravý životný štýl nie je až také zložité. Stačí mať zdravú a vyváženú stravu a dopriať si viac pohybu. Ak do toho pribalíte ešte aspoň jednu z nasledovných vecí, ste na výbornej ceste za zdravším životom:

- kvalitný spánok,
- vystavovať sa menej stresovým situáciám alebo naučiť sa zvládať stres,
- byť optimistickejší.

Fixačná fáza (10 min.)

Zhrnutie a zopakovanie základných informácií.

Diskusia a zodpovedanie na kladené otázky.

Poskytnúť edukantke letáky, brožúrky na upevnenie si vedomostí.

Diagnostická a hodnotiacia fáza (10 min.)

Overenie si dostatočných vedomostí edukantky a polozenie kontrolných otázok z obsahu dnešného stretnutia.

Kontrolné otázky:

1. Aké sú zásady zdravého životného štýlu?
2. Ako postupovať ak sa rozhodnete prestať fajčiť?
3. Ako zvládať abstinénčné príznaky?

Hodnotenie 3. edukačného stretnutia

Edukantka na poslednom edukačnom stretnutí bola aktívna, prejavovala záujem, na kladené otázky odpovedala správne. Edukantka pochopila zásady správneho životného štýlu a vie popísať následky dlhodobého fajčenia. Na upevnenie vedomostí sme poskytli materiály, ktoré môže využiť na samoštúdium.

Diskusia

Hlavným cieľom tejto práce bolo vypracovať edukačný plán pre pacienta s postcovidovým syndrómom a prispôsobiť ho jeho potrebám. Po absolvovaní troch edukačných stretnutí s pacientom, konštatujeme, že ciele boli splnené. Edukácia bola sústredená na nácvik dychových cvičení, na zmenu životného štýlu, podporili sme pacientku aj pri zmene stravovacích návykov a taktiež sme upozornili na následky dlhodobého fajčenia. Na konci každého edukačného stretnutia sme si stanovili kontrolné otázky, aby sme si overili či pacientka všetkému porozumela. Veľmi dôležitá je príprava edukačného stretnutia, pretože motivuje pacienta a uľahčí prácu sestry. Podľa Marečkovej (2005) je veľmi dôležité, aby sestra mala dostatočné vedomosti, pretože iba tak môže byť edukácia správne realizovaná a účinná. Medzi neoddeliteľnú súčasť ošetrovateľských a liečebných výkonov patrí edukácia pacienta. „*Stále na pokraji síl a na konci s dychom*“, tak sa cítila naša edukantka po prekonaní ťažkej formy Covid-19, ktorý zanecháva štrukturálne aj funkčné zmeny nie len na dýchacích orgánoch. Tieto dlhotrvajúce následky ochorenia Covid-19 je nutné liečiť intenzívnou rehabilitáciou. V tejto práci sme ako prvú diagnózu stanovili nedostatok vedomostí o účinnom dýchaní a dýchacích cvičeniach v súvislosti s daným ochorením prejavujúci sa dekompenzáciou ochorenia, sťaženým dýchaním a verbalizovaním problému. V prvom edukačnom stretnutí sme sa zamerali na vytvorenie pozitívneho postoja pacientky k cvičeniu. Počas rozhovoru sme sa dozvedeli, že pacientka aj napriek upozorneniu lekára v domácom prostredí nevykonávala žiadne dychové cvičenia, pretože nevidela v tom žiaden význam. Na tomto stretnutí sme sa zamerali hlavne na správny nácvik dychových cvičení a v závere tohto stretnutia pacientka predviedla aj názornú ukážku dychových cvičení.

Vedci pripomínajú, že zrejma súvislosť medzi obezitou a ťažkým priebehom COVID-19 je ďalším príkladom toho, že súčasná pandémia ukázala páľčivosť niektorých pretrvávajúcich zdravotných problémov, ktorým svet čelí. Obezita je zrejme jedným z dôvodov, prečo niektoré krajiny alebo skupiny obyvateľstva boli koronavírusu zasiahnuté mimoriadne tvrdo.

Podľa vedcov pravdepodobne existuje celý rad faktorov, kvôli ktorým sa pacienti trpiaci obezitou horšie vyrovnávajú s infekciou koronavírusu, ktorá môže poškodiť pľúca. Ako tvrdí Smetana (2018), kilogramy navyše znamenajú pre ľudské telo záťaž a nadbytočný tuk môže obmedziť schopnosť pľúc rozširovať sa. Existujú tiež dôkazy, že len samotná obezita znamená vyššie riziko ťažkého priebehu ochorenia COVID-19. Z istej štúdie, ktorej sa zúčastnilo 5200 nakazených, z ktorých 35 percent bolo obéznych, vyplynulo, že pravdepodobnosť, že človek

skončí v nemocnici, bola väčšia u ľudí s vyšším indexom telesnej hmotnosti (BMI). Bolo tomu tak aj vtedy, keď výskumníci zohľadnili ďalšie zdravotné komplikácie, ktoré pacientov zaradili do rizikovej skupiny. Druhú edukačnú diagnózu sme si stanovili ako nedostatok vedomostí o diétnych opatreniach a životospráve v súvislosti s obezitou prejavujúca sa verbalizovaním problému, negatívnym postojom v starostlivosti o svoje zdravie. Počas rozhovoru sme zistili, že pacientka má veľkú nevedomosť v oblasti zdravého stravovania, ktoré sa prejavilo nezdravým životným štýlom a obezitou. Počas stretnutia sme pacientke niekoľko krát zopakovali zásady zdravej výživy, a poukázali na vhodné a nevhodné potraviny. Počas kontrolných otázok bola pacientka aktívna a vedela reagovať na nami stanovené kontrolné otázky.

Všetci pacienti vstupujúci do zdravotníckeho zariadenia by mali zodpovedať rutinne na otázku fajčenia. Odborná lekárska verejnosť, reprezentovaná Svetovou zdravotníckou organizáciou, považuje v súčasnej dobe fajčenie za najväčšie jednotlivé preventabilné riziko, ktoré významným spôsobom zvyšuje chronické ochorenia a prispievajú k predčasným úmrtiam. Podľa odhadov renomovaných epidemiológii zomrie z dnešnej populácie na následky fajčenia asi 500 miliónov ľudí. Počas nasledujúcich 15 rokov sa očakáva ďalší nárast počtu obetí fajčenia zo súčasných takmer 5 miliónov zomrelých každý rok na 10 miliónov. Tabak, hlavne cigaretový tabak obsahuje viac než 5000 rôznych chemických látok, ktoré majú toxické, mutagénne a karcinogénne účinky na rôzne orgány. Dolina (2009) poukazuje na to, že klinické príznaky zdravotného poškodenia sa tak môžu u jednotlivých fajčiarov prejaviť na tom orgáne, ktorý je z najrôznejších dôvodov najmenej odolný. Svetová zdravotnícka organizácia poukázala, že fajčenie sa spája s vyšším rizikom ťažkého priebehu ochorenia Covid-19 ako to bolo aj u našej edukantky.

Ako poslednú diagnózu sme si určili nedostatok vedomostí o zmene životného štýlu v súvislosti s respiračným postcovidovým syndrómom prejavujúci sa nerozpoznaním varovných príznakov sťaženého dýchania, fajčenia a zníženou zodpovednosťou za svoje zdravie. V tomto stretnutí sme sa zamerali na vytvorenie pozitívneho postoja k zmene životného štýlu v oblasti fajčenia. Nakoľko je naša edukantka dlhodobá fajčiarka, poukázali sme aj na následky tohto problému. Vysvetlili sme aké dôležité a prospešné pre jej pľúca prestať fajčiť.

Vzhľadom na naše skúsenosti s ošetrovaním pacientky s postcovidovým syndrómom môžeme povedať, že pacienti aj napriek prekonaniu vážneho ochorenia a prepustenia do domácej liečby, nedodržiavajú zásady odporúčaného zdravého životného štýlu a hlavne, po krátkom čase majú tendencie vrátiť sa k fajčeniu. Zdravotníci by mali poradiť všetkým fajčiarom, aby prestali fajčiť a zhodnotiť ochotu pacienta ukončiť fajčenie. Prejavuje sa tu vo veľkej miere dôležitosť roly sestry edukátorky, ktorá má dostatok vedomostí o danej problematike a je schopná motivovať pacienta k zmene postojov a správania a životného štýlu podľa individuálnych potrieb pacienta.

Záver

Zdravie bolo za posledné obdobie v populácii nie len vo svete, ale ja na Slovensku dosť vzácny stav, pretože nás zasiahla epidémia nečakaných rozmerov, Covid-19. Ukazuje sa, že po prekonaní ochorenia COVID-19 je niekedy potrebná dlhšia rekonvalescencia a návrat k normálnemu životu môže byť pomalší. Pretrvávajúce subjektívne ťažkosti väčšinou majú dlhšie trvanie a pri nedodržiavaní opatrení sa môže stav pacienta skomplikovať.

Témou našej práce bolo popísať základné teoretické východiská ochorenia Covid-19 a cieľom bolo realizovať edukáciu u pacientky po ťažkom priebehu ochorenia Covid-19 a následnej rehospitalizácie s postcovidovým syndrómom. Ochorenia významne zasahujú do životného štýlu daného jednotlivca, jeho rodiny a širšieho sociálneho prostredia.

Zmeny v zdravotnom stave si vyžadujú pravidelné užívanie liekov, návštevy u lekára, rýchle rozhodnutie pri zmene príznakov ako aj schopnosť vyhľadať pomoc. Nie len farmakologická liečba prispieva k stabilizácii zdravotného stavu chorého, ale aj edukácia pacienta, ktorá sa stala súčasťou medzinárodných a národných dokumentov riadenia a kontroly príslušného chronického ochorenia. Pacient/klient sa stáva aktívnym členom v starostlivosti o svoje zdravie, a to nie len v čase ochorenia ale aj v zdraví. Potreba edukácie-vzdelávať sa a byť vychovaný súvisí aj s celoživotnou potrebou samotného človeka a to učiť sa získavať nové poznatky, prispôbovať sa zmeneným podmienkam, formovať žiaducim smerom svoje správanie a postoje.

Bibliografia

- DOLINA, J. et al. 2009. *Civilizace a nemoci*. 1. vyd. Praha: Příbram, 2009. 267 s. ISBN 978-0-86844-53-4.
- GÖPFERTO VÁ, D.,- PAZDIORA, P.,- DÁŇOVÁ, J. 2013. *EPIDEMIOLOGIE- Obecná a speciální epidemiologie infekčních nemocí*. Praha: Nakladatelství Karolinum, 2013, 224 s. ISBN 978 – 80 – 246 – 2223 – 1.
- GURKOVÁ, E. a kol. 2009. *Vybrané ošetrovateľské diagnózy v klinickej praxi*. 1.vyd. Martin: Osveta, 2009. 244 s. ISBN 978-80-8063-308-0.
- KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ, I. 2008. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada, 2008, 208 s. ISBN 978-80-247-2169-6.
- MAGERČIAKOVÁ, M. 2008. *Edukácia v ošetrovateľstve. I*. Ružomberok: Fakulta zdravotníctva v Ružomberku. 2008. 106 s. ISBN 978 – 80 – 8084 – 221 – 5.
- NANDA International Ošetrovateľské diagnózy: Definice a klasifikace 2015-2017*. Vydavateľstvo: Grada, 2015. 464 s. ISBN 978-80-247-5412-3.
- SMETANA, J., et al. 2018. *Vysoce nebezpečné nákazy*. Praha: Mladá fronta a. s. 2018, 208 s. ISBN 978 – 80 – 204 – 4655 – 8.
- ZHU, H.-WEI,L.-NIU, P.2020. The novel coronavirus outbreak in Wuhan, China. In *Global health res policy* 5, 5 (2020). [cit. 2021. 01. 17.]. Available on the Internet: <http://doi.org/10.1186/s41256-020-00135>

NEDOKONČENÁ OŠETROVATEĽSKÁ STAROSTLIVOSŤ A JEJ DÔSLEDKY V KONTEXTE BEZPEČNOSTI PACIENTA

UNFINISHED NURSING CARE AND ITS CONSEQUENCES IN THE CONTEXT OF PATIENT SAFETY

Ivanová Beáta¹

¹Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety Bratislava, n. o.,
Detašované pracovisko bl. Metóda Dominika Trčku Michalovce
E-mail: ivanova.beata1@gmail.com
Školiteľ/scientific adviser: PhDr. Viera Ivanková

ABSTRAKT

Úvod: Koncept nedokončenej ošetrovateľskej starostlivosti sa stáva čoraz väčším globálnym fenoménom, ktorý môže výrazne ovplyvniť kvalitu poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti a tak môže ohroziť aj bezpečnosť pacienta. Zvyšuje sa tým aj riziko vzniku nežiaducich udalostí u pacientov, ktoré môžu viesť k zhoršeniu stavu a následne k predĺženiu hospitalizácie.

Metódy: Prieskum bol realizovaný metódou dotazníka vlastnej konštrukcie. Získané údaje sme vypracovali v programe Excel a zobrazili v prehľadných tabuľkách a grafoch. Do nášho prieskumu sa zapojilo spolu 83 respondentov.

Výsledky: Fenomén nedokončenej ošetrovateľskej starostlivosti v súčasnej ošetrovateľskej praxi existuje. Najčastejšie sú vynechávané intervencie ako je chôdza s pacientom, edukácia pacienta a polohovanie pacienta. Najčastejším dôvodom nedokončenej ošetrovateľskej starostlivosti, sestry uvádzajú málo personálu, veľa pracovných úloh a málo času.

Záver: Nedokončená ošetrovateľská starostlivosť sa považuje za indikátor kvality ošetrovateľskej starostlivosti. Akákoľvek nedokončená starostlivosť môže byť spojená s potenciálnymi negatívnymi výsledkami v oblasti ošetrovateľstva, pacienta a organizácie a môže výrazne ovplyvniť bezpečnosť pacienta.

Kľúčové slová: Kultúra bezpečnosti pacienta. Bezpečnosť pacienta. Kvalitná ošetrovateľská starostlivosť. Nedokončená ošetrovateľská starostlivosť.

ABSTRACT

Introduction: The concept of incomplete nursing care is becoming an increasingly global phenomenon, which can significantly affect the quality of nursing care provided and thus endanger patient safety. This also increases the risk of adverse events in patients, which can of course lead to a worsening of the condition and, consequently, to a prolongation of hospitalization.

Methods: To survey was carried out using a self – constructed questionnaire. We processed the obtained data in Excel and displayed it in clear tables and graphs. A total of 83 respondents participated in our survey.

Results: The phenomenon of incomplete nursing care exists in current nursing practice. Interventions such as walking with the patient, patient education and patient positioning are most often omitted. The most common reason for incomplete nursing care, nurses cite insufficient staff, many work tasks and little time.

Conclusion: Incomplete nursing care is considered an indicator of the quality of nursing care. Any incomplete care can be associated with potential negative nursing, patient and organizational outcomes and can significantly impact patient safety.

Key words: Patient safety culture. Patient safety. Quality nursing care. Unfinished nursing care.

Úvod

Medzi dôležité úlohy ošetrovateľstva je hlavne zabezpečenie plnej a kvalitnej ošetrovateľskej starostlivosti či už pacientovi, rodine alebo komunite. Kvalitná ošetrovateľská starostlivosť predstavuje zabezpečenie ošetrovateľskej starostlivosti, ktorá napĺňa všetky bio – psycho – sociálne potreby, znižuje výskyt nežiadúcich udalostí, ktoré samozrejme nepriaznivo pôsobia na zdravie pacienta. Pacienti zas vnímajú kvalitnú ošetrovateľskú starostlivosť cez svoje emócie, ktoré zohrávajú dost' dôležitú úlohu. Zdravie je jednou z najdôležitejších a najväčších hodnôt človeka, a práve preto by mala starostlivosť o zdravie patriť k prioritám.

Nedokončená ošetrovateľská starostlivosť sa v posledných rokoch stáva medzinárodným problémom, ktorý nepriaznivo ovplyvňuje pacienta ale aj sestru. Predovšetkým je to z prehlbujúceho sa nedostatku sestier, ktorý pretrváva už dlhé roky a prináša fatálnu hrozbu týkajúcu sa kvality poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti a tým aj bezpečnosti pacientov. Ďalšími faktormi, ktoré ovplyvňujú bezpečnosť pacienta, sú vysoké nároky na personál, náročné pracovné prostredie, mnoho akútnych príjmov, pracovné kompetencie, požiadavky na vzdelanie, rýchly nárast nových poznatkov a technológií, prepracovanosť personálu a jeho fluktuácia, komunikácia v tíme a pod..

Fenomén nedokončenej ošetrovateľskej starostlivosti vzniká na základe rozhodovania sestier. Sestry pod pracovným tlakom vykonávajú výhradne intervencie na uspokojenie pacientových základných potrieb.

Cieľ práce:

- popísať kultúru bezpečnosti pacienta,
- definovať nedokončenú ošetrovateľskú starostlivosť a jej dôsledky,
- prezentovať výsledky prieskumu zameraného na zistenie postojov sestier k nedokončenej alebo chýbajúcej ošetrovateľskej starostlivosti v kontexte bezpečnosti pacienta v súčasnej ošetrovateľskej praxi.

Charakteristika súboru a metodika

Kultúra bezpečnosti pacienta

Kultúra bezpečnosti pacientov je komplexným rámcom, ktorý zahŕňa niekoľko komponentov, ako je vedenie, tímová spolupráca, komunikácia, prax založená na dôkazoch, spravodlivosť, vzdelanie a na pacienta orientovaná ošetrovateľská starostlivosť (Soósová a kol., 2017).

Je to komplexný fenomén, hlavne jej začlenenie do ošetrovateľskej starostlivosti, najmä do podmienok bežnej praxe, je zásadné. Sestry sú zodpovedné nie len za zaistenie a zaistovanie bezpečnej starostlivosti, ale tiež aj za vytváranie prostredia, v ktorom môžu ďalší pracovníci poskytnúť bezpečnú starostlivosť (Bartoníčková a kol., 2018).

Bezpečnosť pacienta

Bezpečnosť pacienta je pre pacienta právo neutrpieť zbytočnú ujmu alebo potencionálnu ujmu spojenú so zdravotnou starostlivosťou.

Súčasťou bezpečnosti pacienta sú systémy hlásenia chýb, nežiadúcich udalostí a omylov, ktorých realizácia si vyžaduje kultúru bezpečnosti v zdravotníckom zariadení. Budovanie kultúry bezpečnosti sa má stať určitým cieľom, ktorý zabezpečí bezpečnosť nie iba pre pacienta ale aj pre zamestnanca (Dimunová 2017).

Sestry zohrávajú dôležitú úlohu pri zaistovaní bezpečnosti pacienta pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti priamo pacientom. Sestry sú neustále prítomné pri lôžku pacienta a ich ostražitosť je nevyhnutná pre ich schopnosť zaistiť bezpečnosť pre pacienta (Phillips, 2021).

Jedným zo základných pravidiel, ako aj v medicíne, tak aj v ošetrovateľstve je „Primum non Nocere“, čo v preklade znamená predovšetkým neublížiť. (Bendová, Vaverková 2012).

Nedokončená ošetrovateľská starostlivosť

Nedokončená ošetrovateľská starostlivosť je novo definovaný pojem a vzťahuje sa na akýkoľvek aspekt požadovanej ošetrovateľskej starostlivosti o pacienta, ktorý je buď vynechaný a to či už čiastočne alebo úplne alebo oneskorený. Nedokončená ošetrovateľská starostlivosť je starostlivosť, ktorá môže byť čiastočne dokončená, oneskorená alebo nedokončená vôbec (Kalisch et al., 2009).

Kalischová (2006) prvýkrát identifikovala fenomén nedokončenej ošetrovateľskej starostlivosti, ktorá nebola sestrou úplne alebo z nejakej časti poskytnutá, pričom túto starostlivosť pacient potreboval.

Kalisch et al. (2009) definovala deväť prvkov pravidelne vynechávanej ošetrovateľskej starostlivosti:

- chodenie,
- polohovanie,
- vynechané alebo oneskorené kĺmenie,
- poučenie pacienta – edukácia,
- plánovanie prepustenia,
- emocionálna podpora,
- hygiena,
- dokumentácia príjmu,
- bezpečnosť.

Podľa Kalisch et al. (2009) existuje sedem faktorov, prečo ošetrovateľský personál nedokončuje niektoré aspekty ošetrovateľskej starostlivosti:

- príliš málo personálu,
- slabé využitie personálu,
- málo času potrebného na ošetrovateľské intervencie,
- zlá tímová práca,
- neefektívne delegovanie úloh,

- zvyk a odmietanie.

Prediktory/príčiny

Prediktory nedokončenej alebo chýbajúcej ošetrovateľskej starostlivosti existujú v kontexte prostredia starostlivosti, sú pre sestry externé a vytvárajú potrebu, aby sa rozhodli, aká ošetrovateľská starostlivosť im bude poskytnutá.

Patria sem:

- *Pracovné zdroje*, ktoré sú dostupné na poskytovanie starostlivosti o pacienta.
- *Materiálne zdroje*, ktoré sú dostupné na pomoc pri činnostiach starostlivosti o pacienta.

Rôzne vzťahové a komunikačné faktory, ktoré majú vplyv na schopnosť sestier poskytovať starostlivosť.

Prieskumný problém

Ako vnímajú sestry na vybraných oddeleniach fenomén nedokončenej ošetrovateľskej starostlivosti v kontexte bezpečnosti pacienta?

Na základe uvedeného problému stanovuje prieskumové otázky:

- Ako vnímajú sestry na vybraných oddeleniach bezpečnosť pacienta?
- Ktoré intervencie sú najčastejšie nedokončené z pohľadu sestier na vybraných oddeleniach?
- Ktoré faktory ovplyvňujú nedokončenie intervencií u pacientov z pohľadu sestier na vybraných oddeleniach?

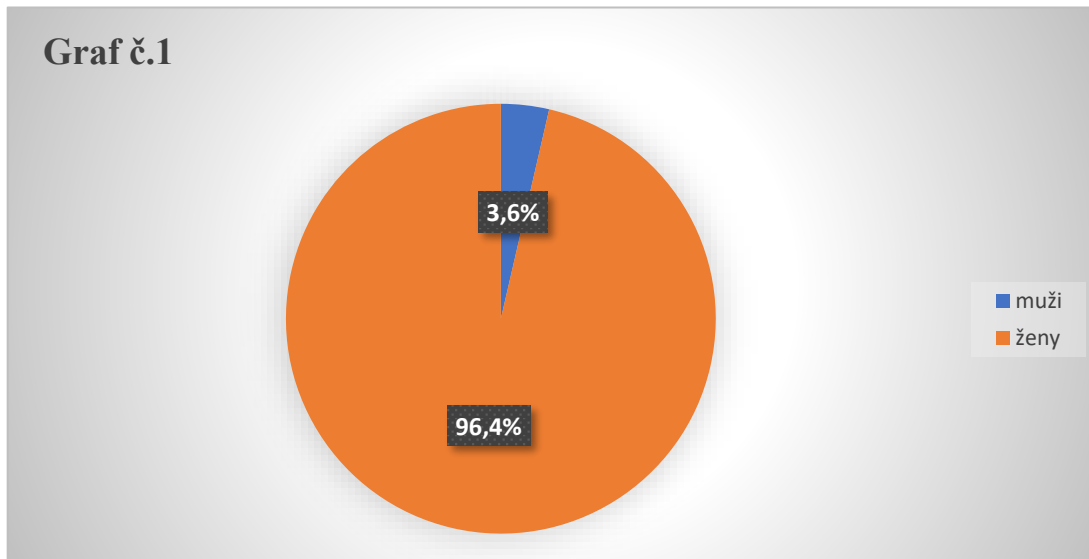
Ciele prieskumu

Hlavný cieľ prieskumu: *Zistiť, ako vnímajú sestry na vybraných oddeleniach fenomén nedokončenej ošetrovateľskej starostlivosti v kontexte bezpečnosti pacienta.*

Čiastkové ciele:

- Zistiť, ako vnímajú sestry na vybraných oddeleniach bezpečnosť pacienta.
- Zistiť, ktoré intervencie sú najčastejšie nedokončené z pohľadu sestier na vybraných oddeleniach.
- Zistiť, ktoré faktory ovplyvňujú nedokončenie intervencií u pacientov z pohľadu sestier na vybraných oddeleniach.

Prieskumová vzorka



Graf 1 Pohlavie respondentov.

Zdroj: vlastné vypracovanie.

Uvedený graf nám zobrazuje a znázorňuje počet žien a mužov, ktorí sa do prieskumu zapojili. Prieskumu sa zúčastnilo 80 (96,4%) respondentov ženského pohlavia a 3 (3,6%) respondentov mužského pohlavia.

Tabuľka 1 Vek respondentov.

Vek respondentov	n	%
20 – 25 rokov	9	10,8%
26 – 35 rokov	19	22,9%
36 – 45 rokov	25	30,1%
46 a viac rokov	30	36,2%
Spolu	83	100%

Zdroj: vlastné vypracovanie.

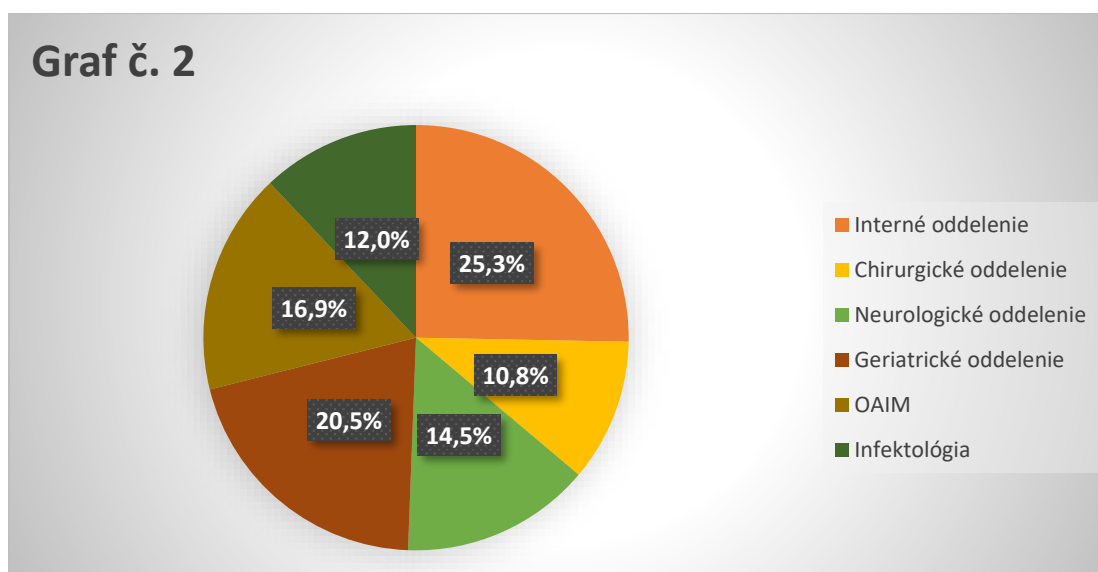
Do nášho prieskumu sa zapojilo 9 (10,8%) respondentov vo vekovej kategórii 20 – 25 rokov, 19 (22,9%) vo vekovej kategórii 26 – 35, 25 (30,1%) respondentov vo vekovej kategórii 36 – 45 rokov a 30 (36,2%) respondentov vo vekovej kategórii a viac rokov.

Tabuľka 2 Stupeň vzdelania respondentov.

Stupeň vzdelania	n	%
Stredoškolské s maturitou (SZŠ)	37	44,6%
Vysokoškolské vzdelanie 1. st. (Bc.)	20	24,1%
Vysokoškolské vzdelanie 2. st. (Mgr.)	22	26,5%
Vyššie odborné vzdelanie (VOV)	4	4,8%
Spolu	83	100%

Zdroj: vlastné vypracovanie.

Zo získaných údajov vyplýva, že 37 (44,6%) respondentov má ukončené stredoškolské vzdelanie s maturitou. Hneď za tým nasleduje vysokoškolské vzdelanie 2. st. (Mgr.) v počte 22 (26,5%), ďalej pokračuje vysokoškolské vzdelanie 1. st. (Bc.) v počte 20 (24,1%) Nakoniec vyššie odborné vzdelanie v počte 4 (4,8%).

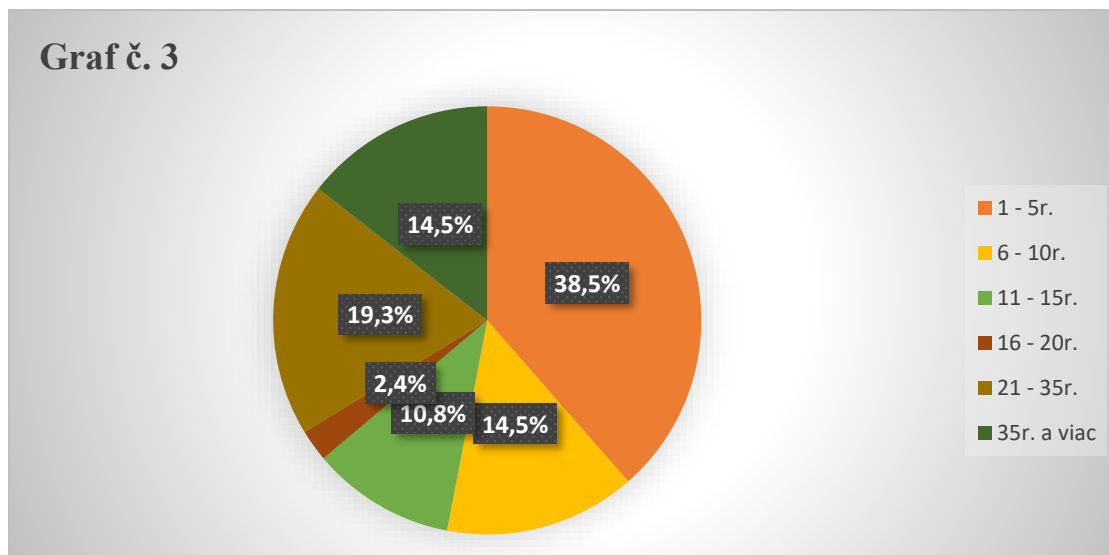


Graf 2 Pracovisko respondentov.

Zdroj: vlastné vypracovanie.

Uvedený graf nám znázorňuje na akých oddeleniach respondenti pracujú. Z prehľadného grafu môžeme vidieť, že najviac respondentov označilo interné oddelenie a to 21 respondentov, čo je 25,3%, ďalej pokračuje geriatrické oddelenie a to 17 (20,5%) respondentov. 14 (16,9%) respondentov označilo oddelenie OAIM. Neurologické oddelenie označilo 12 (14,5%) respondentov. 10 (12,0%) respondentov označilo oddelenie infektológie a 9 (10,8%) respondenti označili chirurgické oddelenie.

Graf č. 3



Graf 3 Dĺžka praxe respondentov.

Zdroj: vlastné vypracovanie.

Uvedený graf nám znázorňuje dĺžku praxe našich respondentov. Ako môžeme vidieť z výsledkov nášho grafu, tak najviac odpovedí zaznelo u respondentov s dĺžkou praxe 1 – 5 rokov v počte 32 (38,5%), ďalej s dĺžkou praxe 21 – 35 rokov sa respondentov zapojilo v počte 16 (19,3%), s dĺžkou praxe 6 – 10 rokov sa zapojilo v počte 12 (14,5%) respondentov, respondenti s dĺžkou praxe 35 a viac rokov sa zapojilo v počte 12 (14,5%), s dĺžkou praxe 11 – 15 rokov sa zapojilo v počte 9 (10,8%) respondentov a s dĺžkou praxe 16 – 20 rokov sa zapojilo v počte 2 (2,4%).

VÝSLEDKY

Prieskumnú vzorku tvorilo 83 respondentov

- Žien – 96,4%
- Mužov – 3,6%

Vek respondentov

- Najčastejšia veková kategória respondentov je od 46 a viac rokov.

Stupeň vzdelania respondentov

- Najčastejšia vzdelanostná kategória respondentov je stredoškolské s maturitou.

Pracovisko respondentov

- Najčastejšie pracovisko respondentov je interné oddelenie.

Prieskumná otázka č. 1

Ako vnímajú sestry na vybraných oddeleniach bezpečnosť pacienta?

Je podľa vášho názoru bezpečnosť pacienta na 1. mieste?	Najčastejšia odpoveď „áno“ 75,9%
Myslíte si, že nedokončené, zmeškané alebo neurobené ošetrovateľské intervencie ohrozujú bezpečnosť pacienta?	Najčastejšia odpoveď „áno“ 36,2%

Prieskumná otázka č. 2

Ktoré intervencie sú najčastejšie nedokončené z pohľadu sestier na vybraných oddeleniach?

Aké ošetrovateľské intervencie na svojej zmene najčastejšie zmeškáte, nedokončíte alebo neurobíte počas zmeny?	Najčastejšia odpoveď „chôdza s pacientom“ 45,8%
Stalo sa Vám, že ste pacienta nenakrmili, alebo ho zabudli nakrmiť kvôli nedostatku času?	Najčastejšia odpoveď „nie“ 50,6%
Stalo sa Vám, že ste pacienta nenapoložovali, alebo zabudli napoložovať včas kvôli nedostatku času?	Najčastejšia odpoveď „nie“ 32,5%
Stáva sa Vám, že pre nedostatok času pacientovi neposkytnete dostatočnú hygienu?	Najčastejšia odpoveď „nie“ 41%
Je pre Vás edukácia súčasťou liečby a využívate ju?	Najčastejšia odpoveď „áno“ 51,8%

Prieskumná otázka č. 3

Ktoré faktory ovplyvňujú nedokončenie intervencií u pacientov z pohľadu sestier na vybraných oddeleniach?

Čo je podľa vášho názoru dôvodom zmeškania, nedokončenia, vynechania ošetrovateľských intervencií v súčasnej ošetrovateľskej praxi?	Najčastejšia odpoveď „veľa pracovných úloh“ 78,3%
Pocít'ujete na Vašom oddelení, že máte veľa pracovných úloh?	Najčastejšia odpoveď „áno“ 68,7%
Je v prípade nejakej PN sestry personál doplnený?	Najčastejšia odpoveď „nie“ 50,6%
Je podľa vášho názoru na Vašom oddelení dobrá tímová spolupráca?	Najčastejšia odpoveď „áno“ 38,6%
Je medzi Vami sestrami a lekármi na Vašom oddelení dobrá komunikácia?	Najčastejšia odpoveď „áno“ 47%

Diskusia

Svetová zdravotnícka organizácia predpokladá, že systémy zdravotnej starostlivosti by sa mali snažiť o zlepšenie v šiestich dimenziách kvality. Tieto dimenzie kvality sú efektívnosť, dostupnosť, prijateľnosť/orientácia na pacienta, rovnosť a bezpečnosť (WHO, 2006). Poskytovanie kvalitnej ošetrovateľskej starostlivosti je základným predpokladom naplnenia všetkých rozmerov systémov zdravotnej starostlivosti. Neúplné poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti má vplyv na kvalitu starostlivosti a vyvoláva rastúce obavy v oblasti zdravotnej starostlivosti.

Realizovali sme prieskum metódou dotazníka vlastnej konštrukcie na vybraných oddeleniach v NsP Š.Kukuru v Michalovciach a v nemocnici Vranov nad Topľou. Do prieskumu sa zapojilo 83 sestier z interného, neurologického, chirurgického, geriatrického (ODCH), infektologického oddelenia a OAMIS.

Zo získaných demografických údajov nášho prieskumu vyplýva, že v našom prieskume prevládali respondenti ženského pohlavia 96,4%. Vo vekovej kategórii 46 rokov a viac rokov sa prieskumu zúčastnilo 36,2% respondentov, vo veku 36 – 45 rokov 30,1% respondentov, vo veku 26 – 35 rokov 22,9% respondentov a najmenej respondentov vo veku 20 – 25 rokov sa prieskumu zúčastnilo 10,8% respondentov. 44,6% respondentov sa zúčastnilo so stredoškolským vzdelaním s maturitou (SZŠ), 26,5% respondentov s ukončeným vysokoškolským vzdelaním 2. st. (Mgr.). 24,1% respondentov s ukončením vysokoškolským vzdelaním 1. st. (Bc.) a nakoniec 4,8% respondentov s ukončením vyššieho odborného vzdelania (VOV). 25,3% respondentov sa zúčastnilo z interného oddelenia, 20,5% respondentov z geriatrického oddelenia, 16,9% respondentov z OAIM, 14,5% respondentov z neurologického oddelenia, 12,0% respondentov z oddelenia infektológie a 10,8% respondentov sa zúčastnilo z chirurgického oddelenia. 38,5% respondentov sa zúčastnili s dĺžkou praxe od 1 – 5 rokov. 19,3% respondentov od 21 – 35 rokov. 14,5% respondentov s dĺžkou praxe od 6 – 10 rokov a taktiež aj 14,5% respondentov viac ako 35 rokov. 10,8% respondentov s dĺžkou praxe od 11 – 15 rokov a 2,4% respondentov sa zúčastnilo s dĺžkou praxe od 16 – 20 rokov.

NÁVRHY A ODPORÚČANIA PRE PRAX

Pre manažment nemocníc odporúčame:

- z hľadiska pracovnej záťaže sestier zvýšiť počet personálu na oddeleniach, aby sa znížili nenaplnené potreby pacientov,
- zabezpečiť dostatok potrebných pomôcok pre realizáciu ošetrovateľských intervencií,
- realizovať školenia o bezpečnosti pacienta,
- angažovať sestry v procese realizácie politiky kvality.

Pre sestry odporúčame:

- dodržiavať postupy podľa ošetrovateľských štandardov pri realizácii ošetrovateľských výkonov a intervencií u pacienta,
- vyvarovať sa nedokončených, zmeškaných alebo nezrealizovaných ošetrovateľských intervencií,
- angažovať sa v procese zabezpečovania politiky kvality na svojom oddelení,
- upozorňovať manažment oddelenia na dôvody nedokončenej, zmeškanej starostlivosti,

- z hľadiska bezpečnosti pacienta vyvarovať sa fenoménu „to nie je moja práca“.

Záver

Nedokončená starostlivosť je významným problémom v nemocniciach akútnej aj chronickej starostlivosti na celom svete. Bakalárska práca je zameraná na identifikovanie príčin nedokončenej, zmeškanej alebo chýbajúcej ošetrovateľskej starostlivosti v súčasnej ošetrovateľskej praxi. Mali sme príležitosť sa bližšie oboznámiť s týmto novým fenoménom v teoretickej časti, kde sme čerpali literárne zdroje, ktoré sú uvádzané v použitej literatúre. Realizovali sme prieskum, kde hlavným cieľom bolo: *Zistiť, ako vnímajú sestry na vybraných oddeleniach fenomén nedokončenej ošetrovateľskej starostlivosti v kontexte bezpečnosti pacienta.*

Na zber dát sme použili dotazník vlastnej konštrukcie, ktorý bol určený sestram. Prieskum sme realizovali v mesiaci január v NsP Štefana Kukuru v Michalovciach a v nemocnici Vranov nad Topľou na vybraných oddeleniach. Prostredníctvom nášho prieskumu sme zistili, že fenomén nedokončenej, zmeškanej alebo chýbajúcej ošetrovateľskej starostlivosti, na vybraných oddeleniach existuje. Najčastejšie sestry nedokončia, alebo vynechajú chôdzu s pacientom, edukáciu pacienta, záznam do dokumentácie. Najčastejším faktorom, ktorý prispieva k fenoménu nedokončenej starostlivosti v súčasnej ošetrovateľskej starostlivosti patrí: veľa pracovných úloh, málo personálu a málo času. Na základe nášho prieskumu môžeme konštatovať, že sestry vnímajú zachovávanie bezpečnosti pacienta ako prioritu a tiež to, že nedokončené, zmeškané alebo nezrealizované ošetrovateľské intervencie naozaj môžu ohroziť bezpečnosť pacienta. Nedostatok personálu môže negatívne vplyvať na celkovú spokojnosť sestier a ich zotrvanie na pracovisku. Ciele prieskumu sa nám podarilo splniť aj vďaka sestram, ktoré boli ochotné vyplniť náš dotazník.

Bibliografia

- BARTOČÍKOVÁ, D. – KALÁNKOVÁ, D. – MIKŠOVÁ, Z. – ŽIAKOVÁ, K. – TOMOVÁ, Š. *Defining individual dimensions of patient safety culture. In Ošetrovateľstvo: teória, výskum, vzdelávanie* [online] 2018, roč..8, č. 2, pp. 38-45. ISSN 1338-6263. [online]. [cit. 2022-04-22]. Dostupné na: <http://www.osetrovatelstvo.eu/archiv/2018-rocnik-8/cislo-2/definovani-jednotlivych-dimenzi-kultury-bezpecnosti-pacientu>.
- BENDO VÁ, J. – VAVERKOVÁ, I., 2012. *Bezpečnosť pacienta v primárnej starostlivosti na Slovensku*. In *Via Practica*. 2012, roč. 9, č. 1, [online]. [cit. 2022-02-02]. Dostupné na: <https://www.solen.sk/casopisy/via-practica/bezpecnost-pacienta-v-primarnej-starostlivosti-na-slovensku>.
- DIMUNOVÁ, L. 2017, *Zborník: Ošetrovateľstvo 2020 – Trendy, zmeny a budúcnosť*. 300 s. ISBN 978-80-8132-166-5. <files/2019/2019-rocnik-9-cislo-1.pdf>.
- KALISCH, B., J. 2006. Missed Nursing Care. In *Journal of Nursing Care quality*. 2006, Vol. 21, No. 4, pp. 306-313, doi:10.1097/00001786-200610000-00006, ISSN 1057-3631. [online]. [cit. 2022-12-10]. Available on: https://www.researchgate.net/publication/6809817_Missed_Nursing_Care_A_Qualitative_Study.
- KALISCH, B. J. – LANDSTROM, G. L. – HINSHAW, A. D. 2009, *Missed Nursing Care: A concept analysis*. In *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 65, No. 7, p. 1509-1517, ISSN 1356-2648. [online]. [cit. 2022-02-02]. Available on:

<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05027.x>.

SOVÁRIOVÁ SOÓSOVÁ, M. - ZAMBORIOVÁ, M. - MURGOVÁ, A. 2017. Hospital patient safety culture in Slovakia. In *Ošetrovateľstvo: teória, výskum, vzdelávanie. 2017*, vol. 1, No. 1, pp. 12-19. [online]. [cit. 2022-02-02]. Dostupné na: <https://www.oseetrovateľstvo.eu/archiv/2017-rocnik-7/cislo-1/kultura-bezpecnostipacienta-v-nemocniciach-na-slovensku>.

WHO. 2006. *Quality of care: A process for making strategic choices in health systems*. [online]. [cit. 2022-04-22]. Available at: [http://gbv.ebib.com/patron/FullRecord .as px?p=284667](http://gbv.ebib.com/patron/FullRecord.aspx?p=284667).

OŠETROVATEĽSKÉ INTERVENČIE U UTEČENCOV VO VEĽKOKAPACITNOM CENTRE V MICHALOVCIACH

NURSING INTERVENTIONS FOR REFUGEES IN THE LARGE CAPACITY CENTRE MICHALOVCE

Lacová Michaela

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

Detailované pracovisko bl. Metóda Dominika Trčku Michalovce

E-mail: michaelalacova.232@gmail.com

Školiteľ/scientific adviser: doc. PhDr. Mária Popovičová, PhD., mim. prof., MBA

Abstrakt

Úvod: Bakalárska práca, sa člení na dve hlavné časti. Teoretická časť práce je prvá časť, v ktorej sa sústreďuje najmä na definíciu a základnú terminológiu, v danej oblasti interkultúrneho ošetrovateľstva. Poukážeme tak na dôležitosť prijatia, akceptácie a taktiež na dôležitosť komunikácie v profesii zdravotného personálu.

Metódy: Prieskumnú vzorku tvorilo 1351 osôb. Metódou získavania informácií bol dotazník, ktorý sme spracovali a vyhodnotili údaje, ktoré sme následne poukázali na grafoch a v tabuľkách.

Výsledky: Druhá časť bola zameraná na časť praktickú a na to s čím sme sa stretli vo veľkokapacitnom centre, pri ošetrovaní migrujúcich Ukrajincov.

Záver: Záverom sme získali určité dáta, ktoré nám slúžili ako podklad pre návrhy pre prax a mohli tak na základe praktickej časti potvrdiť alebo vyvrátiť teoretické poznatky.

Keľúčové slová

migrácia, multikultúra, ošetrovateľstvo, zdravotný personál

Abstract

Introduction: The theoretical part of the thesis is the first part, which mainly focuses on the definition and basic terminology, in the field of intercultural nursing. Thus, we point out the importance of acceptance, acceptance and also the importance of communication in the health care profession.

Methods: The method of obtaining information was a questionnaire, which we processed and evaluated the data, which we then highlighted in graphs and tables.

Results: The results are elaborated in the second part of the thesis, which focused on the practical part and on what we encountered in the large capacity centre, when treating migrant Ukrainians.

Conclusion: Finally, we obtained some data that served as a basis for suggestions for practice and could thus confirm or refute the theoretical findings on the basis of the practical part.

Keywords

migration, multicultural, nursing, healthcare staff

Úvod

Každý človek počas života zažije chvíle, keď je vystavený neľahkým situáciám a ťažkým podmienkam. Tieto momenty a chvíle vyvolávajú u človeka stres a zároveň to vedie k nadmernej záťaži organizmu a často až k nezvládaniu danej situácie. Tieto pojmy ako stres a záťaž sa v psychológii a literatúre definujú veľmi podobným spôsobom, ktorý poukazuje na ich identický význam. Rozdiel je však v tom, že na záťaž je človek schopný reagovať kladne a ľahšie sa s týmto faktom dokáže vyrovať, avšak pri strese je to naopak. Stres spôsobuje také podmienky, na ktoré človek nevie reagovať kladne. Z hľadiska ošetrovateľstva, ktoré sa venuje záťaži už niekoľko rokov, dochádza k výraznému rozlišovaniu týchto dvoch pojmov.

Téma práce je veľmi úzko spätá s oboma pojmi a zaujala ma hlavne v súvislosti so situáciou, ktorá náhle vznikla v životoch ľudí na úteku. Útek, strach z neznáameho, boj o vlastný život, toto všetko sú faktory, ktoré do značnej miery vyvolávajú stres a sú negatívnou záťažou pre človeka. Toto všetko má vplyv aj na zdravie, jednak psychické ako aj fyzické. Odráža sa to aj na samotnej komunikácii pacienta s ošetrojúcim personálom, lekármi, či zdravotnými sestrami. Nedôvera, únava, hanblivosť, strach z nepochopenia, ktorý vzniká v dôsledku existencie jazykovej bariéry, toto všetko hrá významnú rolu v momente príchodu cudzojazyčných ľudí do veľkokapacitného centra v Michalovciach.

Práca s ukrajinskými migrantmi a utečencami vo VKC

Ukrajinský imigranti v roku 2015 tvorili 30% všetkých cudzincov s povolením na pobyt na Slovensku. Vo všeobecnosti patria Ukrajinci k najaktívnejšej menšine na Slovensku. Sú aktívni v mnohých smeroch, organizujú kultúrne a spoločenské podujatia. Majú svoje divadelné a folklórne súbory, vďaka ktorým sa snažia uchovávať svoje nehmotné dedičstvo.

Vo všeobecnosti je známe, že mnoho Ukrajincov opúšťalo Ukrajinu z viacerých dôvodov, jedným z nich je aj prebiehajúci vojnový konflikt. Dôvody na odchod, respektíve migráciu sa týkajú najmä vzdelania a zlých pracovných podmienok, tie vedú k chudobe a súčasne nútia populáciu k migrácii za lepšími podmienkami. Na Slovensku sa však už dávno pred tým vyskytovala veľmi početná skupina Ukrajincov. Aj napriek tomu, že sa od nás výrazne nelíšia, ich kultúra má určité špecifikácie, ktoré by zdravotná sestra mala poznať. Tieto vedomosti sú dôležité najmä preto aby ošetrojúci zdravotnícky personál pochopil spôsob ich konania, reakcie, podnety a požiadavky.

Ak sa teda zameriame na kultúru, znaky ktoré sú podobné tej našej majú pôvod najmä z kresťanstva. Podľa štúdií, tak ako aj u nás na Slovensku je zaužívané, že životelom rodiny je muž. Aj napriek tomu, že väčšina populácie je veriaca, z dôvodu chudoby klesá pôrodnosť a taktiež je u nich povolený potrat aj vo vyššom štádiu tehotenstva. Chudoba však úzko súvisí aj so vzdelaním a následným uplatnením sa v odbore. Čo sa týka zdravotníctva to je hodnotené veľmi nízko a ma veľmi negatívne odozvy vo svete, nakoľko pacient si musí všetko hrať a zakúpiť sám. Z ľudského hľadiska však ide o empatických ľudí, ktorí sú nenároční, empatickí, skromní a emocionálne stabilní. Najväčšia bariéra je však jazyk. V rámci komunikácie sa dá pozorovaním zistiť, že aj napriek tomu, že sú nedochvíľni, dbajú na to ako sa prezentujú, neskáču do reči, sú trpezliví a nerozhodujú sa spontánne.

Ak hovoríme o ich kultúre stravovania, ich jedálniček sa od toho nášho veľmi nelíši. Strava je bohatá na mäso, polievky a omáčky. Tento poznatok vieme pri starostlivosti o pacientov tejto kultúry zhodnotiť, že nároky na jedlo nie su nadštandardné a špecifické. Strava je podobná tej našej a netreba sa obávať obstarávania špeciálnych surovín, ako napríklad u pacientov

židovskej kultúry. Taktiež je dobré poznamenať, že pri diagnostických a terapeutických výkonoch a metódach nie sú žiadne bariéry, ako v iných kultúrach, no vždy je lepšie informovať sa u rodinných príslušníkov.

Mnohí z týchto utečencov opustili svoje domovy v dôsledku bezpečnostných rizík a konfliktu, ktorý pre nich ich bezpečnosť a životy predstavovala hrozbu. Mnohí utečenci sa usadili v iných častiach Ukrajiny, ale mnoho z nich sa rozhodlo hľadať útočisko v zahraničí, vrátane krajín ako Poľsko, Nemecko a Slovensko. Proces migrácie ukrajinských utečencov zvyčajne začína hľadaním miesta, kde by sa mohli uchýliť pred konfliktom a následným kontaktným bodom s miestnymi orgánmi, ktoré sa zaoberajú otázkami súvisiacimi s utečencami. Zriadenie humanitárnej pomoci ukrajinským utečencom bol proces, ktorý zahŕňal niekoľko krokov a organizácií. Zvyčajne začína rozhodnutím vlády krajiny, v ktorej sa utečenci nachádzajú, o poskytnutí humanitárnej pomoci a zriaďovaní centier, ktoré budú poskytovať pomoc. Konkrétne na Slovensku boli zapojené do humanitárnej pomoci organizácie ako napríklad Slovenský červený kríž ktorý poskytol zdravotnícku starostlivosť a zabezpečil ubytovanie a potraviny pre utečencov.

Ďalej to boli:

- Lekári bez hraníc (Médecins Sans Frontières) táto organizácia poskytla zdravotnícku starostlivosť pre utečencov v stredisku v Gabčíkove.
- Úrad Vysokého komisára OSN pre utečencov (UNHCR) - UNHCR poskytol odbornú a technickú podporu pri riešení humanitárnej krízy a zabezpečil ubytovanie a podporu pre utečencov.
- Medzinárodná organizácia pre migráciu (IOM) - IOM zabezpečila dopravu utečencov a poskytovala poradenstvo v súvislosti s ich migráciou.
- Nadácia Pontis - Nadácia Pontis zabezpečila právnu pomoc pre utečencov a koordinovala dobrovoľnícku pomoc a podporu.
- IPčko- psychologická pomoc poskytovala svoje služby nielen na hraničných priechodoch, ale aj vo VKC Michalovce. Mnohokrát úzko spolupracovali so zdravotníckym intervenčným tímom.
- Zdravotnícky intervenčný tím bol zložený z lekárov, zdravotných sestier a iného zdravotníckeho personálu, ktorý bol priamo prítomný v centrách a poskytoval zdravotnú starostlivosť pre utečencov. V tomto tíme účinkovali aj študenti Vysokej školy sv. Alžbety, pedagógovia absolventi a rôzni iní dobrovoľníci ktorí poskytovali zdravotnú pomoc v spolupráci s Vysokou školou.

Nepostrádateľnou zložkou pri ošetrovaní ľudí vyhľadávajúcich zdravotnú pomoc z rôznych dôvodov boli práve tlmočníci, ktorí boli nápomocní pri komunikácii s pacientmi. Pri úspešnej liečbe pacienta zohráva veľmi dôležitú úlohu práve komunikácia, či už verbálna alebo neverbálne mnohé sa však dozvieme práve od pacienta. Tlmočníci, ktorí pôsobili ako dobrovoľníci v areáli veľkokapacitného centra alebo v rámci intervenčného tímu ako lekári, sestry alebo študenti ovládajúci jazyk zrozumiteľný tejto skupine ľudí tak zabezpečovali preklad na oboch stranách, či už tlmočili lekárovi ťažkosti pacienta, alebo odovzdávali dôležitú informáciu pacientovi, aby mohol byť zdravotný stav zlepšený čo najefektívnejšie.

Tieto organizácie a dobrovoľníci pracovali v spolupráci s vládnymi orgánmi a miestnymi komunitami, aby poskytli humanitárnu pomoc ukrajinským utečencom a zmiernili humanitárnu krízu. Na začiatku krízy t.j. 24. februára 2022 sa väčšina pomoci sústredila na Slovensko-ukrajinských hraniciach, kde tieto organizácie spolu s inými pôsobili v plnom nasadení. Ďalej sa táto pomoc prispôbovala podmienkam, ktoré si táto situácia vyžadovala, a tak sa v najbližšom väčšom meste vytvorilo práve Veľkokapacitné centrum v Michalovciach. Bolo tomu tak práve kvôli tomu, aby sa ľuďom migrujúcim z Ukrajiny mohla poskytovať humanitárna pomoc v plnom rozsahu, keďže na hraniciach boli vytvorené provizórne podmienky na poskytnutie iba základnej pomoci zväčša pre ľudí ktorý nechceli ostať v krajine na dlhší čas. Avšak starostlivosť o ľudí žiadajúcich o azyl na Slovensku nebola plne zriadená a zabezpečená oficiálnym postupom, kde by títo ľudia mohli byť presmerovaní. Do istého času, hlavne v prvých dňoch migrantom bola poskytnutá humanitárna pomoc z veľkej časti pomocou dobrovoľníkov a rôznych spoločností, ktorí sa rozhodli im poskytnúť bezplatné ubytovanie, stravu, a iné základné potreby iba na základe vlastnej iniciatívy bez akejkoľvek pomoci od štátu. Ministerstvo vnútra tak 14. marca 2022 urobilo kroky na zefektívnenie procesov na hraničných priechodoch, kde po vypuknutí vojny na Ukrajine vznikali stanové mestečky s podporou štátu, dobrovoľníkov, cirkví a samospráv. Základnou prioritou bolo koncentrovať pomoc prichádzajúcim utečencom v multifunkčných veľkokapacitných centrách, kde budú mať zabezpečené všetky potreby a služby na jednom mieste. Prvé takéto posilnené centrum začalo fungovať v Michalovciach pri športovej hale. Na hraničnom priechode Vyšné Nemecké tak zostala len nevyhnutná infraštruktúra, a to zdravotná a psychologická pomoc, sociálne zariadenia, infostánok s informáciami o možnostiach pobytu, veterinárna starostlivosť a občerstvenie.

Po tom, čo boli utečenci registrovaní a bola im poskytnutá potrebná pomoc a zdravotná starostlivosť, sa mohli rozhodnúť, či zostanú v krajine, do ktorej dorazili, alebo pokračujú v ceste do inej krajiny, kde by mohli získať štatút utečenca.

Cesta do inej krajiny však môže byť veľmi nebezpečná a náročná. Mnoho utečencov sa snaží prekonať rôzne prekážky, ako sú hranice, nebezpečné terény a s tým je spojené riziko pašovania ľudí. Niektorí z utečencov cestujú sami, zatiaľ čo iní sa rozhodli cestovať v skupine, aby zvýšili svoju šancu na prežitie. Napriek tomu, že migrácia je pre utečencov náročná a nebezpečná, pre mnohých z nich predstavuje jedinou cestu k získaniu bezpečia a lepšieho života pre seba a svoje rodiny.

Metodika prieskumu

Zdravotné sestry v zdravotnom intervenčnom tíme majú zodpovednú úlohu pri zabezpečovaní zdravotnej starostlivosti pre utečencov pretože pomáhajú zabezpečiť ich prístup k primeranej lekárskej starostlivosti a liečbe. Ich práca prispieva k zlepšeniu zdravia a kvality života utečencov, ktorí sa snažia začleniť do nového prostredia.

Sesterské intervencie vo veľkokapacitnom centre v Michalovciach zahŕňajú rôzne zdravotné opatrenia a zásahy, ktoré majú za cieľ zabezpečiť zdravie a pohodu utečencov. V rámci dokumentácie pacientov, ktorým bola poskytnutá profesionálna pomoc sme vytvorili dotazník, kde boli zaznamenané hlavne základné údaje o klinickom obraze pacienta a demografické údaje. U niektorých bolo možné zaznamenať aj vakcináciu proti ochoreniu COVID-19, ktorým bola sprevádzaná utečenecká kríza. Zberom a následným spracovaním týchto dát sme v našej

práci chceli zmapovať najčastejšie komplikácie u pacientov v rámci problematiky multikulturného ošetrovateľstva, ich spracovanie v diskusnej časti a následne vytvorenie odporúčaní pre prax.

Prieskumný proces:

- vymedzenie prieskumného problému, na základe ktorého sme zadefinovali teoretické východiská a určili ďalšie kroky na realizáciu
- vypracovanie prieskumných otázok
- vytvorenie dotazníka zameraného na určenú problematiku
- postupný zber dát u prichádzajúcich respondentov
- analýza a spracovanie výsledkov
- výsledné spracovanie odporúčaní pre prax

Vymedzenie činností sestier vo VKC Michalovce

Sestry v veľkokapacitnom centre v Michalovciach mali kľúčovú úlohu pri zabezpečovaní zdravia a pohody utečencov. Ich intervencie a zásahy pomáhali v spolupráci s lekárom minimalizovať zdravotné riziká a zlepšovať kvalitu života utečencov v centre.

Vymedzenie ošetrovateľských intervencií:

- Zabezpečenie primeranej zdravotnej starostlivosti pre utečencov, vrátane poskytovania základných zdravotných služieb, ako sú prehliadky, očkovanie, liečba bežných chorôb a poskytovanie zdravotnej starostlivosti pri poraneniach.
- Zabezpečenie hygieny a prevencie infekčných chorôb v centre. Sestry v centre zabezpečujú dezinfekciu zdravotníckeho priestoru a poskytujú informácie o základných hygienických opatreniach, aby sa minimalizovalo riziko šírenia infekcií.
- Monitorovanie zdravotného stavu utečencov a poskytovanie podpory a poradenstva pri psychických a fyzických problémoch. Sestry v centre sú k dispozícii na konzultácie a poskytujú rôzne zdroje podpory, vrátane psychologickéj pomoci a medikamentózne liečby.
- Zabezpečenie vhodnej stravy pre utečencov, ktorá zohľadňuje ich zdravotný stav a výživové potreby. Sestry v centre navrhujú výber jedál, aby boli zabezpečené základné potreby utečencov.

Ciele prieskumu

Hlavný cieľ: Ošetrovateľské intervencie u utečencov vo veľkokapacitnom centre Michalovciach.

Cieľ 1: Zistiť aké ťažkosti najviac trápili utečencov vo VKC a akým spôsobom bolo možné zmierniť/ odstrániť tieto problémy v danom prostredí.

Cieľ 2: Zistiť aké iné možnosti ošetrovania mali utečenci v prípade stavu ktorý si vyžadoval rozšírené diagnostické procedúry.

Cieľ 3: Zistiť frekvenciu typicky ženských ochorení v prieskumnej vzorke.

Cieľ 4: Zistiť frekvenciu typicky detských ochorení v prieskumnej vzorke.

Cieľ 5: Zistiť frekvenciu očkovaných pacientov proti ochoreniu COVID-19.

2.3 Prieskumné otázky

Prieskumná otázka: Aké ošetrovateľské intervencie sme vykonávali u utečencov vo veľkokapacitnom centre Michalovce?

Prieskumná otázka č.1: S akými ťažkosťami najčastejšie prichádzali utečenci do VKC Michalovce a aké príslušné intervencie boli následne realizované u konkrétnych komplikácií?

Prieskumná otázka č.2: Aký bol manažment pacienta vo VKC Michalovce?

Prieskumná otázka č.3: Aká početnosť pacientov bola s ochoreniami typickými pre pacientky ženského pohlavia?

Prieskumná otázka č.4: Aká početnosť pacientov bola s ochoreniami typickými pre detských pacientov?

Prieskumná otázka č.5: Aký bol počet pacientov s očkovaním na ochorenie COVID-19?

Prieskumný nástroj postupy zberu dát

Prieskum bol vykonaný pomocou vytvoreného dotazníka, v ktorom boli vopred vymedzené otázky týkajúce sa zdravotného stavu pacienta a demografické údaje. Tieto otázky boli vždy zaznamenané v rámci anamnézy pacienta.

Etické východiska prieskumu

Pri získavaní dát a informácii určitého charakteru, je potrebné dodržiavanie etiky a kódexu mlčanlivosti. Tieto princípy je potrebné dodržiavať nie len z hľadiska k práci ale aj z hľadiska respondentov, teda pacientov, ktorí sú skúmanou vzorkou.

Jedným zo spôsobov ako dodržať všetky právne predpisy, je anonymný prístup k opýtaným. Ide nie len o zachovanie dát, pri ktorých môže dôjsť k zlej manipulácii a zneužitiu, taktiež ma zabrániť vplyvu na odpoveď, nie len z dôvodu stresového faktora ale aj vykreslenia lepšej pozície, a zľahčovania problému. Okrem etického kódexu upravuje spracovanie informácii aj zákon o ochrane osobných údajov. Princíp anonymného dotazníka bol zvolený aj v dôsledku kultúrnej odchýlky, ktorú sme v praxi zistili. Nakoľko sme už v práci spomínali, mnoho pacientov- respondentov, malo problém s dôverou voči zdravotníckemu personálu ak nešlo o doktora, voči ktorému mali plnú dôveru. Dotazník bol preto jedným zo spôsobov ako získať čo najviac relevantných informácii.

Prieskumná vzorka

Na realizáciu prieskumu sa využil dotazník, ktorý obsahoval stanovené otázky o zdravotnom stave pacienta a jeho demografické údaje. Ako súčasť ošetrovateľského procesu boli tieto otázky vždy zahrnuté do anamnézy pacienta.

Celkovú vzorku prieskumu tvorilo 1351 respondentov, z toho 1019 bolo dospelých a 332 bolo detí. Z dospelých respondentov bolo 276 mužov a 161 chlapcov. Z dôvodu vojenskej situácie bolo v počte viac žien, pretože muži starší ako 18 rokov nemohli opustiť krajinu. Preto zo vzorky dospelé ženy tvorili 743 respondentov a deti ženského pohlavia tvorili 171 respondentov v prieskumnej vzorke. Deti zahŕňali vekové rozpätie od 0 do 17 rokov.

K prieskumnej otázke č.1 odpovedalo 1416 respondentov. Zatiaľ čo prieskumná otázka č.2 týkajúca sa manažmentu pacienta zahŕňa odpovede 1341 respondentov. Prieskumné otázky č.3 a č.4 sa týkali najmä skupín ktoré mali najväčšie zastúpenie a to detí a žien kde sme poukázali

na hlavné zdravotné ťažkosti vyskytujúce sa hlavne u týchto skupín a nakoniec v prieskumnej otázke č.5 počtu pacientov očkovaných na COVID-19, sme získali vzorku 406 odpovedí.

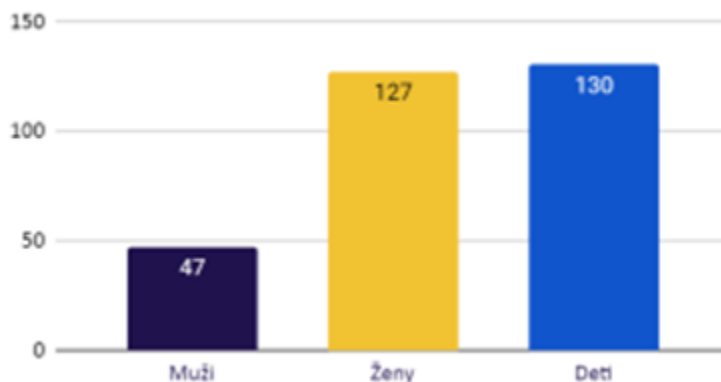
Analýza zberu dát

Analýza dát dotazníkových položiek

Prieskumná otázka č.1: S akými ťažkosťami najčastejšie prichádzali utečenci do VKC Michalovce a aké príslušné intervencie boli následne realizované u konkrétnych komplikácií?

Táto otázka sa zaoberá charakteristikou zdravotných ťažkosti počas migrácie u utečencov a vykonanými ošetrovateľskými intervenciami v spojitosti s danou komplikáciou.

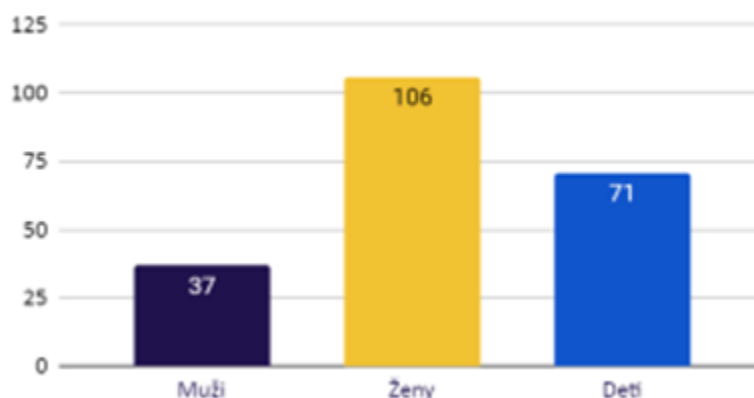
horné dýchacie cesty



Graf 1

Najväčšiu prevahu ochorení mali práve ochorenia horných dýchacích ciest. Najčastejšie sa vyskytovali v chladnejších obdobiach najmä u detí čo tvorilo 12,76% vzorky pričom mužov bolo najmenej v počte 4,61% a žien 12,46%. V dôsledku blízkeho kontaktu s už nakazenými osobami a fyzického vysilenia mali tieto nákazy nárazový vzostup. U týchto osôb sme sledovali fyziologické funkcie a určovali medikamentóznou liečbu pod dohľadom lekára.

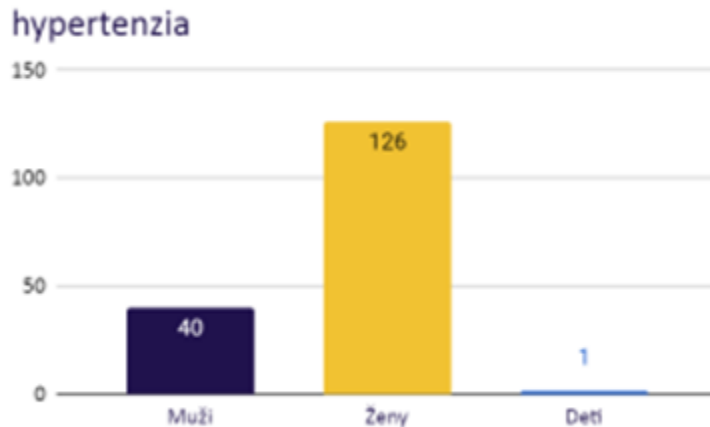
gastrointestinálne problémy



Graf 2

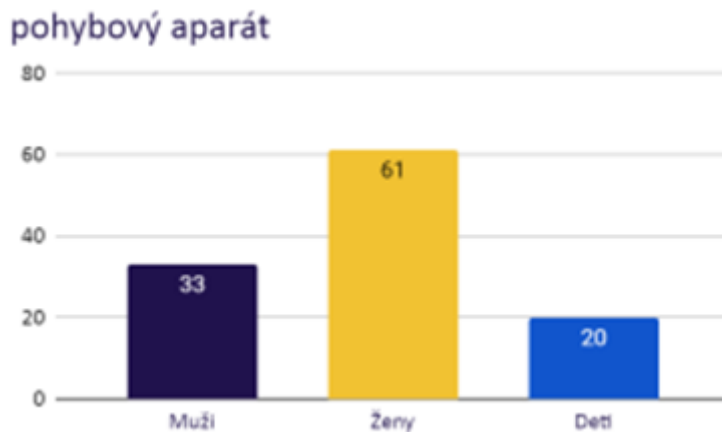
V dôsledku dlhého cestovania, pri ktorom mali sťažené podmienky k správnej hygiene a stravovaniu, sa okrem kinetózy vyskytovali rôzne tráviace ťažkosti ako dyspepsia, nauzea a vracanie. V týchto prípadoch mali pacienti okrem iného zabezpečené podmienky pre

zlepšenie stavu, a poučenie o ďalších krokoch, ktoré môžu realizovať v prípade, že mali naplánovanú cestu ďalej. Tento problém trápil v celku 214 osôb z čoho najviac GIT ťažkostí trápilo ženy 10,40%, druhou najčastejšou skupinou boli deti 6,97% a v najmenšom zastúpení 3,63% mužov.



Graf 3

Arteriálna hypertenzia sa javila byť najčastejším problémom medzi pacientmi. Zaznamenávalo sa vysoké zastúpenie arteriálnej hypertenzie u žien čo tvorilo 12,37% ďalej bolo zaznamenaných 3,93% mužov a v počte jedného dieťaťa to bolo 0,10%. Tieto stavy sa vyskytovali ako chronické alebo novovzniknuté a každému pacientovi bola poskytnutá základná medikamentózna liečba na určitú dobu. Meranie krvného tlaku a pulzov bolo samozrejmosťou. Pacienti boli taktiež odkázaní na pravidelné sledovanie ich stavu pod profesionálnym dohľadom v ambulanciách, aby sa predišlo ďalším komplikáciám spôsobeným arteriálnou hypertenziou.



Graf 4

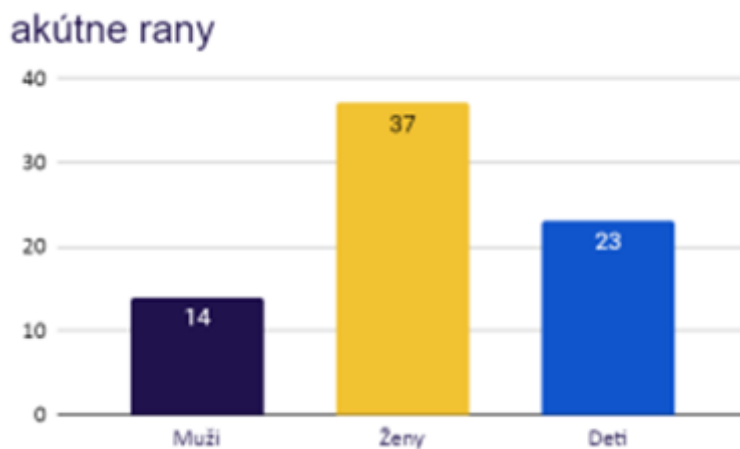
Problémy s pohybovým aparátom mali zväčša ľudia vyššieho veku. Migrácia, s ktorou bol spojený aj neustály pohyb, dlhé státie v radoch a nepriaznivé podmienky ako chlad, nevhodná obuv atď., zapríčinilo zhoršovanie stavu v oblasti pohybového aparátu. Hlavnou ošetrovateľskou intervenciou u týchto pacientov bolo zabezpečenie dostatočného oddychu v spojení s medikamentóznou liečbou v podobe rôznych analgetík vo forme mastí alebo tabliet.

U žien to bolo v zastúpení 5,99%, u mužov 3,24% a detí 1,96%.



Graf 5

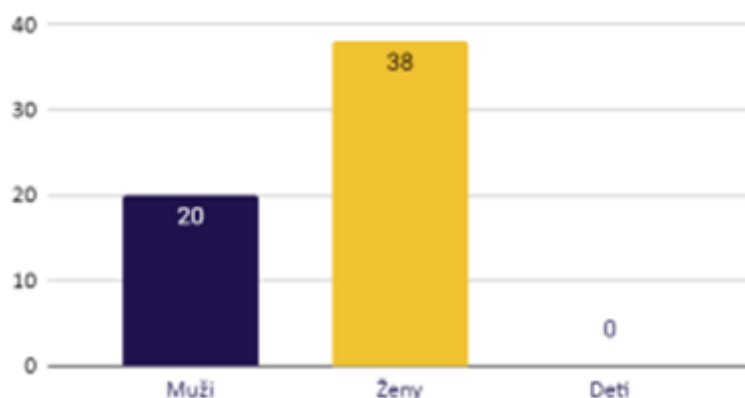
Náhla zmena a neistota u mnohých vyvolala reakciu v podobe rôznych psychických ťažkostí. Zdravotnícky tím sa v spolupráci s IPčkom t.j. psychologickou pomocou snažili poskytnúť všetkým čo najkomfortnejšie miesto, kde sa mohli cíť v bezpečí. Používané boli rôzne terapeutické cesty, kde medikamentózna liečba bola zväčša ako posledná. Najpoužívanejšou pomôckou bol “Timbo” terapeutická hračka, na ktorého reagovali veľmi pozitívne nielen deti ktorých bolo 0,39%, ale aj dospelí z čoho žien bolo 8,73% a mužov 1,57%.



Graf 6

S akútnymi ranami sme sa vo VKC Michalovce stretávali pomerne často, či už išlo o rôzne rezné, bodné, tržné rany v súvislosti s kritickou situáciou na Ukrajine, alebo bežné otlaky, odreniny, každá z nich vyžadovala špecifickú starostlivosť, kde sestra v rámci možností musela nasledovne dohliadať hlavne na správnu starostlivosť o tieto rany, aby ich liečba bola efektívna a taktiež edukovať pacienta, aby tieto opatrenia vykonával sám. Najvyššie percento bolo tvorené ženami 3,63%, 2,26% detí a na koniec 1,37% mužov.

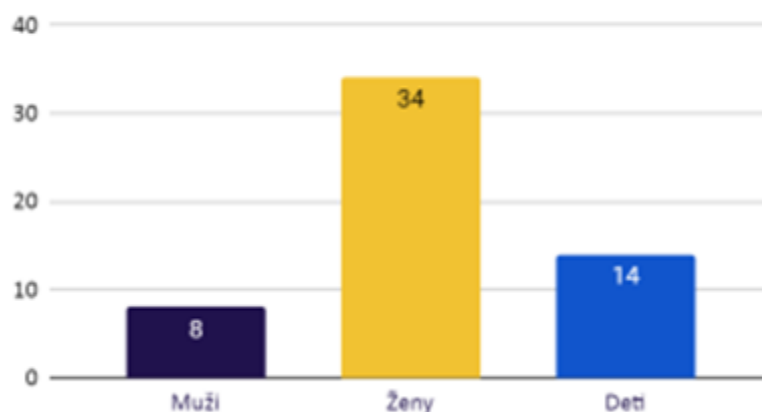
chronická bolesť



Graf 7

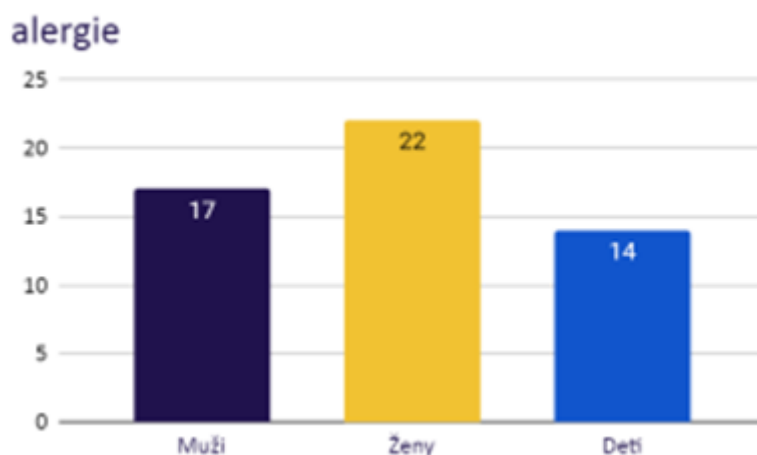
Chronická bolesť sa vyskytovala u rôznych pacientov najčastejšie však u žien 3,73% u mužov to bolo 1,96% a deti s chronickou bolesťou sa nevyskytli vôbec tj. 0,00% . Hlavným cieľom bolo zistiť pôvod a zmierniť príznaky spojené s touto bolesťou vo forme dostupnej medikamentózneho liečby. Ďalej boli pacienti presmerovaní na špecializované pracoviská, kde mohli riešiť podstatu ich problému.

dentálne problémy



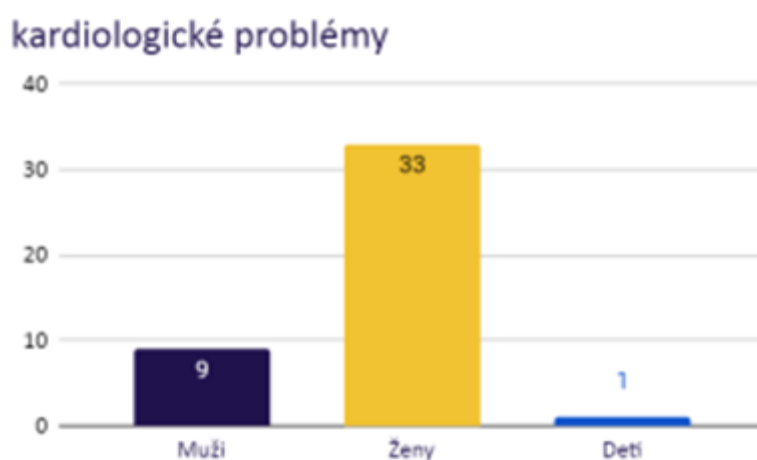
Graf 8

Symptómy dentálneho pôvodu boli často akútne stavy prevažne u žien 3,34%, kde vznikali rôzne parodontitídy, kazy, straty a bolesti zubov, problémy so zubnými náhradami, ale aj u detí ktorým sa počas cesty začali prerezávať zuby. Tieto komplikácie boli najčastejšie tlmené anagletikami, rôznymi dentálnymi gélnymi alebo obkladmi. Závažnejšie stavy boli odoslané do špecializovaných pracovísk. Mužov s týmito ťažkosťami bolo 0,79% a detí 1,37%.



Graf 9

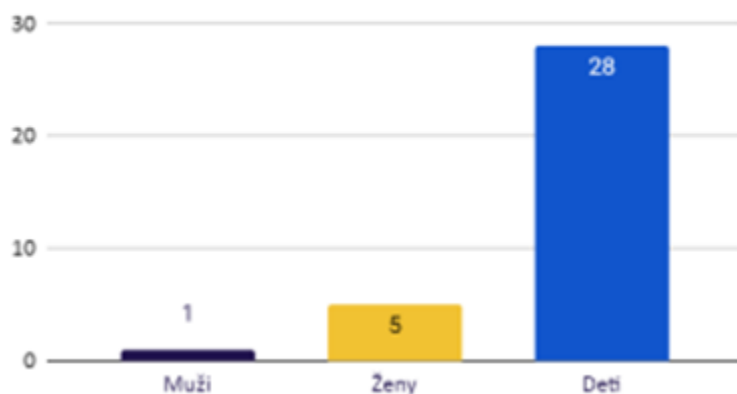
Alergie vo forme sennej nádchy, či rôzne iné sezónne a potravinové alergie boli problémom u všetkých vekových kategórií a pohlaví. Najčastejšou formou riešenia tohto problému bolo podanie antihistaminík na zmiernenie alergických príznakov. Ďalšou z ošetrovateľských intervencií bola samozrejme edukácia a prevencia, aby sa podobný stav u týchto ľudí neopakoval. Najvyššie percento tvorili ženy 2,16, detí 1,37% a mužov 1,67%.



Graf 10

Najčastejšie problémy boli kardiologického pôvodu. Tachykardie, pocit bolesti na hrudi, ale aj arteriálna hypertenzia. Každý osobe bola poskytnutá základná medikamentózna liečba aspoň na istú dobu. Meranie krvného tlaku a pulzov bolo u týchto pacientov samozrejmosťou. Ďalej boli zasielaní do ambulancií, aby stav mohli sledovať pod profesionálnym dohľadom dlhodobo a predišli tak následným možným komplikáciám. U žien sa vyskytovali tieto problémy v 3,24% u mužov 0,88% a u detí 0,10%.

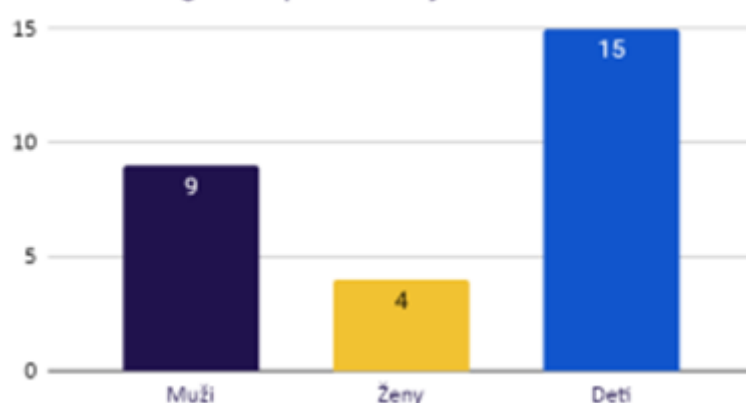
kinetóza



Graf 11

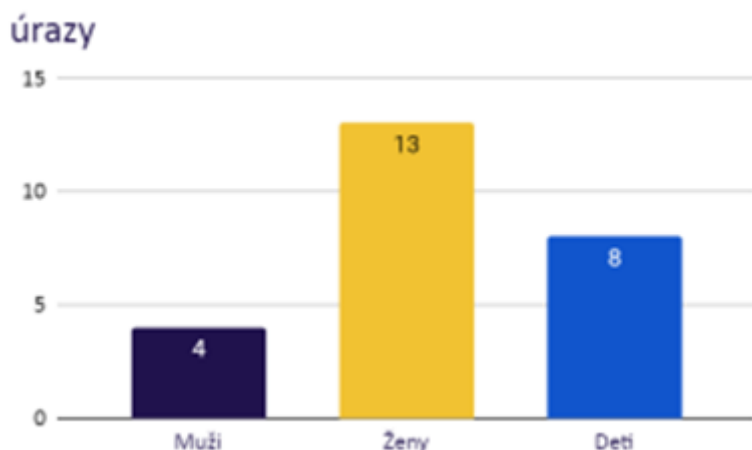
Kinetóza sa najčastejšie vyskytovala u detí tj 2,27% . Dlhé cesty autom alebo autobusom zapríčiňovali stav nevoľnosti, ktorý bol následne riešený oddychom a poskytnutím antiemetík. Tieto lieky boli pacientom podané tak, aby zvládli aj nasledujúcu cestu, ak sa nerozhodli zostať vo veľkokapacitnom centre. Dospeli však neboli výnimkou 0,49% žien a 0,10% mužov.

dermatologické problémy



Graf 12

Najnáchylnejšie k rôznym dermatologickým ťažkostiam boli deti 1,47% ďalej muži 0,88% a najmenej bolo žien 0,39%. Dôvodom mohli byť rôzne príčiny či už hygienického, hormonálneho, ale aj alergického pôvodu. Takéto stavy boli zväčša riešené veľmi individuálne v závislosti od noxy problému. Podávanie mastí, ale aj rôzne medikamentózne zabezpečenie. Od závažnosti stavu boli potom ďalej nasmerovaní aj na prešetrenie odborníkom.



Graf 13

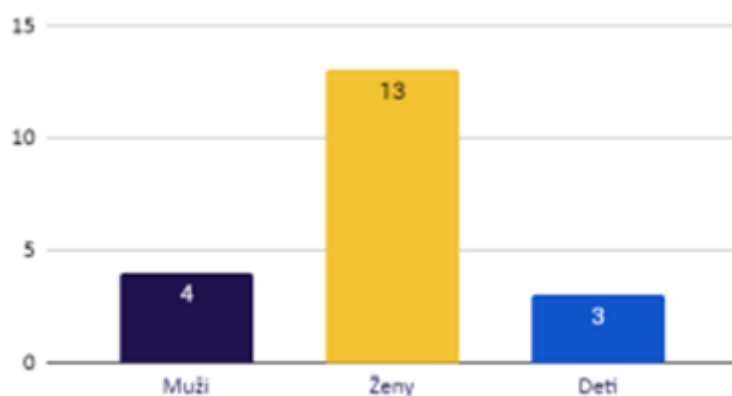
Najväčšiu početnosť úrazov sme zaznamenali práve u žien 1,28% v druhom rade u detí 0,79% a mužov 0,39%. Jednalo sa o traumy rôzneho typu. Vyvrtnutie členku, zlomeniny, natiahnutia svalstva a rôzne pády boli opäť riešené podľa závažnosti. Fixácia poranenej oblasti, obklady a poskytnutie liečby boli samozrejmosťou avšak závažné stavy boli riešené v spolupráci s miestnym zdravotníckym systémom a pacienti boli častokrát odkázaní aj na iné metódy, napríklad zobrazovacie a laboratórne, kedy musel byť určený exaktný stav daného poranenia a tak mohla byť poskytnutá vhodná liečba.



Graf 14

V oblasti gynekologických komplikácií sa prirodzene nachádza čisté zastúpenie žien 1,67%, kde aj vzorku detí 0,59% tvoria dievčatá do 17 rokov života. Najhlavnejším problémom boli bolesti spojené s menštruáciou. No našli sa aj rôzne iné chronické stavy, ktoré boli odkázané na profesionálnu alebo ambulantnú pomoc, avšak každá z týchto pacientiek mala zabezpečenú aspoň dočasnú starostlivosť a úľavu od primárnych ťažkostí. Hydratácia, oddych a medikamentózna liečba zohrávali dôležitú úlohu pri zlepšení stavu.

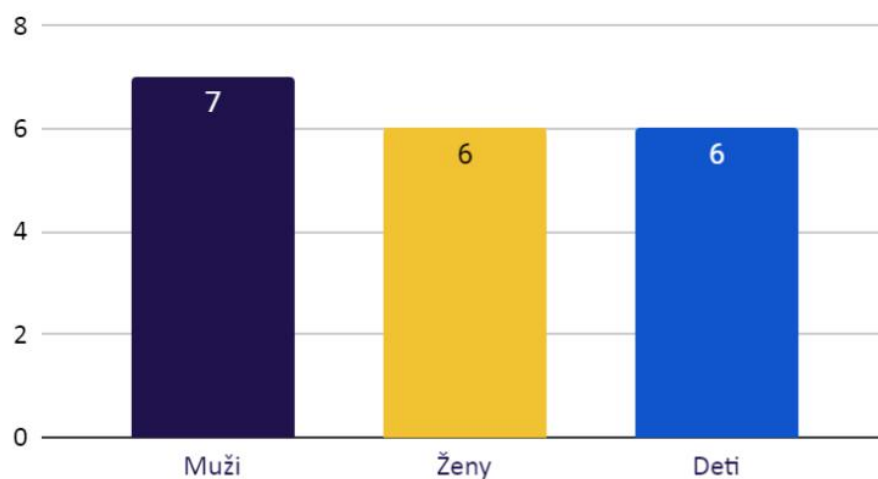
diabetes mellitus



Graf 15

Diabetes mellitus sa u pacientov všetkých vekových kategórií a pohlaví najviac u žien 1,28%, mužov 0,39% a u detí v 0,29%. Vyskytoval sa v rôznych formách či už prvého alebo druhého typu. Hlavným problémom u týchto pacientov bolo zabezpečenie potrebnej liečby, keďže častokrát svoje domovy museli opustiť v zhone, a tak nemali dostatočné zabezpečenie inzulínu. Hlavou intervenciou sestier bolo meranie glykémie a následné riešenie hyper- alebo hypoglykemického stavu. Edukácia pacientov bola zabezpečená napriek tomu, že samotný pacient veľmi dobre ovládal svoj zdravotný stav od podania inzulínu až po rôzne diétne opatrenia a životosprávu.

otorinolaryngologické problémy

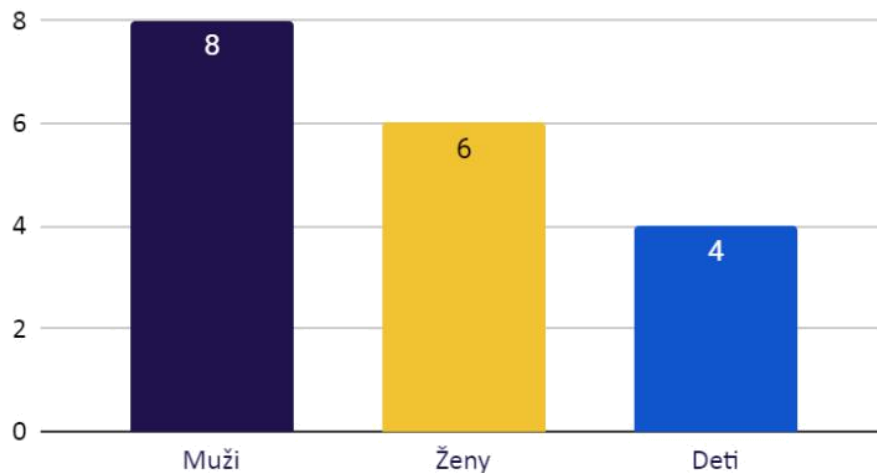


Graf 16

Otorinolaryngologické komplikácie, ako bolesti ucha, hrdla, upchaté prínosové dutiny mohli byť sprievodným príznakom k alergiám, ochoreniam dýchacích ciest ale aj dentálnym problémom. Pacientovi bola poskytnutá komplexná starostlivosť tak aby mu boli zlepšené sprievodné príznaky, ale hlavne aby bola zistená hlavná príčina. Na takéto stavy u pacientov boli merané fyziologické funkcie ako tlak, teplota, srdcová frekvencia a saturácia kyslíkom. Podané im boli zväčša analgetiká, antipyretiká, mukolytiká, adstringentné kvapky. Ak to

situácia pacientovi dovoľovala, bol zaistený pokojový režim a dostatočná hydratácia. Najčastejšie sa vyskytovali pacienti mužského pohlavia 0,69% ďalej boli v rovnakom zastúpení ženy a deti 0,59%.

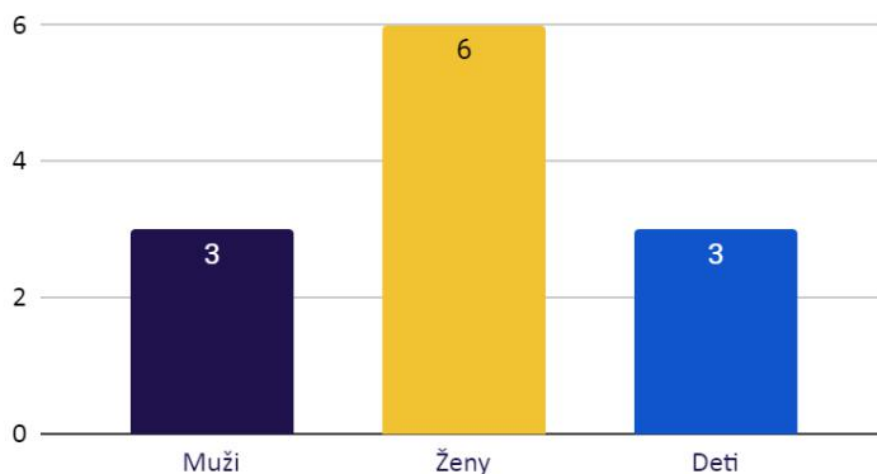
oftalmologické problémy



Graf 17

Ťažkosti spojené so orgánom zraku mali najčastejší výskyt u mužského pohlavia 0,79% u detí to bolo 0,39% a ženy tvorili 0,59% vzorky.. Táto oblasť mala prejavy rôzneho charakteru ako napr. zápalové, alergické, bolesti v oblasti očí a iné poranenia. Podané boli pacientom očné masti, kvapky, u niektorých prípadov bolo potrebné použiť aj výplach určený na očnú sliznicu. Pacienti boli edukovaní ako ošetrovať postihnutú oblasť a dodržiavať správnu hygienu.

urologicke problémy

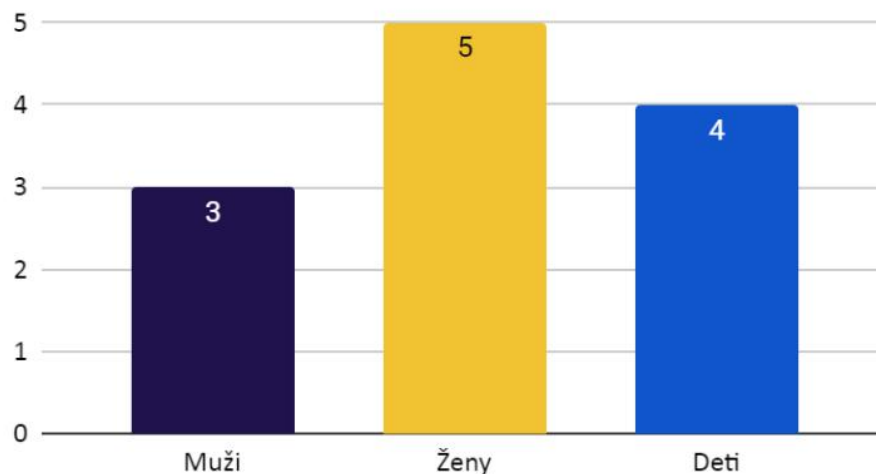


Graf 18

V tejto oblasti prevažovali komplikácie najmä u žien 0,59%. Výnimkou však neboli ani deti 0,29% a muži 0,29%. Tieto problémy boli často spojené s podmienkami, v ktorých sa museli

vyskytovať počas svojej cesty. Niektoré prípady mohli mať aj chronický charakter ako napríklad renálne koliky, kde bolo možné v daných podmienkach podať aspoň analgetickú liečbu tieto stavy boli odoslané do nemocničnej starostlivosti, kde bola pacientom poskytnutá vhodná starostlivosť prislúchajúca tomuto stavu prevažovali však akútne cystitídy, kedy bol pacient poučený o kľudovom režime, dostatočnom pitnom režime a správnom užívaní antibiotík. V prípade zhoršenia stavu boli presmerovaní na odborné pracoviská.

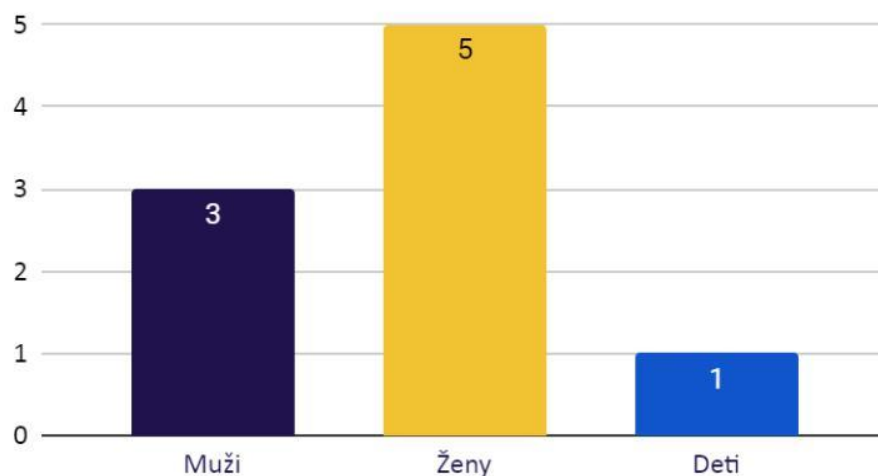
popáleniny



Graf 19

Základná starostlivosť o popáleninu je dôležitá pre rýchle uzdravenie a minimalizáciu rizika infekcie. Pacientom bolo poskytnuté ošetrovanie akonáhle vyhľadali lekársku pomoc. Títo pacienti prichádzali späť na kontrolu a preväz popáleniny. Ak pokračovali v ceste boli poučení o nutnosti vyhľadania zdravotníckeho ošetrovania. Zabezpečená im bola aj liečba vo forme antipyretík. Ženy tvorili 0,49%, deti 0,39% muži 0,29%.

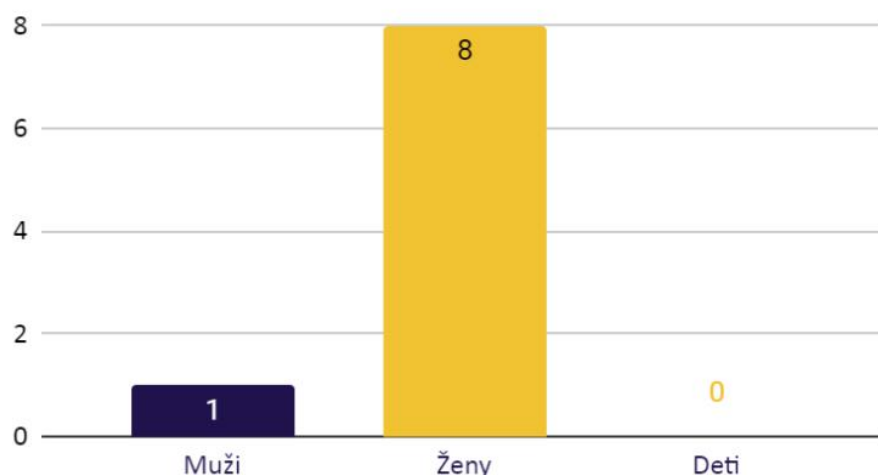
astma bronchiálne



Graf 20

Pacienti s astmou bronchiálne vyhľadávali lekársku pomoc, aby predišli vážnym komplikáciám. Častokrát pacientom bolo potrebné medikamentózne zaistenie z dôvodu nedostatku vlastných zásob. Týmto pacientom bola po observácii sprievodných znakov ako dýchavičnosť, ťažkosti s dýchaním, kašeľ, tlak na hrudníku, svrbenie alebo pocit stiesnenia v hrudníku podaná dostupná liečba vo forme inhalačných kortikosteroidov alebo tabliet. Edukovaní boli o dôležitosti vyhýbania sa spúšťačom, ktoré môžu vyvolať záchvaty t.j. peľ, prach, zmeny teploty a vlhkosti, zmeny v emocionálnej alebo fyzickej námahe a podobne. Ženy tvorili 0,49%, deti 0,10% muži 0,29%.

endokrínologické problémy

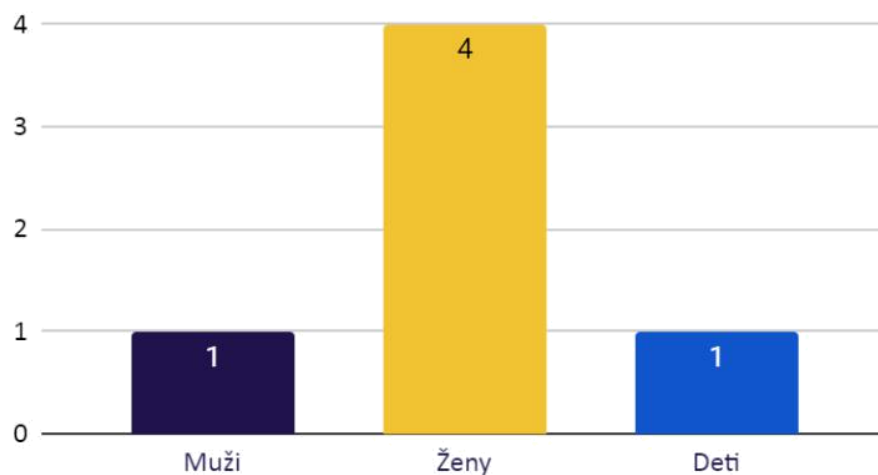


Graf 21

Liečba endokrínologických ochorení zvyčajne zahŕňala lieky na kontrolu hladiny hormónov. Endokrínologické ťažkosti, ktoré sú spojené s poruchou funkcie endokrinného systému môžu byť spôsobené rôznymi faktormi vrátane genetiky, stresu, infekcií, autoimunitných ochorení a iných faktorov. Pacienti vyhľadávali lekársku pomoc hlavne z dôvodu nedostatku

medikamentóznei liečby, ktorá je dôležitou každodennou súčasťou ich funkčného zdravotného stavu. Poskytnúť im bolo možné iba redukovanú liečbu. Z dôvodu obmedzenia sortimentu liekov boli často odoslaní na špecializované pracoviská. Ženy tvorili 0,79%, deti 0,00% muži 0,10%.

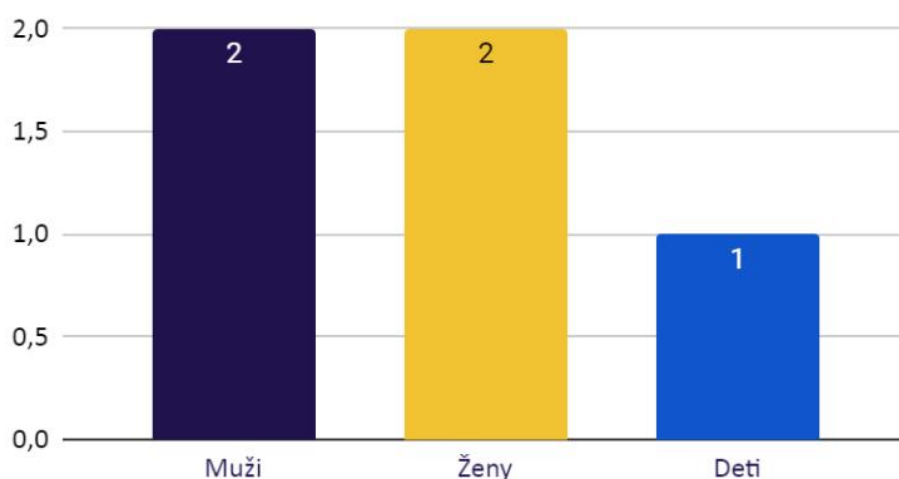
psychiatrické poruchy



Graf 22

Vo VKC Michalovce bolo indikovaných niekoľko prípadov, kedy sa jednalo o poruchu psychického pôvodu. Zdravotnícky tím spolu s psychologickým tímom, museli v týchto prípadoch uzko spolupracovať a zabezpečiť tak pacientov zdravotný stav, ktorý vo väčšine prípadov vyžadoval odborné pracovisko a v súlade s pacientovým súhlasom následnú hospitalizáciu. Ženy tvorili 0,39%, deti 0,10% muži 0,10%.

neurologické problémy



Graf 23

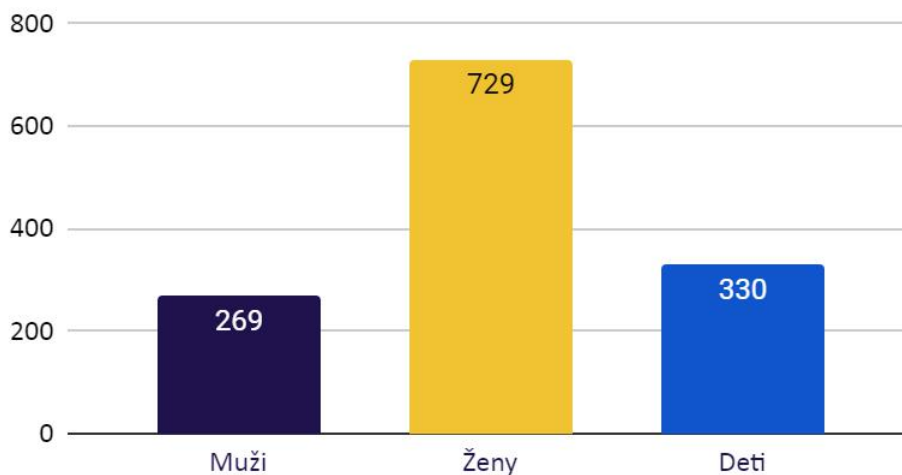
Ťažkosti neurologického charakteru sa najčastejšie vyskytovali v podobe cefalei, migrény a

epilepsie. Liečba neurologických ochorení zvyčajne zahŕňala lieky na kontrolu príznakov a správna životospráva. Každý z týchto pacientov bol poučený o dôležitosti sledovania príznakov neurologických ochorení a pravidelných návštevách u neurológa, aby sa predišlo vážnym komplikáciám a zlepšila sa tým kvalita života. Ženy tvorili 0,20%, deti 0,10% muži 0,20%.

Prieskumná otázka č.2: Aký bol manažment pacienta vo VKC Michalovce?

Utečenecká kríza bola situácia, kedy vo viacerých sférach ľudia museli improvizovať a kreatívne hľadať riešenia na situácie rôzneho charakteru. Manažment pacienta v rámci VKC bola jednou z neľahkých úloh, ktoré sa vyskytovali v súvislosti s liečbou pacienta spolu s jeho následným monitorovaním. Pacienti, ktorí prichádzali za akútnym ošetrením problému a ďalej pokračovali v ceste boli okamžite ošetrení na mieste. Mnohí z utečencov však požiadali o štatút "odídenca" na Slovensku a potrebovali pomoc ambulantného charakteru. Avšak otázka dlhodobého zdravotného zabezpečenia pacientov s utečeneckým štatútom nebola na začiatku tejto krízy úplne vyriešená a tak pacientom, ktorí potrebovali ošetrenie v nemocničnom prostredí bola privolaná RLP alebo boli prevezení na urgentný príjem Michalovskej nemocnice.

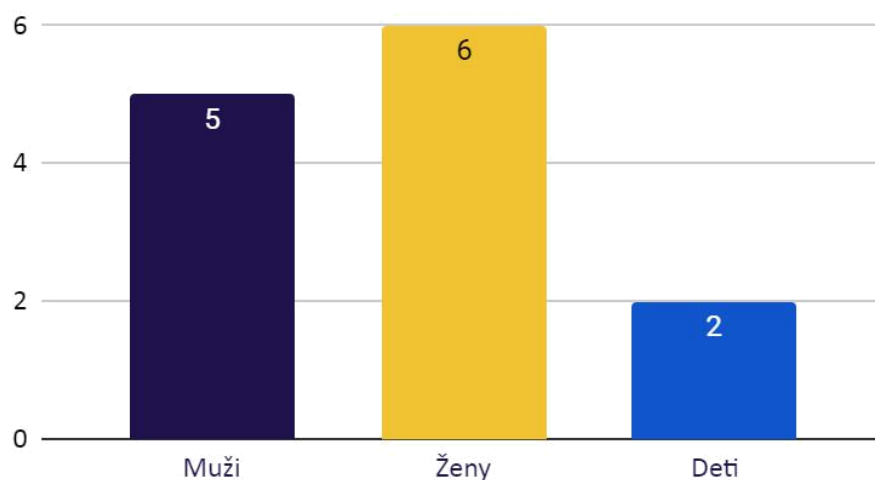
ošetrený vo VKC Michalovce



Graf 28

Pacienti ošetrení na mieste zväčša nepotrebovali vyšetrovacie metódy, ktoré im mohli byť poskytnuté v nemocničnom prostredí. Zabezpečenie zdravotníkov v utečeneckom centre bolo postačujúce na zaistenie zdravotného stavu pacienta v prípade potreby boli edukovaní o potrebe vyhľadania odborníka na danú problematiku v ambulantnej sfére, ku ktorým boli odosielaní, aby mohli naďalej monitorovať svoj zdravotný stav pod dohľadom odbornej pomoci. Ženy tvorili 71,54%, deti 32,38% muži 26,40%

urgentný príjem/RLP



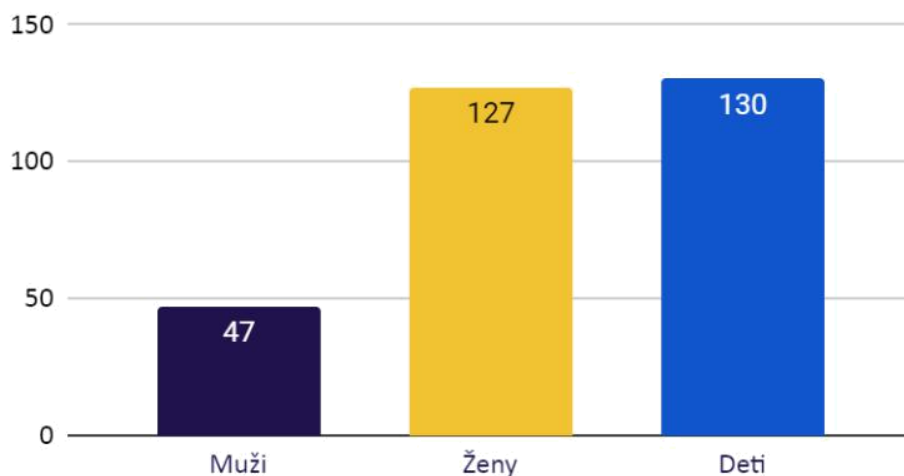
Graf 29

Na urgentný príjem boli odoslané urgentné stavy pre ktoré vo VKC neboli uspôsobené podmienky a vyžadovali si na vyšetrenie metódy, ktoré v podmienkach centra nebolo možné zrealizovať, ako napríklad rôzne zobrazovacie metódy vyšetrenia RTG, CT, MR, USG alebo aj laboratórne vyšetrenia. Ďalej títo pacienti boli posúdení odborníkom, ktorý skonštatoval či tento pacient potrebuje hospitalizáciu, alebo v danom stave nepotrebuje dohľad profesionálov. Ženy tvorili 0,59%, deti 0,20% muži 0,49%.

Prieskumná otázka č.3: Aká početnosť pacientov bola s ochoreniami typickými pre pacientky ženského pohlavia?

V čase utečeneckej krízy z celkového počtu migrujúcich malo zastúpenie najviac ženské pohlavie. Čo vysvetľuje aj početnosť ochorení postihujúcich najmä ženy. Najhlavnejšími ochoreniami kde najväčšiu časť zastupovali práve ženy boli ochorenia horných dýchacích ciest, hypertenzia, gastrointestinálne ťažkosti, emocionálna a stresová reakcia. Charakteristickými ťažkosťami boli samozrejme gynekologické kde bolo zastúpenie pacientov čisto ženské.

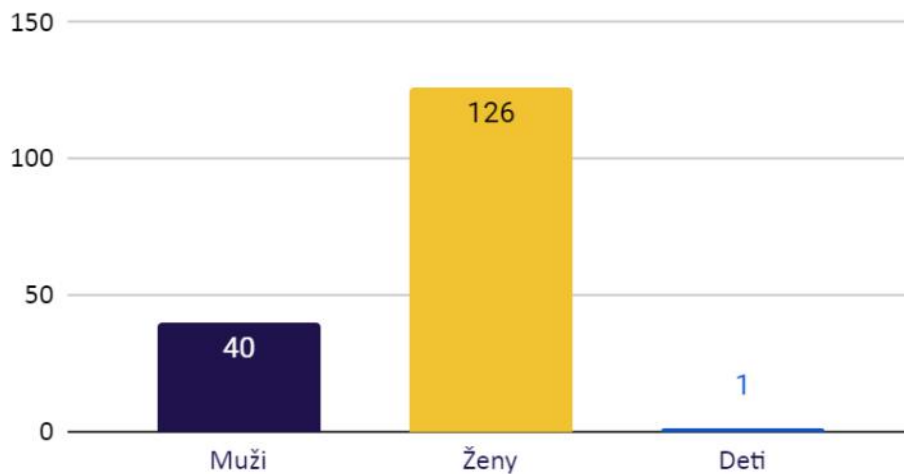
horné dýchacie cesty



Graf 1

Samotná migrácia začala v chladných zimných mesiacoch kedy sú ľudia všeobecne náchylnejší na tento druh zdravotných ťažkostí. Keďže ženy a deti boli hlavná skupina migrujúcich ich zastúpenie bolo najväčšie z toho presne 127 žien čo tvorilo 12,46% z celkového počtu.

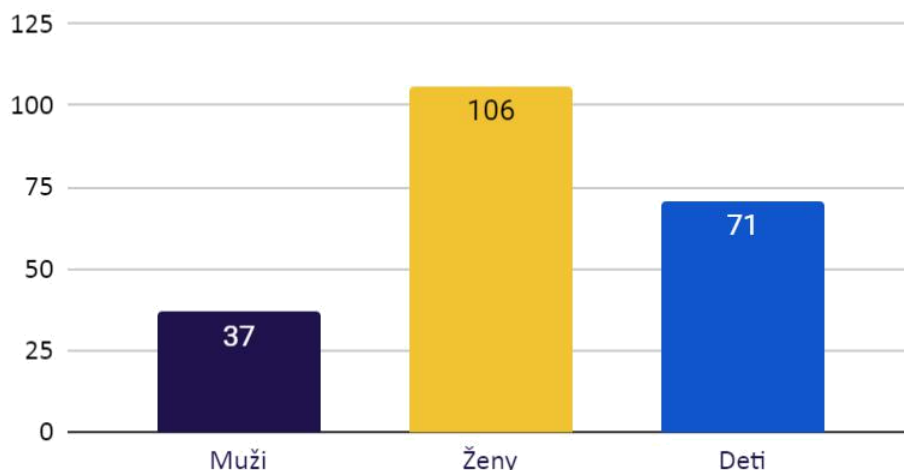
hypertenzia



Graf 3

Druhým najčastejším problémom u pacientiek vo VKC bola hypertenzia a ťažkosti s ňou spojené. Ošetrovaných pacientov s týmto ochorením bolo celkovo 167 z čoho 126 boli iba ženy t.j. 12,37% bolo percento žien trpiacich hypertenziou.

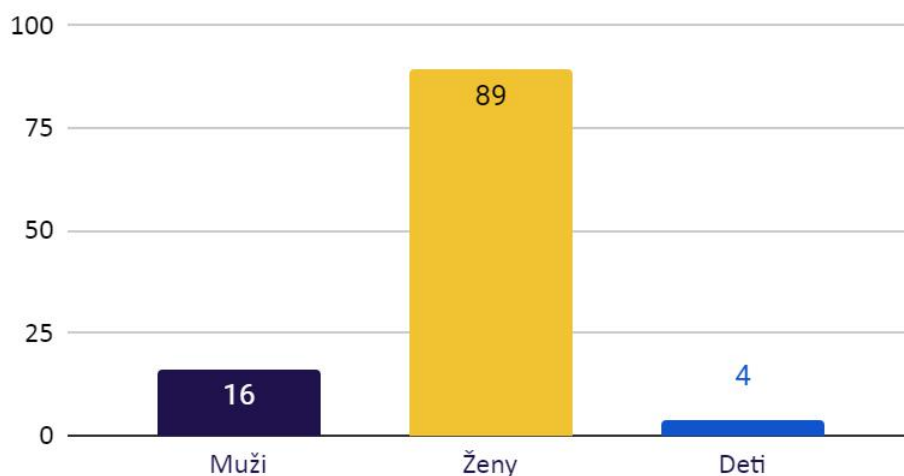
gastrointestinálne problémy



Graf 2

Gastrointestinálne problémy boli častým problémom u pacientov vo veľkokapacitnom centre často ako sprievodný znak iných ťažkostí ale aj kvôli nesprávnym podmienkam a stravovacím návykom počas migrácie. najnáchylnejšie však boli ženy ktorých z celkového počtu bolo 106 čo tvorilo 10,40%.

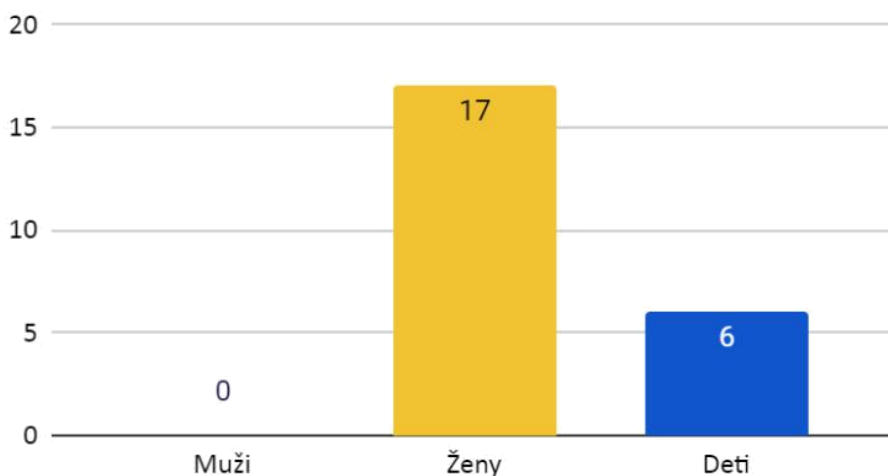
stresová reakcia



Graf 5

Je všeobecne známe že ženy sú viac emocionálne založené. Preto sa aj vo VKC často vyskytovali ženy ktoré ťažko zvládali emocionálnu záťaž v neľahkej situácii v ktorej sa nachádzali. To však neznamená že medzi pacientmi sa nevyskytovali aj muži a taktiež aj deti . Celkový počet pacientov bolo 109 z čoho 8,73% žien.

gynekologické problémy



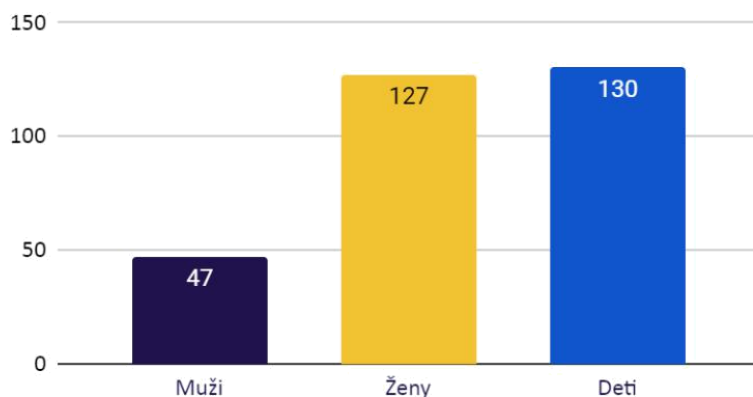
Graf 14

Ťažkosťami špecifickými pre ženy boli práve problémy gynekologického charakteru kde zastúpenie dospelých žien tvorilo 1,67% pričom dievčat bolo 0,59% z celkovej vzorky.

Prieskumná otázka č.4: Aká početnosť pacientov bola s ochoreniami typickými pre detských pacientov?

Táto prieskumná otázka sa zaoberá najčastejšími zdravotnými ťažkosťami u detí. Konkrétna skupina pacientov má svoje špecifiká, ktoré sa následne odrážali aj na ošetrovateľských intervenciách. Obzvlášť individuálny prístup k detskému pacientovi v súvislosti s daným ochorením bol zväčša potrebný u mladších osôb a to približne vo vekovom rozmedzí od 0-12 rokov staršie detí t.j. do 17. roku života boli trpezlivejšie preto aj rôzne intervencie bolo možné vykonať efektívnejšie v spolupráci s pacientom. Najčastejšie ťažkosti, ktoré trápili deti boli ochorenia horných dýchacích ciest, gastrointestinálne problémy ku ktorým často patrila aj kinetóza a taktiež akútne rany.

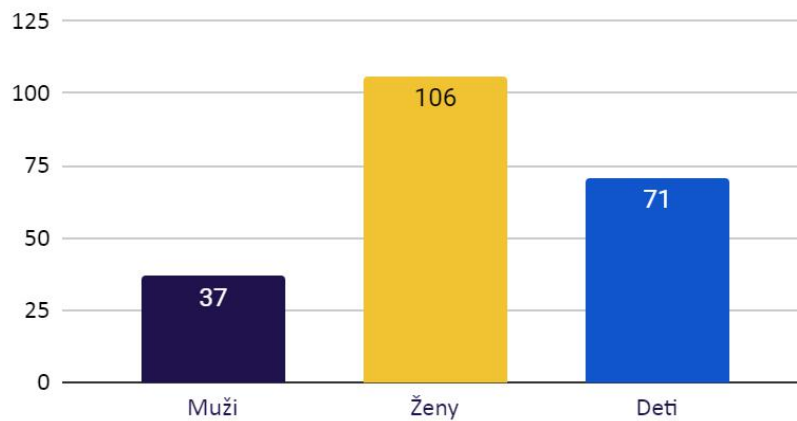
horné dýchacie cesty



Graf 1

Deti boli v rámci ochorenia horných dýchacích ciest v najväčšom zastúpení. Celkový počet tvorilo 130 detských pacientov tj. 12,76%.

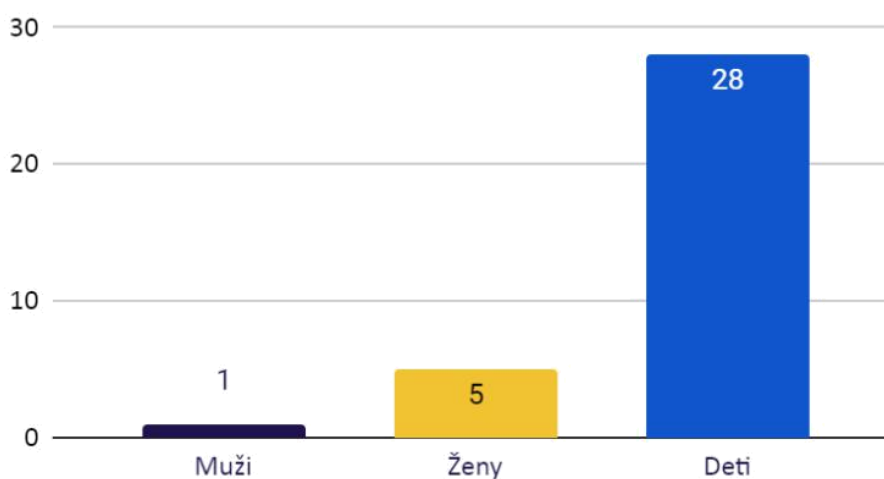
gastrointestinálne problémy



Graf 2

Gastrointestinálne problémy sa u detí vyskytovali ako druhé najčastejšie. Tieto ťažkosti sa u detí prejavovali z rôznych dôvodov no častokrát mohli byť spojené aj emocionálnou reakciou na situáciu. Až 71 detí boli časť pacientov s týmto problémom čo znamená že jednotku tvorilo 6,97% z celkového počtu.

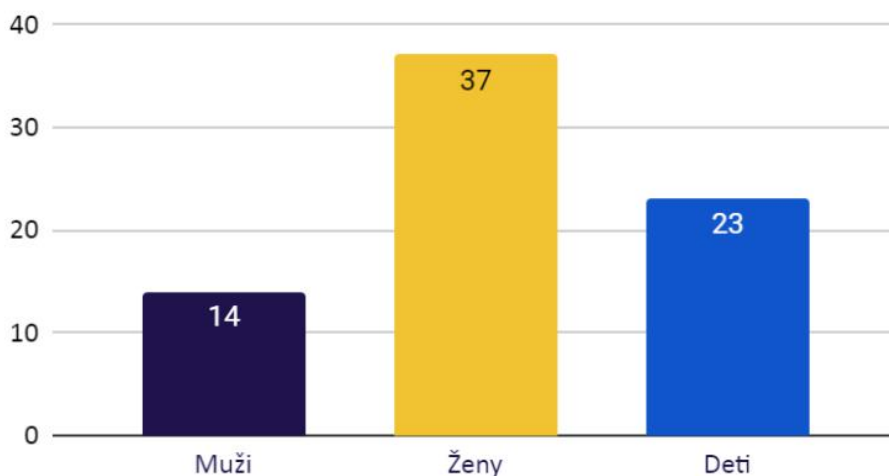
kinetóza



Graf 11

Kinetóza bola najčastejšie zastúpená u detí aj keď výskyt u dospelých sa nedá úplne vylúčiť. Dlhé cestovanie v rôznych dopravných prostriedkoch boli častou príčinou tohto stavu nevoľnosti. Vo VKC bol výskyt týchto detí častý, pričom 28 detí tvorilo 2,75%.

akútne rany



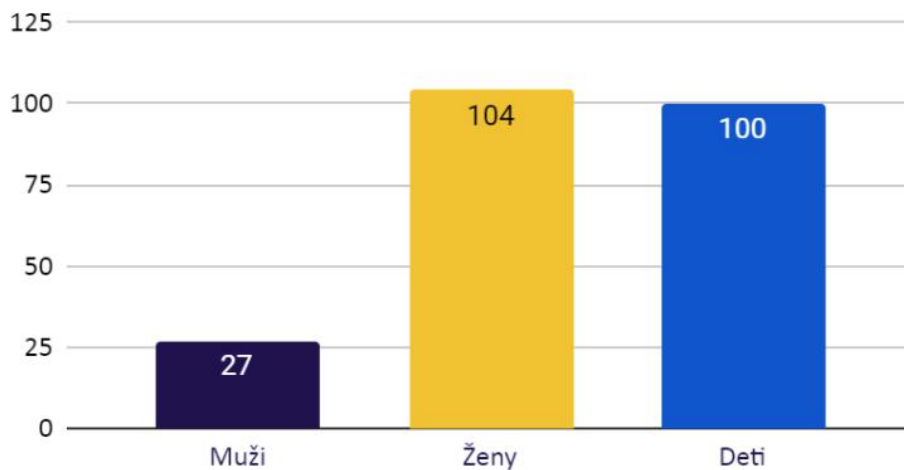
Graf 6

Charakteristickým problémom pre deti boli v neposlednom rade aj akútne rany zastupovali druhú najčastejšie ošetrovanú skupinu v rámci tejto problematiky. z celkového počtu 74 pacientov, detí tvorilo 23 čo bolo 2,26% pacientov.

Prieskumná otázka č.5: Aký bol počet pacientov s očkovaním na ochorenie COVID-19?

Táto otázka sa zaoberá počtom pacientov, ktorí absolvovali alebo neabsolvovali očkovanie na ochorenie COVID-19. U týchto ľudí sme zaznamenali pri demografických údajoch aj počet vakcinačných dávok. Očkovanie proti ochoreniu COVID-19 je kľúčovou stratégiou na ochranu zdravia a zastavenie šírenia ochorenia. Dôležité je tiež poznamenať, že účinnosť očkovania závisí od mnohých faktorov, ako sú vek, zdravotný stav a ďalšie individuálne faktory. Preto je dôležité dodržiavať odporúčania očkovacích programov.

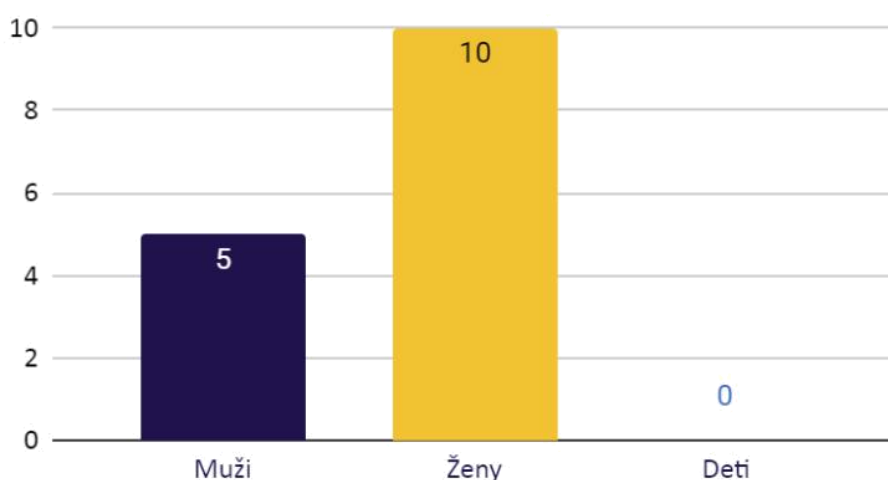
neočkovaný



Graf 24

Neočkovaní pacienti predstavovali v súvislosti s migráciou určité riziko pre vznik a šírenie ochorenia COVID-19. Aj keď ochorenie prebieha u väčšiny ľudí s miernymi alebo žiadnymi príznakmi, u niektorých môže spôsobiť ťažké zdravotné komplikácie a dokonca aj smrť. Pre neočkovaných, ale aj tých očkovaných pacientov sú k dispozícii niektoré opatrenia na minimalizovanie rizika nákazy a šírenia ochorenia. Medzi tieto opatrenia patria dodržiavanie sociálneho dištancovania, používanie rúšok, dodržiavanie hygienických opatrení, preventívne testovanie. Ženy tvorili 10,21%, deti 9,81% muži 2,65%.

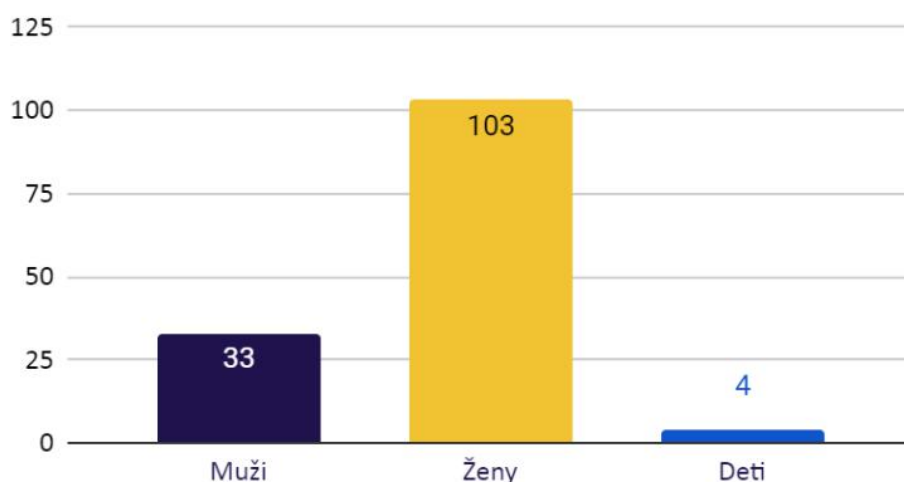
očkovaný 1 dávkou



Graf 25

Väčšina vakcín, ktoré boli schválené na použitie, vyžaduje dve dávky na dosiahnutie plnej ochrany. Avšak aj očkovanie jednou dávkou proti ochoreniu COVID-19 môže poskytnúť určitú úroveň ochrany. Ženy tvorili 0,89%, deti 0,00% muži 0,49%

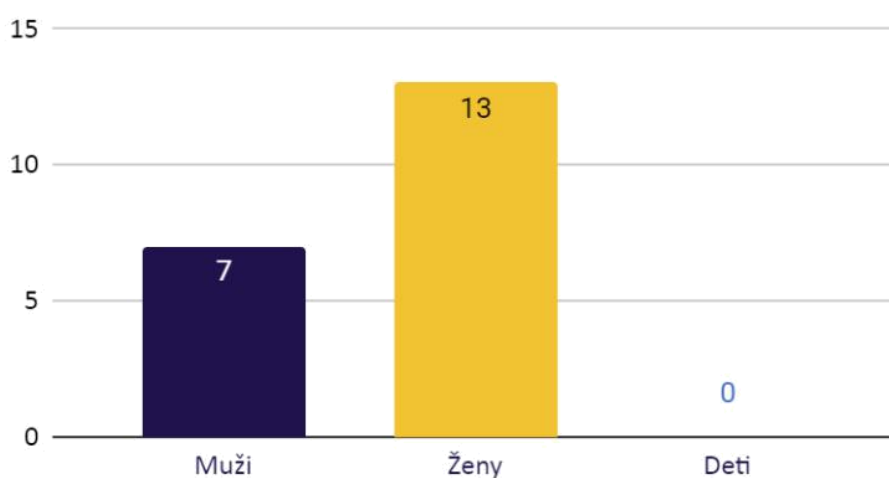
očkovaný 2 dávkami



Graf 26

Pacienti, ktorí boli úplne očkovaní dvoma dávkami vakcíny proti ochoreniu COVID-19, majú významne zvýšenú ochranu pred nákazou, ťažkými príznakmi a taktiež ďalšiemu šíreniu tejto nákazy. Niektoré štúdie ukázali, že očkovanie dvoma dávkami mRNA vakcíny má účinnosť až 95% na prevenciu ochorenia COVID-19. Aj keď účinnosť môže byť nižšia pre niektoré varianty vírusu. Dodržiavanie opatrení ako je používanie rúšok v určitých situáciách a dodržiavanie hygienických zásad aj po úplnom očkovaní bolo dôležité z dôvodu úzkeho kontaktu s nakazenými jednotlivcami počas migrácie. Ženy tvorili 10,11%, deti 0,39% muži 3,24%.

očkovaný 3 dávkami



Graf 27

Očkovanie tromi dávkami proti ochoreniu COVID-19 sa vzťahuje na tzv. boosterové očkovanie, ktoré sa podávalo ľuďom, ktorí už dostali dve dávky očkovacieho prostriedku proti COVID-19 niekoľko mesiacov po podaní druhej dávky. Ženy tvorili 1,28%, deti 0,00% muži 0,69%.

Diskusia

Utečenecká kríza, prebiehajúca na Ukrajine je v súčasnosti veľmi aktuálnou témou nielen na Slovensku, ale aj v celej Európe. S narastajúcim počtom ľudí migrujúcich z Ukrajiny sa stretávame s rôznymi výzvami, ako zabezpečiť bezpečnosť a zároveň poskytnúť humanitárnu pomoc tým, ktorí ju najviac potrebujú.

Migrujúci ľudia z oblasti Ukrajiny čelia mnohým náročným situáciám. Mnohí z nich museli opustiť svoje domovy kvôli vojnovej situácii a hľadajú útočisko a bezpečie pre seba a svoje rodiny. Vo väčšine prípadov sú to ľudia, ktorí sú vystavení násiliu a obmedzeniam v ich základných právach.

Je nevyhnutné, aby sme ako spoločnosť boli otvorení a tolerantní voči tým, ktorí hľadajú bezpečné miesto na dôstojný život. Jedným z miest, kde Ukrajinci mohli nájsť tento druh pomoci, je aj vo Veľkokapacitnom centre v Michalovciach. Práve to bolo vytvorené na základnú humanitárnu pomoc, kde hlavnou prioritou bolo zabezpečenie potravinovej a hygienickej pomoci pre utečencov, ktorí často prichádzali bez financií a majetku. Okrem toho

bolo jednou z priorít pomôcť ľuďom pri hľadaní ubytovania a zabezpečenia zdravotnej starostlivosti. Zdravotná starostlivosť bola poskytovaná tak aby zlepšila situáciu utečencov a zaistila im potrebnú pomoc v rámci transkultúrneho ošetrovateľstva. Starostlivosť sa zameriavala na zohľadnenie kultúrnych rozdielov medzi pacientom a ošetrovateľom a na poskytnutie adekvátnej starostlivosti a podpory v zdravotnom procese.

Hlavným cieľom bolo okrem iného poukázať na úroveň interkultúrnych poznatkov, ktoré vplývajú na spôsobilosť práce zdravotných sestier, v obdobných zariadeniach. Okrem odporúčaní pre prax, sa ďalším hlavným cieľom práce stáva aj to na základe demografickej zložky obyvateľov Slovenskej republiky poukázať na to s akým kultúrnym osadenstvom má zdravotnícky personál dočinenia najčastejšie. Hovoríme aj o miere komfortu, ktorú pracovník v tejto oblasti, pri kontakte s pacientom z inej kultúry zažíva. Na základe osobných pozorovaní vo veľkokapacitnom centre, vieme povedať, že sestry a celkovo personál pracujúci v tomto VKC, si uvedomoval špecifickosť v spôsobe starostlivosti o pacientov z inej kultúry, konkrétne tej ukrajinskej. Taktiež môžeme tvrdiť, že zdravotné sestry sú dostatočne trpezlivé a pociťujú komfort najmä vtedy ak poznajú jazyk a dokážu sa dorozumieť s pacientom prípadne jeho rodinou. Personál taktiež uvádzal, že ak poznajú kultúru a poznajú základ ich života v rodnej zemi, je pre nich ľahšie rešpektovať ich názory, postoje ale taktiež ich dokážu prijať a tak sa lepšie vcítiť do kože pacienta a to aj napriek tomu, že s nimi nesúhlasia.

Aghová (2015) vo svojej práci, skúmala a sústredila sa vo svojej práci na starostlivosť o pacientov z rôznych krajín a to s akým etnikom sa najčastejšie stretávajú v klinickej praxi. Pričom skoro polovica sestier jednoznačne odpovedala, že najčastejšie sa stretávajú s rómskou komunitou.

Plačková (2012), zas hovorí o multikultúrnom ošetrovateľstve a vyhodnocovanie ošetrovateľských potrieb. Hovorí o multikultúrnej výchove, prostredníctvom, ktorej, dokážu jednotlivci vytvárať a pozitívne vnímať kultúrne odlišné systémy. Poukazuje na dôležitosť vzdelávania v tomto smere, čo učí ľudí chápať a rešpektovať ich, akejkol'vek kultúry sú. Slovensko by sa malo stať súčasťou krajín, ktoré ideológiu multikulturalizmu podporujú a realizujú. Vychádza to z našej pozície nie len v Európe ale aj na základe demografickej zložky, ktorú na Slovensku máme. Toto vzdelanie by malo mať vplyv aj na zdravotné sestry a teda, že sestra by mala vykonávať starostlivosť v súlade s pacientom, a teda s jeho právami, hodnotami a tradíciami. Aj napriek tomu, že sa v procese môže dostať do konfliktov v rôznych rovinách. A teda subjektívnej, čo je v rozpore s jej vnútorným presvedčením ale aj objektívnym, a teda, že postupy, ktoré pacient požaduje na základe svojich kultúrnych zásad. V tomto prípade ide o konflikt profesionálneho pôvodu. Poukazuje na to, že typ takejto výchovy by prospel nie len zdravotným sestram ale aj rómskemu osadenstvu a celkovo by sa mal tento predmet zaradiť do základných osnôv vo výchovno-vzdelávacích zariadeniach.

Hovorí taktiež o komunikácii pacienta a sestry. Spomína viacero faktorov a prekážok, ktoré môžu narušiť plynulý chod. Ide najmä o komunikačnú bariéru v dôsledku neznalosti jazyka. Ďalším faktorom je vnútorná bariéra a teda zvláštnosti slovnej zásoby, ktoré môže mať každý jedinec zvlášť. A taktiež vonkajšie bariéry, a tam patri čas, priestor, podmienky, medziľudské vzťahy a sociálne bariéry. Z našej práce vyplýva, že je potrebné aby sestry získavali naďalej vzdelávanie, ktoré im pomôže nie len v teoretickej rovine ale aj v praxi, nakoľko prax sa v krízových situáciách líši od štandardných situácií. Práve tam pozorujeme vonkajšie bariéry, ktoré my nedokážeme ovplyvniť, preto je potrebné odstrániť ostatné bariéry, v oblasti

kultúrneho, jazykového poznania. Vďaka tomu dokážeme ovplyvniť výsledok, ktorý sa odráža v poskytovaní zdravotnej starostlivosti v teréne.

V našom záujme je preto pokračovanie vo vzdelávaní aj počas výkonu profesie. Nakoľko ide o neoddeliteľnú súčasť. Práve to dokáže eliminovať problémy v ich zárodku, respektíve ešte pre ich vznikom. Tak bude komunikácia, ktorá tvorí základ v ošetrovatelstve. Nakoľko práve to sa javí ako jeden z najväčších problémov v súčasnom ošetrovatelstve. Okrem uvedeného je to aj vzdelanie sestier v praxi. Nakoľko vzdelávanie sestier, ale aj všeobecne študentov prebieha na školách a inštitúciách pre vzdelávanie. Čo sa týka sestier sú to najmä stredné školy, vysoké školy, následne kurzy, ktoré zahŕňajú klinickú prax. Všetky tieto metódy prístupu ku vzdelaniu si dávajú za cieľ rozšíriť nie len vedomostné a odborné kompetencie daného človeka, respektíve budúcej sestry, ale aj osobnostné. Aj napriek tomu, že vzdelávanie sa zameriava čoraz viac na najnovšie trendy v odbore, z praxe zisťujeme, že existujú určité medzery a nevyplnené miesta, ktoré aj napriek ustavičnej praxi študentov nezaručia študentovi, prísť do styku zo širokým spektrom aj menej pravdepodobných respektíve potencionálnych problémov a zvrátov, ktoré môžu počas výkonu ošetrovateľskej práce nastať. Tým chceme poukázať na to, že aj situácia, ktorá sa odohrávala vo VKC v Michalovciach bola mimoriadne neštandardná. Išlo o skĺbenie dvoch mimoriadne ťažkých situácií. Prvou z nich bola pandémia COVID - 19. Čo malo do veľkej miery vplyv na prácu a chod VKC, nakoľko len zlomok ľudí prichádzajúcich do ošetrovne podstúpilo plné očkovanie. V dôsledku toho bolo potrebné prijať náležité opatrenia tak, aby sa zabránilo prípadnému šíreniu nákazy. Ďalším aspektom, ktorý ovplyvnil kovid, bola do značnej miery aj komunikácia, ľudia boli v priebehu dvoch predchádzajúcich rokov oddelený a separovaný od spoločnosti, od kontaktu nie len so širokým okolím ale často aj bez kontaktu rodiny. Čo malo vplyv na komunikáciu. Pri tomto probléme by sme sa pozastavili, nakoľko je obsiahlejší a obširnejší. Element komunikácie, je v práci sestry veľmi dôležitý, nakoľko je potrebné poznať subjektívny pohľad pacienta na jeho ochorenie. V tomto prípade nastával komunikačný šum, a tým bola jazyková bariéra. Tú bolo potrebné odstrániť, čo sa nám podarilo pomocou tlmočníkov. Tu chceme poukázať na teoretické vzdelanie sestier, ktoré je v týchto mimoriadnych situáciách, najmä v súvislosti s migráciou, nedostatočné a potrebuje rozšírenie portfólia o jazyky svetového rázu.

Druhou mimoriadnou situáciou bolo samotné vypuknutie vojnového konfliktu na Ukrajine. Moment prekvapenia, strachu a nedôvera. Toto všetko sa odrazilo na ľuďoch, ktorí prichádzali do VKC v Michalovciach. Kľúčovou zložkou, a to opäť v komunikácii bola nedôvera, ktorá sa prejavovala aj z dôvodu iných kultúrnych pomerov v porovnaní s Ukrajinou. Ine spracovávanie dát, iný prístup k pacientom, iný prístup lekárov. To všetko sa odrážalo na komunikácii a následne na stanovení diagnózy. Táto problematika sa z veľkej časti vyriešila prostredníctvom dotazníka. Ten bol anonymný čím sa malo zamedziť manipulácii s informáciami.

Ak sa pozrieme na otázky v dotazníku, ktorý sme vypracovali v praktickej časti zistíme, že dotazník bol zameraný na individuálne faktory, ktoré bolo potrebné posúdiť a vyhodnotiť nie len z hľadiska štatistiky ale aj z hľadiska ošetrovateľskej praxe. V dotazníku sa okrem demografických údajov ako vek, pohlavie a vyskytovala aj diagnóza a druhy liečby, ktorá im bola určená vo VKC. Snažili sme sa týmito minimálnymi otázkami dosiahnuť a zasiahnúť okrem anonymity aj iné faktory a to napríklad vplyv a zámerne manipulovanie s informáciami. Na základe vyššie uvedeného a taktiež na základe výsledkov vieme konštatovať, že ciele, ktoré sme mali vytýčené boli splnené. Z hľadiska skúmania sme dospeli k viacerým záverom. Čo sa

týka predpokladov, tie neboli až tak jasne potvrdené. Nakoľko teoretické východiska nám ponúkali iné modelové situácie ako sa v skutočnosti odohrávali. Preto by sme na záver chceli poukázať na dôležitosť našej práce a na jej prínos.

Ošetrovatelia nie len vo VKC ale vo všeobecnosti za priebeh ošetrovateľského procesu, bez ohľadu na to v akej situácii sa nachádzajú. Poskytovanie starostlivosti na základe vedomosti a osvojených praktík je kľúčové k tomu aby boli uspokojené základne ľudské potreby, ktoré vyplývajú z ľudských práv, ktorým je právo na život a zdravotnú starostlivosť. Preto je dôležitým aspektom okrem kontinuálneho vzdelávania ošetrovateľov aj podpora a motivácia. Avšak, motivácia je dôležitá nie len v práci, ale aj voči vzdelávaniu. Práve to prinesie sestram a všeobecne ošetrovateľskému personálu uspokojenie a pocit seberealizácie.

Odporúčania pre prax

Na základe prieskumov a výsledkov odporúčame:

Odporúčania pre sestry:

- Vzdelávanie a podporovanie vzdelávanie sestier v cudzích jazykoch.
- Získavanie hlbších vedomostí v oblasti multikultúrnej problematiky.
- Odporúčania pre zriaďovateľov rôznych zdravotníckych zariadení pre cudzojazyčných ľudí v krajine:
- Riešenie komunikačných bariér ako aj ďalšiu problematiku, ktorá sa vyskytuje v starostlivosti v oblasti starostlivosti o pacienta z inej kultúry.
- Prispôsobenie priestoru kde je pacient ošetrovaný tak, aby bolo možné efektívne vykonávať intervencie a zároveň zachovať všetky atribúty práv pacienta.

Odporúčania pre zdravotníctvo:

- Vytvorenie jednotného zdravotného systému ktorý zohľadňuje potreby a špecifiká pacientov prichádzajúcich z iných krajín.

Záver

Problematika ošetrovateľstva a multikultúry je v dnešnej dobe veľmi často riešená otázka. Nakoľko fenomén migrácie okrem toho, že je to prirodzený jav sa rozmáha do neuveriteľných rozmerov. Okrem toho sa tejto tematike venuje veľa autorov nielen z oblasti psychológie, štatistiky a politológie ale dokonca aj samotného ošetrovateľstva. Ako uvádzame v práci jednou z popredných osobností v tejto sfére je aj Medeleine Leiningerová, ktorá skúmala aspekty kultúry v ošetrovateľstve.

Hlavným cieľom práce bolo pozorovanie a taktiež poukávanie na poskytovanie zdravotnej starostlivosti pacientom pochádzajúcim z inej kultúry. Išlo o príslušníkov tretej krajiny, ktorá patrí k najpočetnejšej skupine na Slovensku – Ukrajincom.

V prvej časti práce, teda teoretickej časti práce sme hovorili o základných pojmoch a rozanalyzovali sme teoretickú rovinu problematiky. Okrem interkultúrneho aspektu v ošetrovateľstve sme poukázali aj na právnu rovinu problému a teda, že každá ľudská bytosť si zaslúži dôstojné správanie a pochopenie, bez rozdielu. Taktiež sme riešili adaptáciu a socializáciu ako neoddeliteľnú súčasť tejto problematiky, ktorá vznikla na základe vypuknutia

vojnového konfliktu u našich východných susedov. Ide o procesy, ktorými budú prechádzať všetci migranti, ktorí sa rozhodli opustiť svoj domov a presťahovať sa do okolitých krajín.

V praktickej časti sme sa zamerali hlavne na zdravotné problémy, ktoré sme stretávali pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti utečencom. Nakoľko problematika transkulturného, multikulturného ošetrovateľstva je spracovaná už z mnohých hľadísk, my sme sa zamerali priamo na výsledky respektíve štatistiky, ktoré sme získali z veľkokapacitného centra a priamo z centra diania. Často išlo okrem iného aj o špecifické problémy, ktoré si vyžadovali špecifický prístup zdravotníkov v praxi.

Posledným a neodmysliteľným bodom je taktiež poukázanie na jazykovú bariéru, ktorá je hlavným problémom v interkulturnej komunikácii. Okrajovo je potrebné spomenúť, že riešenie tejto komunikačnej situácie môže byť rôzne, v našom veľkokapacitnom centre sme to vyriešili prostredníctvom tlmočníkov a prekladateľov. V našej situácii, sa toto riešenie javilo ako ideálnym. Avšak, prax ukázala, že kultúrne prostredie z ktorého utečenci prichádzajú je nastavené inak, aj napriek neustálemu opakovaniu o tom v akom katastrofálnom stave je systém v tretích krajinách vrátane Ukrajiny, realita ukázala, že sú zvyknutý na oveľa prísnejšie pravidla a fungovanie s informáciami je na inej úrovni. Nakoľko mnohí s nich boli v obavách a nechceli diskutovať s prekladateľmi o svojich zdravotných problémoch ak ich nevedel pochopiť a priamo im pomôcť ošetrojúci lekár. Tento fakt je veľmi dôležitý z hľadiska aj našich odporúčaní pre prax a to je kontinuálne vzdelávanie a to nielen v oblasti medicíny ale aj v oblasti jazyka alebo kultúry. Tento fakt vyplýval už z teórie a praxe Madeleine Leiningerovej, ktorá sa venovala tejto problematike a poukazovala na jej dôležitosť. Nakoľko kultúrne presvedčenie v nás do určitej miery ovplyvňuje prijímanie liečebných procesov avšak v súčasnej dobe sa od toho veľmi upustilo. To by sa malo zmeniť a zdravotný personál by mal byť naďalej najvzdelanejšou elitou spoločnosti.

Bibliografia

- AGHOVÁ, I., 2015. Význam multikulturného ošetrovateľstva v praxi. [online]. In: Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce Sv. Alžbety v Bratislave, diplomová práca, 2015, s.41-42, s. 44, s.48. [cit. 2022-9-1]. Dostupné z:
<https://opac.crzp.sk/?fn=detailBiblioForm&sid=3E9AEE53085E0AC85D90FC90576F>.
- BARÁT, P. a kol., 2000. Základy sociológie. Vydavateľstvo: Slovenská poľnohospodárska univerzita v Nitra, 2000. ISBN 80-7137-785-6.
- BÁRTLOVÁ, S. 2005. Sociológie medicíny a zdravotníctví. 6., prepracované a doplnené vydanie. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1197-4.
- ČENĚK, J., SMOLÍK, J., VYKOUKALOVÁ, Z. Interkulturní psychologie. Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN 978-80-2475-414-7.
- DOBSONYOVÁ A., JANKECHOVÁ M., KOLLAROVÁ L. Manažment ošetrovateľskej starostlivosti o pacienta s inou kultúrou. In: Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce Sv. Alžbety, n.o. Bratislava, 2015, s. 54-55, ISBN 978-80-8132-137-5
- FISHER, M.H. 2013. Migration a World History. Vydavateľstvo: Oxford University Press, 2013. ISBN 978-01-9976-434-1.
- GÁBOROVÁ, E. a kol., 2008. Človek v sociálnom kontexte. Vydavateľstvo: Dubnický technologický inštitút, 2008. ISBN 978-80-8068-897-4.

- GABURA, J. – GABURA, J. ml. 2015. Teória komunikácie v kontexte pomáhajúcich profesií. Nitra: UKF, Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva. 2015. ISBN: 978-80- 558-0873-4.
- GIGER, J. N., DAVIDHIRAZ, R. E. 2004. Transcultural Nursing Assessment and Intervention. 4th ed. St Louis: Mosby, Inc. 2004. ISBN: 0-323-02295-2.
- HARTL, P.- HARTLOVÁ, H., 2010. Veľký psychologický slovník. Praha. Vydavateľstvo: Portál, 2010. ISBN 978-7367-5.
- JANKUV, J. 2003. Medzinárodné právo ľudských práv. Košice: Právnická fakulta UPJŠ, 2003. 124 s. ISBN 80-7097-535-0.
- KASANOVÁ, A.: Až za hranice života I. diel. Súvislosti medzi životom a smrťou. Nitra: UKF, 2009. 247 s. ISBN 978-80-8094-525-1.
- KRIŠKOVÁ, A. – MUSILOVÁ, M. – ZÁVODNÁ, V. 1996. História ošetrovateľstva na Slovensku. In LEMON 1: učebný materiál pre ošetrovateľstvo. Denmark: WHO, 1996. ISBN 80-9678-180-4.
- KUTNOHORSKÁ, J. 2009. Výskum v ošetrovateľstve. Praha : Grada, 2009. 176 s. ISBN 978-80-247-2713-4
- KUTNOHORSKÁ, J. 2013. Multikulturní ošetrovateľství pro praxi. Praha: Grada Publishing, 2013. ISBN 978-8024-74413-1.
- LEININGER, M., MCFARLAND, M. R. 2002. Transcultural Nursing. Concepts, Theories, Research & Practice. 3 rd ed. New York: McGraw-Hill Medical Publishing Division, 2002. ISBN 0-07-135397- 6.
- LÍŠKOVÁ, M., NÁDANSKÁ, I. a kol. Základy multikultúrneho ošetrovateľstva. Osveta, 2006. ISBN 80-806-3216-2.
- MASTILIAKOVÁ, M. 2003. Transkulturní ošetrovateľský přístup - první teorie a model kulturní péče. In Kol. aut. Česká společnost na prahu vstupu do Evropské unie a její odraz ve zdravotnické praxi. 1.vyd. Ostrava: Ostravská univerzita. 2003. ISBN: 80-7042-344-7.
- NAKONEČNÝ, M. 2001. Sociální psychologie. Praha: Academia. 2001. ISBN: 80-2000-690-7.
- ONDREJKOVIČ, P., 1995. Úvod do sociológie výchovy. Bratislava. Vydavateľstvo: SAV v Bratislave, 1995. ISBN 80-224-0445-4.
- OTTOVÁ, E. – VACULÍKOVÁ, N. 1998. Úvod do štúdia práva. Bratislava: Právnická fakulta Univerzity Komenského, 1998. ISBN 978-80-7160-106-7.
- PLAČKOVÁ, A., 2012. Zdravotná starostlivosť, multikultúrne ošetrovateľstvo. [online]. In: Prešovská univerzita v Prešove, 2012, s. 89-91. [cit. 2021-12-11]. Dostupné z: <http://oaji.net/articles/2016/3527-1469538107.pdf>.
- PIROŠÍKOVÁ, M. 2007. Komentár k vybraným článkom Dohovoru o ochrane ľudských práv a základných slobôd. Bratislava: EUROIURIS, 2007. ISBN: 80-969554-5-9.
- PIROŠÍKOVÁ, M. a kol. 2009. Ľudské práva – Vybrané rozhodnutia Európskeho súdu pre ľudské práva a súdov Európskych spoločenstiev. Bratislava: Euroiuris, 2009. ISBN: 978-80-89406-01-2.
- PRŮCHA, J. Interkulturní psychologie. Portál, 2007. ISBN 978-80- 7367-709-1.
- STRÁTNIČKÁ, V. – ŠEBESTA, Š. 1994. Človek a jeho práva: Medzinárodná úprava ochrany ľudských práv. Bratislava: JUGA, 1994. ISBN 80-85506-30-0.

TOMANOVÁ, D., ŠPIRUDOVÁ, L., KUDLOVÁ, P. 2006. Multikulturní ošetrovatelství II. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1213-X.

VAVERKOVÁ, R. – TOMANOVÁ, J – KISVETROVÁ, H. 2020. Vliv vybraných faktorů na hodnocení důstojnosti seniorů, 2020. ISSN 1805-4684.

ZÁVODOVÁ, V. 2002. Pedagogika v ošetrovatelství. 1. Vyd. Martin : Osveta, 2002. ISBN 80-8063-108-5 .

RIZIKOVÉ FAKTORY ŽIVOTNÉHO ŠTÝLU U PACIENTOV V AMBULANTNEJ STAROSTLIVOSTI

LIFESTYLE RISK FACTORS IN PATIENTS IN OUTPATIENT CARE

Ľudmila Partilová

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

E-mail: ludmilapartilova13@gmail.com

Školiteľ/scientific adviser: PhDr. Jana Šulcová

Abstrakt

Úvod. Kardiovaskulárne ochorenia majú multifaktoriálnu etiológiu a množstvo identifikovaných príčin. Aterotrombotické komplikácie sa objavujú často po mnoho desiatkach rokov asymptomatického priebehu progresívnej aterosklerózy. Prevencia týchto ochorení nestráca nič na svojej aktuálnosti, pretože kardiovaskulárne choroby sú naďalej najčastejšou príčinou úmrtí na Slovensku a najčastejšími chronickými ochoreniami.

Cieľ. Vychádzajúc z teoretických východísk problematiky rizikových faktorov kardiovaskulárnych ochorení v primárnej starostlivosti a z prieskumu medzi pacientmi v ambulatnej starostlivosti, bolo poukázať na rizikové faktory životného štýlu a postoj pacientov k svojmu zdraviu v ambulatnej starostlivosti a úlohu sestry v rámci prevencie.

Metodika. Na realizáciu kvantitatívneho prieskumu medzi 152 pacientmi v ambulatnej starostlivosti na Slovensku so zámerom zistiť rizikové faktory ich životného štýlu a postoj ku svojmu zdraviu, bola využitá metóda CAWI, metóda online neštandardizovaného dotazníka.

Výsledky. Výsledky prieskumu, vyhodnotené nástrojmi popisnej štatistiky, naznačili, že pacienti si uvedomujú vplyv nezdravého životného štýlu na vznik kardiovaskulárnych rizík, a preto sa snažia o dodržiavanie zásad zdravého životného štýlu, no od sestier v ambulatnej starostlivosti o týchto zásadách informovaní nie sú, ale majú záujem o informácie ohľadom prevencie na predchádzanie komunikovaným rizikám.

Záver. Nadväzujúc na výsledky prieskumu boli sformulované odporúčania adresované pacientom, ale i sestrám so zámerom budovania povedomia o dôležitosti zdravého životného štýlu v záujme predchádzania kardiovaskulárnym rizikám.

Kľúčové slová: Kardiovaskulárne ochorenia. Rizikové faktory. Sestra. Prevencia

Abstract

Introduction. Cardiovascular diseases have a multifactorial etiology and a number of identified causes. Atherothrombotic complications appear often after many decades of asymptomatic course of progressive atherosclerosis. The prevention of circulatory diseases does not lose its relevance, because cardiovascular diseases continue to be the most common cause of death in Slovakia and also the most common chronic diseases.

Aim. Based on the theoretical basis of the issue of risk factors for cardiovascular diseases in primary care and from a survey among patients in ambulatory care, it was pointed out the risk factors of lifestyle and the attitude of patients towards their health in ambulatory care.

Methods. To carry out a quantitative survey among 152 patients in outpatient care in Slovakia with the intention of finding out the risk factors of their lifestyle and attitude towards their health, the CAWI method was used, i.e. the method of an online non-standardized questionnaire.

Results. The results of the survey, evaluated using descriptive statistics tools, indicated that patients are aware of the impact of an unhealthy lifestyle on the emergence of cardiovascular risks, and therefore try to follow the principles of a healthy lifestyle, but they are not informed about these principles by the nurses in ambulatory care, but they are interested for information regarding prevention to prevent communicated risks.

Conclusion. Based on the results of the survey, recommendations addressed to patients and nurses were formulated with the aim of raising awareness of the importance of a healthy lifestyle in order to prevent cardiovascular risks.

Key words: Cardiovascular diseases. Risk factors. Nurse. Prevention.

Úvod

Prevenca obehových ochorení nestráca nič na svojej aktuálnosti, pretože kardiovaskulárne choroby sú naďalej najčastejšou príčinou úmrtí na Slovensku a tiež najčastejšími chronickými ochoreniami (Táborský a kol., 2021). 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. Význam a efektivita edukačnej činnosti sestry spočíva nie len v predložení informácií o vplyve rizikových faktorov, ale aj na porozumení, akceptácii a udržaní nevyhnutnej zmeny postojov a správania jednotlivca k svojmu zdraviu. Sestry a iní zdravotnícky pracovníci v primárnej a ambulantnej zdravotnej starostlivosti sa nachádzajú v unikátnej pozícií, kde môžu významne prispievať k zlepšeniu prevencie a manažmentu kardiovaskulárnych rizikových faktorov. Primárnu starostlivosť, ambulantnú, laická verejnosť vníma všeobecne ako najspoľahlivejší zdroj informácií o zdraví a konzultácií. Preventívne programy koordinované sestrou sa ukázali byť účinnejšie ako bežná starostlivosť pri znižovaní kardiovaskulárneho rizika (Murchie a kol., 2003 ; Allen, Dennison, 2010; Jørstad a kol., 2013).

Súčasný stav problematiky doma a v zahraničí

Rizikovým faktorom kardiovaskulárnych ochorení sa venuje pozornosť už od dávnejšej minulosti. Rizikové faktory kardiovaskulárnych ochorení spomenul a predstavil Yusuf a kol. v roku 2004 v prípadovej a kontrolnej štúdií „*Vplyv potenciálne modifikovateľných rizikových faktorov spojených s infarktomyokardu v 52 krajinách (štúdia INTERHEART): prípadová a kontrolná štúdia*“, v rámci ktorej sa autori snažili o identifikáciu rizikových faktorov koronárnej choroby srdca. V roku 2013 zasa publikovali svoju kohortovú štúdiu Carlsson a kol. pod názvom „*Sedem modifikovateľných faktorov životného štýlu predpovedá znížené riziko ischemickej kardiovaskulárnej choroby a úmrtnosť zo všetkých príčin bez ohľadu na index telesnej hmotnosti: kohortová štúdia*“, ktorej cieľom bolo zistiť, či faktory zdravého životného štýlu môžu predpovedať výskyt kardiovaskulárnych ochorení a úmrtnosť zo všetkých príčin. Hulsege a kol. zasa v roku 2016 zverejnili výsledky kohortnej štúdie, ktorú pomenovali

„Zmeny životného štýlu v mladej dospelosti a strednom veku a riziko kardiovaskulárnych chorôb a úmrtnosť zo všetkých príčin: kohortová štúdia Doetinchem“, pričom jej zámerom bolo kvantifikovať asociáciu zmien v profíloch životného štýlu v priebehu piatich rokov s rizikom kardiovaskulárnych ochorení a mortalitou zo všetkých príčin a v konzekvencii toho dedukovať, či sú úplné výhody zdravého životného štýlu podceňované. Colpaniová a kol. zasa v roku 2018 publikovali štúdiu s názvom „Faktory životného štýlu, kardiovaskulárne ochorenia a úmrtnosť zo všetkých príčin u žien stredného a staršieho veku: systematický prehľad a metaanalýza“, ktorej cieľom bolo identifikovať faktory životného štýlu, nápomocné pre skvalitnenie a zachovanie kardiovaskulárneho zdravia žien po prechode menopauzy. Napokon bola pre determináciu rizikových faktorov kardiovaskulárnych ochorení smerodajnou i štúdia Wanga a kol. s názvom „Telesná stavba a nezdravý životný štýl v populácii primárnej starostlivosti s vysokým kardiovaskulárnym rizikom: Nové pohľady na manažment zdravia“, ktorá bola zverejnená v roku 2021, a v rámci ktorej sa autori zamerali na skúmanie súvislostí medzi telesnými konštitúciami a nezdravým životným štýlom medzi jednotlivcami s vysokým kardiovaskulárnym rizikom. Úlohu sestry v primárnej a sekundárnej prevencii kardiovaskulárnych ochorení spomenul v štúdiu s názvom „Kliniky sekundárnej prevencie koronárnej choroby srdca: štvorročné sledovanie randomizovanej kontrolovanej štúdie v primárnej starostlivosti“ Murchieho a kol., ktorú autori publikovali v roku 2003 s cieľom zhodnotiť vplyv sestier v primárnej starostlivosti na sekundárnu prevenciu, celkovú úmrtnosť a mieru koronárnych príhod po štyroch rokoch. Ďalšou obohacujúcou štúdiou bola štúdia Allenovej a Dennisonovej z roku 2010 „Randomizované štúdie ošetrovateľských intervencií pre sekundárnu prevenciu u pacientov s ochorením koronárnych artérií a srdcovým zlyhaním: systematický prehľad“, v rámci ktorej autorky zrealizovali systematický prehľad randomizovaných štúdií so zámerom zistiť, či kardiovaskulárne ošetrovateľské intervencie zlepšujú výsledky u pacientov s ochorením koronárnych artérií a/alebo srdcovým zlyhaním.

Metodika prieskumu

Zámerom bakalárskej práce bolo identifikovať problém prieskumu, ciele prieskumu, otázky prieskumu, metódy zberu a štatistického spracovania dát prieskumu, realizáciu prieskumu a prieskumný súbor.

Problém prieskumu

Východiskom pre empirickú časť bakalárskej práce bol súčasný stav riešenej problematiky doma a v zahraničí, ktorý sme komunikovali v rámci úvodnej kapitoly a ktoré boli smerodajnými pri definovaní úloh sestry v primárnej a sekundárnej prevencii kardiovaskulárnych ochorení. Riadiac sa výstupmi a zisteniami v rámci súčasného stavu riešenej problematiky sme dospeli k formulácii hlavného problému prieskumu v znení:

„Aké sú rizikové faktory životného štýlu a postoj pacientov k svojmu zdraviu v ambulantnej starostlivosti? Aká je úloha sestry v rámci prevencie v ambulantnej starostlivosti?“

Ciele prieskumu

Hlavným cieľom prieskumu bolo zistiť rizikové faktory životného štýlu a postoj pacientov k svojmu zdraviu v ambulantnej starostlivosti a úlohu sestry v rámci prevencie v ambulantnej starostlivosti.

V nadväznosti na hlavný cieľ prieskumu bolo identifikovaných šesť čiastkových cieľov:

- Determinovať rizikové faktory životného štýlu pacientov v ambulantnej starostlivosti.
- Zistiť, aké sú rozdiely v požívaní alkoholu podľa premenných: pohlavie, vek, vzdelanie.
- Zistiť, aké sú rozdiely v konzumácii rýb podľa premenných: pohlavie, vek, vzdelanie.
- Zistiť, aké sú rozdiely v pohybovej aktivite podľa premenných: pohlavie, vek, vzdelanie.
- Definovať prístup pacientov k svojmu zdraviu, a síce snahu o jeho skvalitnenie či udržanie.
- Zistiť, aký je vzťah medzi informovanosťou zo strany sestry o možnostiach znižovania kardiovaskulárneho rizika a snahou pacientov pracovať na prevencii kardiovaskulárnych ochorení.

Prieskumné otázky

Nadväzujúc na čiastkové ciele prieskumu sme dospeli ku koncipovaniu šiestich prieskumných otázok:

Prieskumná otázka 1: *„Aké rizikové faktory zdravého životného štýlu prevládajú u pacientov v ambulantnej starostlivosti?“*

Prieskumná otázka 2: *„Aké sú rozdiely v požívaní alkoholu u pacientov podľa pohlavia, vzdelania a veku?“*

Prieskumná otázka 3: *„Aké sú rozdiely v konzumácii rýb u pacientov podľa pohlavia, vzdelania a veku?“*

Prieskumná otázka 4: *„Aké sú rozdiely v pohybovej aktivite u pacientov podľa pohlavia, vzdelania a veku?“*

Prieskumná otázka 5: *„Aký majú pacienti v ambulantnej starostlivosti postoj ku svojmu zdraviu?“*

Prieskumná otázka 6: *„Aký vzťah existuje medzi informovanosťou zo strany sestry o možnostiach znižovania kardiovaskulárneho rizika a snahou pacientov pracovať na prevencii kardiovaskulárnych ochorení?“*

Prieskumný nástroj a spracovanie dát prieskumu

Nástrojom zberu dát v rámci empirickej časti bakalárskej bola metóda CAWI (Computer Assisted Web Interview), ktorá spočíva na princípe on-line distribúcie odkazu na dotazník. Dotazník bakalárskej práce bol neštandardizovaným typom dotazníka vlastnej konštrukcie, pričom jeho konštrukcii predchádzalo štúdium súčasného stavu problematiky rizikových faktorov kardiovaskulárnych ochorení a úloh sestry v primárnej a sekundárnej prevencii kardiovaskulárnych ochorení. Dotazník bol navrhnutý na platforme „survio“ a pozostával z 15 uzatvorených položiek, rozčlenených v rámci dvoch sekcií: sekcia 1: dotazníkové položky 1 až 3 (identifikačné položky); sekcia 2: dotazníkové položky 4 až 15 (problémové položky).

Šíreniu dotazníka, s ohľadom na jeho neštandardizovaný charakter, predchádzalo pilotné odskúšanie dotazníka, konané 23.01.2023, ktoré na vzorke 9 respondentov overovalo zrozumiteľnosť, správnu jazykovú formuláciu, pochopiteľnosť a logiku dotazníkových položiek na základe odporúčani Gavoru (2010, online), pričom pilotná štúdia nepreukázala, že by bolo nutné pristupovať ku korekcii dotazníkových položiek, keďže sa respondenti zhodne vyjadrili, že v rámci dotazníka *„Rizikové faktory životného štýlu a postoj pacientov v ambulantnej starostlivosti k svojmu zdraviu“* sú pokyny na odpovedanie jasné, nezavádzajúce a ľahko pochopiteľné, zatiaľ čo položky dotazníka sú vhodne formulované, zrozumiteľné, logicky usporiadané a je nepravdepodobné, že by respondenti neboli motivovaní k vyplňaniu

dotazníka. Dáta získané zberom dotazníka boli interpretované v absolútnych a relatívnych hodnotách a znázornené v kontingenčných tabuľkách, čím sa dospelo k zodpovedaniu formulovaných prieskumných otázok.

Realizácia prieskumu

Riešenie prieskumu (naplnenie jeho problému, dosiahnutie jeho cieľov, zodpovedanie jeho otázok a verifikácia jeho hypotéz) záviselo od detailne naplánovanej realizácie prieskumu, počnúc štúdiom odborných prameňov a končiac finálnou korekciou práce.

V rámci zberu údajov z dotazníkového prieskumu bolo preukázané, že celkový počet návštev dotazníka činil hodnotu 216 návštev, pričom 152 dotazníkov bolo vyplnených, zatiaľ čo 64 dotazníkov bolo nevyplnených, úspešnosť vyplňania dotazníka dosiahla úroveň 70,4 %. Najvyššia intenzita vyplňania dotazníka bola zaznamenaná v období od 23.01.2023 do 25.01.2023, keďže v tomto období vyplnilo dotazník 112 respondentov, pričom šlo o obdobie, kedy sa odkaz na dotazník začal virálne šíriť. Zdrojom návštev bol priamy odkaz a najväčší podiel respondentov (N = 135; % = 88,8) vyplňal dotazník 1 až 2 minúty, zvyšok 2 až 5 minút.

Prieskumný súbor

Prieskumný súbor tvorilo 152 pacientov v ambulantnej starostlivosti. Súbor prieskumu sme identifikovali na základe troch charakteristík: pohlavie; veková kategória; vzdelanie.

Rozlíšenie prieskumného súboru podľa pohlavia reflektuje Tabuľka 1, z ktorej je zrejmé, že majoritu súboru tvorili ženy (77 %).

Tabuľka 1 Rozlíšenie prieskumného súboru podľa pohlavia [N; %]

Veková kategória	Absolútne a relatívne hodnoty	
	N	%
žena	117	76,97
muž	35	23,03
Celkový súčet	152	100

(Zdroj: vlastné spracovanie)

Rozlíšenie prieskumného súboru podľa vekovej kategórie ukazuje Tabuľka 2, z ktorej je zrejmé, že majoritu súboru tvorili respondenti vo veku 18 až 39 rokov (60 %).

Tabuľka 2 Rozlíšenie prieskumného súboru podľa vekovej kategórie [N; %]

Veková kategória	Absolútne a relatívne hodnoty	
	N	%
18 až 39	91	59,87
40 až 49	34	22,37
50 až 70	27	17,76
Celkový súčet	152	100

(Zdroj: vlastné spracovanie)

Rozlíšenie prieskumného súboru podľa dosiahnutého vzdelania reflektuje Tabuľka 3, z ktorej je zrejmé, že majoritu súboru tvorili respondenti s vysokoškolským (47 %) a úplným stredoškolským vzdelaním (45 %).

Tabuľka 3 Rozlíšenie prieskumného súboru podľa vzdelania [N; %]

Úroveň dosiahnutého vzdelania	Absolútne a relatívne hodnoty	
	N	%
Základné vzdelanie	1	0,66
Stredoškolské vzdelanie bez maturity	10	6,58
Úplné stredoškolské vzdelanie	69	45,39
Vysokoškolské vzdelanie	72	47,37
Celkový súčet	152	100

(Zdroj: vlastné spracovanie)

Analýza a interpretácia výsledkov prieskumu

Vyhodnocovanie údajov zo zozbieraných dotazníkov sa realizovalo v závislosti od formulovaných prieskumných otázok.

Rizikové faktory životného štýlu u pacientov v ambulantnej starostlivosti

Prieskumná otázka 1 „Aké rizikové faktory zdravého životného štýlu prevládajú u pacientov v ambulantnej starostlivosti?“

Položka 4 zisťovala, či respondenti participujúci na prieskume fajčia (Tabuľka4), z ktorej je zrejmé, že viac než 88 % respondentov nefajčí.

Tabuľka 4 Fajčenie tabakových produktov [N; %]

Fajčím tabakové produkty (cigarety)	Absolútne a relatívne hodnoty	
	N	%
áno	18	11,84
nie	134	88,16
Celkový súčet	152	100

(Zdroj: vlastné spracovanie)

Položka 5 zisťovala, či respondenti konzumujú alkohol v kontrolovanej miere (len príležitostne, napríklad raz mesačne a s mierou), respondenti v takmer 88 % priznali, že sa snažia konzumovať alkohol s mierou (Tabuľka 5).

Tabuľka 5 Mierna konzumácia alkoholu [N; %]

Alkohol konzumujem s mierou	Absolútne a relatívne hodnoty	
	N	%
áno	133	87,50
nie	19	12,50
Celkový súčet	152	100

(Zdroj: vlastné spracovanie)

Položka 6 zisťovala, či majú respondenti dostatok pohybovej aktivity (3 hodiny a viac týždenne), (Tabuľka 6), z ktorej je zrejmé, že viac než 77,5 % respondentov pestuje pohybovú aktivitu tri hodiny týždenne, prípadne i viac.

Tabuľka 6 Dostatok pohybovej aktivity [N; %]

Mám dostatok pohybovej aktivity	Absolútne a relatívne hodnoty	
	N	%
áno	118	77,63
nie	34	22,37
Celkový súčet	152	100

(Zdroj: vlastné spracovanie)

Položka 7 zisťovala, či respondenti denne konzumujú ovocie, pričom vo viac než 57 % prípadov priznali dennú konzumáciu ovocia (Tabuľka 7).

Tabuľka 7 Denná konzumácia ovocia [N; %]

Ovocie konzumujem denne	Absolútne a relatívne hodnoty	
	N	%
áno	87	57,24
nie	65	42,76
Celkový súčet	152	100

(Zdroj: vlastné spracovanie)

Položka 8 zisťovala, či respondenti denne konzumujú zeleninu (Tabuľka 8), z ktorej údajov je zrejmé, že takmer 56 % respondentov zeleninu konzumuje denne.

Tabuľka 8 Denná konzumácia zeleniny [N; %]

Zeleninu konzumujem denne	Absolútne a relatívne hodnoty	
	N	%
áno	89	58,55
nie	63	41,45
Celkový súčet	152	100

(Zdroj: vlastné spracovanie)

Položka 9 zisťovala, či respondenti konzumujú minimálne raz v týždni ryby, no väčšina respondentov (69 %) to poprela (Tabuľka 9).

Tabuľka 9 Konzumácia rýb minimálne raz v týždni [N; %]

Ryby konzumujem minimálne raz týždenne	Absolútne a relatívne hodnoty	
	N	%
áno	47	30,92
nie	105	69,08
Celkový súčet	152	100

(Zdroj: vlastné spracovanie)

Položka 10 zisťovala, či majú respondenti dostatok spánku (7 a viac hodín denne), pričom ich odpovede mapuje Tabuľka 10, z ktorej je zrejmé, že viac než 55 % respondentov dbá na správnu dĺžku spánku.

Tabuľka 10 Dostatok spánku (7 a viac hodín denne) [N; %]

Mám dostatok spánku	Absolútne a relatívne hodnoty	
	N	%
áno	84	55,26
nie	68	44,74
Celkový súčet	152	100

(Zdroj: vlastné spracovanie)

Rozdiely v požívaní alkoholu u pacientov podľa pohlavia, vzdelania a veku

Prieskumná otázka 2 „Aké sú rozdiely v požívaní alkoholu u pacientov podľa pohlavia, vzdelania a veku?“

Pri zisťovaní rozdielov v požívaní alkoholu medzi mužmi a ženami bolo naznačené, že tak muži (89 %) ako i ženy (87 %) vo väčšinovom podiele dbajú na konzumáciu alkoholu s mierou (Tabuľka 11).

Tabuľka 11 Rozdiely v požívaní alkoholu podľa pohlavia [%]

Mierne konzumácia alkoholu	Rod [%]		Celkový súčet
	muž	žena	
áno	88,57%	87,18%	87,50%
nie	11,43%	12,82%	12,50%
Celkový súčet	100,00%	100,00%	100,00%

(Zdroj: vlastné spracovanie)

Pri zisťovaní rozdielov v požívaní alkoholu v závislosti od veku bolo naznačené, že bez ohľadu na príslušnosť ku ktorejkoľvek vekovej kategórii, respondenti vo väčšinovom podiele dbajú na konzumáciu alkoholu s mierou, avšak vo vekovej kategórii 50 až 70 rokov bol tento väčšinový podiel najnižší (Tabuľka 12).

Tabuľka 12 Rozdiely v požívaní alkoholu v závislosti od veku [%]

Mierne konzumácia alkoholu	Vek [%]			Celkový súčet
	18 až 39	40 až 49	50 až 70	
áno	93,41%	94,12%	59,26%	87,50%
nie	6,59%	5,88%	40,74%	12,50%
Celkový súčet	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

(Zdroj: vlastné spracovanie)

Pri zisťovaní rozdielov v požívaní alkoholu na základe úrovne dosiahnutého vzdelania bolo naznačené, že respondenti s úplným stredoškolským vzdelaním (83 %) ako i respondenti s vysokoškolským vzdelaním (97 %) v jednoznačnom väčšinovom podiele dbajú na

konzumáciu alkoholu s mierou, prevažná väčšina (60 %) bola identifikovaná i u respondentov so stredoškolským vzdelaním bez maturity, avšak respondent so základným vzdelaním sa priznal k tomu, že alkohol nekonzumuje s mierou. (Tabuľka 13)

Tabuľka 13 Rozdiely v požívaní alkoholu podľa vzdelania [%]

Mierne konzumácia alkoholu	Vzdelanie [%]				Celkový súčet
	SŠ bez M	úplné SŠ	VŠ	Z	
áno	60,00%	82,61%	97,22%	0,00%	87,50%
nie	40,00%	17,39%	2,78%	100,00%	12,50%
Celkový súčet	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

(Zdroj: vlastné spracovanie)

Rozdiely v konzumácii rýb u pacientov podľa pohlavia, vzdelania a veku

Prieskumná otázka 3 „Aké sú rozdiely v konzumácii rýb u pacientov podľa pohlavia, vzdelania a veku?“

Pri zisťovaní rozdielov konzumácii rýb minimálne raz týždenne medzi mužmi a ženami bolo naznačené, že omnoho vyšší podiel zo súboru žien (73 %) než zo súboru mužov (57 %) nekonzumuje ryby minimálne raz v týždni, no napriek tomu, tak u mužov ako i u žien bola preukázaná väčšinová nekonzumácia rýb minimálne raz týždenne (Tabuľka 14).

Tabuľka 14 Rozdiely v konzumácii rýb minimálne 1-krát týždenne podľa rodu [%]

Konzumujem ryby min. 1-krát týždenne	Rod [%]		Celkový súčet
	muž	žena	
áno	42,86%	27,35%	30,92%
nie	57,14%	72,65%	69,08%
Celkový súčet	100,00%	100,00%	100,00%

(Zdroj: vlastné spracovanie)

Pri zisťovaní rozdielov konzumácii rýb v závislosti od veku bolo naznačené, že respondenti vo veku 18 až 39 rokov nekonzumujú ryby minimálne raz týždenne v najväčšom podiele (80 %), pričom väčšinový podiel (56 %) bol zaznamenaný i v kategórii 40 až 49 rokov, avšak takmer 52 % respondentov vo vekovej kategórii 50 až 70 rokov priznalo, že ryby konzumujú minimálne raz týždenne (Tabuľka 15).

Tabuľka 15 Rozdiely v konzumácii rýb minimálne 1-krát týždenne v závislosti od veku [%]

Konzumujem ryby min. 1-krát týždenne	Vek [%]			Celkový súčet
	18 až 39	40 až 49	50 až 70	
áno	19,78%	44,12%	51,85%	30,92%
nie	80,22%	55,88%	48,15%	69,08%
Celkový súčet	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

(Zdroj: vlastné spracovanie)

Pri zisťovaní rozdielov konzumácii rýb na základe úrovne dosiahnutého vzdelania nebolo zistené, že by medzi respondentmi existovali výrazné disparity v konzumácii rýb, pričom vychádzame z respondentov so stredoškolským vzdelaním bez maturity, úplným

stredoškolským vzdelaním a vysokoškolským vzdelaním, keďže v súbor respondentov so základným vzdelaním komplexne v rámci prieskumu zastupoval len jeden respondent (Tab16)

Tabuľka 16 Rozdiely v konzumácii rýb minimálne 1-krát týždenne podľa vzdelania [%]

Konzumujem ryby min. 1-krát T	Vzdelanie [%]				Celkový súčet
	SŠ bez M	úplné SŠ	VŠ	Z	
áno	30,00%	31,88%	30,56%	0,00%	30,92%
nie	70,00%	68,12%	69,44%	100,00%	69,08%
Celkový súčet	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

(Zdroj: vlastné spracovanie)

Rozdiely v pohybovej aktivite u pacientov podľa pohlavia, vzdelania a veku

Prieskumná otázka 4 „Aké sú rozdiely v pohybovej aktivite u pacientov podľa pohlavia, vzdelania a veku?“

Pri zisťovaní rozdielov v pohybovej aktivite (3 hodiny a viac týždenne) medzi mužmi a ženami (podľa rodu) bolo naznačené, že väčší podiel zo súboru mužov (83 %) než zo súboru žien (74 %) pestuje pohybovú aktivitu 3 a viac hodín týždenne, no napriek tomu, tak u mužov ako i u žien bola preukázaná väčšinová pohybová aktivita v rozmedzí troch a viac hodín týždenne (Tabuľka 17).

Tabuľka 17 Rozdiely v pohybovej aktivite (3 hodiny a viac týždenne) podľa rodu [%]

Mám dostatok pohybovej aktivity	Rod [%]		Celkový súčet
	muž	žena	
áno	82,57%	74,36%	77,63%
nie	11,43%	25,64%	22,37%
Celkový súčet	100,00%	100,00%	100,00%

(Zdroj: vlastné spracovanie)

Pri zisťovaní rozdielov v pohybovej aktivite (3 hodiny a viac týždenne) v závislosti od veku bolo naznačené, že respondenti vo veku 18 až 39 rokov (82 %) a 50 až 70 rokov (81 %) pestujú pohybovú aktivitu 3 hodiny a viac týždenne v omnoho vyššom podiele než respondenti vo vekovej kategórii 40 až 49 rokov (62 %). Napriek uvedeným disparitám však v každej vekovej kategórii väčšinový podiel respondentov priznal opytovanú pohybovú aktivitu (Tabuľka 18).

Tabuľka 18 Rozdiely v pohybovej aktivite (3 hodiny a viac týždenne) v závislosti od veku [%]

Mám dostatok pohybovej aktivity	Vek [%]			Celkový súčet
	18 až 39	40 až 49	50 až 70	
áno	82,42%	61,76%	81,48%	77,63%
nie	17,58%	38,24%	18,52%	22,37%
Celkový súčet	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

(Zdroj: vlastné spracovanie)

Pri zisťovaní rozdielov v pohybovej aktivite (3 hodiny a viac týždenne) na základe úrovne dosiahnutého vzdelania nebolo zistené, že by medzi respondentmi existovali výrazné disparity v týždennej pohybovej aktivite, pričom vychádzame z respondentov so stredoškolským vzdelaním bez maturity, úplným stredoškolským vzdelaním a vysokoškolským vzdelaním, keďže v súbor respondentov so základným vzdelaním komplexne v rámci prieskumu zastupoval len jeden respondent (Tabuľka 19).

Tabuľka 19 Rozdiely v pohybovej aktivite (3 hodiny a viac týždenne) podľa vzdelania [%]

Mám dostatok pohybovej aktivity	Vzdelanie [%]				Celkový súčet
	SŠ bez M	úplné SŠ	VŠ	Z	
áno	80,00%	78,26%	76,39%	100,00%	77,63%
nie	20,00%	21,74%	23,61%	0,00%	22,37%
Celkový súčet	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

(Zdroj: vlastné spracovanie)

Postoj pacientov v ambulantnej starostlivosti k svojmu zdraviu

Zodpovedanie prieskumnej otázky 5 „Aký majú pacienti v ambulantnej starostlivosti postoj u svojmu zdraviu?“

Položka 11 zisťovala, či respondenti trpia nadváhou, pričom ich odpovede mapuje Tabuľka 20, z ktorej je zrejmé, že takmer 62 % respondentov má optimálnu hmotnosť.

Tabuľka 20 Nadváha [N; %]

Trpím nadváhou	Absolútne a relatívne hodnoty	
	N	%
áno, ale už ide o obezitu	5	3,29
áno, mám nadváhu	53	34,87
nie, mám optimálnu hmotnosť	94	61,84
Celkový súčet	152	100

(Zdroj: vlastné spracovanie)

Položka 12 zisťovala, či si respondenti uvedomujú vplyv nezdravého životného štýlu na kardiovaskulárne zdravie, pričom viac než 95 % respondentov priznalo, že si tento vplyv uvedomuje (Tabuľka 21).

Tabuľka 21 Uvedomovanie si vplyvu nezdravého životného štýlu na KV zdravie [N; %]

Uvedomujem si vplyv nezdravého životného štýlu na kardiovaskulárne zdravie	Absolútne a relatívne hodnoty	
	N	%
áno	145	95,39
nie	7	4,61
Celkový súčet	152	100

(Zdroj: vlastné spracovanie)

Položka 13 zisťovala, či sú respondenti sestrou, v rámci ambulantnej starostlivosti, informovaní o tom, ako postupovať pri zmene životného štýlu tak, aby hodnota kardiovaskulárneho rizika klesala, pričom ich odpovede mapuje Tabuľka 22, z ktorej je zrejmé, že takmer 70 % respondentov nemá informácie od sestry v ambulantnej starostlivosti o možnostiach zmeny životného štýlu v záujme minimalizovania kardiovaskulárneho rizika.

Tabuľka 22 Informovanosť sestrou v rámci ambulantnej starostlivosti o postupoch pri zmene životného štýlu v záujme poklesu kardiovaskulárneho rizika [N; %]

Som sestrou, v rámci ambulantnej starostlivosti, informovaný/á o tom, ako postupovať pri zmene životného štýlu tak, aby hodnota kardiovaskulárneho rizika klesala	Absolútne a relatívne hodnoty	
	N	%
áno	46	30,26
nie	106	69,74
Celkový súčet	152	100

(Zdroj: vlastné spracovanie)

Položka 14 zisťovala, či respondenti mienia pracovať na svojom zdravom životnom štýle v rámci prevencie voči kardiovaskulárnym ochoreniam, pričom takmer 91 % respondentov pripustilo, že na uvedenom pracovať mienia (Tabuľka 23).

Tabuľka 23 Ochota pracovať na svojom zdravom životnom štýle v rámci prevencie kardiovaskulárnych ochorení [N; %]

Som ochotný pracovať na svojom zdravom životnom štýle v rámci prevencie kardiovaskulárnych ochorení	Absolútne a relatívne hodnoty	
	N	%
áno	138	90,79
nie	14	9,21
Celkový súčet	152	100

(Zdroj: vlastné spracovanie)

Položka 15 zisťovala, či by sa respondenti, ak by mali možnosť, zapojili do programu prevencie koordinovaného sestrou, pozostávajúceho z ambulantných návštev so zameraním na zdravý životný štýl a elimináciu kardiovaskulárnych rizikových faktorov, pričom ich odpovede mapuje Tabuľka 24, z ktorej údajov je zrejmé, že viac než 76 % respondentov by o takýto program malo záujem.

Tabuľka 24 Ochota zapojiť sa do programu prevencie koordinovaného sestrou, pozostávajúceho z ambulantných návštev so zameraním na zdravý životný štýl a elimináciu kardiovaskulárnych rizikových faktorov [N; %]

Rád by som sa zapojil/a do programu prevencie voči KVO koordinovaného sestrou	Absolútne a relatívne hodnoty	
	N	%
áno	116	76,32
nie	36	23,68
Celkový súčet	152	100

(Zdroj: vlastné spracovanie)

Vzťah medzi informovanosťou zo strany sestry o možnostiach znižovania kardiovaskulárneho rizika, a snahou pacientov pracovať na prevencii kardiovaskulárnych ochorení

Prieskumná otázka 6 „Aký vzťah existuje medzi informovanosťou zo strany sestry o možnostiach znižovania kardiovaskulárneho rizika, a snahou pacientov pracovať na prevencii kardiovaskulárnych ochorení?“

Pri zisťovaní vzťahu medzi telesnou kondíciou pacientov a ich informovanosťou zo strany sestry o postupoch pre znižovanie kardiovaskulárneho rizika, sme dospeli k presvedčeniu, že sestry informujú o možnostiach znižovania kardiovaskulárneho rizika predovšetkým pacientov s obezitou, avšak i tak je mnoho z nich (60 %) neinformovaných (Tabuľka 25).

Tabuľka 25 Vzťah medzi telesnou kondíciou pacientov a ich informovanosťou zo strany sestry o možnostiach znižovania kardiovaskulárneho rizika [N; %]

Informovanosť zo strany sestry o možnostiach znižovania KV rizika	Trpím nadváhou			Celkový súčet
	áno, ale už ide o obezitu	áno, mám nadváhu	nie, mám optimálnu váhu	
áno	40,00%	32,08%	28,72%	30,26%
nie	60,00%	67,92%	71,28%	69,74%
Celkový súčet	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

(Zdroj: vlastné spracovanie)

Pri zisťovaní vzťahu medzi telesnou kondíciou pacientov a ich snahou pracovať na prevencii kardiovaskulárnych ochorení, sme dospeli k presvedčeniu, že všetci pacienti s obezitou majú v pláne pracovať na prevencii voči KVO, rovnako sa vyjadrilo takmer 96 % pacientov s optimálnou hmotnosťou a viac než 81 % pacientov s nadváhou (Tabuľka 26).

Tabuľka 26 Vzťah medzi telesnou kondíciou pacientov a ich snahou pracovať na prevencii voči kardiovaskulárnym rizikám [N; %]

Plánujem pracovať na vlastnej prevencii voči KVO	Trpím nadváhou			Celkový súčet
	áno, ale už ide o obezitu	áno, mám nadváhu	nie, mám optimálnu váhu	
áno	100,00%	81,13%	95,74%	76,32%
nie	0,00%	18,87%	4,26%	23,68%
Celkový súčet	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

(Zdroj: vlastné spracovanie)

Pri zisťovaní vzťahu medzi telesnou kondíciou pacientov a ich ochotou zapojiť sa do preventívneho programu koordinovaného sestrou, sme dospeli k presvedčeniu, že najväčšiu snahu zapojiť sa do preventívneho programu majú pacienti, ktorí majú optimálnu hmotnosť (Tabuľka 27).

Tabuľka 27 Vzťah medzi telesnou kondíciou pacientov a ich ochotou zapojiť sa do preventívneho programu koordinovaného sestrou [N; %]

Zapojil/a by som sa do preventívneho programu	Trpím nadváhou			Celkový súčet
	áno, ale už ide o obezitu	áno, mám nadváhu	nie, mám optimálnu váhu	
áno	3,29%	24,34%	48,68%	76,32%
nie	0,00%	10,53%	13,16%	23,68%
Celkový súčet	3,29%	34,87%	61,84%	100,00%

(Zdroj: vlastné spracovanie)

Diskusia

Cieľom prieskumu bolo zistiť rizikové faktory životného štýlu a postoj pacientov k svojmu zdraviu v ambulantnej starostlivosti a úlohu sestry v rámci prevencie v ambulantnej starostlivosti. Prieskumu sa zúčastnilo 152 respondentov, pacientov slovenskej ambulantnej starostlivosti. Z celkového počtu respondentov boli ženy zastúpené v takmer 77 % podiele, majoritu súboru tvorili respondenti s vysokoškolským (47 %) a úplným stredoškolským vzdelaním (45 %), pričom v prípade vekového rozloženia bolo najvyššie zastúpenie respondentov vo veku 18 až 39 rokov (60 %). Uvedené zastúpenie vekovej kategórie bolo povzbudzujúce pre samotný prieskum, keďže práve v tomto životnom období, ako spomínajú Majerčák a Karachevtsev (2017), sa začínajú prejavovať dôsledky rizikového životného štýlu. Chvályhodné je, že pacienti slovenskej ambulantnej starostlivosti, participujúci na prieskume predkladanej bakalárskej práce, si vo väčšine dávajú pozor na svoju telesnú hmotnosť (62 %), nefajčia (88 %), alkohol konzumujú s mierou (87,5 %), snažia sa o pohybovú aktivitu (78 %), o dostatok spánku (55 %) a o vyváženosť nevyhnutných súčastí stravy, medzi nimi ovocia (57 %) a zeleniny (58,5 %), avšak nedbajú na nevyhnutnú konzumáciu rýb (69 %). Carlsson a kol. (2013) pritom zdôrazňujú, že týždenná konzumácia rýb je nevyhnutná v záujme predchádzania

kardiovaskulárnym rizikám. Zarážajúce je pritom zistenie, že na konzumáciu rýb minimálne raz týždenne dbajú predovšetkým pacienti vo veku 50 až 70 rokov (52 %), zatiaľ čo pacienti vo veku 18 až 39 rokov (20 %) a 40 až 49 rokov (44 %) sa ku konzumácii rýb hlásia len v minorite.

Prekvapujúcim je i zistenie, že na pohybovú aktivitu najmenej dbajú pacienti vo veku 40 až 49 rokov (62 %), narozdiel od pacientov vo vekovej kategórii 18 až 39 rokov (82 %) a 50 až 70 rokov (81,5 %). S ohľadom na uvedené a s odkazom na tvrdenie Majerčáka a Karachevtseva (2017), a síce, že zavŕšením dospelosti do štyridsiateho veku života už môžeme hovoriť o dôsledkoch konkrétnych rizikových faktorov, ktoré sú akýmsi východiskovým bodom pre prvú vlnu kardiovaskulárnej morbidity a mortality nastupujúcu po dovŕšení štyridsiateho roku života, považujeme prístup komunikovaných vekových kategórií za rizikový. Majerčák a Karachevtsev (2017) pritom zdôrazňujú, že rizikové faktory životného štýlu sú modifikovateľné, a teda jednotlivec má vo vlastných rukách, či ho dané faktory budú ohrozovať v súvislosti s kardiovaskulárnym ochorením alebo nie.

Priaznivým je však zistenie, že vo väčšinovom podiele sa tak muži (83 %) ako i ženy (74 %) snažia o pestovanie pohybovej aktivity a konzumujú alkohol s mierou (muži = 89 %; ženy = 87 %), čo je povzbudzujúce predovšetkým v súvislosti so ženami, keďže Colpaniová a kol. (2018) vyjadrili presvedčenie, že fyzická aktivita a mierny príjem alkoholu sú spojené so zníženým rizikom kardiovaskulárných ochorení a úmrtnosťou žien po menopauze. *„Do 55. roku života je úmrtnosť mužov na kardiovaskulárne ochorenia až štyrikrát vyššia ako úmrtnosť žien. Nástup menopauzy tento pomer mení na 1:1. U žien sa považuje za rizikový vek > 65 rokov“* (Majerčák, Karachevtsev, 2017, s. 147).

Vychádzajúc z uvedených zistení však zastávame presvedčenie, že pacienti si v mnohých ohľadoch nie sú vedomí čiastkových momentov súvisiacich so zdravým životným štýlom, a síce napríklad ani toho, že i konzumácia rýb je dôležitou súčasťou predchádzania kardiovaskulárnym rizikám. Môže to byť chybou i samotných sestier, keďže bolo naznačené, že s pacientmi sestry nekomunikujú o eventualitách životného štýlu v záujme prechádzania kardiovaskulárnym rizikám (70 %), dokonca sestry zväčša nekomunikujú ani s pacientmi so zjavnou obezitou (60 %) či nadváhou (68 %). Dodržiavanie odporúčaní týkajúcich sa životného štýlu je v manažmente kardiovaskulárneho zdravia nedostatočné, a preto sa Wang a kol. (2021) zamerali na skúmanie súvislostí medzi telesnými konštitúciami a nezdravým životným štýlom, pričom dospeli k presvedčeniu, že najčastejšími faktormi nezdravého životného štýlu u pacientov s kardiovaskulárnym rizikom je kombinácia pravidelného pitia alkoholu, fajčenia a absencie fyzickej aktivity. Wang a kol. (2021) dospeli k záveru, že telesná konštitúcia jednotlivca úzko súvisí s prítomnosťou nezdravého životného štýlu, v konzekvencii čoho ponúkli nové poznatky pre manažment zdravia prostredníctvom stratégií založených na telesnej konštitúcii, aby sa zamerali na osoby s vysokým kardiovaskulárnym rizikom, ktoré potrebujú prispôbenú pozornosť pri úpravách životného štýlu počas rutínnej primárnej starostlivosti.

Záver

Hlavným cieľom bakalárskej práce bolo, vychádzajúc z teoretických východísk problematiky rizikových faktorov kardiovaskulárných ochorení v primárnej starostlivosti a z prieskumu medzi pacientmi v ambulantnej starostlivosti, zistiť rizikové faktory životného štýlu a postoj pacientov k svojmu zdraviu v ambulantnej starostlivosti a následne navrhnúť odporúčania pre prax. V záujme uvedeného sme najskôr teoreticky determinovali kardiovaskulárne ochorenie,

rizikové faktory kardiovaskulárnych ochorení v primárnej starostlivosti a úlohy sestry v primárnej a sekundárnej prevencii. Následne sme zrealizovali prieskum medzi pacientmi v ambulantnej starostlivosti so zámerom zistiť rizikové faktory ich životného štýlu a postoj ku svojmu zdraviu a napokon sme, komparáciou teoretických zistení s výstupmi z prieskumu, sformulovali relevantné závery a odporúčania pre prax.

V rámci teoretickej sondy sme prízvukovali, že kardiovaskulárne ochorenia predstavujú rôzne stavy, s možnosťou vývinu i v rovnakom čase a súčasne i s možnosťou prechodu do iných stavov či chorôb. Neovplyvniteľnými faktormi, ktoré sú rizikovými v súvislosti s kardiovaskulárnymi ochoreniami, sú pohlavie, vek, etnická príslušnosť a genetická predispozícia, avšak ostatné faktory však je možné ovplyvniť, keďže súvisia so životným štýlom. Preventívne programy koordinované sestrou sa pritom v rámci súčasného prehľadu riešenej problematiky ukázali byť účinnejšie ako bežná starostlivosť pri znižovaní kardiovaskulárneho rizika.

Bibliografia

- ALLEN, J. K., DENNISON, C. R. 2010. Randomized trials of nursing interventions for secondary prevention in patients with coronary artery disease and heart failure: systematic review. In *Journal of Cardiovascular Nursing*. 2010; 25(3): 207-220. ISSN 1550-5049.
- BANGA, J. D. et al. 2012. NHG Standaard Cardiovasculair risicomanagement (eerste herziening). In *Huisarts & Wetenschap*. 2012; 55(1): 14-28. ISSN 1876-5912.
- BENJAMIN, E. J. et al. 2018. Heart Disease and Stroke Statistics-2018 Update: A Report From the American Heart Association. In *Circulation*. 2018; 137(12): 467-492. ISSN 1524-4539.
- COLPANI, V. et al. 2018. Lifestyle factors, cardiovascular disease and all-cause mortality in middle-aged and elderly women: a systematic review and meta-analysis. In *European Journal of Epidemiology*. 2018; 33(9): 831-845. ISSN 1573-7284.
- CARLSSON, A. C. et al. 2013. Seven modifiable lifestyle factors predict reduced risk for ischemic cardiovascular disease and all-cause mortality regardless of body mass index: a cohort study. In *International Journal of Cardiology*. 2013; 168(2): 946- 952. ISSN 0167-5273.
- FARLEY, A. et al. 2012. The cardiovascular system. In *Nursing Standard*. 2012; 27(9): 35-39. ISSN 2047-9018.
- FARSKÝ, Š. 2022. *Systematický monitoring kardiovaskulárneho rizika v primárnej sfére s cieľom znížiť mieru výskytu preventabilných ochorení srdca a ciev*. [online]. 2022. [cit. 2022-11-11]. Dostupné na: <<https://www.health.gov.sk/Zdroje/?Sources/dokumenty/SDTP/standardy/Prevencia/034->>.
- GAVORA, P. 2010. Pilotné odskúšanie dotazníka a predvýskum. In *Elektronická učebnica pedagogického výskumu*. [online]. Bratislava: Univerzita Komenského, 2010. [cit. 2022-12-27]. Dostupné na: <<http://www.e-metodologia.fedu.uniba.sk/index.php/kapitoly/dotaznik/pilotne-odskusanie.php?id=i12p5>>.

ÚROVEŇ VEDOMOSTI O DIABETICKEJ AUTONÓMNEJ NEUROPATII Z POHLADU PACIENTA

LEVEL OF KNOWLEDGE ABOUT DIABETIC AUTONIMIC NEUROPATHY FROM THE PATIENT'S PERSPECTIVE

Tamáš Marián¹

*1. Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety Bratislava, n. o.,
Detašované pracovisko bl. Metóda Dominika Trčku Michalovce-študent BC
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- pedagóg*

E-mail: majotamo.mt@gmail.com

Školiteľ/scientific adviser: PhDr. Miroslava Nemčíková PhD.

Abstrakt

Úvod: Diabetická autonómna neuropatia je závažná, no často prehliadaná a nesprávne diagnostikovaná komplikácia diabetu a je spojená s rôznymi symptómami a poruchami. Naša práca zahŕňa zhrnutie kľúčových informácií o chorobe. Je veľmi dôležité aby pacienti vedeli čo najviac informácií o svojom ochorení a mohli žiť kvalitný život aj s ochorením.

Metódy: V našej práci využijeme metódu zberu dát pomocou dotazníka vlastnej konštrukcie. Dotazník bude anonymný, distribuovať ho budeme na interné oddelenie v NsP Š. Kukuru, Michalovce, interné oddelenie v Regionálnej nemocnici mesta Sobrance a na oddelení vnútorného lekárstva v Trebišove pacientom s diagnostikovaným ochorením diabetes mellitus I. a II. typu.

Výsledky: Vo výsledkoch nášho prieskumu chceme zhodnotiť a uviesť na akej úrovni je informovanosť pacientov o ochorení diabetes mellitus I.a II. typu s komplikáciou autonómna neuropatia, odkiaľ najčastejšie získavajú informácie, aké majú informácie o možných komplikáciách, do akej miery majú záujem informácie získavať.

Záver: V závere našej bakalárskej práce budú vyhodnotené získane výsledky nášho prieskumu a nami stanovené návrhy a odporúčania pre prax, ktorými prispejeme k lepšej informovanosti a zlepšeniu kvality života pacientov s touto komplikáciou ochorenia DM.

Kľúčové slová

Diabetes mellitus. Autonómna neuropatia. Úroveň vedomosti. Ošetrovatel'stvo. Pacient.

Abstract

Introduction: Diabetic autonomic neuropathy is a serious but often overlooked and misdiagnosed complication of diabetes and is associated with a variety of symptoms and disorders. Our work includes summarizing key information about the disease. It is very important for patients to know as much information as possible about their disease and to be able to live a quality life even with the disease.

Methods: In our bachelor's thesis, we used the data collection method using a self-constructed questionnaire. The questionnaire was anonymous, we distributed it in the internal department of NsP Š. Kukuřu, Michalovce, patients diagnosed with diabetes mellitus I. and II. type.

Results: The results of the survey are not shown due to the incompleteness of the bachelor's thesis and the collection of the necessary data.

Conclusion: Our bachelor's thesis is in progress, we have not reached the conclusion at this time due to missing results.

Keywords

Diabetes mellitus. Autonomic neuropathy. Level of knowledge. Nursing. Patient.

Úvod

Diabetická neuropatia, je najčastejším typom neuropatie v klinickej praxi. Tieto neuropatie sa môžu pohybovať od asymptomatických až po zjavné symptómy spôsobené motorickou, senzoricou a autonómnou dysfunkciou. Diabetická autonómna neuropatia (ďalej len DAN), je najviac pod diagnostikovanou komplikáciou diabetu. Ide o vážnu komplikáciu choroby. Diagnostike, ako aj samotnej liečbe je dôležité venovať náležitú pozornosť. Diabetická autonómna neuropatia postihuje akýkoľvek orgánový systém v tele. Je dôležité vedieť, že existujú rôzne typy diabetických autonómnych neuropatií, ktoré sú spôsobené patologickými zmenami centrálného a periférneho autonómneho nervového systému (Grofik, Kurča 2013). Súčasný záujem sa sústreďuje na vývoj autonómnych funkčných testov, ktoré by mali spĺňať jednoduchosť, neinvazívnosť, reprodukovateľnosť, presnú diagnostiku a kvalifikáciu. Vzťah medzi trvaním diabetu a jeho nástupom a progresiou autonómnej neuropatie (ďalej len AN) nebol jasne stanovený ani definovaný (Grofik et.al.,2005). Naša práca popisuje autonómnou neuropatiu a jej formy podľa systému, ktorý ovplyvňuje. Opisuje symptómy sprevádzané AN, manažment práce sestry pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti pacientovi s ochorením diabetes mellitus (ďalej len DM) s komplikáciami DAN, etiológia ochorenia, diagnostika a následná liečba.

Charakteristika ochorenia

Diabetes mellitus (DM) je chronické metabolické ochorenie s vysokou morbiditou a mortalitou, ktorého hlavným a častým prejavom je hyperglykémia spôsobená absolútnym alebo relatívnym nedostatkom inzulínu. Za posledné desaťročie bol zaznamenaný výrazný a trvalý rast a hovorí sa aj o epidémii či pandémie cukrovky. Príčina tohto javu spočíva v životnom štýle obyvateľstva v ekonomicky vyspelých krajinách (nadmerný príjem energie a znížená fyzická aktivita). Keďže výskyt DM je na vzostupe, ide aj o závažný socioekonomický a etický problém. Priebeh DM môže byť komplikovaný na jednej strane akútnou metabolickou dekompenzáciou rôzneho typu a genézy a na druhej strane následkami dlhodobého morfológického a funkčného poškodenia telesných tkanív a orgánov. Tieto komplikácie výrazne zhoršujú prognózu a kvalitu života pacienta s diabetom. Ako každé ochorenie, aj ochorenie DM zo sebou nesie komplikácie. Hyperglykémia je kľúčovým faktorom vo vývoji mikrovaskulárnych komplikácií. DM však spôsobuje poškodenie prakticky všetkých telesných tkanív, orgánov a spôsobuje poruchu viacerých orgánových systémov súčasne. Komplikácie DM delíme na akútne a chronické. Medzi pomerne častú komplikáciu DM sa radí chronická

forma na mikrovaskulárnej úrovni autonómna neuropatia (Grofik, Kurča, 2013). Nervová sústava, je tvorená centrálnou časťou (ďalej len CNS) a periférnou časťou. CNS zahŕňa mozog a miechu. Do periférnej časti patria somatické nervy, ktoré sú spojené so svalmi, ktoré máme pod vedomou kontrolou, a autonómne nervy, ktoré spájajú tkanivá tela s mozgom a miechou. Je to periférna časť nášho nervového systému, ktorá ovplyvňuje automatické telesné funkcie, vrátane krvného tlaku, regulácie telesnej teploty, trávenie, funkcií močového mechúra a sexuálnych funkcií. Dochádza k poškodeniu periférnych nervov, teda nervov ktoré riadia autonómny nervový systém, čiže funkcie tela riadené bez nášho vedomého úsilia. Ich poškodenie ovplyvňuje správy vysielané medzi mozgom, cieľovými orgánmi a oblasťami autonómneho nervového systému. Oblasti autonómneho (vegetatívneho) nervového systému (ANS), ktoré sú zasiahnuté zahŕňajú srdce, krvné cievy a potné žľazy. Dochádza teda k ich dysfunkcii. *Autonómna neuropatia* je teda typom periférnej neuropatie, pri ktorej dochádza k poškodeniu periférnych nervov v celom tele. Pritom autonómne nervy sú viac poškodené ako nervy somatické. V súčasnej dobe existuje mnoho základných chorôb a chorobných stavov, ktoré vedú k autonómnej neuropatii. Dokonca môže byť vedľajším účinkom niektorých liekov. Diabetická autonómna neuropatia, je znepokojujúcim stavom, ktorý často nie je ľahké liečiť a môže mať vážne následky pre postihnutého jedinca, pokiaľ ide o kvalitu a dĺžku života (Grofik, 2005).

Príčiny a formy diabetickej autonómnej neuropatie

Príčin vzniku autonómnej neuropatii je niekoľko. Okrem ochorení samotných, pôvodcom tejto chorobnej komplikácií môžu byť *vírusové* či *bakteriálne infekcie*. Nehovoríme o autonómnej neuropatii ako o chorobe ale ako o komplikácii chorobného stavu pacienta pretože jej vznik práve podnecuje dané ochorenie pacienta. Medzi takéto ochorenie, ktoré je vo veľkej miere pôvodcom tejto zdravotnej komplikácií patrí ochorenie diabetes mellitus (ďalej len DM). Autonómna neuropatia postihuje pacientov s ochorením DM prvého ale aj druhého typu, bez ohľadu na vek. Hlavným faktorom u pacientov s DM je slabá, nedostatočná kontrola hladiny glykémie. DM spôsobuje postupné poškodenie nervov v celom tele. Vysoká hladina glukózy v krvi v spojení s vysokou hladinou tukov ako sú triglyceridy, spôsobené DM poškodzuje nervy a krvné cievy, ktoré vyživujú nervy. Dochádza k rozvoju autonómnej neuropatie. Diabetická autonómna neuropatia (ďalej len DAN) ma niekoľko *foriem*, rozoznávame ich podľa toho, ktoré oblasti autonómneho nervového systému, funkcie nášho tela sú ovplyvnené. Medzi oblasti autonómneho nervového systému, ktoré sú ovplyvnené patria systémy *kardiovaskulárny, gastrointestinálny, urogenitálny, sudomotorický, pupilárny a endokrinný systém*. Podľa toho aký systém postihujú, podľa toho autonómnu neuropatiu označujeme. *Kardiovaskulárna autonómna neuropatia* postihuje najväčší počet pacientov s ochorením DM. Ide o najčastejšiu formu DAN. Do určitej miery ju možno označiť a použiť za „monitor autonómnych funkcií“ (Mazance et al., 2009). Dochádza k poruchám srdcového rytmu v závislosti od dýchania, zmeny polohy tela či záťaže. Porucha rytmu sa prejaví aj v pokoji ide o tzv. pokojovú tachykardiu. Pokojová tachykardia je už prejavom ťažkého poškodenia nervus vagus (blúdivý nerv). Kardiovaskulárna neuropatia je veľmi nebezpečná pre pacienta s DM, pretože dochádza k poruche vnímania angióznej bolesti pri ischemii myokardu. Možnosť vzniku tichej ischemie až infarktu myokardu. Riziko náhleho kardiálneho úmrtia, je u pacientov s ochorením DM vyššia ako u pacientov s DM bez kardiovaskulárnej autonómnej

neuropatie. *Gastrointestinálna autonómna neuropatia* nastáva pri poruche funkcie pažeráka, žalúdka (diabetická gastroparéza). Diabetická gastroparéza, je klinicky významná, pretože ju môžu sprevádzať gastrointestinálne symptómy, zmeny glykemickej kontroly a zmeny v absorpcii perorálnych liekov. Nevhodné vyprázdňovanie žalúdka spôsobené DAN môže viesť k príznakom, ako je nevoľnosť, nadúvanie a vracanie. Kontrola cukrovky nasledovaná zvýšenými hladinami glukózy v krvi a samotná ketóza môžu ovplyvniť vyprázdňovanie žalúdka, čo môže následne zhoršiť stav. *Gastrointestinálna autonómna neuropatia* je predispozícia k vzniku cholecystiázi, čo je podmienené ochabnutím žlčníka. Určenie tejto autonómnej neuropatie je podmienené vylúčením ostatných ochorení, ktoré môžu mať za následok spomínané symptómy. *Urogenitálna autonómna neuropatia* nastáva pri autonómnej neuropatii močového mechúra. Dochádza k strate pocitu plnosti močového mechúra. Výsledkom je zvýšená kapacita močového mechúra. Objavujú sa recidivujúce uroinfekty. Charakteristické je menej časté močenie s veľkými objemami moče. Pacientov ohrozuje poškodenie obličiek hydronefrózou a/alebo polynefritídou. V pokročilých štádiách sa objavuje inkontinencia. U mužov sa objavuje erektilná dysfunkcia a necitlivosť semenníkov na bolesť. Populácia žien sa stretáva so zníženou vaginálnou lubrikáciou. *Sudomotorická autonómna neuropatia* sa významne podieľa na patogenéze diabetickej nohy. Dochádza k anhidróze (znížená alebo chýbajúca tvorba potu) dolných končatín v dôsledku poškodenia sympatických nervových vlákien inervujúcich potné žľazy, dysfunkciou potných žliaz dochádza k suchej pokožke na DK ktoré sú náchylnejšie na vznik ragád, ktoré môžu byť cestou pre infekcie. Ako kompenzačná hyperhidróza sa objavuje zvýšené potenie na hornej polovici tela. Hojné potenie sa vyskytuje po určitých druhoch potravín, zriedkavo sa objavuje aj bez hyperglykémie, najmä v noci (Tentolouris, 2009). Pupilárna autonómna neuropatia je stav, pri ktorom je narušená funkcia autonómneho nervového systému, ktorý je zodpovedný za kontrolu dilatácie zreníc. Tento stav môže spôsobiť poruchu procesu zaostrovania oka alebo iných funkcií oka. Príznaky môžu zahŕňať zvýšené namáhanie očí, rozmazané videnie, bolesť očí, zmätenosť a závraty. Pupilárna autonómna neuropatia môže byť spôsobená cukrovkou alebo inými stavmi, ako je Parkinsonova choroba, systémový lupus erythematosus alebo roztrúsená skleróza. Liečba môže zahŕňať lieky na liečbu stavu, masáž očí, kontrolu hladiny cukru v krvi a fyzikálnu terapiu. Endokrinná autonómna neuropatia, pri tejto autonómnej neuropatii je potrebné spomenúť syndróm nevedomenia si hypoglykémie. Dôvodom to bolo považované za prejav autonómnej neuropatie podmienené poruchou sympatikovej inervácie drene nadobličiek s následným chýbaním sekrécie ketocholamínov pri hypoglykémii. Štúdie však nasvedčujú tomu, že ide o primárnu poruchu CNS. Štúdie sa opierajú o výskyt tohto fenoménu v skupine osôb bez autonómnej neuropatie v začiatkových štádiách DM 1. typu. Chýba sekrécia kontra regulačných hormónov iba pri hypoglykémii pri súčasnom zachovaní sekrécie na iné stimuly ako aj prítomnosť tohto javu u pacientov s inzulínómami (Mokáň, 2009).

Etiológia diabetickej autonómnej neuropatie

Diabetická autonómna neuropatia sa prejavuje skupinou symptómov, ktoré sa vyskytujú v dôsledku poškodenia periférneho autonómneho systému. Periférny autonómny systém tvoria autonómne nervy, ktoré sú jednotky regulujúce viscerálne funkcie tela (krvný tlak, motilita čriev, vyprázdňovanie močového mechúra, regulácia telesnej teploty). Neuropatia je dysfunkcia a poškodenie jedného a viacerých nervov, ktorá sa prejavuje necitlivosťou, brnením

alebo bolesťou v postihnutej oblasti. Samotná príčina diabetickej autonómnej neuropatie naďalej zostáva nejasná. Pri ochorení DM sa ako hlavným faktorom príčiny vzniku neuropatie preukázalo nedostatočné sledovanie, monitorovanie a regulácie hladiny glukózy v krvi. Metabolické následky hyperglykémie menia funkcie periférnych nervov a vedú k oxidačnému stresu, ktorý mení metabolizmus mastných kyselín. Chronická hyperglykémia zodpovedá za abnormality v mikrocirkulácií, ktoré by mohli viesť k lokálnej ischemii vyvolávajúcej endotelové zmeny. Citlivosť na poškodenie periférnych nervov u diabetes mellitus ovplyvňujú aj niektoré genetické faktory, narušená neurotrofická podpora a autoimunitné poškodenie. Prevalencia a závažnosť AN stúpa s dobou trvania diabetu, rovnako ako ostatné chronické komplikácie (Boulton et. al., 2005). Komplex faktorov môže viesť k autonómnej dysfunkcii a u toho istého pacienta sa môže vyskytnúť viac ako jeden súčasne. Vzhľadom na rozsiahlu povahu autonómneho nervového systému môže byť ovplyvnený rôznymi stavmi. Najčastejšími príčinami autonómnej dysfunkcie sú príčiny zdedené a získané. Medzi zdedené spomenieme genetické poruchy ako je rodinná dysautómia a nedostatok dopamín- beta- hydroxylázy. K získaným patria napríklad metabolické/nutričné ako napríklad DM, nedostatok vitamínu B12, degeneratívne neurologické ochorenia ako je Parkinsonova choroba, farmakologické účinky niektorých liekov, alkohol alebo aj traumatické a nádorové poranenia miechy.

Klinický obraz a diagnostika autonómnej neuropatie

Klinické prejavy autonómnej neuropatie závisia od postihnutia jednotlivých systémov. Vo väčšine prípadov je prvým prejavom postihnutie kardiovaskulárneho systému, ktorého diagnostika aj liečba je najviac prepracovaná a používaná. Jej príznaky zahŕňujú napríklad tachykardiu v kľude, intoleranciu záťaže a tepla či ortostatickú hypotenziu. Medzi ďalší postihnutý systém patrí gastrointestinálny systém, ktorý sa prejavuje poruchou motility pažeráka, žalúdka, čriev. U pacientoch sa prejaví zápcha a inkontinencia. K poškodeniu dochádza aj v urogenitálnom systéme prejavujúc sa dysfunkciou močového mechúra alebo sexuálnou dysfunkciou u mužov. Ďalší systém je systém sudomotorický, jeho prejavom poškodenia je anhidróza dolnej polovice tela, hyperhidróza hornej polovice tela a najmä potenie po jedle. Pacienti sa stretávajú aj s poruchou systému očí a endokrinného systému. Diagnostika autonómnej neuropatie ostáva v kompetencii skúseného lekára. Opiera sa o vylúčenie iných stavov, ktoré môžu napodobňovať symptómy ovplyvňujúce autonómny nervový systém (napr. Shy Drager syndróm) boli klinickými skúškami vylúčené. (Grofik, 2013). V súčasnej dobe neexistuje žiaden špecifický test potvrdzujúci diagnózu diabetickej autonómnej neuropatie, bez vylúčenia iných organických príčin. Samostatné funkčné testy môžu byť užitočnou pomôckou, mali by sa však posudzovať v kontexte. V klinickej praxi sa autonómna neuropatia opiera o diagnostikovanie kardiovaskulárnej autonómnej neuropatie, ktorá pozostáva zo súborov piatich testov na hodnotenie kardiovaskulárnej autonómnej funkcie. Tie zahŕňajú odozvu srdcovej frekvencie na Valsov manéver, hlboké dýchanie. Státie a krvný tlak v reakcii na státie a uchopenie rukou. Dve jednoduché klinické testy, ktoré je možné vykonať v ktorejkoľvek nemocnici, sú odpoveď krvného tlaku a srdcovej frekvencie na postavenie a pomer nádychu a výdychu. Pri diagnostike DAN hrá rozhodujúcu úlohu anamnéza pacienta a údaje o anamnéze, ktoré je možné získať prostredníctvom skríningových dotazníkov na individuálnu autonómnu nervovú funkciu. Takýto dotazník bol v Českej republike schválený Konsenzuálnou konferenciou v Žinkovoch v roku 1997 (Lacigová et al., 2012). Senzitivita a špecifická

dotazníkových metód je však pomerne nízka (Sletten et al., 2012). Štandardne diagnostický algoritmus diabetickej neuropatie pozostáva z nasledujúcich krokov, anamnézy, objektívneho klinického neurologického vyšetrenia, elektromyografie, kvantitatívneho vyšetrenia senzitivných funkcií, vyšetrenia jednotlivých autonómnych funkcií, biopsii nervu a kože, korneálnej konfokálnej mikroskopii. Súčasťou diagnostiky je *anamnéza*. Je súbor symptómov získaných počas rozhovoru s pacientom, ktoré sú považované za patologické, tieto informácie môžu byť použité na podporu alebo spochybnenie diagnózy diabetickej neuropatie. Pacient môže tiež absolvovať rôzne nekvantifikované alebo kvantifikované prieskumy na zistenie neuropatie. Je dôležité si uvedomiť, že približne polovica pacientov nemá, neuvádza žiadne subjektívne ťažkosti. Táto skupina asymptomatických pacientov (bezbolestná forma neuropatie) je najviac náchylná na rozvoj syndrómu diabetickej nohy (Kurča, 2002).

K diagnostike patrí aj *klinické neurologické vyšetrenie*. Ide o hodnotenie stavu a nutričný stav pokožky, tonus a silu konkrétnych svalov a svalových skupín. Dôležité je skontrolovať šľachovo-kosťové reflexy, najmä reflex Achillovej šľachy, ako aj povrchovú a hlbokú citlivosť (Vinik, 2004). Senzorická dysfunkcia sa najčastejšie zisťuje vyšetrením hmatovej citlivosti pomocou Semmes-Weinsteinovho monofilu (10g). Vyšetrenie sa vykonáva na 4 miestach na plantárnom povrchu nohy. Nález jedného alebo viacerých nepostrehnuteľných bodov je patologický nález. Na posúdenie funkcie tenkých vlákien je dôležité preskúmať termosenzitivitu, schopnosť rozlišovať medzi horúcimi a studenými podnetmi, najlepšie pomocou rôznych prístrojov (Tipther, NeuroQuick). Poruchy bolesti a citlivosti na teplo môžu byť jedinými abnormalitami pri klinickom vyšetrení pri neuropatii jemných vlákien. (Boulton, 2005). Na posúdenie stavu hĺbkovej citlivosti vyšetrujeme polohovú a pohybovú citlivosť a selektívne vyšetrenie citlivosti pomocou kalibrovanej 8-tónovej 128 MHz ladičky alebo bio termometra. (Meijer et al., 2005) Ladička sa pripája z dorzálnej strany chodidla na spodinu distálnej falangy alebo na prvý metatarzálny a potom na distálny interfalangeálny kĺb II. a III. prstom. Prahové hodnoty citlivosti na vibrácie nižšie alebo rovné 3 vo veku pacienta do 50 rokov a hodnoty nižšie alebo rovné 5 nad 50 rokov pacienta sa považovali za významne abnormálne nálezy. Klinické vyšetrenie je možné zaznamenávať do rôznych kvantifikovaných dotazníkov, čo má výhodu v tom, že umožňuje dlhodobé sledovanie rozvoja neuropatie. (napr. The Michigan Neuropathy Screening Instrument, Neuropathy Symptom Score, Neuropathy disability score, The Michigan diabetic neuropathy score, neuropathy impairment score) (Duby et al., 2004). Dalším diagnostickým krokom je *stimulačná elektromyografia*. Je to nervová elektrická stimulácia, zaznamenáva reakcie príslušných svalov a citlivých oblastí kože prostredníctvom povrchových elektród (kondukčné štúdie). Na dolných končatinách typicky vyšetrujeme motorický neurogram a F vlny peroneálneho a tibiálneho nervu, senzibilizovaný neurogram n. suralis a medialis plantaris a H reflex tibiálneho nervu. Štúdie vedenia môžu určiť podiel poškodených axónov a demyelinizovaných komponentov a kvantifikovať rozsah poškodenia. Ihlová EMG poskytuje informácie, ako je stav kolaterálnej reinervácie a aktivita neuropatických procesov pri axonálnom poškodení. Kontrola ihly má však svoje obmedzenia. Je to spôsobené najmä poraneniami axonálneho typu svalových skupín distálnych dolných končatín, ktoré sa často vyskytujú u starších ľudí a dokonca aj bez neuropatie, rizikom infekcie a rán v oblasti diabetickej neuropatie a samozrejme invazívnym charakter vyšetrenia. Typický protokol pre EMG vyšetrenia neuropatie zahŕňa testovanie funkcie hrubých myelinizovaných vlákien. Pri izolovanej neuropatii tenkých vlákien sú výsledky elektromyografie (EMG)

normálne. Jednou z metód elektrofyziologického monitorovania funkcie jemných vlákien je kožný sympatikový reflex (Vinik, 2004). K subjektívnym diagnostickým testom na základe údajov pacienta patrí *kvantitatívne vyšetrenie senzitívnych funkcií*. Oproti citlivým klinickým vyšetreniam je rozdiel v aplikácii kvantitatívne presne definovaných podnetov. Biotenziometria je vyšetrenie pomocou vibračnej sondy. Od dorzálnej strany chodidla po spodok distálnej falangy. Amplitúda sa postupne zvyšuje, až kým pacient nezačne pociťovať vibrácie (VPT – Vibration Perception Threshold). Zvýšený prah vibrácií je rizikovým faktorom pre neuropatické vredy a amputáciu končatín.(Abbot CA, 1998). Zariadenia radu CASE (Computer Aided Sensory Examination) dokážu kontrolovať prahy citlivosti na vibrácie, teplo a algické podnety. Prístroj Neurometer ponúka aj novú možnosť stanovenia 3 citlivých vlákien (A- β , A- Δ a C) a prahy tolerancie bolesti pre povrchovú elektrickú stimuláciu pri frekvenciách 5, 250 a 2000 Hz. (Grofik, 2013).

K ďalším diagnostickým procesom patrí *pedografia*. Je to veda, ktorá využíva statický tlak chodidla na jeho kvantifikáciu. Zariadenie sa skladá z aktívnej oblasti pre chodidlo, ktorá je napojená na počítačový systém, ktorý prostredníctvom počítača vizualizuje rozloženie tlaku v chodidle, pričom tlak v týchto oblastiach je najvyšší. Uľahčuje diagnostiku abnormalít v klenbe nohy a vytváranie špeciálnej ortopedickej obuvi. Samotný zákrok nervy nohy priamo nevyšetruje, skôr nás o nich informuje. Je prospešný pri diagnostike neuropatickej artropatie (Grofik, 2013). Okrem vyšetrenia senzitívnych funkcií sa pristupuje aj k vyšetreniu jednotlivých *autonómnych funkcií*. Vyšetrením jednotlivých autonómnych funkcií sa určuje vylúčenie iných možných príčin pacientových ťažkostí.(Boulton, 2005). K dispozícii sú aj rôzne dotazníky na zistenie prejavov autonómnej neuropatie. Pozitívny nález je však už v pokročilom štádiu autonómnej neuropatie. Zvyčajne prvým a najčastejším prejavom autonómnej neuropatie je KAN. Samozrejmosťou súčasťou jej vyšetrenia je EKG záznam a klinický ortostatický test. Štandardizované kardiovaskulárne vyšetrenie je základom pre diagnostiku KAN. Dnes sú pre kvalitný KAN nevyhnutné telemetrické zariadenia, ktoré zbierajú a spracúvajú informácie pri počítačovom spracovaní variability srdcovej frekvencie. Telemetrickým zariadením dochádza k posudzovaniu časovej analýzy variability srdcovej frekvencie, takzvaná Ewingova Batéria (1. Pokojový dychový test, 2. Hlboký dychový test, 3. Valsalvov manéver, 4. Ortostatická odozva a 5. Izometrické uchopenie) a spektrálna analýza variability srdcovej frekvencie z polohy ľah-stoj-ľah (Opavský 2002). Pri diagnostike gastrointestinálnej autonómnej neuropatie sa využívajú metódy ako vyšetrenie gastrointestinálneho traktu a použitie fibroskopov. Špeciálne endoskopické vybavenie umožňuje kombináciu manometrie a mechanogramu a záznamu EMG signálu v rôznych častiach gastrointestinálneho traktu. Unikátnou metódou je povrchová elektrogastrografia. To zahŕňa napr. vyšetrenie rýchlosti vyprázdňovania žalúdka pomocou scintigrafie. Diagnóza urogenitálnej autonómnej neuropatie zahŕňa urodynamické vyšetrenie a niekoľko ultrasonografických techník. Určenie príčiny erektilnej dysfunkcie môže byť zložitý, vyžaduje identifikáciu psychologických faktorov, toxických alebo endokrinných faktorov a možného poškodenia cievneho alebo nervového systému. Užitočné môže byť intrakavernózne testovanie PGE1. Presná diagnostika sudomotorickej autonómnej neuropatie si vyžaduje vysoko sofistikované vybavenie (napr. QSART – kvantitatívny sudomotorický axónový reflexný test, TST – termoregulačný potný test). Na posúdenie sudomotorickej funkcie možno využiť aj EMG kožný potenciál (SSR – cutaneous sympatic response). V klinickej praxi je tiež

dostačujúci farebný kožný test (potlač), kde sa farba mení podľa množstva potu, alebo kožná náplast Neuropad, ktorá sa aplikuje na planty oboch chodidiel a v prípade poruchy zostáva rovnaká (Papanas, 2005). Pri meraní elektrického odporu kože (napr. prístrojom EZSCAN) vychádzame z princípu, že elektrický odpor kože je závislý od aktivity potu a mazových žliaz, ktorá je pri diabetickej neuropatii znížená (Tentolouris et. al. 2008). Pri diagnostike pupilárnej autonómnej neuropatie postačuje klinické posúdenie reakcie zrenice. V niektorých prípadoch môžu pomôcť tradičné farmakologické činidlá. Testy sú kategorizované podľa schémy Foerster-Gagel. Vyšetrenie latencie zrenice si vyžaduje špecializované vybavenie (infračervená pupilografia). Medzi *invazívnu* diagnostickú metódu na detekciu neuropatie patrí *biopsia nervu kože*. Biopsia nervu kože nie je vhodná pre rutinnú klinickú prax. Biopsia kože zásadne rieši diagnostický problém takzvanej neuropatie malých vlákien. Ide o minimálne invazívnu techniku - biopsiu ihlou, odstránenie malého rezu kože (do priemeru 3 mm) v oblasti nad členkom s následným imunohistochemickým stanovením hustoty citlivých nemyelinizovaných vlákien v epiderme, znížená hustota nasvedčuje o neuropatii (Malík, 2005). K *neinvazívnym* metódam zaradzujeme *korneálnu konfokálnu mikroskopiu*. Ide o oftalmickú techniku na detekciu neuropatie tenkých vlákien. Redukcia tenkých vlákien v rohovke koreluje s redukciov intraepidermálnych nervových vlákien v biopsiách kože a stupňom neuropatie u diabetickej pacientov (Tavokoli, 2010). Stanovenie *diagnózy* klinickej neuropatie možno stanoviť aj ak sú prítomné EMG abnormality typické pre neuropatiu a klinické symptómy alebo príznaky neuropatie. V prípade normálneho EMG nálezu je nevyhnutný dôkaz zlyhania jemných vlákien. Ak nie sú príznaky a klinické príznaky neuropatie, ale EMG nález je abnormálny, respektíve (v prípade normálnej detekcie EMG) preukázalo zlyhanie tenkých vlákien. Diagnóza neuropatie jemných vlákien je podmienená prítomnosťou klinických príznakov neuropatie jemných vlákien (neuropatická bolesť), normálnym EMG nálezom a patologickým nálezom pri biopsii kože alebo poruchou citlivosti nohy na teplo (Dyck, 1999; Meijer 2005).

Liečba diabetickej autonómnej neuropatie pozostáva s liečby *kauzálnej, patogenetickej a symptomatickej*. Podstatou *kauzálnej liečby* je vykonať adekvátnu metabolickú kontrolu DM. Následkom toho sa oddiali vznik a progresia diabetickej neuropatie. *Patogenetická liečba* je liečba ktorá z určitej časti zasahuje do patogenézy diabetickej neuropatie. V súčasnej dobe je za takúto liečbu považovaná liečba kyselinou alfalipovou, benfotiamínom a aktovegínom, ktorá je potvrdená klinickými štúdiami. Mechanizmy účinku všetkých spomínaných liečiv sú veľmi zložité, v prípade kyseliny alfa-lipoovej a aktovegínu je dominantnom antioxidičným účinkom (Ziegler, 2004). *Základom symptomatickej liečby* je kombinácia metabolickej kompenzácie DM a patogenetickej liečby. Liečbu prejavov autonómnej neuropatie má v rukách zásadne špecialista, podľa toho ktorý systém nášho organizmu je postihnutý (kardiológ, urológ, gastroenterológ atď.). Hlavným symptómom diabetickej neuropatie u väčšine pacientov postihnutých DM je neuropatická bolesť, ktorej liečba by mala byť zverená do rúk neurológa prípadne algeziológa. Bežné analgetiká sú nedostatočne účinné. Liekmi voľby by mali byť antikonvulzíva a antidepresíva. Konkrétny výber lieku však závisí od príslušných komorbidít, nežiaducich reakcií a potenciálnych liekových interakcií. Ak je monoterapia (terapia jedným liekom) v dostatočných terapeutických dávkach aspoň jeden mesiac nedostatočná, môžeme zameniť lieky alebo zvoliť kombinovanú liečbu (Daousi, 2006).

Jednu z podstatných častí liečby je aj *úloha sestry*. Úloha sestry a jej prínos spočíva v jej poslaní, ktorého podstatou je rozširovať vedomosti a formovať návyky a postoje určené na

ochranu a podporu zdravia. Okrem poslania sestry je to aj poslanie interdisciplinárneho odboru výchovy k zdraviu, ktorý využíva poznatky z medicínskych odborov, ale aj z prírodných a spoločenských disciplín. Je zameraný na jednotlivca a jeho rodinu v zdraví a chorobe alebo v ohrození zdravia a na skupiny obyvateľstva, napr. pacienti s určitou diagnózou, ženy so špeciálnou problematikou, s ohľadom na vekové skupiny, ďalej deti, mládež, seniori, ľudia pracujúci alebo žijúci v určitom rizikovom prostredí a pod. (Bašková, 2009). Úloha sestry pri poskytovaní komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti o pacienta s diabetickou autonómnou neuropatiou je nevyhnutná a vychádza práve z interdisciplinárneho odboru výchovy k zdraviu. Vychádza z výchovných cieľov ktoré rozdeľujeme do troch kategórií (kognitívnych, afektívnych a psychomotorických). Vyžaduje si to komplexné pochopenie choroby a jej účinkov na pacienta. Sestra musí byť oboznámená s patofyziológiou diabetickej autonómnej neuropatie a so znakmi a symptómami tohto stavu. Musí poznať aj súčasné možnosti liečby a vedieť poskytnúť pacientovi edukáciu o svojom stave. Okrem toho by si sestra mala byť vedomá potenciálnych komplikácií spojených s ochorením a sledovať pokrok pacienta. Musí byť schopná rozpoznať príznaky akútnych exacerbácií diabetickej autonómnej neuropatie, ako sú náhle zmeny krvného tlaku, srdcovej frekvencie, potenia a teploty. Mala by byť oboznámená s núdzovou liečbou týchto epizód, ako je podávanie tekutín a liekov. Ďalej by sestra mala posúdiť schopnosť pacienta zvládať cukrovku a poučiť ho o tom, ako sledovať svoju hladinu glukózy v krvi a príjem sacharidov. Okrem pacientovi by mala poskytnúť aj edukáciu o liečbe diabetu, úprave životného štýlu a dôležitosti pravidelných kontrolných návštev u poskytovateľa zdravotnej starostlivosti aj rodinným príslušníkom. Sestra sleduje príznaky a symptómy komplikácií, ako je diabetická ketoacidóza a hypoglykémia. Poskytnutie komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti o pacienta s diabetickou autonómnou neuropatiou, môže sestra vykonať aj tak, že posúdi, ako pacient rozumie svojmu diabetu a poskytne komplexnú edukáciu o ochorení, alebo doplní chýbajúce poznatky, vedomosti o tomto ochorení. Úlohou sestry je prispievať k prevencii ochorenia, udržaniu, alebo prinavráteniu zdravia, a k zvýšeniu kvality života formou edukácie. Edukácia zohráva významnú rolu v primárnej, sekundárnej a terciárnej prevencii.

Cieľom našej práce je :

- zistiť úroveň vedomostí pacientov s ochorením diabetes mellitus s komplikáciami diabetickej autonómnej neuropatie,
- zistiť, ako dobre pacienti o týchto komplikáciách vedia a aká je úroveň ich vedomostí o tejto komplikácii ochorenia diabetes mellitus.
- Získané poznatky vyhodnotiť a navrhnúť odporúčania pre prax a tým zvýšiť povedomie pacientov s ochorením diabetes mellitus trpiacich komplikáciami diabetickej autonómnej neuropatie.

Empirická časť práce

Bude realizovaná dotazníkovou metódou vlastnej konštrukcie. Prieskum bude realizovaný online formou. Dotazník rozpošleme do Š. Kukuru v Michalovciach na interné oddelenie, na interné oddelenie v Regionálnej nemocnici mesta Sobrance a na oddelenie vnútorného lekárstva v Trebišove.

Stanovíme si *problém prieskumu a jeho cieľ*.

Cieľom prieskumu bude zistiť úroveň vedomostí o diabetickej autonómnej neuropatii z pohľadu pacienta.

Vychádzajúc z hlavného cieľa sme stanovili *čiasťkové ciele*:

1. Zistiť, mieru informovanosti pacientov s ochorením DM o diabetickej autonómnej neuropatii.
2. Zistiť, odkiaľ pacienti získavajú informácie o možných komplikáciách a ich prevencii.
3. Zistiť, či pacienti rozumejú diabetickej autonómnej neuropatii, možným symptómom a potenciálnym príčinám.

Charakteristika súboru a metodika

Analyzovať budeme vzorku pacientov s ochorením diabetes mellitus. Vzorku bude tvoriť 100 respondentov s ochorením diabetes mellitus. Respondenti budú rozdelený podľa pohlavia, zatriedený do skupín podľa veku a typu diabetu, váhy a pridružených kardiovaskulárnych ochorení. Prieskum bude realizovaný dotazníkovou metódou vlastnej konštrukcie.

Analýza výsledkov

Dotazníky vytriedime, skontrolujeme vhodnosť ich vyplnenia a následne každú dotazníkovú položku budeme analyzovať a uvedenie v absolutnej a relatívnej početnosti.

Diskusia

V diskusii prinesieme vlastný pohľad na úroveň vedomostí o autonómnej neuropatii z pohľadu pacientov liečených na DM z autonómnu neuropatiou, ktoré porovnáme s výsledkami iných autorov.

Záver

Na záver našej práce navrhujeme riešenia pre zlepšenie informovanosti u pacientov s DM, s komplikáciou autonómna neuropatia, ktoré veríme, že prinesú pozitívum pre kvalitu a zlepšenie života s týmto ochorením a jej komplikáciami.

Bibliografia

- ZIEGLER D., MOVSEYAN L., MANKOVSKY B. et al. Treatment of symptomatic polyneuropathy with actovegin in type 2 diabetic patients. *Diabetes Care* 2009; 32(8): 1479–1484.
- SHAKHER J., STEVENS MJ. Update on the management of diabetic polyneuropathies. *Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity: Targets and Therapy* 2011; 4: 289–305.
- RUŠAVÝ Z. et. al. Diagnostika a klasifikace diabetickej neuropatie, In: *Diabetickej neuropatie. Konesuální konference. Žinkovy, 20.-22. března 1997. Galén Praha 1998. ISBN 8085824728.*
- MALIK RA., TEFAYE S., NEWRICK PG. et al. Sural nerve pathology in diabetic patients with minimal but progressive neuropathy. *Diabetologia* 2005; 48(3): 578–585.
- WIEMAN TJ., SMIELL JM., Su Y. Efficacy and safety of a topical gel formulation of recombinant human platelet-derived growth factor-BB (Becaplermin) in patients with chronic neuropathic diabetic ulcers. *Diabetes Care* 1998;21:822–827.

OPAVSKÝ J. Autonomní nervový systém a diabetická autonomní neuropatie. Klinické aspekty a diagnostika. Galén: Praha 2002. ISBN 8072621947.

DARREN K. MCGUIRE & NIKOLAUS MARX, Diabetes in Cardio Vascular Disease: A Companion to Braunwald's Heart Disease, vyd. Saunders 17-10-2014, ISBN 9781455754182.

MOKÁŇ M., Fenomén neuvedomenia si hypoglykémie, n: Krahulec B. Diabetická polyneuropatia II., Arimes, Bratislava 2002: 120–131.

PAPANAS N., PAPTAEODOROU K., CHRISTAKIDIS D et al. Evaluation of a new indicator test for sudomotor function (Neuropad) in the diagnosis of peripheral neuropathy in type 2 diabetic patients. *Exp Clin Endocrinol Diabetes* 2005; 113(4): 195–198.

TENTOLOURIS N., MARINOU K., KOKOTIS P. et al. Sudomotor dysfunction is associated with foot ulceration in diabetes. *Diabet Med* 2009; 26(3):302–305.

DAOUSI C., BENBOW SJ., WOODWARD A. et al. The natural history of chronic painful peripheral neuropathy in a community diabetes population. *Diabet Med* 2006; 23(9): 1021–1024.

TAVAKOLI M, QUATTRINI C, ABBOTT C. et al. Corneal confocal microscopy: a novel noninvasive test to diagnose and stratify the severity of human diabetic neuropathy. *Diabetes Care* 2010; 33(8): 1792–179.

DUBY JJ, CAMPBELL RK, SETTER SM, WHITE JR, Sasmussen KA. Diabetic neuropathy: An intensive review. *Am J Health-SystPharm* 2004; 1: 160–173.

VINIK AI, PITTENGER GL, BARLOW P, MEHRABYAN A. Diabetic Neuropathies. In: Le Roith D, Taylor SI, Olefsky JM. *Diabetes mellitus A fundamental and clinical text.* 2004 Lippincot Williams and Williams, Philadelphia, 1331–1363.

BENBOW SJ, DAOUSI C. and MACFARLANE IA. Painful diabetic neuropathy. In: *Diabetes. Best Practice Research Kompendium.* Edited by Antony H. Barnett, Elsevier 2006: 127–136.

ZIEGLER D, RATHMANN W, MEISINGER C (eds) et al. KORA Study Group, Prevalence and risk factors of neuropathic pain in survivors of myocardial infarction with pre-diabetes and diabetes. *The KORA myocardial infarction registry.* *Eur J Pain* 2009; 13(6):582–587.

BENBOW SJ, DAOUSI C. AND MACFARLANE IA. Painful diabetic neuropathy. In: *Diabetes. Best Practice Research Kompendium.* Edited by Antony H. Barnett, Elsevier 2006: 127–136.

TESFAYE S., BOULTON AJ., DYCK PJ. et al. Diabetic neuropathies: update on definitions, diagnostic criteria, estimation of severity, and treatments. *Diabetes Care* 2010; 33(10): 2285–2293.

MUDr. MILAN GROFIK , MUDr. VLADIMÍR NOSÁĽ, doc. MUDr. EGON KURČA, PhD. , MUDr. PAVOL KUČERA, PhD., NEUROLOGICKÉ PREJAVY DIABETES MELLITUS, *Neurol. prax*, 2005; roč. 6 (1): 28–33.

MUDr. MILAN GROFIK, MUDr. EGON KURČA, Diabetická neuropatia: Klinický obraz a súčasné možnosti diagnostiky a liečby, *Forum Diab* 2013; 2(2): 108–116.

KURČA E., Diabetická neuropatia – aktuálny pohľad. In: *Medicínsky monitor* 3, Bonus, 2002, s1–7.

VÝZNAM SOCIÁLNEJ OPORY U SENIOROV

IMPORTANCE OF SOCIAL SUPPORT FOR SENIORS

Ján Eštok

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

Detašované pracovisko bl. Metóda Dominika Trčku Michalovce

E-mail: janestok@gmail.com

Školiteľ/scientific adviser: doc. RNDr. Mgr. Daniela Barkasi, PhD.

Abstrakt:

Cieľom príspevku bolo spracovať teoretické východiská problematiky sociálnej opory pre seniorov a poukázať na jej význam a nezastupiteľné miesto v živote seniorov. Vymedzili sme a definovali základné pojmy, ktoré súvisia s problematikou obdobia staroby a starnutia. Popísali sme aj viaceré zmeny, ku ktorým u človeka v období starnutia dochádza. Ďalej sme venovali pozornosť sociálnemu zázemiu, sociálnym vzťahom a sociálnej opore. Klasifikovali a definovali sme jednotlivé druhy sociálnej opory, ktoré majú svoje opodstatnenie v rámci zmierňovania negatívnych dopadov staroby na človeka. Upriamili sme pozornosť na zdroje sociálnej opory. Zahrnuli sme sem rodinu, priateľov i sociálnych pracovníkov, ktorí svojou prácou i záujmom o človeka v období starnutia dokážu prispieť k skvalitneniu jeho života.

Kľúčové slová: Sociálna opora. Staroba. Starnutie. Senior. Sociálne zázemie.

Abstract:

The aim of this article was to compile theoretical knowledge referring to the issue of social support for seniors as well as to point out its importance and irreplaceable place in the life of seniors. We focused on the terms and definitions referring to the period of old age and aging. We also described the changes which usually occur in life of people during the aging period. We paid attention to the social background, social relations and social support. We classified and defined individual types of social support, which have their justification in mitigating the negative effects of old age on a person. We focused on sources of social support, which is usually represented by family, friends and social workers who can contribute to the improvement of seniors' life through their work and interest in a person in the aging period.

Keywords: Social Support. Old Age. Aging. Senior. Social background.

Úvod

„Starnutie nie je nič iného ako zlovyk, na ktorý naozaj zamestnaný človek nemá čas.“

André Maurois

Predkladaná práca vznikla s cieľom upriamiť pozornosť na starobu a starnutie ako na etapu v živote človeka. V starobe prechádza každý jedinec viacerými zmenami. Niektoré sú pozitívne, iné negatívne. Nieкто si môže spájať starobu s obdobím, v ktorom sa dá prežívať radosť z toho, že po pracovných povinnostiach má človek čas na svoje záľuby, na cestovanie, na rodinu, na vnúčatá, ale aj na získavanie nových vedomostí a skúseností, napríklad štúdiom na univerzite tretieho veku. Niekedy sa však toto obdobie spája aj s chorobami, s pocitom samoty, s nepotrebnosťou, s obavami, strachom, smútkom, i depresiou. Práve tieto negatívne faktory staroby nás motivovali k výberu témy práce, pretože ňou chceme poukázať na to, že je nevyhnutné zaujímať sa o seniorov, o ich zdravie a o podporu kvality ich života tak, aby sa cítili dôležití a potrební.

Aby sme pochopili všetky zmeny, ktoré u seniorov nastávajú, orientujeme sa na charakteristiku obdobia staroby a starnutia, pričom akcentujeme aj potrebu skvalitňovania života v senu. Okrem toho poukazujeme aj na zdravé starnutie a na aktivity seniorov. Ďalej kladieme dôraz na význam sociálnej opory pre seniorov, ktorú zároveň charakterizujeme a klasifikujeme na základe jej druhov. Rovnako sa zaoberáme aj sociálnym prostredím a sociálnymi vzťahmi v živote seniorov. Vymedzujeme problematiku zdrojov sociálnej opory, ktorú môžu seniori nájsť v rodine, v priateľoch i v sociálnych pracovníkoch.

Staroba a starnutie

Staroba je prirodzenou fázou života a starší ľudia sú súčasťou spoločnosti v takej istej miere, ako sú aj deti, mladí ľudia i ľudia v strednom veku. Spoločnosť tvoríme všetci, bez ohľadu na to, v akej fáze života sa nachádzame (Hetteš, 2011). Zameriavame sa práve na ľudí, ktorí sa v našej spoločnosti nachádzajú v období starnutia a staroby. Ide o seniorov, ktorých každý vníma z iného uhla pohľadu. Laca (2013) poukazuje na rozdiely v názoroch spoločnosti na starých ľudí. Na jednej strane sú totiž považovaní za nositeľov múdrosti a skúsenosti, na druhej strane sú odsúvaní na okraj spoločnosti ako zbytoční, nepotrební či ako ekonomická záťaž. Odhliadnuc od tejto názorovej plurality, považujem za dôležité zdôrazniť, že staroba je prirodzenou súčasťou života človeka a vedie k naplneniu cesty ľudskej zrelosti. Túto etapu každý človek vníma a pociťuje inak.

Sociálna opora zameraná na seniorov

Sociálnu oporu by sme mohli veľmi zjednodušene definovať ako nevyhnutnú súčasť života každého človeka, pretože všetci potrebujeme cítiť, že sme dôležití a že existuje nieкто, komu na nás záleží. Sociálna opora je však najviac dôležitá a potrebná v období staroby, počas ktorej sa mnoho seniorov môže cítiť osamelých či nepotrebných. Cieľom nášho príspevku je poukázať na význam sociálnej opory v seniorskom veku, vymedziť a definovať základné pojmy súvisiace s touto problematikou, charakterizovať druhy sociálnej opory, sociálne prostredie i sociálne vzťahy v živote seniorov.

Väčšina autorov sa zhoduje v tom, že sociálna opora predstavuje jeden z najdôležitejších faktorov, ktoré pozitívne ovplyvňujú a stabilizujú kvalitu života ľudí, zvyšujú odolnosť voči záťaži a podporujú chuť prežiť i životné prehry a krízy (Hartl, Hartlová, 2000). Podľa Dávidekovej (In Ondrušová a kol., 2009) sociálna opora podporuje u človeka sebahodnotenie a upevňuje jeho pocit, že zvláda svoj vlastný život. Dôležité pri tom však je to, ako sociálnu oporu jednotliviec prijíma a vníma.

Veľmi podobne vníma sociálnu oporu aj Levická (2002), podľa ktorej ide o aktívnu podporu, spoluúčasť pri riešení záťažovej situácie, alebo o pomoc, ktorú jednotlivcom, skupine či komunite poskytujú iní aktéri. To znamená, že sociálna opora predstavuje dve dopĺňajúce sa aktivity, ktorých existencia je vzájomne previazaná a to poskytovanie sociálnej opory a prijímanie sociálnej opory (Levická In Ondrušová a kol., 2009). Veľmi výstižné vymedzenie sociálnej opory prináša Gottlieb (In Křivohlavý, 2001), ktorý zastáva názor, že na sociálnu oporu treba nazerať ako na sociálny proces, v ktorom vystupujú autentické osobné vzťahy dvoch osôb, poprípade skupiny ľudí, pričom ide o vzťahy priateľské, v ktorých panuje vzájomná dôvera, dôveryhodnosť, príľnutie, sociálna blízkosť, solidarita a vzájomnosť.

Podľa Mareša (In Ondrušová a kol., 2009) predstavuje sociálna opora dobre mienenu činnosť, ktorá kladne vplyva na ľudí v ťažkých životných situáciách, alebo im pomáha v sociálnom živote i v celkovej životnej orientácii. S podobným vnímaním sociálnej opory sa stretávame aj u Křivohlavého (2001, s. 94), podľa ktorého ide o „*pomoc, ktorá je poskytovaná druhými ľuďmi človeku, ktorý sa nachádza v záťažovej situácii. Všeobecne ide o činnosť, ktorá človeku v tiesni jeho záťažovú situáciu určitým spôsobom uľahčuje.*“

U Křivohlavého (2001) sa objavuje prirovnanie sociálnej opory k „náravníku“, čo znamená, že pomáhajúci tlmia negatívne pôsobenie a dopady stresorov na človeka. Tento tlmivý vplyv sa môže prejavovať ako:

- ovplyvnenie kognitívnej sféry človeka (pomenovanie stresorov a zistenie vlastných možností, ako sa s nimi vysporiadať),
- posilnenie sebaúcty, zvyšovanie sebavedomia a sebahodnotenia,
- voľba vhodnejších stratégií, napr. uprednostnenie riešenia stresovej situácie pred vyhýbaním sa stresu,
- znižovanie negatívne pôsobiaceho stresu (Křivohlavý In Hrozenská, 2009, s. 82).

Zdroje sociálnej opory

Viacere zdroje sociálnej opory, ktoré predstavujú súčasť sociálnej siete seniora vymedzujeme v tejto časti príspevku. Každý človek si však jednotlivé zdroje sociálnej opory vyberá tie, ktoré dokážu uspokojiť jeho momentálne potreby. Kebza (2005) sa zmieňuje o šiestich základných zdrojoch sociálnej opory v sociálnej sieti človeka, ku ktorým patrí rodina, blízki priatelia, susedia, spolupracovníci, komunita, profesionáli.

Ondrušová a kol. (2009, s. 99) menujú nasledujúce zdroje sociálnej opory:

- prirodzené zdroje opory – rodina, najbližší príbuzní, rodičia, súrodenci, priatelia,
- náboženské organizácie, pomáhajúce profesie,
- svojpomocné skupiny,
- podporné skupiny – organizované odborníkmi,

- iné komunitné zdroje – inštitúcie, vládne a štátne organizácie.

Najsilnejším zdrojom sociálnej opory je však podľa Ondrušovej a kol. (2009) rodina, bez ktorej by sociálna sieť len sotva mohla existovať. S rovnakým názorom sa stretávame aj u Vágnerovej (2007), ktorá dáva rodinu a v rámci nej aj partnera, deti a súrodencov na prvú priečku v dôležitosti sociálnej opory seniorov.

K ďalším dôležitým zdrojom zaradzuje aj priateľov, susedov a iných ľudí z okolia seniora, s ktorými majú spoločné záujmy. Ich význam sa potvrdzuje hlavne vo chvíľach, keď seniorovi jeho rodina nevenuje dostatok pozornosti, alebo keď senior už vlastnú rodinu nemá. Na posledné mieste sociálnej opory zaradzuje Vágnerová (2007) zdroje ako zdravotnícke zariadenia či domovy pre seniorov.

Ako sme už vyššie uviedli, existuje viacero prirodzených zdrojov sociálnej opory, z ktorých sa v tejto kapitole zameriame na rodinu, životného partnera, deti a priateľov. Rodina by mala pre každého človeka predstavovať istotu, pocit bezpečia, domov, útočisko, ale i pocit, že je človek obklopený najbližšími ľuďmi, ktorí mu dokážu poskytnúť pomoc a oporu v ťažkých a náročných situáciách. Rovnaké vymedzenie rodiny a jej významu nachádzame napr. u Dvořáčkovej (2012) či Hetteša (2011), ktorí na rodinu nazerajú ako na druh sociálnej inštitúcie či na základnú bunku spoločnosti, poskytujúcu každému človeku najväčší zdroj bezpečia, lásky, istoty a ochrany pred negatívnymi faktormi pocitu osamelosti. Z toho vyplýva, že rodina predstavuje prostredie, v ktorom si človek uspokojuje svoje fyzické, psychické i sociálne potreby.

Okrem uvedených zariadení, v ktorých sa seniorom poskytujú sociálne služby, v súlade so zákonom č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách majú fyzické osoby vymedzené týmto zákonom nárok aj na ďalšie služby, ktorými sú opatrovateľská služba (poskytovaná na základe sociálnej posudkovej činnosti a v čase určenom v hodinách, ktorý stanovuje obec na základe posudku), prepravná služba (poskytovaná osobe s ťažkým zdravotným postihnutím, ktorá je odkázaná na individuálnu prepravu osobným motorovým vozidlom alebo osobe s obmedzenou schopnosťou pohybu či orientácie, sprievodcovská a predčítateľská služba (napr. nevidiaca osoba), tlmočnická služba (tlmočenie v posunkovej reči), osobná asistencia (osobe s ťažkým zdravotným postihnutím, ktorej sa poskytuje peňažný príspevok na osobnú asistenciu alebo osobe s ťažkým zdravotným postihnutím, ktorá je odkázaná na osobnú asistenciu pri vykonávaní administratívnych úkonov), požičiavanie pomôcok (osobe s ťažkým zdravotným postihnutím, osobe s nepriaznivým zdravotným stavom odkázanou na pomôcku), odľahčovacia služba (poskytovaná osobe, ktorá opatruje osobu s ťažkým zdravotným postihnutím, s cieľom umožniť osobe, ktorá opatruje, nevyhnutný odpočinok pre potreby fyzického a duševného zdravia) (Zákon č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách).

Záver

Táto téma je veľmi zaujímavá a je potrebné jej venovať pozornosť. Chceme zdôrazniť, že sociálna opora seniorov by mala vychádzať z lásky k blížnemu, z lásky sociálneho pracovníka k svojej práci, z lásky rodiny k jej najstarším členom, ktorí by sa v žiadnom prípade nemali cítiť nepotrební a osamelí v období jesene svojho života. Na to, aby sme dokázali lepšie pochopiť obdobie staroby a potreby seniorov, zamerali sme v práci na teoretické poznatky viacerých autorov, domácich i zahraničných, ktoré sme tematicky rozdelili do troch kapitol.

Na základe dostupných informačných zdrojov sme prišli k poznaniu, že obdobie staroby je sprevádzané mnohými zmenami, ktoré môžu mať častokrát negatívny vplyv na fyzické i psychické zdravie seniora. V mnohých prípadoch má senior problémy adaptovať sa na prechod do dôchodku, pretože prichádza o sociálne kontakty, ktoré mal v pracovnom prostredí. To môže vyústiť do smútku, depresie, pocitu osamelosti i nepotrebnosti. V tomto období je dôležité, aby senior pociťoval oporu zo strany rodiny, priateľov, susedov či rôznych komunit. Jedným zo zdrojov sociálnej opory je aj viera, náboženstvo, ale i sociálna práca zastúpená sociálnymi pracovníkmi. Ďalej sme našu pozornosť venovali významu sociálnej práce, úlohám a činnostiam sociálneho pracovníka, ktorý za pomoci využitia svojich odborných a osobnostných predpokladov dokáže byť oporou pre seniorov, či už v ich prirodzenom prostredí alebo v zariadeniach sociálnych služieb určených pre seniorov. Veríme, že táto práca prispela svojim spracovaním k záujmu spoločnosti o seniorov, ale i k podpore sociálnej práce so seniormi, pretože jej význam v podobe poskytovania pomoci a podpory považujeme za nespochybniteľný.

Zoznam použitej literatúry

DVOŘÁČKOVÁ, D. 2012. *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*. Praha: Grada, 2012. 112 s. ISBN 978-80-247-7892-1.

HARTL, P. – HARTLOVÁ, H. 2000. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000. 776 s. ISBN 807-178303-X.

HETTEŠ, M. 2011. *Starnutie spoločnosti*. Vybrané kapitoly sociálnej práce so seniormi. Bratislava: Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, 2011. 191 s. ISBN 78-80-8132-031-6.

KEBZA, V. 2005. *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia, 2005. 263 s. ISBN 802-0013-07-5

KŘIVOHLAVÝ, J. 2009. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2009. 278 s. ISBN 978-80-7367-568-4.

KŘIVOHLAVÝ, J. 2011. *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-27360-4.

LACA, S. 2013. *Sociálna práca v paliatívnej a hospicovej starostlivosti*. 2. vyd. Bratislava: VŠZsSP sv. Alžbety, 2013. 301 s. ISBN 978-80-8132-051-4.

ONDRUŠOVÁ, Z. a kol. 2009. *Základy sociální práce*. Brno: MSD, 2009. 139 s. ISBN 978-80-7392-109-5.

ONDRUŠOVÁ, Z. a kol. 2010. *Základy sociální práce pro pomáhající profesie*. Bratislava: VŠZaSP sv. Alžbety, 2010. 190 s. ISBN 978-80-893-9221-6.

VÁGNEROVÁ, M. 2007. *Vývojová psychologie II : dospělost a stáří*. Praha: Karolinum, 2007. 461 s. ISBN 978-80-246-1318-5.

SOCIÁLNE SLUŽBY PRE SENIOROV

SOCIAL SERVICES FOR SENIORS

Weiserová Lucia¹

*I Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety Bratislava, n. o.,
Inštitút bl. Metóda Dominika Trčku Michalovce
E-mail: luciaweiserova2012@gmail.com*

Školiteľ/scientific adviser: doc. RNDr. Mgr. Daniela Barkasi, PhD.

Abstrakt

Hlavným cieľom príspevku je charakterizovať sociálne služby pre osoby vyššieho veku. Poukazujeme na významnú úlohu sociálneho pracovníka a dôraz kladieme na oblasť skvalitňovania sociálnych služieb pre seniorov. V príspevku poukazujeme na možnosti sociálnych služieb na riešenie nepriaznivej sociálnej situácie z dôvodu ťažkého zdravotného postihnutia, nepriaznivého zdravotného stavu alebo z dôvodu dovŕšenia dôchodkového veku. Bližšie vymedzujeme úlohu sociálneho pracovníka s touto cieľovou skupinou.

Kľúčové slová

Starnutie. Sociálne služby. Starostlivosť. Zariadenia sociálnych služieb. Seniori.

Abstrakt

The main aim of the paper is to characterize social services for older people. We point out the important role of the social worker and we put emphasis on improving the quality of social services for seniors. In the paper, we point out the possibilities of social services to solve an unfavorable social situation due to severe disability, unfavorable health condition or due to reaching retirement age. We further define the role of a social worker with this target group.

Keywords:

Seniors. Aging. Social services. Care. Facilities of social care.

Úvod

Seniori sú neoddeliteľnou súčasťou populácie, ktorá prináša dôležité hodnoty do spoločnosti. Seniori majú čo povedať nie len mladej generácii, ale majú aj cenné rady a životné skúsenosti, ktoré môžu odovzdať všetkým vekovým skupinám. Môžeme ich opísať ako ľudí, ktorí už majú niečo za sebou, výchova detí, odpracované roky, alebo odovzdávanie rád a skúsenosti mladším vekovým generáciám.

Starnutie populácie je výsledkom lepšieho životného štýlu, lepšej zdravotnej starostlivosti a zlepšovania životných podmienok. To sú samé pozitívne faktory. Dôležité je ale tiež predlžovanie zdravého obdobia života, teda obdobia, kedy budeme žiť bez ochorení, najmä takých, ktoré by obmedzovali našu sebestačnosť. Nemali by sme teda bojovať so starnutím, ale s chorobami a ďalšími príčinami zhoršenia funkčných schopností a to aj vo veku mladšom, pretože predčasné zhoršenie zdravia a funkčného stavu sa zďaleka netýka len starších ľudí. Mnohí ľudia vyššieho veku žijú veľmi kvalitným a aktívnym životom a ich funkčná zdatnosť a výkonnosť sú porovnateľné či dokonca lepšie ako u omnoho mladších jedincov. Pracujú,

vytvárajú významné hodnoty v rámci svojho povolania či dobrovoľníckej činnosti, podávajú na svoj vek neuveriteľné športové výkony a podobne ide doslova o elitných jedincov. Cieľom príspevku je vymedziť sociálne služby pre seniorov, definovať základné pojmy ako senior, starnutie, staroba a vymedziť úlohu sociálneho pracovníka pracujúceho so seniormi.

Charakteristika starnutia s staroby

Starnutie a staroba sú významnou etapou ontogenetického vývinu jednotlivca a predstavujú prirodzenú súčasť životného cyklu človeka. Sú javom individuálnym i spoločenským. Nakoľko sa sebestačnosť s vyšším vekom znižuje, starší človek si tak nemôže svoje základné potreby korigovať sám, čo vedie k vyššej závislosti na iných osobách a často k nútenej životnej zmene. Hrozenská a kol. (2008) chápu starobu v dvoch významoch:

- čas, ktorý uplynul od vzniku, zrodu objektu, v ktorom nie je automaticky zahrnuté hodnotenie,
- konečná etapa života, u človeka často definovaná ako doba od skončenia ekonomickej produkcie do smrti, nazývaná tiež tretím vekom. Toto obdobie nemožno kvalifikovať biologickým vekom, pretože individuálne rozdiely fyzického a psychického stavu rovnako seniorov sú rozdielne.

Starnutie možno definovať ako obdobie, keď u ľudí nastávajú (rôznou rýchlosťou) postupné zmeny na úrovni molekulárnej až orgánovej, v kontexte čoho sa znižuje schopnosť realizovať jednotlivé funkcie organizmu. V tomto období sa znižuje schopnosť adaptácie. Starnutie je nezvratný biologický proces, ktorý sa týka celej prírody. Dĺžka života je geneticky podmienená a pre každý živočíšny druh špecifická. Rovnako je to aj u človeka, kde je predpokladaný multifaktoriálny typ dedičnosti. Maximálna dĺžka života človeka je teoreticky asi 115-120 rokov, v praxi ide však o mimoriadny jav (Poledníková a kol., 2006).

Podľa Svetovej zdravotnej organizácii rozlišujeme tieto obdobia staroby:

- 60-70 rokov - včasná staroba, starší alebo vyšší vek, mladá staroba,
- 75-89 rokov - vlastná staroba, pravá staroba, sénium,
- 90 rokov a viac – dlhovekosť (Poledníková a kol., 2006).

O starobe sa začína uvažovať vtedy, keď úbytok fyzických a psychických síl znemožňuje osobám podávať plné výkony v procesoch telesnej a duševnej práce. Toto negatívne chápanie staroby spôsobila samotná spoločnosť, ktorá dlhodobo vo vedomí ľudí stanovila predstavu negatívneho chápania procesu starnutia. Spoločnosť by mala k samotnému procesu starnutia zaujímať vyslovene len pozitívny postoj, ako to robili niektoré komunity v skorších spoločensko-ekonomických formáciách, kde seniori boli uznávaní a tešili sa svojej seniorskej vážnosti a nadobúdali najdôležitejšie pozície v spoločnosti.

Sociálne služby

Sociálna služba je odborná činnosť, obslužná činnosť, alebo súbor činností zameraných na prevenciu vzniku nepriaznivej sociálnej situácie, zachovanie či obnovenie schopnosti fyzických osôb viesť samostatný život, zabezpečenie nevyhnutných podmienok na uspokojenie základných životných potrieb a riešenie krízovej situácie rodiny. Sociálna služba sa poskytuje ambulantnou formou, terénnou, pobytovou alebo inou formou podľa nepriaznivej sociálnej situácie. Poskytovanie terénnej sociálnej služby alebo ambulantnej má prednosť pred pobytovou sociálnou službou. Sociálnu službu možno poskytovať aj inou formou, najmä

telefonicky alebo s použitím telekomunikačných technológií, ak je to účelné.

Sociálne služby delíme podľa miesta výkonu na 3 formy podľa zákona č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách:

- Terénna, ktorá sa poskytuje fyzickej osobe v jej prirodzenom prostredí, ktorých cieľom je predchádzať sociálnemu vylúčeniu fyzickej osoby, rodiny a komunity, ktoré sú v nepriaznivej sociálnej situácii. Terénne programy sa vykonávajú odbornými činnosťami alebo ďalšími činnosťami podľa tohto zákona.
- Ambulantná, ktorá sa poskytuje fyzickej osobe, ktorá dochádza, je sprevádzaná alebo je dopravovaná do miesta poskytovania sociálnej služby. Miestom sociálnej služby môže byť aj zariadenie.
- Pobytová, ktorá sa poskytuje v zariadení a poskytuje sa, ak súčasťou sociálnej služby je ubytovanie. Táto sociálna služba sa poskytuje ako celoročná alebo týždenná sociálna služba (Dávidekova, 2014).

Najmä prostredníctvom sociálnych služieb je na Slovensku zabezpečovaná dlhodobá starostlivosť, ktorú dopĺňa zvýšená pozornosť voči starším osobám v systéme zdravotníckej starostlivosti. Hlavná záťaž spočíva na rodine a neformálnych opatrovateľoch. Preto sú sociálne služby organizované tak, aby pomáhali v maximálnej možnej miere osobám v dlhodobej starostlivosti a ich rodinám (Bednárík, 2011).

Činnosť sociálneho pracovníka v zariadení pre seniorov

Sociálny pracovník je v každodennom kontakte s prijímateľmi sociálnych služieb, poskytuje im informácie, rady, pomáhajú prekonať rôzne náročné situácie, v ktorých sa ocitnú. Už pred nástupom klienta do zariadenia sociálnych služieb získava a spracúva informácie o jeho sociálnej situácii, zdravotných ťažkostiach, rodinných pomeroch a spoločne s klientom sa snaží nájsť čo najlepšie riešenie jeho situácie. Ak je umiestnenie do zariadenia pre seniorov najvhodnejšou alternatívou, sociálny pracovník pokračuje v priebežnom získavaní údajov o klientovi a v spolupráci s ostatnými zamestnancami pre neho vytvára čo najideálnejší program, aktivity, stanovuje individuálny plán rozvoja jeho osobnosti. Sociálna práca je dôležitá najmä v období adaptácie, kedy si klient zvyká na nové prostredie, nových ľudí, vtedy sa mu pomáha prekonať pocit vylúčenia z aktívneho života, pocit nepotrebnosti, straty zmyslu života. Zároveň sociálny pracovník pomáha pri riešení ich každodenných problémov, udržuje ich kontakty s rodinou, vonkajším prostredím.

Podľa autorky Pavlovičovej (2008) komunikácia v rámci práce s klientom je iba jednou, aj keď veľmi dôležitou dimenziou. Okrem komunikácie sem zaraďuje aj interakciu a percepciu. Interakcia je vzájomné pôsobenie, organizovanie spoločnej činnosti, spolu práca, kooperácia, prípadne obojstranná pomoc alebo ochota k nej. Percepcia zahŕňa zase vzájomné vnímanie, poznávanie a pochopenie účastníkov vzťahu. Čím bohatšie je poznanie seba samého, tým bohatšie je poznanie iných a naopak.

Sociálny pracovník sa zúčastňuje na rozhodovacom procese v zariadení, na procese prijímania občanov, vykonáva sociálne šetrenie v domácom prostredí žiadateľa o umiestnenie do zariadenia pre seniorov, spracúva sociálnu agendu, záznamy, správy, sociálne anamnézy, smernice, podieľa sa na organizovaní kultúrno – spoločenských akcií pre obyvateľov.

Práca sociálneho pracovníka je zameraná na to, ako poskytnúť kvalitnú starostlivosť o človeka po všetkých stránkach, o rozvoj osobnosti, potrieb a hodnôt pre ľudí, ktorí žijú v tomto

zariadení.

Pracovná náplň sociálneho pracovníka pozostáva z/zo:

- vytvárania socioterapeutických skupín, s cieľom vytvárania pozitívnej nálady,
- spoločného posedenia pri knihe, vzájomnej skupinovej komunikácie a podobne,
- aktivizácie prijímateľov sociálnych služieb pre spoločné vychádzky,
- relaxačných cvičení (cvičenie končatín, ktoré je možné robiť v sede,
- dychové cvičenia a iné),
- spoločného rozhovoru na aktuálne témy,
- aktivizácie klientov pre rôzne záľuby, ktoré mali v prirodzenom prostredí (vyšívanie, pletenie, spoločenská príprava na sviatky, životné jubileá),
- sledovania a odporúčania klientov pre individuálnu analýzu (duchovný rozhovor),
- odvádzania pozornosti od melanchólie a skepsy (spoločenské a športové hry, vedomostné súťaže, hádanky, tanečné zábavy).

Sociálny pracovník si sústavne zvyšuje svoju odbornú spôsobilosť. Zaujíma sa o spríjemnenie prostredia klientov vhodnou výzdobou ich spoločenských priestorov, robí nákupy, doprovod na odborné lekárske vyšetrenia. Sociálny pracovník vykonáva aj individuálnu a skupinovú prácu s klientmi. Individuálna práca je založená na individuálnom prístupe práce s každým klientom. Prostredníctvom sociálnej diagnostiky a rediagnostiky sociálny pracovník zisťuje individuálne schopnosti, možnosti, potreby a záujmy každého klienta a na základe týchto informácií stanovuje individuálny plán rozvoja osobnosti klienta. Vždy berie ohľad na jeho zdravotný stav, sociálne a intelektové možnosti. Jeho cieľom je v čo najväčšej miere podporovať fyzickú a duševnú kondíciu každého klienta, zapájať ho do rôznych činností a aktivít, udržiavať jeho kontakt so spoločenským prostredím.

Skupinová práca s klientmi udržiava ich vzájomnú súdržnosť, podporuje schopnosť kooperácie, vzájomnej komunikácie a tolerancie rozdielnosti. Zároveň rozvíja ich tvorivé myslenie a zmysluplne naplňa voľný čas. Klienti majú možnosť navštevovať skupinové stretnutia, na ktorých sa spoločne rozoberajú témy podľa vlastného výberu a záujmu, diskutuje sa o aktuálnych problémoch a spoločne sa nachádzajú možnosti riešenia, vlastnými silami, prípadne s pomocou svojho blízkeho okolia. Prácu sociálneho pracovníka vystihuje slovné spojenie „pomoc k svojpomoci“.

Zariadenia pre seniorov

Proces starnutia so sebou prináša určité následky, ktoré ovplyvňujú situáciu seniorov. Starnutie so sebou prináša zvýšený počet seniorov s chronickými chorobami, ktorí sú odkázaní na dlhodobú starostlivosť a pomoc. Približne 80% seniorov má aspoň jednu chronickú chorobu a približne polovica seniorov nie je schopná uskutočňovať svoje každodenné aktivity a činnosti. Rizikový faktor potreby starostlivosti je vek a stupeň neschopnosti. Základom starostlivosti sú zariadenia sociálnych služieb pre seniorov. Pre osoby, ktoré stratili alebo nezískali nikdy potrebnú funkčnú kapacitu k sebestačnosti, je potrebná dlhodobá starostlivosť, ktorá pozostáva zo zdravotnej a osobnej starostlivosti a zo sociálnych služieb, ktoré sú poskytované. Dlhodobá starostlivosť nie je záležitosťou iba medicíny a väčšina týchto služieb nie je poskytovaná odborníkmi, ale okolím, čo sa označuje ako neformálna starostlivosť. Funkčnosť predstavuje schopnosť vykonávať základné denné činnosti, ako jedenie, umývanie, kúpanie, obliekanie, použitie toalety a pod., a iné zložitejšie inštrumentálne činnosti, ako je varenie, narábanie s

peniazmi, udržovanie hygieny v byte, užívanie liekov a pod.

Medzi hlavné zámery z pohľadu dlhodobej starostlivosti o seniorov vo vzťahu k sebestačnosti patrí:

- Udržať človeka aktívneho v sociálnom živote tak dlho, ako je to možné. Osobám, ktoré už nie sú zamestnané a ich zdravotný stav im to dovoľí, by bolo dobré ponúkať aktivity, v ktorých môžu uplatniť svoje skúsenosti a vedomosti.
- Dôležitou okolnosťou je schopnosť viesť nezávislý život tak dlho, ako je to možné. Sem patria intervencie v typoch správania na individuálnej i skupinovej báze formou fyzického mentálneho tréningu bojom proti takým rizikovým faktorom, akým je alkohol, fajčenie, stres, nezdravá výživa, a pod.

Denný stacionár, v ktorom sa poskytuje sociálna služba fyzickej osobe, ktorá je odkázaná na pomoc inej fyzickej osoby a je odkázaná na určitý čas počas dňa. V dennom stacionári sa poskytuje: pomoc pri odkázaní na pomoc inej fyzickej osobe, sociálne poradenstvo, sociálna rehabilitácia, stravovanie. Zabezpečuje sa pracovná terapia, záujmová činnosť. V dennom stacionári sa poskytuje sociálne poradenstvo aj rodine alebo inej fyzickej osobe, ktorá zabezpečuje pomoc fyzickej osobe v domácom prostredí, na účel spolupráce pri sociálnej rehabilitácii.

Opatrovateľská služba sa poskytuje fyzickej osobe, ktorá je odkázaná na pomoc inej fyzickej osobe a jej stupeň odkázanosti je najmenej II. Táto fyzická osoba je odkázaná na pomoc pri úkonoch sebaobsluhy, úkonoch starostlivosti o svoju domácnosť a základných sociálnych aktivitách. Opatrovateľská služba sa poskytuje, len na rozsah úkonov na základe sociálnej posudkovej činnosti a určuje ju obec v hodinách.

Jedáleň pre seniorov sa poskytuje ako spoločné stravovanie občanovi, ktorý si nevie stravu zabezpečiť sám a ktorý je poberateľom starobného dôchodku (Kubíčková, 2013).

Úkony v zariadeniach pre seniorov môžeme charakterizovať ako procesy v týchto oblastiach ošetrovateľsko – opatrovateľské činnosti, činnosti sociálnej práce a obslužné zabezpečovacie činnosti.

Sociálna starostlivosť o seniorov

Sociálna starostlivosť o seniorov je náročnou prácou. Takúto starostlivosť môžeme rozdeliť na dve skupiny a to domáca alebo inštitucionalizovaná starostlivosť, ktorá sa poskytuje v zariadeniach sociálnych služieb, ktoré sú na takýto druh starostlivosti pripravené a sú vybavené rôznymi prístrojmi či pomôckami pre uľahčenie práce. Vo väčšine prípadov sa starajú deti o svojich rodičov, ktorí z rôznych dôvodov nemajú záujem o poskytovanie sociálnych služieb v zariadení sociálnych služieb. Prípadne si seniori najmú opatrovateľku na niekoľko hodín denne. V oboch prípadoch to nie je opatera stála tak ako v sociálnych zariadeniach, a riziká sú tým pádom oveľa väčšie. Starší ľudia strácajú často zmysel pre orientáciu. Existuje množstvo prípadov keď sa seniori len tak zatúlali, neboli schopní vrátiť sa domov a ich hľadanie potom nebýva jednoduché. Tiež častejšie strácajú stabilitu, ľahšie sa im zatočí hlava pri náročných pohyboch a tu vzniká riziko pádu. Pri nešťastnejšom páde si potom seniori nie sú ani schopní si zavolať pomoc. Ľahšie sa pošmyknú, či už v sprche alebo na šmykl'avom teréne. Môžu napríklad zabudnúť vypnúť sporák alebo nejaké elektrické zariadenia. Všetky tieto najčastejšie riziká sa dajú bezpečne kontrolovať a eliminovať v zariadeniach sociálnych služieb. Pri senioroch máme tendenciu hovoriť o starostlivosti, nie o pomoci. Sociálnu pomoc

poskytujeme jedincom, od ktorých očakávame participáciu na riešení ich vlastného sociálneho problému. Sociálna starostlivosť je zasa poskytovaná tým, ktorým už vlastnými silami nedokážu zmeniť svoje východiskové postavenie a tým si zlepšovať svoju sociálnu pozíciu. Pre väčšinu seniorov je to základná súčasť ich existencie, nakoľko vo vyššom veku dochádza k určitému obmedzeniu ich vitálnych funkcií.

K deficitu vitálnych funkcií dochádza v oblasti:

- komunikácie,
- orientácie,
- sebaobsluhy,
- mobility,
- zvýšených nákladov súvisiacich s určitou patologickou zmenou.

Starnutie obyvateľstva prináša so sebou množstvo spoločenských problémov a dôsledkov. Vypracúvajú sa preto mnohé opatrenia a to je vidieť aj v skvalitňovaní zdravotníckej starostlivosti. Zabezpečujú to aj sociálne služby, ktoré sú veľmi potrebné na zabezpečenie dôstojného života v rodine a spoločnosti (Gabrielová In Hrozenská, 2011). Sociálna pomoc a sociálna starostlivosť má svoje korene už v počiatkoch ľudstva. Na území Európy bola sociálna starostlivosť doménou kresťanských cirkví. Sociálna služba cirkvi spočíva v starostlivosti o chorých, núdzných, vdovy, siroty, väzňov, vyhnanco, otrokov, žobrákov ako aj starších ľudí. Pod pojem sociálna starostlivosť zahrňame komplexnú, cieľavedomú starostlivosť o človeka, o jeho úspešný vývoj, blaho, sociálne zabezpečenie, poskytovanie dávok a služieb sociálnej starostlivosti, vrátane ústavnej sociálnej starostlivosti, tým občanom ktorí sa dostali do nepriaznivej životnej situácie a nedokážu sa z nej vlastnými silami vymaniť (Strieženec, 1996). Zákon taxatívne upravuje sociálne služby pre občanov, ktorí dovŕšili dôchodkový vek.

Ide hlavne o tieto sociálne služby pre seniorov zariadenia pre seniorov, opatrovateľská služba, prepravná služba, sprostredkovateľská služba a predčítateľská služba, sprostredkovanie tlmočnickej služby, požičiavanie pomôcok ale aj ďalšie doplnkové služby ako napríklad odľahčovacia služba, pomoc pri zabezpečovaní opatrovníckych práv a povinností, poskytovanie sociálnej služby v integračnom centre, poskytovanie sociálnej služby v jedálni, poskytovanie sociálnej služby v práci a poskytovanie sociálnej služby v stredisku osobnej hygieny. V týchto sociálnych službách zákon definuje aj predmet vykonávanej sociálnej služby, podľa toho ich delí na odborné činnosti a obslužné činnosti. Medzi odborné činnosti patria základné sociálne poradenstvo, špecializované sociálne poradenstvo, pomoc pri odkázanosti fyzickej osoby na pomoc inej fyzickej osoby, pomoc pri uplatňovaní práv a právom chránených záujmov, sociálna rehabilitácia, ošetrovateľská starostlivosť v zariadení, pracovná terapia, tlmočenie, sprostredkovanie tlmočenia a osobnej asistencie, pomoc pri výkone opatrovateľských prác a povinnosti. Medzi obslužné činnosti patrí ubytovanie, stravovanie, upratovanie, pranie, žehlenie a údržba bielizne a šatstva.

Senior v kontexte dneška

Každý z nás starne a dostáva sa do dôchodkového veku bez ohľadu na to, či je s tým vyrovnaný alebo túto skutočnosť odmieta. Najväčším šťastím pre seniora v jeho živote je, ak môže svoj život dožiť v prostredí, ktoré pozná, obklopený svojimi blízkymi, aby jeho život bol naplnený pocitom lásky, dôležitosti, vážnosti a potreby ich jestvovania zo strany rodiny i okolia.

Jedinec by mal byť po celý svoj život až po existenčný odchod v kontakte so svojou rodinou, mal by v nej žiť, a keď by to už z nejakých dôvodov nebolo možné, tak aspoň ten kontakt s rodinou je veľmi dôležitý. Človek chce celý život niekam patriť, jeho referenčnou skupinou, v ktorej sa cíti dobre, by mala byť primárna sociálna skupina, rodina. Samozrejme za predpokladu, ak je rodina funkčná. Dokonca aj tanatológovia (thanatológia – náuka o smrti) nás učia, že umierať by sa malo v rodinách, medzi svojimi, medzi najbližšími. Výrazne táto skutočnosť pozitívne ovplyvňuje samotný proces umierania. V práci so seniorom je vždy treba mať na pamäti jeho rodinu, ktorá by mala byť primárnym zdrojom sociálnej opory seniorovi. Starší ľudia teda predstavujú veľmi zraniteľnú skupinu obyvateľov a preto sú v starobe aj časté situácie, ktoré môžu mať niekedy negatívny dopad na ľudskú dôstojnosť. Preto je staroba spojená s vyšším výskytom rôznych chorôb, spojených so zvýšenými nárokmi na zdravotnú a sociálnu starostlivosť (Krajčík, 2005).

Senior a rodina

V tradičných spoločnostiach mal senior významný sociálny status a jeho autorita rástla s jeho vekom, ale už v nastupujúcej industriálnej a (post)modernej spoločnosti jeho spoločenské postavenie výrazne pokleslo. Starší ľudia boli a naďalej sú vnímaní ako príslušníci istej „zvláštnej“ kategórie, a to bez ohľadu na ich skutočné vlastnosti, intencie a identitu. Rodina umožňuje svojim členom najintímnejší, najtesnejší sociálny kontakt. Vo vzťahu k svojim členom i spoločnosti plní viaceré funkcie.

Harmonické rodinné prostredie optimálne pôsobí na celkovú vyrovnanosť človeka. Rodina, ktorú si človek buduje po celý svoj život nadobúda pre neho v rôznych životných obdobiach rôzny význam. Senior si cení už ju samotnú, jej samotnú existenciu. Spolunažívanie a súlad s jednotlivými členmi rodiny sa hodnotia ako faktory podieľajúce sa na vytváraní citového a sociálneho zázemia pre poslednú fázu života. Rodina teda má a vždy mala pre seniora veľký význam, od ktorej očakával určitú pomoc. Je dôležité naučiť sa rešpektovať rytmus života starších ľudí a nasledovať cestu, ktorú nám ukazujú, zároveň však netreba podliehať túžbe robiť pre nich všetko, čo najdokonalejšie a najoriginálnejšie.

Pre seniorov je veľmi bolestivé, ak existuje nesúlad medzi ich vnútorným prežívaním a tým, ako na nich nazerajú ostatní. Zlé medziľudské vzťahy sú pre nich zdrojom konfliktov, depresie a duševného trápenia. Veľmi sklúčujúco naňho pôsobí pocit, že je na príťaž. Snaha rodiny postarať sa o svojho staršieho chorého člena býva veľkou fyzickou, psychickou, ale aj ekonomickou záťažou. Túto starostlivosť nemožno nikomu nariadiť, je daná morálnymi kritériami rodiny, rebríčkom hodnôt jej členov a momentálnou situáciou v rodine. Čo sa týka charakteristiky starnutia je v pozitívnom význame najdôležitejším a najsilnejším faktorom práve spomínaná rodina. Rodina má stále v spoločnosti najvyššiu hodnotu. Bola, je a mala by byť pre človeka hlavným citovým i spoločenským zázemím. Domáce prostredie, každodenný styk s najbližšími má nenahraditeľnú úlohu v emocionálnej, sociálnej i psychologickej podpore staršieho človeka v čase, keď jeho zdravie slabne, zužujú sa kontakty a narastá závislosť od pomoci (Selická, 2003). Rodina, ktorá je nápomocná blízkeho človeku v seniorskom veku je to najvzácnejšie, čo si človek môže priať. Hoci sa starší ľudia usilujú udržať si čo najdlhšie svoju domácnosť, toto ich úsilie je preniknuté ich túžbou po blízkosti s inými členmi rodiny, najmä so svojimi deťmi. Preto starší ľudia dávajú prednosť síce samostatnému bývaniu, no v blízkosti členov svojej rodiny. Oddelené bývanie sťažuje širšej rodine starostlivosť o svojich

členov (Möhlpachr, 2004). Spolužitie troch generácií - detí, rodičov a prarodičov bolo v minulosti bežným javom. Ich vzájomné vzťahy boli založené na úcte, tolerancii a vzájomnej pomoci. Starší človek nestrácal svoju rolu v rodine, mal v nej svoje čestné miesto, bol garantom múdrosti, pretože mal najviac skúseností. Deti tak akoby splácali svojim rodičom „dlh“ za výchovu a podporu. Ekonomická záťaž sa prenášala z jednej generácie na druhú (Balogová, 2004).

Litomerický (1992) upozorňuje na situáciu, keď je starší človek nútený žiť s mladšou rodinou, malo by mu to vytvoriť také prostredie, v ktorom by cítil, že v hrá v štruktúre rodiny určitú rolu. Ak je to možné, mal by prispievať na domácnosť, ale nikdy nesmie mať pocit, že na mladých dopláca. Vždy je prospešná nejaká prospešná funkcia, ako je posedenie s rodinou večer, príprava jedál pri určitých príležitostiach, starostlivosť o izbové, či záhradné kvety, účasť na nákupoch a podobne. Staršieho človeka treba neustále povzbudzovať, aby si zachoval svoje záujmy aj vonku, mimo bytu, pretože mnohí majú vzťah k predchádzajúcemu samostatnému životu. V druhej polovici 20. storočia došlo k zmene v štruktúre rodiny, trojgeneračná rodina sa zmenila na nukleárnu, v ktorej žijú len rodičia a deti. Na vidieku sa aj dnes stretávame s viacgeneračným typom rodiny, často z dôvodu nepriaznivých podmienok na osamostatňovanie mladých rodín. Naopak v mestách prevládajú jednogeneračné typy rodín. Snaha mladých ľudí osamostatňovať sa priniesla nový jav – osamelosť starších ľudí. (Balogová, 2004). Najviac pomoci sa dostáva a bude dostávať seniorovi v rodine od jeho detí pri spoločnom bývaní. Rodina má pre seniora významnú hodnotu aj vďaka plneniu ekonomických sociálnozabezpečovacích služieb, ako aj z dôvodu udržania si psychického zdravia seniora (Švihelová, Hrozenková, 2005).

Rodinné a príbuzenské vzťahy majú veľký význam v modernej spoločnosti, a to počas celého života, nielen na sklonku života. Rodinné vzťahy majú svoje aspekty etické a spoločenské. Ak sa však v rodine objaví eticko-sociálna disfunkcia, disfunkčnou sa stáva aj starostlivosť o seniora, ktorý sa v takejto rodine cíti osamelý a opustený. Ako reakcia nato, môžu byť rôzne psychosomatické poruchy. Zďaleka nejde iba o fyzickú prítomnosť týchto členov rodiny (napríklad ako často ho navštevujú, či ho nechávajú v byte samého, alebo aj samého v jeho izbe), ide tu o viac, ide o to, či človek cíti úprimný záujem o jeho osobu od svojich blízkych. Neúprimnosť a predstieraný záujem o jeho osobu je preň horší, ako otvorený nezáujem (Benjan, 2010). Sila medzigeneračného puta a možnosti postarať sa o svojich rodičov alebo starých rodičov sa výrazne prejaví práve v období staroby. V dnešnej dobe prevláda tendencia izolovania existencie detí a rodičov pri snahe zachovať si vzájomné kontakty medzi generáciami. Predstava samostatného bývania seniorov sa často spája s predstavou vlastného bývania v blízkosti detí a ďalších príbuzných, pričom sa preferuje menšia vzdialenosť, ktorá umožňuje častejšie kontakty. Na jednej strane teda ide o predstavu oddeleného bývania, ale na druhej strane je potreba intenzívnejších kontaktov. Seniori väčšinou obývajú staršie byty a domy s rizikom pádov a úrazov v domácnosti, často sú bez telefónu, tým pádom majú obmedzenú schopnosť dovolať sa pomoci v prípade núdze. Pre zmenu bydliska sa senior väčšinou rozhodne preto, že svoj byt, ktorý predtým obýval spolu s deťmi je zrazu prázdny a priveľký. Údržba takéhoto bytu je pre seniora náročná, a to nielen z fyzického hľadiska, ale taktiež aj z finančného hľadiska. Preto obvykle volí radšej byt menší, bližšie k centru mesta, lekárom, deťom a podobne (Hrozenková a kol., 2008).

Benjan (2010) tvrdí, že nemusíme byť neustále v prítomnosti svojho blízkeho staršieho

člena, doprajme mu aj samotu, ale buďme voči nemu úprimní, pravdiví (vyhýbajme sa aj tomu, čomu sa obyčajne hovorí „milosrdná lož“), nemusíme ho zahŕňať množstvom pozornosti, ale nezabudnime mu poslúžiť vo veciach dôležitých, napríklad pri úkonoch, s ktorými si sám nevie poradiť. Je žiaduce urobiť všetko preto, aby starnúci človek mohol čo najdlhšie aktívne žiť vo svojom prostredí, vo svojom domove a tiež pokiaľ mu to jeho zdravotný stav dovoľuje aj vo svojej práci, v blízkosti svojich kolegov a priateľov. Základnou podmienkou a zárukou kvalitného života seniora v rodine je už spomínané zdravie. V sekundárnom starnutí sú sprievodným znakom aj choroby, ktoré vznikajú ako proces regresie organizmu. O chorého a staršieho človeka sa väčšinou starali rodinní príslušníci a blízke okolie. Všetky životné udalosti od narodenia po smrť sa prežívali v rodine. Aj dnes je pre človeka dôležitá spätosť s rodinou, a to zvlášť v ťažkých životných obdobiach, ako je choroba a staroba. Vágnerová (2002) tvrdí, že choroba člena rodiny nie je záležitosťou jedinca, ale ovplyvní nejakým spôsobom celú rodinu. Táto záťaž je vždy testom rodinnej súdržnosti, ktorý ju buď potvrdí, alebo vedie k jej rozpadu. Rodina je pre chorého človeka jedinou sociálnou skupinou, ktorá mu umožní prijateľnú integráciu a poskytne potrebnú emočnú podporu. Je jediným sociálnym prostredím, v ktorom zostáva chorému individuálna špecifická rola, kde nie je anonymizovaný. Domáca starostlivosť je najstaršia forma starostlivosti o človeka, ktorej korene siahajú do dávnej minulosti, kedy ústavná starostlivosť buď neexistovala alebo sa poskytovala v obmedzenej miere.

Ak sa chce rodina postarať o svojich rodičov musí spĺňať určité predpoklady. Rodina musí v prvom rade chcieť vedieť, ako aj môcť túto úlohu zvládnuť a následne vytvoriť vhodné predpoklady pre túto starostlivosť (Herchl, 1999). Rodina sa musí chcieť postarať o svojho staršieho člena. Príbuzní často nechcú prevziať na seba zodpovednosť, prevziať starostlivosť práve z dôvodu, ktorý sa viaže na predchádzajúci spôsob života človeka, napríklad alkoholizmus, agresívne správanie k manželke a deťom, nezáujem o rodinu, rozvodovosť a podobne. Rodina sa môže starať o staršieho člena, nakoľko sú situácie, ktoré rodine bránia postarať sa oň ho v prípade ak je ťažko chorý a jeho starostlivosť by si vyžadovala 24 hodinovú opateru. Nemožnosť postarať sa o chorého odôvodňuje rodina trvalým zamestnaním všetkých jej členov, zrušenie pracovného vzťahu čo len jedného z nich by viedlo k zhoršeniu finančnej situácie v takom rozsahu, čo by následne spôsobilo rozpad rodiny. Rodina musí vedieť, ako túto starostlivosť poskytnúť. Ošetrovanie chorého človeka si vyžaduje vedomosti o danom ochorení a možnosti, ako poskytnúť potrebnú pomoc a opateru.

Záver

Práca je venovaná seniorom, oblasti ktorej je potrebné venovať zvýšenú pozornosť najmä z dôvodu starnutia našej populácie. Jedným z mnohých cieľov by malo byť vytvorenie dobrých podmienok pre seniorsky vek. Starší ľudia musia častokrát čeliť neochote, nevšímavosti až nepotrebnosti či už zo strany rodiny alebo spoločnosti. Postavenie seniorov v spoločnosti, ich doterajší spôsob života, voľnočasové aktivity, zdravie, ale aj stretávanie sa s mladšími ľuďmi a verejnosťou sú základné otázky, týkajúce sa života seniorov. Seniori sú skupina ľudí, ktorí už nemajú takú výkonnosť a fyzickú silu ale sú pre nás veľmi potrební a patrí im čestné miesto v spoločnosti. Množstvo seniorov aj napriek svojmu pokročilému veku si naplno užíva svoj voľný čas, či už s vnúčatami, obľúbeným koníčkom alebo športovou aktivitou. Určite by sme mali seniorov aktívne zapájať do verejného života, aby cítili, že sú pre nás plnohodnotný a dôležití.

Spoločnosť by sa mala venovať zlepšeniu postavenia seniora a taktiež aj splneniu požiadaviek seniora. Na prvom mieste by sa mala zlepšiť zdravotnícka starostlivosť poskytovaná starším ľuďom a služby poskytované v sociálnych zariadeniach. Na záver môžeme povedať, že seniori majú svoje zaslúžené postavenie v spoločnosti a spoločnosť by mala starším ľuďom venovať viac pozornosti, ktorú si za svoju celoživotnú prácu zaslúžia.

Literatúra

- BALOGOVÁ, B. 2005. Seniori 2. vyd. Prešov : 2005. 158 s ISBN 80 – 969274 – 9 – 3
- BEDNÁRIK, R a kol. 2011 Dlhodobá starostlivosť o starších ľudí na Slovensku 230s. ISBN 978 – 80 – 7138 – 133 – 4.
- BENJAN, M. B., 2010. Starnutie a staroba - príčiny, príznaky, problémy, prevencia a pomoc pri problémoch. Zvolen: Bratia Sabovci. s. 36. ISBN 978-80- 89241-37-8.
- DÁVIDEKOVÁ, M 2014 Sociálne služby 1.vyd.Trnava : Univerzita sv. Cyrila a Metoda Fakulta sociálnych vied 2014. 178 s ISBN 978 – 80 – 8105 – 579 – 9.
- DVOŘÁČKOVÁ, D., 2012. Kvalita života seniorů v domovech pro seniory. Praha: Grada Publishing, a.s., s. 112. ISBN 978-80-247-4138-3
- HROZENSKÁ, M – DVOŘÁKOVÁ, D. 2013. Sociální péče o seniory 192 s. ISBN 978 – 80 – 247 - 4139 -0
- HROZENSKÁ, M. a kol., 2008. Sociální práce so staršími ľuďmi a jej teoreticko-praktické východiská. Martin: Osveta, s. 180. ISBN 978-80-8063- 282-3
- KRAJČÍK, Š., 2005. Dôstojnosť starých ľudí a zdravotnícka starostlivosť. In: Ošetrovatelství. ISSN 1212-4117
- KUBÍČKOVÁ, D. 2013 Seniori a dodržiavanie ich ľudských práv vo vybraných zariadeniach sociálnych služieb. Trnava Univerzita sv. Cyrila a Metoda 116 s. ISBN 978 – 80 – 8105 – 494 – 5.
- MÜHLPACHR, P., 2005. Schola gerontologica. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 80-210-3838-1.
- POLEDNÍKOVÁ, E. A kol., 2006. Geriatrické a gerontologické ošetrovatelstvo. Martin: Osveta, s. 216. ISBN 80-8063-208-1
- SELICKÁ, D., 2003. Miesto starých ľudí v rodine. In: Vychovávateľ. Roč. 51, č. 12, s. 27-28. ISSN 0139- 6919.
- STRIEŽENEC, Š 1997. Slovník sociálneho pracovníka. ISBN 80 – 967589 – 0 – X
- ŠVIHELOVÁ, D. a M. HROZENSKÁ, 2005. Atribúty rodovosti u mužov a žien v období sénia. s. 111- 117. ISBN 80-8050-836-4.
- VÁGNEROVÁ, M., 2002. Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří. Praha: Portal. s. 528. ISBN 80-7178-308-0.

ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНІ ОСНОВИ РОБОТИ ІЗ ДІТЬМИ З РОЗЛАДАМИ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРУ

PSYCHOLOGICAL AND PEDAGOGICAL FUNDAMENTALS OF WORKING WITH CHILDREN WITH AUTISTIC SPECTRUM DISORDERS

Беца Аліна

*Державний вищий навчальний заклад «Ужгородський національний університет»
м. Ужгород, Україна*

E-mail: betsa.alina@student.uzhnu.edu.ua

Školitel'/scientific adviser: Doctor of Pedagogical Sciences, Svitlana Stebliuk

Анотація: У статті розкрито психолого-педагогічні підходи у роботі із дітьми з розладами аутистичного спектру. З'ясовано їх психологічні особливості, сформованість комунікативних умінь. Визначено, що у дітей спостерігається специфіка сприймання довкілля: наявність певних стійких домінант серед усього розмаїття зорових, слухових чи тактильних стимулів; незвичність системи сигналів для комунікації з іншими, власна мова; схоплення інформації від людини без прямого погляду на неї, завдяки периферійному зору, вибірковість у ставленні до людей; кмітливість, переважання невербального інтелекту; любов до порядку і завершеності, здатність зрозуміти чітко визначені алгоритми правила і постійно дотримуватися; високорозвинена механічна пам'ять; вміння орієнтуватися за візуальними стимулами: малюнками, картинками, піктограмами, графіками тощо; здатність зацікавитися чимось незвичним; тонке відчуття емоційного стану іншої людини, розуміння того, з ким і як можна себе поводити; розвинений музичний слух; уміння чітко орієнтуватися у просторі та часі. Розглянуто дослідження учених щодо навчання, виховання та розвитку дітей з розладами аутистичного спектру.

Мета дослідження: розкрити психолого-педагогічні особливості роботи із дітьми з розладами аутистичного спектру. Методи дослідження: аналіз наукової літератури, систематизація інформації науково-методичних видань, синтез, педагогічне спостереження, узагальнення, моделювання. Завдання дослідження: визначити сучасні підходи науковців до проблеми аутизму, особливості діяльності інклюзивно-ресурсного центру, сформулювати власне бачення роботи із дітьми з РАС.

Результати. Спостереження здійснювалось за дитиною з РАС дошкільного віку, яка потребує третього рівня підтримки. Подано особливості роботи з такою дитиною в умовах Інклюзивно-ресурсного центру. Охарактеризовано склад фахівців (консультантів) та напрями їх діяльності. З'ясовано, що корекційно-розвиткові заняття передбачають різні види діяльності: **вправи з розвитку сприймання та орієнтування у просторі**, формування мисленневих операцій, розвиток мислення на словесному матеріалі, формування навичок навчальної діяльності. Описано алгоритм застосування методу АВА-терапії, що спрямований на усунення небажаної поведінки й охоплює всі сфери пізнання: від розвитку понятійного апарату до становлення і вдосконалення побутових навичок самообслуговування. Визначено, що ігрова діяльність

є пріоритетною у роботі із дітьми з РАС. Розроблено окремі дидактичні ігри з елементами візуалізації: «Зроби як...», «Пізнай казкового героя», «Фруктовий потяг», «Кольорова фантазія». Спостереження показало, що корекційно-розвиткові заняття мають бути максимально наближені до життя, враховувати вікові особливості, можливості та уподобання дитини. Подано методичні рекомендації фахівцям для роботи з дітьми з РАС: встановлення емоційного та зорового контакту; розвиток тактильного, зорово-тактильного, кінестетичного сприйняття; кількаразове повторення формул українського мовленнєвого етикету тощо.

Висновки. Охарактеризовано психолого-педагогічний аспект у роботі із дитиною з РАС дошкільного віку на основі наукових пошуків учених, корекційних педагогів та практиків. Вказано особливості діяльності Інклюзивно-ресурсного центру, який проводить комплексну психолого-педагогічну оцінку розвитку дитини; надає психолого-педагогічні та корекційно-розвиткові послуги; забезпечує системний та кваліфікований супровід дитини з особливими освітніми потребами. Розроблено ігри, що можуть застосовуватися у цій установі. Сформульовано власне бачення роботи із дітьми з РАС.

Ключові слова: розлади аутистичного спектру, корекційно-розвиткові заняття, Інклюзивно-ресурсний центр, АВА-терапія, візуальні підказки.

Вступ. Сьогодні проблема навчання, виховання та розвитку дітей з розладами аутистичного спектру (далі РАС) є актуальною. Це зумовлено удосконаленням нормативно-законодавчої бази України з урахуванням національних та європейських стандартів. Система роботи з такими дітьми базується на психологічній складовій. Перцептивна сфера дітей із розладами аутистичного спектру, за дослідженнями Г. Найдьонові, А. Нагірняк характеризується периферійним сприйманням, сенсорним переваженням, гіперчутливістю, гіпочутливістю, тривалою обробкою інформації, фрагментарним сприйманням, сплутаністю у визначенні головної та побічної інформації. Проблема аутизму вивчалась і висвітлювалася вітчизняними та зарубіжними вченими: І. Недозим, Т. Скрипник, В. Тарасун, Д. Шульженко; Н. Asperger, L. Bender, M. Bristol та ін.

Відтак, у монографії «Феноменологія аутизму» Т. Скрипник систематизовано світовий досвід вивчення аутизму як у теоретичному, так і в експериментальному аспектах; подано змістовний виклад дієвих корекційних стратегій, які застосовують у роботі з такими дітьми. Феноменологічний підхід сприяв опрацюванню діагностичного інструментарію, який дає змогу розкрити унікальність кожної аутичної дитини та її родини. З'ясування сутності аутизму, відповідно до феноменологічної традиції, здійснено за моделлю ідеального типу. Установлено зв'язок між діагностичними висновками й корекційними програмами; визначено критерії та показники динаміки позитивних перетворень у аутичних дітей як наслідок послідовного втілення педагогами і батьками узгоджених корекційних заходів.

В. Сторож, М. Рижова акцентують увагу на комунікативних уміннях дитини з РАС : у перші роки життя не розвивається вказівний жест; не реагує на ім'я, коли його кличуть; затримка мови або повна її відсутність; може не реагувати на прохання; діти можуть здаватися глухими, та в той же час слух може бути у нормі; може вимовляти фрази, але не використовувати їх з метою комунікації; у віці близько 2,5-3 років не настає

«вік питань»; в мові можуть бути присутні неіснуючі слова або він повторює те, що колись чув від дорослих або почув у мультфільмах (ехолалія); може говорити про себе в третій особі.

Систематизація психолого-педагогічної літератури з проблеми дала можливість сформулювати особливості дитини з РАС – специфіка сприймання довкілля: наявність певних стійких домінант серед усього розмаїття зорових, слухових чи тактильних стимулів; незвичність системи сигналів для комунікації з іншими, власна мова; схоплення інформації від людини без прямого погляду на неї, завдяки периферійному зору, вибірковість у ставленні до людей; кмітливність, переважання невербального інтелекту; любов до порядку і завершеності, здатність зрозуміти чітко визначені алгоритми правила і постійно дотримуватися; високорозвинена механічна пам'ять; вміння орієнтуватися за візуальними стимулами: малюнками, картинками, піктограмами, графіками тощо; здатність зацікавитися чимось незвичним; тонке відчуття емоційного стану іншої людини, розуміння того, з ким і як можна себе поводити; розвинений музичний слух; уміння чітко орієнтуватися у просторі та часі.

Студіювання наукових джерел дало можливість нам визначити індивідуальну траєкторію розвитку дитини, можливості її соціалізації.

Мета дослідження: розкрити психолого-педагогічні особливості роботи із дітьми з розладами аутистичного спектру.

Методи дослідження: аналіз наукової літератури, систематизація інформації науково-методичних видань, синтез, педагогічне спостереження, узагальнення, моделювання.

Завдання дослідження: визначити сучасні підходи науковців до проблеми аутизму, особливості діяльності Інклюзивно-ресурсного центру, сформулювати власне бачення роботи із дітьми з РАС.

Результати. Базою дослідження став Інклюзивно-ресурсний центр Великоберезнянської селищної ради Ужгородського району Закарпатської області. Спостереження здійснювалось за дитиною з РАС дошкільного віку, який потребує третього рівня підтримки.

В ІРЦ систематизована освітня та розвиткова робота на сучасному рівні, урахуваючи й роботу з дітьми в дистанційних умовах; працює команда фахівців (консультантів). Подаємо детальний опис напряму їх діяльності.

Учитель-логопед: розробляє оптимальну педагогічну стратегію, проєктує шляхи навчання й виховання кожної дитини з мовленнєвими порушеннями; вивчає та фіксує стан мовленнєвого розвитку дітей і відповідну динаміку; проводить навчально-виховну та корекційну роботу з дітьми, які мають мовленнєві порушення; постійно підтримує зв'язки з батьками, надає їм консультативну допомогу в питаннях освіти та психофізичного розвитку дітей.

Практичний психолог: проводить комплексну психолого-педагогічну оцінку розвитку дитини (когнітивної та емоційно-вольової сфери) з метою визначення рівня сформованості таких пізнавальних процесів, як сприйняття, пам'ять, мислення, увага, увага, виявлення здатності до вольового зусилля, схильностей до девіантної поведінки та встановлення наявності у дитини особливих освітніх потреб; здійснює психолого-педагогічні, корекційно-розвиткові послуги дітям з особливими освітніми потребами;

бере участь в командах психолого-педагогічного супроводу дитини з ООП у закладах загальної середньої та дошкільної освіти; надає рекомендації щодо складання, виконання, коригування індивідуальних програм розвитку дітей з особливими освітніми потребами; надає консультативну та методичну допомогу педагогічним працівникам дошкільних закладів освіти та загальноосвітніх закладів та батькам або законним представникам дітей з особливими освітніми потребами, що не відвідують заклади освіти, а також надає інформацію стосовно мережі закладів освіти, де надають допомогу таким дітям; організовує інформаційно-просвітницьку діяльність шляхом проведення конференцій, семінарів, засідань за круглим столом, тренінгів, майстер-класів з питань організації надання психолого-педагогічної допомоги дітям з особливими освітніми потребами.

Учитель-реабілітолог: проводить діагностичну оцінку фізичного розвитку дитини з особливими освітніми потребами, визначає рівень її загального розвитку, відповідності віковим нормам, розвитку дрібної та загальної моторики; веде відповідну документацію Інклюзивно-ресурсного центру; надає рекомендації батькам щодо корекції фізичного розвитку дитини; консультиє педагогів.

Сайт ІРЦ насичений інформацією та є доступним для батьків, громадськості, усіх тих, хто цікавиться навчанням, вихованням та розвитком дітей з особливими освітніми потребами. Для визначення проявів РАС у дітей рекомендується CASD, скрінінгова методика. Вона складається із запитань до батьків або спеціалістів, які проводять з дитиною найбільше часу. Тобто є кілька варіантів заповнення методики CASD: батьками, опікунами чи корекційними педагогами.

Дитина, відвідуючи Інклюзивно-ресурсний центр має можливість отримати як кваліфіковану допомогу, так і набути коло компетенцій, що підготує її до навчання у початковій школі. Спостереження за діяльністю хлопчика показує, що в основному він «занурений» у себе, проте дидактичне оформлення кімнат для корекційно-розвиткових занять допомагає встановити контакт з фахівцем. Дитина вивчає здебільшого ігрових персонажів, розглядає предметні, сюжетні малюнки, предмети гри (м'ячик, кубик, конструктор), менше акцентує увагу на дитячу літературу, не намагається пізнавати букви, цифри, важко вступає в діалог; віддає перевагу грі на самоті, не закликає однолітків до гри, не повторює за ними дії.

Проте хлопчик є ввічливим, із зацікавленістю відвідує ІРЦ.

Корекційно-розвиткові заняття передбачаються різні види діяльності: **вправи з розвитку сприймання та орієнтування у просторі**, формування мисленневих операцій, розвиток мислення на словесному матеріалі, формування навичок навчальної діяльності.

У процесі дослідження нами зацентована увага на методиках роботи з дитиною з РАС. Метод АВА-терапія спрямований на усунення небажаної поведінки й охоплює всі сфери пізнання: від розвитку понятійного апарату до становлення і вдосконалення побутових навичок самообслуговування. Ідея програми АВА полягає в тому, що будь-яка поведінка тягне за собою наслідки, коли це дитині подобається, вона буде повторювати вказані дії. При означеній методиці всі складні навички для аутистів, такі як контактність, мова, творча гра, вміння дивитися в очі, слухати, розбивають на окремі невеликі блоки-дії. Кожні з них розучують з дитиною окремо. У підсумку блоки з'єднують в єдиний ланцюг, що утворює одну складну дію. Фахівець під час процесу

розучування дій дає дитині з порушеннями аутичного спектру завдання. Якщо самостійно впоратися вона з ним не може, пропонується підказка, при правильному виконанні завдання слід застосувати технологію створення ситуації успіху (похвала), неправильний хід думок – ігнорується й не аналізується. Коли дитина засвоїла достатню кількість дій («візьми», «дай», «йди сюди»), завдання починають проводити за допомогою батьків на вулиці, у крамниці.

Зауважимо, що ігрова діяльність є пріоритетною у роботі з дітьми з РАС. Нами розроблено такі ігри.

«Пізнай казкового героя». Дитині пропонується фрагмент із мультфільму, що висвітлюється на екрані. Завдання: пізнати героїв і показати за допомогою смайликів ставлення до них.

«Зроби як...». Дитині показується малюнок окремих тварин, рухи людини. Завдання: зімітувати побачену дію.

«Фруктовий потяг». Учаснику необхідно вибрати з-поміж фруктів, овочів лише фрукти, розставивши їх у вагони потягу.

«Кольорова фантазія». Дитині пропонуються кольори фарб, вона обирає одну з них для зображення уявного предмета: для сонечка – жовтий, для веселки – сім кольорів. Означені візерунки зображують пальчиками.

Наше спостереження показало, що хлопчик бере участь не в кожній грі, а тільки тій, яка йому до вподоби. Корекційно-розвиткові заняття мають бути максимально наближені до життя, враховувати вікові особливості та можливості дитини.

Корекційна робота з дітьми з розладами аутистичного спектру має ґрунтуватися на таких аспектах:

1. Встановлення емоційного та зорового контакту. Дитина з РАС постійно потребує візуальної підтримки: батьків, вихователів, обслуговуючого персоналу. При відпрацьовуванні навичок самообслуговування слід застосувати оперативні картки – схеми, що позначають потрібний алгоритм дій дитини. Послідовність збирання на прогулянку можна намалювати на шафці. Оскільки для дітей з аутизмом характерне зниження або відсутність мотивації до виконання певних дій (одягання, прибирання речей), важливо встановити з ними довірчі відносини.

2. Розвиток тактильного, зорово-тактильного, кінестетичного сприйняття. Рекомендується заняття перед дзеркалом, коли дитина разом із дорослим дивиться на своє відображення та повторює назви частин тіла. Розвиток мовлення та комунікативних здібностей. Педагогам закладу дошкільної освіти, батькам необхідно сконцентрувати увагу на вимову слів, побудову словосполучення та речення. Формулювати питання таким чином, щоб воно містило відповідь із цих слів.

4. Структурування простору у кімнаті. Йде мова про створення осередків для індивідуального навчання, роботи в групі, гри, вільного часу, роботи на комп'ютері тощо. Важливо фізично відмежувати осередки один від одної кольоровими позначками, сюжетними малюнками. Таким чином, дитина з аутизмом звикне до впорядкованості, правил.

5. Структурування часу. Вартує створити візуалізований розклад дня, що знизить рівень тривожності від невизначеності та формуватиме поведінкові якості. Розмістити

його слід на видному місці, це дає змогу дитині з РАС досягати більшої самостійності: вона сама підходить і перевіряє, що відбувається зараз і що буде далі.

6. Візуальні підказки. Дитині з РАС простіше виконувати завдання, якщо його етапи/фінальний результат зображені візуально. Пропонується варіантом візуальної підказки знак «стоп» у певних місцях. До прикладу, такий знак на внутрішньому боці дверей у групу (кімнату) чи зображення ігрових матеріалів на «вході» в ігровий осередокі.

7. Кількаразове повторення формул українського мовленнєвого етикету. Пропонуючи виконання завдань та аналізуючи їх результат, фахівці, які працюють з дитиною, повинні часто вживати слова: «дякую», «будь ласка» та слова вітання, повторюваність яких залишиться у пам'яті дитини.

Висновки. Охарактеризовано психолого-педагогічний аспект у роботі з дитиною з РАС дошкільного віку на основі наукових пошуків учених, корекційних педагогів та практиків. Вказано особливості діяльності Інклюзивно-ресурсного центру, який проводить комплексну психолого-педагогічну оцінку розвитку дитини; надає психолого-педагогічні та корекційно-розвиткові послуги; забезпечує системний та кваліфікований супровід дитини з особливими освітніми потребами. Розроблено ігри, що можуть застосовуватися у цій установі. Сформульовано власне бачення роботи із дітьми з РАС.

Література:

НАЙДЬОНОВА, Г. О., НАГІРНЯК, А. О. Психологічна корекція сприймання дітей з розладами аутистичного спектру як умова формування соціально прийнятної поведінки. *Актуальні питання корекційної освіти*. Випуск 13, 2019. С. 187-201

СКРИПНИК, Т. В. Феноменологія аутизму : монографія. Київ : Фенікс, 2010. 320 с.

СТОРОЖ, В. В., РИЖОВА, М. Е. Особливості поведінки та комунікації в структурі розладів аутистичного спектру у дітей дошкільного віку. URL: <https://repo.odmu.edu.ua/xmlui/handle/123456789/7280>

Інклюзивно-ресурсний центр Великоберезнянської селищної ради Ужгородського району Закарпатської області. URL: <https://sites.google.com/view/irc-vb/>

АВА-терапія. Інклюзивна освіта. URL: http://inklyuzi.blogspot.com/p/blog-page_98.html

Kontakt na autora:

Betsa Alina, bachelor degree

Faculty of Health and Physical Education of Uzhhorod National University, Uzhhorod, Ukraine

E-mail: betsa.alina@student.uzhnu.edu.ua

Kontakt na školiteľa:

Svitlana Stebliuk, Doctor of Pedagogical Sciences

Faculty of Health and Physical Education of Uzhhorod National University, Uzhhorod, Ukraine

E-mail: svitlana.stebliuk@uzhnu.edu.ua

ОСОБЛИВОСТІ ОРГАНІЗАЦІЇ РУХОВОЇ АКТИВНОСТІ ДІТЕЙ З ІНТЕЛЕКТУАЛЬНИМИ ПОРУШЕННЯМИ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ

PECULIARITIES OF THE ORGANIZATION OF MOTOR ACTIVITY OF YOUNGER SCHOOL AGE CHILDREN WITH INTELLECTUAL DISABILITIES

Грин Аннамарія

Державний вищий навчальний заклад
«Ужгородський національний університет» м. Ужгород, Україна
E-mail: hrjn.annamariia@student.uzhnu.edu.ua

Науковий керівник: кандидат педагогічних наук Тетяна Хома

Анотація.

У статті охарактеризовано шляхи організації рухової активності дітей з порушеннями інтелектуального розвитку молодшого шкільного віку. Проаналізовано Типові освітні програми для 1-2 та 3-4 класів спеціальних закладів загальної середньої освіти для осіб із порушеннями інтелектуального розвитку, зацентровано увагу на фізкультурній освітній галузі. З'ясовано сучасні підходи науковців до проблеми навчання, виховання та розвитку дітей з порушеннями інтелектуального розвитку, їх фізичних якостей та системи вправ, рекомендованих для удосконалення рухової активності. Метою дослідження є визначити шляхи організації рухової активності дітей з порушеннями інтелектуального розвитку молодшого шкільного віку. Методи дослідження: аналіз, синтез, індукція, дедукція, інтерв'ювання, узагальнення. Завдання дослідження: з'ясувати сучасні підходи до організації рухової активності, добірки фізичних вправ зокрема, для дітей молодшого шкільного віку; запропонувати окремі ігрові вправи.

Результати. Сфокусовано увагу на змісті понять «рухова активність», «фізична вправа». Рухова активність визначається, як сума рухів, які виконує людина в процесі життєдіяльності. Розрізняють первинну та спеціально організовану рухову активність, автором розглянуто останню з них. Проведене інтерв'ювання вчителів початкової школи дало можливість з'ясувати уподобання дітей, у тому числі з порушеннями інтелектуального розвитку, щодо фізичних вправ на уроках фізичної культури. Подано окремі завдання для розвитку рухової активності за Програмою з корекційно-розвивальної роботи «Острівцець здоров'я» для 1-4 класів спеціальних закладів загальної середньої освіти для дітей з інтелектуальними порушеннями; запропоновано власні напрацювання – ігрові вправи для використання на уроках фізкультури. Підкреслено, що у процесі добірки фізичних вправ для учнів із порушеннями інтелектуального розвитку слід враховувати: фізичні можливості дітей, їх нахили та здібності, рекомендації інклюзивно-ресурсного центру.

Висновки. З'ясовано сучасні підходи до організації рухової активності, добірки фізичних вправ зокрема, для дітей молодшого шкільного віку; запропоновано окремі ігрові вправи. Враховано здоров'язберігаючу складову в роботі з дітьми з порушеннями інтелектуального розвитку.

Ключові слова: рухова активність, фізичні вправи, молодший шкільний вік, учні з порушеннями інтелектуального розвитку, здоров'язберігаюча складова.

Abstract. The article describes the ways of organizing motor activity of children with intellectual development disorders of younger school age. Standard educational programs for grades 1-2 and 3-4 of special institutions of general secondary education for persons with intellectual disabilities were analysed, attention was focused on the field of physical education. The modern approaches to the problem of education, upbringing and development of children with intellectual disabilities, their physical qualities, the system of exercises recommended for improving motor activity were clarified. The purpose of the study is to determine the ways of organizing the motor activity of children with intellectual development disorders of younger school age. Research methods were the following: analysis, synthesis, induction, deduction, interviewing, generalization. The task of the research was to find out modern approaches to the organization of physical activity, a selection of physical exercises, in particular, for children of younger school age; offer some game exercises.

The results.

Attention is focused on the content of the concepts “motor activity”, “physical exercise”. Motor activity is defined as the sum of movements performed by a person in the process of life. Primary and specially organized motor activity are distinguished, the author considered the latter. Interviewing of primary school teachers made it possible to find out the preferences of children, including those with intellectual disabilities, regarding physical exercises in physical education classes. Some tasks for the development of motor activity according to the Program for correctional and developmental work “Island of Health”; for grades 1-4 of special institutions of general secondary education for children with intellectual disabilities have been submitted; original exercises were offered - game exercises for use in physical education lessons. It is emphasized that in the process of selecting physical exercises for students with intellectual disabilities, the following should be taken into account: children’s physical capabilities, their inclinations and abilities, recommendations of the inclusive resource center.

Conclusions.

Modern approaches to the organization of motor activity, a selection of physical exercises, in particular, for children of primary school age, have been clarified; we have offered individual game exercises. The health-saving component in working with children with intellectual disabilities is taken into account.

Keywords: motor activity, physical exercises, younger school age, pupils with intellectual disabilities, health-saving component.

Вступ.

Початкова освіта в Україні базується на нормативно-законодавчих документах, з-поміж яких: Закон України «Про освіту», «Концепція Нової української школи» «Державний стандарт початкової освіти» та інші. Специфікою її діяльності є введення інклюзивного навчання, що базується на «принципах недискримінації, врахування багатоманітності людини, ефективного залучення та включення до освітнього процесу всіх його учасників». У Типовій освітній програмі для 1-2 та 3-4 класів спеціальних закладів загальної середньої освіти для осіб із порушеннями інтелектуального розвитку зазначено: «Для забезпечення всебічного розвитку дітей шкільного віку з особливим освітніми потребами суттєве значення має здоровий спосіб життя та його складники,

особливо – оптимальний режим організованої фізкультурної рухової активності, який сприяє формуванню здоров'я, підвищенню адаптаційного потенціалу учня». З-поміж визначених завдань – розвиток рухових якостей (витривалості, гнучкості, спритності, сили, швидкості).

Нами зацентована увага на особливостях організації рухової активності дітей з порушеннями інтелектуального розвитку молодшого шкільного віку, у тому числі в класах з інклюзивним навчанням.

Проблема навчання, виховання та розвитку дітей з інтелектуальними порушеннями досліджується науковцями, з-поміж яких: Алла Висоцька, Віктор Гладуш, Ілона Дичківська, Сергій Дубовський, Алла Колупаєва, Світлана Миронова, Світлана Стеблюк та інші.

Особливості корекції розвитку дітей з інтелектуальними порушеннями засобами фізичного виховання охарактеризовано у працях Віктора Гладуша, Алли Висоцької, Сергія Дубовського. Запропоновано комплекс спеціальних вправ у системі фізичного виховання школярів, що сприятиме не лише зміцненню м'язової системи, підвищенню тону, еластичності, витривалості м'язів, розширенню їх амплітудної здатності, але й розвитку тактильно-м'язового контролю, координації рухів, просторового орієнтування, здатності до цілеспрямованих дій, обсягу та стійкості уваги, мисленневих операцій, мовленнєвого розвитку тощо. За переконанням авторів, такий підхід до системи вправ сприятиме посиленню адаптивних можливостей організму школяра.

Оскільки мова йде про рухову активність дітей з інтелектуальними порушеннями молодшого шкільного віку, нами зосереджено увагу на характеристиці їх фізичних якостей. Означена проблема у фокусі наукових розвідок Олени Горбатюк: «Порушення інтелектуального розвитку в дитини здебільшого поєднується з недостатнім розвитком рухової сфери, становлення якої є невід'ємним від пізнання світу, оволодіння мовленням, трудовими навичками, тому рівень її сформованості посідає важливе значення для соціалізації особистості дітей із порушеннями інтелектуального розвитку». Авторка зауважує, що під час довільних рухів існує взаємозв'язок між внутрішньою (психічною) та зовнішньою (фізичною) діяльністю. Наміри, що виникли у свідомості, реалізуються в зовнішніх рухових актах, які, у свою чергу, сприяють розвиткові психічних функцій, рухового досвіду.

Таким чином, нами охарактеризовано наукові дослідження з проблеми розвитку фізичних якостей та особливостей упровадження різних видів рухової активності для дітей з інтелектуальними порушеннями молодшого шкільного віку.

Мета дослідження: визначити шляхи організації рухової активності дітей з інтелектуальними порушеннями молодшого шкільного віку.

Методи дослідження: аналіз, синтез, індукція, дедукція, інтерв'ювання, узагальнення.

Завдання дослідження: з'ясувати сучасні підходи до організації рухової активності, добірки фізичних вправ зокрема, для дітей молодшого шкільного віку; запропонувати окремі ігрові вправи.

Результати.

У процесі дослідження нами сфокусовано увагу на змісті понять «рухова активність», «фізична вправа». У Словнику основних понять з фізичної культури рухова активність трактується, як «сума рухів, які виконує людина в процесі життєдіяльності. Розрізняють первинну та спеціально організовану рухову активність. До первинної рухової активності, згідно визначенню Всесвітньої організації охорони здоров'я, відносять види рухів спрямованих на задоволення звичайних потреб людини (сон, особиста гігієна, прийом їжі, зусилля затрачені на приготування їжі), а також навчальну

й виробничу діяльність. Спеціально організована м'язова діяльність включає різні форми занять фізичними вправами, активне пересування в школу і з школи (на роботу). Рухова активність – потреба в рухах, що проявляється у виконанні певної кількості рухових актів».

Оскільки в основі рухової активності лежать фізичні вправи, з'ясуємо зміст означеного терміну, послуговуючись Словником-довідником основних термінів і понять з теорії та методики фізичного виховання і спорту. «Фізичні вправи – рухові дії, які спрямовані на реалізацію завдань фізичного виховання, сформовані та організовані за його закономірностями».

Для організації рухової активності учнів із порушеннями інтелектуального розвитку, на наш погляд, слід враховувати: фізичні можливості дітей, їх нахили та здібності, рекомендації інклюзивно-ресурсного центру. З метою добірки системи фізичних вправ нами проведено інтерв'ювання з учителями початкової школи, в якому взяло участь 6 педагогів. Запропоновано питання:

1. Чи охоче долучаються до уроків фізкультури учні з порушеннями інтелектуального розвитку?

2. Яким видам фізичних вправ надають перевагу школярі?

3. Які методи навчання, на Ваш погляд, є ефективними у роботі з молодшими школярами, у тому числі з дітьми з порушеннями інтелектуального розвитку?

Відповідь учителів початкових класів на перше питання засвідчила, що всі учні полюбили уроки фізичної культури, є активними, однак, за словами педагогів, завдання узгоджуються з асистентом учителя та відповідають програмі індивідуального розвитку.

Щодо відповіді на друге питання, виявлено: 68 % учнів надають перевагу ігровим вправам, 21 % уподобали виконання завдань із м'ячем, решта – 11% обрали завдання на швидкість (біг, швидкі стрибки на одній та обох ногах, стрибки в довжину).

У відповідь на третє питання вчителі вказали методи навчання, яким надають перевагу: демонстрація фізичних вправ, візуалізація, емоційно-релаксивний, ігрового спрямування. Диференціація методів, на думку педагогів, сприяє мотивації школярів до рухової активності, впливає на задоволеність уроками фізичної культури, позитивний емоційний стан.

Узагальнюючи зміст науково-методичної літератури з проблеми дослідження та результати опитування, нами рекомендовано використовувати низку вправ та завдань, що сприятимуть розвитку рухової активності молодших школярів. Пропонуємо опиратись на зміст Програми з корекційно-розвивальної роботи «Острівець здоров'я» для 1-4 класів спеціальних закладів загальної середньої освіти для дітей з інтелектуальними порушеннями. Наведемо приклад окремих завдань для 1 класу:

– вправи для розвитку дрібної мускулатури рук: «пальчики вітаються». Кінчик великого пальця почергово торкається кінчиків інших пальців. Виконувати пальцями лівої руки, правої руки, по черзі й одночасно обома руками.

– вправи з малим м'ячем – перекладання м'яча з руки в руку перед собою, над головою, за спиною. Підкидання і ловіння м'яча;

– легкоатлетичні вправи: імітаційна ходьба: «Ведмедик», «Котик», «Зайчик», «Чапля», «Жабка»;

– хороводні, українські народні та рухливі ігри і забави: «Доторкнись до води у річці», «Піймай промінчик сонечка», «Спіймай комарика», «Переліт птахів», «Бджоли та ведмежата», «Швидкі санчата», що виконуються під музичний супровід;

– релаксація та настрої. Самомасаж. Легкий струс руки з невеликим нахилом тулуба в бік цієї кінцівки (чергуючи руки). Струси рук, нахилившись вперед (одночасно та почергово). Ігри «День і ніч», «Море хвилюється»;

– вправи для зняття напруження з очей: заплющити очі на кілька секунд, дуже напружуючи очні м'язи, потім відкрити їх, розслабивши м'язи очей; подивитися на перенісся та затримати погляд на кілька повних циклів дихання. Потім подивитися у далечінь. Не повертаючи голови, подивитися вправо та зафіксувати погляд на кілька секунд, потім подивитися удалечінь прямо. Часто розплющувати та заплющувати очі (моргати). (із Програми).

У процесі дослідження нами розроблені ігрові вправи як один із різновидів рухової активності. Вони можуть використовуватися в освітньому процесі як динамічна хвилинка – руханка, так і вправи на вступному та основному етапах уроку фізичної культури.

Окремі з них:

– вправа «Веселі бджілки». Учні рухаються по колу, імітуючи рухи бджілки та супроводжуючи звуками «дж-дж-дж». За словами вчителя (асистента вчителя): «Бджілка сіла на квітку» – діти присідають. Завершити цю вправу можна розповіддю про користь бджіл у природі та для людини;

– вправа «Рукавичка». Учні пригадують персонажів із казки «Рукавичка». Завдання: пройти визначену дистанцію, імітуючи рухи кожного із них;

– гра «Дружня команда». Команди утворюють коло. Завдання: один учень стає у середину кола і за сигналом виконує передачу м'яча своєму гравцю, той піймав м'яч повертає його назад і присідає, коли останній гравець повернув м'яч ведучому, всі гравці одразу піднімаються. Виграє команда, яка першою встала;

– гра «Вовк та семеро козенят». На одному боці зали ліс, де мешкає «вовк». На протилежному – «будинок козенят». «Подвір'я» – середина спортивної зали. Одна дитина «вовк», інші «козенятка». За сигналом вчителя «вовк» виходять на «подвір'я», де граються козенятка. Після слів учителя «Вовк!» – «козенятка» втікають до «будинку» і стають на лаву. «Вовк» намагається зловити «козенят». Гра повторюється кілька разів;

– гра «Вбрання для Попелюшки». Учні шикуються по троє одне за одним за лінією старту. Перший учень команди тримає в руках ляльку-принцесу, другий учень тримає паперовий одяг, а третій – тримає клей. За командою вчителя перші учні біжать до накресленого кола і залишається у ньому, як тільки вони зайшли за лінію кола, другі учні біжать і приєднуються до команди перших, до вказаного місця біжать треті учні команд. Зібравшись разом, гравці починають прикрашати «ляльку Попелюшку» (приклеюють платтячко на «ляльку», одягають корону тощо).

Зауважимо, що асистент учителя супроводжує діяльність учня, підказує та спрямовує його. Основна увага звернена на дотримання правил безпеки – дитина повинна завжди залишатись в полі зору.

Висновки. Таким чином, нами з'ясовано сучасні підходи до організації рухової активності, добірки фізичних вправ зокрема, для дітей молодшого шкільного віку; запропонувати окремі ігрові вправи. Ураховано здоров'язберігаючу складову у роботі з дітьми з порушеннями інтелектуального розвитку.

Література:

Про освіту. Закон України. Відомості Верховної Ради (ВВР), 2017, № 38-39, ст.380. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2145-19#Text>

Типова освітня програма для 1-2 та 3-4 класів спеціальних закладів загальної середньої освіти для осіб із порушеннями інтелектуального розвитку. Наказ Міністерства

освіти і науки України від 19.09.2022р. № 836. URL: <https://mon.gov.ua/storage/app/uploads/public/632/9c6/379/6329c6379ad05339839275.pdf>

Гладуш В., Висоцька А., Дубовський С. Корекція розвитку дітей з інтелектуальними порушеннями засобами фізичного виховання. Вісник післядипломної освіти. Випуск 12 (41) «Серія «Педагогічні науки» Категорія «Б» С. 44-62.

Горбатюк О. Л. Характеристика фізичних якостей молодших школярів із порушеннями інтелектуального розвитку. Науковий вісник Південноукраїнського національного педагогічного університету імені К.Д. Ушинського № 3 (122), 2018. С. 25-30.

Словник основних понять з фізичної культури : для студентів факультетів фізичного виховання вищих пед. навч. закладів / уклад. О. А. Согоконь, О. В. Донець. Полтава : Сімон, 2020. 111 с.

Наумчук В. І. Словник-довідник основних термінів і понять з теорії та методики фізичного виховання і спорту. – Тернопіль: Видавництво Астон, 2013. 96 с.

Програма з корекційно-розвивальної роботи «Острівець здоров'я» для 1-4 класів спеціальних закладів загальної середньої освіти для дітей з інтелектуальними порушеннями. Інститут спеціальної педагогіки НАПН України, К. 2018.

Kontakt na autora:

Hryn Annamaria, bachelor degree

Faculty of Health and Physical Education of Uzhhorod National University, Uzhhorod, Ukraine

E-mail: hryn.annamariia@student.uzhnu.edu.ua

Kontakt na školiteľa:

Tetiana Khoma, Doctor of Pedagogical Sciences

Faculty of Health and Physical Education of Uzhhorod National University, Uzhhorod, Ukraine

E-mail: tetiana.khoma@uzhnu.edu.ua

РЕАЛІЗАЦІЯ КОМПЕТЕНТНІСНОГО ПІДХОДУ У НАВЧАННІ МОЛОДШИХ ШКОЛЯРІВ В УМОВАХ ІНКЛЮЗІЇ

IMPLEMENTATION OF THE COMPETENCE APPROACH IN THE EDUCATION OF YOUNGER SCHOOLCHILDREN IN CONDITIONS OF INCLUSION

Шніцер Христина¹

¹Державний вищий навчальний заклад «Ужгородський національний університет»
м. Ужгород, Україна

E-mail: shnitser.khrystyna@student.uzhnu.edu.ua

Školitel'/scientific adviser: Doctor of Pedagogical Sciences, Svitlana Stebliuk

Анотація. У статті розкрито теоретичні та практичні аспекти дослідження щодо навчання, виховання дітей з особливими освітніми потребами. Визначено актуальність дослідження щодо розвитку інклюзивної освіти в Україні. На сучасному етапі пріоритетним завданням закладів загальної середньої освіти є організація освітнього процесу на засадах компетентнісного підходу. Ураховано вимоги Державного стандарту початкової освіти з формулюванням її мети: всебічний розвиток дитини, її талантів, здібностей, компетентностей та наскрізних умінь відповідно до вікових та індивідуальних психофізіологічних особливостей і потреб, формування цінностей, розвиток самостійності, творчості та допитливості. Мета дослідження: розкрити особливості реалізації компетентнісного підходу у навчанні молодших школярів в умовах інклюзії. Методи дослідження: аналіз, синтез, систематизація наукових даних; узагальнення, спостереження за діяльністю вчителя, власний досвід. Завдання дослідження: з'ясувати особливості навчання, виховання та розвитку дітей з особливими освітніми потребами на засадах компетентнісного підходу.

Результати. Сформульовано ключові поняття, з поміж-яких «компетентність», «компетентнісний підхід». Компетентність включає знання, уміння, навички, практичний досвід застосування їх у різних проблемних ситуаціях та цінності. Компетентнісний підхід трактується як такий, що спрямований на реалізацію ключових та предметних компетентностей у початкових класах з інклюзивним навчанням. Дослідження проблеми проводилося за двома напрямками: теоретичному та практичному. Теоретичний аспект передбачав аналіз сучасних педагогічних підходів до навчання та виховання дітей з особливими освітніми потребами, можливих шляхів реалізації компетентнісного підходу в освітньому процесі. Практична частина включала опис результатів дослідження. Закцентовано увагу на особливостях когнітивної, психолого-поведінкової сфер дитини з порушеннями зору, опорно-рухового апарату та затримкою психічного розвитку. Відповідно до цього дібрано інноваційні методи навчання та корекційно-розвиткові завдання. З-поміж методів навчання у процесі формування предметних компетентностей обрано візуальні, ігрові, конструктивні, компетентнісні.

За результатами дослідження встановлено динаміку змін у навчанні, вихованні та розвитку дитини з особливими освітніми потребами: уміння працювати в учнівському

колективі, намагання виконувати завдання чи частину його за вказівкою асистента вчителя; забезпечення поступового переходу до самостійного виконання завдань; набуття предметних та ключових компетентностей відповідно до можливостей із акцентом на соціалізацію дитини.

Висновки. Освітній процес у початковій школі з інклюзивним навчанням варто будувати із використанням тих методів, прийомів і засобів навчання, які враховуватимуть можливості, особливості розвитку дитини.

Ключові слова: початкова школа; освітній процес; компетентність; компетентнісний підхід; дитина з особливими освітніми потребами; інклюзивне навчання; інноваційні методи навчання.

Abstract. The article reveals the theoretical and practical aspects of research on education and upbringing of children with special educational needs. The relevance of the study regarding the development of inclusive education in Ukraine was determined. At the current stage, the priority task of general secondary education institutions is the organization of the educational process based on the competence approach. The requirements of the State Standard of Primary Education with the formulation of its goal are taken into account: the comprehensive development of the child, his talents, abilities, competences and all-round abilities in accordance with age and individual psychophysiological characteristics and needs, the formation of values, the development of independence, creativity and curiosity. The purpose of the study: to reveal the peculiarities of the implementation of the competence approach in the education of younger schoolchildren in conditions of inclusion. Research methods: analysis, synthesis, systematization of scientific data; generalization, observation of the teacher's activities, own experience. The task of the research: to find out the peculiarities of education, upbringing and development of children with special educational needs based on the competence approach.

The results. The key concepts, among which "competence", "competence approach", are formulated. Competence includes knowledge, abilities, skills, practical experience of their application in various problem situations and values. The competency-based approach is interpreted as one aimed at the implementation of key and subject competencies in primary classes with inclusive education. The study of the problem was carried out in two directions: theoretical and practical. The theoretical aspect included the analysis of modern pedagogical approaches to teaching and raising children with special educational needs, possible ways of implementing the competence approach in the educational process. The practical part included a description of the research results. Attention is focused on the peculiarities of the cognitive, psychological and behavioral spheres of a child with impaired vision, locomotor apparatus and delayed mental development. In accordance with this, innovative teaching methods and corrective and developmental tasks were selected. From among the teaching methods in the process of formation of subject competences, visual, game, constructive, competence were chosen.

According to the results of the study, the dynamics of changes in the education, upbringing and development of a child with special educational needs were established: the ability to work in a student team, efforts to complete a task or a part of it at the instruction of a teacher's assistant; ensuring a gradual transition to independent performance of tasks;

acquisition of subject and key competences in accordance with opportunities with an emphasis on the socialization of the child.

Conclusions. The educational process in the primary school with inclusive education should be built using those methods, methods and means of learning that will take into account the opportunities and peculiarities of the child's development.

Keywords: elementary school; educational process; competence; competence approach; a child with special educational needs; inclusive education; innovative teaching methods.

Вступ.

Нормативно-законодавча база України, Концепція Нової української школи, Державний стандарт початкової освіти визначили філософію діяльності початкової школи, її спрямування на модернізацію освітнього процесу.

Актуальним завданням закладів загальної середньої освіти є реалізація компетентнісного підходу, в тому числі у навчанні, вихованні та розвитку дітей з особливими освітніми потребами. Означений підхід передбачає спрямованість освітнього процесу на формування ключових компетентностей особистості. Державним стандартом початкової освіти сформульовано її мету: всебічний розвиток дитини, її талантів, здібностей, компетентностей та наскрізних умінь відповідно до вікових та індивідуальних психофізіологічних особливостей і потреб, формування цінностей, розвиток самостійності, творчості та допитливості.

Компетентнісний підхід досліджується низкою науковців, з-поміж яких: Н. Бібік, І. Бех, М. Вашуленко, О. Вашуленко, В. Кремень, В. Луговий, С. Максименко, К. Пономарьова, О. Савченко, О. Хома та ін. Дослідниками визначаються ключові поняття та шляхи реалізації компетентнісного підходу у закладах загальної середньої освіти, початкової школи зокрема.

У галузі спеціальної та інклюзивної освіти ця проблема є предметом вивчення Г. Блеч, Н. Дятленко, Н. Софій, О. Мартинчук, Ю. Найда та ін. За дослідженнями Н. Ярмоли, К. Тороп, компетентнісний підхід в навчанні дітей з особливими освітніми потребами тісно пов'язаний з особистісно орієнтованим (потребує трансформації змісту освіти, перетворення його з моделі «для всіх» на суб'єктивні надбання одного учня, які можна виміряти) та діяльнісним (може бути реалізований лише в діяльності, тобто у процесі виконання конкретним учнем певного комплексу дій). Тобто компетентнісний підхід передбачає: переорієнтацію із процесу на результат освіти в діяльнісному вимірі; зміщення акценту з накопичування нормативно визначених знань, умінь і навичок на формування й розвиток у дітей здатності практично діяти, застосовувати досвід успішних дій у конкретних ситуаціях. Важливою стає не наявність в учня внутрішньої організації знань, а здатність застосовувати компетентності в навчанні та житті.

Специфіку освітнього процесу в інклюзивному класі початкової школи описано А. Колупаєвою: навчання організовується за чітко структурованою схемою; цей процес розподіляється на окремі кроки; розуміння пройденого матеріалу постійно контролюється; моделюється застосування відповідних умінь і навичок; учням забезпечується достатньо навчальних ситуацій для самостійного відпрацювання (під керівництвом та з наданням зворотного зв'язку). Цей процес має систематичний і

послідовний характер. Інтенсивне навчання можна застосовувати за будь-яких форм роботи (фронтальних, групових, індивідуальних).

Ученими С. Стеблюк, О. Хомою з метою реалізації компетентнісного підходу запропоновано окремі види вправ для дітей з інтелектуальними порушеннями («Мої улюбленці», «Увага, я на вулиці» та ін.). Такі завдання розвивають у них зв'язне мовлення, формують комунікативні уміння, сприяють соціалізації особистості.

Таким чином, нами окреслено сучасні підходи науковців до навчання учнів з особливими освітніми потребами в умовах початкової школи у класах з інклюзивним навчанням.

Мета дослідження: розкрити особливості реалізації компетентнісного підходу у навчанні молодших школярів в умовах інклюзії.

Методи дослідження: аналіз, синтез, систематизація наукових даних; узагальнення, спостереження за діяльністю вчителя, власний досвід.

Завдання дослідження: з'ясувати особливості навчання, виховання та розвитку дітей з особливими освітніми потребами на засадах компетентнісного підходу.

Результати.

Вивчення проблеми проводилося за двома напрямками: теоретичному та практичному. Теоретичний рівень дав можливість з'ясувати сучасні методи, прийоми навчання в нових умовах, практичний – реалізацію їх під час професійної діяльності автора.

Компетентність, як ключове слово, відповідно до Закону України «Про освіту», передбачає динамічну комбінацію знань, умінь, навичок, способів мислення, поглядів, цінностей, інших особистих якостей, що визначає здатність особи успішно соціалізуватися, провадити професійну та/або подальшу навчальну діяльність. Таким чином, компетентність включає знання, уміння, навички, практичний досвід застосування їх у різних проблемних ситуаціях та цінності. Ми акцентуємо увагу на загальнолюдських та демократичних цінностях, що спрямовані на формування громадянина-патріота України. Компетентнісні результати навчання й розвитку школярів визначено у Типових освітніх програмах, Критеріях оцінювання навчальних досягнень учнів з порушеннями інтелектуального розвитку. У посібнику «Особливості реалізації компетентнісного підходу в освіті дітей з інтелектуальними порушеннями» за загальною редакцією О. Чеботарьової, І. Сухіної. розглядається зміст поняття «компетентнісний підхід» та рекомендуються корекційно-розвиткові завдання. Компетентнісний підхід до навчання забезпечує право кожного учня на індивідуальний розвиток з урахуванням його пізнавальних можливостей. При цьому орієнтуються на зону ближнього розвитку учня, тобто на його потенційні можливості, які реалізуються на даний час завдяки різним видам педагогічної зовнішньої допомоги, а в подальшому стануть надбанням самостійної життєдіяльності дитини. Подаються корекційно-розвиткові вправи для роботи в групах, ігри різних видів, зокрема: гра «Незнайко» (один учень читає, інший виправляє помилки); «Інтерв'ю» (узяти інтерв'ю і визначити ставлення товариша до заданого тексту); гра «Кіт і мишка» (зробити критичний аналіз чи редагування письмової роботи один одного); «Взаємні запитання» (запитати та дати оцінку один одному); «щоденник подвійних нотаток» (проаналізувати разом проблему,

вправу чи експеримент; сформулювати підсумок уроку чи серії уроків; дати відповіді на запитання учителя) та ін.

Компетентнісний підхід нами трактується як такий, що спрямований на реалізацію ключових та предметних компетентностей у початкових класах з інклюзивним навчанням.

Практична частина нашого дослідження передбачала застосування інноваційних методів навчання задля реалізації компетентнісного підходу за місцем професійної діяльності – Макарівським ліцеєм Мукачівської міської ради Закарпатської області.

У початкових класах навчається учень з порушеннями зору, опорно-рухового апарату та затримкою психічного розвитку. В школяра наявні інтелектуальні труднощі: пізнавальна активність низька; недорозвинена моторика; писемне мовлення; уповільнений темп когнітивних процесів; перевага наочно-дійових форм мислення. Сприйняття сформоване на середньому рівні; частково порушена узагальненість; не має труднощів сприйняття простору і часу. Наявні функціональні (сенсорні, моторні, мовленнєві) труднощі: частково порушена звуковимова та складова структура слова, вербалізація своїх емоцій, довільна регуляція поведінки ускладнена. У зв'язку з порушенням опорно-рухового апарату спостерігається недостатньо розвинена координація; загальна та дрібна моторика; недостатній рівень розвитку гнучкості, швидкості, спритності, знижена працездатність.

Як показує спостереження за учнем, інтерес до навчання нестійкий (потребує додаткової мотивації), не впізнає всіх літер, не може їх назвати; недостатній рівень самостійності у виконанні вказівок вчителя; необхідним є постійна допомога в опануванні нових знань, умінь.

Ураховуючи цю специфіку, нами складена індивідуальна програма розвитку та дібрано інноваційні методи навчання, виховання дитини, в основі яких моделі співпраці вчителя й асистента вчителя. У нагоді став Порадник для вчителя Нової української школи за редакцією Н. Бібік, в якому викладено форми спільного викладання:

1. Один викладає, інший допомагає. Ця форма спільного викладання передбачає, що основний учитель визначає навчальний зміст, методи навчання, навчальні види діяльності для усіх учнів, у тому числі й учнів з особливими освітніми потребами. Допоміжний вчитель (асистент вчителя) надає підтримку окремим учням, проводить навчальні заняття з малими групами тощо.

2. Паралельне викладання. Ця форма спільного викладання передбачає спільну відповідальність за процеси планування і викладання, яке проводиться обома вчителями паралельно з половиною класу – навчальний зміст залишається одним, хоча методи викладання можуть бути різними.

3. Диференційоване викладання. При цьому підході більшість учнів працює у складі великої групи, а окремі учні працюють у малих групах (для отримання індивідуальної підтримки).

4. Викладання в команді. У процесі командної роботи обидва вчителі спільно планують навчальний час, визначають навчальний зміст, організацію уроків, стратегії навчання та управління класом. Основний учитель і асистент вчителя одночасно проводять навчання з усім класом – у той час, як один вчитель пояснює або представляє навчальний матеріал, інший може демонструвати слайди чи інші навчальні матеріали.

З-поміж методів навчання у процесі формування предметних компетентностей нами обрано візуальні, ігрові, конструктивні, компетентнісні. Проілюструємо окремі з них.

Гра-асоціація «Квітка мого краю». Мета: розвивати мовну компетенцію, зв'язне мовлення, формувати комунікативну, громадянську та соціальну компетентності.

Хід гри. Учні об'єднані в групи, у кожній на столі макет квітки нарциса. Завдання: полічити скільки пелюстків у квітки, до кожної з них дібрати іменники, що означають назви неістот, вказати чинники, які сприяють росту цієї квітки у природі. Учні добирають слова: сонце, вода, повітря, ґрунт, природа. Після виконання цього завдання школярі складають речення про квітку, здійснюють її опис. Асистент учителя застосовує прийом підказки. Після виконання педагог подає інформацію за рубрикою «Чи знаєте ви, що?»

Така гра, на наш погляд, сприяє не тільки збагаченню лексичного запасу дитини з такими порушеннями, а й виховує любов до природи, бережне ставлення до неї.

Легоконструювання. Це один із найдоступніших методів навчання, позаяк лего-конструктор знайомий дітям з дошкільного віку. Мета: розвивати дрібну моторику рук, сприяти активізації пам'яті та уваги, закріплювати навички орієнтування у просторі, виховувати естетичні смаки.

Хід гри. За завданням вчителя (асистента вчителя) змодельовати геометричні фігури, дерева за схемою (ялинка, клен, сосна), стежку до лісу, лісового мешканця. У процесі роботи педагогу необхідно зацентувати увагу на добірці кольорів. Відмітимо, що за допомогою «цеглинок» лего розвиваються й просторово-зорові уявлення в процесі підбору деталей та збирання виробу; тактильні відчуття.

Кубування. Це метод, що скерований на формування в учня з особливими освітніми потребами зорової пам'яті, математичної та комунікативної компетентностей, забезпечує індивідуалізацію в освітньому процесі, інтерес до виконання завдання. Його можна застосовувати на будь-яких уроках початкової школи. Важливо продумати взаємозв'язок завдань відповідно до кількості граней кубика. Учневі пропонується предмет і за допомогою кубика рекомендується виконати певні дії: описати, порівняти з іншим предметом за кольором, формою; встановити асоціації; дібрати прикметники, дієслова тощо; знайти застосування предмету.

Гра «Голосова скринька». Це метод, який спрямований на навчання, виховання та розвиток дитини на основі повідомлення, що записане заздалегідь з відповідним завданням, урахувавши предмет і тему уроку. З-поміж завдань рекомендуємо такі: створити словесний малюнок, назвати ключові слова тексту, продовжити розповідь, скласти діалог з товаришем по парті за змістом прослуханого. Мета: формувати культуру усного українського мовлення, розвивати критичне мислення, виховувати загальнолюдські цінності. Пропонуємо використовувати голосові повідомлення-тексти про Україну, рідний край, окремі міста, уривки оповідань із дитячих журналів з презентацією їх у кінці виконаної роботи.

Вправа «Мовленнєва валіза». Метод практичних вправ, що спрямований на формування предметних та ключових компетентностей в учнів початкової школи. У «валізі» розміщені блоками завдання, предметні та сюжетні малюнки до них, геометричні фігури, цифри тощо. Як приклад, мовленнєвий блок може містити чистомовки, повільномовки, загадки, предмети на відгадку, сюжетні малюнки для

виконання компетентнісних завдань. Ураховуючи мовленнєві труднощі дитини, як показує практика, найкраще застосовувати чистомовки, зокрема на етапі актуалізації опорних знань. Наприклад, до теми «Досліджую іменник» рекомендуємо чистомовку:

Че-че-че,

Че-че-че –

Бабуся калачі пече.

Ча-ча-ча,

Ча-ча-ча

Дай, бабусю, калача.

Чі-чі-чі,

Чі-чі-чі

Їж, будь ласка, калачі.

Окреме місце у «валізі» займають корекційно-розвиткові завдання та методичні рекомендації логопеда, психолога та батьків.

Наше дослідження показало, що ефективність реалізації компетентнісного підходу в освітньому процесі залежить від особистісних та професійних якостей педагога інклюзивного класу: толерантності, педагогічного такту, відповідальності, комунікативності. Під час проведення уроку слід уміти забезпечити командний підхід у роботі вчителя та асистента вчителя, планувати види навчальної діяльності та вводити вправи, корекційно-розвиткові завдання для дитини з ООП відповідно до нозології, продумати засоби навчання.

Як результат, спостерігаємо динаміку змін у навчанні, вихованні та розвитку дитини:

1. Уміння працювати в учнівському колективі, намагання виконувати завдання чи частину його за вказівкою асистента вчителя.

2. Забезпечення поступового переходу до самостійного виконання завдання. Проте асистенту вчителя вкрай важливо продумати додаткові диференційовані завдання, які спроможний виконати учень з певними порушеннями.

3. Набуття предметних та ключових компетентностей відповідно до можливостей із акцентом на соціалізацію дитини.

Висновки.

Отже, нами розглянуто особливості навчання, виховання та розвитку дітей з особливими освітніми потребами на засадах компетентнісного підходу. Розглянуто теоретичні аспекти проблеми з формулюванням базових понять, подано практичні рекомендації щодо роботи із дитиною з порушеннями зору, опорно-рухового апарату та затримкою психічного розвитку. Освітній процес у початковій школі з інклюзивним навчанням варто будувати із використанням тих методів, прийомів і засобів навчання, які будуть враховувати можливості, особливості розвитку дитини.

Література:

Державний стандарт початкової освіти, 2018. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/87-2018-%D0%BF>

ТОРОП, К. С., ЯРМОЛА, Н. А. Реалізація компетентнісного підходу в освіті дітей з інтелектуальними порушеннями в умовах інклюзивного навчання DOI <https://doi.org/10.30525/978-9934-26-032-2-40>

СТЕБЛЮК, С., ХОМА, О. Розвиток початкової освіти в Україні: інклюзивне навчання. *Актуальні питання гуманітарних наук: Міжвузівський збірник наукових праць молодих вчених Дрогобицького державного педагогічного університету імені Івана Франка*, Дрогобич: Видавничий дім Гельветика, 2021. Випуск 39. Т.3. С.218-222

КОЛУПАЄВА, А., ТАРАНЧЕНКО, О. Навчання дітей з особливими освітніми потребами в інклюзивному середовищі: навчально-методичний посібник. Харків : Вид-во «Ранок», 2019. 304 с.

Про освіту. Закон України. Відомості Верховної Ради (ВВР), 2017, № 38-39, ст.380. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2145-19#Text>

Особливості реалізації компетентнісного підходу в освіті дітей з інтелектуальними порушеннями: навчально-методичний посібник /авт.: О. Чеботарьова, Г. Блеч, І. Бобренко, І. Гладченко, О. Мякушко, С. Трикоз, І. Сухіна, Н. Ярмола. За наук. ред.: О. Чеботарьової, І. Сухіної. К.: ІСПП імені Миколи Ярмаченка НАПН України, 2019. 233 с.

Контакт на автора:

Shnitser Khrystyna, master degree
Faculty of Health and Physical Education of Uzhhorod National University, Uzhhorod, Ukraine
E-mail: shnitser.khrystyna@student.uzhnu.edu.ua

Контакт на školitel'a:

Svitlana Stebliuk, Doctor of Pedagogical Sciences
Faculty of Health and Physical Education of Uzhhorod National University, Uzhhorod, Ukraine
E-mail: svitlana.stebliuk@uzhnu.edu.ua

**ОЦІНКА ЙМОВІРНИХ ПРИЧИН ВИНИКНЕННЯ ГОСТРОГО
МІОФАСЦІАЛЬНОГО БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ У
ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ПІД ЧАС ВИКОРИСТАННЯ ІНДИВІДУАЛЬНИХ
ЗАСОБІВ ЗАХИСТУ**

ASSESSMENT OF PROBABLE CAUSES OF ACUTE MYOFASCIAL PAIN SYNDROME
IN MILITARY PERSONNEL DURING THE USE OF PERSONAL PROTECTIVE
EQUIPMENT

Babych Vasylyna¹

¹Faculty of Health and Physical Education of Uzhhorod National University,
Uzhhorod, Ukraine

E-mail: babych.vasylyna@student.uzhnu.edu.ua

Školitel'/scientific adviser: Huzak Oleksandra, PhD, ass. Professor

Анотація: Одним із пріоритетних завдань нашого суспільства завжди було збереження, а в разі необхідності – відновлення здоров'я громадян. Сьогодні це питання стоїть особливо гостро. У мирний час близько 70 – 80% населення страждало від гострого болю в спині. Зараз в умовах війни частота звернень цивільного населення та військовослужбовців з міофасціальним больовим синдромом (МФБС) до фізичних терапевтів значно зросла. Це пов'язано з виконанням службових обов'язків та використанням засобів індивідуального захисту. Біль в ураженій групі м'язів, що носить ниючий характер, не проходить у спокої і збільшується при стресі та активації тригерів. Отже, визначення ймовірних причин виникнення МФБС, може надати нам більше інформації для подальшого формування протоколів і розробки фізичної реабілітації військовослужбовців.

Ключові слова: МФБС, військовослужбовці, засоби індивідуального захисту, методи оцінювання.

Annotation: One of the priority tasks of our society has always been preservation, and if necessary - restoration of citizens' health. This issue is especially acute today. In peacetime close

70-80% of the population suffered from back pain. Now in the conditions of war, the frequency of appeals and civilian population, and military personnel, with myofascial pain syndrome (MFPS) to physical therapists has increased significantly. This is related to the performance of official duties and use personal protective equipment. The pain in the affected muscle group, which has an aching character, does not go away at rest and increases with stress and activation of triggers. Hence, determination of probable causes the occurrence of MFBC, can provide us with more information for the further formation of protocols and development of programs for physical rehabilitation of military personnel.

Key words MFPS, military personnel, personal protective equipment, evaluation methods.

Вступ.

Повномасштабне вторгнення країни агресора назавжди змінило життя українців. Цивільне населення та військовослужбовці зазнають негативного психоемоційного та фізичного впливу. Перш за все страждають військовослужбовці через тривале носіння важкої амуніції (каска, бронежилет, автомат та ін.). У зв'язку з цим, виникають порушення роботи м'язів, зв'язок, суглобів, що призводить до виникнення гострого або довготривалого міофасціального больового синдрому (МФБС).

МФБС вважається найбільш поширеним патологічним станом опорно-рухового апарату через наступні причини: перенапруження, розтягнення, стиснення та переохолодження м'язів, довге вимушене перебування в одному положенні, емоційний стрес, порушення рухового стереотипу. Важливим завданням для фізичних терапевтів є: виявлення ймовірних причин виникнення МФБС; підбір методів оцінки; визначення типу болю, для подальшої розробки програми фізичної реабілітації.

Виклад основного матеріалу.

Відповідно до Міжнародної класифікації хвороб (МКБ-10), МФБС належить до хвороб навколосуглобових м'язових тканин та характеризується болем, який розвивається поступово, проявляється під час навантаження на певну групу м'язів. У випадку, коли захворювання прогресує хворі скаржаться на постійний больовий синдром, який не зникає навіть у стані спокою. Характерними проявами МФБС є зниження амплітуди рухів, локальний гіпертонус м'язів, розвиток м'язових ущільнень, так званих міофасціальних тригерних пунктів (МФТП). Міофасціальний синдром (МФС) – це хронічний больовий синдром, який виникає у м'язах і проявляється однією або кількома тригерними точками (ТТ). МФС діагностується у 88 % пацієнтів, які звернулися з болем у спині. Отож, виникнення у військовослужбовців МФБС можливе за ряду причин, пов'язаних із використанням військової амуніції.

Міофасціальний больовий синдром

Основною ознакою МФБС є наявність МФТП, які знаходяться в межах напружених, ущільнених м'язів. Біль, який зумовлений не специфічним ураженням скелетних м'язів призводить до формування у напружених м'язах тригерного пункту (ТП). ТП – це гіперчутлива ділянка в скелетних м'язах, яка пальпується вузликом в напруженій смугі. Вони можуть бути розташовані в м'язах, фасціях або сухожильних вставках.

ТП може знаходитись як в активному, так і в латентному стані. Якщо ТП знаходиться в активному стані, то хворий відчуває біль у стані спокою і під час руху, проявляється біль у віддалених ділянках. Якщо ж ТП в латентному стані, то в такому разі проявляється лише локальна болючість при пальпації місця розташування тригера. При цьому біль у віддалених ділянках не виникає. Також розрізняють первинні і вторинні тригерні ТП. Первинні виникають у випадку гострого чи хронічного перенавантаження. Вторинні – через компенсаторне перенавантаження синергіста чи антагоніста, яке спричинене активним первинним ТП в іншому м'язі, синергіста чи антагоніста. Часто достатньо провести терапію на активний тригерний пункт і вторинний ліквідується без окремого лікування. Активна тригерна точка може перейти у латентну, якщо немає сприятливих умов.

Через пряме натискання на активний ТП з'являється симптом “стрибка”, тобто хворий бурхливо реагує на біль, який відтворюється в зоні локалізації відображених болів. На УЗД ділянки м'язу з ТП можна побачити ущільнення.

Індивідуальні засоби захисту.

За словами міністра оборони Олексія Резнікова, п'ятого лютого 2023 року, була надана інформація про те, що сьогодні на складах МОУ є чверть мільйона бронезилетів і 150 тис. шоломів у резерві.

Якісними зразками шоломів та бронезилетів необхідно забезпечити військовослужбовців Збройних сил України та представників сил територіальної оборони.

Бронезилет – елемент захисного одягу, призначений для захисту від уражень вогнепальної та холодної зброї, чи осколкових часток вибухових пристроїв. Виготовляють бронезилети з різноманітних матеріалів, головне, щоб ці матеріали змогли зупинити кулю. За прийнятими в Україні стандартами (ДСТУ 8788:2018 Засоби індивідуального захисту. Бронезилети. Методи контролювання захисних властивостей) бронезилети розділяють за типами (А, Б, В) і класами (1-6).

Починаючи з 4 типу захисту і вище, бронезилети добре захищаються не лише від кулеметів, а й і від автоматів типу АК. Саме такі засоби індивідуального захисту використовують армійські підрозділи. Такі бронезилети містять легкі та міцні металічні пластини, зі сплавів алюмінію або титану. В окремих випадках використовуються металокерамічні пластини, які підвищують ступінь захисту до 5 чи 6-го класу.

Металеві бронепластини відповідають найвищим класам захисту, але важать понад 12 кг. Кулі після влучання в них можуть деформувати плити на уламки, що в свою чергу може спричинити серйозні або навіть смертельні травми. Керамічні пластини мають вагу близько 8 кг та добре поглинають енергію кулі.

Шолом – частина захисного обладунку, яка призначена для захисту ГОЛОВИ (ДСТУ 8835:2019 Засоби індивідуального захисту. Шоломи кулезахисні. Класифікація. Загальні технічні умови). Сучасні шоломи захищають переважно від скалкових вибухових та дрібнокаліберних уражень з вогнепальної зброї. Можна виділити три найбільш розповсюджених типи тактичних шоломів, які постачаються в ЗСУ від західних союзників – PASGT, ACH MICH та FAST. Наприклад, повна маса PASGT, в залежності від розміру, складає від 1,4 до 1,9 кг.

До засобів захисту ще потрібно додати вагу автомата чи іншої зброї (від 3,5 до 5 кг.), магазини із сталевими патронами, рюкзак (медаптечка, речі), рації, тощо. Відтак, зрозуміло, що амуніція військовослужбовця має загальну масу близько 13,5-17 кг. За затвердженими нормами, час носіння бронезилета залежить від його ваги. Більше доби можна одягати жилети вагою до 3 кг, класичний український військовий 14 кг — не більше двох годин. Крім додаткової ваги, це ще навантаження на суглоби та опорно-руховий апарат. Військовослужбовець після доби перебування в броні виснажений і матиме знижену мобільність, тобто повільну рухливість, що може стати причиною загибелі.

Ймовірні причини виникнення гострого міофасціального больового синдрому.

Неприємний тиск і навантаження на плечі, шию та поясницю під час важкої ваги та неприродну ходьбу під час носіння незбалансованого розподіленого навантаження

викликає больовий синдром в м'язах та фасціях. Він спочатку створює певний дискомфорт, деякі незначні та недовготривалі обмеження в русі, і якщо вчасно не звернутися за допомогою до спеціалістів, то проблема набуває хронічного характеру і може призвести до ускладнень.

Особливо актуальною постає проблема для цивільних, котрі вступили до лав ЗСУ, більшість яких у мирному житті була задіяна у сфері ІТ-технологій, працювали бухгалтерами, вчителями, тощо, та їхня робота не включала важких фізичних навантажень. Тривале носіння каски, бронжилета та зброї, довготривале перебування на холоді і вимушене положення, призводить до перенапруження м'язів, тому МФБС спостерігається доволі часто. Такі військовослужбовці перебувають у наряді в обмундируванні до 24 годин, і декілька діб поспіль. Виходить, що тіло військового у стані напруження протягом тривалого часу.

Отож, до ймовірних причин виникнення гострого МФБС можна віднести:

- важка амуніція;
- вид зброї;
- переохолодження;
- ходьба по пересіченій місцевості;
- вимушене положення (на варті, в окопах);
- поза і умови під час сну;
- стиснення м'язів (ременем, лямками);
- перевантаження нетренованих м'язів;
- розтягнення і забиття м'язів;
- наявність хронічних захворювань ОРА;
- психоемоційний стан.

Для діагностики МФБС застосовують опитувальники, УЗД м'яких тканин, які можливо провести за умов польового госпіталю. Найпростіший і доступний спосіб діагностики МФБС – пальпація, який вимагає правильної техніки для знаходження ТТ. Реабілітаційну програму складають, згідно отриманих даних, максимально швидко, відповідно до умов та можливих засобів і методів. Після чого проводять реабілітацію та повторно оцінюють стан здоров'я.

Висновки:

Аналіз літературних джерел показав що характерними біомеханічними особливостями хворих з гострим міофасціальним синдромом являються: виникнення великої кількості хворобливих тригерних точок в м'язах; біль, спазм і зниженням сили м'язів; обмеження обсягу рухів. Ймовірними причинами можуть виступати ряд неспецифічних для мирного життя умов, носіння важкої амуніції тривалий час, стресовий стан. Отже, дана тематика потребує подальшого вивчення і вимагає підготовки спеціалістів з фізичної терапії до умов праці на передовій.

Література

ГОРОШКО В. Міофасціальний больовий синдром шийного відділу у спортсменів-борців: профілактика та відновлення. *Клінічна та профілактична медицина* – 2022. - 3(21) – С. 42-47. [https://doi.org/10.31612/2616-4868.3\(21\).2022.06](https://doi.org/10.31612/2616-4868.3(21).2022.06)

ГУБЕНКО В. П.; Динаміка тону́су м'язів у хворих з міофасціальним больовим синдромом поперекової локалізації при використанні комбінованої тракції / В.П. Губенко, Л. В. Мельниченко, Л. І. Гончаренко// Молодий вчений – 2015. - 10 (2) - С.166-169.

ЛІВАК П.Є. Застосування контрастної гідропроцедури та масажної техніки «по Типу аплікатора» при міофасціальному больовому синдромі / П.Є. Лівак, М.П. Савчук, І.Р. Марценюк// Науковий часопис імені М.П. Драгоманова – 2022. – 3(148) - С.78-82.

Alghadir AH, Iqbal A, Anwer S, Iqbal ZA, Ahmed H. Efficacy of Combination Therapies on Neck Pain and Muscle Tenderness in Male Patients with Upper Trapezius Active Myofascial Trigger Points. *Biomed Res Int.* 2020 Mar 10;2020:9361405. doi: 10.1155/2020/9361405. PMID: 32258159; PMCID: PMC7085833.

Moraska AF, Schmiede SJ, Mann JD, Butryn N, Krutsch JP. Responsiveness of Myofascial Trigger Points to Single and Multiple Trigger Point Release Massages: A Randomized, Placebo Controlled Trial. *Am J Phys Med Rehabil.* 2017 Sep;96(9):639-645.

doi: 10.1097/PHM.0000000000000728. PMID: 28248690; PMCID: PMC5561477.

[Електронний

ресурс]:

https://www.mil.gov.ua/content/ddz/TY_2021/TC_Bronezhylet_Modul%CA%B9nyy_2_redaktsiya.pdf

[Електронний ресурс]: https://www.mil.gov.ua/content/ddz/Sholom_b.pdf

[Електронний ресурс]: <https://www.kmu.gov.ua/news/oleksii-reznikov-zaklykaiu-viryty-u-syly-oborony-ukrainy-ta-krytychno-stavytysia-do-informatsii-pro-mozhlyvyi-nastup-uf>

Контакт на автора:

Babych Vasylyna, master degree

Faculty of Health and Physical Education of Uzhhorod National University, Uzhhorod, Ukraine

E-mail: babych.vasylyna@student.uzhnu.edu.ua

Контакт на шкоliteľa:

Huzak Oleksandra, PhD, ass. Professor

Faculty of Health and Physical Education of Uzhhorod National University, Uzhhorod, Ukraine

E-mail: oleksandra.huzak@uzhnu.edu.ua

ОСОБЛИВОСТІ ОРГАНІЗАЦІЇ НАДАННЯ РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ ДОПОМОГИ ДЛЯ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ПЕРШОЇ ТА ДРУГОЇ ЛІНІЇ ОБОРОНИ В УМОВАХ БОЙОВИХ ДІЙ

FEATURES OF THE ORGANIZATION OF REHABILITATION ASSISTANCE FOR SERVICEMEN OF THE FIRST AND SECOND LINES OF DEFENSE IN THE CONDITIONS OF HOSTILITIES

Bobylov Dmytro¹

¹*Faculty of Health and Physical Education of Uzhhorod National University, Uzhhorod, Ukraine*

E-mail: bobylov.dmytro@student.uzhnu.edu.ua

Školitel'/scientific adviser: Huzak Olexandra, PhD, ass. professor

Анотація

З початком повномасштабного вторгнення країни агресора в Україну, велика кількість громадян стали на захист вітчизни. Зокрема люди, які в мирний час не мали жодного відношення до військової служби та не мають належної фізичної підготовки. Військова служба в умовах бойових дій має велике навантаження на людський організм, особливо на опорно-руховий апарат. Через це виникла велика потреба надання реабілітаційної допомоги військовослужбовцям безпосередньо на місцях несення служби. В збройних силах України такої допомоги на даний час не передбачено, на відміну від армії НАТО, де у збройних силах передбачена посада військового фізичного терапевта. Тому цю функцію взяли на себе волонтери у виді мобільних фізіотерапевтичних груп, які надають реабілітаційну допомогу бійцям на передовій та створюють нові ефективні програми реабілітації військовослужбовців. Маємо великі сподівання, що надалі цей досвід стане у пригоді при створенні реабілітаційної служби в збройних силах України, національної гвардії та підрозділів територіальної оборони.

Ключові слова

Реабілітація. Військовослужбовці. Лінії оборони.

Abstrakt

Since the beginning of the full-scale invasion of the aggressor country of Ukraine, a large number of citizens stood up to defend their homeland. Especially people who in peacetime had nothing to do with military service and do not have proper physical training.

The peculiarities of military service in the conditions of hostilities have a huge load on a human body, especially on the musculoskeletal system. Due to this, there was a great need to provide rehabilitation assistance to military personnel directly at the places of service. In the armed forces of Ukraine, such assistance is currently not provided, in contrast to the NATO army, where the position of military physical therapist is provided in the armed forces. Therefore, this function was taken over by volunteers in the form of mobile physiotherapy groups, which provide rehabilitation assistance to front-line soldiers and create new effective rehabilitation

programs for servicemen. We have high hopes that in the future this experience will be useful in creating a rehabilitation service in the armed forces of Ukraine, the national guard and territorial defense units.

Keywords

Rehabilitation. Military. Defense lines.

Вступ

Після початку військової агресії російської федерації проти України, весною 2014 року, виникла нагальна потреба у розгортанні військово-польових мобільних шпиталів усіх воєнізованих відомств держави, яка виявила суттєві проблеми військової медицини держави. Хід воєнних дій показав, також, значні проблеми саме у процесах реабілітації військовослужбовців.

31 жовтня 2018 року Міністерством Оборони України прийнято рішення про перехід військової медицини держави на стандарти забезпечення військ НАТО. Поступово почало приходити розуміння, що військово-медична галузь і система медичної та психологічної реабілітації – це не менш важливі царини реформування оборонного сектора, ніж забезпечення армії сучасним озброєнням. З 2018 року поступово налагоджувалась ситуація із санаторно-курортним лікуванням військових, а також проведення медичної та психологічної реабілітації у відомчих закладах.

В результаті проведених якісних змін, завдяки кваліфікованій медичній допомозі до 93% поранених і травмованих військових повертаються у стрій. Це вказує, що система працює доволі ефективно. Щоправда це не означає, що вона довершено-досконала. Одним із суттєвих недоліків військово-медичної допомоги є відсутність кваліфікованої реабілітаційної допомоги військовим безпосередньо на місцях несення служби. Це приводить до багатьох проблем та незручностей. Наприклад, для надання допомоги з незначною травмою або загостренням хронічних захворювань опорно-рухового апарату, військовослужбовець змушений залишити робоче місце іноді на декілька днів, йому потрібно знайти відповідну заміну, доставити із зони бойових дій до шпиталю, а потім знову на місце несення служби. Якщо залишити робоче місце для отримання своєчасної кваліфікованої допомоги не вдається, то незначна проблема може перерости у серйозний недуг, з подальшою госпіталізацією на тривалий термін, а іноді приводить навіть до інвалідизації бійця. Виходячи з цього виникла нагальна необхідність у створенні мобільних фізіотерапевтичних груп для надання реабілітаційної допомоги військовим безпосередньо на місцях несення служби.

Особливості та відмінності ФТ в умовах бойових дій, першої та другої лінії оборони

В червні місяці 2022 року була створена волонтерська мобільна фізіотерапевтична команда, до складу якої входили на початку два фізичних терапевти, а згодом – чотири.

При створенні мобільної реабілітаційної групи, було запозичено досвід американських військових фізичних терапевтів та підлаштовано під умови війни у нашій країні.

Крок за кроком, набуваючи досвід, відбувалася взаємодія з військовослужбовцями на різних посадах та в різних підрозділах.

Поступово організовуючи процес проведення реабілітаційної допомоги в умовах бойових дій, вдалося налагодити співпрацю з військовими медиками. Вони в свою чергу, виявляли саме тих бійців, які найбільш гостро потребували реабілітації.

Таким чином, за 9 місяців роботи, було виявлено певні особливості та відмінності організації реабілітаційних заходів, безпосередньо на першій та другій лінії оборони. Розроблено ефективні програми реабілітації для тих нозологій, що найбільш зустрічаються.

Травми опорно-рухового апарату є основною причиною амбулаторних звернень бійцями до військових шпиталів, більшість з яких, пов'язані з надмірним навантаженням на хребет та нижні кінцівки. Вони знаходяться на першому місті по втраті боєздатності військовослужбовця.

До особливостей фізичної терапії в умовах бойових дій, відносяться:

- Гострі стани;
- Специфічність скарг;
- Швидка діагностика та збір анамнезу, з'ясування механізму травми;
- Обмеження часу на вирішення проблеми;
- Неможливість позбутися шкідливого травмуючого фактору;
- Надання реабілітаційної допомоги безпосередньо на місті бойової служби;
- Мобільність ФТ групи;
- Особливі вимоги до фізіотерапевтичного обладнання;
- Робота в злагодженій команді;
- Робота в складних умовах, нервової напруги та ризику для життя самого фізичного терапевта;
- Високі вимоги до професійної та фізичної підготовки фізичного терапевта.

В умовах бойових дій, військові звертаються за допомогою при гострому або помірному болю в різних частинах тіла, який викликає оніміння або слабкість в кінцівках. Найчастіше це скарги на біль у колінному суглобі (при зістрибуванні з БМП в бронежилеті), та біль у плечовому суглобі (при метанні гранати).

Тривалий біль викликає значне зменшення амплітуди рухів в ураженій ділянці, заважає виконувати, за будь-яких умов, поставлену задачу військовослужбовцю одягненому у важку амуніцію.

Щоразу нова локація – складна та ризикована справа, яка обмежує в часі та кількості прийомів і включає багато незручностей: погане освітлення, нерівна підлога, мало міста для розташування обладнання, холод або спека, тощо. Постійні зміни локацій змушують кожен раз привозити та відвозити, збирати і розбирати все обладнання.

Відсутність спеціально облаштованих кабінетів вимагає від фізичних терапевтів подолання важких умов праці (використання бронежилету, шолома багато годин поспіль), наявності надійних, портативних, компактних пристроїв, генераторів (незалежність від джерел живлення електричного струму) та швидкого налаштування в новому місці.

Використання візуальної діагностики, спеціальних протоколів огляду, опитувальників, специфічних чутливих і модифікованих ортопедичних та неврологічних тестів дають змогу швидко виявити проблему. Злагоджена робота в команді, де кожний фахівець чітко виконує свою частину роботи та миттєво допомагає колезі у разі необхідності, показує високі результати покращення стану пацієнтів.

Відмінності проведення заходів фізичної терапії в умовах першої та другої лінії оборони вказані у таблиці 1.

Таблиця 1

№	Перша лінія оборони	Друга лінія оборони
1.	Мало часу на огляд та збір анамнезу	Більше часу на огляд та збір анамнезу
2.	Використання ФТ обладнання незалежного від електромережі	Можливість підключати ФТ обладнання, до електромережі
3.	Постійна зміна місця несення служби	Можливість повторного прийому
4.	Обмеження часу та умов для підбору, лікувальних фізичних вправ	Можливість навчання лікувальним фізичним вправам
5.	Навчання методикам кінезіотейпування медиків підрозділів.	Навчання методикам кінезіотейпування кожного бійця.
6.	Неможливість облаштування комфортного робочого простору	Можливість облаштування місця для прийому.
7.	Обмеження часу на прийом	Більше часу для надання реабілітаційної допомоги.
8.	Використання мануальної терапії та портативного ФТ обладнання	Використання фізіотерапевтичного обладнання без обмежень

При порівнянні першої та другої лінії оборони були визначені наступні відмінності:

1. На другій лінії оборони більше часу на огляд та візуальної діагностики військового, збір анамнезу, заповнення протоколу огляду фізичного терапевта, проведення ортопедичних та неврологічних тестів. На першій лінії оборони час на огляд, збір анамнезу, проведення тестів та заповнення протоколу огляду дуже обмежений.

2. На другій лінії оборони є можливість використання обладнання яке потребує якісної електромережі та стабільної напруги , а також невеликого стаціонарного обладнання. На першій лінії оборони використовується портативне обладнання , яке не залежить від електромережі, працює на внутрішніх елементах живлення або від автономних джерел струму.

3. На другій лінії оборони є можливість повторного проведення сеансу реабілітації, відстеження динаміки та результату проведеної терапії, корегування методики лікування. На першій лінії оборони проходить постійна зміна місця несення служби, як наслідок неможливість повторного прийому та відстеження динаміки та результату терапії.

4. На другій лінії оборони є можливість підбору та навчання лікувальним вправам і подальшого їх використання військовим в період несення служби. На першій лінії оборони є обмеження часу та умов для підбору, навчання та використанню лікувальних фізичних вправ.

5. На другій лінії оборони є можливість навчання методу кінезіотейпування кожного бійця, який це потребує, та подальшого його використання. На першій лінії оборони є можливість навчання методики кінезіотейпування тільки медиків підрозділів, та забезпечення їх підготовленими попередньо нарізаними кінезіотейпами.

6. На другій лінії оборони є можливість облаштування місця для проведення фізичної терапії та створення більш-менш комфортних умов для прийому (світло, простір, столи для обладнання, стільці тощо). На першій лінії оборони неможливість створення комфортних умов для прийому (іноді реабілітація проводиться в бліндажі на каріматі).

7. На другій лінії оборони маємо більше часу для проведення фізичної терапії, залучення двох або трьох фахівців та послідовне використання декількох засобів реабілітації для лікування одного бійця. На першій лінії оборони час на проведення лікування обмежений.

8. На другій лінії оборони можливість використання фізіотерапевтичного обладнання без обмежень. На першій лінії оборони більше використовуються методи мануальної терапії та портативне фізіотерапевтичне обладнання.

Висновки

За 9 місяців роботи, надавши реабілітаційну допомогу більш ніж 1500 бійцям, було набуто важливого досвіду.

Організація фізичної терапії та створення мобільних груп фізичних терапевтів, на першій та другій лінії оборони, дозволяє: запобігти виникненню важких ускладнень захворювань опорно-рухового апарату; підвищити фізичні якості бійця; надати допомогу військовому (не змушуючи його залишати місце несення служби, та не шукати йому відповідну заміну); навчити лікувальним вправам та використовувати допоміжні профілактичні засоби (масажний рол, апарат перкусійного масажу, кінезіотейпування, тощо); зменшити навантаження на мобільні військові шпиталі. Отже, тема потребує подальшого вивчення та дослідження в умовах бойових дій.

Література

БАБОВ К.Д. Організація етапної реабілітації військовослужбовців з вогнепальними дефектами м'яких тканин на рівнях надання медичної допомоги/ К.Д. Бабов, І.П. Хоменко, С.В. Тертишний, І.К. Бабова, Р.С. Вастьянов// : Медичні перспективи. - 2021. - Т. 26, № 4. С. 188-195.

ЛОГВИНЕНКО І. О., Фізична терапія військовослужбовців, учасників бойових дій, безпосередньо взявших участь в операції об'єднаних сил/ І.О. Логвиненко, Н.Є. Нестерчук// *Rehabilitation and Recreation* – 2021. - №8, С. 34–39. <https://health.nuwm.edu.ua/index.php/rehabilitation/article/view/142>

РОГАЛЯ Ю.Л. Роль диференційованого підходу до застосування лікувальної фізичної культури у реабілітації учасників АТО/ Ю.Л. Рогалья, М.М. Карпова// Проблеми здоров'я, фізичної терапії, реабілітації та ерготерапії : матеріали IV Всеукраїнської дистанційної науково-практичної інтернет-конференції – Суми : Вид-во СумДПУ імені А. С. Макаренка, 2018. – С.131 – 134.

[Електронний ресурс]: <https://rubryka.com/article/reabilitatsiya-i-medysyna-dlya-vijskovyhperehid-vid-taktyku-do-strategiyi/>

Kontakt na autora:

Bobylov Dmytro, master degree

Faculty of Health and Physical Education of Uzhhorod National University, Uzhhorod, Ukraine

E-mail: bobylov.dmytro@student.uzhnu.edu.ua

Kontakt na školiteľa:

Huzak Oleksandra, PhD, ass. Professor

Faculty of Health and Physical Education of Uzhhorod National University, Uzhhorod, Ukraine

E-mail: olexandra.huzak@uzhnu.edu.ua

**МЕТОДИКА КІНЕЗІОТЕЙПУВАННЯ КОЛІННОГО СУГЛОБУ ПРИ
ГОНАРТРОЗІ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ В УМОВАХ БОЙОВИХ ДІЙ, ЯК
ПРОФІЛАКТИКА УСКЛАДНЕНЬ**

**THE METHOD OF KINESIO TAPING OF THE KNEE JOINT IN GONARTHROSIS
IN MILITARY PERSONNEL IN COMBAT CONDITIONS, AS A PREVENTION OF
COMPLICATIONS**

Drobitko Andrii¹

¹Faculty of Health and Physical Education of Uzhhorod National University,
Uzhhorod, Ukraine

E-mail: drobitko.andrii@student.uzhnu.edu.ua

Školitel'/scientific adviser: PhD, ass. Professor, Huzak Oleksandra

Анотація: Сьогодні Україна зіткнулась з повномасштабною війною після вторгнення росії, створивши українцям великі проблеми. Їх доводиться мужньо вирішувати кожен день як цивільним, так і військовослужбовцям. Гонартроз – дегенеративне захворювання суглобів, яке може виникати після травматизації та супроводжується болем при пересуванні по перетнутій місцевості з навантаженням (як це відбувається у військовослужбовців). Медичні працівники й фізичні терапевти активно беруть участь у лікуванні військових та намагаються використовувати доступні, зручні і ефективні, в умовах бойових дій, методи і засоби. Одним із таких засобів є кінезіотейпування суглобів, яке достатньо розвинуте в медицині та спорті, але недостатньо вивчене у використанні серед військовослужбовців. Відтак, набуло актуальності питання розробки нових методів нанесення тейпів, які будуть підлаштовані під екстремальні умови.

Ключові слова:

Гонартроз, військовослужбовці, кінезіотейпування, профілактика ускладнень.

Annotation: Today, Ukraine is faced with a full-scale war, after the invasion of russia, creating for Ukrainians big problems. They have to be bravely solved every day, both by civilians and military personnel. Gonarthrosis is a degenerative joint disease that can occur after traumatization, and is accompanied by pain when moving over cross-country terrain with a load (as it happens with military personnel). Medical professionals and physical therapists actively take part in the treatment of the military and try to use affordable, convenient and effective conditions combat operations, methods and means. One such means is Kinesio Taping of joints, which is sufficiently developed in medicine and sports, but not sufficiently studied for use among military personnel. Therefore, the question of developing new methods of applying tapes, which will be, has become relevant adapted to extreme conditions.

Key words: Gonarthrosis, military personnel, Kinesio Taping, prevention of complications.

Вступ

На протязі останнього року Україна знаходиться в стані військового положення. Громадяни країни, цивільні та військовослужбовці, зазнали низку важких фізіологічних і психічних травм. Особливо це стосується учасників бойових дій, які отримали різноманітні травми та ушкодження. Серед таких проблем знаходиться остеоартроз колінного суглобу, який зумовлений багатьма факторами: ходьба по пересіченій місцевості, носіння амуніції, кліматичні умови, тощо. Питання здоров'я військовослужбовців відіграє провідну роль і є основним завданням серед спеціалістів з фізичної терапії.

Одним із заходів консервативного лікування є фізична реабілітація. Вона включає лікувальну гімнастику, масаж, фізіотерапію, кінезіотейпування та ін. Розробка нової методики накладання тейпів, як одного із засобів комплексного лікування та профілактики гонартрозу, є актуальним напрямом досліджень.

Виклад основного матеріалу.

Захворювання суглобів становлять 69% в структурі захворювань опорно-рухового апарату, однак на першому місті знаходиться гонартроз колінного суглобу. Це дегенеративно-дистрофічне захворювання колінних суглобів, що характеризується первинною дегенерацією суглобового хряща з подальшою зміною суглобових поверхонь, розвитком крайових остеофітів, асептичним некрозом, перебудовою кістки, що зрештою призводить до деформації суглобів та порушення їх функцій. На коліна припадає сильне навантаження, вони повинні тримати на собі вагу практично всього тіла. Колінні суглоби схильні до травм найбільше, так як розташовані поверхнево. Зазвичай хвороба виникає у пацієнтів віком старше 40 років але у деяких випадках може розвиватися і в молодому віці.

Остеоартроз колінного суглоба.

Розрізняють первинний і вторинний деформуючий остеоартроз. Первинний (ОА) розвивається в здоровому суглобі часто без симптомів, часто ідеопатичний. З імовірних чинників які первинно впливають на пошкодження хряща – це надмірне, постійне фізичне перенавантаження суглоба, яке не відповідає здатності суглобового хряща, чинити опір, супроводжуючись відсутністю нормованого відпочинку для відновлення, як це може відбуватись у військовослужбовців, у яких вага тільки одного бронезилету може коливатись від 13,5 до 17,5 кг, в залежності від типу та розміру. З урахуванням цих факторів на передовій, під час бойових дій, коли людина може мати багато різких рухів, може вперше проявитись остеоартроз колінного суглобу, або ускладнитись, якщо він раніше був. При вторинному відбувається дегенерація та суттєві зміни суглоба, котрий був вже уражений, з подальшим проявом клінічної картини.

Гонартроз частіше буває вторинним, після травматизації. На рентгенограмі виявляють загострення і витягування міжвиросткового піднесення, звуження суглобової щілини, рясні остеофіти. Симптоми: скарги на біль з медіального або фронтального боку суглоба при ходьбі; при пересуванні по перетнутій місцевості з навантаженням (як це відбувається у військовослужбовців). Відчуття нестабільності при рухах, хрускіт, ранішня скутість, проходить у спокої. Тривалість больового синдрому залежить від загального стану організму та зовнішніх чинників (перебування військовослужбовця в окопі у холодну пору року; при неможливості достатньо зігрітись під час відпочинку).

У 70% випадків гонартрозу, страждає хрящ в медіальній частині суглоба. Біль інгібує працю м'язів які стабілізують суглоб під час виконання рухів. Погіршений тонус в агоністах в багатьох випадках призводить до перенапруження м'язів синергістів, що загально може впливати на коефіцієнт корисної дії бійця, під час виконання бойових завдань, загально впливаючи на витривалість та уважність.

При неспроможності м'язів, внаслідок болю, стабілізувати суглоб, починають страждати зв'язки та сухожилля з імовірним виникненням мікротравматизації та гострого запалення цих структур.

При флексії, екстензії в колінному суглобі може виникати неприємний хрускіт, що обумовлено зміною якості синовіальної рідини, та погіршенням контурів суглоба.

Частіше біль виникає при ходьбі по нерівній поверхні, по східцях донизу, або зістрибування з військової техніки. При мануально-м'язовому тестуванні, у таких пацієнтів, визначається гіпертонус біцепса стегна. При пальпації, м'яз може бути перенапружений, болісний. При огляді надколінка можна виявити його неправильне положення, внаслідок порушення функції чотириголового м'язу стегна.

Однією із швидких методик діагностики больового синдрому, яку можна і зручно використовувати для оцінки стану, динаміки лікування та терапії військових, котрі перебувають у частинах - візуально аналогова шкала (ВАШ).



Вплив кінезіотейпування на опорно-руховий апарат.

За даними деяких літературних джерел, метод Kinesio Taping, набув широкого визнання серед терапевтів і спортивних лікарів усього світу. У фізичній реабілітації пацієнтів із травмами та захворюваннями опорно-рухового апарату застосовували пов'язки, еластичні бинти, бандажі, наколінники, тютори, тощо. З появою тейпів, виникли нові можливості в усуненні больових відчуттів, набряків, гематом у травмованому місці. Дали змогу швидко і зручно накладати їх в любых умовах. Почали широко використовувати у лікарнях, поліклініках, реабілітаційних центрах та професійних спортивних командах.

Кінезіотейпування («kinesio» – рух, «tape» – стрічка) – це один з допоміжних та самостійних терапевтичних методів який використовується в медицині, реабілітації та спорті. Кінезіотейп – це клейка стрічка, із бавовни, покрита гіпоалергенним клеєм на акриловій основі, адгезивні властивості якого активізуються від тепла шкіри людини. Також є синтетичні варіанти матеріалів з якого він може виготовлятися, які використовуються в екстремальних умовах таких як заняття професійним спортом та у військових діях. Технологія кінезіотейпу розроблена таким чином, щоб він максимально повторював властивості епідермісу для комфортного носіння на шкірі.

Кінезіотейп, завдяки еластичним властивостям, не обмежує рух в кінцівках. При правильному виконанні технік накладання кінезіотейпу, можна досягнути різних терапевтичних ефектів: послабити перенапружений м'яз; привести гіпотонічний м'яз в

норматонус. Таким чином, м'язи починають виконувати свої функції, усунувши дисбаланс, стабілізують хворий суглоб, налагоджують в ньому рух на перших стадіях артрозу. Також можна прискорити усунування набряку при запальному процесі та попередити ускладнення.

Методика кінезіотейпування колінного суглобу при гонартрозі.

Існують різні методи наклеювання тейпів на колінний суглоб. Так, Глиняна О.О., Копочинська Ю.В. описали деякі з них: при пошкодженні латерального меніску, для стабілізації колінного суглоба, стабілізації зв'язок та при гонартрозі колінного суглоба.

Остання техніка накладання тейпів, виконується при максимально розігнутій кінцівці та з допомогою чотирьох I – подібних стрічок, дві з яких прикріплюють з верхньої медіальної та латеральної частини суглоба огинаючи наколінник знизу навхрест по черзі, з натягом 50-75%, а інші дві – по прямій з латеральної та медіальної частини колінного суглоба по черзі, з натягом 30-40%.

В умовах бойових дій, однією з важливих переваг при використанні кінезіотейпінгу у військовослужбовців, є швидкість накладання аплікацій, та тривалість терапевтичної дії накладеної стрічки 3-5 діб. Для покращення рухів та профілактики ускладнень у колінному суглобі ми розробили методику та техніку накладання тейпів при нестандартних умовах лікування.

Збір даних при обстеженні, тобто скарг, анамнезу, мануально-м'язове тестування, візуальна діагностика, пальпація, інструментальні методи дослідження (за наявності), дають змогу підібрати в індивідуальному порядку методику накладання кінезіотейпів.

Довжина стрічки повинна створюватись виходячи із анатомічних параметрів ураженої ділянки тіла пацієнта, та від того на скільки відсотків планується створити натягіння стрічки фізичним терапевтом або людиною яка це зробить собі власноруч, при наявності таких навичок.

Перед нанесенням тейпів, потрібно ознайомитися із вимогами та методикою правильного кінезіотейпування, які ми рекомендуємо для роботи у нестандартних умовах.

Вимоги:

1. Підготовка шкіри – знежирити місце майбутньої аплікації (при наявності вираженого волосяного покриву – поголити).
2. Кінці стрічки тейпа заокруглити ножицями.
3. Відокремити захисний папір, розділивши стрічку на місця кріплення, та основної частини.

Методика підготовки тейпів (рис. 1) :

1. Нарізати 4 тейпи шириною 5 см, довжиною 30 см.
2. Один тейп шириною 5см, довжиною 35 см.
3. Форма стрічок у вигляді літери – «I».
4. Вихідне положення пацієнта сидячи, або лежачи на спині. Нижня кінцівка зігнута в колінному суглобі під кутом 90 градусів.

Перший тейп (30см). Місце початку накладається трохи нижче медіального виростку великої гомілкової кістки. Далі тейп огинає надколінок знизу, та потім кріпиться по латеральній стороні колінного суглобу до черевця латерального м'язу стегна.

Другий тейп (30см). Перше місце кріплення накладається на ділянку косої лінії великогомілкової кістки, потім тейп огинає колінну чашечку знизу, та потім по медіальній стороні колінного суглобу до медіального м'язу стегна.

Третій тейп (30см). Місце кріплення накладається на медіальній поверхні проксимальної частини великогомілкової кістки. Далі накладається по медіальній поверхні колінного суглобу до черевця медіального широкого м'язу стегна.

Четвертий тейп (30см). Місце початку під косою лінією на проксимальній частині великогомілкової кістки, та далі тейп накладається на латеральний поверхні суглобу.

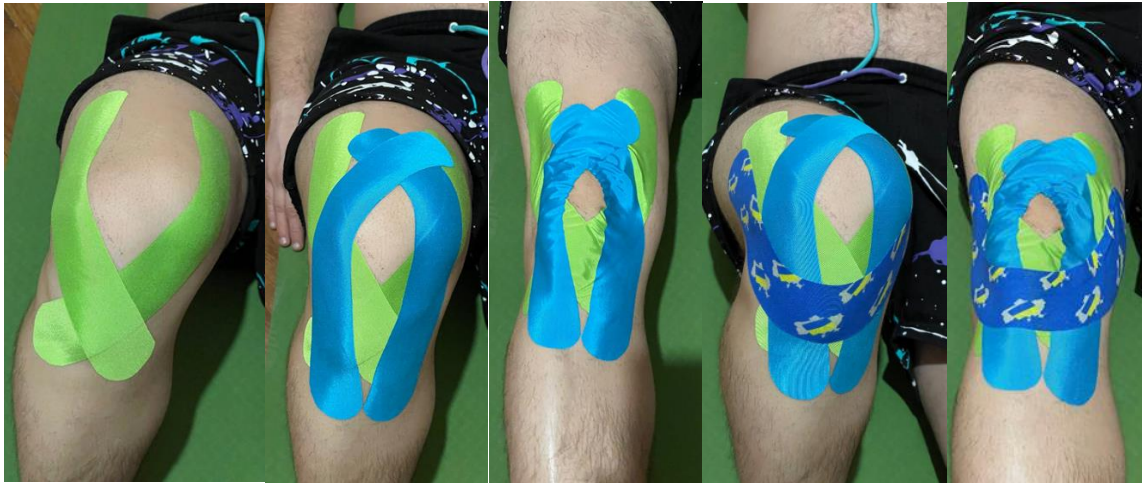


Рис. 1.

Стрічка 35 см. Перше місце кріплення починається з середини тейпу, спочатку кріпиться на власній зв'язці надколінної чашечки, далі обидва кінця стрічки оминають колінний суглоб, ідучи вгору по боковим поверхням суглобу, щоб утворилась U-подібна аплікація.

Для носіння тейпів в екстремальних умовах можна використовувати спеціальний клей у вигляді спрею, який буде посилювати адгезію матеріалу зі шкірою.

Висновок:

Аналіз спеціальної науково-методичної літератури дозволив визначити, що у формуванні та прогресуванні гонартрозу колінного суглобу суттєве значення мають м'язово-тонічні зміни. Вивчення умов перебування військовослужбовців на передовій, дав змогу знайти ймовірні причини виникнення ускладнень при гонартрозі колінного суглобу таких, як носіння важкої амуніції, ходьба по нерівній поверхні, по східцях донизу, або зістрибування з військової техніки. До факторів, що зумовлюють тривалість болювого синдрому, можна віднести холодну пору року та неможливість достатньо зігрітися під час відпочинку.

Застосування розробленої методики кінезіотейпування пропонуємо для включення до реабілітаційного комплексу для військовослужбовців з гонартрозом колінного суглобу в умовах бойових дій.

ЛІТЕРАТУРА

АНДРУСЕВИЧ Ю.А. Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Перспективи розвитку медичної та фізичної реабілітації» – Тернопіль: ТНМУ, 2020. – С.64

ІБРАГІМОВ Е.Ю. Сучасні погляди на фізичну реабілітацію хворих на остеоартроз колінного суглоба [Електронний ресурс] / Е. Ю. Ібрагімов, С. І. Городинський, Я. М. Телекі, О. Ю. Оліник, Л. М. Гончарук // Український журнал медицини, біології та спорту. - 2022. - Т. 7, № 2. - С. 209-213. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/ujmbs_2022_7_2_32

Кінезіологічне тейпування : метод. вказ. до проведення практичного заняття магістрів 2-го курсу ІV мед. фак-ту / упоряд. А. Г. Істомін, А. С. Сушецька, О. В. Резуненко та ін. – Харків: ХНМУ, 2020. – 24 с.

Основи діагностики та лікування захворювань суглобів: навч. Посібник для лікарів. — К.: Видавничий дім Медкнига, 2020. — 272 с. ISBN 978-966-1597-78-4

Основи кінезіотейпування: навчальний посібник: навч.посібн. для студ. спеціальності 227 «Фізична терапія, ерготерапія», спеціалізації «Фізична терапія»/ О.О.Глиняна, Ю.В.Копочинська; КПІ ім. Ігоря Сікорського. – Електронні текстові дані (1 файл 173МБ). – Київ : КПІ ім. Ігоря Сікорського, 2019. – 142 с.

Остеоартроз : методичні вказівки для самостійної роботи студентів V курсу медичного факультету / упоряд.: О. М. Біловол, І. І. Князькова, І. А. Ільченко, В. В. Златкіна, В. Д. Немцова, В. П. Денисенко, О. М. Кірієнко, В. І. Корнійчук. – Харків : ХНМУ, 2018. – 24 с.

Kontakt na autora:

Drobitko Andrii, master degree

Faculty of Health and Physical Education of Uzhhorod National University, Uzhhorod, Ukraine

E-mail: drobitko.andrii@student.uzhnu.edu.ua

Kontakt na školiteľa:

Huzak Oleksandra, PhD, ass. Professor

Faculty of Health and Physical Education of Uzhhorod National University, Uzhhorod, Ukraine

E-mail: oleksandra.huzak@uzhnu.edu.ua

ISBN 978 – 80 – 8132 – 281 – 5

