



ZBORNÍK Z X. MEDZINÁRODNEJ VEDECKEJ KONFERENCIE

***AKTUÁLNE TRENDY A VÝZVY, PROBLÉMY A DILEMY V
PROFESIJNEJ PRAXI PRACOVNÍKOV POMÁHAJÚCICH PROFESIÍ***
Michalovce 10. november 2023

Warszawa 2024

Peter Vansač (Ed.)

**ZBORNÍK Z X. MEDZINÁRODNEJ VEDECKEJ KONFERENCIE
*AKTUÁLNE TRENDY A VÝZVY, PROBLÉMY A DILEMY
V PROFESIJNEJ PRAXI PRACOVNÍKOV POMÁHAJÚCICH
PROFESIÍ***

Michalovce 10. november 2023

Warszawa 2024

Názov

Zborník z X. Medzinárodnej vedeckej konferencie, Aktuálne trendy a výzvy, problémy a dilemy v profesijnej praxi pracovníkov pomáhajúcich profesií, Michalovce 10. november 2023

Editor

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

Recenzenti:

Prof Ivan Svyatoslavich Mironyiuk, MD. DSc.
Prof Anatolii Tsarenko, MD. DSc.
Prof. zw. dr hab. Wojciech Słomski Dr h.c. Mult.
doc. ThDr. PaedDr. Martin Jurašek, PhD.
Doc. RNDr. Mgr. Daniela Barkasi, PhD.
Doc. PhDr. Monika Guľašová, PhD.
Doc. PhDr. Mária Popovičová, PhD., mim prof., MBA

Vydavateľstvo:

Wydawnictwo Katedry Filozofii Akademii Ekonomiczno - Humanistycznej w Warszawie

Technický redaktor: Mgr. Ivan Lažo

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

Rok vydania: 2024

Počet strán: 268

Náklad: 100 ks

ISBN 978-83-61087-89-2

Zborník neprešiel jazykovou úpravou.

Autori príspevkov v plnom rozsahu zodpovedajú za obsahovú a jazykovú správnosť textov.

PREDSLOV	11
ANGELOVIČOVÁ Katarína <i>Úloha sestry v prevencii obáv a strachu u pacienta po radikálnej prostatektómii</i>	12
BARKASI Daniela <i>Vnímanie supervízie z pohľadu pomáhajúcich profesionálov</i>	35
BARTA Richard, <i>Vojnový konflikt na Ukrajine z pohľadu sociálneho pracovníka.....</i>	44
DANDRE Pamela <i>What is Parish Nursing and What are They Doing Around The World.....</i>	57
DANKO Myroslav <i>Regulatory Framework for the Nursing in Ukrainian Preschool Educational Institutions.....</i>	60
GEREC Filip <i>Špecifická komunikácie zohľadňujúce traumy u klienta v sociálnej práci</i>	66
HUDÁKOVÁ Tatiana, POPOVIČOVÁ Mária <i>Výzvy pre ošetrovatel'stvo optikou sestier ošetrojúcich pacientov s obezitou.....</i>	75
HULKOVÁ Viera, KILÍKOVÁ Mária <i>Komunikačné schopnosti a zručnosti sestier generácie v manažérskej praxi.....</i>	83
HUZAK Oleksandra <i>Approach to organizing research work of rehabilitation specialists - volunteers in the area close to hostilities.....</i>	92
IVANKOVÁ Viera <i>Etické princípy v starostlivosti o hospitalizovaných pacientov.....</i>	101
JURAŠEK Martin, LEVICKÁ Slávka <i>Aktuálne trendy a výzvy v sociálnej práci s azylantmi</i>	116
KENDEREŠOVÁ Elena <i>Sociálne médiá a ich vplyv v spoločnosti.....</i>	124
MAZUROVÁ Radka <i>Kompetencie školskej sestry a jej prínos vo výchovno-vzdelávacom procese detí a mládeže.....</i>	131
MIRONYUK Ivan, LEPKANICH Anna <i>Key Aspects of University Students' Motivation in Formation of Healthy Eating Habits</i>	138
NEUPAUER František <i>Fundament rodu Krčméry</i>	144
NOGA Vladimír <i>Spiritualita v sociálnej a paliatívnej starostlivosti a faktory, ktoré ju ovplyvňujú.....</i>	150
POPOVIČOVÁ Mária <i>Supervízia v ošetrovatel'skej praxi a jej potreba legislatívneho rámca na Slovensku.....</i>	162

POPOVIČOVÁ Mária, BARKASI Daniela <i>Sociálna práca v zdravotníctve – súčasnosť a perspektíva v Slovenskej republike</i>	172
SNOPEK Petr <i>Age management ve zdravotníctví</i>	181
ŠEVČOVIČOVÁ Andrea, KLÍMOVÁ Lenka <i>Deeskalačné techniky ako prevencia krízových situácií v zariadeniach sociálnych služieb</i>	188
ŠULCOVÁ Jana, MURGOVÁ Anna <i>Špecifiká a podobnosti „syndrómu zlomeného srdca“ a akútneho infarktu myokardu</i>	196
ŠUPOLOVÁ Katarína, BARKASI Daniela <i>Syndróm vyhorenia u zdravotníckych pracovníkov následnej zdravotnej starostlivosti</i>	203
TSARENKO Anatolii, GOYDA Nina, BUGRO Valerii, MAKSYMOMA Zoya <i>The importance and experience of cooperation of medical and social facilities, charitable and volunteer organizations in palliative and hospice care providing in Kyiv during the war</i>	210
VANSAČ Peter, GULAŠOVÁ Monika <i>Teoretické východiská a prístupy v sociálnej práci s rodinou</i>	226
VANSAČ Peter <i>Profesor Krčméry a Inštitút bl. Metoda D. Trčku Michalovce</i>	237
VELKOVÁ Silvia <i>Špecializovaná sestra pre dospelých a detí s epilepsiou</i>	247
ŽELINSKÁ Eva <i>Rešpektovanie dôstojnosti staršieho pacienta v súčasnej ošetrovateľskej praxi</i>	257
POSTEROVÁ SEKCIA	
BARTA Richard, <i>Záškoláctvo na stredných školách v Košickom kraji</i>	268

PREFACE	11
ANGELOVIČOVÁ Katarína <i>Implementation of communication skills of nurse in nursing care practice</i>	12
BARKASI Daniela <i>Perception of supervision from point of view of helping professionals</i>	35
BARTA Richard <i>The war conflict in Ukraine a social workers perspective</i>	44
DANDRE Pamela <i>What is Parish Nursing and What are They Doing Around The World</i>	57
DANKO Myroslav <i>Regulatory Framework for the Nursing in Ukrainian Preschool Educational Institutions</i>	60
GEREC Filip <i>Trauma-informed communication in social work</i>	66
HUDÁKOVÁ Tatiana, POPOVIČOVÁ Mária <i>Challenge for optical nursing of nurses treating patients with obesity</i>	75
HULKOVÁ Viera, KILÍKOVÁ Mária <i>Communication abilities and skills of generation nurses in managerial communication</i>	83
HUZAK Oleksandra <i>Approach to organizing research work of rehabilitation specialists - volunteers in the area close to hostilities</i>	92
IVANKOVÁ Viera <i>Ethical principles and ethical dilemmas in the process of care for hospitalized patients</i>	101
JURAŠEK Martin, LEVICKÁ Slávka <i>Current trends and challenges in social work asylum people</i>	116
KENDEREŠOVÁ Elena <i>Social media and their influence in society</i>	124
MAZUROVÁ Radka <i>Competencies of school nurse and her contribution of the educational process of children and youth</i>	131
MIRONYUK Ivan, LEPKANICH Anna <i>Key Aspects of University Students' Motivation in Formation of Healthy Eating Habits</i>	138
NEUPAUER František <i>Fundament rodu Krčméry</i>	144
NOGA Vladimír <i>Spirituality in social and palliative care and factors affecting it</i>	150
POPOVIČOVÁ Mária	

<i>Supervision in nursing practice and its need for a legislative framework in Slovakia</i>	<i>162</i>
POPOVIČOVÁ Mária, BARKASI Daniela <i>Social work in health care – present and perspective in Slovak republic.....</i>	<i>172</i>
SNOPEK Petr <i>Age management in health care</i>	<i>181</i>
ŠEVČOVIČOVÁ Andrea KLÍMOVÁ Lenka <i>De-escalation techniques as a prevention of crisis situations in social services facilities.....</i>	<i>188</i>
ŠULCOVÁ Jana, MURGOVÁ Anna <i>Tako-Tsubo cardiomyopathy versus acute coronary syndrome.....</i>	<i>196</i>
ŠUPOLOVÁ Katarína, BARKASI Daniela <i>Burnout syndrome on health care workers in follow-up care.....</i>	<i>203</i>
TSARENKO Anatolii, GOYDA Nina, BUGRO Valerii, MAKSYMOVA Zoya <i>The importance and experience of cooperation of medical and social facilities, charitable and volunteer organizations in palliative and hospice care providing in Kyiv during the war.....</i>	<i>210</i>
VANSAČ Peter, GULAŠOVÁ Monika <i>Theoretical bases and approaches in social work with the family.....</i>	<i>226</i>
VANSAČ Peter <i>Professor Krčmery and Institute bl. M. D. Trčka Michalovce.....</i>	<i>237</i>
VELKOVÁ Silvia <i>Adult and paediatric epilepsy specialist nurse.....</i>	<i>247</i>
ŽELINSKÁ Eva <i>Respecting the dignity of an elderly patient in contemporary nursing practice.....</i>	<i>257</i>

POSTER SECTION

BARTA Richard, <i>Truancy at secondary schools in the Košice region</i>	<i>268</i>
---	------------

**PROGRAM X. MEDZINÁRODNEJ VEDECKEJ KONFERENCIE
AKTUÁLNE TRENDY A VÝZVY, PROBLÉMY A DILEMY V PROFESIJNEJ PRAXI
PRACOVNÍKOV POMÁHAJÚCICH PROFESIÍ**



Michalovce 10. november 2023

**VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNÍCTVA A SOCIÁLNEJ PRÁCE SV. ALŽBETY
V BRATISLAVE, n. o.
INŠTITÚT BL. METODA DOMINIKA TRČKU V MICHALOVCE**

- 09: 00** **Slávnostné otvorenie konferencie:**
Dr. h. c. prof. ThDr. Peter Vansač, PhD. - vedúci Inštitútu bl. Metoda Dominika Trčku Michalovce

Mgr. Miroslav Dufinec – primátor mesta Michalovce
- 09: 10** **NEUPAUER František, PhD., PhD. (online)**
Fundament rodu Krčméry

Predsedníctvo: Dr. h. c. prof. ThDr. Peter VANSÁČ, PhD., doc. PhDr. Monika Guľašová, PhD.

PREDNÁŠKY – PLENÁRNE A HOSTIA ZO ZAHRANIČIA

- 09: 20** **DANDRE Pamela, Bachelor's degree in Nursing (online)**
What is Parish Nursing and What are They Doing Around The World (Čo je to farské ošetrovatel'stvo a čo robia po celom svete)
- 09: 40** **Prof. MYRONYUK, Ivan, MD, DSc., LEPKANICH Anna, Mgr.**
Key Aspects of University Students' Motivation in Formation of Healthy Eating Habits (Kľúčové aspekty motivácie vysokoškolákov pri formovaní zdravých stravovacích návykov)
- 10: 00** **TSARENKO Anatolii, Doctor of Medical Sciences Proff., MAKSYMOVA Zoya**
The importance and experience of cooperation of medical and social facilities, charitable and volunteer organizations in palliative and hospice care providing in Kyiv during the war (Význam a skúsenosti zo spolupráce zdravotníckych a sociálnych zariadení, charitatívnych a dobrovoľníckych organizácií pri poskytovaní paliatívnej a hospicovej starostlivosti v Kyjeve počas vojny)
- 10: 20** **HUZAK Olexandra, PhD, ass. Professor**
Approach to organizing research work of rehabilitation specialists - volunteers in the area close to hostilities (Prístup k organizovaniu výskumnej práce rehabilitačných špecialistov – dobrovoľníkov v oblasti blízko nepriateľských akcií)
- 10: 40** **DANKO Myroslav, MD**
Regulatory Framework for the Nursing in Ukrainian Preschool Educational Institutions (Regulačný rámec pre ošetrovatel'stvo v ukrajinských predškolských vzdelávacích inštitúciách)

- 11: 00** **SNOPEK Petr, PhDr. Mgr., PhD., MBA**
Age management ve zdravotníctví
- 11: 20** **MIKLOŠKO Jozef, prof. MUDr., PhD.**
Detí ako výzva pre pomáhajúce profesie
- 11: 40** **KOZELOVÁ Alica, PhDr. MBA,**
Sociálna práca, sociálny pracovník v systéme a praxi
- 12: 00** **Diskusia**

PRESTÁVKA 12.10 – 12.40

PREDNÁŠKY - SEKCIA – OŠETROVATEĽSTVO A SOCIÁLNA PRÁCA + VÁRIA

Predsedníctvo: doc. RNDr. Mgr. Daniela Barkasi, PhD., doc. PhDr. Mária Popovičová, PhD, MBA,
mim. prof.,

- 12: 40** **VANSAČ Peter, Prof., ThDr., PhD.**
Teoretické východiská a prístupy v sociálnej práci s rodinou
- 12: 55** **POPOVIČOVÁ Mária, doc., PhDr., PhD., MBA, mim. prof.,**
Supervízia v ošetrovateľskej praxi a jej potreba legislatívneho rámca na Slovensku
- 13: 10** **BARKASI Daniela doc., RNDr., Mgr., PhD.**
Vnímanie supervízie z pohľadu pomáhajúcich profesionálov
- 13: 25** **GULÁŠOVÁ, Monika, doc., PhDr., PhD.,**
Spokojnosť sociálnych pracovníkov so supervíziou
- 13: 40** **JURAŠEK Martin, Doc.,ThDr. PaedDr., PhD., LEVICKÁ Slávka, PhDr., PhD. MBA**
Aktuálne trendy a výzvy v sociálnej práci s azylantmi
- 13: 55** **KENDEREŠOVÁ Elena, Mgr., PhD.**
Sociálne média a ich vplyv v spoločnosti
- 14: 10** **ŠULCOVÁ Jana, PhDr., PhD., MURGOVÁ Anna, Prof. PhDr., PhD.**
Špecifiká a podobnosti „syndrómu zlomeného srdca" a akútneho infarktu myokardu
- 14: 25** **ANGELOVIČOVÁ Katarína, PhDr., PhD.,**
Implementácia komunikačných schopností sestry v ošetrovateľskej starostlivosti
- 14: 40** **NOGA Vladimír, PhDr., PhD.**
Spiritualita v sociálnej a paliatívnej starostlivosti a faktory, ktoré ju ovplyvňujú
- 14: 55** **VELKOVÁ Silvia, PhDr. PhD.**
Špecializovaná sestra pre dospelých a detí s epilepsiou
- 15: 10** **Diskusia**

PRESTÁVKA 15.25 – 15.40

PREDNÁŠKY - SEKCIA – OŠETROVATEĽSTVO A SOCIÁLNA PRÁCA

Predsedníctvo: Mgr. Elena Kenderešová, PhD., PhDr. Viera IVANKOVÁ, PhD.

- 15: 40** **IVANKOVÁ Viera, PhDr. PhD.,**
Etické princípy v starostlivosti o hospitalizovaných pacientov
- 15: 55** **HUDÁKOVÁ Tatiana, PhDr., PhD., MPH, POPOVIČOVÁ Mária, doc., PhDr., PhD., MBA, mim. prof.,**
Výzvy pre ošetrovateľstvo optikou sestier ošetrojúcich pacientov s obezitou
- 16: 10** **GEREC Filip, PhDr. MBA, MPH, ŠTEFÁKOVÁ Lenka, PhDr., PhD.**
Špecifická komunikácie zohľadňujúce traumy u klienta v sociálnej práci
- 16: 25** **BARTA Richard, PhDr., PhD., MPH**
Vojnový konflikt na Ukrajine z pohľadu sociálneho pracovníka
- 16: 40** **BARKASI Rastislav, PhDr. Mgr.**
Význam sociálneho pracovníka v školstve z pohľadu problematiky ochrany detí pred násilím
- 16: 55** **ŠUPINOVÁ Mária, doc. PhDr., PhD., LAUKOVÁ Jana, PhDr. PhD.**
Úlohy a postavenie školského zdravotníka v materských a základných školách
- 17: 10** **METYĽ Tomáš, PhDr.**
Pomáhať sa dá aj vo väzení – poslanie kňaza v tomto prostredí
- 17: 25** **ŠEVČOVIČOVÁ Andrea, PhDr., PhD., MPH, BABEČKA Jozef, doc. PhDr., PhD.,**
Nové trendy výučby vojenského zdravotníctva vo vysokoškolskom prostredí nelekárskych zdravotníckych odborov
- 17: 40** **VANSAČ Peter, Prof., ThDr., PhD.**
Profesor Krčméry a Inštitút bl. Metoda D. Trčku Michalovce
- 17: 55** **Diskusia**

PRESTÁVKA 18.10 – 18.25

PREDNÁŠKY - SEKCIA – OŠETROVATEĽSTVO A SOCIÁLNA PRÁCA

Predsedníctvo: doc. PhDr. Mária Popovičová, PhD, MBA, mim. prof., doc. RNDr. Mgr. Daniela Barkasi, PhD.,

- 18: 25** **POPOVIČOVÁ Mária, doc., PhDr., PhD., MBA, mim. prof.,**
Sociálna práca v zdravotníctve – súčasnosť a perspektíva v Slovenskej republike
- 18: 40** **KLÍMOVÁ Lenka, ŠEVČOVIČOVÁ Andrea, PhDr., PhD., MPH.,**
Deeskalčné techniky ako prevencia krízových situácií v zariadeniach sociálnych služieb
- 18: 55** **KUČEROVÁ Ester Lucia, ŠEVČOVIČOVÁ Andrea, PhDr., PhD., MPH.,**
Problém identifikácie zdravotníckych pracovníkov z pohľadu pacientov

- 19: 10** ŠUPOLOVÁ Katarína, MUDr., BARKASI Daniela doc., RNDr., Mgr., PhD.
Syndróm vyhorenia u zdravotníckych pracovníkov následnej zdravotnej starostlivosti
- 19: 25** HARDOVÁ Tatiana, PhDr., BARKASI Daniela doc., RNDr., Mgr., PhD.
Sociálny pracovník v školstve
- 19: 40** POHLODKOVÁ Jozefína, PhDr.
Aktuálne problémy sestier v súčasnej ošetrovateľskej praxi
- 19: 55** MAZUROVÁ Radka, PhDr.
Kompetencie školskej sestry a jej prínos vo výchovno-vzdelávacom procese detí a mládeže
- 20: 10** ŽELINSKÁ Eva, PhDr. MPH, MBA
Rešpektovanie dôstojnosti staršieho pacienta v súčasnej ošetrovateľskej praxi
- 20: 25** BARTA Richard, PhDr., PhD., MPH
Záškoláctvo na stredných školách v Košickom kraji
- 20: 40** Diskusia
- 21: 00** **Záver konferencie**



PREDSLOV

Desiaty jubilejný ročník Medzinárodnej vedeckej konferencie sme realizovali na počesť Dr.h.c. prof. MUDr. Vladimíra Krčméryho, DrSc., zakladateľa, emeritného rektora VŠZaSP sv. Alžbety v Bratislave, ktorého si dňa 20. 12. 2022 Pán života a smrti povolal do večnosti. Na jeho počesť odznali aj dve prednášky na témy: *Fundament rodu Krčméry a Profesor Krčméry a Inštitút bl. Metoda D. Trčku Michalovce*. Obe tieto témy sú spracované v zborníku.

Téma vedeckej konferencie bola *Aktuálne trendy a výzvy, problémy a dilemy v profesijnej praxi pracovníkov v pomáhajúcich profesiách*. Tejto téme zodpovedali aj jednotlivé príspevky.

Konferencia prebiehala prezenčne, avšak niektorí hostia zo zahraničia (Pamela Dandre, Myroslav Danko) svoje prednášky prezentovali online. Online prednášal aj František Neupauer. Veľmi sme sa tešili, že našu medzinárodnú konferenciu poctili hostia zo zahraničia a to prof. Tsarenko Anatolij, ktorý je vedúci katedry paliatívnej a hospicovej medicíny Národnej zdravotníckej univerzity Shupyka v Kyjeve (Ukrajina), prof. Ivan Myroniuk a Anna Lepkanich, Oleksandra Huzak a Zoya Maksimová z Užhorodskej národnej univerzity a Peter Snopek z Fakulty humanitných štúdií, Ústav zdravotníckych vied, Univerzita Tomáša Baťu v Zlíne. Našu konferenciu poctil svojou prítomnosťou prof. MUDr. Jozef Mikloško, PhD. komisár pre deti a predniesol prednášku na tému *Deti ako výzva pre pomáhajúce profesie*.

Zborník vzniká na základe prednášok, ktoré odznali na konferencii. Naši hostia zo zahraničia nám predstavili na konferencii tieto témy:

- ♣ *Čo je to farské ošetrovatel'stvo a čo robia po celom svete.*
- ♣ *Kľúčové aspekty motivácie vysokoškolákov pri formovaní zdravých stravovacích návykov.*
- ♣ *Význam a skúsenosti zo spolupráce zdravotníckych a sociálnych zariadení, charitatívnych a dobrovoľníckych organizácií pri poskytovaní paliatívnej a hospicovej starostlivosti v Kyjeve počas vojny.*
- ♣ *Prístup k organizovaniu výskumnej práce rehabilitačných špecialistov – dobrovoľníkov v oblasti nepriateľských akcií.*
- ♣ *Regulačný rámec pre ošetrovatel'stvo v ukrajinských predškolských vzdelávacích inštitúciách.*
- ♣ *Age management ve zdravotníctví.*

Kolegovia a kolegyně z VŠZaSP zo Slovenska rozpracovali tieto témy:

- ♣ *Sociálna práca, sociálny pracovník v systéme a praxi*
- ♣ *Teoretické východiská a prístupy v sociálnej práci s rodinou*
- ♣ *Supervízia v ošetrovatel'skej praxi a jej potreba legislatívneho rámca na Slovensku*
- ♣ *Vnímanie supervízie z pohľadu pomáhajúcich profesionálov*
- ♣ *Spokojnosť sociálnych pracovníkov so supervíziou*
- ♣ *Aktuálne trendy a výzvy v sociálnej práci s azylantmi*
- ♣ *Sociálne médiá a ich vplyv v spoločnosti*
- ♣ *Špecifiká a podobnosti „syndrómu zlomeného srdca“ a akútneho infarktu myokardu*
- ♣ *Spiritualita v sociálnej a paliatívnej starostlivosti a faktory, ktoré ju ovplyvňujú*
- ♣ *Špecializovaná sestra pre dospelých a deti s epilepsiou*
- ♣ *Etické princípy v starostlivosti o hospitalizovaných pacientov*
- ♣ *Špecifiká komunikácie zohľadňujúce traumy u klienta v sociálnej práci*
- ♣ *Sociálna práca v zdravotníctve – súčasnosť a perspektíva v Slovenskej republike*
- ♣ *Deeskalačné techniky ako prevencia krízových situácií v zariadeniach sociálnych služieb*
- ♣ *Aktuálne problémy sestier v súčasnej ošetrovatel'skej praxi*
- ♣ *Kompetencie školskej sestry a jej prínos vo výchovno-vzdelávacom procese detí a mládeže*
- ♣ **Rešpektovanie dôstojnosti staršieho pacienta v súčasnej ošetrovatel'skej praxi**

Všetkým prednášajúcim a autorom príspevkov zvlášť zo zahraničia úprimne ďakujem za ich aktívnu účasť na konferencii a za ich autorský príspevok do zborníka. *Peter Vansač*

IMPLEMENTÁCIA KOMUNIKAČNÝCH SCHOPNOSTÍ SESTRY V OŠETROVATEĽSTKEJ PRAXI

IMPLEMENTATION OF COMMUNICATION SKILLS OF NURSE IN NURSING CARE PRACTICE

Angelovičová Katarína¹

¹ *Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety Bratislava, n. o.
Inštitút sociálnych vied a zdravotníctva bl. P. P. Gojdiča*

Abstrakt

Úvod: Dobrá a úspešná komunikácia tvorí základ ošetrovateľskej starostlivosti a odborné komunikačné zručnosti patria medzi najdôležitejšie zručnosti sestry. Komunikácia s pacientom má svoje špecifiká, či už sa jedná o komunikáciu s detským pacientom, alebo komunikáciu s geriatrickým pacientom. Pri komunikácii môžu vzniknúť komunikačné bariéry a sestra by mala vedieť zefektívniť komunikáciu využitím rôznych alternatívnych metód, napr. využitie komunikačných kariet, alebo využitie metódy papier a pero.

Metodika: Cieľom príspevku je zistiť využitie komunikačných schopností sestier v ošetrovateľskej praxi. Na získanie údajov sme využili metódu neštandardizovaného dotazníka vlastnej konštrukcie, ktorý bol distribuovaný v online forme. Výskum bol realizovaný v mesiacoch máj- jún 2023. Z celkového počtu 294 odpovedí bolo 291 odpovedí platných. Dotazník obsahoval 16 otázok, pričom pri 10 otázkach mohli respondenti označiť viac možností, poprípade dopísať.

Výsledky: Z výsledkov nášho výskumu vyplýva, že sestry využívajú počas svojej praxe široké spektrum rôznych komunikačných schopností pri komunikácii s pacientom a majú záujem o rôzne prednášky, alebo workshopy v oblasti komunikácie s pacientom. Výsledky takisto poukazujú na nedostatočnú informovanosť sestier o metódach alternatívnej a augmentatívnej komunikácie.

Záver: Sme toho názoru, že problematika je veľmi aktuálna. Sestry by mali naozaj využívať rôzne komunikačné schopnosti, prípadne metódy alternatívnej a augmentatívnej komunikácie na zefektívnenie komunikácie s pacientom.

Kľúčové slová: komunikácia, komunikačné schopnosti, alternatívna a augmentatívna komunikácia.

Abstract

Introduction: Good and successful communication makes up the base of nursing care. Professional communication belongs to the most important nursing skills. Communication with children or geriatric patients has its own specifics. Nurses should communicate more effectively using different alternative methods, such as communication cards or pen-and-paper method to prevent communication barriers.

Methods: The main goal of the paper is to investigate the usage of nurses' communication skills in nursing practice. Our data were obtained by self-made non-standardised online questionnaire. Data collection was carried out during May and June 2023. The survey

comprised sixteen questions, ten of which were multiple choice or open-ended questions.

Results: Our results showed that nurses use various communication abilities to communicate with patients and are interested in the lectures or workshops focused on the nurse-patient communication. The results also indicated that nurses are not sufficiently apprised about alternative and augmentative communication.

Conclusion: We are convinced that the topic is up to date. Nurses really should use various communication skills or rather alternative and augmentative methods to make the nurse-patient communication more effective.

Keywords: communication, communication skills, alternative and augmentative communication.

ÚVOD

Pre poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti formou ošetrovateľského procesu je neoddeliteľnou súčasťou komunikácia. Komunikácia v ošetrovatelstve stále predstavuje nepreskúmanú oblasť ošetrovatelstva. V tomto období je veľmi aktuálnou témou, nakoľko dochádza k jej sťaženiu z rôznych dôvodov.

Každá sestra by mala byť „vybavená“ komunikačnými schopnosťami, ktoré svojou snahou, ochotou a skúsenosťami môže zdokonaľovať. Nikto z nás sa nenarodí s darom výrečnosti, vždy zvolí správne slová, avšak postupom času sa to človek môže naučiť.

Tak ako aj samotné ošetrovatelstvo, tak aj komunikácia má svoje špecifiká a svoju jedinečnosť. Niekedy už len samotná veta, ako sa pacient má, ale aj prítomnosť a úprimný záujem sestier napomáha pacientovi, aby sa cítil spokojnejšie a nebál sa.

Avšak v praxi sa sestry stretávajú aj s rôznymi problémami komunikácie, či už zo strany pacienta, alebo žiaľ aj zo strany sestry, preto by sestry mali vedieť tento problém účinne odstrániť, alebo aspoň využiť rôzne alternatívne metódy, aby sme sa dozvedeli, čo práve pacient prežíva a ako mu my môžeme pomôcť.

Cieľom nášho príspevku je zistiť využitie komunikačných schopností sestier v ošetrovateľskej praxi. V teoretických východiskách sa venujeme komunikačným schopnostiam sestier, komunikačným bariéram, zásadám komunikácie, špecifikám komunikácie a alternatívnej a augmentatívnej komunikácii a jej prostriedkom.

V empirickej časti sme na zber údajov využili metódu neštandardizovaného dotazníka vlastnej konštrukcie, ktorý sme v spolupráci so SKSaPA zverejnili pre respondentov online formou. Dotazník bol určený všetkým sestram, zber dát trval od mája do júna 2023. Výsledky sme spracovali pomocou Microsoft Excel grafov a stanovené hypotézy sme štatisticky vyhodnotili.

V diskusii sme porovnávali výsledky nášho výskumu s výsledkami iných výskumov, realizovaných v zahraničí. Následne sme zostavili aj návrhy pre prax, ktoré by mali napomôcť k zefektívneniu komunikácie medzi sestrou a pacientom. K výberu tejto témy ma inšpirovali vlastné síce zatiaľ iba trojročné skúsenosti, ale predovšetkým stále aktuálnosť tematiky.

Cieľ výskumu

Cieľom našej práce je zistiť využitie komunikačných schopností sestier v ošetrovateľskej praxi.

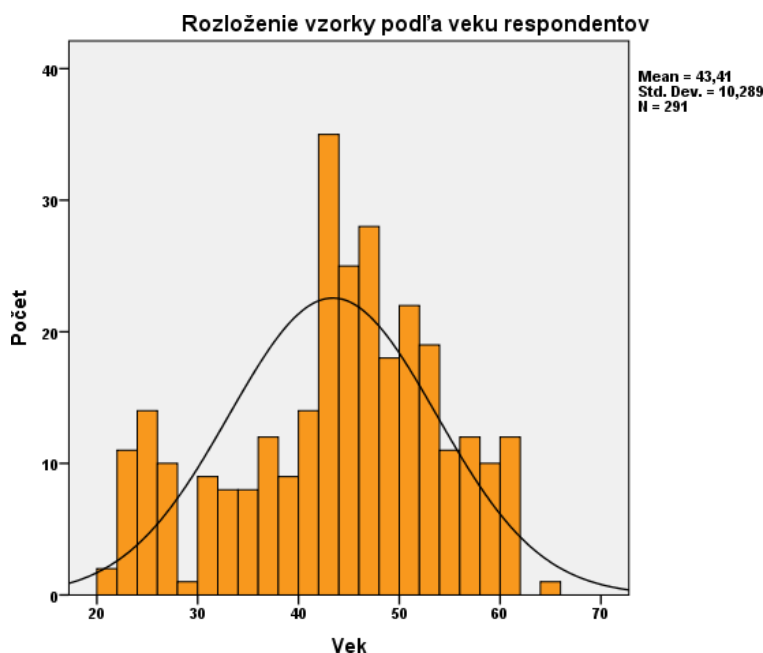
Za čiastkové ciele výskumu sme si určili:

1. Zistiť najčastejšie využívané komunikačné schopnosti.
2. Zistiť záujem sestier o vzdelávanie v oblasti komunikácie.
3. Zistiť využitie prostriedkov alternatívnej a augmentatívnej komunikácie.
4. Zistiť najčastejšie problémy pri komunikácii s pacientom.
5. Zistiť najčastejšie komunikačné bariéry zo strany pacienta.

CHARAKTERISTIKA SÚBORU A METODIKA

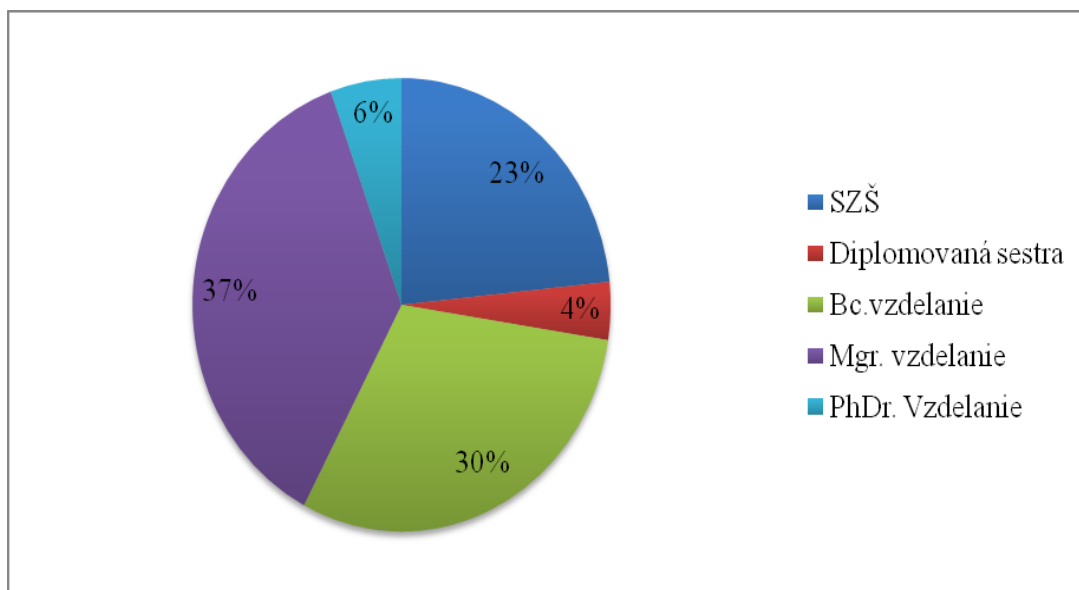
Našu výskumnú vzorku tvorilo 291 respondentov z celkového počtu 294, takže návratnosť nášho dotazníka je 98,97 %. Zber dát sa uskutočnil formou online dotazníku v spolupráci so SKSaPA, výskumnú vzorky tvorili sestry pracujúce v rôznych zdravotníckych zariadeniach. V grafe č.1 sa nachádza zobrazenie výskumného súboru z hľadiska veku. Priemerný vek respondentov je 43,41 rokov, pričom najstarší respondent mal 64 rokov a najmladší 21 rokov.

Na zber dát sme si zvolili metódu neštandardizovaného dotazníka vlastnej konštrukcie, ktorý sme po získaní povolenia na realizáciu výskumu distribuovali online formou cez priamy odkaz.



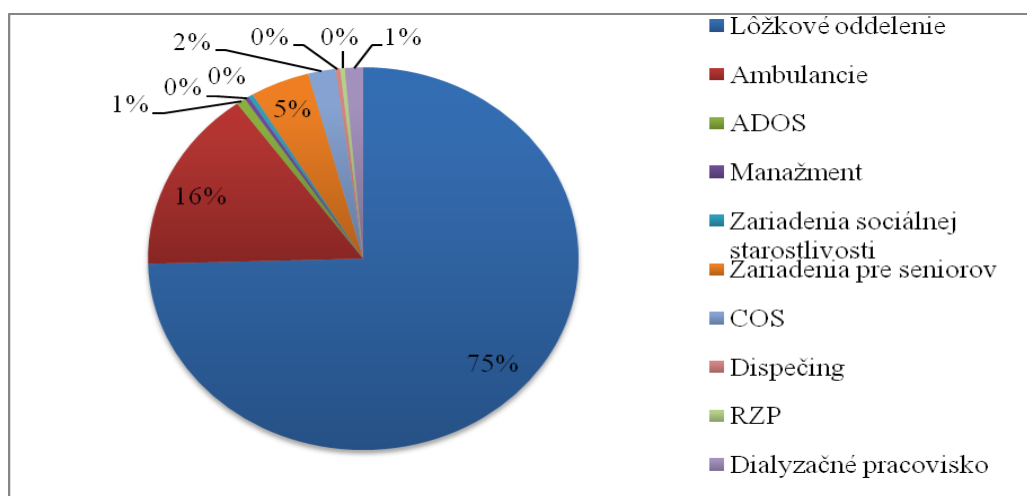
Graf č. 1 Vek respondentov

Najpočetnejšou skupinou vo vzorke z hľadiska vzdelávania boli respondenti s magisterským vzdelaním, ktorí tvorili 36,8 % vzorky, naopak najmenej bolo diplomovaných sestier, tie tvorili 4,1 % vzorky. Výsledky sú zobrazené v grafe č.2.



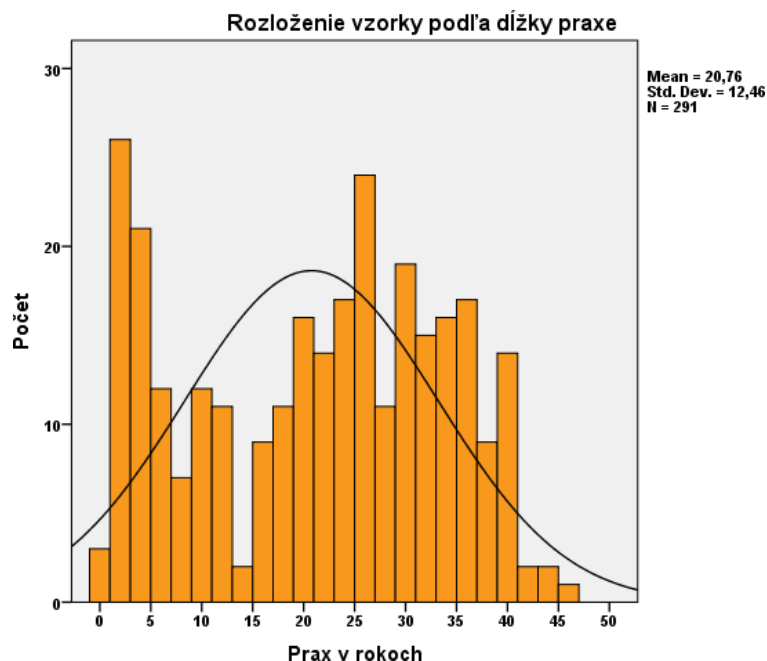
Graf č.2 Vzdelanie respondentov

Najviac respondentov pracuje na lôžkových oddeleniach, tvoria 75% vzorky a najmenej v zariadeniach sociálnej starostlivosti, v oblasti manažmentu v ošetrovatelstve, na dispečingu a RZP. Výsledky sú zobrazené v grafe č.3.



Graf č. 3 Zamestnanie respondentov

Priemerná dĺžka praxe respondentov bola 20,76 %, pričom najdlhšia prax vo vzorke bola 45 rokov a najkratšia 0. Výsledky sú zobrazené v grafe č.4.



Graf č.4 Dĺžka praxe respondentov

ANALÝZA A KOMPARÁCIA VÝSLEDKOV VÝSKUMU

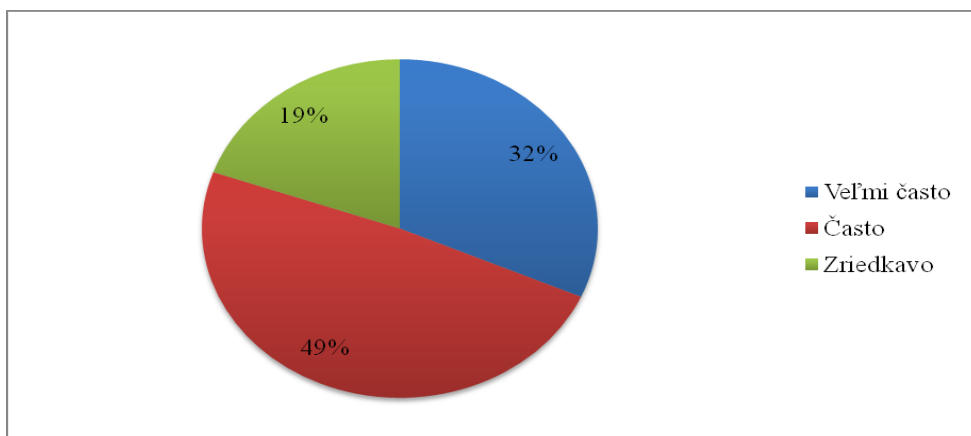
Analýza demografických údajov respondentov

Výskumnú vzorku tvorilo 291 respondentov, ktorí dosiahli priemerný vek 43,41 rokov. Najstarší respondent mal 64 rokov a najmladší 21 rokov. Z hľadiska vzdelania boli najpočetnejšou skupinou vo vzorke respondenti s magisterským vzdelaním, tvorili 36,8% vzorky, nasledujú respondenti s bakalárskym vzdelaním (30,2%), respondenti so stredoškolským vzdelaním (23,4%), diplomované sestry (4,1%) a najmenej bolo respondentov s doktorandským vzdelaním (5,5%). Z hľadiska zamestnania 75% respondentov pracuje na lôžkových oddeleniach, 16% respondentov v ambulanciách, 5% respondentov v zariadeniach pre seniorov, 1% respondentov v ADOS a dialyzačnom pracovisku a 0% respondentov v oblasti manažmentu v ošetrovatelstve, zariadeniach sociálnej starostlivosti, centrálnych operačných sálach, dispečingu a RZP. Priemerná dĺžka praxe respondentov bola 20,76 rokov, najdlhšia prax vo vzorke bola 45 rokov a najkratšia 0 rokov.

Vyhodnotenie výskumných otázok

1. Stretávate sa často s pacientmi, ktorí majú problémy s komunikáciou?

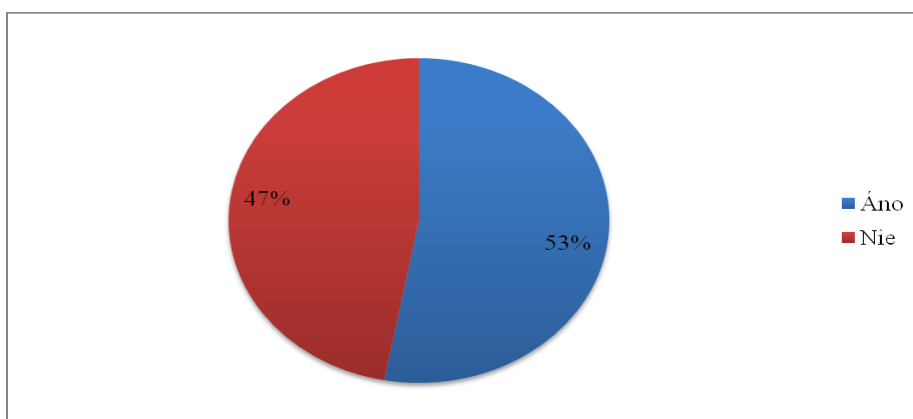
Často sa s pacientmi, ktorí majú problém s komunikáciou stretáva 142 respondentov, veľmi často 92 respondentov a zriedkavo 57 respondentov. Percentuálne zobrazenie sa nachádza v grafe č.5.



Graf č.5 Stretávanie sa s pacientmi, ktorí majú problém s komunikáciou

2. Absolvovali ste niekedy kurzy/workshopy/prednášky/konferencie zaoberajúce sa komunikáciou s pacientmi?

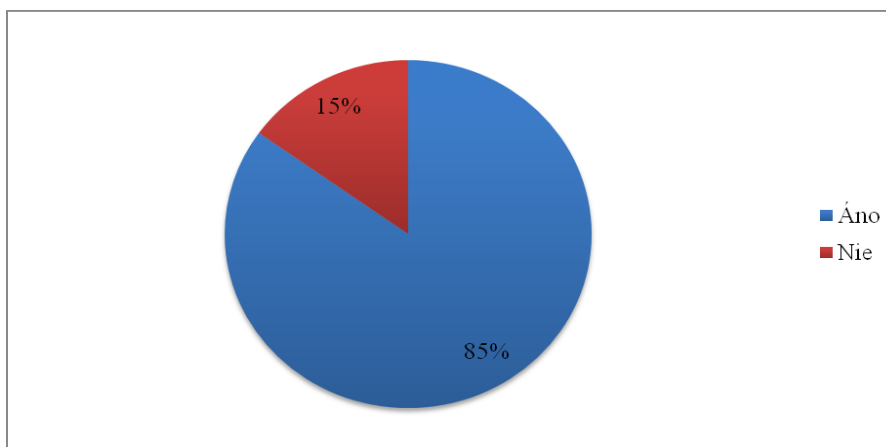
Kurzy/workshopy/prednášky/konferencie zaoberajúce sa komunikáciou s pacientmi absolvovalo 154 respondentov a 137 respondentov ich neabsolvovalo. Percentuálne zobrazenie sa nachádza v grafe č.6.



Graf č.6 Absolvovanie kurzov/workshopov/prednášok/konferencií zaoberajúce sa komunikáciou s pacientmi

3. Mali by ste v budúcnosti záujem o takéto kurzy/workshopy/prednášky/konferencie?

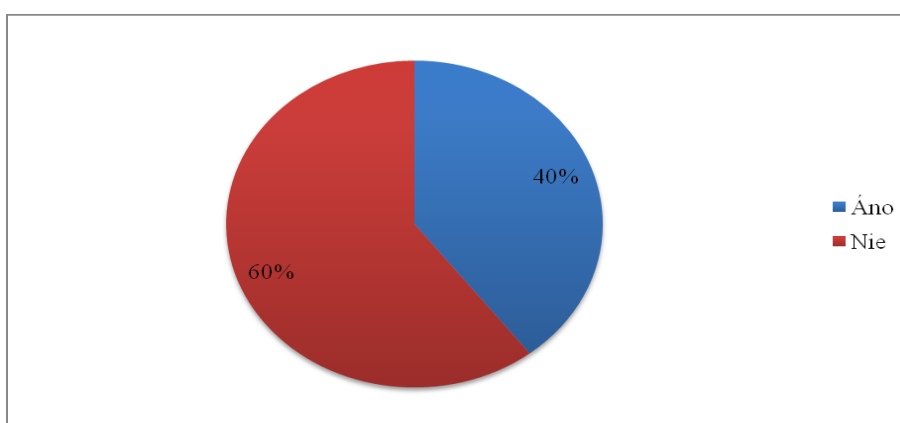
Záujem o kurzy/workshopy/prednášky/konferencie prejavilo 247 respondentov a 44 respondentov neprejavilo záujem. Percentuálne zobrazenie je uvedené v grafe č.7.



Graf č.7 Záujem o kurzy/workshopy/prednášky/konferencie

4. Stretli ste sa počas Vašej praxe s pojmom „alternatívna a augmentatívna komunikácia“?

Počas svojej praxe sa s pojmom „alternatívna a augmentatívna komunikácia“ 115 respondentov a 176 respondentov tento pojem nepozná. Odpovede respondentov sú zobrazené v grafe č.8.

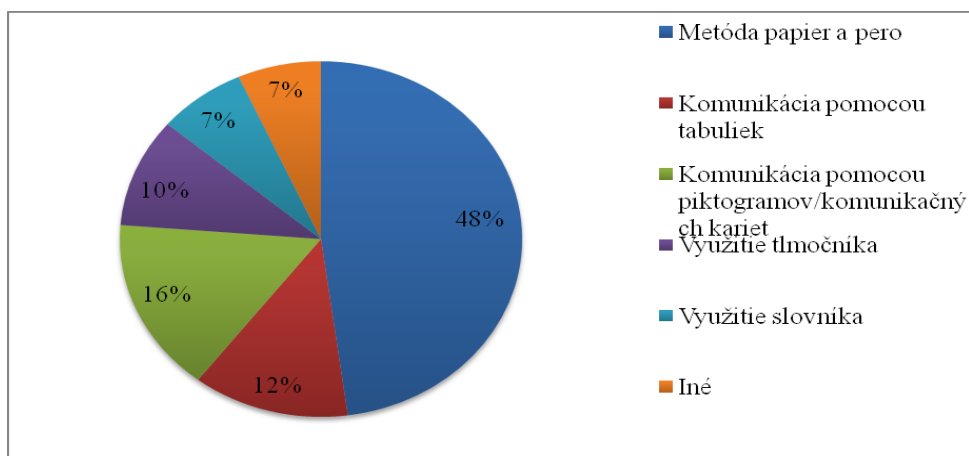


Graf č.8 Stretnutie s pojmom „alternatívna a augmentatívna komunikácia“

5. Aké prostriedky alternatívnej a augmentatívnej komunikácie využívate v praxi?

V otázke č.5 mali respondenti možnosť označiť viacero odpovedí. Metódu papier a pero označilo 236 respondentov, 62 respondentov označilo možnosť komunikácia pomocou tabuliek, komunikáciu pomocou piktogramov/komunikačných kariet označilo 78 respondentov, využitie tlmočníka označilo 49 respondentov, využitie slovníka označilo 35 respondentov a 33 respondentov označilo možnosť iné. Pri možnosti iné doplnilo 19 respondentov, že nevyužíva metódy alternatívnej a augmentatívnej komunikácie, 4 respondenti využívajú gestiku, 2 respondenti sami tlmočia, 2 respondenti využívajú posunkovú reč, 1 respondent využíva Tobi počítač, 1 respondent využíva pantomímu, 1 respondent využíva komunikáciu pomocou abecedy, 1 respondent využíva komunikáciu pomocou hračiek, 1 respondent využíva artikuláciu a 1 respondent využíva informačné

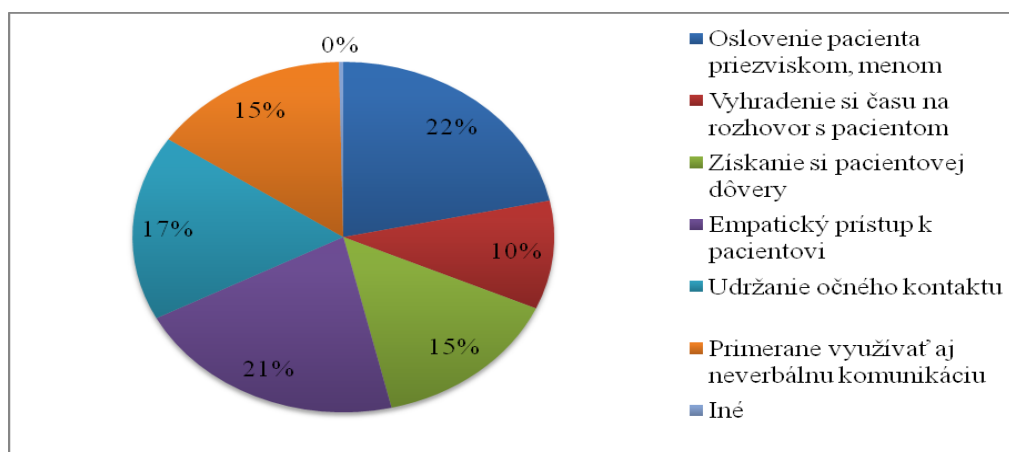
materiály o rozličných výkonoch. Výsledky sú spracované v grafe č.9.



Graf č.9 Prostriedky alternatívnej a augmentatívnej komunikácie

6. Aké všeobecné zásady najčastejšie využívate pri komunikácii s pacientom?

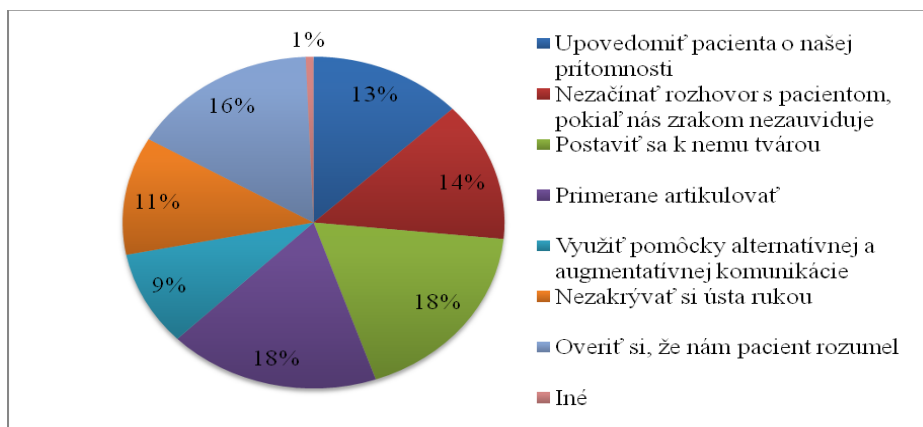
Otázka č.6 patrí k otázkam, kde mohli respondenti označiť viacero možností. 263 respondentov označilo možnosť oslovenie pacienta priezviskom, menom, 122 respondentov označilo možnosť vyhradenie si času na rozhovor s pacientom, 178 respondentov označilo možnosť získanie si pacientovej dôvery, 255 respondentov označilo možnosť empatický prístup k pacientovi, 208 respondentov označilo možnosť udržanie očného kontaktu, 185 respondentov označilo možnosť primerane využívať aj neverbálnu komunikáciu a 4 respondenti označili možnosť iné. Pri možnosti iné 1 respondent doplnil, že využíva rôzne komunikačné techniky, 1 respondent sa opýta pacienta, ako si želá byť oslovovaný, 1 respondent doplnil využitie úsmevu a pozitívneho prístupu a 1 respondent využíva primeranú intonáciu hlasu. Výsledky sú uvedené v grafe č.10.



Graf č.10 Všeobecné zásady pri komunikácii s pacientom

7. Aké zásady komunikácie využívate pri komunikácii so sluchovo postihnutým pacientom?

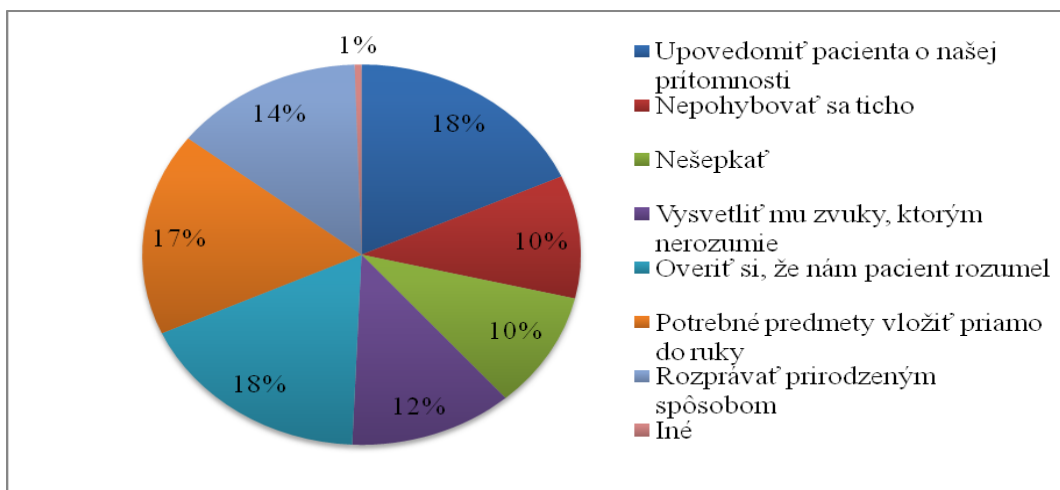
Pri otázke č.7 mali respondenti možnosť označiť viacero odpovedí. Možnosť upovedomiť pacienta o našej prítomnosti označilo 178 respondentov, nezačínať rozhovor s pacientom, pokiaľ nás zrakom nezaeviduje označilo 187 respondentov, postaviť sa k nemu tvárou označilo 249 respondentov, primerane artikulovať označilo 246 respondentov, využiť pomôcky alternatívnej a augmentatívnej komunikácie označilo 127 respondentov, nezakrývať si ústa rukou označilo 158 respondentov, overiť si, že nám pacient rozumel označilo 219 respondentov a možnosť iné označilo 9 respondentov. Pri možnosti iné doplnili 3 respondenti, že sa s takýmito pacientmi nestretávajú, 1 respondent využíva gestikuláciu, 1 respondent uviedol, že pokiaľ pacient aspoň trochu počuje, treba využiť zvýšenú hlasitosť, 2 respondenti využívajú písomnú komunikáciu, 1 respondent využíva posunkovú reč a 1 respondent uviedol, že momentálne je komunikácia naozaj sťažená, nakoľko sa používajú rúška, ktoré zakrývajú ústa a tým pádom pacienti nemôžu odčítať z pier. Výsledky sú spracované v grafe č. 11.



Graf č.11 Zásady pri komunikácii so sluchovo postihnutým pacientom

8. Aké zásady komunikácie využívate pri komunikácii so zrakovo postihnutým pacientom?

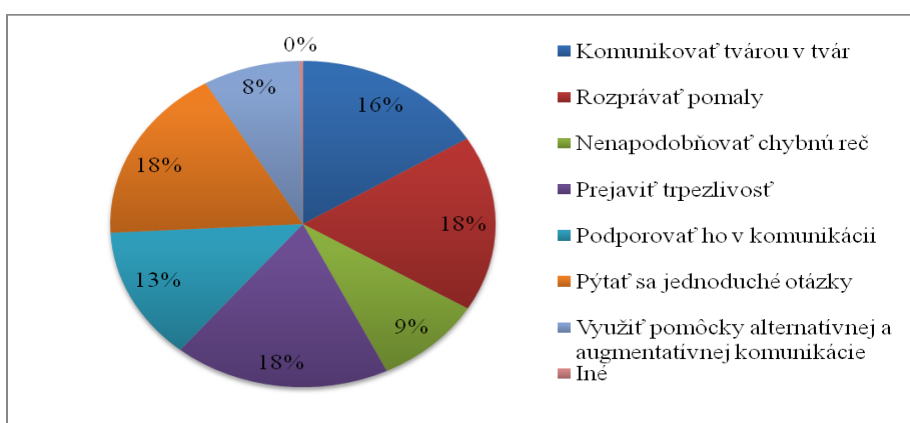
Aj pri otázke č.8 mali respondenti možnosť označiť viacero odpovedí. 254 respondentov označilo možnosť upovedomiť pacienta o našej prítomnosti, 146 respondentov označilo možnosť nepohybovať sa ticho, 138 respondentov označilo možnosť nešepkať, 168 respondentov označilo možnosť vysvetliť mu zvuky, ktorým nerozumie, overiť si, že nám pacient rozumel označilo 244 respondentov, potrebné predmety vložiť priamo do ruky označilo 241 respondentov, 195 respondentov označilo možnosť rozprávať prirodzeným spôsobom. Možnosť iné označilo 7 respondentov, 3 respondenti doplnili, že sa počas svojej praxe nestretávajú s takýmito pacientmi, 2 respondenti využívajú pri komunikácii haptiku, 1 respondent uviedol, že je potrebné upovedomiť pacienta o priestorovej orientácii v ambulancii/na oddelení a 1 respondent doplnil, že je potrebné upozorniť pacienta o všetkých činnostiach, ktoré s ním budeme robiť. Výsledky sú spracované v grafe č. 12.



Graf č.12 Zásady komunikácie so zrakovo postihnutým pacientom

9. Aké zásady komunikácie využívate pri komunikácii s pacientom s rečovou poruchou?

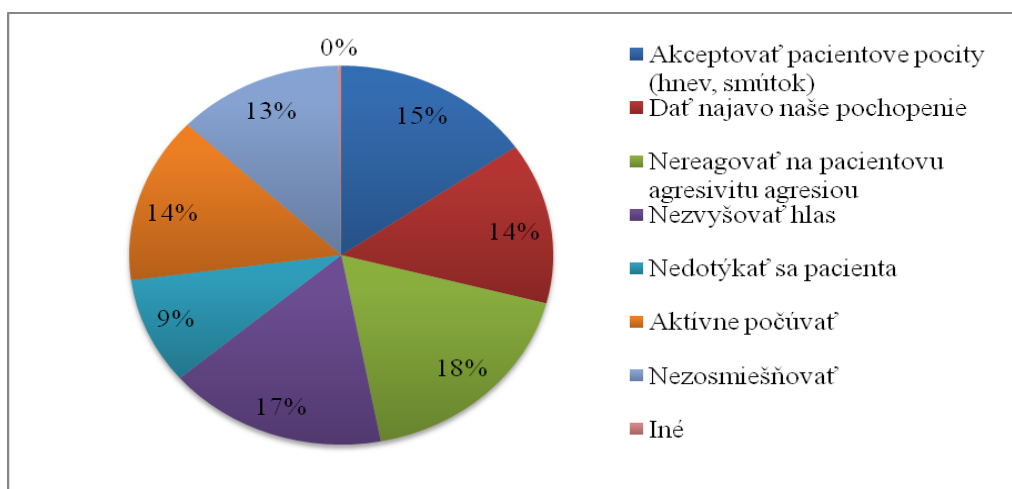
Otázka č.9 patrí k poloopeným otázkam, respondenti mali možnosť označiť viaceré odpovede. Pri komunikácii s pacientom s rečovou poruchou 225 respondentov komunikuje tvárou v tvár, 241 respondentov rozpráva pomaly, nenapodobňuje chybnú reč 127 respondentov, trpezlivosť prejavuje 252 respondentov, podporuje pacienta v komunikácii 182 respondentov, 241 respondentov sa pýta jednoduché otázky, 113 respondentov využíva pomôcky alternatívnej a augmentatívnej komunikácie. Možnosť iné označili 4 respondenti. 2 respondenti dávajú pacientovi čas a priestor na odpoveď, 1 respondent sa ešte nestretol s takýmto pacientom a 1 respondent prejavil záujem o využitie spolupráce logopéda. Výsledky sú graficky spracované v grafe č.13.



Graf č.13 Zásady komunikácie s pacientom s rečovou poruchou

10. Aké zásady komunikácie využívate pri komunikácii s pacientom s problémovým správaním?

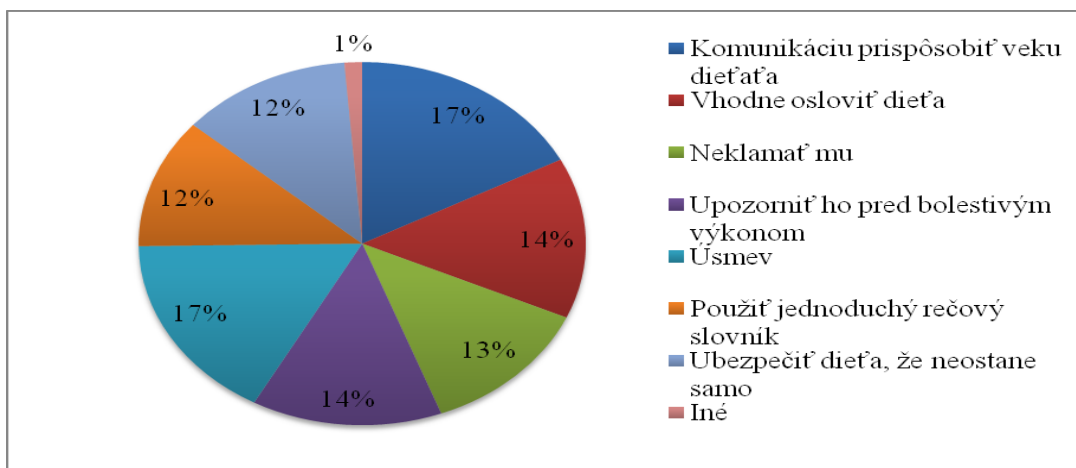
Aj pri otázke č.10 mali respondenti možnosť označiť viacero odpovedí. Akceptuje pacientove pocity (hnev, smútok) 208 respondentov, 187 respondentov dáva najavo svoje pochopenie, nereaguje na pacientovu agresivitu agresiou 243 respondentov, nezvyšuje hlas 227 respondentov, 124 respondentov sa nedotýka pacientov, 193 respondentov ich aktívne počúva a nezosmiešňuje ich 172 respondentov. Pri možnosti iné, ktorú označili 3 respondenti, 1 respondent navrhol vybaviť požiadavky pacienta prednostne, aby nedochádzalo k zvyšovaniu napätia, 1 respondent si na rozhovor vyhradí dostatok času a 1 respondent uviedol, že je potrebné určiť si hranice, ktoré by pacient nemal prekročiť. Grafické spracovanie výsledkov sa nachádza v grafe č.14.



Graf č.14 Zásady komunikácie s pacientom s problémovým správaním

11. Aké zásady komunikácie využívate pri komunikácii s detským pacientom?

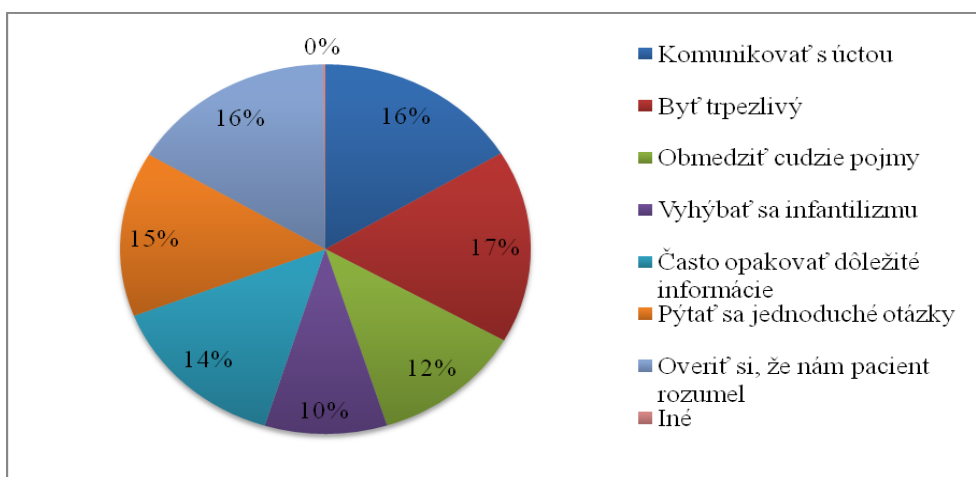
Otázka č.11 taktiež patrí k otázkam s možnosťou označiť viacero odpovedí. 258 respondentov komunikáciu prispôbuje veku dieťaťa, 213 respondentov označilo možnosť vhodne osloviť dieťa, možnosť neklamať mu označilo 187 respondentov, 205 respondentov upozorní dieťa pred bolestivým výkonom, úsmev využíva 249 respondentov, 172 respondentov používa jednoduchý rečový slovník a 184 respondentov ubezpečí dieťa, že neostane samo. Možnosť iné označilo 19 respondentov, pričom 14 respondentov sa nestretáva s detským pacientom, 2 respondenti využívajú komunikáciu hravou metódou (maňuška), 1 respondent podotkol, že je potrebné dieťa pochváliť, 1 respondent uviedol, že je potrebné odvieť pozornosť dieťaťa pri výkone a 1 respondent uviedol, že je vhodné, aby boli prítomní aj rodičia dieťaťa. Výsledky sú spracované v grafe č.15.



Graf č.15 Zásady komunikácie s detským pacientom

12. Aké zásady komunikácie využívate pri komunikácii s geriatrickým pacientom?

Pri otázke č.12 mali respondenti možnosť označiť viacero odpovedí. Komunikovať s úctou označilo 256 respondentov, 266 respondentov označilo možnosť byť trpezlivý, obmedziť cudzie pojmy označilo 187 respondentov, 151 respondentov sa vyhýba infantilizmu, 225 respondentov často opakuje dôležité informácie, 227 respondentov sa pýta jednoduché otázky a 255 respondentov si overí, že im pacient porozumel. Možnosť iné označili 3 respondenti, pričom 1 respondent doplnil, že je potrebné všetky informácie a požiadavky pacientom napísať, 1 respondent sa nestretáva s takýmito pacientmi a 1 respondent doplnil, že je potrebné využívať empatiu. Grafické spracovanie výsledkov sa nachádza v grafe č. 16.

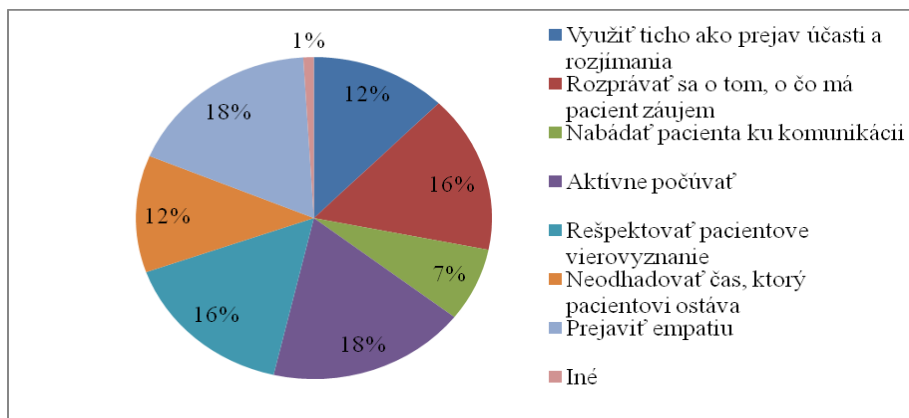


Graf č.16 Zásady komunikácie s geriatrickým pacientom

13. Aké zásady komunikácie využívate najčastejšie pri komunikácii s pacientom v terminálnom štádiu ochorenia?

Otázka č.13 patrí k otázkam, pri ktorej mali respondenti možnosť označiť viacero odpovedí.

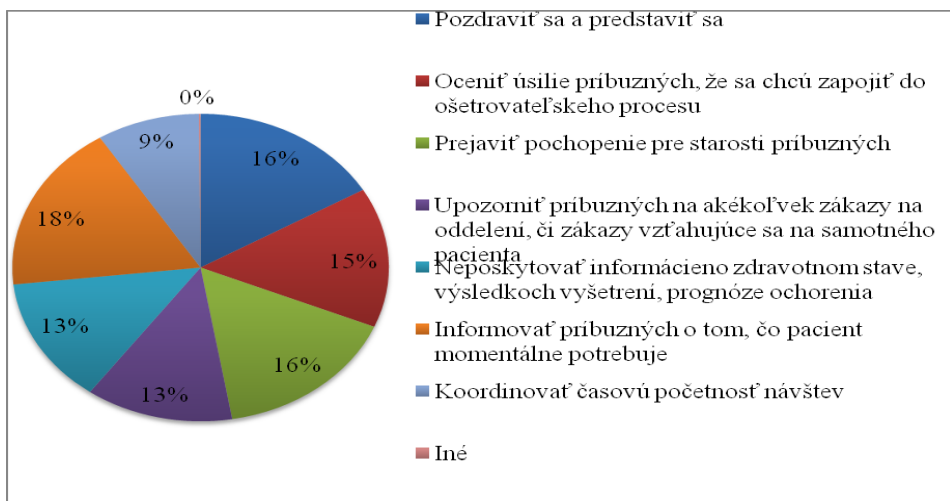
168 respondentov využíva ticho ako prejav účasti a rozjímania, 214 respondentov sa rozpráva s pacientom o tom, o čo má pacient záujem, nabáda pacienta ku komunikácii 100 respondentov, aktívne počúva 246 respondentov, 216 respondentov rešpektuje pacientovo vierovyznanie, 159 respondentov neodhaduje čas, ktorý pacientovi ostáva a 241 respondentov prejavuje empatiu. Možnosť iné označilo 13 respondentov. 9 respondentov sa nestretáva s takýmito pacientmi, 1 respondent doplnil, že pacientom netreba klamať, 1 respondent doplnil, že je potrebné prejsť súcit a trpezlivosť, 1 respondent uviedol, že je potrebné, aby pacient nebol sám a 1 respondent uviedol, aby pacient mal možnosť byť v kontakte so svojimi príbuznými. Výsledky sú spracované v grafe č.17.



Graf č.17 Zásady komunikácie s pacientom v terminálnom štádiu ochorenia

14. Aké zásady komunikácie využívate najčastejšie pri komunikácii s príbuznými pacienta?

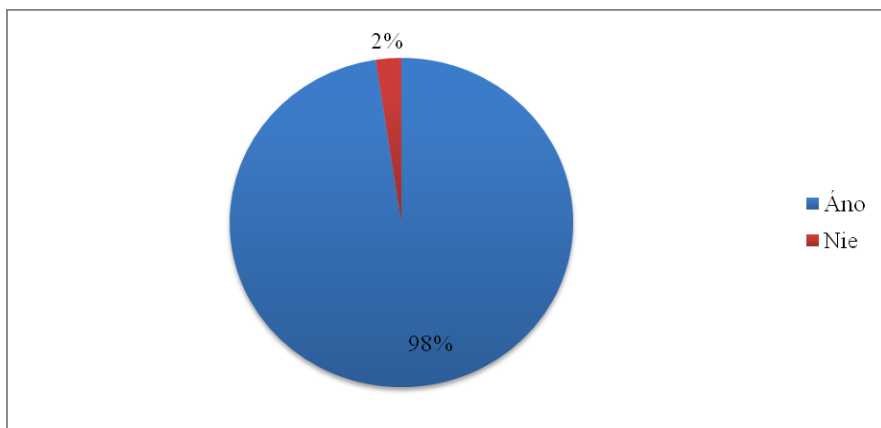
Pri otázke č.14 mali respondenti možnosť označiť viacero odpovedí. 227 respondentov označilo možnosť pozdraviť sa a predstaviť sa, 201 respondentov označilo možnosť oceniť úsilie príbuzných, že sa chcú zapojiť do ošetrovateľského procesu, 219 respondentov označilo možnosť prejsť pochopenie pre starosti príbuzných, 174 respondentov upozorní príbuzných na akékoľvek zákazy na oddelení, či zákazy vzťahujúce sa na samotného pacienta, 181 respondentov neposkytuje informácie o zdravotnom stave, výsledkoch vyšetrení, prognóze ochorenia, 243 respondentov označilo možnosť informovať príbuzných o tom, čo pacient momentálne potrebuje a 121 respondentov koordinuje časovú početnosť návštev. Možnosť iné označili 2 respondenti, 1 respondent doplnil, že je vhodné odporučiť príbuzným, aby sa informovali u lekára a 1 respondent sa nestretáva s príbuznými pacienta, nakoľko pracuje na operačnej sále. Grafické spracovanie výsledkov sa nachádza v grafe č.18.



Graf č.18 Zásady komunikácie pri komunikácii s príbuznými pacienta

15. Stretli ste sa počas Vašej praxe s komunikačnými bariérami, či už zo strany pacienta, alebo zo strany sestier?

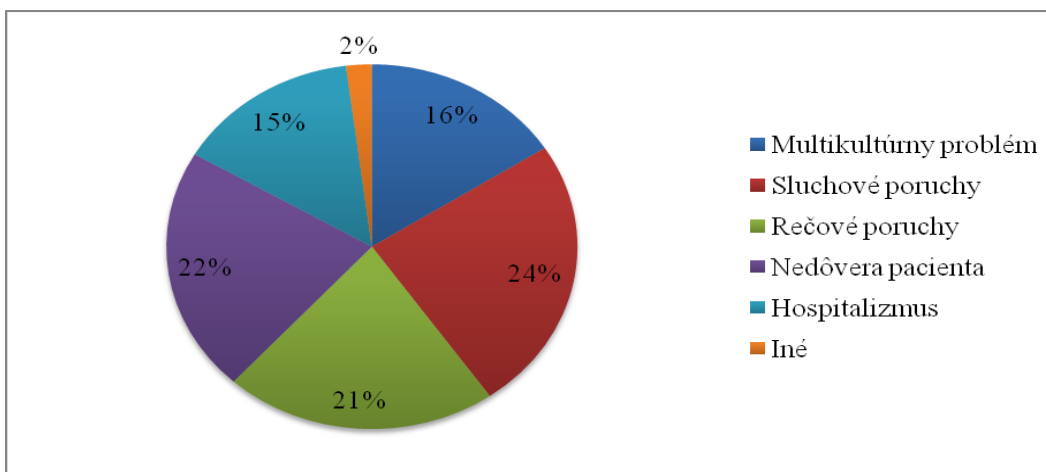
Počas svojej praxe sa s komunikačnými bariérami stretáva 284 respondentov a 7 respondentov sa s komunikačnými bariérami nestretáva. Výsledky sú spracované v grafe č.19.



Graf č.19 Stretávanie sa s komunikačnými bariérami

16. S akými komunikačnými bariérami zo strany pacienta sa najčastejšie stretávate?

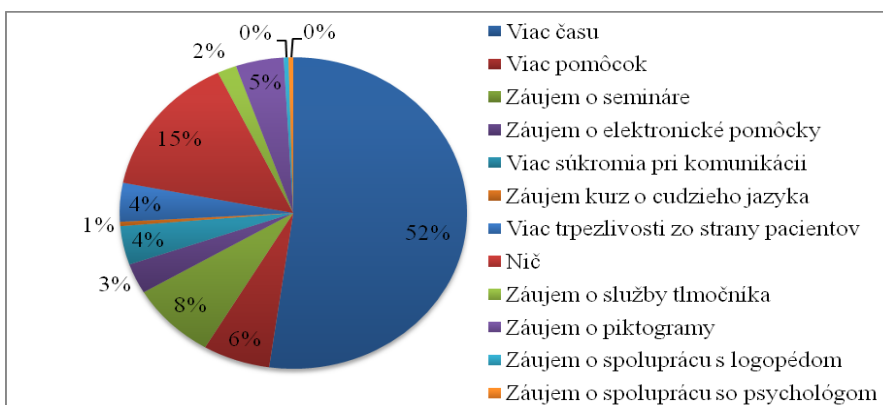
Aj otázka č.16 patrí k otázkam, kde mali respondenti možnosť označiť viacero odpovedí. S multikultúrnym problémom sa stretáva 126 respondentov, so sluchovými poruchami sa stretáva 193 respondentov, s rečovými poruchami sa stretáva 170 respondentov, 172 respondentov sa stretáva s nedôverou pacienta a 115 respondentov sa stretáva s hospitalizmom. Možnosť iné označilo 16 respondentov, pričom 7 respondentov doplnilo, že stretáva s pacientmi s tracheostómiou, ktorí majú problém s komunikáciou, 6 respondentov sa stretáva s neochotou rešpektovať zdravotnícky personál, 1 respondent sa stretáva s pacientmi so zaistením dýchacích ciest, ktorí majú problém s komunikáciou, pre 1 respondenta predstavuje komunikačná bariéra analgosedácia a 1 respondent sa s komunikačnými bariérami nestretáva. Výsledky sú spracované v grafe č.20.



Graf č.20 Komunikačné bariéry

17. Napíšte, čo by ste uvítali na zlepšenie komunikácie medzi Vami a pacientom na Vašom oddelení/klinike:

Otázka č.21 predstavovala otázku, kde mohli respondenti doplniť svoje postrehy na zlepšenie komunikácie na svojom oddelení/klinike. Viac času na komunikáciu doplnilo 117 respondentov, 14 respondentov si žiada viac pomôcok pri komunikácii, 18 respondentov má záujem o semináre ohľadom komunikácie, 7 respondentov má záujem o elektronické pomôcky, 9 respondentov žiada viac súkromia pri komunikácii s pacientom, záujem o kurz cudzieho jazyka má záujem 1 respondent, 9 respondentov žiada viac trpezlivosti zo strany pacientov, 33 respondentov by nič nemenilo v tejto oblasti, 4 respondenti majú záujem o služby tlmočníka, 10 respondentov má záujem o piktogramy, záujem o spoluprácu s logopédom má 1 respondent a záujem o spoluprácu so psychológom má 1 respondent. Výsledky sú spracované v grafe č.21.



Graf č.21 Komunikačné bariéry

ŠTATISTICKÉ TESTOVANIE

Na štatistickú analýzu, vzhľadom na stanovené hypotézy a povahu dát, sme použili *Shapiro-Wilkov test normality*, *Kolmogorov-Smirnov test normality*, *neparametrický Mann-*

Whitneyho U-test, Kruskal-Wallis test a Chi-kvadrát test. Každý z týchto testov sme použili pri jednotlivých hypotézach v súlade s povahou konkrétnych dát objavujúcich sa v danej hypotéze. Štatistickú analýzu sme vykonávali v programe SPSS 22.

Hypotéza č.1: Predpokladáme, že existuje štatisticky významný rozdiel v záujme respondentiek o budúce vzdelávanie v oblasti komunikácie vzhľadom na vek.

Pri hypotéze 1 sme sa snažili zistiť, či existuje štatisticky významný rozdiel vo veku respondentov, vzhľadom na ich záujem o budúce vzdelávanie v oblasti komunikácie. Pre analýzu hypotézy sme po zohľadnení testov normality rozloženia a povahy premenných použili neparametrický Mann-Whitney U-test pre 2 nezávislé výbery.

Tabuľka č.1

Vek - RANKY

Záujem o budúce vzdelávanie v oblasti komunikácie	N	Mean Rank
Nie	44	131,41
Áno	247	148,60
Spolu	291	

Tabuľka č.2

Mann-Whitney U-test

	Vek
Mann-Whitney U	4792,000
Wilcoxon W	5782,000
Z	-1,249
Asymp. Sig. (2-tailed)	,212

Na základe výsledkov tabuľky č.1 a tabuľky č.2 môžeme konštatovať, že medzi skupinami respondentov, ktorí majú záujem o budúce vzdelávanie v oblasti komunikácie a respondentmi, ktorí takýto záujem nemajú sme nezistili žiadny štatisticky významný rozdiel z hľadiska veku respondentov. **Hypotéza 1 sa nepotvrdila.**

Hypotéza č.2: Predpokladáme, že existuje štatisticky významný rozdiel vo využívaní prostriedkov alternatívnej a augmentatívnej komunikácie respondentov, vzhľadom na ich dosiahnuté vzdelanie.

Využívanie prostriedkov alternatívne a augmentatívnej komunikácie sme získali z otázky 5. Spočítali sme pri každom respondentovi, koľko prostriedkov používa a z toho sme získali skóre. Teda skóre mohlo byť od 0 po 5. Otvorenú otázku „Iné“ sme nebrali do úvahy.

Pre zistenie poznatku o normálnosti alebo nenormálnosti rozloženia dát potrebných pre následné overovanie hypotézy 2 a na základe veľkosti vzorky, sme použili Kolmogorov-Smirnov test normality a Shapiro-Wilkov test normality.

Tabuľka č.3

Vek

Test normality

Vzdelanie	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
SZŠ	,351	68	,000			
Diplomovaná sestra				,856	12	,043
Bc. vzdelanie	,323	88	,000			
Mgr. vzdelanie	,255	107	,000			
PhDr. vzdelanie				,888	16	,052

Keďže sme zistili pri teste normality uvedenom v tabuľke č.3, že dáta nemajú normálne rozloženie, pre testovanie hypotézy 2 použijeme neparametrické testy.

Pri tejto hypotéze sme sa snažili zistiť, či existuje štatisticky významný rozdiel medzi respondentmi rozdelenými na základe vzdelania, vo využívaní prostriedkov alternatívnej a augmentatívnej komunikácie. Pre analýzu hypotézy sme po zohľadnení testov normality rozloženia a povahy premenných použili neparametrický Kruskal-Wallis test.

Na základe výsledkov uvedených v tabuľke č.5 môžeme konštatovať, že respondenti s magisterským a bakalárskym stupňom vzdelania využívajú prostriedky alternatívnej a augmentatívnej komunikácie štatisticky významne viac ako respondenti so stredným zdravotníckym vzdelaním. Pri vzájomnom porovnávaní ostatných skupín sme štatisticky významné rozdiely nezistili. **Hypotéza 2 sa teda potvrdila.**

Hypotéza č.3: Predpokladáme štatisticky významný rozdiel vo vnímaní frekvencie komunikačných problémov s pacientmi medzi sestrami, ktoré absolvovali komunikačný kurz a sestrami, ktoré neabsolvovali komunikačný kurz.

Pri hypotéze 3 sme sa snažili zistiť, či existuje štatisticky významný rozdiel vo

vnímaní frekvencie problémov s komunikáciou u pacientov, vzhľadom na absolvovanie alebo neabsolvovanie komunikačného kurzu sestrami. Pre analýzu hypotézy sme po zohľadnení testov normality rozloženia a povahy premenných použili neparametrický Mann-Whitney U-test pre 2 nezávislé výbery.

Tabuľka č.6 **Problémy v komunikácii u pacienta - RANKY**

Absolvovanie komunikačného kurzu	N	Mean Rank
Nie	137	140,62
Áno	154	150,78
Spolu	291	

Tabuľka č.7

Mann-Whitney U-test

	Problémy v komunikácii u pacienta
Mann-Whitney U	9812,500
Wilcoxon W	19265,500
Z	-1,117
Asymp. Sig. (2-tailed)	,264

Na základe výsledkov tabuľky č.6 a tabuľky č.7 môžeme konštatovať, že medzi skupinami respondentov, ktorí absolvovali kurz v oblasti komunikácie a respondentmi, ktorí takýto kurz neabsolvovali sme nezistili žiadny štatisticky významný rozdiel z hľadiska vnímania frekvencie výskytu problémov s komunikáciou u pacientov. **Hypotéza 3 sa nepotvrdila.**

Hypotéza č.4: Predpokladáme štatisticky významný rozdiel vo vnímaní výskytu komunikačných bariér medzi sestrami, ktoré absolvovali komunikačný kurz a sestrami, ktoré neabsolvovali komunikačný kurz.

Pri hypotéze 4 sme sa snažili zistiť, či existuje štatisticky významný rozdiel medzi sestrami, ktoré absolvovali komunikačný kurz a sestrami, ktoré tento kurz neabsolvovali, vo vnímaní komunikačných bariér v práci. Pre analýzu hypotézy sme po zohľadnení povahy premenných použili Chi-kvadrát test.

Tabuľka č.8

Absolvovanie komunikačného kurzu

*

Komunikačné bariéry v práci

	Komunikačné bariéry v práci		Spolu
	Nie	Áno	
Absolvovanie komunikačného kurzu	Nie 6	Áno 131	137
	Áno 1	153	154
Spolu	7	284	291

Tabuľka č.9

Chi-kvadrát testy

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	4,297	1	,038
Continuity Correction	2,855	1	,091
Likelihood Ratio	4,675	1	,031
Linear-by-Linear Association	4,282	1	,039
N of Valid Cases	291		

Na základe výsledkov uvedených v tabuľke č.8 a tabuľke č.9 môžeme konštatovať, že existuje štatisticky významný rozdiel vo vnímaní komunikačných bariér na pracovisku medzi sestrami rozdelenými na základe absolvovania alebo neabsolvovania komunikačného kurzu. **Hypotéza 4 sa potvrdila.**

DISKUSIA

Prvým čiastkovým cieľom nášho výskumu bolo **zistiť najčastejšie využívané komunikačné schopnosti**. Výsledky nášho výskumu jasne ukazujú, že sestry počas svojej praxe využívajú široké spektrum komunikačných schopností. V dotazníku bolo 9 otázok (otázky č.6-č.14) venovaných problematike komunikačných schopností pri komunikácii s rozličnými pacientmi. Konkrétne sa jednalo o komunikačné zásady s pacientom všeobecne, so sluchovo postihnutým pacientom, so zrakovo postihnutým pacientom, pacientom s rečovou poruchou, pacientom s problémovým správaním, detským pacientom, geriatrickým pacientom, pacientom v terminálnom štádiu ochorenia a komunikácia s príbuznými pacienta.

Pri otázke týkajúcej sa všeobecných zásad pri komunikácii s pacientom najviac respondentov označilo možnosť osloviť pacienta priezviskom, menom, konkrétne to predstavuje 263 respondentov (22%) a najmenej respondentov 122 (10%) označilo možnosť vyhradenie si času na rozhovor s pacientom.

Pri komunikácii so sluchovo postihnutým pacientom najviac respondentov 249 označilo možnosť postaviť sa k pacientovi tvárou (18%) a najmenej respondentov 127 využíva pri komunikácii prostriedky AAK.

Pri komunikácii so zrakovo postihnutým pacientom respondenti 254 najviac označili možnosť upovedomiť pacienta o našej prítomnosti (18%) a najmenej respondentov 138 označilo možnosť nešepkať (10%).

Pri komunikácii s pacientom s rečovou poruchou najviac respondentov 252 označilo možnosť prejať trpezlivosť (18%) a najmenej respondentov 113 využíva pri komunikácii prostriedky AAK (8%).

Pri komunikácii s pacientom s problémovým správaním možnosť nereagovať na pacientovu agresivitu agresiou označilo najviac respondentov 243 (18%) a možnosť nedotýkať sa pacienta označilo najmenej respondentov 124 (9%).

Pri komunikácii s detským pacientom najviac respondentov 258 prispôsobuje komunikáciu

veku dieťaťa (17%) a najmenej respondentov 172 používa jednoduchý slovník (12%). Pri komunikácii s geriatrickým pacientom možnosť byť trpezlivý označilo najviac respondentov 266 (17%) a možnosť vyhýbať sa infantilizmu označilo najmenej respondentov 151 (10%).

Pri komunikácii s pacientom v terminálnom štádiu ochorenia najviac respondentov 246 (18%) označilo možnosť aktívne počúvať a najmenej respondentov 100 (7%) označilo možnosť nabádať pacienta ku komunikácii.

Pri komunikácii s príbuznými pacienta najviac respondentov 227 (18%) označilo možnosť informovať príbuzných o tom, čo pacient momentálne a najmenej respondentov 121 (9%) označilo možnosť koordinovať časovú početnosť návštev.

Z výsledkov nášho vyplýva, že pri komunikácii s rozličnými pacientmi nevyužívajú najviac rovnakú zásadu, akurát pri komunikácii so sluchovo postihnutým pacientom a pacientom s rečovou poruchou najmenej respondentov využíva prostriedky AAK, práve toto zistenie využijeme pri tvorbe odporúčaní pre prax.

Druhým čiastkovým cieľom bolo **zistiť záujem sestier o vzdelávanie v oblasti komunikácie**. Na zistenie údajov k tomuto čiastkovému cieľu sme zostavili otázku č.3 a 247 respondentov (85%) prejavilo záujem o vzdelávanie a 44 respondentov (15%) záujem neprejavilo. Hypotéza č.1, ktorá sa týkala záujmu o budúce vzdelávanie v oblasti komunikácie vzhľadom na vek respondentov sa síce nepotvrdila, ale naznačila, že nielen mladšie sestry majú záujem o vzdelávanie.

Tretím čiastkovým cieľom nášho výskumu bolo **zistiť využitie prostriedkov AAK**. Ako sme už predtým naznačili, respondenti najmenej využívajú prostriedky AAK pri komunikácii, takisto aj výsledky otázky č.4 značia o tom, že respondenti sa počas svojej praxe nestretli s pojmom AAK, tým pádom nemôžu ich prostriedky využívať v praxi. Avšak pri otázke č.5 zameranej na využitie prostriedkov AAK iba 19 respondentov uviedlo, že prostriedky AAK nevyužíva. Výsledok teda značí o tom, že sestry sú málo informované o problematike AAK. Avšak pri otázke č.21, ktorá sa týkala návrhov na doplnenie v oblasti komunikácie s pacientom, respondenti uviedli, že im treba viac pomôcok, čo znamená, že sestry možno sú oboznámené s pojmom AAK, poznajú prostriedky AAK, ale na ich pracovisku sa nenachádzajú.

Štvrtým čiastkovým cieľom bolo **zistiť najčastejšie problémy pri komunikácii**. Výsledky otázky č.1 zaoberajúcou sa frekvenciou stretávania sa s pacientmi, ktorí majú problém s komunikáciou naznačujú, že sa sestry počas svojej praxe často stretávajú s danými problémami, takisto aj výsledky otázky č.15 poukazujú na to, že respondenti sa počas praxe stretávajú aj s komunikačnými bariérami, ktoré spôsobujú problémy pri komunikácii s pacientom. Pri otázke č.21 týkajúcej sa návrhov na zlepšenie pri komunikácii s pacientom, najviac respondentov požaduje viac času na komunikáciu s pacientom. Respondenti požadujú takisto aj viac trpezlivosti so strany pacientov, viac súkromia na komunikáciu a viac pomôcok.

Posledným piatym čiastkovým cieľom nášho výskumu bolo **zistiť najčastejšie komunikačné bariéry zo strany pacienta**. Výsledky otázky č.16 týkajúcej sa najčastejších komunikačných bariér zo strany pacienta vyplýva, že najčastejšou komunikačnou bariérou sú sluchové poruchy pacientov. Výsledky takisto poukazujú na fakt, že respondenti sa síce stretávajú so sluchovo postihnutými pacientmi, ale vedia ako s nimi správne komunikovať.

Odporúčania pre prax

Na základe našich zistení a z výsledkov nášho výskumu sme následne zostavili tieto odporúčania pre prax:

Pre manažment:

- realizácia kurzov/workshopov/prednášok/konferencií týkajúcich sa oblasti komunikácie v ošetrovatel'stve pod záštitou SKSaPA na miestnej, alebo medzinárodnej úrovni,
- distribúcia pomôcok, ktoré by zefektívnil komunikáciu medzi sestrou a pacientom, t.j. distribúcia piktogramov/komunikačných kariet a rôznych iných metód alternatívnej a augmentatívnej komunikácie do zdravotníckych zariadení,
- vytvorenie špeciálnej miestnosti na oddeleniach/klinikách, ktorá by zabezpečila dostatok súkromia pri komunikácii s pacientom,
- zostavenie publikácie obsahujúcej zásady správnej komunikácie sestry s rozličnými pacientmi,
- zostavenie publikácie o alternatívnej a augmentatívnej komunikácii a jej prostriedkoch.

ZÁVER

Sestry by mali vedieť ako komunikovať s jednotlivými pacientmi, ak je komunikácia sťažaná, využiť rôzne alternatívy na jej zefektívnenie, ale predovšetkým komunikáciou rozvíjať vzťah sestra- pacient, ktorý napomáha k tomu, aby sa pacient cítil dobre, nebál sa zdôveriť sa so svojimi problémami.

Na Slovensku je problematika komunikácie, jej zásad, špecifik a predovšetkým alternatívnych metód veľmi málo rozvinutá, avšak predpokladáme, že sa to v budúcnosti zlepší.

Hlavným cieľom nášho výskumu bolo zistiť využitie komunikačných schopností sestier v ošetrovatel'skej praxi. Ako dokazujú výsledky nášho výskumu, sestry počas svojej praxe využívajú širokú škálu komunikačných schopností pri komunikácii s jednotlivými pacientmi, alebo príbuznými pacienta.

Prvým čiastkovým cieľom výskumu bolo zistiť najčastejšie využívané komunikačné schopnosti. Cieľ sa splnil, nakoľko výsledky výskumu ukazujú na to, že počas komunikácie s rozličnými pacientmi sestry využívajú najčastejšie iné komunikačné schopnosti.

Druhým čiastkovým cieľom bolo zistiť záujem sestier o vzdelávanie v oblasti komunikácie. Môžeme konštatovať, že aj tento cieľ sa splnil, nakoľko sestry preukázali svoj záujem o budúce vzdelávanie v danej oblasti.

Tretím čiastkovým cieľom bolo zistiť využitie prostriedkov alternatívnej a augmentatívnej komunikácie. Podľa výsledkov nášho výskumu môžeme konštatovať, že sestry využívajú rôzne prostriedky alternatívnej a augmentatívnej komunikácie, ale túto problematiku by bolo potrebné viac propagovať, teda cieľ sa splnil čiastočne.

Štvrtým čiastkovým cieľom bolo zistiť najčastejšie problémy pri komunikácii s pacientom. Ako dokazujú výsledky nášho výskumu, sestry sa počas svojej praxe stretávajú s rozličnými problémami pri komunikácii, najčastejšie však so sluchovými problémami pacienta. Môžeme teda konštatovať, že cieľ sa splnil.

Piatym a zároveň posledným čiastkovým cieľom bolo zistiť najčastejšie komunikačné bariéry zo strany pacienta. Ako dokazujú výsledky nášho výskumu, sestry sa počas svojej praxe stretávajú s rozličnými komunikačnými bariérami, najčastejšie však so sluchovým postihnutím pacienta. Môžeme konštatovať, že cieľ sa splnil.

Výskum obsahoval aj 4 hypotézy, z toho 2 hypotézy sa nám potvrdili a 2 nie. Najväčším prekvapením bolo pre nás zistenie, že sestry majú záujem o budúce vzdelávanie o danej problematike bez ohľadu na ich vek.

Na záver môžeme konštatovať, že čiastkové ciele sme splnili a pevne veríme, že v budúcnosti bude problematika komunikácie viac propagovaná.

BIBLIOGRAFIA

AGHABARARI, M.-KARIMI, M.-NOROUZINIA, R. et al. 2016. Communication Barriers Perceived by Nurses and Patients. In *Global Journal of Health science*. [online]. Vol.8, Issue 6/2016. [cit. 2020-12-10]. s.45-52. Dostupné na internete: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4954910/>>. ISSN 1916-9744.

AKPOR, O.A.-DITHOLE, K.S.-MOLEKI, M.M. 2017. Communication skills intervention: promoting effective communication between nurses and mechanically ventilated patients. In *BMC Nursing*. [online]. Vol.16, Issue 6/2017. [cit. 2019-12-06]. s.58-65. Dostupné na internete: <<https://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12912-017-0268-5#citeas>>. ISSN 1472-6955.

BALZER RILEY, J. 2017. *Communication in Nursing*. 8.vyd. Missouri: Elsevier, 2017. 373s. ISBN 978-0-323-354100-3.

BARTONÍČKOVÁ, D.-TOMOVÁ, Š. 2016. Význam komunikace v intenzivní ošetrovatelské péči. In TOMOVÁ, Š.-KŘIVKOVÁ, J. *Komunikace s pacientem v intenzivní péči*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN 978-80-271-0064-4. s. 52-57.

BENEŠ, P. 2019. *Zraková postižení: Behaviorální přístupy při edukaci pomůckami*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2019. 136s. ISBN 978-80-271-2635-4.

ČELEDOVÁ, L.-ČEVELA, R. 2010. *Výchova ke zdraví: Vybrané kapitoly*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. 128s. ISBN 978-80-247-3213-8.

ČIŽMÁRIKOVÁ, Z. 2019. Základy správnej a efektívnej komunikácie v zdravotníctve. In *Verejné zdravotníctvo*. [online]. XV.ročn.č.2/2019. [cit. 2020-09-30]. S.42-46. Dostupné na internete: <<http://casopis.fvszu.sk/wp-content/uploads/201901-cizmarikova.pdf>>. ISSN 1337-1789.

GULÁŠOVÁ, I. a kol. 2014. *Komunikace s depresivním pacientem*. [online]. [cit. 2020-10-10]. 2s. Dostupné na internete: <<https://www.linkos.cz/lekar-a-multidisciplinari-tym/kongresy/po-kongresu/databaze-tuzemskych-onkologickych-konferencnich-abstrakt/komunikace-s-depresivnim-pacientem/>>.

Kontakt

PhDr. Katarína Angelovičová, PhD.

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

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

E-mail: katka.angelovicova@gmail.com

VNÍMANIE SUPERVÍZIE Z POHĽADU POMÁHAJÚCICH PROFESIONÁLOV

PERCEPTION OF SUPERVISION FROM THE POINT OF VIEW OF HELPING PROFESSIONALS

Barkasi Daniela¹

¹ *Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave, n. o.*
Inštitút bl. Metoda Dominika Trčku Michalovce

Abstrakt

Teoretické východiská: Supervízia je významný zdroj profesionálnej podpory pre pomáhajúcich profesionálov, ktorý napomáha nielen profesionálnemu rozvoju spôsobilostí, verifikovaniu správnosti postupov, hľadaniu alternatív, ale aj ochrane pomáhajúceho profesionála voči syndrómu vyhorenia, udržaniu a zvyšovaniu statusu profesie, k ochrane klienta pred poškodením, či až zneužitím a zároveň k efektívnejšiemu výkonu inkluzívnej a modernej praxe sociálnej práce. Supervízia musí rešpektovať a včas reagovať na slovenskú realitu praxe sociálnej práce, ale aj neustále sa meniaci sociálnopolitický kontext.

Cieľ: V našej práci sme sa zamerali na zistenie pohľadu pomáhajúcich profesionálov pracujúcich v sociálnych službách na supervíziu vychádzajúc z jej podstaty.

Metódy: Výskum mal kvantitatívny charakter a výskumným nástrojom bol v našom výskume dotazník, ktorý bol prevzatý od autorov Schavel, Hunyadiová, Kuzyšin (2018). Menovaní autori uskutočnili obdobný výskum v danej oblasti.

Výsledky: Z našich výsledkov vyplýva, že supervíziu pomáhajúci profesionáli vnímajú ako nástroj skvalitňovania svojej práce, ako istú formu kontinuálneho vzdelávania, metódu rozvoja pracovníka, prevenciu syndrómu vyhorenia a formu skvalitňovania práce celej organizácie. Zároveň sme zistili, že ju nevnímajú ako kontrolu svojej práce a ako pomoc klientovi.

Záver: Supervízia je dôležitým nástrojom v podpore psychohygieny a efektivity práce, znižuje riziko výskytu syndrómu vyhorenia a týmto spôsobom prispieva ku kvalite sociálnych služieb, v centre ktorých by mal stáť najmä klient. Supervízia môže všeobecne zvyšovať sociálne zručnosti supervidovaného, nakoľko je rozvojová, má vzdelávací a posilňovací charakter, ale tiež môže hľadať problémy a ich riešenia v konkrétnych prípadoch a umožňuje pracovníkovi pochopiť, čo brzdí jeho porozumenie s klientom.

Kľúčové slová

Supervízia. Vnímanie. Pomáhajúci profesionál. Sociálne služby.

Abstract

Theoretical basis: Supervision is an important source of professional support for helping professionals, which helps not only the professional development of skills, verification of the correctness of procedures, the search for alternatives, but also the protection of the helping professional against burnout syndrome, maintaining and increasing the status of the profession, protecting the client from harm, or even misuse and at the same time to more effective performance of inclusive and modern practice of social work. Supervision must respect and respond in a

timely manner to the Slovak reality of social work practice, but also to the constantly changing socio-political context.

Objective: In our work, we focused on finding out the point of view of helping professionals working in social services on supervision based on its essence.

Methods: The research had a quantitative nature and the research tool in our research was a questionnaire, which was taken from the authors Schavel, Hunyadiová, Kuzyšin (2018). The named authors conducted similar research in the given area.

Results: Our results show that the helping professionals perceive supervision as a tool for improving the quality of their work, as a form of continuous education, a method of employee development, prevention of burnout and a form of improving the work of the entire organization. At the same time, we found out that they do not perceive it as a control of their work and as a help to the client.

Conclusion: Supervision is an important tool in promoting psychohygiene and work efficiency, it reduces the risk of burnout and in this way it contributes to the quality of social services, which should mainly focus on the client. Supervision can generally increase the social skills of the supervisee, as it is developmental, educational and empowering in nature, but it can also look for problems and their solutions in specific cases and allows the worker to understand what hinders his understanding with the client.

Keywords

Supervision. Perception. A helpful professional. Social services.

Úvod

Supervízia sa ako špecializovaná činnosť sa začala charakterizovať až koncom 19. storočia a to vikárom Samuelom Barnettom, ktorý spolu s univerzitnými študentmi experimentoval v tej najchudobnejšej časti v Londýne s rôznymi metódami sociálnej práce no najmä vyzdvihnutím charitatívnych spolkov s požiadavkou kontroly ich financovania. V tomto období možno definovať vznik administratívnej a edukatívnej funkcie supervízie v sociálnej práci, ktorá pozorovala potreby adresátov pomoci (Schavel, Hunyadiová, Kuzyšin, 2018). Bálint viedol pomáhajúcich profesionálov k tomu, aby si uvedomili, čo zo svojich postojov, zážitkov a správania im bráni v prospešnejšej pomoci klientovi. Práve v zmysle tohto prístupu je primárnym základom práce s klientom vnímanie nie len klientovho problému, pomáhajúci musí brať do úvahy i konkrétny kontext jeho životnej situácie.

Podľa autora Beddoe (2011) je supervízia zložitý, mnohostranný proces, ktorý predstavuje istý sporný priestor medzi zamestnávateľskou organizáciou a zamestnaným pracovníkom. Supervíziu definuje Morrison (2017) ako proces, ktorý prospešný pre pomáhajúceho pracovníka s cieľom skvalitnenia jeho práce. Ponea a Sandu (2011) poukazujú nato, že supervízia pomáha odborníkom zlepšiť ich schopnosti reflexie, čím sa viac prepája teória s praxou.

Supervízia má svoje významné miesto v oblasti ľudí, ktorí pôsobia v pomáhajúcich profesiách. Ide o osoby, ktoré poskytujú sociálne služby taktiež pre všetkých zamestnancov pracujúcich v zariadeniach, nakoľko všetci prichádzajú do kontaktu s klientom a sú súčasťou organizácie, tvoria kultúru danej organizácie, zažívajú stres, záťaž a iné náročné životné situácie, ktoré v prvom rade ohrozujú najmä pomáhajúce profesie (Jurašek, Levická, 2020). Supervízia

vytvára predpoklady a podmienky na profesionálny rozvoj, vzdelanosť a odbornosť rastu zamestnancov v pomáhajúcich profesiách. Je nápomocný prostriedok sebapoznania pre prácu s ľuďmi a v prospech skvalitnenia sociálnej práce (Schavel, Hunyadiová, Kuzyšin, 2018).

Dobrá supervízia má slúžiť predovšetkým ako odrazový mostík, ktorý pomôže prekonať bariéry objavujúce sa najmä v profesnom, ale aj v osobnom živote. Supervízia je počas posledných rokov stále viac žiadaná a oceňovaná aj v ďalších oblastiach práce s ľuďmi, ako sú medicína, školstvo, výchova alebo manažment (Popovičová, Belovičová, Snopek, 2023).

Na Slovensku je supervízia nevyhnutnou súčasťou praxe sociálnej práce, zohráva kľúčovú úlohu pri zabezpečovaní kvalitnej starostlivosti a dodržiavaní etických štandardov medzi sociálnymi pracovníkmi. Na Slovensku je supervízia nevyhnutnou súčasťou praxe sociálnej práce, zohráva kľúčovú úlohu pri zabezpečovaní kvalitnej starostlivosti a dodržiavaní etických štandardov medzi sociálnymi pracovníkmi (Hunyadiová a kol., 2022). Rámec pre supervíziu v tejto súvislosti vymedzuje množstvo slovenských zákonov a nariadení, ktoré spoločne stanovujú princípy, štandardy a očakávania pre túto prax. V zmysle zákona č. 448/2010 Z. z. o sociálnych službách má supervízia zásadný význam pri definovaní princípov a štandardov sociálnych služieb na Slovensku. Podmienky za ktorých môže fyzická osoba vykonávať prax supervízora sú v zmysle vyššie uvedeného zákona sú: vysokoškolské vzdelanie prvého stupňa alebo druhého stupňa v študijnom odbore sociálna práca, sociálne služby a poradenstvo, sociálna pedagogika, špeciálna pedagogika, liečebná pedagogika, psychológia akreditovanom podľa osobitného predpisu alebo uznaný doklad o takomto vysokoškolskom vzdelaní vydaný zahraničnou vysokou školou a absolvovala odbornú akreditovanú prípravu supervízora v oblasti sociálnej práce alebo poradenskej práce v rozsahu najmenej 240 hodín (Vansač, 2020, s. 78).

Supervízia plní aj podpornú úlohu, ktorú zdôraznili Beddoe a Davys (2018), a podľa ktorých rieši emocionálne požiadavky sociálnej práce. Supervízori poskytujú supervidantom bezpečný priestor na informovanie a spracovanie svojich skúseností a ponúkajú emocionálnu podporu, ktorá je kľúčová pri zmierňovaní syndrómu vyhorenia a únavy zo súcitu. Tento rozmer supervízie je významný nielen pre pohodu pomáhajúcich profesionálov, ale istým spôsobom prispieva k zvyšovaniu kvality starostlivosti o klienta, keďže emocionálne podporovaní pracovníci sú pri interakciách s klientmi efektívnejší a empatickejší. Ďalším aspektom supervízie je manažérsky, čo uviedol Morrison (2017), a ktorý tvrdí, že sa zameriava na dodržiavanie profesionálnych štandardov a etického správania v rámci postupov sociálnej práce. To v sebe zahŕňa monitorovanie výkonu, spätnú väzbu a stanovovanie cieľov, čím sa zabezpečuje zodpovednosť a poskytovanie kvalitných služieb. Manažérsky supervízia má za úlohu zosuladňovať postupy sociálnej práce s organizačnými zásadami, právnymi požiadavkami a etickými štandardmi, čím podporuje prostredie, ktoré podporuje dokonalosť a etické postupy.

Cieľ výskumu

Cieľom nášho výskumu bolo zistiť percepciu supervízie z pohľadu pomáhajúcich profesionálov, ktorí sú zamestnancami zariadení sociálnych služieb. Zaujímalo nás zistenie toho či supervíziu vnímajú ako užitočnú a prospešnú a či napĺňa svoju podstatu.

Charakteristika súboru a metodika

Náš výskumný súbor tvorili zamestnanci zariadení sociálnych služieb o počte 158 respondentov, z ktorých mali ženy zastúpenie v počte 147 (93 %) a muži v počte 11 (7 %). V tab.

1 sú uvedené údaje o respondentoch z hľadiska dĺžky ich odbornej praxe, kde vidíme, že najvyššie zastúpenie mali respondenti s dĺžkou praxe najdlhšou a to 11 rokov a viac v zastúpení 47 %, nasledovali respondenti s dĺžkou odbornej praxe 6 rokov až 10 rokov v zastúpení 25 %, 22 % bolo zastúpených v našom výskumnom súbore respondentmi, ktorí v danej oblasti pracujú 1 až 5 rokov a najnižšie zastúpenie mali respondenti, ktorí pracujú menej ako jeden rok a bolo ich 6 % z celkového výskumného súboru.

Z hľadiska pracovného zaradenia pomáhajúcich profesionálov vidíme v tab. 2, že najvyššie zastúpenie mali sociálni pracovníci v zastúpení 45 %, nasledovali opatrovatel'ky/opatrovatelia v zastúpení 28 %, 21 % z opýtaných boli sestry a 6 % tvorili inštruktori sociálnej rehabilitácie.

Tab. 1 Zastúpenie respondentov z hľadiska dĺžky odbornej praxe

Dĺžka praxe	Percentuálne zastúpenie
11 r. a viac	47 %
6 – 10 r.	25 %
1 – 5 r.	22 %
0 – 1 r.	6 %

Tab. 2 Zastúpenie respondentov z hľadiska pracovného zaradenia

Pracovné zaradenie	Percentuálne zastúpenie
Opatrovateľ/ka	28 %
Sestra	21 %
Sociálny pracovník	45 %
Inštruktor sociálnej rehabilitácie	6 %

Ako výskumný nástroj sme zvolili dotazník od autorov Schavel, Hunyadiová, Kuzyšin (2018), ktorí realizovali obdobný výskum. Jednotlivé položky dotazníka boli koncipované ako postojové tvrdenia (súhlas/nesúhlas) zamerané na subjektívne hodnotenie významu supervízie. Zber dát bol realizovaný elektronickou formou a to prostredníctvom aplikácie Microsoft Forms Office.

Analýza a komparácia výsledkov výskumu

V našom výskume sme skúmali ako vnímajú supervíziu opýtaní z hľadiska jej kontroly ich práce. V tab. 3 vidíme, že s týmto tvrdením najmenej súhlasí 45 % respondentov, stredne s týmto tvrdením súhlasí 31 % z opýtaných a najviac zase 24 % z celkového výskumného súboru.

Tab. 3 Vyjadrenie súhlasu s konštatovaním „Supervízia je metóda kontroly práce“

Najviac súhlasím	24 %
Stredne súhlasím	31 %
Najmenej súhlasím	45 %

$n = 158; p > 0,05; df = 2; \lambda_2 = 1,58$

Naším ďalším zisťovaním bolo to či supervíziu vnímajú ako nástroj skvalitňovania profesie, ktorú vykonávajú. V tab. 4 sú znázornené výsledky vyjadrenia názorov opýtaných, kde vidíme, že s týmto konštatovaním súhlasí až 65 % opýtaných, stredne súhlasí s týmto vyjadrením 20 % respondentov a najmenej s tým súhlasí 15 % z celkového výskumného súboru.

Tab. 4 Vyjadrenie súhlasu s konštatovaním „Supervízia je nástroj skvalitňovania profesie“

Najviac súhlasím	65 %
Stredne súhlasím	20 %
Najmenej súhlasím	15 %

n = 158; $p > 0,01$; $df = 2$; $\lambda_2 = 60,25$

Tab. 5 Vyjadrenie súhlasu s konštatovaním „Supervízia je primárna pomoc klientom“

Najviac súhlasím	40 %
Stredne súhlasím	35 %
Najmenej súhlasím	25 %

n = 158; $p > 0,05$; $df = 2$; $\lambda_2 = 0,5$

Zaujímalo nás zistenie názorov pomáhajúcich profesionálov na vnímanie supervízie ako primárnej pomoci klientom. Výsledky sú znázornené v tab. 5, kde vidíme, že s týmto konštatovaním súhlasí 40 % z opýtaných, stredne súhlasí s týmto vyjadrením 35 % respondentov a najmenej s tým súhlasí 25 % z celkového výskumného súboru. Nezaznamenali sme štatisticky signifikantný postoj.

Tab. 6 Vyjadrenie súhlasu s konštatovaním „Supervízia je formou kontinuálneho odborného vzdelávania“

Najviac súhlasím	51 %
Stredne súhlasím	32 %
Najmenej súhlasím	17 %

n = 158; $p > 0,05$; $df = 2$; $\lambda_2 = 9,02$

Taktiež sme chceli zistiť názory pomáhajúcich profesionálov na vnímanie supervízie ako formy kontinuálneho odborného vzdelávania. Výsledky tohto konštatovania sú znázornené v tab.6, kde vidíme, že s týmto konštatovaním súhlasí 51 % z opýtaných, stredne súhlasí s týmto vyjadrením 32 % respondentov a najmenej s týmto konštatovaním súhlasí 17 % z celkového výskumného súboru.

Tab. 7 Vyjadrenie súhlasu s konštatovaním „Supervízia je metódou rozvoja pracovníka“

Najviac súhlasím	56 %
Stredne súhlasím	33 %
Najmenej súhlasím	11 %

n = 158; $p > 0,01$; $df = 2$; $\lambda_2 = 31,9$

To či vnímajú supervíziu pomáhajúci profesionáli ako metódu ich rozvoja sme zisťovali samotnou otázkou, ktorej výsledky sú zobrazené v tab. 7, kde vidíme, že s týmto konštatovaním

súhlasí takmer 90 % respondentov, z čoho najviac s tým súhlasí 56 % a stredne vyjadrilo súhlas 33 %. Najmenej s týmto konštatovaním súhlasí len 11 % z celkového výskumného súboru.

V tab. 8 sú znázornené výsledky, ktoré poukazujú na názory opýtaných o tom, že supervízia predstavuje prevenciu syndrómu vyhorenia. Z výsledkov vidíme, že s týmto konštatovaním súhlasí 90 % respondentov, pričom najviac súhlasí až 68 % a stredne vyjadrilo súhlasí 22 %. Najmenej s týmto konštatovaním súhlasí len 10 % z celkového výskumného súboru.

Tab. 8 Vyjadrenie súhlasu s konštatovaním „Supervízia je prevenciou syndrómu vyhorenia“

Najviac súhlasím	68 %
Stredne súhlasím	22 %
Najmenej súhlasím	10 %

n = 158; p > 0,01; df = 2; $\lambda^2 = 77,08$

Tab. 9 Vyjadrenie súhlasu s konštatovaním „Supervízia optimalizuje procesy na pracovisku“

Najviac súhlasím	47 %
Stredne súhlasím	31 %
Najmenej súhlasím	22 %

n = 158; p > 0,01; df = 2; $\lambda^2 = 11,2$

V tab. 9 sú zobrazené výsledky názorov opýtaných na to, do akej miery súhlasia s tvrdením, že supervízia optimalizuje procesy na pracovisku. Z tejto tabuľky vidíme, že s týmto konštatovaním súhlasí najviac 47 % respondentov, stredne vyjadrilo súhlasí 31 % a najmenej s týmto konštatovaním súhlasí 22 % z celkovej výskumnej vzorky.

Tab. 10 Vyjadrenie súhlasu s konštatovaním „Supervízia skvalitňuje prácu celej organizácie“

Najviac súhlasím	69 %
Stredne súhlasím	25 %
Najmenej súhlasím	6 %

n = 158; p > 0,01; df = 2; $\lambda^2 = 56,77$

Zaujímalo nás aj to, či supervízia pre nich predstavuje prvok, ktorý skvalitňuje celú organizáciu. Názory respondentov sú znázornené v tab. 10, kde vidíme, že s týmto konštatovaním súhlasí najviac až 69 % respondentov, stredne súhlasí 25 % a najmenej s týmto konštatovaním súhlasí len 6% z opýtaných.

Diskusia

V našom výskume sme chceli zistiť či opýtaní pomáhajúci profesionáli, ktorí absolvujú pravidelne supervíziu ju vnímajú ako kontrolu svojej práce. Priaznivým zistením bolo, že z opýtaných jednoznačne súhlasilo s týmto konštatovaním len 24 % z celkového výskumného súboru. Naše zistenie sa zhoduje s výsledkami zistenia autorov Schavela, Hunyadionej a Kuzyšina (2018), ktorí taktiež vo svojej štúdií zistili obdobné výsledky. Zároveň autori poukazujú nato, že v minulosti bola supervízia vnímaná ako kontrola a supervízor bol zase posúvaný do role

akéhosi audítora. Súhlasíme s tvrdením spomínaných autorov, že je potešením aj naše zistenie, z ktorého vyplýva, že tento názor je už prekonaný.

Ďalej sme zisťovali názory pomáhajúcich profesionálov nato, či vnímajú supervíziu ako nástroj skvalitňovania svojej profesie. Opäť sme zistili priaznivé výsledky, ktoré naznačujú že supervidovaní ju vnímajú ako prostriedok, ktorý je im nápomocný pri skvalitňovaní ich práce pretože s týmto tvrdením jasne súhlasilo 65 % a stredne súhlasilo 20 %, čo naznačuje že 85 % naozaj vníma supervíziu ako významný prvok prispievajúci k zvyšovaniu kvality ich práce. Vyššie percentá boli zaznamenané vo výskume autorov Schavel, Hunyadiovej a Kuzyšina (2018), ktorí zistili, že v ich výskumnom súbore s týmto konštatovaním súhlasilo 93 % respondentov. Autori ďalej uvádzajú, že supervízia je zameraná na zvýšenie efektivity práce pomáhajúceho profesionála aj keď sa pri samotnom riešení niektorých z tém supervízie nezdá že je to naozaj tak. Naše tvrdenie potvrdzuje aj teória autora Bujdu (2022), ktorý vo svojom príspevku uvádza, že supervízia ponúka možnosti skvalitňovania práce pri výkone profesie v oblasti sociálnej práce. Je poradenskou metódou, ktorá sa využíva na zvýšenie kvality profesijnej činnosti.

Významným prvkom supervízie je to, že je zameraná na pomoc klientovi. To je podstata supervízie, že prostredníctvom pomáhajúceho profesionála je jej konečným príjemcom samotný klient, ktorému sa poskytuje pomoc. V našom výskume sme zistili, že s týmto tvrdením súhlasilo najviac 40 % respondentov, stredne súhlasilo 35 % z opýtaných. Pri tomto konštatovaní sme nezaznamenali štatisticky signifikantný postoj. Supervíziu vnímajú naši respondenti aj ako formu kontinuálneho vzdelávania, pretože 78 % s týmto tvrdením vyjadrilo súhlas a len 17 % s týmto konštatovaním súhlasilo najmenej. To, že supervízia je metóda rozvoja pracovníka vníma 89 % z opýtaných a len 11 % s týmto tvrdením súhlasí najmenej. Naše zistenia potvrdzujú to, že supervízia plní vzdelávaciu funkciu. Pomáha supervidovanému k odbornému rozvoju, učí ho reagovať na potreby organizácie, spoločnosti i samotných klientov. Cieľom vzdelávacej funkcie supervízie je reflexia a sebareflexia. Do istej miery ide o pedagogickú činnosť supervízora smerom k supervidovanému (Bujda, 2022).

Významným aspektom supervízie je prevencia voči syndrómu vyhorenia. Pýtali sme sa v našom dotazníku práve na túto oblasť, kde sme zistili, že supervíziu vníma ako prevenciu voči syndrómu vyhorenia 90 % respondentov a len 10 % sa vyjadrilo, že s týmto tvrdením najmenej súhlasí. Pri porovnaní s výsledkami výskumu autorov Schavela, Hunyadiovej a Kuzyšina (2018) vidíme, že v ich výskume s týmto tvrdením súhlasilo takmer 89 % respondentov. Autor Bujda (2022) v súvislosti so syndrómom vyhorenia tvrdí, že supervízia patrí medzi efektívne nástroje eliminácie už vzniknutého syndrómu vyhorenia. Syndróm vyhorenia predstavuje vážny stav, kedy sociálny pracovník je frustrovaný výkonom profesie. Nakoniec po nevyriešení tohto syndrómu môže poklesnúť nielen kvalita jeho práce, ale aj konečný a definitívny odchod z profesie v oblasti sociálnej práce.

Supervízia je vnímaná z pohľadu pomáhajúcich profesionálov aj ako optimalizačný prvok na pracovisku. S týmto konštatovaním súhlasilo 78 % respondentov. To, že supervízia prispieva k skvalitneniu celej organizácie sa prikláňa 94 % z opýtaných.

Záver

Z našich výsledkov vyplýva, že supervíziu pomáhajúci profesionáli vnímajú ako nástroj skvalitňovania svojej práce, ako istú formu kontinuálneho vzdelávania, metódu rozvoja pracovníka, prevenciu syndrómu vyhorenia a formu skvalitňovania práce celej organizácie. Nevnímajú ju

ako kontrolu svojej práce a ako pomoc klientovi. Podľa Kenderešovej (2021) pod vplyvom vonkajších a vnútorných determinantov v spoločnosti je žiadúce, aby sa človek pri výkone svojej pomáhajúcej práce a pomoci ostatným venoval sebe samému, využíval kritické nazeranie na seba, dosahoval ideál 'lepšíeho' a aktívne formoval svoje životné prostredie cez rôzne dostupné nástroje.

Môžeme teda konštatovať, že supervízia je významným prvkom, ktorý podporuje psychohygienu a efektivitu práce. Zároveň znižuje riziko výskytu syndrómu vyhorenia a týmto spôsobom prispieva aj ku kvalite sociálnych služieb, v centre ktorých by mal stáť klient. Jej úlohou je zvyšovať sociálne zručnosti supervidovaného, nakoľko má rozvojový, vzdelávací a podporujúci charakter, ale takisto môže hľadať problémy a ich riešenia v konkrétnych prípadoch a umožňuje pracovníkovi pochopiť, čo bráni jeho porozumeniu s klientom.

Pozitívne skúsenosti so supervíziou v organizáciách môžu byť motiváciou pre iné organizácie ich uplatňovať vo svojej organizačnej zložke. Takto sa postupne môže rozširovať jej využitie. Supervízia má obrovský význam v tom, že pomáha hľadať alternatívne riešenia, perspektívy a spôsoby pre supervidovaných v ich ťažkých situáciách.

BIBLIOGRAFIA

BEDDOE, L. and DAVYS, A. 2018. *Best Practice in Professional Supervision: A Guide for the Helping Professions*. 2nd ed. London: Jessica Kingsley Publishers. ISBN: 978-1785924253.

BEDDOE, L. 2011. External supervision in social work: Power, space, risk, and the search for safety. *Australian Social Work*, 652, p. 197-213.

BUJDA, S. 2022. Postavenie supervízora v supervíznom procese. In *Prohuman* Dostupné na: <https://www.prohuman.sk/socialna-praca/postavenie-supervizora-v-superviznom-procese>. [cit. 21.1.2024].

HUNYADIOVÁ, S. - BÁRTA, R. - HUNYADI, S. - CZEBRÍK, M. 2022. Supervízia individuálnych plánov v zariadeniach pre seniorov. Zborník vedecko výskumných prác s názvom „*Zdravotné a sociálne problémy seniorov v súčasnosti*“. Srbsko. Báčsky Petrovec. ISBN 978-86-86-82536-00-0. s. 198.

JURAŠEK, M. – LEVICKÁ, S. 2020. Stress Management in Caring Professions. In *Humanum*. ISSN 1898-8431. 2020. č. 38 (3) / 2020. s. 29 – 34.

KENDEREŠOVÁ, E. 2021. Úroveň ľudských životov v epoche múrov v dôsledku „únavy z dejín Európy“. In: *Prax založená na dôkazoch v pomáhajúcich profesiách*. Zborník zo VII. Medzinárodnej vedeckej konferencie. Warszawa: Collegium Humanum, 2021. 361 s. ISBN: 978-83-958245-2-4.

MORRISON, T. 2017. *Staff Supervision in Social Care: Making a Real Difference for Staff and Service Users*. 3rd ed. Brighton: Pavilion Publishing. ISBN: 978-1909391143.

PONEA, S. - SANDU, A. 2011. Grupul de socializarea preciativ. Un model de creativitate socialăco laborativă, Lumen. Dostupné na: https://edituralumen.ro/wp-content/uploads/2020/08/Ponea-Simona-Sandu-Antonio-Grupul-de-socializare-FCN_Extras-din-volum.pdf. [cit. 20.1.2024].

POPOVIČOVÁ, M. - BELOVIČOVÁ, M. - SNOPEK, P. 2023. Význam supervízie pre sestry pracujúce v zdravotníckych zariadeniach. Zdravotnícke štúdie 2023, č. 2: 27-31. <https://doi.org/10.54937/zs.2023.15.2.27-31>

SCHAVEL, M. – HUNYADIOVÁ, S. – KUZYŠIN, B. 2018. Supervízia a vnímanie jej významu u zamestnancov zariadení sociálnych služieb. In Nová sociálna edukácia človeka VII. Medzinárodná interdisciplinárna vedecká konferencia 6.11.2018, Prešov. 2018. s. 46-54.
ZÁKON č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách

VANSÁČ, P. Sociálne služby (Vysokoškolská učebnica), Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, n. o. v Bratislave, Detašované pracovisko bl. Metoda Dominika Trčku, Michalovce 2020, s. 124, ISBN: 978-80-8132-215-0.

Kontakt

doc. RNDr. Mgr. Daniela Barkasi, PhD.

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

Inštitút bl. Metoda Dominika Trčku Michalovce

E-mail: daniela.barkasi@gmail.com

VOJNOVÝ KONFLIKT NA UKRAJINE Z POHLĀDU SOCIĀLNEJO PRACOVNĀKA

THE WAR CONFLICT IN UKRAINE FROM A SOCIAL WORKER'S PERSPECTIVE

¹ Richard Bārta

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

Abstrakt

Úvod: Príspevok je zameraný na vojnový konflikt medzi Ukrajinou a Ruskom, pri ktorom sa nezaobíde bez straty životov, obydlí, zdravia, ale aj odlúčenía od najbližších. Chceme priblížiť pohľad sociálnych pracovníkov pracujúcich na štátnej hranici medzi Ukrajinou a Slovenskom v čase vojnového konfliktu.

Cieľ: Hlavným cieľom nášho výskumu bola snaha o zmapovanie názorov sociálnych pracovníkov na poskytovanie humanitárnej a sociálnej pomoci. Zistiť ich znalosti a záujem o túto problematiku, pričom prostredníctvom dotazníkov sme analyzovali dáta, ktoré sme získali z výskumu, a tie sme následne spracovali do tabuliek a grafov.

Súbor a metodika: Nášho kvantitatívneho výskumu sa zúčastnilo 156 respondentov, pričom 50 ľudí neodpovedalo a 6 dotazníkov sa nedalo v práci použiť. Výskum bol zameraný na sociálnych pracovníkov, ktorých sme náhodne oslovovali. Sociálnych pracovníkov sme oslovovali náhodne a výber bol podmienený jedným hlavným kritériom a to, že respondenti museli byť vyštudovaní sociálni pracovníci, alebo aspoň dobrovoľníci na úseku sociálnej práce.

Výsledky: V našom výskume sme zdôraznili nutnosť angažovanosti všetkých orgánov verejnej moci v procese riešenia problémov, ktoré prinášajú utečenci z Ukrajiny prichádzajúci do Slovenskej republiky. Z našich poznatkov je zrejmé, že ohrozenie zdravia slovenských obyvateľov je spojené hlavne s možnosťou šírenia nákazlivých ochorení od týchto utečencov. Z našej štúdie tiež vyplynulo, že účastníci výskumu potvrdili svoj predpoklad, že osoby utekajúce pred vojenským konfliktom majú zámer zotrvať na území Slovenskej republiky a požiadať o azyl. Zároveň sme potvrdili, že rastúci počet ukrajinských utečencov, ktorí vstupujú na slovenské územie, môže predstavovať zvýšené socioekonomické riziká pre našu krajinu.

Záver: V rámci našej práce sme vykonali analýzu primárnych foriem podpory pre rodiny, ktoré utiekli z Ukrajiny v dôsledku vojenského konfliktu v ich krajine. Táto analýza zahŕňala aspekty pomoci poskytovanej na národnej aj na medzinárodnej úrovni. Okrem toho sme zhodnotili, ako slovenská verejnosť vníma a aký postoj ich zaujíma k tejto podpore.

Kľúčové slová: Ukrajina. Vojna. Sociálne poradenstvo. Sociálna práca. Sociálny pracovník.

Abstract

Introduction: The paper focuses on the war conflict between Ukraine and Russia, which is not without loss of lives, homes, health, but also separation from loved ones. We want to present the perspective of social workers working on the state border between Ukraine and Slovakia at the time of the war conflict.

Objective: The main aim of our research was to try to map the views of social workers on the provision of humanitarian and social assistance. To find out their knowledge and interest in this

issue, we analysed the data we obtained from the research through questionnaires, which we then processed into tables and graphs.

File and methodology: Our quantitative research involved 156 respondents, with 50 non-respondents and 6 questionnaires that could not be used in the thesis. The research focused on social workers, whom we approached randomly. We approached social workers randomly and the selection was conditional on one main criterion and that was that the respondents had to be graduate social workers or at least volunteers in the field of social work.

Results: In our research we emphasized the necessity of involvement of all public authorities in the process of solving the problems brought by refugees from Ukraine coming to the Slovak Republic. From our findings it is evident that the threat to the health of the Slovak population is mainly related to the possibility of the spread of contagious diseases from these refugees. Our study also showed that the research participants confirmed their assumption that those fleeing the military conflict intend to stay in the Slovak Republic and apply for asylum. At the same time, we confirmed that the increasing number of Ukrainian refugees entering the Slovak territory may pose increased socio-economic risks to our country.

Conclusion: As part of our work, we conducted an analysis of the primary forms of support for families who have fled Ukraine as a result of the military conflict in their country. This analysis included aspects of assistance provided both nationally and internationally. In addition, we assessed the perceptions and attitudes of the Slovak public towards this support.

Keywords: Ukraine. War. Social counselling. Social work. Social worker.

Úvod

Vzniknutý vojenský konflikt na Ukrajine vyvolal diskusiu o solidarite a tolerancii v spoločnosti, hodnotách a otázky týkajúce sa sociálnej politiky a služieb v krajine, vrátane ich zodpovednosti a odbornosti. Sociálni pracovníci sa museli vyrovnat' s výzvami vyplývajúcimi z tejto situácie a ďalšími pridruženými aspektmi, pokiaľ ide o podporu, ktorú Slovenská republika poskytuje ukrajinským utečencom. Výskum sa sústredil na zisťovanie postojov sociálnych pracovníkov k vojenskému konfliktu a druhu sociálnej pomoci poskytovanej utečencom zo strany Slovenska a Európskej únie. Hlavnou úlohou sociálnej práce a podpory je asistencia ukrajinským utečencom v ťažkých časoch, zabezpečenie prechodu cez proces získavania azylu a ich integrácie do spoločnosti. Utečenci a žiadatelia o azyl majú právo žiadať o finančnú, poradenskú, psychologickú, právnu či humanitárnu podporu, ktorá by mala byť poskytnutá včas tímom rôznych odborníkov. Tento článok sa tiež venuje práci sociálnych pracovníkov na Slovensku pod vedením už nebohého profesora Krčméryho, ktorí boli medzi prvými poskytujúcimi v pomoc pre ukrajinských utečencov vo februári 2022. Naša Alma mater, Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, patrila medzi prvé dobrovoľnícke skupiny, ktoré aktívne pomáhali na hraniciach s Ukrajinou.

Vojnový konflikt ako hraničná životná situácia

Konfrontácia medzi osobami, skupinami alebo národmi je možná, a to najmä vtedy, keď sa vyskytne vážny rozpor. Medzi hlavné výklady slova konflikt patrí tiež použitie sily alebo vojenský stret medzi dvoma štátmi. Rôzni autori sa venujú vymedzeniu tohto termínu. Podľa

Krejčího (2007) môžeme konflikt chápať ako situáciu, v ktorej sa jednotlivец alebo skupina vedomky zapája do sporu s inými jednotlivcami alebo skupinami. Tento boj môže byť o udržanie či zlepšenie sociálneho zabezpečenia, postavenia v spoločnosti alebo o moc.

Je zrejmé, že vnútorné konflikty a násilné stretávania v rámci štátov prinášajú so sebou ľudské tragédie, ničenie majetku, rozpad infraštruktúry krajiny, ako aj vážne porušovanie základných práv a slobôd občanov. Takéto situácie vedú k negatívnym dopadom na environmentálne podmienky v štáte, poklesu a destabilizácii sociálneho a politického systému, spolu s etickým a morálnym úpadkom spoločnosti (Kazanský, 2013). Vo vypuknutých konfliktoch sa často objavujú sekundárne problémy ako bieda, epidémie, hlad, nedostatočná alebo chýbajúca zdravotná opatera. Krajiny zasiahnuté vojenskými akciami zažívajú ekonomický a hospodársky kolaps, čo vedie k obmedzeniu ekonomických aktivít, zastaveniu produkcie a výroby. Taktiež dochádza k poklesu obyvateľstva v dôsledku emigrácie pracovnej sily a odborníkov, ako sú učitelia, lekári a zdravotníci. Konflikty tiež prinášajú situáciu, kde veľké množstvo ľudí musí opustiť svoje domovy, či už ako utečenci alebo sú presunutí vnútroštátne (Hofreiter 2008).

Výbor EHSV striktne odsudzuje ruský útok na Ukrajinu, ktorý inicioval ruský prezident a podieľanie sa bieloruského režimu na tomto čine. Poukazuje na to, že tento vojenský zásah je porušením medzinárodných noriem a dohôd a predstavuje hrozbu pre bezpečnosť v Európe aj celosvetovo. Výbor vyjadruje hlbokú sústrasť voči všetkým, ktorí trpia kvôli tejto agresii, vrátane žien, mužov a detí, ako aj nad rozsiahlou deštrukciou miest, infraštruktúry, nesmiernym ľudským utrpením a škodami na životnom prostredí. Lutuje, že milióny ľudí boli nútené opustiť svoje domovy a hľadať bezpečie buď v iných častiach Ukrajiny alebo v okolitých štátoch, a dôrazne požaduje, aby boli páchatelia tohto konania postavení pred spravodlivosť za ich zločiny (Schweng, 2022).

EHSV si je vedomá problémov, ktoré môžu nastať v prijímajúcich krajinách pri zapájaní utečencov na pracovný trh, upozorňuje na to, že ekonomiky EÚ sú dostatočne pružné na to, aby zvládli príliv obyvateľov z Ukrajiny, za predpokladu, že ich presídlenie bude efektívne zorganizované a vyzýva k tomu, aby sa pri začleňovaní bralo do úvahy rodové a vekové rozdiely. Zároveň vyzýva Európsky orgán práce, aby v súlade so svojimi kompetenciami sledovali integráciu utečencov na pracovný trh a o vývoji situácie pravidelne informovali. Pripomína, že sociálne a solidárne hospodárstvo môže aj počas krízových období prispievať k udržaniu a tvorbe pracovných príležitostí a vyzýva členské štáty, aby hľadali efektívne spôsoby, ako zlepšiť integráciu ukrajinských utečencov do pracovného prostredia. Tiež zdôrazňuje, že Európske fórum pre migráciu bude pokračovať v monitorovaní situácie ukrajinských občanov, ktorým bola poskytnutá dočasná ochrana v EÚ alebo ktorí majú právo na takýto štatút (Bárta, Sabo, Dobrovanov, 2022).

Od momentu, keď došlo k ozbrojenému konfliktu Ruska na území Ukrajiny, nazývaného ruskou stranou špeciálnou vojenskou operáciou, a to konkrétne 24. februára 2022, začali prúdiť do Európskej únie a susedných štátov masy ľudí, ktorí utekali pred vojnovými situáciami. V reakcii na túto situáciu zaviedla EÚ mechanizmus dočasnej ochrany pre týchto ľudí, ktorí sa automaticky aplikuje na tých, ktorí si vyberú pobyt a registráciu v niektorom z členských štátov. Táto dočasná ochrana bola poskytovaná až do 4. marca 2023 a jej maximálna dĺžka je stanovená na tri roky. Utečenci majú možnosť bezvízového pohybu po členských štátoch EÚ/Schengenskej zóny počas 90 dní.



Obrázok č.1 Znázorňuje útek občanov Ukrajiny z ich domovskej krajiny na Slovensko na začiatku vojenského konfliktu s Ruskom

Zdroj: autor

Dočasná ochrana

Dočasnú ochranu môžeme charakterizovať ako núdzový mechanizmus, ktorý sa aktivuje za výnimočných okolností hromadného prílevu s cieľom:

- poskytnúť okamžitú a kolektívnu ochranu vysídleným osobám,
- znížiť tlak na vnútroštátne azylové systémy krajín EÚ (Európska komisia, 2022).

Mechanizmus dočasnej ochrany sa vzťahuje na osoby, ak sa zdržiavali na Ukrajine 24. februára 2022 alebo ešte pred týmto dátumom a to (Rada EÚ, 2022):

- Ukrajinskí štátni príslušníci a ich rodiny,
- osoby, ktoré nie sú ukrajinskými štátnymi príslušníkmi, alebo osoby bez štátnej príslušnosti, ktorým sa poskytla medzinárodná ochrana na Ukrajine,
- osoby, ktoré nie sú ukrajinskými štátnymi príslušníkmi a majú povolenie na trvalý pobyt, ktoré sa nemôžu za bezpečných a stabilných podmienok vrátiť do svojej krajiny pôvodu t. j. možno uplatniť aj rovnocennú vnútroštátnu ochranu.



Obrázok č.2 Znázorňuje možnosti pomoci

Zdroj: www.europskakomisia.sk

Postavenie sociálnych pracovníkov a dobrovoľníkov v čase humanitárnej pomoci

Humanitárnu pomoc na Slovensku v prevažnej väčšine poskytuje nielen červený kríž, ale aj Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety Bratislava na svojich alokovaných pracoviskách po celom Slovensku v súvislosti s vojnovým konfliktom na Ukrajine na východnom Slovensku. Európska únia vyčlenila **523 miliónov euro** na humanitárnu pomoc civilistom, ktorí sú postihnutí vojnou na Ukrajine, čo zahŕňa **485 miliónov euro** pre Ukrajinu a **38 miliónov** pre Moldavsko. Finančné prostriedky pomáhajú ľuďom na Ukrajine a osobám, ktoré utekajú do susedných krajín a to tým, že im poskytujú:

- potraviny,
- vodu,
- zdravotnú starostlivosť,
- prístrešie (Rada Európskej únie, 2022).

Humanitárnu pomoc na Ukrajine doteraz využilo viac ako **13,4 mil.** obyvateľov, pričom v reakcii na eskaláciu napätia vo februári 2022 koordinujú EÚ aj dodávky materiálnej pomoci Ukrajine, ale aj susedným štátom prostredníctvom mechanizmu EÚ v oblasti civilnej ochrany, pričom ide o najväčšiu operáciu v oblasti civilnej ochrany. Ďalšia pomoc zahŕňa špecializované zdravotnícke vybavenie a ochranný materiál ako napr. masky, rúška, plášte. Európska únia poskytuje pomoc s potrebným materiálom pre Ukrajinu susedným krajinám, Slovensku, Česku, Poľsku, či Maďarsku. Všetky tieto krajiny následne poskytujú Ukrajine tieto pomôcky, ako:

- zdravotnícky materiál,
- ochranné odevy,
- prístrešky,
- protipožiarné zariadenia,
- generátory elektriny,
- vodné čerpadlá (Rada Európskej únie, 2022).

Okrem priorit EÚ je prioritou Červeného kríža zmierňovať utrpenie ľudí, pričom pracovníci a dobrovoľníci Slovenského červeného kríža (ďalej len SČK) pomáhajú nielen na hraniciach s Ukrajinou, ale aj naprieč celým Slovenskom a poskytujú prvú pomoc, asistujú v prípade potreby prepravy imobilných ľudí, pri podporných službách poskytujú v rámci svojho mandátu službu – Spájanie rodín v prípade, že v dôsledku konfliktu stratia kontakt so svojimi blízkymi. SČK bol jeden z prvých, ktorý sa zapojil do pomoci utečencom z Ukrajiny v blízkosti hraničných priechodov s Ukrajinou v obciach Ubl'a, Veľké Slemence a Vyšné Nemecké (Slovenský červený kríž, 2022).



Obrázok č.3 Znárodnuje pomoc na štátnej hranici medzi UKR a SR

Zdroj: www.tvnitricka.sk

Aj študenti našej Alma mater Vysokej školy zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety sa zapojili do potravinovej zbierky na pomoc ľuďom pochádzajúcich z Ukrajiny. Iniciátorky boli Dr. Ševčovičová a doc. Hrindová, ale aj Dr. Trnková, ktoré v apríli 2022 prijímali humanitárnu pomoc sústredenú v priestoroch školy. Spoločne označili zabalený tovar v krabiciach s názvami v ukrajinčine a zbierku potravín doručila doc. Hrindová na zberné miesto Nadácie KSK do Michaloviec p. Magdoškovi, ktorý túto pomoc odviezol do Užhorodu. Tímu VŠZaSP Michalovce darovali dar liekov na pomoc nemocniciam na Ukrajine v spolupráci s pani doc. Jackulíkovou, prof. Vansačom, doc. Popovičovou a p. Drábom. Vysídlencom z Ukrajiny podporilo množstvo študentov, ale aj organizácii, medzi ktorými nechýbala organizácia Ursus Help z rakúskeho Sankt Polteenu, ktorá priniesla veľkú pomoc vo forme šatstva, drogérie a potravín (VŠZaSP, 2022).

Vzhľadom k tomu, že uvedená problematika nám nie je ľahostajná a každým dňom sa s ňou stretávame v bežnom živote sme sa rozhodli uskutočniť výskum, kde si nižšie v texte rozoberieme podrobnejšie náš výskum a so samotným zistením a záverom.

Cieľ výskumu

Hlavným cieľom nášho výskumu bola snaha o zmapovanie názorov sociálnych pracovníkov na poskytovanie humanitárnej a sociálnej pomoci. Zistiť ich znalosti a záujem o túto problematiku, pričom prostredníctvom dotazníkov sme analyzovali dáta, ktoré sme získali z výskumu, a tie sme následne spracovali do tabuliek a grafov.

Parciálne ciele nášho výskumu boli zistiť:

- Aké najčastejšie formy sociálnej pomoci boli poskytované odídencom z Ukrajiny v dôsledku vojnového konfliktu na Ukrajine,
- Zistiť, ktoré organizácie pomohli najviac pri vojenskom konflikte na Ukrajine v rámci sociálnej a humanitárnej pomoci,
- Zistiť, koľko žien a mužov, či detí prekročilo štátne hranice so Slovenskom,

- Zistiť, či sa Ukrajinci chcú aklimatizovať na Slovensku a ostať tu žiť.

Charakteristika súboru a metodika

V našom výskume sme si zvolili kvantitatívny výskum formou vopred pripraveného dotazníka. Zvolili sme si ciele práce a pracovné hypotézy. Pomocou dotazníkov sme analyzovali údaje získané z výskumu a tie sme spracovali do grafov a tabuliek. Východiská spočívajú nielen v zbere údajov, ale aj v analýze teórie problematiky, ktorú skúmame a v následnom zbere dát z uskutočneného výskumu, ich porovnaní a vyhodnotení.

Pred uskutočnením výskumu sme si dôkladne naštudovali dostupnú literatúru súvisiacu s riešením našej témy. Na základe teórie sme sa zorientovali v skúmanej problematike u občanov pochádzajúcich z Ukrajiny a sociálnych pracovníkov, dobrovoľníkov pracujúcich s týmito obeťami vojnového konfliktu.

Pred uskutočnením vyplnenia dotazníka boli všetci respondenti oboznámení s tým, že informácie, ktoré nám v dotazníku poskytnú, budú použité iba na účely výskumu a ich identita bude utajená.

Stanovili sme si tieto výskumné hypotézy:

H1: Čím viac utečencov z Ukrajiny prichádza na Slovensko, tým je väčší predpoklad, že budú žiadať Slovensko o azyl.

H2: Čím viac vojnových utečencov pochádzajúcich z Ukrajiny vstúpi do Slovenskej republiky, tým sú väčšie socio-ekonomické riziká pre Slovenskú republiku.

H3: Čím je väčší prílev vojnových utečencov na Slovensko z Ukrajiny, tým je väčšia hrozba prenosu a šírenia ochorení ako napr. Covid-19.

Organizácia výskumu a časový harmonogram

Každá jedna položka nášho dotazníka bola vyhodnotená a následne spracovaná do tabuliek a grafov. Jednotlivé dáta v tabuľkách boli vyjadrené za pomoci absolútnych a relevantných početností a budeme ich označovať (AP – absolútna početnosť) a (RP - % - relatívna početnosť), pričom absolútna početnosť vyjadruje koľko jednotiek patrí do skupiny s jednou charakteristikou a relatívna početnosť je predstavená podielom jednotiek absolútnej početnosti a rozsahu súboru. Dotazník prebiehal od januára 2023 do marca 2023. Za účelom štatistickej analýzy a spracovania zozbieraných dát bol použitý program SPSS verzia 21.0 (9).

Analýza a kódovanie výsledkov:

Na overenie výskumnej hypotézy H1 boli v dotazníku uvedené viaceré uzavreté otázky, ktoré zisťovali, či vojnoví utečenci prichádzajúci na Slovensko, budú Slovensko žiadať o azyl alebo sa vrátia do svojej domovskej krajiny.

Uzavretá otázka v dotazníku bola zameraná na zisťovanie toho, prečo vojnoví utečenci z Ukrajiny odchádzajú na Slovensko. Ako hlavný dôvod odchodu z Ukrajiny, respondenti uviedli v **(66) 66 %** prípadov ***Vojnový konflikt medzi Ukrajinou a Ruskom***. Ďalej nasledovali odpovede typu, že prichádzajú na Slovensko z ***ekonomických dôvodov***, to odpovedalo **(21) 21 %** respondentov, ***politický azyl*** predpokladalo **(8) 8 %** opýtaných respondentov a **(5) 5 %** prípadov, čo predstavuje **5 %** odpovedalo, že vojnoví utečenci z Ukrajiny prichádzajú na Slovensko kvôli ***pracovným ponukám***.

Tabuľka 1 Znárodňuje odchod Ukrajincov z rodnej krajiny na Slovensko a hlavný dôvod

Ochod Ukrajincov na Slovensko	Počet n	Počet %
a) Politický azyl	8	8%
b) Vojnový konflikt medzi Ukrajinou a Ruskom	66	66%
c) Ekonomický dôvod	21	21%
d) Pracovné ponuky	5	5%

Zdroj: Vlastný

Ďalej sme sa zamerali na zisťovanie pomoci na štátnych hraniciach medzi Ukrajinou a Slovenskom. Opýtaných respondentov sme sa pýtali, ak poskytovali sociálnu pomoc na štátnych hraniciach medzi Ukrajinou a Slovenskom, akí by mali byť pracovníci, ktorí túto pomoc poskytujú vojnovým utečencom. Vyhodnotením dotazníka sme zistili, že najviac respondentov odpovedalo takto:, že sociálny pracovníci pôsobiaci na štátnych hraniciach by mali byť *empatickí, asertívni a ľudskí* a to v (45) 45,50 % prípadov. Ďalej nasledovala odpoveď *mali by mať zručnosti pre vedenie dokumentácie v tíme* (25) 25,30 % opýtaných respondentov, v (19) 19,20 % prípadov odpovedali, že by mali byť *odborne vzdelaní* a na poslednom mieste bola odpoveď, že *by mali vedieť počúvať* v (11) t. j. 10 %.

Tabuľka 2 Znárodňuje pomoc poskytovanú na štátnych hraniciach medzi UKR a SR

Pomoc na štátnych hraniciach	Počet n	Počet %
a) odborne vzdelaní	19	19,20%
b) empatickí, asertívni, ľudskí	45	45,50%
c) mali by mať zručnosti pre vedenie dokumentácie v tíme	25	25,30%
d) mali by vedieť počúvať	11	10,00%

Zdroj: Vlastný

Otázkami v dotazníku sme zisťovali aký pocit mali pracovníci pri rozhovoroch s občanmi Ukrajiny, či opýtaní utečenci chcú zostať na Slovensku, alebo sa chcú vrátiť do domovskej krajiny. Odpovede v (54) prípadoch, čo predstavuje 51,50 % opýtaných respondentov bol predpoklad, že *ostanú na Slovensku*, v (49) t. j. 48,50 % opýtaných respondentov bol predpoklad, že *sa vrátia na Ukrajinu* a následne si budú žiadať cez zastupiteľský úrad azyl.

Tabuľka 3 Znárodňuje skutočnosť, že občania Ukrajiny sa chcú vrátiť do domovskej krajiny

Vrátenie Ukrajincov do rodnej krajiny	Počet n	Počet %
a) áno vrátia sa na Ukrajinu	49	48,50%
b) nie, ostanú na Slovensku	54	51,50%

Zdroj: Vlastný

Dôležitá otázka v dotazníku bola zameraná na zistenie, či sú školy na Slovensku schopné prijať žiakov v rámci predprimárneho a primárneho vzdelávania. Opýtaní respondenti v (64) 64 % prípadov odpovedali, že *školy na Slovensku sú schopné prijať a postarať sa o vojnových utečencov z Ukrajiny* a poskytnúť im na Slovensku adekvátne vzdelanie, pričom len (36) prípadov, čo predstavuje 36 % odpovedalo, že *školy na Slovensku nie sú schopné prijať vojnových utečencov z Ukrajiny*.

Tabuľka 4 Znázorňuje školy, ktoré sú pripravené vzdelávať Ukrajinských žiakov

Predprimárne a primárne vzdelávanie Ukrajincov	Počet n	Počet %
a) áno	64	64,00%
b) nie	36	36,00%

Zdroj: Vlastný

Posledné uzavretá otázka pri **H 1** bola otázka zisťovala predpoklad a názor, či si opýtaní respondenti myslia, že z dlhodobého hľadiska je Slovenská republika vhodná pre vojnových utečencov z Ukrajiny. V **(61)** prípadoch, čo predstavuje **60,60 %** respondenti odpovedali, že **nie je vhodná na pobyt na Slovensku**, v **(39)** prípadoch, čo predstavuje **39,40 %** odpovedali, že **je vhodná pre pobyt na Slovensku**.

Tabuľka 5 Znázorňuje dlhodobý pohľad na Slovenskú republiku

Dlhodobý pohľad na Slovenskú republiku	Počet n	Počet %
a) áno	39	39,40%
b) nie	61	60,60%

Zdroj: Vlastný

Na základe analýzy výsledkov výskumu konštatujeme, že **H 1** sa **potvrdila**, teda platí, pretože opýtaní respondenti odpovedali, že predpokladajú, že vojnoví utečenci chcú zostať na Slovensku a požiadať o azyl.

Na overenie výskumnej hypotézy H2 boli v dotazníku uvedené viaceré uzavreté otázky ktoré zisťovali, či pre Slovenskú republiku existujú socio-ekonomické riziká pri vstupe vojnových utečencov z Ukrajiny na Slovensko. Viacerými otázkami sme zisťovali, aké činnosti by mohli vykonávať sociálni pracovníci, ale aj odborníci z psychosociálneho tímu v akútnej fáze, prekročenia štátnej hranice po vypuknutí vojny na Ukrajine. Najviac odpovedí bolo v **(48)** **48 %** opýtaných respondentov, ktorí odpovedali, že pracovníci na štátnych hraniciach najviac vykonávali úkony v rámci **spolupráce s ostatnými zložkami záchranárskeho tímu**, v **(35)** prípadoch, čo predstavuje **35,40%** a to **ošetrovať a sprevádzať osoby**, ktoré prejavujú nadmerné emócie, v **(17)** prípadoch, čo predstavuje **17,20%** to bolo **vyhľadať osoby vyššieho veku, deti, ženy, chorých**.

Tabuľka 6 Znázorňuje činnosti, ktoré vykonávajú sociálni pracovníci na štátnej hranici s UKR

Činnosti vykonávané na štátnej hranici s Ukrajinou	Počet n	Počet %
a) spolupracovať s ostatnými zložkami záchranárskeho tímu	48	48%
b) ošetrovať a sprevádzať osoby, ktoré prejavujú nadm. emócie	35	35,40%
c) vyhľadať osoby vyššieho veku, deti, ženy, chorých	17	17,20%
d) iné	0	0%

Zdroj: Vlastný

Ďalšia položená otázka zisťovala, či vojnoví utečenci z Ukrajiny dostali adekvátnu pomoc pri vstupe na Slovensko. Najčastejšie odpovede boli v **(43)** **43%** na **áno, skôr áno**, kde odpovedalo **(32)** **32%** opýtaných respondentov, **neviem** odpovedalo **(13)** **13%** respondentov, **skôr nie** odpovedalo **(8)** **8%** respondentov, **nie** odpovedali **(3)** **3%** respondentov a možnosť **iné** zaškrtil jeden opýtaný t. j. **1%**. Odpoveď **iné** – bolo, že pri vstupe na Slovensko im pracovníci, ktorí tam v tom čase pracovali poskytlí humanitárnu pomoc.

Tabuľka 7 Znárodnuje adekvátnu pomoc pre vojnových utečencov

Pomoc pre vojnových utečencov	Počer n	Počer %
a) áno	43	43%
b) skôr áno	32	32%
c) neviem	13	13%
d) skôr nie	8	8%
e) nie	3	3%
f) iné	1	1%

Zdroj: Vlastný

Otázkou, kde sme zistovali, či pri vstupe na Slovensko stúpajú socio-ekonomické riziká v rámci príchodu vojnových utečencov. Opýtaní respondenti si myslia v **(59) 59%** prípadov, že predstavujú socio-ekonomické riziká a odpovedali **áno**, **skôr áno** odpovedalo **(28) 28%** prípadov a **rozhodne nie** odpovedalo **(13) 13%** opýtaných respondentov. Ďalšou kladenou otázkou, ktorá zistovala, či Slovenská republika poskytuje dobré sociálne podmienky pre vojnových utečencov z Ukrajiny. V **(43) 43%** prípadov, opýtaní respondenti odpovedali **áno**, v **(33) 33%** odpovedali respondenti **rozhodne áno**, v **(16) 16%** prípadov odpovedali respondenti **nie**, pričom **rozhodne nie** odpovedalo **(7) 7%** opýtaných respondentov a jeden respondent, čo predstavuje % opýtaných odpovedal **iné** a to, že pomoc od štátu prišla, ale nie hneď a preto na štátnych hraniciach s Ukrajinou vznikol zmätok. V otázke kde sme skúmali, aký bol prvý kontakt so sociálnym pracovníkom po príchode na Slovensko z Ukrajiny odídencami a tiež aká bola dostatočná úroveň komunikácie počas vzájomného stretnutia. V **(54) 54%** prípadov sa potvrdila odpoveď **áno**, **skôr áno** odpovedalo **(32) 32%** opýtaných respondentov a len **(14) 14%** opýtaných respondentov odpovedalo **nie**.

Na základe analýzy výsledkov výskumu môžeme povedať, že H2 sa **potvrdila**, teda platí. Opýtaní respondenti pripravenými otázkami pre potvrdenie H2 zdôvodnili tým, že si myslia to, že čím viac vojnových utečencov na Slovensko z Ukrajiny príde, tým viac stúpajú socio-ekonomické riziká pre Slovenskú republiku.

Na overenie výskumnej hypotézy H3 boli v dotazníku uvedené viaceré uzavreté otázky, ktoré zistovali, či prílev vojnových utečencov z Ukrajiny na Slovensko spôsobí väčšiu hrozbu prenosu a šírenia infekčných ochorení ako napr. Covid-19, tuberkulózy a pod., keďže mnoho občanov z Ukrajiny nemá povinné očkovanie a tým pádom nemajú ani kolektívnu imunitu.

Otázka č. 5 v dotazníku bola zameraná, na akom hraničnom priechode pomáhali opýtaní respondenti. Mali možnosť zo štyroch štátnych hraníc. Najviac odpovedí bolo zaznamenaných na štátnej hranici **Veľké Slemence (39) 39%**, za ňou nasledovala štátna hranica **Vyšné Nemecké (32) 32%** opýtaných respondentov, ďalej štátna hranica **Ubl'a (23) 23%** a na poslednom mieste skončil **Ulič (6) 6%**.

Tabuľka 8 Znárodnuje pomoc na hraničných priechodoch medzi UKR a SR

Hraničný priechod	Počer n	Počer %
a) Vyšné Nemecké	32	32%
b) Veľké Slemence	39	39%
c) Ubl'a	23	23%
d) Ulič	6	6%

Zdroj: Vlastný

Z pohľadu opýtaných respondentov, akí ľudia prichádzali na Slovensko z vojnou zmietanej Ukrajiny. Najviac prichádzalo opýtaných respondentov *matiek s deťmi* (53) 53%, potom nasledovali *ženy do veku 60 rokov* (27) 27%, za nimi to boli *muži do veku 60 rokov* (8) 8%, neskôr *dôchodcovia* (7) 7% a na poslednom mieste to boli *deti bez sprievodu* (5) 5%.

Ďalším zistením sme dospeli k záveru v otázke, kto pomáhal na štátnej hranici medzi Ukrajinou a Slovenskom, kde opýtaný sociálny pracovník pôsobil. Najviac odpovedí bolo (33) 33% a boli tam *sociálni pracovníci*, potom nasledoval *Slovenský červený kríž* (32) 32%, samozrejme tam nechýbali ani *študenti a mimovládne organizácie* v (20) 20% opýtaných respondentov, pričom tam boli aj *dobrovoľní hasiči* v (15) 15%.

Tabuľka 9 Znárodnuje povolania, ktoré boli na štátnej hranici medzi UKR a SR

Pomoc na štátnej hranici s Ukrajinou	Počet n	Počet %
a) Slovenský červený kríž	32	32%
b) Sociálni pracovníci	33	33%
c) Dobrovoľní hasiči	15	15%
d) iní dobrovoľníci (študenti, mimovládne organ.)	20	20%
e) iné	0	0%

Zdroj: Vlastný

Na základe zisťovania opýtanou otázkou „Mali ste pocit, že občania UKR v čase prechodu štátnej hranice boli?..“, na respondentov sme dospeli k záveru položenej otázky, že občania pochádzajúci z Ukrajiny v čase príchodu štátnych hraníc boli v (37) prípadoch, čo predstavuje 36,30% vystrašení, v (27) prípadoch opýtaných respondentov, čo predstavuje 26,50% bezmocní, v (31) prípadoch, čo predstavuje 30,40% unavení a v (7), čo predstavuje 6,90% vedeli, kde pôjdu hľadať pomoc.

Tabuľka 10 Znárodnuje výsledok na odpovede na otázku: Akí boli občania, ktorí v čase vojny na Ukrajinu prekročili štátne hranice

Občania Ukrajiny pri prechode na Slovensko	Počet n	Počet %
a) bezmocní	27	26,50%
b) vystrašení	37	36,30%
c) unavení	31	30,40%
d) vedeli, kde pôjdu hľadať pomoc	7	6,90%
e) iné	0	0%

Zdroj: Vlastný

Poslednou otázkou, či majú vojnoví utečenci z Ukrajiny povinné očkovanie. Podľa opýtaných respondentov v (81) prípadoch t. j. 80,40% uviedli, že *povinné očkovania nemajú* a v (19) prípadoch t. j. 19,60% *majú povinné očkovania*.

Na základe analýzy výsledkov výskumu konštatujeme, že H3 sa *potvrdila*, a teda platí. A to na základe toho, že väčšina opýtaných respondentov uviedla, že má obavy z toho, že vojnoví utečenci pochádzajúci z Ukrajiny nemajú povinné očkovania, čo predstavuje pre občanov Slovenskej republiky hrozbu pri rôznych nákazách infekčných ochorení.

Záver

Táto problematika je veľmi vážna a aktuálna. Ukončenie vojnového konfliktu na Ukrajine je hlavným cieľom medzinárodného spoločenstva. Slovenská republika hrala aktívnu úlohu v poskytovaní humanitárnej pomoci utečencom, ktorí boli nútení opustiť svoje domovy kvôli vojenským operáciám. Od začiatku konfliktu boli zriadené prijímacie centrá, ktoré poskytovali dočasné útočisko, zdravotnú starostlivosť a psychosociálnu podporu. Najväčší nápor bol na východnú štátnu hranicu, kde nepomáhali len sociálni pracovníci, ale aj zdravotníci, dobrovoľníci, dobrovoľní hasiči, ktorí sú v našom dotazníku. Musíme uviesť, že takúto všeobecnú pomoc poskytla aj naša Alma mater VŠZaSP sv. Alžbety so študentmi na čele už s nebohým prof. Vladimírom Krčmerym, spolu za dlhodobej pomoci viacerých profesorov, docentov a pedagógov.

Všetci nepretržite dúfame, že vojenský konflikt čoskoro skončí a že ukrajinskí občania sa vrátia do svojich domovov, kde je veľký predpoklad, že došlo k ich poškodeniu, nebudaj aj zničeniu majetku. V prípade, že sa rozhodnú ostať na Slovensku, pevne veríme, že im Slovenská republika bude vo všetkých veciach nápomocná a vytvorí im podmienky, aby sa cítili ako doma. S nádejou na stabilizáciu situácie na Ukrajine sa pozornosť teraz sústreďuje na možnosť návratu obyvateľov do ich domovov. Slovensko je pripravené podporiť tento proces nielen humanitárnou pomocou, ale aj prostredníctvom rôznych projektov.

Novodobý konflikt medzi Ruskom a Ukrajinou je ponaučením pre všetky generácie. Ukazuje následky zanedbávania diplomatických snáh a potrebu silnej medzinárodnej solidarity. Tento konflikt nás učí o význame mieru, spolupráce a vzájomného rešpektu medzi národmi. Je to tiež pripomienkou, že vojna spôsobuje nielen politické a ekonomické problémy, ale má predovšetkým hlboký a trvalý vplyv na ľudské životy. Podľa Kenderešovej (2021, s. 76) *„nesprávne definovanie problémov, bez akceptácie historických a spoločenských súvislostí, nesprávna voľba politiky identity a suverenity je častokrát poznačená nezvratiteľnými, nehumanistickými reakciami – jednak zo strany štátnej moci a jednak zo strany samotného človeka, na ktorom sa tieto nehumanistické spôsoby aplikujú“*. Vojna na Ukrajine nás učí, že vojenské riešenia konfliktov by mali byť vždy poslednou možnosťou a že prioritou by malo byť nájdenie mierových riešení.

BIBLIOGRAFIA

BÁRTA, R., SABO, S., DOBROVANOV, O., pomoc pre rodiny, ktoré utiekli pred vojnou na Ukrajine, Zborník vedecko výskumných prác s názvom „Zdravotné a sociálne problémy seniorov v súčasnosti“ Srbsko, Báčsky Petrovec, ISBN978-86-82536-000, 198 s.

EURÓPSKA RADA. 2022. Humanitárna pomoc. [online] [cit. 2022-09-15] Dostupné na internete: <https://www.consilium.europa.eu/sk/policies/eu-response-ukraine-invasion/eu-solidarity-ukraine/#humanitarian>

EURÓPSKA KOMISIA. 2022. Infografika – Utečenci z Ukrajiny v EÚ. [online] [cit. 2022-09-10] Dostupné na internete: <https://www.consilium.europa.eu/skinfographics/ukraine-refugees-eu/>

HOFREITER, L. 2008. Teória a riešenie konfliktov. Liptovský Mikuláš : Akadémia ozbrojených síl generála M. R. Štefánika Liptovský Mikuláš, 2008. 206 s. ISBN 978- 808040-347-8.

KAZANSKÝ, R. 2013. Súčasný problémy výskumu medzinárodných konfliktov a kríz a ich riešenia. Banská Bystrica : Univerzita Mateja Bela, Fakulta politických vied a medzinárodných vzťahov, 2013. 215 s. ISBN 978-80-557-0573-6.

KENDEREŠOVÁ, E. 2021. Úroveň ľudských životov v epoche múrov v dôsledku „únavy z dejín Európy“. In: Prax založená na dôkazoch v pomáhajúcich profesiách. Zborník zo VII. Medzinárodnej vedeckej konferencie. Warszawa: Collegium Humanum, 2021. 361 s. ISBN: 978-83-958245-2-4.

KREJČÍ, O. 2007. Mezinárodní politika. Praha : EKOPRESS, 2007. 743 s. ISBN 978-8086929-21-7.

SCHWENG, CH. 2022. Uznesenie: Európsky hospodársky a sociálny výbor. Vojna na Ukrajine a jej hospodárske, sociálne a environmentálne dôsledky. EESC-2022-01473-00- 00-RES-TRA (EN) 72/78.

Kontakt

PhDr. Richard Bárta, PhD., MPH

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

Ústav Bl. Z. G. Mallu Košice, ul. Hlavná č. 89

E-mail: bartarichardsp@gmail.com

WHAT IS PARISH NURSING AND WHAT ARE THEY DOING AROUND THE WORLD

ČO JE TO FARSKÉ OŠETROVATEĽSTVO A ČO ROBIA PO CELOM SVETE

Dandre Pamela^{1, 2}, Bachelor's degree in Nursing
Prof. Tsarenko Anatolii^{2, 3, 4}, Doctor of Medical Sciences

¹*Parish Nursing World Forum Specialist of Westberg Institute (USA)*

²*Association for Parish Nurses and Volunteers "Blago", Kyiv, Ukraine*

³*Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv, Ukraine*

⁴*St. Elizabeth University of Public Health and Social Work Bratislava, Institute of bl. M. D. Trčku Michalovce, Slovakia*

A Parish Nurse is a nurse who specializes as in nursing/medical/health care such in the spiritual care of her patients and she cares for them with spirituality in mind. We know that if we have not forgiven someone, this can lead to bitterness in your heart. This bitterness, if not cared for, can lead to anger. This anger, if not healed, can lead to migraines or stomach problems. So, the body needs a holistic approach to healing and care (mind/body/soul/spirit).

A Parish Nurse the specialized practice of professional nursing that focuses on the intentional care of the spirit as well as the promotion of wholistic health and prevention or minimization of illness within the context of a faith community. Faith Community Nurse a registered professional nurse who is actively licensed in a given state or country and who serves as a member of the staff of a faith community. The Faith Community Nurse promotes health as wholeness of the faith community, its groups, families, and individual members through the practice of nursing as defined by that state or country's Nurse Practice Act and regulations.

The Relationship between the Community and the Faith Community Nurse:

Practicing in Alternative Settings Beyond the Faith Community:

- hospitals, community agencies, prisons, care for the uninsured, poor, and homeless, retirement settings, shelters, day cares;
- need for wholistic care is universal;
- Faith Community Nurses are being recruited to serve in variety of institutions;

Policies and Communication:

- Policies need to be general.
- Choice of words needs to be measurable.
- Who should write the policies, the Faith Community Nurse or the committee?
- How will policies reflect polity and doctrinal beliefs of congregation?
- Base policy on the Faith Community Nurse role, not your own qualifications.
- Make sure the congregational clergy or other governing body reviews policy.
- Ensure policies state responsibilities in broad areas.

In interprofessional settings, Faith Community Nurses:

- possess knowledge, skills, and licensure;
- are attentive, responsive, and intentional;
- have ability to deconstruct attitudes and respond;

- are lifelong learners;
- possess congruent behaviors, attitudes, and policies;
- recognize importance of relationships to God, society, and others;
- acknowledge central importance of relationship to patient;
- are accessible and accountable.

Outcomes of advocating for whole-person care:

- access and effective use of healthcare system;
- humanized health care;
- care coordination;
- empowerment;
- engagement in management of patients' health;
- reduction in healthcare avoidance;
- strengthened capacity to understand and care;
- transformation into a setting of healing.

Faith Community Nurse Transitional Care Model:

- two phases when time-specific interventions occur;
- pre-hospital discharge and post-hospital discharge.

Pre-discharge interventions:

- whole-person assessment, which includes spiritual;
- appropriate referrals;
- screening (vitals);
- disease education;
- medication reconciliation;
- self-care training;
- safety assessments.

Post-hospitalization physician visit:

- ensure that the visit occurs;
- introduce the Faith Community Nurse role to the doctor;
- facilitate information exchange;
- make sure that the patient and caregiver are fully engaged.

Six nursing interventions present 73 % of 210 NICs documented by Faith Community Nurses:

- emotional support;
- spiritual support;
- active listening;
- medication management;
- health education;
- fall prevention.

The Parish Nursing World Forum Specialist of Westberg Institute (USA) is responsible for assisting nurses like you, around the world who want to care for the whole person including the spiritual part of a patients being. This specialist helps by getting nurses connected to the right education and understanding how to practice with the spirituality of a patient in mind. It can start with you. Here are some examples what Parish Nurses are doing around the world.

1. **The Philippians:** Alicia is teaching the parish nursing course in the Philippians, Pakistan, Japan, Taiwan and 7 other countries in the Asia region. Each country has its area of specialty and interest, but Alicia is the main educator.
2. **New Zealand and Australia:** Helen and Anne work with different denominations and are teaching the Westberg's Foundations course and serving in their local churches which consists of Lutheran, Baptist and Catholic. From time to time, they work together on different projects.
3. **Eswatini South Africa:** Dr. Thandie lost many of her nurses during COVID-19 pandemic. However, a Catholic priest in her area asked Dr. Thandie to educate nurses to replace the ones who had died. The new nurses are eager to not only learn but serve their communities to bring health and spirituality to them.
4. **Germany,** Angela Glaser, the country Parish Nursing Coordinator has an organization called "Vis a Vis" ("Face to Face"). They are teaching the foundations course for nurses across Germany. In November nurses from across Germany came together for a one day seminar "The strength in me". What gives me strength, my belief, resilience and staying strong in your practice.
5. **The UK** had their Annual Parish Nursing Symposium in October 2023. Over one hundred parish nurses met together in Derbyshire, England. The theme was resilience, and Pam Dandre was one of the speakers at the Symposium. Some parish nurses in England are going to rural, farming communities where farmers don't go to the doctors, and they don't take care of their health. With the personal interest of the nurses, the farmers are becoming healthier.
6. **Ukraine,** under the direction of prof. Anatolii Tsarenko, has an organization "The Association of Parish Nurses and Volunteers "Blago". This organization teaches the principles of Parish Nursing and send its members back to their towns and cities to serve in their areas of interest. Many of the members are now living in different countries around the world, but some have stayed in Ukraine and are serving the people in their cities and other areas where they moved. Some work with wives and their children of the military, some work with home-bound people, some care for the wounded during this active war time.

Parish Nursing is a worldwide specialty in the nursing profession. We add a rich care to our patients because we have a specialty in spirituality and bringing holistic care to our patients. We are invite you to seriously think about joining the World Forum platform and learn more about Parish Nursing. This will give you an added dimension to your practice wherever you find yourself. And you can connect with Parish nurses all around the world.

Kľúčové slová/ Keywords: Parish Nurse, Faith Community Nurse, Parish Nursing, nursing/medical/health care, spiritual care, holistic care, Westberg Institute (USA).

Contact the authors

Pamela Dandre

Faith Community Coordinator for Ukraine

Legotzkoho, 80, Apt. 36, Uzhhorod, Ukraine, 88009.

E-mail: nurseinkiev@gmail.com

Anatolii V. Tsarenko, MD, Director of Medical Sciences, Professor,

Shupyk National Healthcare University of Ukraine,

Head of the Department of Palliative and Hospice Medicine;

9, Dorohozhytska Str., Kyiv, Ukraine, 04112, E-mail: atsarenko@gmail.com

REGULATORY FRAMEWORK FOR THE NURSING IN UKRAINIAN PRESCHOOL EDUCATIONAL INSTITUTIONS

Myroslav Danko, MD¹

¹*Uzhhorod National University*

Abstract

Theoretical background:

This article aims to unravel the complex interaction between legislation, health protection standards, and the practical implementation of medical systems in preschool educational institutions in Ukraine. It provides an overview of the existing legal framework, assesses the adequacy of medical services, and identifies challenges and prospects for improving the regulatory environment among healthcare professionals in preschool educational institutions.

Aim:

Evaluate the current state of the regulatory framework in the field of medical care in preschool educational institutions, identify shortcomings and gaps in the interaction between central and local government authorities and practitioners, and explore opportunities for improving the functioning of medical units in preschool educational institutions.

Methods:

Bibliosemantic method, content-analysis, systemic approach

Results:

A significant number of inconsistencies and contradictions have been identified in the legal and regulatory acts that govern the provision of medical services in educational institutions, particularly in preschool educational facilities. Additionally, there are numerous gaps in areas such as communication between healthcare professionals in educational institutions and healthcare facilities. These gaps have a negative impact on the accessibility, continuity, and quality of providing qualified medical assistance to students in preschool educational institutions.

Conclusion:

The existing norms and legislation governing medical care in educational institutions in Ukraine underscore the need for further refinement to align with prevailing international standards. While there are established regulations in place, a critical assessment reveals areas that warrant enhancement to meet the benchmarks set by the global community.

The imperative for such improvements stems from the recognition that aligning Ukrainian norms with international standards in the field of medical care for educational institutions can yield manifold benefits. It not only ensures that the health and well-being of students and staff are safeguarded at a level commensurate with global best practices but also enhances the overall credibility and reputation of the Ukrainian educational system on the international stage.

To effectuate this alignment, a detailed analysis of the current norms and legislation is essential. This involves identifying specific areas where the existing framework may fall short of international benchmarks, whether in terms of comprehensiveness, efficacy, or inclusivity. By pinpointing these areas, policymakers and stakeholders can strategically target their efforts towards necessary revisions and improvements.

Moreover, drawing inspiration from successful models in other countries can provide valuable insights into crafting reforms that are not just aligned with international standards but are also tailored to suit the unique context and needs of the Ukrainian educational landscape. This comparative approach allows for the cherry-picking of strategies and mechanisms that have demonstrated effectiveness elsewhere, fostering a pragmatic and contextually relevant evolution of the existing norms.

In essence, the call for further improvement in Ukraine's norms and legislation governing medical care in educational institutions is not merely a technical alignment with international standards; it is an investment in the holistic well-being and development of the nation's future generations. Through thoughtful and targeted enhancements, Ukraine has the opportunity to position its educational system as a beacon of health and safety, setting a precedent that resonates globally.

Keywords

Nurses, preschool education institution, healthcare system

Introduction

Medical units in preschools play a crucial role in our healthcare system, especially considering how easily young kids can catch infections. This not only affects their health but also impacts the overall health situation in a region. Well-run medical units can stop infections from spreading, keep everyone safe, and ensure the well-being of both kids and staff. Understanding how these units function is crucial, especially when looking at Ukraine's healthcare and education. It's not just about health; it's a key part of social development. Good health conditions in preschools are essential for kids to learn effectively and succeed in their education. So, the quality of medical care in preschools matters not just for now but for a child's future in society.

To dig deeper, let's look at the current state of medical units in preschools, considering what's working well and what challenges exist. We should also look at how infectious diseases impact preschoolers and what we can do to prevent them. Collaboration between healthcare and education is vital, and we can learn from successful examples. Examining the rules and policies related to medical care in preschools is important too, with suggestions for improvements.

Looking globally, we can compare how Ukraine manages medical care in preschools with other countries. This helps us learn from the best practices worldwide. Beyond health and education, we need to think about how medical care in preschools influences society and how communities can be involved in making things better.

In a nutshell, exploring how medical units work in preschools in Ukraine involves understanding the connection between health, education, and society. By figuring out how to make things better for our youngest community members, we can strengthen our entire society. **The Materials and Methods:**

During the research, the following legal and regulatory acts in the field of healthcare and education in Ukraine were examined:

Constitution of Ukraine:

Date: Adopted on June 28, 1996.

Relevant Articles: Article 49 grants the right to medical assistance, and Article 53 grants the right to education for every individual.

Law of Ukraine "Basics of Legislation of Ukraine on Healthcare" (latest redaction of October 1, 2023):

Overview: This law establishes fundamental definitions in the healthcare system, outlining the rights and duties of patients and healthcare professionals. It also delineates general principles of providing medical services and sets standards for safety and quality in healthcare.

Cabinet of Ministers of Ukraine Resolution "On Approval of the Procedure for Medical Servicing of Children in Preschool Educational Institutions" and Ministry of Health Order "On Improvement of the Organization of Medical Servicing of Children in Preschool Educational Institutions" dated August 30, 2005:

Purpose: These normative acts specify requirements for the organization of medical services for children in preschool institutions. They define the responsibilities of medical personnel, standards for maintaining medical documentation, and other aspects of their professional activities.

Law of Ukraine "On Preschool Education" (as of March 31, 2023):

Content: This law establishes general principles and standards for the operation of preschool educational institutions, including requirements for medical support. It defines the role of medical personnel in ensuring the safety and well-being of children during their time in preschool institutions.

Cabinet of Ministers of Ukraine Resolution No. 285 "On Approval of Licensing Conditions for Economic Activity in Medical Practice" dated March 2, 2016:

Purpose: This resolution outlines organizational, staffing, and technological requirements for the material and technical base of healthcare service providers.

Ministry of Education and Science Order "On Approval of Typical Staffing Norms for Preschool Educational Institutions No. 1055" dated November 4, 2010:

Bibliosemantic method, content-analysis, systemic approach methods were used during the research.

The Results and Discussion

Having analyzed the legal and regulatory acts governing the work of nurses in preschool educational institutions (PEIs), the following list of duties requiring both medical and non-medical competencies according to current legislation was identified [1]:

- Constant monitoring of children's health:
- Involves regularly observing and assessing the health status of children, requiring medical and observational skills.
- Conducting mandatory medical examinations of children:
- Requires the ability to perform regular medical examinations, adhere to the examination schedule, and assess the health of children.
- Administering preventive vaccinations according to the vaccination schedule established by the Ministry of Health of Ukraine:
- Involves providing vaccinations in accordance with the prescribed schedule, requiring knowledge of vaccination protocols.
- Providing urgent medical assistance to children in case of acute illnesses or injuries:
- Requires immediate medical response and the ability to provide timely and appropriate medical care during emergencies.

- Monitoring the organization and quality of nutrition, adherence to a rational schedule of educational activities, and educational workload:

- Involves overseeing the organization and quality of nutrition, ensuring adherence to a rational schedule of educational activities, and monitoring the educational workload.

Monitoring compliance with sanitary-hygienic requirements and anti-epidemic measures:

- Involves ensuring compliance with sanitary-hygienic standards and implementing measures to prevent the spread of diseases.

- Conducting sanitary-educational work among children, parents, substitutes, and employees of the preschool educational institution:

- Involves educating and raising awareness about sanitary practices among children, parents, substitutes, and employees of the preschool educational institution.

Maintaining medical documentation in accordance with the order established by the Ministry of Health of Ukraine:

- Requires proper record-keeping of medical documentation following the guidelines set by the Ministry of Health of Ukraine.

As of today, the majority of these medical functions, according to the Ministry of Health Order No. 504 "On Approval of the Procedure for Providing Primary Medical Care" dated March 19, 2018, are performed by primary medical care providers. This includes medical observation of healthy children and preventive interventions, such as vaccination, in accordance with the approved vaccination schedule by the Ministry of Health [2].

It is essential to note that direct medical services can only be provided by healthcare institutions, rehabilitation facilities, departments, or units of these institutions, and individual entrepreneurs registered and licensed in accordance with the law in the field of healthcare [3]. Moreover, the "Licensing Conditions for Conducting Economic Activities in Medical Practice" clearly states that economic activities in medical practice can only be carried out by healthcare institutions and individual entrepreneurs for the purpose of providing medical assistance and medical services based on the license issued by the Ministry of Health. Currently, there is no licensing mechanism for medical offices within educational institutions and PEIs.

Despite this, the position of a senior nurse is mandatory according to the standard staffing schedule of PEIs approved by the Ministry of Education and Science, and the qualification requirements fully correspond to the level of a nurse in a healthcare institution [4,5].

In this situation, a qualified nurse capable of providing medical assistance finds herself in working conditions where her job competencies are restricted by legislation. Due to the ambiguity in formulating duties, she is often obliged to perform tasks that go beyond her qualifications. Responsibilities such as monitoring the organization and quality of nutrition, menu planning, and menu calculation involve numerous authorities at both the central and regional levels. According to the Cabinet of Ministers Resolution dated March 24, 2021, No. 305, the responsibility for planning and organizing nutrition in educational institutions lies with the founder, the head of the respective institution, and the food supplier. These responsibilities cannot be solely assigned to the nurse in the preschool educational institution (PEI). Moreover, according to the same resolution, while the nurse is responsible for monitoring compliance with nutritional norms, she is not accountable for the quality of food supply, epidemiological control, or menu planning. Compliance with the rational regime of educational and upbringing activities and the educational workload is the responsibility of the head of the PEI and directly the educators.

One of the main motivations for introducing the position of a nurse in PEIs is to ensure the accessibility and continuity of medical care. However, the lack of Ministry of Health control over medical staff in educational institutions prevents the fulfillment of this task to its full extent. This became particularly evident after the introduction of the Electronic Health (E-Health) system in Ukraine. E-Health is a system of interrelated information relations among all subjects of the healthcare industry, based on methods, measures, and technologies using a digital environment, including information and communication technologies aimed at supporting the healthcare industry. Efficient E-Health functioning is ensured by connecting healthcare institutions to the electronic health system - an information and communication system that automates the accounting of medical services and manages information about healthcare, including medical information. However, since educational institutions do not have the legal capacity to become entities providing medical services, there is no operational mechanism to integrate medical staff from these institutions into the unified information environment with the healthcare system. In turn, this factor practically hinders effective communication among medical staff. Therefore, the spectrum of nursing functions is not only limited to primary medical care but also lacks any significant influence on determining the patient's further route. In such conditions, ensuring a child's access to qualified medical care remains the responsibility of parents. In the case of infectious diseases, a longer patient route implies more contact persons, both among children and the working population, significantly increasing the burden on the healthcare system. This situation also contributes to a higher rate of absenteeism among the working-age population, negatively affecting Ukraine's economy.

Conclusion

The healthcare system in Ukraine has undergone significant changes since the 2016 reform, which unequivocally positively impacted the quality of healthcare provision. However, numerous issues have been overlooked. An analysis of the current regulatory framework for the work of nurses in Ukrainian preschool educational institutions has revealed several critical aspects that require immediate attention and systemic improvements. These include the lack of clarity in formulating the duties and responsibilities of nurses, mismatch between qualification requirements and assigned tasks, and the absence of communication between healthcare institutions, posing challenges that affect the quality of healthcare services for children.

Expanding the list of medical functions and empowering nurses through the licensing of medical practice in educational institutions, as well as establishing communication between nurses in preschool educational institutions and primary healthcare providers, can contribute to improving the situation and ensuring the safety and well-being of children in preschools. It is crucial to consider not only the needs of children but also to create favorable conditions for the professional self-realization of healthcare workers. The development of a continuous professional education system and support for the participation of nurses in scientific and practical events can significantly enhance their qualifications.

Moreover, it is essential to promote increased financial support for nurses to attract and retain highly qualified personnel. The development and implementation of standards and regulations for ensuring quality medical services in preschool institutions are also critically important measures.

Achieving lasting improvements in the healthcare system of preschool educational institutions necessitates a united front, with concerted efforts from the government, healthcare authorities, and educational institutions. It's a collective endeavor where everyone has a role to play. By fostering mutual cooperation and putting into action a range of comprehensive measures, we can guarantee the safety, health, and well-rounded development of the upcoming generations. This collaborative approach involves not only refining existing medical facilities but also implementing proactive strategies. From the government side, this may involve creating and updating policies that ensure adequate resources and support for healthcare in preschools. Healthcare authorities can contribute by offering expertise and guidance on best practices, ensuring that medical units operate efficiently. Educational institutions, on their part, play a pivotal role in facilitating a healthy environment and promoting wellness among students and staff. Moreover, this collaborative effort extends beyond the immediate goals of health and safety. It forms a foundation for cultivating a culture of well-being that permeates the educational experience. By working together, these entities can address not only immediate health concerns but also contribute to the overall positive development of young minds, setting the stage for a healthier, more productive society.

In essence, the success of healthcare improvements in preschool educational institutions hinges on a synergistic collaboration that goes beyond individual responsibilities. It's a shared commitment to nurturing the well-being of the youngest members of our communities, ensuring that they not only grow up healthy but also equipped with the tools for success in life.

REFERENCES

1. Наказ Міністерства Охорони Здоров'я та Міністерства Освіти і Науки України від 30.08.2005 №432/96 «Про удосконалення організації медичного обслуговування дітей у дошкільному навчальному закладі» URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1090-05#Text>
2. Наказ Міністерства Охорони Здоров'я України від 19.03.2018 №504 «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги» URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0348-18#n101>
3. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» (Відомості Верховної Ради України (ВВР), 1993, № 4, ст.19) поточна редакція від 01.10.2023 URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text>
4. Наказ Міністерства Освіти і Науки України від 04.11.2010 №1055 «Про затвердження Типових штатних нормативів дошкільних навчальних закладів URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1157-10#Text>
5. Наказ Міністерства Охорони Здоров'я України від 29.03.2002 №117 «Про впровадження випуску Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників. Випуск 78 "Охорона здоров'я"»

Contact

Myroslav Danko, MD
Uzhhorod National University,
E-mail: Myroslavdankomd@gmail.com

KOMUNIKÁCIA ZOHEADŇUJÚCA TRAUMU U KLIENTA V SOCIÁLNEJ PRÁCI

TRAUMA-INFORMED COMMUNICATION IN SOCIAL WORK

Gerec Filip¹

¹*Katolícka univerzita v Ružomberku, Pedagogická fakulta, Katedra sociálnej práce*

Abstrakt

Príspevok sa zaoberá špecifikami komunikácie s traumatizovanými klientmi v pomáhajúcich profesiách. Identifikuje a analyzuje kľúčové aspekty komunikácie v kontexte traumy, pričom kladie zvláštny dôraz na empatiu, aktívne počúvanie a zvládanie vlastnej emocionálnej záťaže. Príspevok podčiarkuje význam porozumenia multidimenzionálnej povahy traumy a jej hlbokého vplyvu na spôsob, akým traumatizovaní klienti komunikujú a reagujú. Empatia, schopnosť vcítiť sa do klientových pocitov a prejaviť úprimný záujem o ich pocity, je kľúčovým faktorom vytvárajúcim dôveru a poskytujúcim podporu klientom pri ich sebavyjadrení. Aktívne počúvanie pomáha vytvoriť inkluzívne a dôverné prostredie pre klientov, ktorí prešli traumou. Okrem toho sa príspevok venuje zvládaniu vlastnej emocionálnej záťaže profesionálov. Uvedomuje si, že práca s traumatizovanými klientmi môže v profesionáloch vyvolať osobné emócie, a preto zdôrazňuje dôležitosť vyhľadávania supervízie a podpory od kolegov. Táto podpora je kľúčová pre to, aby profesionáli mohli efektívne a súcitne pomáhať klientom a zároveň udržať svoje vlastné duševné zdravie. Príspevok prináša sumár teoretických konceptov ohľadom komunikácie s traumatizovanými klientmi, ktorý zdôrazňuje dôležité aspekty a zároveň ponúka praktické odporúčania pre profesionálov v pomáhajúcich profesiách.

Kľúčové slová

Aktívne počúvanie. Empatia. Komunikácia. Trauma. Zvládanie emocionálnej záťaže.

Abstract

The paper deals with the specifics of communication with traumatized clients in the helping professions. It identifies and analyses key aspects of communication in the context of trauma, with particular emphasis on empathy, active listening and managing one's own emotional burden. The paper highlights the importance of understanding the multidimensional nature of trauma and its profound impact on the way traumatized clients communicate and respond. Empathy, the ability to empathise with a client's feelings and show genuine concern for their feelings, is a key factor in creating trust and providing support for clients in their self-expression. Active listening helps to create an inclusive and trusting environment for clients who have experienced trauma. In addition, the paper discusses professionals' own emotional distress management. Recognizing that working with traumatized clients can trigger personal emotions in professionals, it emphasizes the importance of seeking supervision and support from colleagues. This support is key to enabling professionals to help clients effectively and compassionately while maintaining their own mental health. This paper presents a summary of theoretical concepts regarding communication with traumatized clients, highlighting important aspects while offering practical recommendations for professionals in the helping professions.

Keywords

Active listening. Communication. Coping with emotional distress. Empathy. Trauma.

Úvod

V oblasti sociálnej práce predstavuje efektívna komunikácia s klientmi, ktorí prešli traumatickými skúsenosťami, jednu z dôležitých prostriedkov úspešnosti. Trauma, charakterizovaná ako hlboké psychické a emočné poranenie, často vyplývajúce z extrémnych udalostí alebo dlhodobého stresu, má fundamentálny vplyv na celkovú pohodu človeka. Tento článok sa zameriava aspekty komunikácie v kontexte sociálnej práce s klientmi, ktorí zažili rôzne formy traumy. Cieľom je priblížiť a popísať tento zložitý fenomén a ponúknuť pomáhajúcim profesionálom praktické nástroje a stratégie, ktoré pomôžu v tejto náročnej oblasti práce. Začína prehľadom teoretických konceptov a definícií traumy, aby sme sprístupnili jej multidimenzionálnu povahu. Pokúsime sa sprostredkovať ako traumatické zážitky ovplyvňujú psychickú stabilitu klientov a ako sa tieto zmeny prejavujú v ich komunikačných schopnostiach a správaní. Dôležitým aspektom je aj analýza toho, ako môžu tieto zmeny vplývať na interpersonálne vzťahy a interakciu s profesionálmi v oblasti sociálnej práce. Následne sa venujeme praktickým aspektom komunikácie so zraniteľnými klientmi. Približujeme, ako môžu sociálni pracovníci prispôsobiť svoje komunikačné štýly, techniky a stratégie, aby boli citliví na potreby klientov s traumou. Venujeme sa otázkam ako je vytváranie bezpečného prostredia pre komunikáciu, využívanie neverbálnej komunikácie, aktívne počúvanie a vytváranie dôvery. Diskutujeme o dôležitosti zachovania dôvernosti, rešpektovania osobnej autonómie a súhlasu klienta, ako aj o potrebe byť kultúrne citlivým a rešpektovať rozmanitosť skúseností a pozadí klientov. Tento článok má za cieľ nielen poskytnúť teoretický rámec pre pochopenie traumy a jej vplyvu na komunikáciu, ale tiež ponúknuť praktické nástroje a stratégie, ktoré môžu sociálni pracovníci použiť pri práci s touto zložitou klientelou. Naším zámerom je inšpirovať a poskytnúť rozmanité pohľady, citlivej a efektívnej praxe v sociálnej práci, ktorá je schopná reagovať na jedinečné potreby a výzvy klientov postihnutých traumou.

Trauma a jej teoretické vymedzenie

Trauma, ako multidimenzionálny fenomén, predstavuje jedno z najvýznamnejších tém v oblasti psychologickkej a sociálnej práce. Jej multidimenzionálna povaha sa odráža v hlbokom emocionálnom, psychologickom a fyzickom zranení, ktoré môže klient zažiť, s dopadom na sociálny, existenciálny a existenčný rozmer. Trauma je reakciou na traumatickú udalosť, procesom, ktorý zahŕňa rôzne stupne psychickej, emocionálnej a fyzickej odpovede na stresujúce alebo nebezpečné situácie. Na emocionálnej úrovni trauma vyvoláva intenzívne pocity, ako sú strach, smútok alebo hnev, kde sú jej súčasťou úzkosť, pocity viny, znížená sebaúcta, frustrácia. Tieto pocity sú často tak silné, že môžu ovplyvniť každodenný život a funkčnosť klienta. Psychologicky, trauma môže spôsobiť zmeny vo vnímaní reality vplyvom na sebavedomie a schopnosť spracovávať informácie. Fyzicky sa trauma môže prejavovať prostredníctvom rôznych somatických symptómov, ako sú napätie, únava alebo iné telesné reakcie, ale aj organické zmeny, funkčné poruchy. Definovanie traumy je kľúčové pre jej pochopenie a správnu intervenciu. Trauma sa tradične definuje ako odpoveď na mimoriadne negatívne udalosti, ktoré sú pre klienta veľmi stresujúce alebo ohrozujúce. Tieto udalosti môžu byť jednorazové, ako napríklad nehody, alebo chronické, ako dlhodobé zneužívanie.

Rozlišujeme primárnu a sekundárnu traumou - primárna sa týka priameho zažitia traumatickej udalosti, zatiaľ čo sekundárna odkazuje na traumou získanú cez svedectvo alebo starostlivosť o iných, ktorí zažili traumou. Existujú rôzne typy traumy, vrátane akútnej traumy, ktorá je reakciou na jednorazovú udalosť, a chronická trauma, ktorá vzniká z opakovaných a dlhodobých traumatických zážitkov (Levine a Kline, 2012). Komplexná trauma sa týka situácií, kde klient zažíva viaceru traumatických udalostí, často prelínajúcich sa a interagujúcich v ich vplyve na klienta. Pochopenie traumy si tiež vyžaduje zohľadnenie sociálneho a kultúrneho kontextu, v ktorom sa trauma odohráva. Trauma môže byť ovplyvnená sociálnymi faktormi, pričom na procese traumatizácie sa môžu podieľať viaceré sociálne a sociálno-psychologické aspekty ako sú vek, fyzická prevaha, rod, rasa, národnosť, náboženstvo, sexuálna orientácia, formálna a neformálna moc, rozmanité kultúrne činitele a ďalšie. Tieto faktory môžu ovplyvniť, ako jednotliviec zažíva a spracováva traumatické udalosti, a sú rovnako dôležité pri posudzovaní prístupu k pomoci a podpore pre osoby trpiace traumou (Vágnerová, 2004).

Traumatické zážitky majú významný vplyv na psychickú a emočnú stabilitu klienta. Trauma môže viesť k rozvoju rôznych psychických porúch, medzi ktoré patrí predovšetkým posttraumatická stresová porucha (PTSD) (MKCH10, 2023). PTSD sa charakterizuje opakovaným prežívaním traumatickej udalosti, vyhýbaním sa pripomienkam traumy a zvýšenou fyzickou vzrušivosťou. Tieto symptómy môžu trvať dlhodobo a výrazne ovplyvňujú denné fungovanie klienta. S traumou sa často spájajú depresia a úzkostné stavy. Depresia a úzkosť sú tiež často spojené s traumou¹ (Vizinová, Preiss, 1999). Depresia sa prejavuje napríklad hlbokými pocitmi smútku, stratu záujmu o predchádzajúce aktivity alebo celkový pocit beznádeje. Zásadným prejavom depresie je znížená vitalita, fyzická slabosť, v rozvinutej depresii pacient potrebuje napríklad maximálne nasadenie síl aby sa dostal na WC. Úzkosť sa prejavuje nadmerným obávaním, napätím a neustálym očakávaním negatívnych udalostí. Strach je konkrétna emocionálna reakcia na bezprostredné hrozby, často sprevádzaná ostrým, ale obvykle krátkodobým pocitom nebezpečenstva. Naopak, úzkosť je často nešpecifický a dlhotrvajúci stav napätia alebo nervozity, ktorý sa môže objaviť aj bez zjavného vonkajšieho dôvodu. Tieto stavy sú často sprevádzané somatickými symptómami, ako sú bolesti hlavy, problémy so spánkom a tráviacimi ťažkosťami. Trauma môže tiež ovplyvniť schopnosť klienta regulovať svoje emócie. Často dochádza k extrémnym alebo neprimeraným emočným reakciám na situácie, ktoré na prvý pohľad môžu na laika pôsobiť ako nepochopiteľné alebo nevýznamné. V niektorých prípadoch môžu klienti prejavovať emocionálne znečulivanie alebo odosobnenie ako obranný mechanizmus proti bolestivým emocionálnym skúsenostiam. Tieto reakcie môžu viesť k ťažkostiam vo vzťahoch, pretože klienti majú problémy s vyjadrovaním alebo spracovaním emócií adekvátne a zdravo. Okrem toho, trauma môže viesť k narušeniu kognitívnych funkcií, ako sú pamäť, koncentrácia a rozhodovanie (Vágnerová, 2004). Traumatizovaní klienti môžu mať problémy s udržaním pozornosti, čo ovplyvňuje ich schopnosť učiť sa a vykonávať každodenné úlohy. Môžu tiež zažívať problémy s pamäťou, najmä v súvislosti s detailmi traumatických udalostí. V dôsledku týchto psychických a emočných následkov traumy je pre klientov často ťažké obnoviť pôvodnú úroveň fungovania alebo sa prispôbiť novým životným okolnostiam, nakoľko môže dôjsť k zníženým adaptačným a sebaregulačným schopnostiam, je dôležité, aby sa v rámci sociálnej práce a

¹ Depresia a úzkosť sú dôsledkom traumy a nie naopak

psychologickej intervencie venovala osobitná pozornosť týmto aspektom, čo umožní efektívnejšie a cielenejšie prístupy k podpore a liečbe klientov postihnutých traumou. Trauma má významný dopad nielen na psychické a emočné zdravie klientov, ale tiež ovplyvňuje ich komunikačné schopnosti a správanie. Zmeny v komunikačných schopnostiach môžu mať hlboký vplyv na medziľudské vzťahy a každodenné sociálne interakcie. Zažívanie traumy vedie k zmenám v schopnosti klientov efektívne komunikovať svoje myšlienky a emócie. Prítomné môžu byť ťažkosti pri vyjadrovaní pocitov, čo je následkom vnútorného zmätku a neschopnosti spracovať traumatické skúsenosti. Uvedené môže byť prediktorom vzniku frustrácie, neporozumenia a konfliktu vo vzťahoch, keďže klienti majú problémy s jasným a efektívnym komunikovaním svojich potrieb a záujmov. Trauma determinuje situácie, kde sa klienti uzavrujú do seba a stávajú sa menej verbálne komunikatívnymi. Stretávame sa s tým, ako klienti majú sklon k izolácii a vyhýbaniu sa rozhovorom o svojich skúsenostiach alebo pocitoch. Tento únik je spôsobený strachom z nechcených reakcií alebo posudzovania zo strany druhých. V dôsledku toho sa môžu objaviť ťažkosti pri budovaní a udržiavaní osobných vzťahov. Traumatické skúsenosti vplyvajú na neverbálnu komunikáciu. Klienti vykazujú zmenu neverbality v polohe tela, uzavreté držanie tela alebo obmedzený očný kontakt, čo môže byť vnímané ako odmietavé alebo neprístupné správanie. Tieto zmeny môžu byť nesprávne interpretované, čo vedie k nedorozumeniam a konfliktom v interpersonálnych vzťahoch. Navyše, trauma môže viesť k zmenám v spracovaní informácií a pozornosti. To môže vnieť riziko nesprávneho pochopenia alebo chybného interpretovania komunikačných signálov, čo ešte viac komplikuje medziľudské vzťahy. V kontexte sociálnej práce je dôležité pochopiť tieto výzvy a byť pripravený na prispôbenie komunikačných stratégií tak, aby boli citlivé na potreby tých, ktorí prežili traumou. To zahŕňa vytvorenie bezpečného a podporného prostredia, kde môžu klienti otvorene komunikovať bez strachu z posudzovania, ako aj rozvoj stratégií na podporu efektívnejšej verbálnej a neverbálnej komunikácie (Klepáčková, Krejčí a Černá, 2020). Trauma môže zásadne ovplyvniť spôsob, akým klienti vnímajú a interagujú s inými, čo môže viesť k výrazným zmenám vo vzťahoch, sociálnej izolácii a narušenej schopnosti vytvárať a udržiavať blízke vzťahy. Jednou z kľúčových oblastí, ktorá je ovplyvnená traumou, je dôvera. Traumatizované osoby často zápasia s budovaním a udržiavaním dôvery v iných, čo je dôsledkom ich predchádzajúcich skúseností s porušením dôvery alebo s násilím, zároveň s pocitmi bezmocnosti. Zažitá alebo naučená bezmocnosť neprosieva dôveru voči svetu. Toto môže viesť k pocitom neistoty vo vzťahoch, strachu z opätovného zranenia alebo obavám zo zneužitia. V dôsledku toho môžu byť opatrní pri vstupovaní do nových vzťahov alebo môžu mať problémy s udržiavaním existujúcich vzťahov. Trauma tiež ovplyvňuje schopnosť klientov komunikovať a vyjadrovať svoje emócie, čo je nevyhnutný aspekt zdravých vzťahov (Levine a Kline, 2012). Konanie, ktoré smeruje k snahe pomôcť v oblasti psychických a sociálnych potrieb obetí traumy vymedzuje konkrétnu psychosociálnu pomoc. Existujú programové a krízové stratégie pre pomoc osobám s traumou a špecificky si napríklad vyžadujú priestor pre oddych a pauzu, bezpečné prostredie, predchádzanie stigmatizácií, priestor pre vyjadrenie nežiaducich emócií, podporu svojpomocných skupín, zaznamenanie a vnímanie okolností z doby pred traumou, ktoré môžu zhoršiť priebeh vyrovnania sa s traumou, umožniť obetiam opätovne nadobudnúť sebaúctu a pocit kontroly nad vlastným životom a umožniť príležitosť k prehodnoteniu životných cieľov (Šrobárová, Bursová, 2023). Ľudia, ktorí prežili traumou, môžu mať problémy s vyjadrovaním svojich skutočných pocitov alebo potrieb, čo môže viesť k

nedorozumeniam a frustrácii v interpersonálnych vzťahoch. Taktiež sa môžu cítiť nepochopení alebo izolovaní, pretože im chýba schopnosť komunikovať svoje skúsenosti spôsobom, ktorý by bol pochopený druhými. Trauma môže taktiež viesť k zmenám v sociálnom správaní (Figley, 1995). Napríklad, niektorí klienti môžu vykazovať nadmernú potrebu kontroly vo vzťahoch ako spôsob, ako sa vyrovnáť s vnútornými pocitmi bezmocnosti a strachu, ktoré zažili. Iní sa môžu stiahnuť do seba a stať sa sociálne izolovaní, čo je stratégia na ochranu pred ďalším zranením. Tieto zmeny v správaní môžu byť náročné nielen pre samotného klienta, ale aj pre ich rodinných príslušníkov, priateľov a partnerov. Preto je dôležité, aby sociálni pracovníci a terapeuti rozpoznali vplyv traumy na interpersonálne vzťahy a prispôbili svoje intervencie tak, aby podporovali vytváranie zdravých vzťahov. Toto môže zahŕňať prácu na rozvoji schopností komunikácie, budovanie dôvery a prekonávanie obáv z intímnosti. V intímite sa traumatické zážitky odrážajú v extrémne vysokej miere. Terapeutické stratégie, ako je napríklad kognitívno-behaviorálna terapia, EMDR alebo terapia zameraná na traumy, môžu byť obzvlášť účinné pri adrešnosti týchto problémov. V konečnom dôsledku, pochopenie a adresovanie vplyvu traumy na interpersonálne vzťahy je kľúčové pre celkové zotavenie a blahobyt klientov postihnutých traumou. Toto si vyžaduje citlivý, informovaný prístup, ktorý zohľadňuje komplexnú povahu traumy a jej široké dôsledky na ľudské správanie a vzťahy.

V medziľudskej komunikácii je viacero kľúčových fenoménov, ako napríklad dôvera a empatia, prístup zohľadňujúci traumy, aktívne počúvanie a zvládanie vlastnej emocionálnej záťaže v práci s traumatizovaným klientom, percepcia, vedenie dialógu, produktívne parametre dialógu, sociálna senzitivita, proces komunikácie – podmienky budovania vzťahu (popri empatii aj akceptácia a kongruencia), osobitosti komunikácie pri spracovávaní traumatických zážitkov, podpore posilňovania a zmocňovania (empowerment), špecifickej komunikácii pri hľadaní zdrojov na prekonanie, pri abreakcii či zvládaní traumatických zážitkov, ktorým je potrebné sa taktiež podrobne venovať (Pružinská, Labáth, 2021). Vzhľadom na obmedzený rozsah uvádzame náhľad na 4 vybrané prvky, ktoré môžu zefektívniť proces komunikácie, avšak nepredstavujú ich komplexný prehľad.

Dôvera a empatia

Trauma je často sprevádzaná pocitom zraniteľnosti a nedôverou voči iným ľuďom, vrátane profesionálov v oblasti sociálnej práce. Dôvera musí byť získaná postupne a opatrne, pričom empatia v tomto procese predstavuje jej základ. Podľa Ogińskiej-Bulik a kol. (2022) je empatia schopnosťou vcítiť sa do klientových pocitov a skúseností bez odsudzovania, a zároveň empatia má aj kognitívnu zložku – porozumenie, pochopenie vnímania klienta a snahu klientovi to aj vyjadriť. Empatická komunikácia je dôležitým predpokladom pre budovanie dôvery, pretože klienti cítia, že sú počúvaní a chápaní. Empatia taktiež podporuje klientovu schopnosť otvoriť sa a zdieľať svoje traumatické skúsenosti. Profesionáli v oblasti sociálnej práce, ktorí preukazujú empatiu a pochopenie voči klientovým pocitom, majú väčšiu pravdepodobnosť, že klienti budú ochotní spolupracovať a viac sa angažovať v terapii či pomoci. Empatická komunikácia tak zlepšuje výsledky intervenčných programov a pomáha klientom pri procese hojenia. Greenberg et al. (2018) uvádzajú, že profesionáli v sociálnej práci, ktorí majú schopnosť empatie a dokážu budovať dôveru vo vzťahu s klientmi, prispievajú k pozitívnemu sociálnemu prostrediu, kde klienti môžu získavať podporu nielen od pracovníka, ale aj od svojich rovesníkov. Empatia umožňuje profesionálom lepšie chápať klientovu perspektívu a

emócie, čím sa uľahčuje budovanie dôvery. Niektoré vedecké štúdie nám poskytujú dôkazy o pozitívnom vplyve empatie na spoluprácu s klientmi a účinnosť intervenčných programov.

Prístup zohľadňujúci traumu

Prístup zohľadňujúci traumu je komplexný rámec, ktorý sa používa v oblasti sociálnej práce na porozumenie a efektívnu prácu s klientmi, ktorí prešli traumou. Tento prístup presahuje jednoduché pochopenie traumatických skúseností a poskytuje profesionálom v sociálnej práci nástroje a stratégie na zlepšenie pomoci a podpory klientom s traumou (Klepáčková, Krejčí a Černá, 2020).

Podľa Hermana (2015) je prístup zohľadňujúci traumu založený na nasledujúcich princípoch:

1. pochopenie traumy - profesionáli v oblasti sociálnej práce musia mať hlboké a komplexné pochopenie toho, čo trauma je a ako ovplyvňuje život klienta, tj. musia poznať nielen fyzické a psychické dôsledky traumy, ale aj sociálne a kultúrne faktory, ktoré s ňou súvisia,

2. zváženie bezpečia - prístup zohľadňujúci traumu kladie veľký dôraz na bezpečnosť klientov, profesionáli by mali vytvárať bezpečné prostredie, kde klienti sa cítia chránení a podporení, čo zahŕňa nielen fyzickú bezpečnosť, ale aj emocionálnu a psychologickú,

3. rešpekt k autonómii - tento prístup rešpektuje autonómiu klienta a jeho právo na rozhodovanie o vlastnom živote, profesionáli by mali spolupracovať s klientmi na dosahovaní ich cieľov a posilňovaní ich kontroly nad vlastnými životmi,

4. zameranie na možnosti hojenia - prístup zohľadňujúci traumu sa nezameriava len na symptómy a problémy spojené s traumou, ale aj na možnosti zotavovania a obnovy, profesionáli by mali podporovať klientov na ich ceste k uzdraveniu a zlepšeniu kvality života.

Vedecký výskum podporuje účinnosť prístupu zohľadňujúceho traumu pri práci s traumatizovanými klientmi. Napríklad, Courtois a Ford (2020) tvrdia, že pomáhajúci profesionáli, ktorí by aplikovali stratégie zohľadňujúce traumu, môžu dosiahnuť lepšie výsledky pri kontakte s klientmi s posttraumatickou stresovou poruchou (PTSD). Prístup zohľadňujúci traumu je významným nástrojom v práci s klientmi, ktorí prešli traumou. Založený na princípoch pochopenia, bezpečnosti, rešpektu a zameraní na možnosti zotavovania, pomáha profesionálom v oblasti sociálnej práce efektívnejšie a empatickejšie pracovať s traumatizovanými klientmi.

Aktívne počúvanie

Aktívne počúvanie predstavuje základný a nevyhnutný prvok v komunikácii s klientmi, ktorí prešli traumou. Tento koncept zahŕňa nielen fyzický proces počúvania, ale aj schopnosť empatického a dôsledného vnímania toho, čo klient hovorí, a snaženie sa porozumieť jeho pocitom a potrebám.

Zároveň v komunikácii vyjadrujeme druhému rešpekt tým, že ho aktívne počúvame, neskáčeme mu do reči, rýchlo ho neukľudneme a nebezpečujeme, a necháme mu priestor, aby vyjadril všetko to, čo potrebuje. Samozrejme, snažíme sa vyhýbať aj „klasickým“ bariéram v komunikácii (Štefáková, 2018).

Vedecký výskum (Rogers, 1957) nám hovorí, že empatické počúvanie vytvára pozitívne vzťahy medzi profesionálmi a klientmi. Klienti cítia, že sú vypočutí, a majú pocit, že sú chápaní, čo zlepšuje kvalitu komunikácie a spolupráce.

Aktívne počúvanie zahŕňa schopnosť klásť otázky, ktoré podporujú klienta v sebavyjadrení.

Profesionáli by mali klásť otázky, ktoré sú otvorené a neodsudzujúce, aby klienti mohli voľne vyjadrovať svoje myšlienky a pocity. Tieto otázky pomáhajú klientom zrozumiteľne komunikovať svoje traumatické skúsenosti a potreby. Aktívne počúvanie znamená venovať plnú pozornosť klientovi a prejavovať aktívny záujem o jeho vyjadrenia. Profesionáli by mali potvrdiť klientove emócie a reakcie ako platné a legitímne (Egan, 2014). Táto validácia pomáha klientom cítiť sa akceptovaní, prijatí a rešpektovaní. Vzťah medzi klientom a profesionálom je jedným z najdôležitejších faktorov v terapeutickom vzťahu. Aktívne počúvanie zvyšuje dôveru a pocit bezpečia klienta v interakcii s profesionálom, je kľúčovou zručnosťou pri komunikácii s traumatizovanými klientmi. Empatické počúvanie, otázky podporujúce sebvýjadrenie, aktívne počúvanie, pocit bezpečia a prijatie emócií pomáhajú klientom vyjadriť svoje traumatické skúsenosti, čo v konečnom dôsledku zlepšuje vzťahy a výsledky pomoci, takisto aj iné formy, ako verifikácia, oceňovanie, parafrázovanie, sumarizácia sú v práci s traumatizovaným klientom vhodné.

Zvládanie vlastnej emocionálnej záťaže v práci s traumatizovaným klientom

Práca s klientmi, ktorí prešli traumou, môže byť emocionálne náročná a vyžaduje od profesionálov v oblasti sociálnej práce schopnosť zvládať vlastnú emocionálnu záťaž. Tento aspekt je kľúčový pre zachovanie duševného zdravia a pre poskytovanie kvalitnej pomoci klientom. Rozpoznanie vlastných emócií a reakcií je prvým krokom v zvládaní emocionálnej záťaže. Profesionáli v oblasti sociálnej práce by mali byť schopní identifikovať svoje vlastné emócie, ktoré sa môžu objaviť pri práci s traumatizovanými klientmi. Toto je dôležité pre sebahodnotenie a pre pochopenie toho, ako klientovi reagujú (McCann & Pearlman, 1990). Empatia, ktorá je kľúčovou súčasťou komunikácie s traumatizovanými klientmi, môže vyvolať osobné emócie u profesionálov. Je výhodou ak pomáhajúci profesionáli sú schopní rozoznať, že ich vlastné reakcie môžu byť odrazom empatie a snahy porozumieť klientovi (Rogers, 1957). Podpora od supervízorov a kolegov je ďalším dôležitým prostriedkom na zvládanie vlastnej emocionálnej záťaže. Profesionáli majú možnosť konzultovať so skúsenými supervízormi, ktorí im pomôžu spracovať ich emocionálne reakcie a ťažkosti pri práci s klientmi (Pearlman & Saakvitne, 1995). Diskutovanie o vlastných pocitoch a skúsenostiach s kolegami môže byť tiež veľmi prospešné. Sebahodnotenie a sebahodnotenie sú kľúčovými prvkami zvládania emocionálnej záťaže. Odporúčame, aby profesionáli aktívne pracovali na svojom osobnom rozvoji a sebareflexii. Toto zahŕňa sledovanie vlastného psychického stavu, vyhľadávanie terapie, ak je to potrebné, a získavanie vedomostí o vlastných hraniciach (Bride, 2007). Prevencia vyhorenia sociálneho pracovníka a sekundárnej traumatizácie klienta je dôležitou súčasťou zvládania emocionálnej záťaže, preto je potrebné mať prístup k programom a zdrojom, ktoré podporujú ich vlastné zdravie. (Figley, 1995). Taktiež je dôležité rozpoznať príznaky vyhorenia a vyhľadať pomoc, ak sú potrebné. Zvládanie vlastnej emocionálnej záťaže je neoddeliteľnou súčasťou práce s traumatizovanými klientmi v oblasti sociálnej práce, a preto je nutné, aby pomáhajúci profesionáli boli schopní rozpoznať vlastné emócie, vyhľadávať podporu a pracovať na svojom osobnom rozvoji, aby mohli efektívne pomáhať klientom a zároveň zachovať svoje duševné zdravie.

Záver

V závere tohto príspevku zdôrazňujeme dôležitosť pochopenia a aplikácie špecifik

komunikácie s traumatizovanými klientmi v pomáhajúcich profesiách. Náš sumár teoretických konceptov ukázal, že komunikácia s klientmi, ktorí prešli traumou, vyžaduje empatiu, aktívne počúvanie a schopnosť zvládať vlastnú emocionálnu záťaž. Trauma má multidimenzionálny charakter, ktorý ovplyvňuje nielen psychický, ale aj fyzický a sociálny aspekt klientov. Porozumenie povahy traumy je kľúčom k efektívnej komunikácii, pretože umožňuje profesionálom zohľadniť klientovu skúsenosť a reagovať na ňu s náležitým porozumením. Empatia je neoddeliteľnou súčasťou komunikácie s traumatizovanými klientmi, pretože vytvára dôveru a podporuje klientov v sebaujadrení. Aktívne počúvanie, ktoré zahŕňa nielen verbálnu, ale aj neverbálnu komunikáciu klienta, poskytuje prostredie, kde klienti sa cítia pochopení a rešpektovaní. Okrem toho sme zdôraznili význam zvládania vlastnej emocionálnej záťaže profesionálov. Práca s traumatizovanými klientmi môže vyvolať osobné emócie u profesionálov, a preto je kľúčové vyhľadávať supervíziu a podporu od kolegov. Celkovo možno konštatovať, že komunikácia s traumatizovanými klientmi je náročným, ale dôležitým aspektom práce v pomáhajúcich profesiách. Máme nádej, že profesionáli, ktorí budú vybavení schopnosťou efektívne komunikovať, vyjadrovať empatiu, aktívne počúvať a zároveň sa starať o svoje vlastné emocionálne zdravie, budú schopní poskytovať klientom lepšiu podporu a pomáhať im v procese uzdravenia.

BIBLIOGRAFIA

- BRIDE B. E. 2007. *Prevalence of secondary traumatic stress among social workers*. Social work, 52(1), 63–70. <https://doi.org/10.1093/sw/52.1.63>
- COURTOIS, C. A., & FORD, J. D. 2020. *Treating Complex Traumatic Stress Disorders in Adults*. Second Edition. 646 p. ISBN 9781462543625
- EGAN, G. 2014. *The Skilled Helper: A Problem - Management and Opportunity-Development Approach to Helping*, Tenth Edition. ISBN 1-285-06571-9.
- FIGLEY, C. R. 1995. *Compassion Fatigue: Coping with Secondary Traumatic Stress Disorder in Those Who Treat the Traumatized*. Brunner-Routledge. 1995. ISBN 978-0-87630-759-5.
- GREENBERG, D. M., BARON-COHEN, S., ROSENBERG, N., FONAGY, P., & RENTFROW, P. J. 2018. *Elevated empathy in adults following childhood trauma*. PloS one, 13(10), e0203886. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0203886>.
- HERMAN, J. L. 2015. *Trauma and Recovery: The Aftermath of Violence – From Domestic Abuse to Political Terror*. Basic Books.
- KLEPÁČKOVÁ, O., KREJČÍ, Z. a ČERNÁ, M. 2020. *Trauma- informovaný prístup v sociálnej práci*. Praha: Grada Publishing. 2020. 136 s. ISBN 978-80-271-1049-0.
- LEVINE, P. A. a KLINE, M. 2012. *Trauma očima dítěte: probouzení obyčejného zázraku léčení: od raného dětství po dospívání*. Praha: Maitrea. 2012. 611 s. ISBN 9788087249277
- MCCANN, L., & PEARLMAN, L. A. 1990. *Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims*. Journal of Traumatic Stress, 3(1), 131-149.

MEDZINÁRODNÁ KLASIFIKÁCIA CHORÔB MKCH-10. Národné centrum zdravotníckych informácií. [online]. (2023). [cit. 2023-11-14]. Dostupné na internete: <https://www.nczisk.sk/Standardy-v-zdravotnictve/Pages/MKCH-10-Revizia.aspx>

OGIŇSKA-BULIK, N., & MICHALSKA, P. 2022. *The role of empathy and cognitive trauma processing in the occurrence of professional posttraumatic growth among women working with victims of violence*. International journal of occupational medicine and environmental health, 35(6), 679–692. <https://doi.org/10.13075/ijomeh.1896.01945>.

PEARLMAN, L. A., & SAAKVITNE, K. W. 1995. *Trauma and the Therapist: Countertransference and Vicarious Traumatization in Psychotherapy with Incest Survivors*. W.W. Norton & Company.

PRUŽINSKÁ, J., LABÁTH, V. 2021. *Konflikt – ja, my, oni*. Wolters Kluwer. 2021. 300 s. ISBN 978-80-571-0326-4.

ROGERS, C. R. 1957. *The Necessary and Sufficient Conditions of Therapeutic Personality Change*. Journal of Consulting Psychology, 21(2), 95-103.

ŠROBÁROVÁ, S., BURSOVÁ, J. 2023. *Analysis of crisis intervention of helping professionals in time of war conflict*. In: AD ALTA : journal of interdisciplinary research. – Hradec Králové (Česko) : Magnanimitas akademické sdružení. ISSN 2464-6733. Roč. 13, č. 1. 2023. s. 252-256.

ŠTEFÁKOVÁ, L. 2018. *Základy paliatívnej a hospicovej starostlivosti pre sociálnych pracovníkov*. Ružomberok: Katolícka univerzita v Ružomberku. VERBUM - vydavateľstvo KU, 2018. – 201 s. ISBN 978-80-561-0577-1

VÁGNEROVÁ, M. 2004. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál. 872 s. ISBN 978-80-262-0225-7.

VIZINOVÁ, D. a PREISS, M. 1999. *Psychické trauma a jeho terapie (PTSD): psychologická pomoc obětem válek a katastrof*. Praha: Portál. 1999. 200 s. ISBN 807178284X.

Kontakt

PhDr. Filip Gerec, MBA, MPH;
Katolícka univerzita v Ružomberku, Pedagogická fakulta, Katedra sociálnej práce
E-mail: filip.gerec665@edu.ku.sk

VÝZVY PRE OŠETROVATEĽSTVO OPTIKOU SESTIER OŠETRUJÚCICH PACIENTOV S OBEZITOU

CHALLENGES FOR OPTICAL NURSING OF NURSES TREATING PATIENTS WITH OBESITY

Hudáková Tatiana^{1,2}, Popovičová Mária³

¹ OAMIS, NsP Trebišov, Penta Hospitals

² Stredná zdravotnícka škola Michalovce

³ Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave, n. o.

Abstrakt

Obezita predstavuje v súčasnosti celosvetovú pandémiu. Počet obéznych pacientov narastá aj v zdravotníckych zariadeniach, kde stoja pred ošetrojúcim personálom rôzne výzvy a prekážky, ktoré je potrebné pri ošetrovaní obéznych pacientov zvládnuť. Príspevok akcentuje pozornosť na najvýznamnejšie limitácie ošetrovania obéznych v zdravotníckych zariadeniach z pohľadu sestier z praxe.

KLúčové slová

Obezita. Ošetrovateľská starostlivosť. Limity. Výzvy

Abstract

Obesity is currently a global pandemic. The number of obese patients is also increasing in healthcare facilities, where nursing staff face various challenges and obstacles that need to be overcome when treating obese patients. The paper emphasizes attention to the most significant limitations of the treatment of obese people in healthcare facilities from the perspective of nurses from practice.

Keywords

Obesity. Nursing care. Limits. Challenges

Úvod

Obezita je charakterizovaná ako nadmerné množstvo tukového tkaniva v tele v dôsledku zvýšeného delenia a ukladania tukových buniek. Tento stav je spojený s výskytom mnohých chronických ochorení. (Středa, 2017). Najčastejšie ide o diabetes mellitus, hypertenziu a ochorenia postihujúce pohybový aparát. Obezita nie je ochorením modernej doby, zmienky o nej možno nájsť už v prehistorických dobách (Kunešová, 2016). Lukáš (2014, s. 444) definuje obezitu ako „*chronické ochorenie, ktorého podkladom je zmnoženie tukového tkaniva v organizme v dôsledku dlhodobej pozitívnej energetickej bilancie so súčasným vzostupom telesnej hmotnosti nad normálne rozmedzie.*“ Vznik obezity súvisí s mnohými vnútornými a vonkajšími faktormi a významnú rolu hraje aj genetická predispozícia. Najvýznamnejší vonkajší faktor je výsledkom vyspelej spoločnosti – prebytok potravy a úbytok fyzického pohybu. Obezita je tak nevhodná adaptácia na prostredie s dostatkom potravy (Doleček, 2013, s. 12).

Podľa klasifikácie WHO sa nadváha označuje ako hodnota BMI 25-30. Za obezitu sa považuje BMI nad hodnotu 30. Obezita sa ďalej delí na tri stupne. Pacienti s BMI od 50 do 59,9 sú superobézny, a od 60- 69,9 BMI sa klasifikuje ako super super obezita. BMI nad 70 je klasifikovaná ako hyperobezita. Za extrémnu alebo morbidnu obezitu považujeme BMI 40-49,9 pri komorbiditách súvisiacich s obezitou (Brychta, 2014).

Obézny pacient a limitácie ošetrovateľskej starostlivosti

„Väčšina zdravotníkov sa v rámci manažmentu liečby obézneho pacienta zaoberá samotnou príčinou vzniku alebo komplikáciami obezity. Avšak intenzivisti musia riešiť závažné život ohrozujúce pridružené ochorenia, eventuálne exacerbované komorbidity u morbidne obézneho pacienta, pričom už samotné anatomické a fyziologické zmeny pri obezite výrazným spôsobom komplikujú intenzívnu starostlivosť takmer na každej jej úrovni. Problematickým a rizikovým sa stáva takmer každý výkon a procedúra v liečebnom a diagnostickom procese, čo znamená samozrejme zvýšené riziko aj pre samotného pacienta, a to najmä v zmysle možných komplikácií samotnej intenzívnej starostlivosti“ (Krbila, Soboňa, 2015, s. 70).

Problémom pri ošetrovaní extrémne obézneho pacienta podľa Krbilu a Soboňu (2015) sa stáva v podstate akýkoľvek bežný diagnostický, ošetrovateľský alebo liečebný úkon, ktorý je nutné bez pozoruhodností vykonať :

- ✓ urgentné zabezpečenie dýchacích ciest – zväčšený obvod tváre, krku, hrudníka zväčšený jazyk, prebytočné tukové tkanivo vo faryngu a menší faryngeálny priestor, ťažšie predýchanie, rýchla desaturácia, z tohto dôvodu je potrebné myslieť vždy na problémy s obťažným zabezpečením DC a mať vždy pripravené pomôcky k alternatívnym spôsobom zaistenia DC,
- ✓ žilový prístup – zmenené alebo vymiznuté anatomické orientačné body využívané pri centrálnej kanylácii, krátke ihly, nemožnosť zaistenia cievy,
- ✓ uloženie, transport pacienta, polohovanie pacienta– veľkosť a samotná hmotnosť pacienta výrazným spôsobom sťažuje transport pacienta, hmotnosť pacienta môže výrazne presahovať nosnosť lôžok, operačných stolov, CT a RTG stolov, veľkosť pacienta môže znemožniť zrealizovanie CT vyšetrenia, znižuje sa kvalita RTG snímok;
- ✓ polohovanie a bežná ošetrovateľská starostlivosť – vysoké riziko vzniku dekubitov, zaparením, riziko pádu pacienta, riziko vzniku imobility.

Zabezpečenie DC

„Zabezpečenie dýchacích ciest je jednou z úloh anestéziológa a za zlatý štandard sa považuje endotracheálna intubácia s použitím laryngoskopu“ (Málek, 2011, s.82). Ako ďalej autor uvádza v súvislosti so zabezpečením dýchacích ciest môžu vzniknúť „anestéziologické katastrofy“ v podobe zlyhania ventilácie, nerozpoznania intubácie do pažeráka alebo obťažnej či nemožnej intubácie. Obťažne dýchacie cesty predstavujú multifaktoriálny problém a ich manažment zahŕňa komplexnú interakciu medzi faktormi pacienta, klinickou situáciou a zručnosťami anestéziologického tímu. Otázkou obťažnej intubácie sa zaoberá Helsinská deklarácia, ktorá poukazuje na to, že každý lekár musí vedieť čo má k dispozícii a s čím sa ako

pracuje. Teda je potrebné realizovať nácviky manažmentu obtiažných dýchacích ciest, precvičovať tieto zručnosti. Ideálne je ak ide o nácvik v tímoch, to znamená, že z procesu nácviku nie sú vylúčené sestry. Tento trend posledné roky podporujú rôzne workshopy v rámci konferencií, kde si tieto zručností nacvičujú tímy v zložení lekár sestra. Žáček (2017) poukazuje na to, že pracoviská by mali mať dostupné také pomôcky a vybavenie, ktoré personál dokáže rutinne používať. Školenia a tréningy na modeloch simulujúcich obštrukciu dýchacích ciest sú podľa neho zásadné. Deklaruje, že ten kto pravidelne podstupuje tréning týchto akútnych situácií, reaguje v týchto situáciách ďaleko lepšie ako ten kto tréning neabsolvoval. Celý tím tak navyše ľahšie spolupracuje.



Obr. 1 Zmena anatomických pomerov v oblasti hlavy a krku u extrémne obéznych (autorka, 2023)

Limitácie v oblasti hygieny a polohovania extrémne obézneho pacienta

Pacienti s obezitou trpia často kožnými problémami, majú zvýšené riziko vzniku dekubitov, zaparenín, perianálnej dermatitídy, vredov predkolenia aj diabetických angiopatií (Phillips, 2013). Zvýšené množstvo podkožného tuku, ktorý nie je prekrvený zhoršuje hojenie rán. Častými komplikáciami je infekcia rany a dehiscencia rany. Niektoré štúdie popisujú obezitu ako protektívny faktor v prevencii dekubitov, avšak extrémna obezita predstavuje 1,5-3 násobne vyššie riziko vzniku dekubitov oproti pacientom s normálnou hmotnosťou (Jamadarkhana, et al., 2014).



Obr. 2 Sťažené hojenie rán u pacienta s obezitou (autorka, 2023)

Samozrejmosťou pri ošetrovaní obézneho pacienta má byť využívanie antidekubitárnych pomôcok, je však potrebné vždy odkontrolovať nosnosť pomôcky. Antidekubitárne matrace však za žiadnych okolností nenahradia polohovanie pacienta (Bajwa, et al., 2012). Starostlivosť

o pokožku obézneho pacienta je v prvom rade založená na prevencii poškodení pokožky a dennom zhodnotení jej stavu sestrou. Veľmi účinnou stratégiou je polohovanie, ošetrovanie predilekčných miest a využívanie pomôcok k polohovaniu. Prehliadka a monitoring pokožky má zahŕňať stav kožných záhybov, najmä pod prsníkmi, v perianálnej oblasti a v záhyboch pod bruchom. Kožné záhyby u obézneho pacienta predstavujú okrem zvýšeného rizika vzniku zaparenín a mykóz tiež významné riziko tlaku. Uzavretie kapilár tlakom vo vnútri záhybov vedie v nekrózu tkaniva. Zvýšenú pozornosť je potrebné venovať zavedeným katétrom, káblom od monitora a drénom, ktoré by mali byť umiestnené tak, aby neboli skryté v záhyboch alebo nevytvárali tlak na pokožku (Kapounová, 2020). Porucha celistvosti kože môže byť u pacienta narušená aj pri manipulácii s chorým strižnými silami. Z tohto dôvodu je potrebné pri manipulácii s pacientom používať pomôcky uľahčujúce manipuláciu a využiť pri manipulácii s chorým viac personálu. Ďalšou limitáciou pri ošetrovaní pacienta s obezitou je výmena posteľného prádla a úprava posteľe. Technickým problémom môže byť štandardná šírka lôžka, kedy obézneho pacienta nie je možné otočiť na bok tak, aby výmena bielizne bola jednoduchá, a tiež, aby bolo možné skontrolovať a kvalitne ošetriť chrbát a predilekčné miesta. So stupňom obezity sa zhoršuje aj tolerancia zmeny polohy, platí čím vyššia obezita, tým horšia tolerancia zmeny polohy (Drábková, 2010).



Obr. 3 Extrémne obézny pacient a predispozícia k dekubitom (autorka, 2023)

Medzi nevhodné polohy patrí horizontálna a Trendelenburgová poloha, ktoré zvyčajne vedú k problémom s dýchaním a obehovým komplikáciám. Ako najvhodnejšia sa osvedčili antitrendelenburgová a Fowlerová poloha, pretože uvoľňujú tlak vnútrobrušného obsahu a uľahčujú spontánne dýchanie i dýchanie u pacienta na umelej ventilácii pľúc (Kapounová, 2020). Pri plánovaní manipulácie s pacientom s obezitou by mali byť vždy zhodnotené faktory, ktoré ovplyvňujú bezpečnosť pacienta. Je to najmä schopnosť spolupráce pacienta, ochorenia pacienta, schopnosť uniesť váhu pacientom, respiračné funkcie, svalová sila a dostupnosť pomôcok. Nemenej dôležitou súčasťou bezpečného zaobchádzania s pacientom je nielen komunikácia s pacientom, ale aj komunikácia v rámci multidisciplinárneho tímu (Thomas, 2011).



Obr. 4 Zabezpečenie bezpečnosti extrémne obézneho pacienta posilnením personálu
(autorka, 2023)

Limitácie pri realizácii vyšetrení

Pri vyšetrení obézneho pacienta je možné tiež rátať z určitými komplikáciami. Pri neinvazívnom meraní tlaku krvi, môže byť obtiažne nájsť vhodnú šírku manžety. Pri použití príliš malej manžety dochádza k skresleniu nameraných hodnôt. Na trhu existujú rôzne šírky manžety, ale problémom je, že nie každé zdravotnícke zariadenie ich má k dispozícii. Použitie predĺženej manžety, ktorá nemá zodpovedajúcu dĺžku nafukovacej časti vedie tiež k nepresnému nameraniu hodnôt tlaku krvi. Alternatívou je použitie stehennej manžety na paži pacienta. Niekedy však táto manžeta presahuje kvôli šírke až na predlaktie. Výsledky štúdie, ktorá porovnávala hodnoty namerané pri použití manžety optimálnej veľkosti s hodnotami nameranými pri použití stehennej alebo predĺženej manžety však preukázali pomerne veľké rozdiely v nameranom tlaku krvi. Pri použití predĺženej manžety je tlak krvi vyšší ako v skutočnosti. Ako najlepším riešením ak nie je k dispozícii vhodná manžeta je meranie tlaku na predlaktí pacienta za predpokladu, že pacienta napolohujeme tak, aby predlaktie bolo v úrovni srdca. (McFarlane, 2012). U obéznych pacientov predstavuje ďalšiu komplikáciu z pohľadu ošetrovateľského prístupu možnosť identifikácie a napichnutia cievného vstupu. Venózný systém obézneho človeka je hlboko pod vrstvou tuku. Je potrebné prispôbiť uhol a hĺbku vpichu zmeneným anatomickým pomerom. Možnosťou je využitie sonografickej kontroly pri kanylácii, čo zvyšuje úspešnosť výkonu a tiež minimalizuje riziko komplikácii. U hospitalizovaných obéznych pacientov je čoraz bežnejšie zavádzanie centrálného venózneho katétra (Phillips, 2013; Jamadarkhana, et al, 2014). Jedným z problémových oblastí u pacienta s obezitou je vyhľadanie vhodnej žily na zavedenie periférneho venózneho katétra.



Obr. 5 Limitácie pri zavádzaní intravenózneho vstupu (autorka, 2023)

U obéznych pacientov sú žily slabo hmatné a málo viditeľné. Preto sestra pre lepšiu viditeľnosť môže využiť masáž paže, alebo priloženie teplého obkladu poprípade spustiť pažu pacienta krajom z lôžka. Ak je potrebné realizovať odber venóznej krvi je možné zmeniť vákuový systém za jednorazovú striekačku a ihlu. V prípade použitia striekačky a ihly je nutné manipulovať s piestom striekačky pozvoľna z dôvodu hroziacej hemolýzy a traumatizovania cievnej steny (Laboratorní príručka, 2015). Obtiažne býva aj realizovanie fyzikálneho vyšetrenia. Posluch pacienta je potrebné realizovať pevným pritisnutím fonendoskopu na miesto posluchu. Pokiaľ sú na mieste posluchu kožné záhyby, je potrebná asistencia druhej osoby. Posluch peristaltiky je tiež sťažený veľkým množstvom podkožného tuku, často je nemožné vyšetrenie peristaltiky obézneho pacienta. Taktiež vyhodnotenie elektrokardiogramu býva náročné, pretože záznam je skreslený ťažším prenikaním napätia cez podkožný tuk. Záznam teda vykazuje komplexy nízkej voltáže (Jamadarkhana, et al., 2014). Rovnako aj vyšetrenie edémov, náplne krčných žíl aj anasarky, je častokrát zlé rozlíšiteľné. Pulzná oxymetria merania okysličenia krvi kyslíkom môže udávať nepresné hodnoty a tiež cyanóza nemusí byť u obézneho pacienta ľahko rozlíšiteľná (Phillips, 2013).

Výzvy pre ošetrovatel'stvo

- Vychádzať z potrieb praxe – deklarovať nedostatky materiálne, ľudské, organizačné.....
- Prepojenie manažmentu a sestier od lôžka pacienta – sestra má mať priestor na vyjadrenie nedostatkov.....
- „Cvičiť“ sa v postupoch, simulovať ošetrovatel'ské postupy, aby sme boli pripravení do praxe
- Realizácia výskumov → návrhy a implementácia do praxe
- Pacientov s extrémnou obezitou v ZZ pribúda – treba byť pripravený!!!

Záver

O tom, že poskytovanie ošetrovatel'skej starostlivosti extrémne obéznemu pacientovi je náročné niet pochýb. Výskum autoriek Bednárovej a Bursíkovej (2016) zistil, že ošetrovatel'ský personál ako najväčší problém súvisiaci s ošetrovatel'skou starostlivosťou poskytovanou extrémne obéznemu pacientovi považuje nedostatok personálu. Následne bolo uvádzané, že limitujúcim faktorom poskytovania ošetrovatel'skej starostlivosti bývajú aj nevyhovujúce lôžka

a to ani šírkou ani nosnosťou. Ako uvádzajú autorky „heroickým výkonom je aj správne umiestnenie podložnej misy či zavedenie permanentného močového katétra." V rámci ošetrovateľskej starostlivosti predstavuje ošetrovanie obézneho pacienta veľa náročných situácií súvisiacich najmä s personálnym a materiálne technickým vybavením. Sestra je pri ošetrovaní obézneho pacienta konfrontovaná s mnohými problémami. Limitácie pri ošetrovaní vystupujú najmä v oblastiach hygieny, polohovania, transportov, vyšetrenia, vyprázdňovania. Z týchto dôvodov má byť ošetrovateľská starostlivosť o to viac vyvážená empatiou, ľudskosťou, pochopením a rešpektovaním zásad holizmu (Hudáková, et al., 2020).

BIBLIOGRAFIA

BAJWA, S. et al. 2012. Clinical and critical care concerns in severely ill obese patient. In: *Indian Journal Of Endocrinology And Metabolism* 2012, roč. 16, č. 5, s. 740- 748.

BEDNÁŘOVÁ, M., BURSÍKOVÁ, J. 2016. Problematika ošetrovateľskej péče u pacientů s monstrózní obezitou In: *Cesta poznávání a vzdělávání v ošetrovatelství VII.: sborník příspěvků*. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni. Fakulta zdravotnických studií. Katedra ošetrovatelství a porodní asistence, 2016. s. 5-7. ISBN 978-80-261- 0617-3. 3.

BRYCHTA, P. 2014. *Estetická plastická chirurgie a korektivní dermatologie*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-0795-2.

DOLEČEK, R. et al. 2013. *Nebezpečný svět kalorií: z pohledu tří lékařů*. Praha: Ikar, 2013. ISBN 978-80-249-2113-6.

DRÁBKOVÁ, J. 2010. Obézní pacient a jeho polohování v intenzivní péči. In: *Referátový výběr z anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny*. 2010, ISSN 1212-3048. roč. 57, č. 2, s. 80-84.

HUDÁKOVÁ, T. et al. 2020. Špecifiká ošetrovateľského prístupu u pacientov s obezitou. In: *Florence*. 2020. ISSN: 1801-464X. r. XVI, č. 3-4, s. 8-11.

JAMADARKHANA, S. et al. 2014. Intensive care management of morbidly obese patients. Continuing Education in Anaesthesia, In: *Critical Care*. 2014. ISSN: 1364 8535. roč. 14, č. 2, s. 73-78.

KAPOUNOVÁ, G. 2020. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. Praha: Grada, 2020. 388 s. ISBN: 978-80-0271-0130-6. 267.

KUNEŠOVÁ, M. 2016. *Základy obezitologie*. Praha: Galén, 2016. ISBN 978-80-7492-217-8. Laboratorní příručka. 2015. *Postup odběru biologického materiálu*. Mz-Biochem. [online] [Citované dňa: 3.11.2023]. Dostupné z: <http://www.mzbiochem.cz/odber.htm>.

LUKÁŠ, K. et al. 2014. *Chorobné znaky a příznaky: diferenciální diagnostika*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-5067-5.

MÁLEK, J. et al. 2011. *Praktická anesteziologie*. Praha: Grada, 2011. 192 s. ISBN: 978-80-247-3642-6.

McFARLANE, J. 2012. Ask the Experts. Blood Pressure Measurement in Obese Patients. In: *Critical Care Nurse*. 2012, roč. 32, č. 6, s. 70-73. 15.

PHILLIPS, J. et al. 2013. Care of the Bariatric Patient in Acute Care. In: *Journal of Radiology Nursing* 2013. ISSN: 1546-0843 roč. 32, č. 1, s. 21-31.

THOMAS, S. et al. 2011. Maintaining Dignity of Patients with Morbid Obesity in the Hospital Setting. In: *Bariatric Times*. 2011. ISSN: 1551-3572. roč. 8, č. 4, s. 20-25 .

ŽÁČEK, S. Zajištění průchodnosti dýchacích cest u morbidne obézného pacienta v neodkladní péči. In: *Florence*. ISSN: 1801-464X. r. XIII, č. 6, s. 16-18.

Kontakt

PhDr. Tatiana Hudáková, PhD., MPH
OAMIS, NsP Trebišov, Penta Hospitals
SZŠ Michalovce
E-mail: s.tana@centrum.sk

KOMUNIKAČNÉ SCHOPNOSTI A ZRUČNOSTI SESTIER GENERÁCIE V MANAŽÉRSKEJ PRAXI

COMMUNICATION ABILITIES AND SKILLS OF GENERATION NURSES IN MANAGERIAL COMMUNICATION

Hulková Viera¹, Kilíková Mária²

¹Fakulta zdravotníctva, Trenčianska Univerzita Alexandra Dubčeka v Trenčíne, Trenčín

²Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave, n. o.,

Detašované pracovisko bl. Sary Salkaházi Rožňava

Abstrakt

Teoretické východiská: Vedenie generačne rôznorodého ošetrovateľského tímu prináša so sebou aj riadenie rôznych spôsobov komunikácie jednotlivých generácií, prináša príležitosti učiť sa z vzájomných skúseností. Výzvou pre manažérky sú v súčasnosti sestry generácie Z, ktoré postupne prichádzajú do klinickej praxe.

Cieľ: Posúdiť komunikačné schopnosti a zručnosti sestier generácie Z v manažérskej komunikácii.

Metódy: Na zber údajov bola použitá kombinácia metód: focus group a analýza check listu s použitím škály Likertovho typu. Prieskum bol realizovaný v septembri-októbri 2023 na vzorke 40 sestier generačnej kohorty Z.

Výsledky: Sestry v našej štúdií na rozdiel od výsledkov zahraničných štúdií preferujú osobnú komunikáciu. Od manažérok požadujú konštruktívnu spätnú väzbu. Sestry vykazovali vyššiu úroveň asertívnych zručností. Nízke priemerné hodnoty boli uvedené v ovládaní cudzích jazykov, v nadväzovaní interpersonálnych vzťahov, prezentácii pred väčším počtom ľudí.

Záver: Manažérska komunikácia v ošetrovateľskej praxi musí reflektovať generačné špecifiká.

Kľúčové slová

Generácia Z. Komunikácia. Sestry.

Abstract

Theoretical background: Leading a generationally diverse nursing team also brings with it the management of different ways of communication of individual generations, it brings opportunities to learn from mutual experiences. The challenge for managers is currently nurses of generation Z, who are gradually entering clinical practice.

Aim: To assess the communication abilities and skills of Generation Z nurses in managerial communication.

Methods: A combination of methods was used for data collection: focus group and check list analysis using a Likert-type scale. The survey was conducted in September-October 2023 on a sample of 40 nurses of generation cohort Z.

Results: In contrast to the results of foreign studies, the nurses in our study prefer personal communication. They require constructive feedback from managers. Nurses showed a higher level of assertiveness skills. Low average values were given in command of foreign languages, establishing interpersonal relationships, presentation in front of a large number of people.

Conclusion: Managerial communication in nursing practice must reflect generational specifics.

Key words

Generation Z. Communication. Nurses.

Úvod

Organizácie, podniky, pracoviská po celom svete sú konfrontované so zmenami v personálnom vekovo-podmienenom zložení zamestnancov a ich firemnej-organizačnej kultúre. Tieto zmeny priniesol vstup generácie Z (50 %) medzi pracovnú silu po roku 2020 (Bejtkovský, 2016). Generácia Z označovaná tiež ako: Zeds, Zees, Bubblewrap Kids, The New Millennials, Digital Natives, Wired Generation, Screenagers, iGen (Cowan, 2014; Hulková, 2023) sú jedinci narodení v rokoch 1996-2009. Do roku 2040 bude pracovisko pozostávať prevažne z generácie Z. Podľa Svetového ekonomického fóra sa 38 % jedincov generácie Z zaujíma o kariéru v zdravotníctve. Zay (2021) očakáva prílev študentov do odboru ošetrovateľstvo, pretože niekoľko základných generačných charakteristík je v súlade s profesiou sestry. Generácia Z sa spolieha na sociálne médiá, na novšie formy digitálnej komunikácie, čo bude mať vplyv na ich schopnosť využívať medziľudské komunikačné zručnosti, na nadviazanie vzťahov s budúcimi nadriadenými a kolegami. Vzťah medzi zamestnancami a ich nadriadenými je nevyhnutný na zabezpečenie toho, aby organizácia plnila ciele a poslanie (Kick et al., 2015).

Informačno-komunikačné technológie, e-komunikačné nástroje, nové komunikačné techniky a stratégie spôsobili zmenu v komunikácii v organizáciách, podnikoch, najmä medzi manažérmi a zamestnancami. Zmeny priniesli nové požiadavky na vedomosti a komunikačné zručnosti manažérov a pracovníkov. Komunikácia v pracovnom prostredí nie je iba o výmene informácií, ale zložitý systém založený na príprave a vzdelávaní manažérov a zamestnancov ako efektívne komunikovať. V rámci komunikácie si vymieňame informácie, zdieľame poznatky, skúsenosti, tvoríme nové komunikačné obsahy. Manažérska komunikácia je nástrojom riadenia a vedenia ľudí v pracovnom procese. Manažérka ošetrovateľstva prostredníctvom komunikácie interpretuje svoje pracovné postoje, riešenia pracovných úloh, vydáva pokyny, formuje vzťahy medzi jednotlivými zamestnancami a kvalitu ich vzájomnej interakcie (Szarková, 2018).

Komunikácia je nevyhnutnou súčasťou budovania osobných i pracovných vzťahov. Interpersonálna komunikácia je ovplyvnená schopnosťou jednotlivca vyjadrovať sa, či už písomne alebo ústne. Najčastejšími dôvodmi používania sociálnych médií generácie Z je získavanie informácií, zapájanie sa do online diskusií a zabáva (Kick et al., 2015).

Vedenie generačne rôznorodého ošetrovateľského tímu prináša so sebou aj riadenie rôznych spôsobov komunikácie jednotlivých generácií, prináša príležitosti učiť sa z vzájomných skúseností (Hendricks & Cope, 2013). Niedermeierová (2015) zdôrazňuje dôležitosť odlišného prístupu k jednotlivým vekovým skupinám zamestnancov. Tým, že majú iné hodnoty, ktoré ovplyvňujú ich postoj k práci, správanie a výkon, pre zamestnávateľov je kľúčové zistenie, čo ich motivuje a podľa toho nastaviť komunikáciu a benefity. Generácia Z je zdatná v online komunikácii a technológiách, ale v osobnom kontakte oproti starším zamestnancom zaostávajú. Ťažko zvládajú kritické hodnotenie. Spätná väzba má byť konštruktívna a tvárou v tvár. Ocenia vzdelávanie zamerané na soft skills (Průvodce podnikáním, 2022).

Cieľ výskumu

Cieľom tohto príspevku je analyzovať generáciu sestier Z na pracovisku z hľadiska manažérskej komunikácie.

Charakteristika súboru a metodika

Na zber údajov sme použili metódu focus group a check-list s Likertovou škálou. Prieskum sme realizovali v septembri a októbri 2023 v piatich ohniskových skupinách na vzorke 40 sestier a súčasne študentiek FZ TnUAD, magisterského študijného programu Ošetrovateľstvo. Priemerne pracovali 1,2 roka v klinickej praxi. Štúdie sa mohli zúčastniť iba sestry narodené v rokoch 1996-2009, teda tie, ktoré sú podľa literárnych zdrojov označované ako generácia Z. Druhým kritériom výberu participantov bolo vyhlásenie, že nezastávajú manažérsky post. Všetky sestry mali ukončené vysokoškolské vzdelanie I. stupňa. Sestry pred rozdelením do focusových skupín vyplnili check-list, ktorý pozostával z 25 konštatovaní, výrokov súvisiacich s manažérskou komunikáciou a demografickej položky, ktorou sme zisťovali roky praxe participantov. Položky boli založené na škále Likertovho typu. Odpovede sme zaznamenávali do vopred pripraveného hárku, následne kodovali a kategorizovali. Stanovili sme analytické kategórie: 1. verbálna komunikácia, 2. neverbálna komunikácia, 3. používanie technológií v komunikácii, 4. asertivita.

Analýza a komparácia výsledkov výskumu a diskusia

Jedinci generácie Z sú zvyknutí na neosobnú komunikáciu cez mobily, sociálne siete, chýba im osobný kontakt. Používaním moderných aplikácií a technológií si uľahčujú rozmýšľanie, písomný prejav, gramaticky správnu komunikáciu. Práve gramatika v písomnej komunikácii im bude robiť problémy, keďže na opravu gramatických chýb používajú automatické softvéry. Ďalším komunikačným problémom je časté používanie skratiek a amerikanizmov, čo znižuje úroveň ich gramatických zručností. Medzi negatíva patrí aj neschopnosť rozoznať diskretnú zónu a hranicu, ktorú by nemali prekročiť. Zamestnanci generácie Z bývajú netaktní a veľmi úprimní, čo môže spôsobovať medzigeneračné konflikty.

V našej štúdií sme sa zamerali na posúdenie komunikačných schopností a zručností sestier generácie Z z aspektu manažérskej komunikácie. Výsledky prezentujeme v tabuľke 1. Interpretácia špecifik komunikácie v analytickej kategórii verbálna komunikácia priniesla zaujímavé zistenia a niektoré v rozpore so zisteniami zahraničných štúdií. Sestry uvádzali, že preferujú osobnú komunikáciu, tvárou v tvár ($\bar{x} = 3,45$; $sd = 0,44$), rešpektujú súkromie iných ľudí, považujú sa za diskretné ($\bar{x} = 3,825$; $sd = 0,29$), zapájajú sa do diskusií ($\bar{x} = 3,075$; $sd = 0,67$), uvádzali, že vedia počúvať iných ($\bar{x} = 3,15$; $sd = 0,37$), svoj písomný prejav hodnotili, že je štylisticky a gramaticky správny ($\bar{x} = 3,05$; $sd = 0,39$). Koníčková (2023) opisuje negatívne charakteristiky generácie Z, ku ktorým patrí nerešpektovanie súkromia, nevedia, čo je diskretnosť, svoje súkromie zverejňujú na Instagrame, Facebooku, či ide o hudbu alebo sexuálne zážitky. Otvorene vyjadrujú svoje názory v diskusných fórach. Nechápu ľudí, ktorí si strážia svoje súkromie. Majú problémy dodržiavať vnútorné predpisy organizácií, zamestnávateľov, chrániacich súkromie iných alebo týkajúce sa citlivých údajov. Z futurologického hľadiska je už dnes zrejmé, že táto ich črta výrazne ovplyvní a zmení komunikáciu na pracovisku. To, čo dnes považujeme za dôverné v pracovnoprávnom vzťahu, bude v budúcnosti otvorené a prístupné. Jedinci generácie Z túžia po nezávislosti, ale na druhej strane potrebujú neustále usmerňovanie,

pomoc, radu od nadriadených. Majú problém komunikovať tvárou v tvár, keďže sú zvyknutí na e-mailovú alebo telefonickú komunikáciu. Neovládajú gramatiku, na opravu gramatických chýb používajú automatické softvéry, rozličné skratky, anglické výrazy. Z výsledkov štúdie Hulkovej (2023) vyplynulo, že sestry generácie Z požadujú pomoc v manažérskej komunikácii a komunikáciu považujú za druhú najvýznamnejšiu úlohu sestry manažérky. Štúdia Choi et al. (2022) poukázala na preferovaný spôsob komunikácie sestier rôznych generácií. Sestry generácie Z majú menší záujem o priamy fyzický kontakt s ostatnými. Sú ľahko frustrované zdĺhavými diskusiami na stretnutiach a uprednostňujú okamžitú spätnú väzbu a iné spôsoby komunikácie (napr. e-mail, správy cez telefón). Vysoko oceňujú tímovú súdržnosť a pri práci preferujú kolektívny prístup a spoluprácu. Preferujú, aby každý hovoril sám za seba a zdieľal svoje názory a všetky názory by mali byť uznané. Taktiež autorský kolektív Leslie et al. (2021) zistil, že pre generáciu Z je dôležité, aby nadriadení s nimi komunikovali jasne, otvorene. Chillakuri (2020) zdôrazňuje, že sestry generácie Z potrebujú osobný kontakt s manažérkou, najmä počas prvých rokov svojho kariérneho pôsobenia. Vedenie by malo organizovať pravidelné pracovné porady, stretnutia s novými zamestnancami, aby mali možnosť komunikovať s manažérmi. Generácia Z si cení otvorenosť, transparentnosť. Bejtkovský (2016) uvádza, že na rozdiel od iných generácií, členovia generácie Z nie sú dobrými poslucháčmi a chýbajú im interpersonálne zručnosti, ktoré sú potrebné na komunikáciu a vzťah k jednotlivcom. Komunikácia s ostatnými vo všeobecnosti pozostáva z používania World Wide Web. Generácia Z je tiež známa ako „tichá“ generácia (Silent a New Silwnt gen) v súvislosti s používaním technológií a ich životom v kybernetickom priestore. Vyznačujú sa znalosťou cudzích jazykov na rozdiel od starších generácií. Majú záujem komunikovať s jedincami iných kultúr. Preferujú on line školenia. Sherman (2022) upozorňuje na generačný slang generácie Z. Používajú výrazy, ktorým staršie generácie nerozumejú.

Nízky priemer vykazali výroky: „Mám problém prehovoriť pred väčším množstvom ľudí“ ($\bar{x} = 2,7$; $sd = 0,71$), „Som jazykovo zdatná/ý“ ($\bar{x} = 2,425$; $sd = 0.59$) a „Mám problém s nadväzovaním interpersonálnych vzťahov“ ($\bar{x} = 1,675$; $sd = 0.62$). Tieto výsledky sa takisto nezhodujú s vyššie uvedenými závermi zahraničných štúdií. Participantky v našej štúdiu uvádzali, že neovládajú rétoriku a majú trému hovoriť pred väčším množstvom ľudí. Ovládanie cudzích jazykov je na nízkej úrovni. Majú problém v osobnom nadväzovaní vzťahov i napriek tomu, že denne komunikujú s pacientmi, ich rodinnými príslušníkmi, kolegami. Predpokladali by sme, že povolanie sestry, pre ktoré je rola komunikátorky potrebná, im uľahčuje zoznamovanie a vytváranie vzťahov.

V kategórii - neverbálna komunikácia sme sa zamerali najmä na vzorku, keďže v mnohých zahraničných literárnych zdrojoch autori uvádzajú, že jedinci z generácie Z nedokážu udržať očný kontakt s druhou osobou počas rozhovoru. Výsledky v našej štúdiu však toto zistenie nepotvrdili. Participanti udržiavajú očný kontakt s ostatnými ľuďmi počas rozhovoru ($\bar{x} = 3,25$; $sd = 0,33$). Mnohí jedinci generácie Z majú problémy s interakciou s rovesníkmi a nadriadenými v dôsledku nízkej emocionálnej inteligencie. Keďže sú zvyknutí komunikovať prostredníctvom technológií, robí im problém udržať očný kontakt a nevedia správne vyhodnotiť hlasovú intonáciu, čo predstavuje veľký problém najmä pre študentov ošetrovateľstva v rámci komunikácie s pacientmi. Tento komunikačný handicap sa môže pre budúce sestry stať najväčšou kariérnou výzvou generácie Z (Knapp, Weber & Moellenkamp, 2017). Zaujímalo nás aj dodržiavanie pracovného dress code ($\bar{x} = 3,65$; $sd = 0,32$). Participanti

neuvádzali porušovanie používania predpísaného pracovného oblečenia, hoci autorský kolektív Leslie et al. (2021) zistili, že jedinci generácie Z uprednostňujú voľnejší dress code.

Tabuľka 1 Komunikácia sestier generačnej kohorty Z

Výrok	<i>n</i>	\bar{x}	<i>Sd</i>	x_m	<i>min.</i>	<i>max.</i>	<i>mod(x)</i>	s^2
Preferujem osobnú komunikáciu, tvárou v tvár.	40	3,45	0,67	4	1	4	4	0,4475
Udržiavam očný kontakt s ostatnými ľuďmi počas rozhovoru.	40	3,25	0,58	3	2	4	3	0,3375
Viem vydať príkazy.	40	2,85	0,66	3	1	4	3	0,4275
Mám problém prehovoriť pred väčším množstvom ľudí.	40	2,7	0,85	3	1	4	3	0,71
Dokážem sa rýchlo nahnevať a dať to aj patrične najavo.	40	2	0,75	2	1	4	2	0,55
Myslím si, že mám právo povedať nie na požiadavky iných a vyjednávať o kompromise.	40	3,375	0,54	3	2	4	3	0,284375
Preferujem komunikáciu cez moderné technológie (email, sociálne siete, a pod.)	40	2,85	0,76	3	1	4	3	0,5775
Uvedomujem si potrebu absolvovania vzdelávacích aktivít zameraných na získanie a rozšírenie svojich komunikačných zručností.	40	3,7	0,46	4	3	4	4	0,21
Mám problém udržiavať očný kontakt počas rozhovoru.	40	1,925	0,85	2	1	4	1	0,719375
Vyjadrujem svoje názory úprimne a primeraným spôsobom.	40	3,225	0,86	3	0	4	3	0,724375
Je pre mňa prirodzené požiadať niekoho o radu, ak vie o probléme viac ako ja.	40	3,875	0,33	4	3	4	4	0,109375
Ak mám hovoriť s významnou autoritou, je pre mňa náročné udržiavať očný kontakt, pozeráť jej/ jemu do očí.	40	2,25	0,87	2	1	4	3	0,7375
Som dobrý/á poslucháč/ka a podobne aj iní ľudia ma počúvajú, keď rozprávam.	40	3,15	0,62	3	2	4	3	0,3775
Som jazykovo zdatná/ý. (Hodnotenie znalosti cudzích jazykov - minimálne jeden cudzí jazyk na úrovni B2)	40	2,425	0,78	2	1	4	2	0,594375
Je pre mňa ťažké povedať nie.	40	2,4	0,90	2	1	4	3	0,79

Môj písomný prejav je štylisticky a gramaticky správny.	40	3,05	0,63	3	2	4	3	0.3975
Považujem sa za asertívneho človeka v komunikácii.	40	3,1	0,54	3	2	4	3	0,29
Viem konštruktívne kritizovať.	40	2,975	0,66	3	2	4	3	0.424375
Dodržiavam pracovný dress code.	40	3,65	0,58	4	2	4	4	0.3275
Uvedomujem si potrebu absolvovania školení v manažérskej komunikácii.	40	3,825	0,38	4	3	4	4	0.144375
Zapájam sa do diskusií.	40	3,075	0,82	3	2	4	4	0.669375
Rešpektujem súkromie iných ľudí, som diskretná/y.	40	3,825	0,55	4	1	4	4	0.294375
Mám problém s nadväzovaním interpersonálnych vzťahov.	40	1,675	0,79	1,5	1	4	1	0.619375
Na komunikáciu využívam najmä sociálne platformy.	40	2,15	0,77	2	1	4	2	0.5775

Legenda: n – počet respondentov, \bar{x} – aritmetický priemer, sd – smerodajná odchýlka výberovej vzorky, x_m – medián, $min.$ – minimálna hodnota, $max.$ – maximálna hodnota, $mod(x)$ – modus, s^2 – rozptyl vzorky.

Generácia Z vyrástla v digitálnej ére s rýchlym technologickým pokrokom, explóziou informácií, čo im umožňuje absorbovať množstvo nových informácií, schopnosť multitaskingu a prispôbovať sa zmenám (Leslie et al., 2021), preto sme sa zamerali na používanie technológií v komunikácii sestier generácie Z: „Preferujem komunikácie cez moderné technológie (email, sociálne siete, a pod.)“ ($\bar{x} = 2,85$; $sd = 0,57$); „na komunikáciu využíva najmä sociálne platformy“ ($\bar{x} = 2,15$; $sd = 0,57$).

Generácia Z je závislá od svojich smartfónov a sú zvyknutí hľadať odpovede na otázky prostredníctvom online zdrojov. Zatiaľ čo iné generácie uprednostňujú osobné stretnutia, telefonáty alebo textové správy, generácia Z využíva vizuálne platformy sociálnych médií.

Hilton (2023) tvrdí, že pre sestry generácie Z je nevyhnutné naučiť sa komunikačným zručnostiam, aby vedeli komunikovať s pacientmi, aktívne využívali haptiku - dotyk, najmä u starších pacientov. Kick et al. (2015) upozorňujú, že jedinci generácie Z pociťujú zvýšenú úroveň úzkosti, keď nemôžu používať svoj smartfón, strach zo zmeškania aktuálnych udalostí, straty spojenia so svojimi sociálnymi kruhmi. Dokonca u niektorých jedincov bola pozorovaná emocionálna väzba k svojim smartfónom. Zamestnávateľia tak riešia dilemu, či zakázať používanie mobilov na pracovisku, pretože úplný zákaz používania smartfónov by mohol u zamestnancov narušiť produktivitu ich pracovného výkonu. Časté používanie smartfónov a sociálnych médií rozptyľuje zamestnancov, čo tiež ovplyvňuje kvalitu a produktivitu ich práce. Zamestnávateľia len začínajú byť svedkami sociálnych interakcií zamestnancov generácie Z, uvedomujú si meniaci sa vplyv, ktorý má používanie smartfónov a sociálnych médií na ich zamestnancov. Schopnosť mladších generácií prispôbiť sa novým technológiám je užitočná zručnosť, ktorá by sa nemala ignorovať a väčšina organizácií uznáva, že digitálna komunikácia je v súčasnosti normou (Kick et al., 2015).

Poslednou posudzovanou kategóriou komunikácie sestier generácie Z bola asertivita.

Interpretácia priemerných hodnôt je nasledovná:

Je pre mňa prirodzené požiadať niekoho o radu, ak vie o probléme viac ako ja ($\bar{x} = 3,875$).

Myslím si, že mám právo povedať nie na požiadavky iných a vyjednávať o kompromise ($\bar{x} = 3,375$). *Vyjadrujem svoje názory úprimne a primeraným spôsobom* ($\bar{x} = 3,225$).

Považujem sa za asertívneho človeka v komunikácii ($\bar{x} = 3,1$). *Viem konštruktívne kritizovať* ($\bar{x} = 2,975$). *Viem vydať príkazy* ($\bar{x} = 2,85$). Z uvedených výsledkov vyplýva, že participantky vysoko hodnotia svoje asertívne zručnosti. Leslie et al. (2021) uvádzajú, že generácia Z potrebuje konštruktívnu spätnú väzbu od svojich nadriadených a že ju oceňujú, potrebujú jednoznačné pokyny, aby vedeli ako postupovať. Z výsledkov štúdie Saenung & Oumtane (2020) vyplývajú odporúčania pre efektívnejšiu komunikáciu s generáciou sestier Z: využívať rôzne komunikačné kanály, vysvetliť jasne tému rozhovoru, určiť priority v komunikačných témach a upozorniť na používanie nevhodných sociálnych médií. Cowan (2014) publikoval preferencie v komunikácii generácie Z: 37 % respondentov uprednostňovalo sms/text; 22 % telefonovanie; 20 % sociálne médiá; 15 % správy cez mobilné aplikácie. Z výsledkov výskumu autorského kolektívu Kick et al. (2015) vyplynulo, že 54 % jedincov generácie Z má problémy v kritickom myslení a riešení problémov; 44 % v pracovnej morálke; 41 % v písomnej komunikácii; 39 % vo vedení ľudí; 36 % v tímovej spolupráci; 36 % v ústnej komunikácii; 21 % vo vzdelávaní a 19 % má etické problémy. Interpersonálna komunikácia má silný vplyv na všetky tieto faktory, najmä na pracovné vzťahy. Ak sa nadriadení a zamestnanci nezapoja do efektívnej komunikácie, výkon zamestnancov utrpí a môže dôjsť ku konfliktu, ktorý vyústi do odchodu talentovaných zamestnancov. Hee & Yeojin (2023) odporúčajú zdravotníckym organizáciám delegovať právomoc na generáciu Y, ktorá bude pôsobiť ako komunikačný sprostredkovateľ medzi generáciami X a Z. Účastníci našej štúdie si uvedomujú potrebu absolvovania školení v manažérskej komunikácii, ale aj absolvovanie vzdelávacích aktivít zameraných na získanie a rozšírenie svojich komunikačných zručností

Záver

Sme svedkami generačnej výmeny na trhu práce. Poznanie generačných charakteristík poskytuje sestram manažérkam stratégie, ktoré sa zameriavajú na komunikáciu, mentoring a motiváciu, zvýšené používanie technológií, na preklenie priepasti medzi generáciami sestier a zvýšenie súdržnosti pracovnej sily v ošetrovatelstve (Hendricks & Cope, 2013).

Výsledky štúdií o generácii Z budú mať dôsledky pre manažérsku prax a vzdelávanie. V súvislosti so zvyšujúcim sa počtom sestier generácie Z na pracoviskách, budú z hľadiska generačnej rôznorodosti pracoviská heterogénnejšie než doteraz. Do vzdelávania budúcich manažérok ošetrovatelstva je potrebné zakomponovať znalosti o generačnej diverzite a jej vplyve na prax a komunikáciu. Moderná ošetrovateľská starostlivosť sa neustále mení a aj faktory rozhodujúce pre úspech budúcich manažérok sa budú s týmito zmenami meniť.

Limity výskumu

Interpretácia výsledkov štúdie, reprezentatívnosť zistení a ich použiteľnosť v globálnom kontexte je limitovaná veľkosťou vzorky sestier generácie Z. I napriek tomu sú zistenia cenné pre vytvorenie súhrnného obrazu o problematike generácie sestier Z v manažérskej praxi.

BIBLIOGRAFIA

- BEJTKOVSKÝ, J. 2016. The Employees of Baby Boomers Generation, Generation X, Generation Y and Generation Z in Selected Czech Corporations as Concoivers of Development and Competitiveness in their Corporation. *Journal of Competitiveness*. 8(4): 105-123. 10.7441/joc.2016.04.07
- COWAN, M. et al. 2014. *Generation Z: The new kids on the block have arrived*. London: Happen Group Ltd.
- HILTON, L. 2023. Generation Z Nurses Brings perspektive healthcare. Nurse.com.
- HEE LS & YEOJIN, Y.2023. Work values and communication styles among Generation X, Y, and Z nurses: A cross-sectional study. *International Nursing Review*. 10.1111/inr.12863
- HENDRICKS, JM. & COPE, VC. 2013. Generational diversity: what nurse managers need to know. *Journal of Advanced Nursing* 69(3), 717-725. 10.1111/j.1365-2648.2012.06079.x.
- HULKOVÁ, V. 2023. Perspektívy generácie sestier Z v nástupníctve v riadení ošetrovateľstva. *Prohuman*. <https://prohuman.sk/osetrovatelstvo/perspektivy-generacie-sestier-z-v-nastupnictve-v-riadeni-osetrovatelstva>
- CHILLAKURI, B. 2020. Understanding Generation Z expectations for effective onboarding. *Journal of Organizational Change Management*. 33(7):1277- 1296. 10.1108/JOCM-02-2020-0058
- CHOI, PP, WONG, SS, LEE, WM & TIU, MH. 2022. Multi-Generational Perspectives on the Competencies Required of First-Line Nurse Managers: A Phenomenological Study. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 19:10560. 10.3390/ijerph191710560
- KICK, AL, CONTACIS-SAWYER, J, BRENNAN, T. 2015. How generation Z's reliance on digital communication can affect future workplace relationships. *Competition Forum Journal*. 13(2): 214-222.
- KNAPP, CA, WEBER, C. & MOELLENKAMP, S. 2017. Challenges and strategies for Incorporating Generation Z into the workplace. *Corporate Real Estate Journal*. 7(2):137-148.
- KONÍČKOVÁ, J. 2023. Aká je generácia Z? www.eduworld.sk
- LESLIE, B., ANDERSON, C., BICKHAM, C. et al. 2021. Generation Z Perceptions of a Positive Workplace Environment. *Employee Responsibilities and Rights Journal*. 33: 171- 187. 10.1007/s10672-021-09366-2
- LESLIE, B. et al. 2021. Generation Z Perceptions of a Positive Workplace Environment. *Employee Responsibilities and Rights Journal*. 33:171-187. 10.1007/s10672-021-09366-2

NIEDERMEIEROVÁ, J. 2015. *Internetová generace Z nastupuje na trh práce. Lídři se musí naučit, jak s ní pracovat!*

<http://probyznysinfo.ihned.cz/c164801390internetovageneraceznastupujenatrhrpracelidri-semusinaucit>

Průvodce podnikáním. 2022. Generace Z nastupuje na pracovní trh: jaké jsou její nároky na zaměstnání? <https://www.pruvodcepodnikanim.cz/clanek/generace-z-naroky-na-zamestnani/>

SAENUNG, S. & OUMTANEE, A. 2020. How to Communicated in Generation Z Nurses. *Journal of the Royal Thai Army Nurses*. 21(2): 286-294.

SHERMAN, RO. 2022. Communicating with Generation Z Nurses. <https://emergingrnleader.com/communicating-with-generation-z-nurses/>

SZARKOVÁ, M. 2018. *Komunikácia v manažmente*. Praha : Wolters Kluwer, 240s. ISBN 978-80-7598-184-4.

ZAY, L. 2021. The Gen Z Nurse: Meet the Youngest Generation of Nurses. *The Elm – publication of the University of Maryland, Baltimore*. <https://elm.umaryland.edu/elm-stories/Elm-Stories-Content/12221-Gen-Z-Nurse-.php>

Kontakt:

doc. PhDr. Viera Hulková, PhD., MPH
Fakulta zdravotníctva
Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka v Trenčíne
Študentská 2
911 50 Trenčín
viera.hulkova@tnuni.sk
ORCID 0000-0003-2631-1803

prof. PhDr. Mária Kilíková, PhD., MPH
Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety Bratislava
Detašované pracovisko bl. Sary Salkaházi Rožňava
Kósu Schoppera 22
04801 Rožňava
m.kilikova@gmail.com
ORCID 0000-0001-5248-835X

ПІДХІД ДО ОРГАНІЗАЦІЇ ДОСЛІДНИЦЬКОЇ РОБОТИ ФАХІВЦІВ РЕАБІЛІТАЦІЇ – ВОЛОНТЕРІВ В ЗОНІ, НАБЛИЖЕНОЇ ДО БОЙОВИХ ДІЙ

AN APPROACH TO ORGANIZING THE RESEARCH WORK OF REHABILITATION SPECIALISTS - VOLUNTEERS IN THE AREA CLOSE TO HOSTILITIES

Huzak Olexandra¹

¹*Faculty of Health and Physical Education of Uzhhorod National University, Uzhhorod, Ukraine*

Анотація: Військові конфлікти в різних регіонах земної кулі формують високий рівень уразливості осіб, які опинилися в зоні, наближеної до бойових дій, особливо військовослужбовців, які приймають участь у бойових діях на першій та другій лінії оборони. У таких ситуаціях ранній початок гострої реабілітації стає критично важливим і вимагає системного підходу, який базується на науковому дослідженні та верифікованих об'єктивних даних.

Метою роботи є розробка та впровадження системи дослідницької роботи, спрямованої на збір об'єктивних даних, аналіз та вдосконалення програм реабілітації для військовослужбовців на першій та другій лініях оборони в зонах бойових дій. У сформовану дослідницьку групу були включені і здобувачі освіти у сфері реабілітації, які одночасно є і волонтерами, які мають за мету надати підтримку військовослужбовцям у покращенні їхнього стану здоров'я безпосередньо у зоні, наближеній до території активних бойових дій.

Мета дослідження: Розробити та впровадити систему дослідницької роботи, спрямованої на збір об'єктивних даних, аналіз та вдосконалення програм реабілітації для військовослужбовців на першій та другій лініях оборони в зонах бойових дій.

Завдання дослідження:

1. Створення та підтримка команди дослідників, яка включає фахівців реабілітації - волонтерів.
2. Розробка плану досліджень, визначення основних аспектів, що підлягають вивченню, і визначення методів дослідження.
3. Обробка та аналіз зібраних даних з метою визначення ключових проблем, що потребують уваги.
4. Розробка та впровадження програм фізичної реабілітації, спрямованих на покращення стану здоров'я військовослужбовців.
5. Моніторинг та оцінка реалізації програм реабілітації для коригування та вдосконалення підходів.

Висновки: В даній роботі розглядається підхід до організації дослідницької роботи фахівців реабілітації - волонтерів на передовій, включаючи відбір, навчання та координацію команди дослідників, розробку плану досліджень та ідентифікацію ключових тенденцій та проблем у реабілітаційних програмах для військовослужбовців, підсилення фізичної та психологічної підтримки військовослужбовців.

Ключові слова: дослідницька робота студентів, Волонтери в зоні бойових дій,

реабілітаційна допомога військовослужбовцям.

Annotation: Military conflicts in different regions of the globe create a high level of vulnerability for people who find themselves in the area close to hostilities, especially military personnel involved in combat operations on the first and second lines of defense. In such situations, the early start of acute rehabilitation becomes critical and requires a systematic approach based on scientific research and verified objective data. The aim of the work is to develop and implement a research system aimed at collecting objective data, analyzing and improving rehabilitation programs for military personnel on the first and second lines of defense in combat zones. The research group included students of rehabilitation who are also volunteers who have the to provide support to military personnel in improving their health directly in the area close to the territory of active hostilities.

The purpose of the study: Develop and implement a system of research aimed at collecting objective data, analyzing and improving rehabilitation programs for military personnel on the first and second lines of defense in combat zones.

Objectives of the study:

1. To create and support a team of researchers, including rehabilitation specialists - volunteers.
2. Developing a research plan, identifying the main aspects to be studied and determining research methods.
3. Processing and analyzing the collected data to identify key issues that need attention.
4. Development and implementation of physical rehabilitation programs aimed at improving the health of military personnel.
5. Monitoring and evaluating the implementation of rehabilitation programs to adjust and improve approaches.

Conclusions: This paper discusses the approach to organizing the research work of rehabilitation specialists - volunteers on the front line, including the selection, training and coordination of a team of researchers, development of a research plan and identification of key trends and problems in rehabilitation programs for military personnel, strengthening physical and psychological support for military personnel.

Key words: research work of students, volunteers in the combat zone, rehabilitation assistance to military personnel.

Вступ

Конфлікти та війни залишають уразливими осіб, які опинилися в зоні, наближеної до бойових дій, особливо військовослужбовців, які приймають участь у бойових діях на першій та другій лінії оборони. У таких ситуаціях реабілітація стає критично важливою і вимагає системного підходу, який базується на науковому дослідженні та зібраних об'єктивних даних. Мета проекту полягає в розробці та впровадженні системи дослідницької роботи, спрямованої на збір об'єктивних даних, аналіз та покращення програм реабілітації для військовослужбовців.

Зазначені завдання спрямовані на ретельне та всебічне вивчення проблем, з якими стикаються військовослужбовці на першій та другій лінії оборони. До команди включено фахівців реабілітації - волонтерів, котрі мають на меті завдання допомогти військовослужбовцям поліпшити стан їхнього здоров'я та повернутися до активного служіння.

Процес передбачає розробку плану досліджень, визначення методів та аспектів, які

потребують докладного вивчення. Зібрані дані піддаються аналізу для виявлення ключових проблем та пропозицій для подальших заходів. Результати цього аналізу служитимуть основою для розробки та впровадження програм фізичної реабілітації з метою покращення здоров'я військовослужбовців на першій та другій лінії оборони.

Проект спрямований на перетворення отриманої інформації в дієві заходи та програми, спрямовані на полегшення життя тих, хто служить на першій та другій лінії оборони. Ця робота вимагатиме об'єднання зусиль, готовність слухати та розуміти потреби та побажання військовослужбовців, яким прагнемо надати підтримку. Важливість цього завдання настільки велика, що ми віддані його виконанню.

Результати дослідження та їх обговорення.

Формування та керування дослідницькою командою.

Створення та підтримка команди дослідників, включаючи фахівців з реабілітації - волонтерів, є першим важливим завданням, яке грає критичну роль у здійсненні дослідницької роботи та впровадженні програм реабілітації для військовослужбовців.

1. Підбір і набір команди: необхідність відбору та набору фахівців реабілітації - волонтерів, які мають відповідні навички, досвід та бажання працювати з військовослужбовцями на першій та другій лінії оборони.

2. Тренінг і підготовка: підготовка команди для розуміння особливостей реабілітації військовослужбовців та проведення наукових досліджень. Ознайомлення фахівців з реабілітації - волонтерів з вимогами та етичними стандартами дослідницької роботи.

3. Комунікація і співпраця: важливо встановити ефективну комунікацію та співпрацю всередині команди. Члени команди повинні вміти обмінюватися інформацією, ділитися досвідом та спільно працювати над вирішенням проблем.

4. Мотивація та підтримка: необхідно створити мотивуюче середовище для команди. Фахівці з реабілітації - волонтери повинні бути підтримані та заохочені у своїй роботі, оскільки вона може бути фізично та емоційно вимогливою.

5. Розподіл завдань: визначення ролей та відповідальності в команді допомагає забезпечити ефективну роботу. Кожен член команди повинен знати свою функцію та завдання.

6. Моніторинг та оцінка: команда повинна систематично оцінювати свою роботу та результати досліджень, щоб забезпечити постійне вдосконалення програм та методів реабілітації.

Розробка плану досліджень є ключовим кроком у нашому проекті, оскільки вона визначає спосіб, яким ми будемо збирати і аналізувати об'єктивні дані для подальшого покращення програм реабілітації військовослужбовців. Цей процес включає наступні етапи:

1. Визначення цілей та завдань: Визначення цілей та завдань у процесі дослідження виступає як орієнтир, що направляє всю роботу. Цілі визначають загальні досягнення, які ми сподіваємося отримати, в той час як завдання конкретизують послідовні кроки, необхідні для досягнення цих цілей. Особливо важливо, щоб цілі були конкретними, вимірюваними, досяжними, реалістичними та мали чіткий часовий рамок відповідно до критеріїв SMART.

Під час аналізу ситуації потрібно спеціалізуватися на виявленні ключових проблем і викликів, з якими стикаються військовослужбовці на першій та другій лінії оборони. Цей

аналіз охоплює фізичні, психологічні, соціальні та медичні аспекти їхнього стану. Ще однією важливою складовою є встановлення пріоритетів та визначення важливості кожної із виявлених проблем.

2. Вибір методів дослідження: Вибір методів та інструментів для збору важливих даних включає в себе кілька підходів. Ми розглядаємо можливість використання анкет або структурованих питань для отримання кількісних даних від учасників. Цей метод дозволяє нам зібрати широкий спектр інформації від різних груп і подальше використання статистичного аналізу для оцінки їхніх відповідей.

Моніторинг фізичних та психологічних аспектів військовослужбовців на місцях подій - це ще один важливий спосіб отримання безпосередніх даних про їхнє фізичне і психологічне становище. Цей метод дозволяє нам слідкувати за їхньою поведінкою та фізичним станом, надаючи унікальний інсайт.

Безпосередні бесіди з військовослужбовцями створюють можливість глибоко розібратися в їхніх думках, переживаннях та потребах. Цей підхід може включати структуровані та неструктуровані інтерв'ю, що дозволяє нам отримати більше контексту та розуміння.

Огляд і аналіз наявних документів, звітів та медичних записів - це ще один важливий етап нашої роботи. Цей підхід допомагає нам отримати історичні та контекстуальні дані, які розширюють наше розуміння ситуації.

3. Розробка дослідницького плану: Розробка плану дослідження включає створення розкладу, визначення обсягу роботи та розподіл завдань серед членів команди дослідників. Цей план є навігаційним інструментом для ефективного виконання завдань. Часовий графік визначає терміни виконання етапів дослідження. Це допомагає керувати часом і ресурсами для досягнення цілей вчасно.

Визначення обсягу роботи розкриває конкретні аспекти дослідження та обсяг даних для збору. Це допомагає зрозуміти рівень амбіційності дослідження та потребу у ресурсах.

Розподіл завдань серед членів команди гарантує чітку відповідальність і ролі в проекті. Це сприяє спільній роботі та ефективності.

План також визначає послідовність дій і критерії успіху для оцінки досягнення цілей. Цей план є основою для роботи та забезпечує системність та результативність дослідження.

4. Визначення основних аспектів для вивчення: Ідентифікація ключових аспектів, які підлягають дослідженню, є однією з найважливіших частин процесу. Правильне визначення цих аспектів допомагає у точному визначенні цілей дослідження та налаштує нас на досягнення конкретних результатів.

Фізична реабілітація є одним із центральних аспектів, який потребує уваги. Це охоплює відновлення фізичної активності, зняття фізичних обмежень та покращення загального фізичного стану військовослужбовців. Важливо визначити, які конкретні аспекти фізичної реабілітації потребують удосконалення, які методи можуть бути найефективнішими, і наскільки вони впливають на якість життя військовослужбовців.

Доступ до медичних послуг також є ключовим аспектом, який потребує дослідження. Це включає в себе оцінку доступності медичних закладів, які здатні надавати відповідну медичну допомогу військовослужбовцям. Також важливо визначити, наскільки швидко та ефективно ця допомога надається, і які перешкоди можуть стояти на шляху доступу

до неї.

Потреби та побажання військовослужбовців грають важливу роль у дослідженні. Розуміння їхніх потреб допомагає нам налаштувати наші зусилля на надання послуг, які відповідають їхнім очікуванням. Військовослужбовці можуть мати різні потреби, пов'язані з фізичними травмами, психологічним станом, а також соціальними та медичними аспектами. Ретельне вивчення їхніх побажань допомагає нам налаштувати програми реабілітації та послуги так, щоб вони були якомога більш корисними та придатними для військовослужбовців.

Концентрація уваги на найбільш важливих аспектах допомагає максимально ефективно використовувати ресурси та забезпечувати найкращий результат для військовослужбовців.

5. Збір та аналіз даних: Збір та аналіз даних - це критично важливий етап дослідження, оскільки вони надають об'єктивну інформацію, на якій ґрунтуються узгоджені рішення і розробка покращень в реабілітаційних програмах. Для цього використовуються різні методи, такі як опитування, спостереження, інтерв'ю, аналіз документів, статистичні аналізи та інші. Один із ключових аспектів - використання анкет та структурованих питань для отримання кількісних даних від військовослужбовців і інших учасників. Це дозволяє зібрати об'ємну інформацію від різних груп і після збору провести статистичний аналіз для виявлення тенденцій та статистично значущої залежності.

Обробка та аналіз зібраних даних.

Після збору даних, наступним важливим кроком є їх обробка та аналіз з метою виявлення основних тенденцій та проблем у реабілітаційних програмах для військовослужбовців. Під час цього процесу ретельно розглядається фізичний, психологічний, соціальний і медичний стан військовослужбовців. Мета полягає в ідентифікації найбільш ефективних аспектів реабілітаційної програми, а також визначенні відкритих прогалин і недоліків.

На основі отриманих результатів аналізу виділяються основні тенденції та проблеми в реабілітаційних програмах для військовослужбовців. Це включає в себе виявлення недоліків у фізичній реабілітації, аналіз доступності медичних послуг, а також ідентифікацію ключових психологічних і соціальних викликів.

На підставі виявлених тенденцій і проблем розробляються рекомендації для поліпшення реабілітаційних програм. Ці рекомендації можуть включати в себе зміни у плані реабілітації, впровадження нових методів лікування, покращення доступу до медичних послуг, а також надання психологічної і соціальної підтримки військовослужбовцям.

Збір та аналіз даних необхідні не лише для отримання об'єктивної карти ситуації, але і для вдосконалення реабілітаційних програм, зробивши їх більш відповідними потребам і очікуванням військовослужбовців.

Розробка та впровадження програм фізичної реабілітації.

Головна мета таких програм полягає у відновленні функцій опорно-рухового апарату, підвищенні фізичної сили та витривалості, поліпшенні рухової активності та зменшенні болю.

До основних підходів організації дослідницької роботи відносять такі: здійснення комплексного вихідного оцінювання стану військовослужбовця з формулюванням реабілітаційного діагнозу перед початком втручання; проведення реабілітації за визначеними ціллю, завданням, метою та планом, складеним на підставі первинного

оцінювання стану пацієнта; здійснення оцінювання ефективності реабілітаційних заходів у динаміці та після закінчення реабілітаційного курсу; корекція програми при потребі; складання під час виписування рекомендацій із лікувальних, психокорекційних, соціальних заходів, необхідних для проведення на наступних етапах реабілітації (рис.1). Розробка цих програм включає створення індивідуальних планів для кожного військовослужбовця, враховуючи їхні особливості та потреби. Ці плани можуть включати фізичні вправи, фізіотерапію, масаж, реабілітаційні процедури та інші методи для поліпшення функціональності організму.

Впровадження програм реабілітації також може включати навчання військовослужбовців спеціальним вправам та методам, що допомагають покращити їхній стан здоров'я та збільшити самостійність у подоланні фізичних обмежень. Важливою частиною таких програм є моніторинг та оцінка результатів реабілітації з метою внесення корекцій та поліпшень.

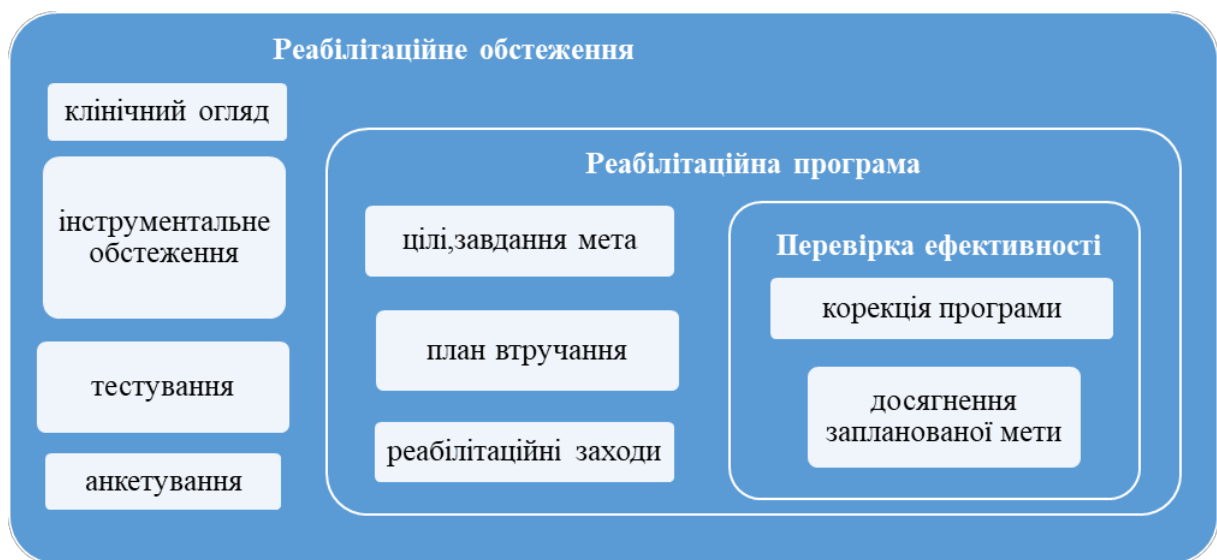


Рис.1 Підхід до організації дослідницької роботи

В червні 2022 року була створена команда волонтерських фізіотерапевтів, яка включала наших студентів. При формуванні цієї мобільної реабілітаційної групи ми адаптували досвід американських військових фізичних терапевтів під умови нашої країни.

Умови бойових дій призводять до ситуацій, коли військовослужбовці звертаються за допомогою, внаслідок виникнення гострого або помірною болю в різних частинах тіла, що спричиняє оніміння або слабкість в кінцівках. Ця проблема часто виражається в скаргах на біль у колінному суглобі, який виникає при зістрибуванні з БМП, коли на військовослужбовця одягнутий бронезилет, і біль у плечовому суглобі, який пов'язаний із метанням гранати.

Постійний біль значно обмежує рухову активність ураженої частини тіла та ускладнює виконання військовим завдань, особливо під час носіння важкої амуніції в будь-яких умовах. Травми опорно-рухового апарату стали найпоширенішою причиною звернень військовослужбовців до шпиталів для амбулаторного лікування. Більшість таких травм

пов'язані з надмірним фізичним навантаженням на спину та нижні кінцівки і часто призводять до втрати боєздатності серед військовослужбовців.

Переведення фахівців реабілітації – волонтерів до нових локацій стає викликом через обмежений час і обмежену кількість прийомів, а також викликає низку незручностей, таких як погане освітлення, нерівна підлога, обмежений простір для розташування обладнання, екстремальні погодні умови тощо. Постійні переміщення вимагають встановлення та розбирання обладнання кожного разу.

Відсутність спеціально обладнаних кабінетів ставить перед фізичними терапевтами високі вимоги щодо умов праці, включаючи носіння бронезилету і шолома протягом багатьох годин поспіль. Вони повинні мати надійні портативні компактні пристрої та генератори, які можуть працювати незалежно від джерела живлення електричного струму та бути швидко налаштовані на новому місці.

Застосування візуальної діагностики, спеціалізованих протоколів огляду, опитувальників та чутливих ортопедичних та неврологічних тестів дозволяє швидко виявити проблеми. Спільна робота в команді, де кожен фахівець чітко виконує свою роль і надає негайну допомогу колегам за потреби, призводить до значних покращень у стані пацієнтів.

З плином часу, із здобуттям досвіду, студенти спільно взаємодіяли з військовослужбовцями на різних посадах та у різних підрозділах. Поступово покращували організацію процесу реабілітаційної допомоги в умовах бойових дій та встановили ефективне співробітництво з військовими медиками, які виділяли важливі випадки для реабілітаційної допомоги.

Таким чином, протягом всього періоду роботи студентам вдалося виявити особливості та відмінності в організації реабілітаційних заходів, які проводилися безпосередньо на передовій. Було розроблено ефективні програми реабілітації для найбільш поширених хвороб та поранень.

Моніторинг та оцінка реабілітаційних програм

Моніторинг і оцінка реалізації реабілітаційних програм – це процедура систематичного спостереження, аналізу та оцінки виконання цих програм з метою виявлення недоліків та можливостей для їх вдосконалення. Перший етап включає в себе збір інформації про реалізацію програми, включаючи кількість пацієнтів, використані процедури та методи, фінансові витрати та інші важливі показники.

Одержані дані піддаються аналізу для оцінки ефективності програми, з урахуванням якості результатів лікування, витрат часу та коштів.

На основі аналізу виявляються слабкі місця та проблеми у реалізації програми, що можуть бути пов'язані з ефективністю лікування, доступністю програм для пацієнтів, якістю обладнання та координацією між фахівцями.

Відповідно до виявлених недоліків формуються рекомендації з покращення програми, включаючи зміни в методиках лікування, підвищення доступності для пацієнтів та ефективнішого використання ресурсів.

Розроблені рекомендації впроваджуються у практику, включаючи зміни в програмі, навчання фахівців, придбання нового обладнання та інші заходи для поліпшення програми.

Після впровадження корективів здійснюється повторний моніторинг та оцінка для перевірки ефективності внесених змін та визначення шляхів подальшого вдосконалення реабілітаційної програми.

Цей цикл моніторингу та оцінки здійснюється регулярно з метою постійного вдосконалення реабілітаційних програм та надання найкращої можливої допомоги військовослужбовцям.

Висновок: В даній роботі розглядається підхід до організації дослідницької роботи фахівців реабілітації - волонтерів на передовій. Визначено, що формування та підтримка команди дослідників, включаючи фахівців з реабілітації - волонтерів, вимагає відбору кваліфікованих спеціалістів, їх підготовки, комунікації, мотивації, розподілу завдань і постійного моніторингу для забезпечення успішної реалізації дослідницької та реабілітаційної роботи з військовослужбовцями.

Розробка плану досліджень є критичним етапом в цьому проєкті, оскільки вона визначає стратегію збору та аналізу об'єктивних даних для покращення програм реабілітації військовослужбовців. Ключові аспекти плану включають визначення цілей і завдань, вибір методів дослідження, визначення обсягу роботи, розподіл завдань та обробку даних. Цей план служить основою для результативної реалізації досліджень та розробки покращень в реабілітаційних програмах.

Після завершення аналізу, отримані результати стають фундаментом для визначення ключових тенденцій та проблем у реабілітаційних програмах для військовослужбовців. Це включає виявлення слабких моментів у фізичній реабілітації, оцінку доступності медичних послуг і визначення основних психологічних та соціальних викликів.

Моніторинг і оцінка реалізації реабілітаційних програм передбачають систематичне спостереження та аналіз, щоб виявити недоліки і можливості для поліпшень у програмах. Дані збираються, аналізуються для оцінки ефективності програми, виявлення проблем і формування рекомендацій. Запропоновані зміни впроваджуються, а потім проводиться повторний моніторинг для постійного вдосконалення програм та надання кращої допомоги військовослужбовцям. Такий цикл моніторингу і оцінки виконується регулярно для підтримки якості реабілітаційних програм.

Загалом, робота фізіотерапевтів-волонтерів грає важливу роль в підтримці фізичної готовності та здоров'я військовослужбовців у умовах бойових дій. Їхні зусилля спрямовані на покращення фізичного та психологічного стану військовослужбовців і мають суттєвий вплив на їхнє успішне відновлення та підвищення якості життя.

BIBLIOGRAFIA

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

ВАКУЛЕНКО Л.О., КЛАПЧУК Д.В. Основи реабілітації, фізичної терапії, ерготерапії: *підручник [Л.О.Вакуленко, Д.В.Клапчук та ін.] – Тернопіль: ТДМУ, 2018. – 372 с.*

КРУПА, В. СУХОДОЛЯ, С. (2023). Формування професійної компетентності фахівців з фізичної терапії у педагогічній практиці викладачів. *Науковий збірник «InterConf»*, (168), 80–87. <https://archive.interconf.center/index.php/conference-proceeding/article/view/4280>

CAMPBELL P, POPE R, SIMAS V, CANETTI E, SCHRAM B, ORR R. The Effects of Early Physiotherapy Treatment on Musculoskeletal Injury Outcomes in Military Personnel: A Narrative Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(20):13416. Published 2022 Oct 17. doi:10.3390/ijerph192013416, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9602812/>

JOSEF H. MOORE, STEPHEN L. GOFFAR, DEYDRE S. TEYHEN, TIMOTHY L. PENDERGRASS, JOHN D. CHILDS, JAMES R. FICKE, The Role of US Military Physical Therapists During Recent Combat Campaigns, *Physical Therapy*, Volume 93, Issue 9, 1 September 2013, Pages 1268–1275, <https://doi.org/10.2522/ptj.20120136>

NADINE HOUGHTON, A JARED MAYNARD, A AND ALICE B. AIKENA Functional rehabilitation criteria required for a safe return to active duty in military personnel following a musculoskeletal injury: a scoping review *Journal of Military, Veteran and Family Health* 2(1) 2016 doi:10.3138/jmvfh.3491

Ukraine-HRP-2023-Humanitarian-Response-Plan-EN-20230214.pdf
<https://www.unhcr.org/ua/wp-content/uploads/sites/38/2023/02/Ukraine-HRP-2023-Humanitarian-Response-Plan-EN-20230214.pdf>

Kontakt na autora:

Huzak Oleksandra, PhD, ass. Professor
Faculty of Health and Physical Education of Uzhhorod National University, Uzhhorod, Ukraine
E-mail: olexandra.huzak@uzhnu.edu.ua

ETICKÉ PRINCÍPY A ETICKÉ DILEMY V PROCESE STAROSTLIVOSTI O HOSPITALIZOVANÝCH PACIENTOV

ETHICAL PRINCIPLES AND ETHICAL DILEMMAS IN THE PROCESS OF CARE FOR HOSPITALIZED PATIENTS

Ivankova Viera¹

¹Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave, n. o., ÚSVaZ bl. P.P. Gojdiča a V. Hopku Spišská Nová Ves - Prešov

Abstrakt

Teoretické východiská: Správanie každého zdravotníka by malo vychádzať zo základných princípov etiky, ktorým dominuje snaha jednať vždy v najlepšom záujme pacienta. Etický kódex ošetrovateľstva vyjadruje základné ciele a hodnoty, slúži ako etický štandard a záväzok pre sestry poskytovať bezpečnú, na dôkazoch podloženú a kvalitnú starostlivosť. Rešpektovanie ľudskej osobnosti je jednou z najdôležitejších etických otázok, čo znamená pristupovať k pacientovi ako k jedinečnej bytosti. Princíp zodpovednosti je hlavným medzi etickými princípmi v ošetrovateľstve, lebo každá sestra musí byť zodpovedná za svoje vlastné rozhodnutia a činy v priebehu starostlivosti o pacienta. Sestry, ktoré sa berú na zodpovednosť, často poskytujú pacientom kvalitnejšiu starostlivosť

Ciel: Zistiť, aké sú skúsenosti sestier s dodržiavaním etických princípov a riešením etických dilem v súčasnej ošetrovateľskej praxi.

Metódy: Výskum realizovaný metódou dotazníka vlastnej konštrukcie. Získané údaje sme podrobili deskriptívnej štatistickej analýze a overovaniu stanovených hypotéz prostredníctvom Chí- kvadrát testu.

Výsledky: Na základe našich zistení v súčasnej ošetrovateľskej praxi nie sú dodržané niektoré etické princípy ako je porušenie princípu autonómie, porušenie súkromia pacienta, nezachovanie mlčanlivosti, neschopnosť presadzovať bezpečné prostredie a nenahlásenie podozrenia na poškodenie pacienta. Pri ošetrovateľskej činnosti sa sestra stretáva z radou etických dilem, predovšetkým v oblasti vzťahového trojuholníka pacient/rodina-sestra-lekár a neschopnosti pomôcť pacientovi v dôsledku nedostatočného personálneho a materiálneho zabezpečenia pracoviska.

Záver: Sestry by mali konať v najlepšom záujme svojich pacientov, využívať pritom svoje znalosti, zručnosti a zdroje na poskytovanie kvalitnej starostlivosti, preto je veľmi dôležité hlbšie sa zamyslieť nad príčinami vzniku týchto problémov v ošetrovateľskej praxi a včas realizovať primerané opatrenia.

Kľúčové slová: Hospitalizovaný pacient. Ošetrovateľstvo. Etické princípy. Etické dilemy.

Abstract

Theoretical principles: The behavior of every health professional should be based on the basic principles of ethics, which are dominated by the effort to always act in the best interests of the patient. The nursing code of ethics expresses basic goals and values, serves as an ethical standard and a commitment for nurses to provide safe, evidence-based and high-quality care. Respect for human personality is one of the most important ethical issues, which means approaching the patient as a unique being. The principle of responsibility is the main one among the ethical principles in nursing, because every nurse must be responsible for his own decisions and actions in the course of patient care. Nurses who take responsibility often provide better care to patients

Objective: To find out what are the experiences of nurses with respect to ethical principles and solving ethical dilemmas in current nursing practice.

Methods: Research carried out using a self-constructed questionnaire method. We subjected the obtained data to a descriptive statistical analysis and verification of established hypotheses by means of the Chi-square test.

Results: Based on our findings, some ethical principles such as violation of the principle of autonomy, violation of patient privacy, failure to maintain confidentiality, inability to promote a safe environment, and failure to report suspected patient harm are not observed in current nursing practice. In nursing activities, the nurse encounters a number of moral dilemmas, primarily in the area of the patient/family-nurse-doctor relationship triangle and the inability to help the patient due to insufficient personnel and material provision of the workplace.

Conclusion: Nurses should act in the best interest of their patients, while using their knowledge, skills and resources to provide quality care, therefore it is very important to think more deeply about the causes of these problems in nursing practice and implement appropriate measures in time.

Keywords: Hospitalized patient. Nursing. Ethical principles. Ethical dilemmas.

Úvod

Etika predstavuje súbor hodnôt a princípov, ktoré usmerňujú ľudské konanie v situáciách, keď je možný výber. Samotný pojem etika pochádza z gréckeho slova „ethos“, čo znamená charakter. Ide o morálne princípy, ktoré určujú, ako sa osoba alebo skupina bude správať. Zameranie sa týka správneho a nesprávneho konania a zahŕňa rozhodovací proces určovania konečných dôsledkov týchto činov. Etické hodnoty sú univerzálne pravidlá správania, ktoré poskytujú praktický základ na identifikáciu toho, aké druhy činov, zámerov a motívov sa oceňujú (Trobec, Starcic, 2015).

Najstaršie spisy obsahujúce etické princípy pochádzajú zo Starej ríše Egyptanov, napr. autobiografia Nefer-seshem-re, približne z roku 2340 pred Kristom. Etika sa začala výrazne vyvíjať ako vedecká disciplína počas zlatého veku Grécka v čase Sokrata, Platóna a Aristotela v 5. storočí pred Kristom. V týchto príslušných kultúrach sa diskusie o etických povinnostiach lekárov, ktoré sa datujú do rovnakých čias, napr. nápis na hrobke Nenk-Sekhmeta, „náčelníka

lekárov“, približne 2400 pred Kristom, a spisy Hippokratovej školy Cos v r. 5. storočí pred Kristom. Deontologická alebo „povinná“ etika, ktorá pochádza z veľkej časti zo spisov Immanuel Kanta z konca 18. storočia a je dominantnou formou etiky v modernom práve a zdravotníctve, ukladá osobám povinnosť zachovávať práva a slobody iných (Olejarczyk, Young, 2023). Začiatok ošetrovateľskej etiky možno vysledovať do konca 19. storočia. V tom čase sa myslelo, že etika zahŕňa cnosti, ako je lojalita k lekárovi, vysoký morálny charakter a poslušnosť. Odvtedy sa profesia sestier vyvinula a sestry sú teraz súčasťou zdravotníckeho tímu a sú zástancami pacientov. Prvý formálny etický kódex na usmernenie profesie sestry bol vyvinutý v 50. rokoch 20. storočia. Vyvinutý a publikovaný Americkou asociáciou sestier (ANA), vedie sestry v ich každodennej praxi a stanovuje primárne ciele a hodnoty pre túto profesiu. Jeho funkciou je poskytnúť stručné vyjadrenie etických záväzkov a povinností každého jednotlivca, ktorý vstupuje do profesie sestry. Poskytuje nespochybniteľný etický štandard a je vyjadrením vlastného chápania sestier svojho záväzku voči spoločnosti. Etický kódex bol postupom času revidovaný. Aktuálna verzia predstavuje pokroky v technológiách, spoločenské zmeny, rozšírenie ošetrovateľskej praxe do úloh pokročilej praxe, výskumu, vzdelávania, zdravotnej politiky a administratívy a buduje a udržiava zdravé pracovné prostredie (Epstein, Turner, 2015). Etický kódex ošetrovateľstva načrtáva profesionálne štandardy, ktoré musia sestry, pôrodné asistentky a ošetrovateľské asistentky dodržiavať v praxi. Je organizovaný okolo štyroch tém: ľudia na prvom mieste, efektívna prax, bezpečnosť na prvom mieste a profesionalita a dôvera na druhom mieste. Etika je dôležitá v klinických a praktických otázkach a ovplyvňuje všetky aspekty profesionálnej ošetrovateľskej úlohy (ANA, 2015).

Ošetrovateľská etika je praktická disciplína zaoberajúca sa morálnymi aspektmi ošetrovateľskej praxe a má tri dimenzie, ktoré sa vzájomne ovplyvňujú, keďže predpisujú etické normy, opisujú etické aspekty ošetrovateľstva a vytvárajú etické usmernenia. Filozofická ošetrovateľská etika pomáha sestram pochopiť a diskutovať o kľúčových etických konceptoch. Empirická ošetrovateľská etika využíva empirický výskum na zlepšenie pochopenia etických a neetických ošetrovateľských praktík (Epstein, Turner, 2015).

Sestry zvažujú etické otázky, etické princípy a normy ošetrovateľstva, aj dôsledky pre pacienta, rodinu, komunitu (Haddad, Geiger, 2023). Súčasťou ošetrovateľskej praxe sú morálne hodnoty, hodnotové preferencie, etické zásady a princípy, aj vynárajúce sa dilemy, týkajúce sa tejto profesie, napr. dilemy spojené s praktickým výkonom a rozhodovaním, morálny distress sestry a pod. (Klimková, 2017). Každý pacient má právo robiť vlastné rozhodnutia na základe vlastného presvedčenia a hodnôt. Toto je známe ako autonómia. Potreba autonómie pacienta môže byť v rozpore s usmerneniami alebo návrhmi starostlivosti, ktoré sestry alebo iní zdravotnícki pracovníci považujú za najlepšie. Osoba má právo odmietnuť lieky, liečbu, operáciu alebo iné lekárske zákroky bez ohľadu na to, aký úžitok z toho môže vyplývať. Ak sa pacient rozhodne nepodstúpiť liečbu, ktorá by mohla potenciálne priniesť úžitok, sestra musí túto voľbu rešpektovať (Morrell, Konda, Grant-Kels, 2019). Sestry majú povinnosť zdržať sa zlého zaobchádzania, minimalizovať škody a podporovať dobro voči pacientom. Túto povinnosť osobitného zaobchádzania popisujúcu dobro, zdravotníci demonštrujú poskytnutím rovnováhy medzi prínosmi a rizikami pre pacienta. Pomoc pacientom s úlohami, ktoré nie sú schopní vykonávať

sami, udržiavanie postranných zábradlí pre bezpečnostné opatrenia proti pádu alebo poskytovanie liekov rýchlo a včas (Suen, 2019).

Aby sestry vo svojej úlohe uplatnili ošetrovateľskú etiku, musia si najskôr rozvinúť primerané zručnosti a porozumieť konceptom a princípom, ktoré pomáhajú pri etickej analýze kľúčovej pre poskytovanie kvalitnej starostlivosti. Medzi najzakladanejšie etické princípy patria: úcta a rešpekt k ľudskému životu- tento princíp zdôrazňuje dôležitosť rešpektovania ľudskej dôstojnosti a práva na život. Autonómia – sebaurčenie jednotlivca sa týka práva pacienta rozhodovať o svojej vlastnej starostlivosti. Konanie dobra sa týka povinnosti ošetrovateľov robiť to, čo je najlepšie pre pacienta. Vyhýbanie sa spôsobeniu škody, znamená, že sestra by mala vždy konať tak, aby minimalizovala riziko poškodenia pacienta. Zachovávanie mlčanlivosti znamená: rešpektovanie súkromia pacienta a zachovania dôvernosti informácií (Hruška a kol., 2010).

Dodržiavanie týchto princípov je základom etického rozhodovania v ošetrovateľskej praxi. Neetické správanie sa k pacientom môže mať mnoho foriem. K nim patrí napr.: nedostatok rešpektu a úcty - ak sestra neukazuje dostatočný rešpekt a úctu k pacientovi, môže to byť považované za neetické. Porušenie práva na autonómiu znamená konanie sestry, ak ignoruje alebo obmedzuje právo pacienta rozhodovať o svojej vlastnej starostlivosti, je to neetické. Nedodržiavanie povinnosti konania dobra, ak sestra nekoná v najlepšom záujme pacienta, je to neetické. Spôsobovanie škody- ak sestra zbytočne spôsobuje alebo zvyšuje riziko poškodenia pacienta, je to neetické. Porušenie mlčanlivosti- ak sestra nerešpektuje súkromie pacienta a nezachováva dôvernosť informácií, je neetické (Suchanová, Dimunová, 2020).

Etické rozhodovanie sestier v ošetrovateľskej praxi môžu ovplyvňovať tieto dilemy:

Autonómia versus bezpečnosť: Pacient môže chcieť odmietnuť liečbu, ktorá by mohla zlepšiť jeho zdravotný stav. Sestra musí rešpektovať autonómiu pacienta, ale zároveň má povinnosť chrániť zdravie a bezpečnosť pacienta.

Dôvernosť versus povinnosť informovať: Ak sestra zistí informácie, ktoré by mohli ohroziť zdravie alebo bezpečnosť iných, môže sa ocitnúť v dileme medzi zachovaním dôvernosti pacienta a povinnosťou informovať príslušné osoby.

Rozdelenie zdrojov: V situáciách s obmedzenými zdrojmi môže sestra čeliť dileme, ako spravodlivo rozdeliť tieto zdroje medzi pacientov (Pražský, 2009).

Neetické správanie sa k pacientom môže byť odhalené rôznymi spôsobmi:

Pozorovanie a hodnotenie: Zdravotnícke zariadenia môžu implementovať systémy na monitorovanie a hodnotenie správania zdravotníckeho personálu. Tieto systémy môžu zahŕňať pravidelné hodnotenia, ktoré berú do úvahy správanie sa k pacientom.

Spätná väzba od pacientov: Pacienti a ich rodiny sú často prvými, ktorí identifikujú neetické správanie. Ich sťažnosti a spätná väzba by mali byť vážne brané do úvahy a riadne vyšetrené.

Vzdelávanie a školenia: Zdravotnícki pracovníci by mali byť pravidelne školení v etických princípoch a byť schopní identifikovať a hlásiť neetické správanie.

Etické výbory: Mnohé zdravotnícke zariadenia majú etické výbory, ktoré sa zaoberajú otázkami týkajúcimi sa etiky. Tieto výbory môžu hrať kľúčovú úlohu pri identifikácii a riešení prípadov neetického správania (Mátel, 2009).

Je dôležité, aby sa sestry vyhýbali všetkým formám neetického správania a dodržiavali etické princípy vo svojej praxi, keď sa snažia poskytnúť najlepšiu možnú starostlivosť o pacientov. Vyžaduje to dôkladné poznanie etických princíпов, práv pacienta a profesionálnych hodnôt. Je dôležité, aby sestra mala prístup k etickému poradenstvu a vzdelaniu, aby sa mohla správne rozhodnúť v rôznych situáciách.

Hlavný cieľ výskumu

Zistiť, aké sú skúsenosti sestier s dodržiavaním etických princíпов a riešením etických dilem v súčasnej ošetrovateľskej praxi.

Charakteristika súboru a metodika

Výskum sme realizovali v mesiaci október 2023. Na získanie údajov potrebných pre náš výskum sme použili metódu dotazníka vlastnej konštrukcie. Formulácie otázok v dotazníku vychádzali z vopred stanovených cieľov. Dotazníky sme distribuovali osobne v printovej podobe v dvoch nemocniciach na Východnom Slovensku. Pri štatistickom spracovaní otázok a testovaní štatistických hypotéz sme použili štatistický program – EXCEL a STATISTIKA. Na testovanie výskumných hypotéz sme použili Pearsonov Chi- kvadrát test nezávislosti, ktorý vychádza z kontingenčnej tabuľky.

Výberový výskumný súbor tak tvorilo 102 respondentov, z toho bolo počtu bolo 72,5 % žien a 27,1 % mužov. Podľa veku najpočetnejšiu skupinu respondentov tvorili respondenti vo veku 31-40 rokov a 41-50 rokov (35,2 %). Respondenti mali ukončené predovšetkým stredoškolské vzdelanie (35,2 %) a vysokoškolské vzdelanie - Bc. (49,2 %). Podľa dĺžky praxe najpočetnejšiu skupinu respondentov tvorili sestry s praxou 16 a viac rokov (37,2 %) a 9-15 rokov (35,2 %). Najmenšiu skupinku tvorili respondenti - sestry s praxou menej ako rok (4,2 %). V prípade vierovyznania, väčšina respondentov uviedlo, že sú kresťanmi (74,5 %), 13,7 % sa považuje za ateistov a 11,7 % uviedlo iné vierovyznanie. Charakteristiky výskumného súboru uvádzame v tab.1.

Tab. 1 Charakteristiky výskumného súboru

Pohlavie		N	%
	Muž	28	27,5
	Žena	74	72,5
Vek			
	do 20 rokov	0	0,0
	21 – 30 rokov	12	12,0
	31 – 40 rokov	36	35,2
	41 - 50 rokov	36	35,2
	51 a viac rokov	18	17,6
Vzdelanie			
	Stredoškolské	26	35,2
	VŠ 1. stupňa-Bc.	50	49,2
	VŠ 2. stupňa -Mgr.	16	15,6

Dĺžka praxe			
	Menej ako 1 rok	4	4,2
	1 – 3 roky	18	17,6
	4 – 8 rokov	16	15,6
	9 – 15 rokov	26	25,4
	16 a viac rokov	38	37,2
Vierovyznanie			
	Kresťan	76	74,5
	Ateista	14	13,8
	Iné	12	11,7

Zdroj: Vlastné spracovanie.

Analýza a komparácia výsledkov výskumu

Podľa výsledkov nášho výskumu medzi sestrami sa ukázalo, že k porušeniu autonómie pacienta v praxi dochádza, tak sa vyjadrilo 39 (33,54 %) respondentov, 38 (32,68 %) sestier priznalo porušenie súkromia pacienta, 35 (40,69%) sestier nezachováva princíp mlčanlivosti, 25 (21,50%) sestier menej presadzuje bezpečné prostredie pacienta, 12 (10,32%) nenahlásilo podozrenia na poškodenie pacienta.

Prehľad výsledkov výskumu o dodržiavaní etických princípov v súčasnej ošetrovateľskej praxi uvádzame v tab.2.

Tab.2 Dodržiavanie etických princípov v súčasnej ošetrovateľskej praxi

Dodržiavanie etických princípov	N	%
k porušeniu autonómie pacienta dochádza	39	33,54 %
porušenie súkromia pacienta	38	32,68 %
princíp mlčanlivosti	35	40,69%
bezpečné prostredie pacienta	25	21,50%
nenahlásenie podozrenia na poškodenie pacienta	12	10,32%

Zdroj: Vlastné spracovanie.

Podľa nášho výskumu v súčasnej ošetrovateľskej praxi dochádza k rôznym formám neetického správania sa sestier k pacientom. K najčastejším patrí: nerešpektovanie vôle pacienta (36,12%), zneužívanie pozície zdravotníka (33,54%), osobné predsudky a presvedčenia vedúce k neetickému správaniu (24,94%), zadržiavanie dôležitých informácií (21,50%), odsudzujúce komentáre (22,36%) a nevhodná komunikácia s pacientom (12,90%). Formy neetického správania sa sestier k pacientom uvádzame v tab.3.

Tab.3 Formy neetického správania sa k pacientom

Formy neetického správania sa k pacientom	N	%
Nerešpektovanie vôle pacienta	42	36,12%
Zneužívanie pozície zdravotníka	39	33,54%
Osobné predsudky a/alebo presvedčenia	29	24,94%
Zadržiavanie dôležitých informácií	25	21,50%
Odsudzujúce komentáre	26	22,36%
Nevhodná komunikácia, oslovanie pacienta	15	12,90%

Zdroj: Vlastné spracovanie.

Väčšina respondentov uviedla, že sa s etickými dilemami stretáva zriedka (49,2 %) alebo sa vyjadrili neutrálne (19,6 %). Veľmi často sa s etickými dilemami stretáva 7,8 % respondentov a často 17,6 % respondentov. Skúsenosti s etickými dilemami v ošetrovateľskej praxi uvádzame prehľadne v tab.4.

Tab.4 Skúseností s etickými dilemami v ošetrovateľskej praxi

Frekvencia	Absolútny počet (n)	Percentuálny podiel (%)
Veľmi zriedka	6	5,9
Zriedka	50	49,2
Ani zriedka, ani často	20	19,6
Často	18	17,6
Veľmi často	8	7,8
Spolu	102	100

Zdroj: Vlastné spracovanie.

Tab. 5 Skúsenosť sestier s etickými dilemami v závislosti od dĺžky ich praxe

	Veľmi zriedka	Zriedka	Ani zriedka, ani často	Často	Veľmi často	Spolu
Menej ako 16 rokov	4 (3.76) [0.01]	34 (31.37) [0.22]	18 (12.55) [2.37]	6 (11.29) [2.48]	2 (5.02) [1.82]	64
Nad 16 rokov	2 (2.24) [0.02]	16 (18.63) [0.37]	2 (7.45) [3.99]	12 (6.71) [4.18]	6 (2.98) [3.06]	38
Spolu	6	50	20	18	8	102

Zdroj: Vlastné spracovanie.

$$\chi^2 = 18.5227 \quad p = 0.000975$$

P-hodnota pri hladine významnosti $\alpha = 0,05$, je rovná 0,000975, čo je menej ako 0,05 a preto nulovú hypotézu zamietame. Existuje štatistický významný rozdiel medzi výskytom morálnych dilem medzi sestrami s praxou do 16 rokov praxe a nad 16 rokoch praxe. Dĺžka praxe sestier teda výrazne ovplyvňuje skúsenosť sestier s etickými dilemami.

Tab.6 Skúsenosť sestier s etickými dilemami v závislosti od ich vzdelania

	Veľmi zriedka	Zriedka	Ani často, ani zriedka	Často	Veľmi často	Spolu
Bc., Mgr.	4 (3.88) [0.00]	26 (32.35) [1.25]	14 (12.94) [0.09]	16 (11.65) [1.63]	6 (5.18) [0.13]	66
SZŠ	2 (2.12) [0.01]	24 (17.65) [2.29]	6 (7.06) [0.16]	2 (6.35) [2.98]	2 (2.82) [0.24]	36
Spolu	6	50	10	9	4	102

Zdroj: Vlastné spracovanie.

$$\chi^2 = 8,7707 \quad p = 0.0670$$

P-hodnota pri hladine významnosti $\alpha = 0,05$, je rovná 0,0670, čo je viac ako 0,05 a preto nulovú hypotézu nezamietame. Neexistuje štatistický významný

rozdiel v skúsenostiach s morálnymi dilemami medzi sestrami s vyšším vzdelaním (Bc., Mgr.) a nižším vzdelaním (SZŠ).

Diskusia

Etika je jednou z najdôležitejších otázok a je definovaná ako hodnotový rozmer ľudského rozhodovania a správania. V súčasnosti sa etický prístup stal v zdravotnom systéme dvojnásobne dôležitým a spomína sa ako faktor kvality ošetrovateľskej starostlivosti. Sestry čelia viac etickým problémom kvôli úzkemu kontaktu s pacientmi.

Pri starostlivosti o hospitalizovaných pacientov vzniká a je prítomných veľa etických problémov, ktoré môžu ovplyvňovať, narúšať a určitým spôsobom aj sťažovať starostlivosť o pacientov. K najčastejšie vyskytujúcim patrí: narušená kompetentnosť rozhodovania, kontraindikácia niektorých výkonov vzhľadom na vek, nerešpektovanie vôle pacienta, predsudky, rozpor vo vynakladaní finančných prostriedkov na liečbu vzhľadom na vek, strata identity a individuality hospitalizovaného pacienta (Zrubáková, Lehotská, Belancová, 2021).

Realizovali sme výskum v dvoch nemocniciach na východe Slovenska, ktorého cieľom bolo zistiť, aké skúsenosti majú sestry s dodržiavaním etických princípov a riešením dilem v súčasnej ošetrovateľskej praxi.

Podľa výsledkov nášho výskumu medzi sestrami sa ukázalo, že k porušeniu autonómie pacienta v praxi dochádza, tak sa vyjadrilo 39 (33,54 %) respondentov, 38 (32,68 %) sestier priznalo porušenie súkromia pacienta, 35 (40,69%) sestier nezachováva princíp mlčanlivosti, 25 (21,50%) sestier menej presadzuje bezpečné prostredie pacienta, 12 (10,32%) nenahlásilo podozrenia na poškodenie pacienta. Ako uvádzajú autorky Zrubáková, Lehotská a Belancová (2021), v ústavnej starostlivosti aj podľa ich výskumu sa najčastejšie nedodržiava princíp spravodlivosti a autonómie. Podľa ich výsledkov to bol predovšetkým princíp autonómie a následne to bol princíp spravodlivosti a neuškodit' Náš výskum tiež ukázal, že v súčasnej ošetrovateľskej praxi dochádza k rôznym formám neetického správania sa sestier k pacientom. K najčastejším patrí: nerešpektovanie vôle pacienta (36,12%), zneužívanie pozície zdravotníka (33,54%), osobné predsudky a presvedčenia vedúce k neetickému správaniu (24,94%), zadržavanie dôležitých informácií (21,50%), odsudzujúce komentáre (22,36%) a nevhodná komunikácia s pacientom (12,90%). Vo výskume Zrubákovvej Lehotskej a Belancovej (2021), označili sestry viacero foriem neetického správania sa. S najväčším počtom označení (55) išlo o nevhodné oslovovanie seniorov a len 6 sestier označilo nerešpektovanie vôle pacienta. Sestry sa v ošetrovateľskej praxi nedokážu úplne vyhnúť ani etickým dilemám. Každý deň sa môžu ocitnúť v situáciách, kde musia rozhodovať o najlepšom postupe starostlivosti o pacientov, pričom zohľadňujú nielen medicínske aspekty, ale aj etické princípy. Frekvencia týchto etických dilem závisí od konkrétnej situácie a typu zdravotníckej inštitúcie, ale je bežné, že sestry sa s nimi stretávajú pravidelne. Väčšina respondentov nášho výskumu uviedla, že sa s etickými dilemami stretáva zriedka (49,2 %) alebo sa vyjadrili neutrálne (19,6 %). Veľmi často sa s morálnymi dilemami stretáva 7,8 % respondentov a často 17,6 % respondentov.

Na základe výsledkov výskumu Grošeka a kol. (2021) sa 70,4 % sestier (veľmi) často stretáva s etickými dilemami. V porovnaní s výsledkami nášho výskumu sa (veľmi) často

s morálnymi dilemami stretáva iba 25,5 % respondentov. Lajdová a kol. (2022) vo svojej prehľadovej štúdií uvádzajú ako najčastejšie etické dilemy v praxi sestier odlišný názor sestier na rozhodnutie pacienta odmietnuť liečbu z dôvodu kultúrneho alebo osobného presvedčenia, pričom etický princíp autonómie jej hovorí, že toto rozhodnutie musí rešpektovať. V našom prípade však odmietnutie liečby z dôvodu kultúrneho alebo osobného presvedčenia nebolo častou morálnou dilemou sestier v našom výskume. Častý výskyt dilemy sestier v spojitosti s ich veľkou pracovnou záťažou a nemožnosťou dostatočnej starostlivosti o pacienta, jeho diagnostiku a liečbu sa podľa výsledkov nášho výskumu však vyskytovali (veľmi) často.

Sestry sa často stretávajú s otázkou, ako rešpektovať autonómiu pacienta a zároveň zabezpečiť ich bezpečnosť a starostlivosť. Napríklad, ak pacient odmieta určitý liečebný postup, sestra musí zvážiť, ako rešpektovať ich rozhodnutie a zároveň zabezpečiť, aby nedošlo k vážnemu poškodeniu zdravia. V našom výskume sme zisťovali, s akými dilemami sa sestry stretávajú na svojich pracoviskách. Prvou doménou bol vzťah pacienta k sebe a jeho liečbe. V tejto oblasti sa sestry veľmi často stretávajú s dilemou pri voľbe životného štýlu u pacienta (17,6 %), ktorý vedie k jeho zdravotným komplikáciám alebo smrti. Často dilemou je aj to, že pacient odmieta zásahy na záchranu svojho života (7,98 %). S dilemou, že pacient odmieta liečbu z dôvodu osobného alebo náboženského presvedčenia sa respondenti stretávali najmenej často (66,6 %). Rovnako veľmi zriedka sa respondenti stretli so situáciou, že pacient odmieta zásahy na záchranu života (58,8 %), pacient (alebo rodič maloletého) rozhoduje o liečbe, ktorá je v priamom rozpore so zaužívanými medicínskymi postupmi (50,9 %) a pacient (alebo rodič maloletého) si nevyberá najlepšie ponúkané rozhodnutie o liečbe a uprednostňuje menej účinnú alternatívu (43,1 %). Druhou doménou boli vzťahy na pracovisku (pacienta-kolega lekár). V tejto oblasti sa sestry veľmi často stretávajú s dilemou prílišného množstva pacientov a nemožnosti všetkým poskytnúť primeranú starostlivosť (12,5 %). S touto situáciou sa často stretáva aj ďalších 24 % respondentov. Následne sa často sestry stretli s negatívnymi vzťahmi medzi zdravotníckymi pracovníkmi a pacientom (alebo jeho príbuznými), čo uviedlo 25,6 % respondentov, ako aj dilemou dlhých čakacích dôb na diagnostiku a liečbu pacienta, čo uviedlo 27,4 % respondentov. Najmenej často sa stretli so situáciou pri ktorej by pozorovali kolegu ako vykonáva nebezpečnú klinickú prax (78,4 %), alebo by bol ľahostajný a hrubý k pacientovi (54,9 %). Veľmi zriedka sa respondenti stretli so situáciou, že by mali napadnúť rozhodnutie lekára, ktoré považujú za nevhodné (52,9 %), zanedbávaním starostlivosti o pacienta (49 %) alebo nereagovaním na zdravotný stav pacienta (39,2 %). Tretou doménou bola práca s informáciami na pracovisku. V tejto oblasti sa sestry najčastejšie stretli so situáciou, že pacient alebo jeho príbuzní zamlčia alebo selektujú informácie o zdravotnom stave. Veľmi často sa s touto situáciou stretáva 5,2 % respondentov a často 31,8 % respondentov. Často sa respondenti stretávajú so situáciou, že neboli poskytnuté informácie o potrebe súhlasu pacienta s účasťou na diagnostike alebo terapeutickú liečbu (11,7 %). Respondenti boli v minimálnej miere svedkami toho, že lekár poskytol pacientovi nepresné informácie alebo, že kolega (kolegovia) diskutovali o zdravotných informáciách pacienta s osobou, ktorá nie je oprávnená tieto informácie prijímať (3,8 %).

Ak sledujeme rozdiel v skúsenostiach sestier s etickými dilemami v ošetrovateľskej praxi na rôznych oddeleniach, s morálnymi dilemami sa podľa Sorta-Bilajac a kol. (2011) stretávajú

najmä sestry na geriatrickom oddelení, kde sa stretávajú často s etickými problémami spojenými s utrpením pacienta a (ne)možnosťou riešenia jeho stavu. Podľa nášho výskumu s morálnymi dilemami majú viac skúsenosti sestry na Internom oddelení a JIS (29,6%) ako sestry na neurologickom oddelení (20,8%). Aj podľa výsledkov výskumu Sorta-Bilajac a kol. (2011) existuje rozdiel v skúsenostiach sestier s etickými dilemami v ošetrovateľskej praxi na rôznych oddeleniach. Každé oddelenie má svoje vlastné špecifiká a pacienti s rôznymi zdravotnými problémami vyžadujú od sestier rôzne typy starostlivosti. Tieto rozdiely môžu ovplyvniť, aké etické dilemy prežívajú sestry a ako ich riešia. Napríklad, na oddelení paliatívnej starostlivosti sa sestry častejšie stretávajú s etickými dilemami týkajúcimi sa koncového štádia života a rozhodnutiami o zmiernení bolesti a zlepšení kvality života pacientov. Na psychiatrickom oddelení sa sestry často stretávajú s etickými dilemami týkajúcimi sa ochrany práv pacientov s duševnými poruchami a rozhodnutiami o použití nútenej liečby. Skúsenosti sestier s etickými dilemami sa môžu líšiť aj v závislosti od typu pacientov, s ktorými pracujú, a konkrétnych situácií, s ktorými sa stretávajú. Sestry na JIS podľa nášho výskumu sa častejšie stretávajú s morálnymi dilemami spojenými s rozhodnutiami o zachovaní života pacientov v kritickom stave a rozhodnutiami o ukončení podpory života. Na chirurgických oddeleniach sa sestry často stretávajú s etickými dilemami týkajúce sa chirurgických zákrokov a rozhodnutiami o rizikách a prínosoch pre pacienta. Na základe komparácie výsledkov odpovedí sestier z interných a neurologických oddelení a výsledkov overovania hypotézy č. 1, typ oddelenia výrazne neovplyvňuje frekvenciu výskytu etických dilem. V súlade s výsledkami nášho výskumu aj výskum autora Grošeka a kol. (2021) potvrdzuje rozdiel v skúsenostiach sestier s etickými dilemami v závislosti od dĺžky ich praxe. Sestry s dlhšou praxou majú tendenciu mať viac skúseností a stretávať sa s rôznymi situáciami, čo im umožňuje vyvinúť si lepšie schopnosti riešenia etických dilem. Sestry s dlhšou praxou môžu mať väčšiu istotu v rozhodovaní a vyjadrovaní svojho názoru v prípade etických dilem. Taktiež majú často vyššiu úroveň sebavedomia a schopnosť zvládať emocionálne náročné situácie. Na druhej strane, sestry s menšou praxou môžu mať menej skúseností s etickými dilemami a môžu sa cítiť menej isté pri riešení týchto situácií. Môžu potrebovať viac podpory a odborného vedenia od skúsenejších kolegov a nadriadených. Je však dôležité si uvedomiť, že skúsenosti sestier s etickými dilemami nie sú jednoznačne ovplyvnené iba dĺžkou ich praxe. Individuálne faktory, ako osobnostné vlastnosti, vzdelanie a tréning, tiež zohrávajú dôležitú úlohu pri formovaní skúseností sestier s morálnymi dilemami. Overovanie hypotézy č. 2 nášho výskumu, potvrdilo, že dĺžka praxe sestier výrazne ovplyvňuje skúsenosť sestier s etickými dilemami. Vzdelanie môže mať vplyv na skúsenosti sestier s etickými dilemami, ale nie je jediným faktorom. Sestry s rôznym vzdelaním môžu mať odlišné znalosti a schopnosti na riešenie morálnych dilem. Napríklad, sestry s pokročilým vzdelaním, ako sú sestry s magisterským titulom, môžu mať hlbšie porozumenie etických princípov a teórií, čo im môže pomôcť pri riešení morálnych dilem. Avšak, je dôležité si uvedomiť, že skúsenosti sestier s etickými dilemami sú ovplyvnené aj inými faktormi, ako je pracovné prostredie, typ oddelenia, s ktorým pracujú, a individuálne hodnoty a presvedčenia.

Sestry s rôznym vzdelaním môžu mať rôzne prístupy k riešeniu etických dilem a môžu sa spoliehať na rôzne zdroje informácií a podporu, ako sú etické smernice, konzultácie s kolegami. Podľa nášho výskumu skúsenosť s etickými dilemami (veľmi) často malo viac

sestier s vyšším vzdelaním (Bc., Mgr.) (33,3 %) oproti sestrám s nižším vzdelaním (SZŠ) (11,1 %). Ak sledujeme rozdiely v skúsenostiach sestier s morálnymi dilemami s kresťanským vierovyznaním a sestier bez vyznania viery, viacej skúseností s morálnymi dilemami majú podľa nášho výskumu sestry s kresťanským vierovyznaním (38,4%). Na základe overovania hypotézy č. 4, konštatujeme, že existuje štatistický významný rozdiel v skúsenostiach s etickými dilemami medzi sestrami s kresťanským vierovyznaním a sestrami bez vyznania viery. Rozdiely v skúsenostiach s morálnymi dilemami medzi sestrami s kresťanským vierovyznaním, iným vierovyznaním a ateistami môžu byť ovplyvnené rôznymi faktormi, ako napríklad kultúrnymi, sociálnymi, historickými a osobnými faktormi. Všeobecne platí, že náboženské presvedčenie môže mať vplyv na to, ako jednotlivci riešia morálne dilemy, ale nie je to jediný faktor, ktorý ovplyvňuje ich rozhodnutia. Výskumy ukazujú, že kresťanské sestry majú tendenciu konať v súlade s kresťanskými zásadami a hodnotami, ktoré súvisia s ich vierou, keď sa stretávajú s morálnymi dilemami. Podobne, sestry s iným vierovyznaním môžu konať v súlade s hodnotami a zásadami svojho vierovyznania. Na druhej strane, ateisti môžu konať v súlade s etickými a morálnymi zásadami, ktoré sú nezávislé od náboženského presvedčenia. Je dôležité poznamenať, že každý jednotlivec má svoje vlastné osobné presvedčenia a hodnoty, ktoré môžu ovplyvniť jeho rozhodnutia v morálnych dilemách. Preto sa môžu skúsenosti s etickými dilemami líšiť nielen medzi sestrami s rôznymi vierovyznaniami, ale aj medzi sestrami s rovnakým vierovyznaním a medzi ateistami (Cerit, Dinç, 2013).

S rastúcim využívaním technológií v ošetrovatelstve sa sestry často stretávajú s otázkami týkajúcimi sa etického používania a ochrany súkromia pacientov. Napríklad, ako zabezpečiť bezpečnosť a dôvernosť elektronických zdravotných záznamov pacientov. Na druhej strane je častým zamlčanie podstatných informácií o zdravotnom stave pacienta, čo môže viesť k stanoveniu nevhodnej či nedostatočnej diagnostike a liečbe. Kľúčovou je komunikácia. Sestra by mala otvorene diskutovať s pacientom a vysvetliť mu dôvody a dôsledky rôznych možností. Je dôležité vytvoriť dôveru a spoluprácu medzi sestrou a pacientom. Sestra by mala vyhľadávať aj podporu a konzultáciu s kolegami a nadriadenými. Diskutovať o dileme s ostatnými môže pomôcť získať rôzne perspektívy a nájsť najlepšie riešenie. Je dôležité mať podporu a priestor na reflexiu. Etické dilemy môžu byť emocionálne náročné, a preto je dôležité, aby sestra mala možnosť vyjadriť svoje pocity a obavy. Podľa výsledkov nášho výskumu sestry riešia výskyt etickej dilemy na ich pracovisku predovšetkým diskusiou s kolegami (70,5 %) a vedúcim oddelenia (39,2 %). Často sa však rozhodujú pri riešení tejto situácie sami (29,4), konzultáciou s nemocničným kaplánom (7,8 %) a mediáciou (3,9 %). Túto situáciu s etickou komisiou by neriešil žiaden respondent. Povedomie o existencii etickej komisie na pracovisku uviedlo iba 23,6 % respondentov. To, že na pracovisku nemajú etickú komisiu uviedlo 3,9 % respondentov a až 72,5 % respondentov uviedlo, že o takejto komisii na pracovisku nevie. Z respondentov, ktorí majú vedomie o existencii etickej komisie na pracovisku jej služby využilo iba 16,6 % respondentov. Z celkového počtu respondentov teda iba štyri sestry. To, že na pracovisku sú dodržiavané štandardné postupy pri riešení etických dilem na pracovisku uviedlo 47 % respondentov a 45 % respondentov sa nevedelo k tejto otázke vyjadriť. Iba 8 % respondentov uviedlo, že na pracovisku nie sú dodržiavané postupy pri riešení morálnych dilem. Ak sledujeme rozdiely v skúsenostiach sestier s riešením etických dilem, sestry riešia výskyt

etickej dilemy na ich pracovisku predovšetkým diskusiou so kolegami (70,5 %) a vedúcim oddelenia (39,2 %). Význam etickej komisie nebol vôbec potvrdený, naopak, o existencii takejto komisie vedelo minimum respondentov. Po testovaní hypotézy č.5 konštatujeme, že neexistuje teda štatistický významný rozdiel v dodržiavaní štandardných postupov pri riešení morálnych dilem medzi sestrami na internom oddelení a JIS a sestrami na neurologickom oddelení. Aj podľa výsledkov výskumu realizovaného Sorta- Bilajac a kol. (2011), pri riešení dilem bolo zistené, že využívanie konzultácií v oblasti klinickej etiky je nízke. Podľa vyjadrení respondentov nášho výskumu sestry potrebujú pravidelné formálne školenia v oblasti zdravotníckej etiky, ktoré by malo byť orientované najmä na vzdelávanie v oblasti komunikácie (54,9 %), ale aj vo forme morálnej a právnej podpory zdravotníckych pracovníkov (52,9 %) a právne podporu zdravotníckych pracovníkov (49,2 %). Respondenti považovali za najmenej potrebnú oblasť smerníc a protokolov (9,7 %) a nácvik riešenia konfliktov (7,8 %). K preferovaným spôsobom vzdelávania o etike a morálke v ošetrovatel'stve patria podľa respondentov učenie praxou (33,3 %), samoštúdium (21,5 %) a formálne vzdelávanie v rámci vzdelávacieho systému, univerzity (19,6 %). Najmenej využívanými spôsobmi boli workshopy (3,9 %), rodina a iné (3,9 %). Môžeme konštatovať, že závery nášho výskumu potvrdzujú, že neexistuje štatisticky významná závislosť medzi výskytom etických dilem na Internom oddelení a JIS a na Neurologickom oddelení. Oddelenie na ktorom sestry pracujú teda výrazne neovplyvňuje frekvenciu výskytu etických dilem na oddeleniach. Neexistuje ani štatistický významný rozdiel v dodržiavaní štandardných postupov pri riešení etických dilem medzi sestrami na internom oddelení a JIS a sestrami na neurologickom oddelení. Ale existuje štatistický významný rozdiel medzi výskytom morálnych dilem medzi sestrami s praxou do 16 rokov praxe a nad 16 rokoch praxe. Dĺžka praxe sestier teda výrazne ovplyvňuje skúsenosť sestier s etickými dilemami. Nepotvrdil sa nám štatistický významný rozdiel v skúsenostiach s etickými dilemami medzi sestrami s vyšším vzdelaním (Bc., Mgr.) a nižším vzdelaním (SZŠ). Štatistický významný rozdiel v skúsenostiach s etickými dilemami medzi sestrami s kresťanským vierovyznaním a sestrami bez kresťanského vierovyznania sa nám potvrdil. Neexistuje štatistický významný rozdiel v dodržiavaní štandardných postupov pri riešení etických dilem medzi sestrami na internom oddelení a JIS a sestrami na neurologickom oddelení.

Na základe štúdia literatúry a výsledkov nášho výskumu navrhujeme odporúčania pre ošetrovateľskú prax. Pre sestry odporúčame poznať etické smernice a zákony. Sestry by mali byť oboznámené s etickými smernicami a zákonnými predpismi, ktoré sú relevantné pre ich prácu. Tieto smernice im poskytnú rámec na rozhodovanie v morálnych dilemách. Komunikácia s tímom znamená zdieľanie perspektív a skúseností a môže pomôcť pri hľadaní riešenia a získavaní podpory. Zvažovať hodnoty a preferencie pacienta. Zamerať sa na individuálne hodnoty a preferencie pacienta. Je dôležité rešpektovať ich autonómiu a rozhodnutia, pokiaľ to nie je v rozpore so zdravotnými normami a etickými smernicami. Konzultovať s etickou komisiou etické problémy. Pri rozhodovaní v etických dilemách je dôležité zvážiť potenciálne dôsledky rôznych možností. Zvážiť vplyv na pacienta, jeho blaho a bezpečnosť, ako aj etické a právne aspekty. A napokon je dôležité kontinuálne sa vzdelávať. Sestry by mali investovať do svojho neustáleho vzdelávania v oblasti etiky a bioetiky. To im pomôže zlepšiť ich schopnosť riešiť etické dilemy a poskytovať najlepšiu možnú starostlivosť.

Je dôležité poznamenať, že identifikácia neetického správania je len prvým krokom. Aby sa zabránilo takémuto správaniu v budúcnosti, je potrebné prijať primerané opatrenia, vrátane disciplinárnych sankcií, dodatočného vzdelávania a v prípade potreby, zmeny politik a postupov.

Záver

Neetické správanie sa k pacientom môže mať mnoho foriem. Niektoré z nich môžu zahŕňať: nedostatočnú komunikáciu, keď nesprávne alebo nedostatočné informácie poskytnuté pacientom môžu viesť k nesprávnemu porozumeniu liečebného procesu. Nerešpektovanie autonómie pacienta. Pacient má právo na sebaurčenie a môže zasahovať do procesu liečby.

Ak sa toto právo nerešpektuje, môže to byť považované za neetické. Nedostatok empatie zo strany zdravotníckych pracovníkov môže viesť k pocitu izolácie a nepochopenia zo strany pacienta. Nesprávne zaobchádzanie s pacientom môže zahŕňať fyzické alebo emocionálne zneužívanie, nedostatok rešpektu alebo dôstojnosti, alebo ignorovanie potrieb pacienta.

Významnou súčasťou práce sestry je každodenné riešenie dilem a riešenie problémov. Sestry neustále čelia problémom, ktoré si vyžadujú kritické myslenie a rozhodovanie. Jednou z najproblematickejších obáv sú etické dilemy. Aj keď sa tomu sestry snažia vyhnúť, dochádza k porušovaniu etiky. Porušenie ošetrovateľskej etiky môže mať v závislosti od incidentu významné dôsledky pre sestry. Môžu čeliť disciplíne od svojej stavovskej organizácie alebo od svojho zamestnávateľa a súdnym sporom.

Sestry musia vedieť, ako v prvom rade zabezpečiť, aby nedochádzalo k porušovaniu etiky a tiež čo robiť v prípade, že k nim dôjde. Je dôležité, aby všetci zdravotnícki pracovníci dodržiavali etické princípy a rešpektovali práva a potreby hospitalizovaných pacientov.

BIBLIOGRAFIA

American Nurses Association (ANA). 2015. *Code of Ethics with explanatory statements*. [online]. [cit. 2024-01-13]. Available from: <https://www.nursingworld.org/practice-policy/nursing-excellence/ethics/code-of-ethics-for-nurses/>.

CERIT, B. - DINÇ, L. 2013. Ethical decision-making and professional behaviour among nurses: A correlational study. In *Nursing Ethics*. Roč. 20, č.2, s. 200-212. [online]. [citované 2024-01-10]. Available from: doi:10.1177/0969733012455562.

EPSTEIN, B., TURNER, M. 2015. The Nursing Code of Ethics: Its Value, Its History. *Online J Issues Nurs*. 2015 May 31;20(2):4. [PubMed].

GROŠEK, S. a kol. 2021. *How health care professionals confront and solve ethical dilemmas – a tale of two countries: Slovenia and Croatia*. [online]. [cit. 2024-01-10]. Available from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8107988/>.

HRUŠKA J., GULÁŠOVÁ I., RIEDL I., ZACHAROVÁ E. 2010. Etika a právo v ošetrovateľstve. [online]. [cit. 2024-01-13]. Dostupné na :<https://www.pulib.sk/web/kniznica/elpub/dokument/Istonova2/subor/hruska.pdf>.

HADDAD, L.,M., GEIGER, R., A. 2023. Nursing Ethical Considerations. [Updated 2023 Aug 14]. In: *StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan-*. [online]. [cit. 2024-01-10]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK526054/>.

KLIMKOVÁ, A. 2017. *Ošetrovateľská etika: teória, prax, poradenstvo*. Banská Bystrica: BELIANUM. 178 s. ISBN 978-80-557-1282-6.

LAJDOVÁ, A. 2023. *Etické myslenie sestier*. 253 s. ISBN 978-80-88246-93-0. [online].[cit. 2023-12-20]. Dostupné na: <https://fzsp.truni.sk/eticke-mysleniesestier>.

MATEL, A. 2009. Základné etické hodnoty a princípy v ošetrovateľstve In *Výchova a vzdelávanie v ošetrovateľstve zamerané na rozvoj manažérskych schopností u budúcej sestry I, Varia. Zborník z vedeckej konferencie. (s.11-18)* Vydanie: 1. Vydavateľ: VŠZaSP sv. Alžbety v Bratislave. 413 s. ISBN 978-80-89271-89-4.

MORRELL, T.,J, KONDA, S., GRANT-KELS, J.,M. 2019. Response to a letter to the editor regarding "The ethical issue of cherry picking patients". In *J Am Acad Dermatol. 2019 May;80(5):e127*. [online]. [cit. 2024-01-10]. Available from: [PubMed].

OLEJARCZYK, J.,P, YOUNG, M. 2023. Patient Rights and Ethics. In: *StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan-*. [online].[cit. 2024-01-13]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK538279/>.

PRAŽSKÝ, B. 2013. Etické dilema a aspekty ochrany života v ošetrovateľstve. In *Etické dilema a aspekty ochrany života v ošetrovateľstve - Zdraví.euro.cz*.

SORTA-BILAJAC, I. 2011. How Nurses and physicians face ethical dilemmas – the Croatian experience. In: *Nursing Ethics. ISSN 1477-0989, roč. 18, č. 3, s. 341–355*.

SUEN, K.,K. 2019. Ethical implications of population ageing in the intensive care unit. IN *J Med Sci. 2019 May;188(2):699-702*. [online]. [cit. 2024-01-10]. Available from: [PubMed].

SUCHANOVÁ, R. DIMUNOVÁ, L. 2020. *Komunikácia v zdravotníckej praxi*. Ústav ošetrovateľstva, Lekárska fakulta Univerzity Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach. 2020. ISBN 978-80-8152-958-0.

TROBEC, I., STARCIC, A.,I. 2015. Developing nursing ethical competences online versus in the traditional classroom. In *Nurs Ethics. 2015 May;22(3):352-66*. [online]. [cit. 2024-01-10]. Available from: [PubMed].

ZRUBÁKOVÁ, K., LEHOTSKÁ, M., BELANCOVÁ, V. 2021. Základné etické princípy a ich akceptácia v starostlivosti o seniorov. In *Prohuman, 2021. ISSN 1338-1415*. [online]. [citované 2023-10-23]. Dostupné na internete: <https://www.prohuman.sk/osetrovatelstvo/zakladne-eticke-principy-a-ich-akceptacia-v-starostlivosti-o-seniorov>.

Kontakt

PhDr. Viera Ivanková, PhD.

VŠZaSP Sv. Alžbety, Bratislava

ÚSVaZ bl. P.P. Gojdiča a V. Hopku Spišská Nová Ves - Prešov

vierkai@centrum.sk

AKTUÁLNE TRENDY A VÝZVY V SOCIÁLNEJ PRÁCI S AZYLANTMI

CURRENT TRENDS AND CHALLENGES IN SOCIAL WORK WITH ASYLUM PEOPLE

Jurašek Martin¹, Levická Slávka

*1 Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave, n. o.
Inštitút bl. Metoda Dominika Trčku Michalovce*

Abstrakt

Sociálna práca s azylantmi je v súčasne dobe aktuálna a do popredia sa dostávajú jej špecifiká, s ktorými sa sociálny pracovník musí vysporiadať. Predovšetkým je to jazyková bariéra a kultúrne rozdielnosti, ktoré musí sociálny pracovník poznať a pri výkone sociálnej práce tieto rozdielnosti rešpektovať. Sociálny pracovník má byť nápomocný azylantovi pri začleňovaní sa do majoritnej spoločnosti. Príspevok sa zaoberá aktuálnymi trendmi a výzvami v sociálnej práci a azylantmi ktoré v praxi nastávajú, kedy sociálny pracovník by mal byť azylantovi nápomocný hlavne pri prekonaní emocionálnej traumy a eliminovať izoláciu azylanta do majoritnej spoločnosti.

Kľúčové slová: Azylant. Migrácia. Špecifiká sociálnej práce.

Abstract

Social work with asylum seekers is currently up-to-date and its specifics, which a social worker has to deal with, are coming to the fore. First of all, it is the language barrier and cultural differences that the social worker must know and respect when performing social work. The social worker should assist the asylum seeker in integrating into the majority society. The paper deals with current trends and challenges in social work and asylum seekers that occur in practice, when a social worker should help the asylum seeker mainly in overcoming emotional trauma and eliminate the isolation of the asylum seeker into the majority society.

Key words: Asylum seeker. Migration. The specifics of social work.

Úvod

Otázka migrácie a s tým spojeného prílivu migrantov z rôznych kultúr a prostredia je v dnešnej dobe viac než aktuálnou témou v celej Európe, a to najmä v spojitosti s prebiehajúcou migračnou krízou a vojenským konfliktom na Ukrajine či s Sýrii alebo Izraeli a pásme Gazy. Môžeme s určitosťou tvrdiť, že v súčasnosti je migračná mobilita ľudí omnoho vyššia ako kedykoľvek predtým a preto aj sociálna práca, ktorá zastrešuje služby pomáhajúcich profesionálov v otázkach migračnej pomoci musí na tento súčasný trend reflektovať. Azylanti predstavujú špecifickú cieľovú skupinu sociálnej práce a preto sa sociálna práca musí vysporiadať s množstvom kultúrnych rozdielností, ktoré vyplývajú nielen zo zodpovednosti samotného sociálneho pracovníka, ale aj zo špecifík vychádzajúcich z odlišného kultúrneho a sociálneho prostredia, z ktorého azylant pochádza.

MIGRÁCIA A MEDZINÁRODNÁ OCHRANA

V súčasnej dobe existuje niekoľko definícií migrácie, ale migráciu vo všeobecnosti môžeme charakterizovať ako presun jednotlivca alebo skupiny cudzincov cez hranice štátu na určité obdobie. Pri migrácii teda cudzinec mení na určitú dobu miesto svojho bydliska (pobytu).

Migrácia je „*pohyb osôb, skupín alebo väčších celkov obyvateľov v geografickom a sociálnom priestore, ktorá je spojený s prechodnou alebo trvalou zmenou miesta pobytu*“ (Jandourek, 2001, s. 159).

Pojmom migrant sa označuje osoba, ktorá z akýchkoľvek dôvodov opúšťa štát, v ktorom má väčšinou trvalý pobyt a prekračuje resp. sťahuje sa za hranice inej krajiny. Z hľadiska krajiny pôvodu je takáto osoba označovaná aj ako emigrant (vyst'ahovalec), pretože opúšťa územie domovského štátu s úmyslom sa usadiť v inom štáte. Z hľadiska prijímajúceho štátu je takáto osoba považovaná za imigranta (prist'ahovalca) vstupujúceho na územie určitého štátu mimo domovskej krajiny s úmyslom usadiť sa (Porsche, 2019).

Taktiež je možné rozlíšiť dve základné skupiny migrantov. Krátkodobý migrant, ktorý pôsobí v krajine mimo trvalého bydliska (domovská oblasť) po dobu najmenej 3 mesiace, ale nie viac ako jeden rok. Dlhodobý migrant pôsobí v krajine mimo trvalého bydliska po dobu viac ako jeden rok (Oriešková, Milla, Filčáková, 2022).

Pojem migrácia je interdisciplinárnym pojmom a napríklad sociológia ho definuje ako zmenu miesta trvalého pobytu za hranice územnej jednotky. Je to vlastne premiestňovanie obyvateľov, ktoré je spojené so zmenou bydliska. Súčasná slovenská legislatíva nepoužíva pojem migrant a to aj napriek tomu, že vedné disciplíny zaoberajúce sa migráciou a migračnými procesmi ho bežne používajú.

Cudzinci, ktorí na naše územie vstúpili legálne, ale aj nelegálne v niektorých prípadoch žiadajú o medzinárodnú ochranu. Medzinárodná ochrana zahŕňa v sebe opatrenia na ochranu takých migrantov, ktorí boli nútení opustiť svoje domovské krajiny pred prenasledovaním, nepriaznivou politickou situáciou či ozbrojeným konfliktom. Medzi medzinárodnú ochranu radíme azyl a doplnkovú ochranu. V našom vnútroštátnom poriadku medzinárodnú ochranu zastrešuje zákon č. 480/2002 Z. z. o azyle a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.

Azyl je typom medzinárodnej ochrany a udeľuje sa žiadateľovi, ktorý je vo svojej krajine prenasledovaný z rasových, národnostných alebo náboženských dôvodov, z dôvodov zastávania určitých politických názorov, príslušnosti k určitej sociálnej skupine alebo z dôvodu svojho vierovyznania. Ak je cudzincovi udelený azyl na území Slovenskej republiky, stáva sa **azylantom** a je mu udelený trvalý pobyt na území Slovenskej republiky. Medzinárodné právo pre azylanta používa pojem utečenec, avšak právny poriadok Slovenskej republiky tento pojem nepoužíva.

Doplnková ochrana je druhým typom medzinárodnej ochrany poskytovanej na území Slovenskej republiky a oprávňuje cudzinca legálne sa zdržiavať na našom území. Udeľí sa vtedy, ak sa cudzincovi neudelí na území Slovenskej republiky azyl, avšak existujú dôvody domnievať sa, že cudzincovi by po návrate hrozilo v jeho krajine vážne bezprávie (trest smrti, mučenie, neľudské alebo ponižujúce zaobchádzanie).

Slovenská republika predstavuje pre migrantov skôr tranzitnú ako cieľovú krajinu. Toto sa odzrkadľuje vo veľkom nepomere podaných žiadostí o udelenie azylu a výslednom počte udeľených azylův. Žiadatelia o azyl vo veľkej miere opúšťajú počas azylovej procedúry zariadenia Migračného úradu Ministerstva vnútra Slovenskej republiky a z toho dôvodu je veľké percento žiadostí o udelenie azylu zastavené.

Tabuľka 1 Štatistický prehľad 2010-2023

ROK	Počet žiadostí o udelenie azylu	Udeľený azyl	Poskytnutá doplnková ochrana	Negatívne rozhodnutia	Zastavené konanie
2010	541	15	57	243	284
2011	491	12	91	120	232
2012	732	32	104	264	340
2013	441	15	34	137	292
2014	331	14	99	99	137
2015	330	8	41	72	128
2016	146	167	12	56	35
2017	166	29	25	34	73
2018	178	5	37	46	69
2019	232	9	19	51	179
2020	282	11	27	40	177
2021	370	29	13	90	212
2022	547	23	48	76	387
30.09.2023	327	27	38	62	269
Spolu	5114	396	645	1390	2814

Zdroj: Štatistiky, Ministerstvo vnútra SR - Azyl a migrácia (minv.sk)

Ukončenie azylovej procedúry nastáva rozhodnutím Migračného úradu Ministerstva vnútra Slovenskej republiky o udelení resp. neudelení azylu. Migračný úrad Ministerstva vnútra Slovenskej republiky v rozhodovaní venuje veľkú pozornosť náležitému zisteniu skutkového stavu vyjadrení žiadateľa o azyl. Dôsledne preverujú informácie získané od žiadateľa o azyl prostredníctvom Ministerstva zahraničných vecí a európskych záležitostí Slovenskej republiky, využívajú pri rozhodovaní informácie Vysokého komisára OSN pre utečencov a tiež získavajú všetky možné informácie o politickej a spoločenskej situácii v krajine pôvodu žiadateľa o udelenie azylu.

Migračný úrad Ministerstva vnútra Slovenskej republiky udelí azyl žiadateľovi, ktorý má v štáte, ktorého je štátnym príslušníkom opodstatnené obavy z prenasledovania z rasových, národnostných alebo náboženských dôvodov, z dôvodov zastávania určitých politických názorov alebo príslušnosti k určitej sociálnej skupine, a vzhľadom na tieto obavy sa nemôže alebo nechce vrátiť do krajiny pôvodu.

Podľa § 2 písm. i) zákona č. 480/2002 Z. z. o azyle a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov **azylantom** označujeme cudzinca, ktorému Ministerstvo vnútra Slovenskej republiky udelilo azyl. Azyl predstavuje dôležitú formu ochrany, ktorá je poskytovaná konkrétnou krajinou na vnútroštátnom území podľa princípu nevyhostenia a práv uznávaných medzinárodnými dohodami (Tataru, 2019).

Uherek a kol. (2016) dodávajú, že azylantovi je vydaný preukaz k povoleniu pobytu iba v prípade ak spĺňa podmienky, ktoré sú potrebné na udelenie tohto štatútu.

Ak bol žiadateľovi azyl udelený, jeho ďalší pobyt na území Slovenskej republiky sa rieši podľa zákona č. 404/2011 Z. z. o pobyte cudzincov a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov. V zmysle uvedeného zákona získava žiadateľ o azyl udelením azylu oprávnenie na trvalý pobyt na území Slovenskej republiky na neobmedzený čas. Po udelení azylu sa môže azylant prechodne zdržiavať v integračnom stredisku, pokiaľ si nenájde, alebo mu nebude poskytnuté ubytovanie mimo integračného strediska. Trvalý pobyt nie je udeľovaný automaticky, ale azylant musí o trvalý pobyt na území Slovenskej republiky na neobmedzený čas požiadať na príslušnom policajnom útvare, v tomto prípade na príslušnom oddelení cudzi- neckej polície Policajného zboru.

SOCIÁLNA PRÁCA S AZYLANTMI

Sociálna práca podľa Strieženca (1996, s. 161) je *„odborná disciplína, ktorá špeciálnymi pracovnými metódami zaisťuje sociálnu starostlivosť o človeka na profesionálnom základe. Vychádza zo systému poznatkov mnohých spoločenských vied a aplikuje vedecké poznatky do praktickej činnosti. Zaoberá sa optimálnym fungovaním sociálnych inštitúcií zameraných na starostlivosť, zabezpečenie a pomoc jednotlivcom, skupinám alebo komunitám.“*

Sociálna práca sa uskutočňuje prostredníctvom sociálnych pracovníkov. *„Sociálny pracovník môže byť pre svojho klienta – žiadateľa o azyl často jediným kontaktom s novým svetom, v ktorom sa ocitol. Sociálny pracovník nevyhnutne bude musieť pôsobiť ako prostredník medzi klientom a slovenskou spoločnosťou reprezentovanou úradníkmi, susedmi v dome, alebo niekým iným“* (Günterová In: Matoušek et al., 2010, s. 393).

Sociálna práca je multidisciplinárna vedná oblasť, nakoľko existuje veľké množstvo teoretických definícií.

Sociálna práca s azylantmi je v podmienkach Slovenskej republiky relatívne mladou vednou disciplínou, ktorá sa objavuje po politickom prevrate v roku 1989. Jednou z oblastí zmien po roku 1989 bolo aj to, že z uzatvorenej socialistickej krajiny sa stala otvorená krajina. Táto zmena priniesla okrem iných javov aj príchod migrantov na naše územie a sociálna práca sa snaží pomáhať aj azylantom. Sociálna práca sa snaží svoje poslanie uskutočňovať prostredníctvom sociálnych pracovníkov.

Azylanti sú špecifickou cieľovou skupinou sociálnej práce. V situácii súčasnej migračnej krízy je podľa Rusnákovej (2017) dôležité, aby sociálna práca dokázala komunikovať a participovať na uvedenej problematike vychádzajúc zo svojej podstaty a poslania. V nadväznosti na vyššie uvedenú medzinárodnú definíciu odkazujúcu na zásady sociálnej spravodlivosti by malo byť preto cieľom sociálnej práce odborná a profesionálna pomoc osobám, ktoré nutne takúto pomoc potrebujú. Dôraz by mal byť kladený na to, že ak chce niekto pomáhať migrantom, tak v nich musí najprv vidieť ľudí alebo osoby seberovné a s určitými problémami a až potom ich potreby.

ŠPECIFIKÁ SOCIÁLNEJ PRÁCE S AZYLANTMI

Cieľom sociálnej práce s azylantmi je riešenie ich aktuálnych problémov a sociálnej situácie, prevencia voči konfliktným situáciám a integrácia do prijímajúcej spoločnosti (Bajusová, Šlosár, 2019). Ide o špecifický typ sociálnej činnosti, pretože dochádza ku konfrontácií sociálneho pracovníka s azylantom, ktorý so sebou prináša novú kultúru a odlišné návyky od prijímajúcej spoločnosti. Je dôležité, aby sociálny pracovník kontakt s inými kultúrami a národnými etnikami vnímal pozitívne.

Kultúrne rozdiely môžu prinášať do sociálnej práce určitý stupeň stresu, pretože ich vnímanie života a hodnôt môže byť značne odlišné od našich (Žáková, Strýčková, 2017). Ide o veľmi dôležitý aspekt predchádzania nepriateľských nálad na oboch stranách. Zároveň sa tým znižuje aj riziko sociálneho vylúčenia alebo diskriminácie. Po získaní dôvery môže byť individuálna alebo skupinová sociálna práca s azylantom omnoho jednoduchšia.

Rovnako sociálny pracovník musí poznať prostredie prijímajúcej spoločnosti, prislúchajúce právne predpisy a zákony a kultúrny rámec, ktorý by mohol značným spôsobom ovplyvniť osobnosť azylanta a jeho správanie. Je mnohokrát aj jediným kontaktom medzi azylantom a prijímajúcou resp. novou spoločnosťou (Letavajová a kol., 2020).

Pracovná náplň sociálnych pracovníkov s azylantmi závisí predovšetkým od ich potrieb, ktoré sú značne variabilné a individuálne. Tie je potrebné hneď vždy na začiatku presne identifikovať tak, aby bola migrantom poskytnutá dostatočná pomoc, ktorú potrebujú (Žáková, Strýčková, 2017).

Sociálni pracovníci pri práci s azylantmi musia disponovať multidisciplinárnou paletou rôznych schopností a vedomostí. Dôležité sú vedomosti z oblasti psychológie, práva, pedagogiky a v neposlednom rade aj z oblasti migračnej politiky a integrácie. Iba vďaka nim dokážu plnohodnotne vybudovať a udržiavať profesionálny vzťah s azylantom. O živote azylantov sa sociálni pracovníci vyjadrujú istým stupňom pomoci a angažovanosti, ktorý je v tomto ponímaní chápaný ako prirodzená súčasť oblasti sociálnej práce (Žáková, Strýčková, 2017).

Etapy sociálnej práce s azylantmi by mali v konečnom dôsledku zohľadňovať nasledujúce úlohy:

- prekonávanie emocionálnej alebo psychologickéj traumy,
- zvládanie jazykových bariér,
- uľahčovanie prispôbovaniu sa životu v novej hostiteľskej krajine,
- prekonávanie rôznych prekážok, ktoré vedú k sociálnej izolácii,
- posilňovanie vlastných zdrojov a schopností azylantov poradiť si s nejakým problémom,
- rozvíjanie potenciálu azylanta,
- vytváranie kontaktov a pomoc s pracovnými ponukami.

Sociálna práca s azylantmi má svoje špecifiká a sociálny pracovník si musí uvedomiť, že azylantí sú traumatizovaní situáciou v ich krajine, ako aj samotnou cestou a nachádzajú sa v neznámom prostredí, v novej krajine, kde nepoznajú svoje práva ani povinnosti. Z toho dôvodu je potrebné k nim pristupovať veľmi citlivo a zhovievavo a sociálny pracovník musí pri výkone sociálnej práce viac ako pri akejkoľvek inej sociálnej práci realizovať empatiu, porozumenie a

úplne akceptovať ich problémy. Tiež sa musí vcítiť do ich psychických, sociálnych a iných problémov, aby im lepšie porozumel a vedel im pomôcť v orientácii a pri akceptácii nových životných podmienok.

Na prvý problém, na ktorý pri sociálnej práci s azylantmi môžeme naraziť, je jazyková bariéra. Jazyková bariéra je jedným z najzreteľnejších ukazovateľov celého komplexu špecifik, označených ako sociokultúrne špecifikum. Zloženie azylantov sa v poslednom čase značne líši od zloženia pred desiatimi rokmi. V súčasnosti väčšinu azylantov tvoria migranti z afrického a ázijského kontinentu komunikujúci vo väčšine len vo svojom rodnom jazyku.

Podstatnou popri verbálnej komunikácii je aj neverbálna komunikácia. Určité výrazy, ktoré bežne používame v našej kultúre, nemusia mať ten istý význam v inej kultúre. Sociálny pracovník musí mať poznatky aj o krajine pôvodu azylanta ako aj o politickej, kultúrnej a sociálnej situácii v danej krajine.

Jednou z ďalších bariér, s ktorými sa azylanti stretávajú je aj zmena sociálneho statusu a sociálnej role. Zmena sociálneho statusu a role sa prejavuje aj v rodine. Deti azylantov sa dokážu rýchlejšie prispôbiť a tým môže dochádzať k frustrácii ich rodičov.

„Sociálny status býva zaradený na úroveň najnižšieho spoločenského menovateľa; sociálne role redukované iba na jednu – emigrant je skrátka emigrantom, žiadateľom o azyl, ak sa vo svojej krajine tešil spoločenskej prestíži, či mal akúkoľvek bohatú rozohranú sadu sociálnych rolí. Je žiadateľom o azyl a tým faktom sú ostatné jeho ďalšie role determinované“ (Kuric, 1997, s. 22).

Špecifickou skupinou azylantov sú ženy, deti, seniori a maloletí bez sprievodu. Maloletí bez sprievodu sú špecifickou skupinou azylantov a sú to nepľnoleté osoby nachádzajúce sa na území Slovenskej republiky bez sprievodu rodičov alebo príbuzných. Ochrana maloletých bez sprievodu vyžaduje špecifické opatrenia už len kvôli tomu, že môže ísť o obeť obchodovania s ľuďmi. Ďalej je potrebné mať na zreteli aj fakt, že vzhľadom k svojmu veku a stupňu vývinu potrebujú pre uplatnenie svojich práv opatrovníka. Za opatrovníka môže byť maloletému bez sprievodu súdom ustanovený príbuzný alebo iná osoba, ku ktorej má blízky vzťah, ak takáto osoba nie je, je opatrovníkom príslušný úrad práce, sociálnych vecí a rodiny v územnom obvode, v ktorom sa maloletý bez sprievodu našiel. Pokiaľ osoba ustanovená za opatrovníka požiada o udelenie azylu, môže súčasne požiadať o udelenie azylu aj pre maloletého bez sprievodu. Ak je za opatrovníka ustanovený príslušný úrad práce, sociálnych vecí a rodiny, môže ten v mene maloletého požiadať o udelenie azylu. Maloletý bez sprievodu je počas azylovej procedúry ako aj po udelení azylu umiestnený v detskom domove pre maloletých bez sprievodu do dovŕšenia veku 18 rokov.

Práca s azylantmi je veľmi náročnou prácou, pretože ich problémy sa môžu veľmi často zdať ako neriešiteľné. V procese pomoci sa musí snažiť sociálny pracovník prekonať pasivitu klienta. Odbúraním pasivity sa vytvára potrebná aktívna spolupráca klienta na aktivitách vyvíjaných sociálnymi pracovníkmi. Veľmi dôležité je pochopenie hlavného problému azylanta.

Z praxe je v sociálnej práci s touto cieľovou skupinou dôležité sústrediť sa na prekonanie emocionálnej a psychologickéj traumy, zvládnutie jazykovej bariéry, uľahčenie prispôbovania sa

životu v novej krajine, pomoc s prekonávaním prekážok, ktoré by mohli viesť k sociálnej izolácii, zmobilizovanie a posilnenie vlastných vnútorných zdrojov a schopnosti poradiť si s problémami, vyrovnáť sa so životom v novom sociálnom prostredí a rozvoj potenciálu cudzinca. Pri práci s azyľantmi je dôležité zamerať sa taktiež na komunitnú sociálnu prácu. V rámci komunitnej sociálnej práce dochádza k vzájomnému kontaktu členov majoritnej a minoritnej skupiny.

Sociálny pracovník pri práci s azyľantom sa má zamerať hlavne na:

- kultúrnu orientáciu – oboznamovanie azyľantov so Slovenskou republikou a jej kultúrou, ako aj s praktickými aspektmi každodenného života v Slovenskej republike,
- intervenciu v krízových situáciách a skupinové sedenia - postup sociálneho pracovníka pri vzniku krízovej situácie a skupinové riešenie poskytovania informácií, riešenia nedorozumení a pod.,
- poradenstvo - orientácia v novej životnej situácii, pracovné a sociálne poradenstvo,
- prácu s rodinou – podľa konkrétnej rodinnej situácie, napr. školská dochádzka, starostlivosť o dieťa,
- prácu so zraniteľnými skupinami – podľa špeciálnych potrieb azyľantov a miery samostatného zvládania situácie,
- prácu s verejnosťou – šírenie osvedy o problematike migrácie a aktivity pre laickú verejnosť.

ZÁVER

Sociálna práca s azyľantmi si vyžaduje čas a komplexný prístup zo strany hostiteľskej krajiny. Pri tejto práci zahŕňa takmer všetky oblasti a aspekty kvality života. Od ubytovania, vzdelania, zamestnania, jazyk, zdravotnú starostlivosť až po kultúrne a medziľudské vzťahy, náboženstvo, legislatívu, kultúrne rozdiely a pod. Sociálna práca s touto cieľovo skupinou by mala vždy vychádzať z demokratických princípov a humanistickej koncepcie, ktorej cieľom je rešpektovanie klienta takého, aký v skutočnosti je. Preto je pomerne dôležité, aby sociálny pracovník pozitívne vnímal kontakt s inými kultúrami a spoločenskými odlišnosťami. Vzájomné poznávanie odlišných kultúr je určitou „cestou“ k akceptácii a porozumeniu.

BIBLIOGRAFIA

BAJUSOVÁ, J. - ŠLOSÁR, D. 2019. *Uplatnenie systémovej teórie pri integrácii migrantov*. [online]. Košice : ŠafárikPress, 2019. 105 s. [citované 2023-10-10]. Dostupné na internete: <<https://unibook.upjs.sk/img/cms/2019/FF/uplatnenie-systemovej-teorie-pri-integracii-imigrantov-web.pdf>>. ISBN 978-80-8152-760-9.

JANDOUREK, J. 2001. *Sociologický slovník*. Praha : Portál, 2001, 285s.ISBN 80-7178-535-0.

KURIC, A. 1997. *Uprchlíci a sociální práce*. Brno : Vzdělávací nadace Jana Husa. 1997. 38 s. ISBN 80-7178-429-X.

LETAVAJOVÁ, S. a kol. 2020. *Novodobé migrácie vo verejnej, mediálnej a politickej diskusii*. [online]. Nitra : Univerzita Konštantína filozofa v Nitre, 2020. 102 s. [citované 2023-10-10]. Dostupné na internete: <https://ec.europa.eu/migrant-integration/sites/default/files/2021-05/Novodobe_migracie_vo_verejnej_medialnej1.pdf>. ISBN 978-80-558-1631-9.

MATOUŠEK, O. et. al. 2010. *Sociální práce v praxi*. 2. vyd. Praha : Portál, 2005. 352 s. ISBN 978-80-7367-818-0.

ORIEŠKOVÁ, L. - MILLA, M. - FILČÁKOVÁ, A. 2022. *Aj my sme tu doma. Inštruktážny materiál. Vzdelávanie o migrácii s aktivitami a videami*. [online]. Bratislava : Medzinárodná organizácia pre migráciu, 2022. 80 s. [citované 2023-10-10]. Dostupné na internete: <<https://iom.sk/sk/publikacie/integracia-migrantov.html>>.

PORSCHÉ, S. 2019. *Kulturní, historické a sociální souvislosti migrace*. České Budějovice : Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 2019. 92 s. ISBN 978-80-7394-751-4.

RUSNÁKOVÁ, M. 2017. Editorial. In *Sociálna práca*. ISSN 1213-6204, 2017, roč. 17, č. 2, s. 3-4.

STRIEŽENEC, Š. 1996. *Slovník sociálního pracovníka*. Trnava : AD, 1996. 255 s. ISBN: 80-967589-0-X.

TATARU, F. G. 2019. Migration – an Overview on Terminology, Causes and Effects. In *Logos Universality Mentality Education Novelty: Law*. [online]. 2019, roč. 7, č. 2, s. 10 – 29. [citované 2023-10-10]. Dostupné na internete: <<https://lumenpublishing.com/journals/index.php/lumen-law/article/view/1548/pdf>>. ISSN 2458-1046.

UHEREK, Z. a kol. 2016. *Migrace: historie a současnost*. Ostrava : Občanské sdružení PANT, 2016. 210 s. ISBN 978-80-905942-9-6.

Zákon č. 480/2002 Z. z. o azyle a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.

Zákon č. 404/2011 Z. z. o pobyte cudzincov a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.

ŽÁKOVÁ, M. - STRÝČKOVÁ, D. 2017. Reflektovanie sociálnej práce sociálnymi pracovníkmi pracujúcimi s azylantmi a s cudzincami, ktorým bola poskytnutá doplnková ochrana. In *Sociálna práca*. ISSN 1213-6204, 2017, roč. 17, č. 2, s. 19-29.

Kontakt na autorov:

Martin Jurašek, doc. ThDr. PaedDr. PhD.

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety Bratislava

e-mail: jurasek888@gmail.com

Slávka Levická, JUDr. PhDr. PhD. MBA

e-mail: s.levicka@centrum.sk

SOCIÁLNE MÉDIA A ICH VPLYV V SPOLOČNOSTI

SOCIAL MEDIA AND THEIR INFLUENCE IN SOCIETY

Kenderešová Elena¹

¹*Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave, n. o.
Inštitút bl. Metóda Dominika Trčku Michalovce*

Abstrakt

Pod vplyvom rôznych determinantov v spoločnosti sú aktívne a pasívne sociálne médiá dôležitou súčasťou každodenného života. Problematika sociálnych médií v spoločnosti je čoraz viac komplikovanejšia a závažnejšia. Ako sa postupne vyvíjala spoločnosť, tak sa postupne vyvíjali aj sociálne médiá. Neslúžia len na osobné účely, ale výrazným spôsobom ovplyvňujú aj oblasť politiky, žurnalistiky a marketingu. V príspevku priblížime problematiku jednotlivých druhov sociálnych médií a ich pozitívny a negatívny vplyv, dosah, využitie v spoločnosti. So sociálnymi médiami sa viažu nové sociálne javy, na ktoré musí spoločnosť nájsť adekvátne a najmä adresné riešenia. Cez užšiu špecifikáciu jednotlivých subjektov používajúcich sociálne médiá, ich priestorové rozloženie, vekové ohraňenie poukážeme na vzrastajúci trend posilňovania sociálnych médií.

Keľúčovú slovú

Sociálne médiá. Nové sociálne javy. Duševné zdravie. Vzrastajúci trend.

Abstract

Under the influence of various determinants in society, active and passive social media are an important part of everyday life. The issue of social media in society is becoming more and more complicated and serious. As society gradually developed, so did social media. They not only serve personal purposes, but also significantly influence the field of politics, journalism and marketing. In the post, we will bring up the issue of individual types of social media and their positive and negative impact, impact, and use in society. New social phenomena are associated with social media, for which society must find adequate and especially targeted solutions. Through a narrower specification of individual subjects using social media, their spatial distribution, age limits, we will point out the growing trend of social media.

Keywords

Social media. New social phenomena. Mental health. Growing trend.

Úvod

Žijeme v epoche označovanej aj storočie internetu, v ktorej sa vývoj neustále zrýchľuje, čo pre obyčajného človeka predstavuje rad nových deformít a požiadaviek. Technológie neustále menia aj podnikateľské prostredie. Hráči na jednotlivých trhoch podliehajú špecifickým výzvam a aby sme všetkému dokázali porozumieť je nevyhnutné zastavenie a uvedomenie si podstaty. Technologické prúdy zmenili charakter a ich spojením sa zásadne zmenili aj odvetvia. Ak sa pozrieme na internet, tak ten priniesol informácie zadarmo už skoro všade. Umožnil aby sa tieto informácie kopírovali, lebo všetky nadobudli online charakter. Po druhé vyzdvihnime mobilné zariadenia, ktoré umožňujú prístup na internet všade tam, kde je pokrytie signálom. Po tretie, sú to sofistikované nástroje a aplikácie aj napriek tomu, že súčasný trend ešte neznamená prístup k týmto technológiám pre bežnú populáciu, ale očakávania predpokladajú zmenu. Tieto veci už vôbec neprekvapujú a to z dôvodu že sú nesmierne žiaduce a slúžia na uľahčenie života, spájanie a majú nesmierny vplyv na sociálnu sféru. Naša každodennosť je ovplyvňovaná práve týmito inováciami s nesmiernou rýchlosťou (Shmidt, Rosenberg 2015).

M. Marcelli (2018, s. 31) upozorňuje na „*naliehavosť, s akou veľký svet sociálnych zoskupení a organizácií vstupuje do malých svetov priateľských spoločenstiev, ich vykazuje na pridelené miesto a reglementuje ich činnosť, skoro nevyhnutne vyvoláva ambivalentné pocity*“. Život pod vplyvom týchto technológií je na jednej strane plný veľkého optimizmu, na druhej strane aj veľkej úzkosti z toho, že rýchlosť zmien spôsobených technológiami je oveľa väčšia a prispôbnejšia ako schopnosť školiť na ne ľudí. To všetko vyvoláva extrémne veľké tlaky na ľudí, ale aj na ekonomické štruktúry štátov. Zdravé ekonomiky sú vystavané na stabilných zamestnaniach stredných tried, ktoré sa presúvajú do rozvojových krajín, alebo s najväčšou pravdepodobnosťou zakotvujú v online priestore v tom lepšom prípade. Naznačuje sa aj trend vymiznutia určitých zamestnaní (Schmidt, Rosenberg 2015). Svet nových platforiem, ktoré vystupujú ako „*vyzývateľia*“ korporácii vyvoláva polemiky a otázky o digitálnej infraštruktúre, ktorá je nevyhnutná a bude ovplyvňovať aj oblasti ako je samotné vzdelávanie skrz tradičný model preferovaný vládami jednotlivých štátov. Druhou polemikou je oblasť kolektívnej inteligencie. Rok 2006 je prelomovým skrz francúzskeho časopisu Sciences Humaines, ktorý sa venoval problematike kolektívnej inteligencie. Prienik do výskumnej sféry naznačuje, že počiatkové pojmy ako globálna myseľ a kyberkultúra predstavujú úpadok od počiatkovej popularity. Neustály rozmach umelej inteligencie a digitálnych komunikácií vyvoláva skôr obavy zo zvládnutia a prispôbena sa. Práve myslenie vo veľkom je najnaliehavejšie ako kedykoľvek predtým najmä v hľadaní sociálnych foriem. „*Kolektívnu inteligenciu treba zavádzať, kultivovať a upevňovať radom cieľavedomých a inteligentných opatrení. Pri všetkých z nich by sme mali vychádzať z niekoľkých jednoduchých zásad: inteligencia nie je vyhradená jednotlivcom, rozvíja sa aj v niektorých skupinách, emocionálne a sociálne schopnosti členov kolektívu sú dôležitejšie než ich IQ, dobré vzájomné poznanie schopností je predpokladom úspechu skupiny, prítomnosť žien je výhodou*“ (Marcelli 2018, s. 85-86).

Sociálne médiá a postpravdivý svet

Štúdie, ktoré sa zaoberajú sociálnymi médiami upozorňujú na závislosť, ktorá je nimi vytváraná. Najviac rizikovou skupinou sú prevažne mladí ľudia. Negatívne porovnanie, fenomén 'brain hackingu' resp. odmeňovania v mozgu, až po zhoršenie nálady, pasca 'facebookovej závislosti' (presvedčenia, že druhí ľudia majú lepší život), fenomén 'Fomo' (strach z toho, že nám

niečo uniká) cez obťažovanie, zneužívanie, predstavujú dôsledky nesprávneho prístupu, uchopenia a najmä pochopenia podstaty sociálnych médií. Hlavný cieľom je používanie sociálnych médií takým spôsobom, aby viedli k racionalite a dokázali udržať všetku nehumanitu a zlozvyky v prípustných hraniciach (Ramsden 2021). Ako tvrdí Fukuyama (2006, s. 15) „*namiesto výroby sa hlavným zdrojom bohatstva stávajú služby. Vo všetkých oblastiach a odboroch hrajú podstatnú úlohu informácie. Spoločnosť založená na informáciách plodí dve hodnoty, ktoré si ľudia v moderných demokratických krajinách cenia najviac: slobodu a rovnosť. Sloboda voľby dnes nadobudla obrovských rozmerov*“. Všetko to spôsobuje veľký rozvrat hodnôt, na ktorých bola kedysi budovaná priemyselná spoločnosť 20. storočia. Do popredia sa cez sociálne médiá tlačí kultúra silného individualizmu a využíva pritom rast a inovácie. Kultúra silného individualizmu vytvorila nové sociálne normy, ktoré rozvracajú všetky formy autority v spoločnosti. Tým pádom vidíme miznúť prepojenia medzi národmi, občianskymi spoločnosťami a rodinami. Nové sociálne normy podnecované technologickými zmenami majú svoje najsilnejšie dôsledky v narušených medziľudských vzťahoch (Ružička 2011).

Internet je zložený z dvoch rovín. Jedna rovina predstavuje technosociálny systém. Druhá rovina je tvorená sociotechnickým systémom. V podstate by sme pri pojme internet mohli použiť synonymický pojem sieť v sieti, ktorý tvorí technická infraštruktúra (technický podsystém) a ľudské subjekty (sociálny podsystém). Ľudskú činnosť uľahčuje svojim spôsobom práve technická štruktúra, ktorá je médiom a najmä je výsledkom individuálnej slobody človeka. Túto individuálnu slobodu vo svete výrazného liberalizmu by sme mohli označiť aj za schopnosť človeka svojim spôsobom cez vlastné uváženia spôsobovať zmenu a mať vplyv vo svete sociálnych interakcií. Každé sociálne konanie (poznatie a spolupráca) je zhmotnené v tejto technickej štruktúre. Ako tvrdí Allmer (2019, s. 97) ide o „*vzájomné spolupôsobenie techniky na jednej strane a spoločnosti na strane druhej, pričom techniku a človeka spája komplexná väzba, produkujúc a reprodukujúc jeden druhého, aj keď sa súčasne teší relatívnej autonómii. Sociálny software je software, ktorý uľahčuje sociálnu interakciu, spoluprácu a výmenu informácií, poprípade môže v závislosti na činnosti skupín užívateľov posilňovať komunity. Sociálny software zahrňuje softwarový nástroj, ktorý slúži k združovaniu a podporuje skupinovú interakciu*“.

Aj napriek týmto moderným technickým výdobytkom a prepojenosti v online priestore sa častokrát ocitáme v bode, že väčšina ľudí má len povrchové informácie o tom, ako naozaj fungujú veci vo svete a na akých základoch boli založené. Mnoho odborníkov tento stav pripisuje zložitostiam, ktoré sú produkciou moderného sveta. Ľudia, bez pochopenia toho čo sa odohráva vo vnútri, využívajú so všetkou ľahkosťou technické zariadenia. Modernita produkuje svet s deficitom porozumenia. „*Vysvetlenie tohto deficitu porozumenia však spočíva v čomsi viac ako len ťažkaní si na to, že rozmach nášho poznania vyžaduje špecializáciu, čo na druhej strane znamená čoraz plytkejšie porozumenie základným veciam, ba neraz ich úplnu neznalosť. Väčšina moderných obyvateľov miest je tak oddelená nielen od spôsobov, akými konštruujeme a montujeme stroje a zariadenia, a rastúca mechanizácia všetkej výrobnéj činnosti znamená, že len veľmi malý diel globálnej populácie v súčasnosti pôsobí vo sfére zabezpečovania našej civilizácie energiou a materiálmi, ktoré spoluvytvárajú moderný svet*“ (Smil, 2022, s. 9).

Platformy digitálnych médií

Definovať socializáciu v online priestore je možné na základe dvoch rovín, ktoré by sme mohli popísať ako podnecovanie používateľov k účasti a zapájaniu sa, a následne k budovaniu komunity na zdieľanie obsahu. Sociálne médiá sú pojmom s rozsiahlou škálou počnúc od komunikačných kanálov až cez nástroje, ktoré slúžia k zdieľaniu nápadov. Tieto sociálne médiá radíme medzi najpopulárnejšie webové stránky, ak berieme do úvahy aj vyhľadávače slúžiace na uľahčenie nášho každodenného života na rozdiel od minulosti. Často v polemikách dochádza k zamieňaniu samotných pojmov sociálnych médií so sociálnymi sieťami. Z toho dôvodu je nevyhnutné vymedziť si základné platformy sociálnych médií ako to uvádza Adámik (2024):

- *Sociálne siete* – slúžia na vzájomnú interakciu medzi jednotlivými užívateľmi resp. členmi. Vo svojej podstate sa líšia svojim zameraním a pôsobením t.j. biznis prostredie, spotrebiteľské prostredie resp. ich kombinácia.
- *Blogy* – môžu byť zamerané aj na odbornú stránku.
- *Sociálne poradenstvo* – online magazíny a noviny umožňujú svojim čitateľom vyjadriť svoje postoje a názory v diskusných fórach resp. komentároch.
- *Sociálna komunita* – stránky združujú svojich členov, podporovateľov, odberateľov a pod.
- *Sociálny zákaznícky servis* – dôraz sa kladie na vytvorenie priestoru resp. fóra, kde by používatelia mohli klásť svoje otázky, pripomienky a dotazy.
- *Sociálny streaming* – nosným pilierom sú videá, fotky, podcasty.
- *Sociálne vzdelávanie* – užívatelia sa na ne obracajú, ak potrebujú získať informácie, vyriešiť nezodpovedané otázky. Na druhej strane je tu výrazný podnikateľský potenciál.
- *Sociálne vyhľadávanie*
- *Sociálny obchod*

Problematika súvisiaca so sociálnymi médiami je čoraz závažnejšia a súvisí so zmenami v spoločnosti, ale aj s aktívnym a pasívnym používaním online priestoru. Pôsobenie sociálnych médií vidíme vo viacerých oblastiach počnúc od práce až po žurnalistiku. Sieťové médiá hrajú aj určujúcu úlohu v politickej komunikácii. „*Všetko býva prevádzané neustálym procesom stále domýšľavejšieho ovplyvňovania a prispôsobovania sa politickým aktérom i ekonomicky silným mocenským centrálam. Prepojovanie spoločenských komunikačných procesov médií naberá všade na svete neskutočných rozmerov a vyberá si svoju daň, často v orwellovskej podobe. Moc je podmienená vlastníctvom informácií a znalosťami cielených komunikačných praktík*“ (Ružička, 2011, s. 12-13).

Ako upozorňuje Zvara (2021) pri používaní sociálnym médiami treba myslieť na:

- *Sledovanie a hlásenie* – problematika súvisiaca s osobnými informáciami konkrétnej osoby.
- *Zábavu* – hlavná podstata pre prilákanie jedincov.
- *Prístup* – žijeme v epoche, ktorá umožňuje expresné šírenie dezinformácií. Potreba kritického myslenia a selekcie pravdy od nepravdy skrz relevantné overovanie.
- *Vplyv* – obsah uverejňovaný na sociálnych médiách má výrazný vplyv na vzájomné porovnávanie sa a následne na vznik depresií a negatívnych pocitov.
- *Tvorbu obsahu* – online priestor je otvorený pre každého a to spôsobuje, že tam existuje veľké množstvo nie len falošných informácií, ale aj veľa falošných účtov. Rozlíšiť, či sa jedná o falošný účet, alebo o falošnú stránku je pre laika často problematické.

Dôvod predostrenia týchto faktov nás vedie k tomu, že informácie, ktoré získame cez sociálne siete nás núti vyhodnocovať ich cez našu predstavivosť, ktorá je úplne odlišná od skutočnej reality, ktorú musíme precítiť resp. prežiť všetkými zmyslami. Psychológ Gubiš (2015) o tomto fenoméne hovorí ako o tichom prijatí informácií, lebo sa v podstate uspokojíme s našou predstavivosťou, aj napriek tomu, že sa častokrát jedná o nespoľahlivý zdroj. Spojené je to s množstvom problémov, ktoré sa viaže na používanie hneď po pripojení. Online priestor je typický svojou kvantitou informácií a zdrojov, ktoré nám ponúka. Naš mozog nemá možnosť rozhodovať sa z dostatočného počtu zmyslových impulzov lebo ich množstvo je značne odsunuté na minimálnu úroveň. Postoj, ktorý si človek takto utvorí formuje aj jeho následné konanie voči určitým subjektom. Na druhej strane tu máme pocity menejcennosti a nízkeho sebahodnotenia. Ako uvádza Gubiš (2015) pri správnom ohodnotení seba samého a správnom vnútornom nastavení nám to dokáže zlepšiť kvalitu života až o 80 percent. Prípady psychických ťažkostí plynúce z online priestoru sa objavujú čoraz častejšie a jedinci to zvyknú riešiť svojimi obrannými mechanizmami. Ideál vlastného života, kde jedinci skrývajú svoje nedostatky, približujúc sa stále viac k dokonalosti, je pravým opakom skutočnej reality. Tieto dva opačné svety naše mozgy nedokážu prijať a to spôsobuje rôzne formy deprivácie. Takže môžeme hovoriť o virtualnej realite ako o priestore ideálov.

Informačná spoločnosť a fenomén polarizácie

Technologický rozvoj v ére nových médií pôsobí aj na vytváranie skupinového myslenia a v konečnom dôsledku môže pôsobiť aj na vytvorenie a prehĺbenie radikalizácie. Všetko sa to deje za zásterkou vyhrotených emócií skrz anonymitu vo virtuálnej realite. Druhou stránkou je možné vytvorenie ideologických tímov podnecovaných diskusiou a 'morálkou', ktorá drží tím pohromade. Tento spôsob voľby nie je vo svojej podstate ničím novým s čím by sa ľudia v iných obdobiach už nestretli. Aj v minulosti existovali ľudia, ktorí využívali rozličné fakty na potvrdenie svojich vlastných názorov a presvedčení, čo viedlo k tomu, že si v konečnom dôsledku vyložili svet podľa seba. Tak sa stávali imúnni voči dezinformáciám v určitých situáciách, alebo práve naopak sa úplne stotožňovali s poverami, demagógiou resp. tendenciami ku skupinovému správaniu. Nachádzame sa v ére informačného nadbytku a postpravdy a to z dôvodu, že pravdu častokrát zamieňame so subjektívnym posudzovaním (Nutil, 2018).

Ako priznáva Nutil (2018, s. 54) „*ani v dlhodobom horizonte sa ľudské mentálne predispozície v základných vlastnostiach (vrodené vzorce správania, intuície, emotívne posudzovanie) príliš nemenia, alebo sa menia len veľmi pomaly. Mení sa ale prostredie, v ktorom žijeme, a tempo týchto zmien. Technológie spolu s globalizáciou akcelerujú. A my sa tak snažíme nájsť spôsoby, ako tieto zmeny uchopiť, pochopiť, ovplyvniť ich a vyrovnat' sa s nimi*“.

Informačná spoločnosť, v ktorej žijeme, je založená na zdieľaných zdrojoch. Keby sme hľadali spoločenské usporiadanie, ktoré vykazuje princípy antagonizmu, tak by sme ho našli práve v kapitalizme. Práve kapitalizmus nám určuje ekonomickú, politickú a kultúrnu (v neposlednom rade aj ekologickú) rovinu spoločnosti. A práve princípy antagonizmu nám ponúkajú rozpor a spoločenský konflikt, ktorý by sme mohli nazvať aj charakteristickou črtou práve postpravdivej modernej spoločnosti. Rámce antagonizmu neponúkajú vhodné riešenia. Informačný kapitalizmus so svojim antagonistickým charakterom je možné pozorovať v napätí medzi ničením a ochranou (v ekológii), medzi odcudzením a egocentrizmom

(v technike), medzi komodifikáciou a spoločným blahom (v ekonómii), medzi totalitnou demokraciou a bazálnou demokraciou (v politike) a medzi otvorenosťou a prístupnosťou (v kultúrnej oblasti) (Allmer, 2019). Polemiky o slobode v myslení a konaní so sebou bezpochyby prinášajú aj nutnosť prevziať zodpovednosť za svoje skutky. Zo silnej pozície do tejto oblasti môže vstupovať štát, aj keď za orientáciu v informáciách je v konečnom dôsledku zodpovedný práve konzument resp. čitateľ. Štát by nemal cenzurovať, potlačovať informácie, ale zamerať sa predovšetkým na oblasť vzdelávania svojich občanov v rámci mediálnej gramotnosti a najmä kritického myslenia. Najdôležitejším faktom zostáva, že len individuálna inteligencia dokáže v správnej miere rozoznať pravdy od nepravdy na základe kritického overovania. Ako tvrdí Nutil (2018, s. 92) „*práve kritické strety s bulvárnymi aspektmi médií, falošnými správami a dezinformačnými webmi môžu poslúžiť mediálne gramotnému človeku ako skvelé intelektuálne očkovanie*“. Aj keď je mediálna gramotnosť často opomínaná, nikdy nebola dôležitejšia ako práve v tomto období. Moderný svet informačných technológií spolu so spravodajským prostredím by skrz mediálnu gramotnosť umožnil občanom orientovať sa a prijímať rozhodnutia založené na preverovaní a informovanosti. Mediálna gramotnosť je pojem, ktorý v sebe zahŕňa zručnosť, ktorá súvisí s vedomím jednotlivca bez ohľadu na jeho vek. Digitálny vek je neoddeliteľnou súčasťou moderných demokracií. Európska komisia sa pričinila o vznik expertnej skupiny pre mediálnu gramotnosť, ktorá má jasne stanovené ciele. Prvým cieľom je zameranie sa na postupy v oblasti mediálnej gramotnosti (v prvom rade na ich identifikáciu). Druhým cieľom je vytváranie siete medzi viacerými subjektmi a ich následná spolupráca. Tretím cieľom je zameranie sa na koordinácie politik EÚ (Európska komisia, 2023).

Záver

Nové výzvy a budúcnosť nás nabádajú k tomu, aby sme pristúpili k transformácii nových informačných a komunikačných technológií, tým spôsobom, že začneme od samotného procesu konštruovania a vyhodnocovania. Je nevyhnutné, aby sa pracovalo na odstránení deštruktívnych zložiek a zamerali sme sa na konštruktívne zložky, ktoré predstavujú nové vlastnosti techniky. Tieto vlastnosti môžeme pozdvihnúť ešte na vyššiu úroveň, lebo sú vo svojej podstate len výsledkom dynamického procesu moderných spoločností. Technika vo svojich počiatkoch bola práve navrhnutá k tomu, aby zmiernila a eliminovala boj o existenciu. Všetka zmena je len prechodom do vyššieho štádia našej civilizácie (Allmer, 2019). Pri každej zmene, ktorej budeme vystavení musíme nutne myslieť na zachovanie ochrany každého jedinca lebo len praxou a procesmi v každodennom živote sa nám budú odhaľovať všetky nástrahy technického pokroku. „*Technický proces by mohol slúžiť ako základ nového spôsobu slobodného rozvoja ľudskej osobnosti a podporovať schopnosti sociálnej oblasti a ekosféry*“ (Allmer, 2019, s. 309).

BIBLIOGRAFIA

ADÁMIK, R. Sociálne média a ich platformy. [online]. [cit. 2024. 01. 16]. Dostupné na internete: <<https://budmanazer.sk/socialne-media-a-ich-platformy-2/>>.

ALLMER, T. 2019. *Kritická teorie a sociální média. Mezi emancipací a komodifikací*. Praha: Filosofia, 353 s. ISBN: 978-80-7007-578-4.

EURÓPSKA KOMISIA. 2023. *Mediálna gramotnosť*. [online]. [cit. 2024. 01. 17]. Dostupné

na internete: <<https://digital-strategy.ec.europa.eu/sk/policies/media-literacy>>.

FUKUYAMA, F. 2006. *Velký rozvrat*. Praha: Academia, 376 s. ISBN: 978-80-2001-438-2.

GUBIŠ, P. 2015. *Sociálne siete a ich vplyv na človeka*. [online]. [cit. 2024. 01. 17]. Dostupné na internete: <<https://blog.sme.sk/petergubis/spolocnost/socialne-siete-a-ich-vplyv-na-cloveka>>.

MARCELLI, M. 2018. *Myslenie v sieti. Potreba myslenia „vo veľkom“ je dnes naliehavejšia než kedykoľvek predtým*. Bratislava: Absynt. 96 s. ISBN: 978-80-89916-34-4.

NUTIL, P. 2018. *Média lži a príliš rýchly mozek. Pruvodce postpravdivým svetom*. Praha: Grada Publishing. 192 s. ISBN: 978-80-271-0716-2.

RAMSDEN, CH. 2021. *Ako povedať nie sociálnym médiám*. Bratislava: Lingea. 127 s. ISBN: 978-80-8145-256-7.

RUŽIČKA, V. 2011. *Politika a média v konzumnej spoločnosti*. Praha: Grada. 192 s. ISBN: 978-80-247-3667-9.

SCHMIDT, E., RESENBERG, J. 2015. *Ako funguje Google*. Bratislava: Ikar. 333 s. ISBN: 978-80-551-4270-8.

SMIL, V. 2022. *Ako naozaj funguje svet. Vedcov sprievodca našou minulosťou, prítomnosťou a budúcnosťou*. Bratislava: Premedia. 327 s. ISBN: 978-80-8242-109-8.

ZVARA, E. 2021. *Sociálne média a siete*. [online]. [cit. 2024. 01. 16]. Dostupné na internete: <<https://www.unitedlife.sk/socialne-media-a-siete/>>.

Kontakt

Mgr. Elena Kenderešová, PhD.

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

Inštitút bl. Metóda Dominika Trčku Michalovce

E-mail: e.kenderesova@gmail.com

KOMPETENCIE ŠKOLSKEJ SESTRY A JEJ PRÍNOS VO VÝCHOVNO VZDELÁVACOM PROCESSE DETÍ A MLÁDEŽE

COMPETENCIES OF SCHOOL NURSE AND HER CONTRIBUTION OF THE EDUCATIONAL PROCESS OF CHILDREN AND YOUTH

Mazurová Radka¹

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

Abstrakt

Úvod. Výchova a vzdelávanie je jednou zo základných funkcií spoločností. Škola pripravuje mládež na život v súčasnom i budúcom svete. V Slovenskej republike tvoria školský systém tri základné stupne: primárny, sekundárny a terciárny (Vacek 2010).

Jadro: V období najintenzívnejšieho telesného a duševného rozvoja, žiak v škole prežije 10 rokov života. Prostredie školy tvorí interiér a exteriér, ktorý má značný vplyv na vytvorenie optimálnej pohody pre učenie a zdravý telesný, duševný a sociálny vývin. Florence Nightinglová nepripravovala sestry len pre prax v nemocnici, ale zdôrazňovala potrebu vzdelanej sestry v teréne, v komunitnom ošetrovatelstve (Hunčár 2014). Zdôrazňovala, že snahou ošetrovatelstva musí byť podpora zdravia a prevencia chorôb a za dôležité považovala vhodnú výživu, odpočinok a hygienu (Botíková 2011).

Zákon z roku 1966 Starostlivosť o zdravie ľudí obsahoval aj podmienky ochrany zdravých podmienok života a práce detí a mládeže. Pozornosť bola tiež zameraná na zložky školského režimu ako sú: vyučovanie, aktívny odpočinok, šport, príprava na vyučovanie, záujmové činnosti, životaspráva. V zákone bola zahrnutá aj liečebná a preventívna starostlivosť o mladú generáciu. Školskú zdravotnú službu určovala koncepcia odboru pediatrie. Vykonávali ju detský lekár a detská sestra a náplňou bolo tiež zaistenie očkovania, každoročné prehliadky žiakov, hodnotenie duševného vývoja, prospechu a správania žiakov, sledovali chorobnosť školských detí.

Záver. Po roku 1989 sa veľa zmenilo aj v poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Privatizácia primárnej zdravotnej starostlivosti priniesla možnosť slobodnej voľby lekára čo má mnohé pozitíva, ale aj negatíva. Zrušila sa školská zdravotná služba, detskí lekári a sestry prestali vykonávať už spomínaný zdravotný dozor nad zdravím detí v školách. Súčasnú skúsenosť poukazujú na negatívny dopad tohto kroku. (Asbjorn et al. 2010).

Kľúčové slová: Školská sestra. Deti. Mládež. Úlohy. Kompetencie. Výchovno – vzdelávací proces.

Abstract

Introduction. Upbringing and education is one of the basic functions of societies. The school prepares youth for life in the present and future world. In the Slovak Republic, the school system consists of three basic levels: primary, secondary and tertiary (Vacek 2010).

Introduction. In the period of the most intensive physical and mental development, a pupil will live 10 years of life at school. The school environment consists of interior and exterior, which has a considerable influence on the creation of optimal well-being for learning and healthy

physical, mental and social development. Florence Nightingel did not only prepare nurses for hospital practice, but emphasized the need for an educated nurse in the field, in community nursing (Hunčár 2014). She emphasized that nursing must strive to promote health and prevent backand considered appropriate nutrition, rest and hygiene to be important (Botíková 2011). The 1966 Act on the Care of People's Health also contained conditions for the protection of healthy conditions of life and work of children and youth. Attention was also focused on the components of the school regime such as: teaching, active recreation, sports, preparation for classes, leisure activities, lifestyle. The law also included curative and preventive care for the young generation. The school health service was determined by the concept of the department of pediatrics. It was performed by a paediatrician and a paediatric nurse and also included ensuring vaccinations, annual examinations of pupils, assessment of mental development, well-being and behavior of pupils, monitoring the morbidity of school children.

Conclusion. The school health service was determined by the concept of the department of pediatrics. It was performed by a paediatrician and a paediatric nurse and also included ensuring vaccinations, annual examinations of pupils, assessment of mental development, well-being and behavior of pupils, monitoring the morbidity of school children.

Keywords: School nurse. Children. Youth. Tasks. Competence. Educational process.

Úvod

Pre zdravý vývin detí a mládeže je potrebné stabilné prostredie , so stabilnou prítomnosťou dospelých ľudí – rodičov, ktorí uspokojujú nielen základné biologické , ale aj psychologické potreby. K zaisteniu psychického zdravia , zabezpečenie ochrany, bezpečia. Emocionálna a psychohygienická funkcia rodiny, ako citová väzba s rodičmi, má pre zdravý vývin dieťaťa duševné zdravie a psychickú stabilitu v dospelosti nezastupiteľný význam. Osobitnú úlohu zástáva rodičovské výchovné správanie, ktoré významne ovplyvňuje správanie a prežívanie jedinca v detstve a dospelosti. Rodina ako dynamický a neustále sa meniaci systém má z hľadiska histórie i svoje dejiny. V 20. storočí sa podľa Šatánka (2005, s. 91) „stala rodina miestom, v ktorom je umožnené jednotlivcom chrániť svoju individualitu, avšak zároveň sa stala určitým nástrojom štátu, ktorý svojim pôsobením jej členov reguluje vzťahy.“ V súčasnosti je vývoj rodiny charakteristický stále väčšou dynamikou a entropiou a je stále viac poznačený zásahmi zvonku. Dospievajúci jedinec má tendenciu ponímať svoje detstvo ako obdobie, ktoré je potrebné čo najrýchlejšie preklenúť a získať vlastnú slobodu. Túži získať väčšie práva, možnosť sám za seba sa rozhodovať a zbaviť sa “ sociálnej podriadenosti” (Vágnerová, 2012). Veľa záleží od typológie rodiny, typu rodičov a ich štýlu výchovy a od vzájomnej komunikácie. Neaplnená potreba komunikácie v rodine môže viesť dospievajúceho jedinca k silnému integrovaniu sa do negatívne pôsobiacej rovesníckej skupiny, k prijatiu jej hodnôt a noriem, čo sa veľakrát prejaví experimentovaním s návykovými látkami, extrémizmom, krádežami. Tento názor akceptuje aj Hartl (2011, s. 249) a konštatuje , že: „ bez rodičovskej lásky stráca domáce prostredie pre mladého jedinca potrebnú prítlačivosť a kompenzáciu buď hľadá vo virtuálnom svete – sociálne siete, písanie textových správ. „Počas adolescencie u dieťaťa sa priamo úmerne zvyšuje miera tenzie v rodine, čo si vyžaduje zvyšovanie nárokov na rodičovskú rolu, (Oravcová 2007). Rodina má preto nezastupiteľný význam pre mladú generáciu, pretože jej poskytuje významnú podporu – a to nielen emočnú, ale aj v rámci socializácie.

Škola ako základný, nezastupiteľný, výchovno-vzdelávací činiteľ nemôže plniť svoje ciele a náročné výchovné úlohy bez aktívnej spolupráce s rodinou. Tam kde funguje dobrá spolupráca školy a rodiny, zvyšuje sa šanca detí byť úspešnými v škole a v ďalšom živote. Škola má rozhodujúci význam pre rozvoj poznania, pre utváranie zručností, spôsobilosti, návykov, schopností. Utvára predpoklady pre ďalšie vzdelávanie a sebavzdelávanie i praktickú činnosť v dospelom veku. (Kačáni, Višňovský 2005)

Rola učiteľa, učiteľ je garantom mravnej výchovy v škole. Jeho pripravenosť a úspešné pôsobenie sú podmienené dlhodobou motiváciou rozvíjať mravnú stránku žiakov, musí mať dostatočné znalosti z oblasti filozofie, etiky, psychológie a pedagogiky a tiež zručnosti premyslene a kompetentne ovplyvňovať svojich zverencov (Vacek 2010).

Psychické prežívanie v období dospievania

Dospievanie je spojené s ukončením základnej školy a voľbou povolania. Vzhľadom k tomu, že v dospievaní existujú dve charakteristické obdobia, ktoré na seba nadväzujú.

- Puberta (dievčatá: 12-16, chlapci: 13-17)
- Adolescencia (dievčatá: 17-19, chlapci: 18-20)

Počas daného obdobia dochádza k výrazným telesným, fyziologickým, psychickým a spoločenským zmenám. Ak berieme dospievanie ako špecifickú etapu medzi detstvom a dospelosťou, môžeme ju charakterizovať ako: „prechod od nesamostatnosti k samostatnosti, od závislosti na dospelých k nezávislosti, od nezodpovednosti k morálnej zodpovednosti, od konzumácie spoločenských produktov a hodnôt k ich tvorbe.“ (Čačka, 2000, s. 222)

Dospievajúci človek sa počas celého obdobia nachádza v určitej nestabilnej fáze. Je už odlúčený od sveta detí, ale ešte nie je prijatý ako rovnocenný partner medzi dospelých. Tento proces ovplyvňuje miera porozumenia a reálny prístup dospelých.

Psychológia dospievania sa stáva čoraz viac významnejšou oblasťou psychológie.

Obdobie dospievania je výrazne obtiažnym vývojovým stupňom. Najmä z dvoch dôvodov:

- Dochádza k prudkým fyziologickým zmenám Pocity neistoty, ktoré zákonite sprevádzajú samostatné hľadanie osobných východísk a adaptácie, sú tiež faktorom konfliktov vnútorných i s okolím.

Puberta, ale aj dospievanie je sprevádzané aj vymykaním sa z puta rodiny, hľadaním nezávislej cesty životom. Obdobím vnútorných a vonkajších konfliktov, bez jasných životných noriem, plánov a kolísavým sebavedomím. Po vrcholnej fáze detstva tak nastáva vplyvom hormonálnych zmien a nového sociálneho zaradenia obdobie s charakteristickými prejavmi napríklad:

- V oblasti citov: zvýšená emocionalita, prejavy lability emócií, poslušnosť striedaná s nedotklivosťou, priateľskosť s urážlivosťou až hrubosťou.
- V oblasti jáství: neistota prejavu, spoločenskosť so snahou po izolácii, labilita sebahodnotenia, hlasná predvídavosť, prehlušujúce pocity menejcennosti, nadšenie striedané pocitmi menejcennosti až apatiou.
- V oblasti vôle: nevyvážené reakcie a výkony, čínorodosť a striedanie s lenivosťou.

Dynamiku psychiky ovplyvňujú nielen fyziologické faktory, ale aj: „ *rozvoj schopností podmienajúcich osobnú orientáciu, inteligenciu, kvalifikáciu, predovšetkým, ale postupujúcu zrelosť imaginatívne-emotívnych útvarov psychiky opierajúci sa o doterajší vklad výchovy i kvality aktuálnych kultivačných podnetov, podporujúcich kvalitu sebavýchovy jedinečných východísk sebariadenia.*” Čačka, 2000, s. 228)

„Hodnotová orientácia, hodnotami rozumieme tie vlastnosti predmetov a javov, ktorými je daný význam pre toho, kto ich významnosť posudzuje a hodnotí. Sú zdrojom hodnotovej orientácie, selektívneho prístupu k jednotlivým predmetom a javom životnej reality. Systémom hodnotových orientácii je do značnej miery určovanie pre čo sa človek rozhoduje, čo robí, s čím a do akej miery je v každodennom živote spokojný alebo nespokojný.“ (Mikšík, 2003, s. 73-74)

Školská sestra ako komunitná sestra pracujúca v prostredí škôl

V súčasnosti sa primárna, sekundárna, terciárna zdravotná starostlivosť a prevencia chápu ako súčasť komunitnej starostlivosti. Klientom nie je len jednotlivec, ale celá komunita. Zdravotnícky pracovník je obyčajne prvou kontaktnou osobou medzi jednotlivcom a zdravotníckym systémom. V preambule dokumentu „Zdravie pre všetkých v 21. storočí“ je zakotvené právo na zdravie ako jedno zo základných ľudských práv. V domácom prostredí sa o zdravie starajú rodičia. V školskom prostredí sa o výchovno-vzdelávaciu činnosť stará učiteľ, ale kto sa stará o zdravie dieťaťa? (Mikšík, 2003)

Vzhľadom na zrušenie školského zdravotného programu je vhodné uvažovať o školskej sestere, ktorá by poskytovala primárnu, sekundárnu prevenciu a tiež starostlivosť. Inovačné aktivity sestier v Európe v oblasti primárneho ošetrovateľstva, z ktorých je zaujímavý model z Poľska, kde sa v rokoch 1992 – 2002 zaviedol do škôl model školskej zdravotnej starostlivosti schválený Ministerstvom zdravotníctva a sociálnej starostlivosti. Poľské sestry významne ovplyvnili kvalitu programov v rámci projektu Školy podporujúce zdravie a poskytli ďalšie podnety na rozvoj iniciatív zameraných na lepšie zaistenie zdravotnej starostlivosti na školách. Program školského zdravotníctva je považovaný za podstatný aspekt vládnej stratégie primárnej zdravotníckej starostlivosti. Školské sestry ako komunitné sestry pracujúce v prostredí škôl, zaisťujú primárnu zdravotnú starostlivosť na školách zameranú na udržiavanie, zlepšovanie a propagáciu fyzického a psychického zdravia každého školáka v krajine a zaistenie emocionálnej a sociálnej prosperity. Plánujú obsah kurzov zdravotnej výchovy a výživy, implementujú ich do života.

Vykonávajú:

Rutinné zdravotné prehliadky u každého dieťaťa s nadväzným sledovaním detí so zvláštnymi potrebami. Sú dôležitou súčasťou školského zdravotníckeho tímu, ktorý sa skladá z riaditeľa školy, učiteľov, detského lekára, stomatóloga, sociálneho pracovníka, psychológa. Zodpovedajú za koordináciu aktivít tímu a za nadväzovanie vzťahov s ostatnými členmi, aby zavčas odhalili choroby a odoslali chorého k odborníkovi, ako aj primeranú starostlivosť o choré deti. Rodičia sú ako súčasť školského zdravotníckeho tímu podnecovaní k účasti na projekte.

Kompetencie sestier obsahujú: vedomosti, posudzovanie zdravotného stavu, potrieb školáka, schopnosť určiť riziká, ktoré ohrozujú deti, epidemiologických faktorov. Schopnosť zapojiť technické zručnosti s cieľom prevencie a zníženia zdravotných rizík a chorôb. Zabezpečiť potrebný skrining a odoslanie dieťaťa na potrebné vyšetrenie.

Podobný model školskej sestry realizujú aj vo Fínsku, kde k jej úlohám patrí: „... dieťa poznať, aby potom preventívne zasiahla... Nielen telesné ťažkosti detí, ale tiež emocionálny stav, rodinné a školské prostredie stojí v záujme školskej sestry. Čím sú deti staršie, tým viac predstavujú učiteľia autoritatívnu osobu, od ktorej závisia žiakove hodnotenia a výsledky. Učiteľom

tiež chýbajú odborné vedomosti ohľadom chorôb, liečebných spôsobov, podpory zdravia a prevencie. Tieto okruhy spadajú medzi hlavné úlohy školskej sestry, takže sa učiteľ môže koncentrovať na vyučovanie.“ (Oravcová 2007, s. 254)

Školská všeobecná sestra na školách

V školách z roka na rok stúpa počet detí, ktoré počas plnenia povinnej školskej dochádzky potrebujú individuálny prístup učiteľov, špecifickú úpravu vzdelávania alebo špecializovanú odbornú činnosť. Problematickými sú pre učiteľov napríklad aj bežné situácie, v ktorých sa deti so zdravotným znevýhodnením alebo chronickým ochorením ocitajú pomerne často. Pichnúť dieťaťu inzulín, podať lieky, či poskytnúť ošetrovanie pri náhlom záchvate učiteľa nevedia a zo zákona ani nemôžu. Tieto úkony preto obvykle v školách zabezpečujú rodičia a to aj v prípade, ak ich dieťa navštevuje špeciálnu školu, ktorá je určená práve pre žiakov so zdravotným znevýhodnením. Ani v špeciálnych školách totiž nie je zdravotnícky personál.

Slovenská republika v decembri 2021 schválila zákon o školskej sestri, ktorý nadobúda účinnosť od 15.1.2022. Zákon č. 138 /2019 Z. z. o pedagogických zamestnancoch a odborných zamestnancoch a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov a ktorým sa menia a dopĺňajú niektoré zákony. Podľa daného zákona sa uvádza, že školskú sestru môže vykonávať sestra so špecializáciou v odbore ošetrovateľská starostlivosť v komunite alebo ošetrovateľská starostlivosť v pediatrii.

Podľa §27 sa dopĺňa odsekom č.4, ktorý znie:

Školská zdravotná sestra

Pôsobí v oblasti primárnej prevencie a sekundárnej prevencie chorôb a úrazov najmä:

- Posudzovaním zdravotného stavu, telesného vývinu a duševného vývinu detí a žiakov
- Posudzovaním aktuálneho zdravotného stavu dieťaťa alebo žiaka pred vstupom do materskej školy alebo základnej školy
- Hodnotením príznakov chorôb a odporúčaním na vyšetrenie u lekára
- Hodnotením hygieny detí a žiakov v materskej škole alebo v základnej škole
- Prevenciou užívania omamných a psychotropných látok
- Poskytuje zdravotnú starostlivosť deťom a žiakom v materskej škole alebo základnej škole
- Vykonávaním úkonov prvej pomoci a pomoci pri náhlých stavoch
- Poskytovaním ošetrovateľskej starostlivosti pre deti so zdravotným
- Asistenciou pri používaní zdravotníckych pomôcok
- Spolupracuje so zamestnancami príslušnej školy
- Vedie štatistiky o úrazoch detí alebo žiakov v materskej škole alebo základnej škole
- Spolupracuje s pediatrami a stomatológmi detí a žiakov príslušnej materskej školy alebo príslušnej základnej školy, zákonnými zástupcami alebo inými osobami, ktoré majú dieťa zverené do starostlivosti na základe rozhodnutia súdu, zdravotnými poisťovňami, regionálnymi úradmi verejného zdravotníctva a inými orgánmi štátnej správy a orgánmi samosprávy.

Záver

V praxi to bude vyzerat' tak, že na pozíciu zdravotníka bude môcť škola prijať lekára, sestru, verejného zdravotníka či záchranára, ktorí spĺňajú zákonom stanovené kvalifikačné predpoklady na danú profesiu. Náplň práce sa bude líšiť podľa toho, aké kompetencie umožňuje tej ktorej profesii zákon a zároveň tieto dané kompetencie nebude môcť školský zdravotník prekročiť. Druhým ukazovateľom náplne jeho práce voči konkrétnemu dieťaťu bude predpis toho, aké úkony bude potrebné dieťaťu so zdravotným znevýhodnením alebo chronickým ochorením vzhľadom na jeho zdravotný stav poskytnúť. Tento predpis bude vopred vydávať na tlačive všeobecný lekár dieťaťa na žiadosť rodiča. Zároveň prirodzene zdravotník nesmie vykonávať úkony na ktoré nemá predchádzajúci písomný súhlas zákonného zástupcu. Pokiaľ hovoríme o konkrétnych úkonoch, primárne sa bude jednať o podanie liekov, deťom, ktoré to majú indikované od lekára, pomoc pri zhoršení zdravotného stavu, ale taktiež bude spolupracovať s učiteľmi pri osвете zdravého životného štýlu.

Zavedenie zdravotníka na školách má veľký prínos nielen pre deti, ktoré majú zdravotné znevýhodnenie, ale bude veľkým prínosom aj pri náhlych úrazoch pri predchádzaní obezity, toxikománie, sebaškodzovaniu.

BIBLIOGRAFIA

ASBJORN, O. a kol. 2010. Vliv psychiky na zdraví. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 240 s. ISBN 978-80-247-2864-3.

BOTÍKOVÁ, A. a kol. 2011. Ošetrovateľstvo. 1. vyd. Praha: Ottova tiskárna 2011. 136 s. ISBN 978-80-260-1322-8.

ČAČKA, O. 2000. Psychologie duševního vývoje dětí a dospívajících s faktory optimalizace. Brno: Doplněk, 2000. 377 s. ISBN 8072-390-600.

HARTL, P., HARTLOVÁ, H. 2004. Psychologický slovník. 1. vyd. Praha: Portál, 2011. 774 s. ISBN 807-17-8303.

HUNČÁR, M. 2014. Zdravý životný štýl. Slovo života international, 2007. 211 s. ISBN 978-8089-16-539-1.

KAČÁNI, V., VIŠNOVSKÝ, L. 2005. Psychológia a pedagogika pomáhajú škole. 1. vyd. Bratislava: Iris, 2005. 250 s. ISBN 80-89018-85-8.

MIKŠÍK, O. 2003. Psychologická charakteristika osobnosti. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2003. 250 s. ISBN 8024602407.

ORAVCOVÁ, J., ĎURICOVÁ, L., BINDASOVÁ, O. 2007. Psychológia rodiny. 1. vyd. Banská Bystrica, 2007. 365 s. ISBN 978-8080-834-906.

ŠATÁNEK, J. 2002. Uplatňovanie aktivizujúcich metód vo vyučovacom procese. IN: Technické vzdelávanie ako súčasť všeobecného vzdelania. Banská Bystrica: FPV UMB, 2002. ISBN 80-8055-737-9.

VACEK, P. 2010. Morální vývoj v psychologických a pedagogických suvislostech. 3. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2010. 120 s. ISBN 978-80-7435-051-1.

VÁGNEROVÁ, M. 2012. Vývojová psychologie. Praha: Univerzita Karlova, 2012. 536 s.
ISBN 978-80-2462-153-1.

Kontakt

PhDr. Radka Mazurová

VŠZa SP Sv. Alžbety, Bratislava

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

E-mail: radkapospisilova@zoznam.sk

КЛЮЧОВІ АСПЕКТИ МОТИВАЦІЇ СТУДЕНТІВ ВИЩИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ У ФОРМУВАННІ ЗВИЧОК ЗДОРОВОГО ХАРЧУВАННЯ

KEY ASPECTS OF UNIVERSITY STUDENTS MOTIVATION IN FORMATION OF HEALTHY EATING HABITS

Myronyuk I.¹, Lepkanich A.¹

¹*Uzhhorod National University, Uzhhorod, Ukraine*

Abstrakt

The health of citizens of any country is considered as an indicator of the states civilization, which reflects the socio-economic situation of the society. In this sense, the attitude towards the health of young people is particularly important, because according to experts, about 75% of diseases in adulthood are the result of lifestyle in adolescence. Young people generally recognize their own health as a value but only a third believe that they take good care of it and consider physical activities, optimal work mode and leisure to be the most important means for maintaining a healthy lifestyle. There are no clear, universal methods or guidelines for motivating student youth to form healthy eating practices. Although, in recent years there have appeared a widely spread point of view which suggests that not only the influence of objective factors on the formation of the students' eating habits is important, but also self-esteem and the subjective perception of their own diet.

Kľúčové slová/ Keywords: university students; healthy diet, motivation.

Резюме

Здоров'я громадян будь-якої країни розглядається, як показник цивілізованості держави, що відображає соціально-економічне становище суспільства. В цьому контексті ставлення до здоров'я молоді є особливо важливим, тому що за оцінками фахівців близько 75 % хвороб у дорослих є наслідком способу життя у молоді роки. Молодь загалом визнає власне здоров'я цінністю, проте тільки третина вважає, що вона добре піклується про своє здоров'я і до найбільш значимих заходів для підтримання здорового способу життя відносить фізичну активність і оптимальний режим праці та відпочинку. Не існує чітких, універсальних методів чи вказівок щодо мотивації студентської молоді до формування практик здорового харчування. Останнім часом все більшого поширення набуває точка зору, згідно з якою значення має не лише вплив об'єктивних чинників на формування моделі харчування студентів, а й самооцінка та суб'єктивне сприйняття ними власного режиму харчування.

Kľúčové slová/ Keywords: студентська молодь; здорове харчування; мотивація

Úvod

В останні роки проблема погіршення стану здоров'я населення в Україні, що відображається у зростанні рівня захворюваності, смертності та скороченні тривалості здорового життя, набуває все більшої актуальності. Стан здоров'я студентської молоді є важливою складовою формування здоров'я нації (Лобань Г.А., Зачепило С.В., Коваленко Н.П., Ганчо О.В., Комишан І.В., 2015, С.30-32). Негативні тенденції щодо погіршення

стану здоров'я фіксуються не лише серед старших вікових категорій, а й серед молоді (Семигіна Т., Белишев О. 2010 С139-149).

Одним із ключових способів розв'язання проблеми є кардинальна зміна поглядів людини на причини та наслідки стану «нездоров'я». Досягнення зміни стану усвідомлення населенням власної ключової ролі у формуванні стану свого здоров'я можливо лише шляхом перебудови системи освіти та виховання особи, набуття знань, що дозволяють їй здійснювати власний гармонійний розвиток згідно з вимогами сучасного розвитку цивілізації і умов життя (Науменко Н. В., Козлов А. В., Дрожик Л.В. 2020 С.103-105).

Поведінкова концепція, яка наразі визначається як «здоровий спосіб життя» далеко не завжди позитивно оцінюється в молодіжному середовищі. Піклуватися про власне здоров'я, як вважає велика частка молоді, це справа людей похилого віку, а молодь має великий ресурс, який дає їй змогу хронічно перевантажуватися та не помічати власних шкідливих звичок (Титаренко Т.М., Лепіхова Л.А., Кляпець О.Я., 2006, С. 124). В той же час, медико-демографічні показники стану здоров'я свідчать про тенденцію до погіршення стану як соматичного, так і ментального здоров'я молоді та підлітків в Україні (Карпінська Т.Г. , Грабовська Т.В. , Середа С.В. , Короткий В.В., 2021, С. 85).

Ciel'

Сформувані ключові аспекти підходів заохочення студентської молоді до формування власних практик здорової харчової поведінки.

Metódy

В дослідженні використано результати наших попередніх досліджень, які проводилося протягом 2021-2022 навчального року у вигляді соціологічного опитування студентів з використанням двох оригінальних он-лайн опитувальників. Отримані матеріали були взяті за основу для розробки концептуальних підходів до формування сучасних моделей здорового харчування молоді, яка навчається (Лепканич А.О., Миронюк І.С. Ужгород. 2022. С.66-68). У дослідженні взяли участь більш ніж 500 респондентів ДВНЗ «Ужгородського національного університету». Обробка результатів проводилася за допомогою методів математичної статистики. Дане дослідження проведено на засадах системного підходу і на різних етапах використано методи структурно-логічного аналізу та описового моделювання.

Výsledky

Здоров'я громадян будь-якої країни розглядається в наш час, як показник цивілізованості держави, що відбиває соціально-економічне становище суспільства. В цьому контексті ставлення до здоров'я молоді є особливо важливим, тому що за оцінками фахівців близько 75 % хвороб у дорослих є наслідком способу життя у молоді роки (Бобрицька В.І. 2010, С. 200).

Молодь називає здоров'я своєю цінністю, проте тільки третина молоді вважає, що вона добре піклується про своє здоров'я і до найефективніших заходів для підтримання здорового способу життя відносить: активний відпочинок на природі, оптимальний режим праці та відпочинку. (Мельничук, М. І. С,2014, с 34-37)

Не існує чітких, універсальних методів чи вказівок щодо спонукання студентської молоді до зміни режиму харчування. Як мотивувати студентську молодь до змін режиму харчування чи укорінених застарілих звичок - на сьогоднішній день питання якому приділяється багато часу, однак цього не достатньо.

Все більшого поширення набуває точка зору, згідно з якою значення має не лише вплив об'єктивних чинників на формування моделі харчування студентів, а й самооцінка та суб'єктивне сприйняття ними власного режиму харчування

Нами запропоновано декілька ключових аспектів мотивації студентської молоді до формування власного здорового режиму харчування, які сформовано у функціональну модель (рис):

- Створення умов
- Зацікавленість
- Оволодіння знаннями (базові ключові аспекти)
- Підтримка в прагненні саморозвитку



Рисунок. Функціональна модель ключових аспектів мотивації студентської молоді до формування власного здорового режиму харчування

Функціональна модель, яка представлена на рисунку є варіативною і відкритою, що допускає включення додаткових елементів. Ці додаткові елементи можуть бути як константними, так і етапними змінними. Кожен з чотирьох запропонованих ключових аспектів з однієї сторони може виступати етапом (етап 1 – етап 2 і т.д., які впроваджуються послідовно) створення умов ефективної мотивації студентської молоді до формування власної здорової харчової поведінки, з іншої сторони – може самостійно безпосередньо впливати на цільову групу (об'єкт впливу) як самостійний модифікуючий фактор.

Важливим є змістовне наповнення кожного окремого аспекту і його ефективне впровадження, адже неефективність одного з етапів може призвести до втрати ефекту функціонування усіх.

Створення умов – насамперед в цій моделі це інформаційні процеси. Створення, обробка, відображення, передавання, розповсюдження інформації здорового харчування. Схема передачі інформації має наступний вид: джерело інформації — канал передачі — приймач інформації. Таким чином, джерелом інформації можуть бути публікації (популярні та наукові), результати експериментів, підручники, розробки, тощо. Канал передачі інформації включає в себе процес обміну інформацією (фактами, ідеями, поглядами, емоціями тощо) між двома або більше особами. Споживачами інформації в нашому дослідженні виступає студентська молодь як об'єкт інформаційного впливу. Створення сприятливих умов забезпечують як соціальну гармонію особи, так і відношення її до самого процесу, кінцевий результат якого є задоволення споживача. Створення сприятливих умов є важливою складовою та має бути одним із ключових завдань.

Зацікавленість студента — шляхом інтересу, як на соціальному, так і на особистісному рівні. Мова не про примітивну зовнішню цікавість, а про те, щоб «зачепити» щось суттєве та суб'єктивно важливе саме для цих конкретних слухачів. Тут, як критерій продуктивності, виступає якісна сторона повідомлення, що сприяє продуктивному сприйняттю переданої інформації.

Основне завдання – не примушувати, а заохочувати, мотивувати, власними прикладами та порадами. Якщо не цікаво навчатися, процес опанування нових знань стає втомлюючим обов'язком, який демотивує студентів. Фактично це стає марною тратою часу для обох сторін (джерело інформації, приймач інформації) У цьому підході великого значення набувають позиції, установки й інші особливості суб'єкта безпосереднього впливу.

Оволодіння студентом **знаннями щодо базових аспектів здорового харчування** — мова йде про виховання суб'єктивного ставлення молоді до власного здоров'я, шляхом передачі знань, формування умінь та навичок збереження здоров'я. Включення усіх учасників навчально-виховного процесу в систему активних дій, де навчання у закладах вищої освіти - це основний етап формування та підготовки студентської молоді до трудової діяльності. Вся справа у сприйнятті. Кожній людині властиві мінімум чотири типи мислення, що визначають її манеру спілкування з її оточенням, впливають на отримання та передання інформації, а також на людське сприйняття і розуміння. Основні принципи сприймання, які потрібно враховувати під час засвоєння нового матеріалу, є предметність, цілісність, структурність, константність та усвідомлення.

Підтримка в прагненні студента до саморозвитку - у сучасному світі, саморозвиток необхідний елемент в будь-якій сфері. Збереження, покращення власного стану здоров'я вказує на те, що саморозвиток - це активний процес стимулювання свого особистого росту, розширення знань, вмінь, навичок і покращення якості життя. Це процес, що вимагає активної участі і самосвідомості. Головне, що потрібно зрозуміти про молодь, це те, що нею багато дій вчиняється несвідомо, на емоційному рівні. Як тільки молода людина, особистість починає усвідомлювати шаблонність, тоді починається шлях до саморозвитку. Для безперервного процесу саморозвитку необхідною складовою є комунікативна підтримка, що в свою чергу має вплив та авторитетність на того, хто її отримує (слухач).

Záver

Запропоновані ключові аспекти мотивації студентської молоді у формі функціональної моделі формують підходи до роботи з студентською молоддю для покращення, збереження та зміни застарілих та укорінених догм щодо харчової поведінки, які набуті протягом останніх років. Із збільшенням потоків інформації способи просування певного продукту змінилися, а саме стосовно мотивації до змін у режимі харчування. Власне, більше інформаційних ресурсів — не означає більше реклами, це означає певний послідовний системний підхід, який при довготривалому використанні дасть позитивні результати.

Представлена функціональна модель ключових аспектів мотивації студентської молоді до формування власного здорового режиму харчування може бути використана у варіативних системах формування здорових моделей харчової поведінки молоді, де, додатково до визначеного об'єкту впливу і методів впливу, у конкретному середовищі визначаються суб'єкти впливу та джерела інформаційно-методичного забезпечення функціонування системи.

BIBLIOGRAFIA

ТИТАРЕНКО, Т.М., ЛЄПІХОВА, Л.А., КЛЯПЕЦЬ, О.Я. 2006. Формування в молоді настав на здоровий спосіб життя: *Методичні рекомендації*. К.:Міленіум, 2006. 124 с.

НАУМЕНКО, Н. В., КОЗЛОВ, А. В., ДРОЖИК, Л.В. 2020. Шляхи збереження та зміцнення здоров'я студентської, м. Харків, Україна, 2020. с.103-105.

ЛОБАНЬ, Г.А., ЗАЧЕПИЛО, С.В., КОВАЛЕНКО, Н.П., ГАНЧО, О.В., КОМИШАН, І.В. 2015. Формування здорового способу життя студентів як запорука суспільного та економічного розвитку держави. Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава. 2015. С. 30-32.

БОБРИЦЬКА, В.І. 2010. Формування здоров'я молоді: актуалізація світового ретродосвіду в умовах сучасної університетської освіти. *Монографія*, 2010. Київ. с.200.

МЕЛЬНИЧУК, М. М., САПЖАК, М. І. 2014. Мотивація формування здорового способу життя серед різних категорій населення. *Медсестринство*, 2, 2014. С. 34-37.

ЛЕПКАНИЧ, А.О., МИРОНЮК, І.С. 2022. Моделі харчування студентської молоді в періоди дистанційного навчання в умовах тривалих карантинних обмежень. *Матеріали підсумкової наукової студентської конференції УжНУ* (18 травня 2022 року). Ужгород. 2022. С.66-68.

СЕМИГІНА, Т. В., БЄЛИШЕВ, О. 2010. Самооцінка молоді щодо здоров'я та способу життя. *Вісник Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту*. 2010. 3. с. 139-149.

КАРПІНСЬКА, Т.Г., ГРАБОВСЬКА, Т.В., СЕРЕДА, С.В., КОРОТКИЙ, В.В. Показники стану здоров'я сучасних підлітків, як одна із складових здоров'я населення держави. *УКР. МЕД. ЧАСОПИС*, 3 (143): 84-86.

REFERENCES

- TYTARENKO, T.M., LIEPIKHOVA, L.A., KLIAPETS, O.Ia. 2006. Formuvannia v molodi nastav na zdorovy sposib zhyttia: Metodychni rekomendatsii. K.:Milenium, 2006. 124 s.
- NAUMENKO, N. V., KOZLOV, A. V., DROZHNYK, L.V. 2020. Shliakhy zberezhennia ta zmitsnennia zdorovia studentskoi, m. Kharkiv, Ukraina, 2020. s.103-105.
- LOBAN, H.A., ZACHEPYLO, S.V., KOVALENKO, N.P., HANCHO, O.V., KOMYSHAN, I.V. 2015. Formuvannia zdorovoho sposobu zhyttia studentiv yak zaporuka suspilnoho ta ekonomichnoho rozvytku derzhavy. Ukrainska medychna stomatolohichna akademiia, m. Poltava. 2015. S. 30-32.
- BOBRYTSKA, V.I. 2010. Formuvannia zdorovia molodi: aktualizatsiia svitovoho retrodosvidu v umovakh suchasnoi universytetskoi osvity. Monohrafiia, 2010. Kyiv. s.200.
- MELNYCHUK, M. M., SAPIZHAK, M. I. 2014. Motyvatsiia formuvannia zdorovoho sposobu zhyttia sered riznykh katehori naselennia. Medsestrynsvo, 2, 2014. S. 34-37.
- LEPKANYCH, A.O., MYRONIUK, I.S. 2022. Modeli kharchuvannia studentskoi molodi v periody dystantsiinoho navchannia v umovakh tryvalykh karantynnykh obmezhen. Materialy pidsumkovoï naukovoi studentskoi konferentsii UzhNU (18 travnia 2022 roku). Uzhhorod. 2022. S.66-68.
- SEMYHINA, T. V., BIELYSHEV, O. 2010. Samootsinka molodi shchodo zdorovia ta sposobu zhyttia. Visnyk Ministerstva Ukrainy u spravakh simi, molodi ta sportu. 2010. 3. s. 139-149.
- KARPINSKA, T.H., HRABOVSKA, T.V., SEREDA, S.V., KOROTKYI, V.V. Pokaznyky stanu zdorovia suchasnykh pidlitkiv, yak odna iz skladovykh zdorovia naselennia derzhavy. UKR. MED. CHASOPYS, 3 (143): 84-86.

Kontakt na autorov:

Prof. Myronyuk Ivan, MD, DSc.

Faculty of Health and Physical Education of Uzhhorod National University, Uzhhorod, Ukraine

E-mail: ivan.myronyuk@uzhnu.edu.ua

Lepkanich Anna, Mgr

Faculty of Health and Physical Education of Uzhhorod National University, Uzhhorod, Ukraine

E-mail: anna.lepkanych@uzhnu.edu.ua

FUNDAMENT V RODINE KRČMÉRYOVEJ

FUNDAMENT IN THE KRČMÉRY FAMILY

František Neupauer¹

¹*Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave, n. o.
Ústav pamäti národa v Bratislave, Nadácia Antona Srhoľca – ANTÓNIO*

Abstrakt

Profesor Vladimír Krčméry je doma i vo svete známy ako cieľavedomý vedecký pracovník s hlbokým záujmom o najbiednejších. Mnohým veciam je možné naučiť sa, no mnohé, zvlášť charakterové vlastnosti, nadobúda človek v rodine. Cieľom tohto príspevku je priblížiť životné múdrosti, ktoré sa tradovali v rodine Krčméryovcov z generácie na generáciu. Starí rodičia prof. Vladimíra Krčméryho odovzdávali ďalším generáciám sedem základných postojov. Tie formovali ich deti a aj ich vnúčatá. Patrila k nim hlboká úcta ku každému človeku. Pokora. Výchova k skromnosti. Deti nemali pohrdáť jedlom, ktoré dostali na tanier. Zvlášť dôležitá bola náboženská výchova a príklad hlbkej viery. Kto boli priami predkovia či príbuzní profesora Krčméryho? Zastávali rôzne profesie ako senátor, starosta mesta, objaviteľ jaskyne, botanik, výskumník, vedec a i. Myslíme si, že genetické dedičstvo a osobný príklad formovali aj životný príbeh a postoje profesora Krčméryho. Vo svojom osobnom živote i cez pracovné nasadenie kráčal často po cestách, na ktoré vykročili oni. A v mnohých oblastiach zašiel ešte ďalej, v slobodnom svete, ktorý sa mu otvoril po Novembri 1989.

Kľúčové slová

Krčméry, Silvester Krčméry, náboženská viera, komunistický režim

Abstract

Professor Vladimír Krčméry is known at home and around the world as a determined scientist with a deep interest in the poorest. Many things can be learned, but many, especially character traits, are acquired in the family. The goal of this post is to bring to life wisdom that was passed down in the Krčméry family from generation to generation. Grandparents of prof. Vladimír Krčméry's seven basic attitudes were passed on to the next generations. They were shaped by their children and their grandchildren. They had a deep respect for every person. Humility. Modesty education: children should not despise the food that was put on their plate. Religious education and an example of deep faith were especially important. Who were his direct ancestors or relatives? They held various professions: senator, city mayor, cave discoverer, botanist, researcher, scientist, etc. We think that the genetic heritage and also their personal example shaped the life story and attitudes of Professor Krčméry. In his personal life and through his work engagement, he often walked the paths that they walked on. And in many areas even further in the free world that opened up to him after November 1989.

Keywords

Krčméry, Silvester Krčméry, religious faith, communist regime

Úvod

Zvlášť v tomto novembrovom čase si plnšie uvedomujeme svoje vlastné korene. Navštívili sme hroby svojich blízkych. V tichu sme oslávili ich život vo večnosti. Sviece, ktoré sme zažali, sfúkol vietor, sfúkol čas.

Pred očami máme dotyk večnosti, ktorý sa nás ešte stále dotýka reálne a bolestne v náhlom odchode na večnosť prof. Vladimíra Krčméryho. Mohli by sme a vedeli by sme veľa rozprávať o jeho osobnom živote. Súčasníci a čiastočne aj historici vedia čiastočne odkryť životný profil profesora Vladimíra Krčméryho. Osobne sa snažím držať zásady odborníkov histórie, ktorí hovoria, že by sme mali odkrývať udalosti, osobnosti i témy, ktoré majú aspoň 50 rokov.

Vo svojom príspevku načrtnem „korene“ rodiny Krčméryovej. Nebudem hovoriť o jeho otcovi, mame, ba ani strýkoch, či tetách. Skúsím Vám očami historika priblížiť ešte staršie korene cez pohľad na jeho starých rodičov a prastarých rodičov. Čerpať budem aj z osobných spomienok tety prof. Krčméryho, pani Gabiky Špánikovej. Aspoň niektoré čriepky z ich života môžu prezradiť, v akej rodinnej atmosfére vyrastali rodičia, starí rodičia prof. Vladimíra Krčméryho a čiastočne aj samotný prof. Vladimír Krčméry.

Nábožní starí rodičia

Stará mama Vladimíra Krčmého bola veľmi nábožná. Jej dcéra Gabika na ňu spomína: „*Náboženský život mojej maminky bol hlboký a úprimný. Celý svoj život sa veľa modlila. Tak som ju vidala od svojho detstva. V modlitbe mala veľkú podporu svojho manžela. Denne sme sa spolu modlievali celá rodina. Aj chodenie do kostola na svätú omšu a na sv. prijímanie bolo spoločné. V nedeľu aj vo všedné dni. Záviselo to aj od veku nás detí a od spoločného bývania.*“ Keď bývali v Bratislave, chodievali na rannú svätú omšu o 6 hodine. Každú sobotu v podvečer chodievali starí rodičia k Lurdskej jaskyni na Hlbokú (HALKO 2005), aby sa modlili za svoje deti.

„*Cestou sa modlievali ruženec. Päť desiatok. Jeden desiatok menovite za jedno dieťa. Kto mohol, chodieval s nimi. Tieto cesty „na Hlbokú“ zostali pre nás všetkých navždy dôležité. Každý z nás, kým vládol, až do konca života tam chodil. Ja, keď som sa začala priateliť s chlapcom vážnejšie, určite som ho tam zaviedla.*“ (AA, 2016, Spomienky G. Špánikovej). Ďalším pútnickým miestom bola pre nich Marianka, kam chodievali peši cez les a to veľmi často. Niekedy takmer každú sobotu alebo nedeľu.

„*Darmo som bola na tancovačke, alebo bola polnočná svätá omša, ráno nebolo žiadne dospávanie, muselo sa vstať!*“ spomína pani Gabika. „*Ráno sa museleo vstať! Bolo to prísne!*“ (NEUPAUER 2019).

Tieto púte neboli, zvlášť pre pani Krčméryovú, jednoduché. Predstavovali náročné odriekanie a premáhanie. „*Moja maminka, hoci bola zdravotne slabá, hrdinsky zvládala tieto namáhavé cesty. Maminka bola celý život chorá na srdce a mávala vysoký tlak. Celý čas sa o ňu veľmi starostlivo starala MUDr. Helenka Krčméry, jej nevesta, manželka môjho brata Vlada.*“ A aj profesor Vladimír Krčméry cez starostlivosť svojich rodičov o jeho starkú videl príklad starostlivosti o najbližších príbuzných. Vo svojej starkej iste vnímal obetavosť, premáhanie sa napriek únave a príklad zbožnosti.

Starí rodičia Vladimíra Krčméryho významnú časť svojho života prežili v Banskej Bystrici, kde vyrastali aj ich deti. Neskôr žili v Bratislave.

Sedem rodinných postojov

Akí boli starí rodiča prof. Krčméryho a aký bol ich rodinný život? Pokúsim sa odkryť niektoré konkrétne zásady a postoje.

1. Nech slnko nezapadá nad Tvojím hnevom... Každý večer muselo dôjsť k úplnému uzmiereniu.

Myslím, že táto zásada nepotrebuje širší komentár. Je založená na kresťanskom postoji, na rešpektujúcej láske, odbúravaní sebeckva. Iste v sebe nesie aj realitu ľudského života, ktorého súčasťou je smrť. A môže prísť v ktorýkoľvek čas. Sila zmierenia a odpustenia bola u Krčméryovcov veľmi dôležitá. (NEUPAUER 2014)

2. V našej rodine absolútne nesmie byť žiadne klamstvo. Ten, komu sa podarilo zaklamať, musí odísť, oľutovať.

Túto zásadu môžeme vnímať zvlášť na životnom príbehu politického väzňa MUDr. Silvestra Krčméryho. Jeho reč na súde z 24. júna 1954 končí slovami: „Vy máte v rukách moc, ale my máme pravdu.“ Hovorí o tom, že pravda je silnejšia ako moc a pravda vždy vstane zmŕtvych. (KRČMÉRY 2014)

Jeho sestra spomína, ako raz jeden z jej súrodencov v nejakej veci klamal a otec ho nemilosrdne vyhnal z domu. Deti ho nakoniec na kolenách uprosili, aby dovolil ich bratovi vrátiť sa domov. Gabika Špániková spomína: „A ten brat už nikdy v živote nezaklamal.“ (AA, nedatované, Spomienky G. Špánikovej).

3. Vždy si dávaj pozor, aby ti nik nemal dôvod závidieť (oblečenie, jedlo...).

Pri pohľade na túto zásadu si hneď predstavíme biele auto Škodu Feliciu profesora Vladimíra Krčméryho. Žiadne auto hodné rektora, ale auto, ktorým jazdia bežní ľudia v našej krajine. Starý otec profesora Krčméryho bol váženým predstaviteľom priemyslu v Meste pod Urpínom. Svojej dcére povedal, že nemá problém sa zosmiešniť. Obrátiť si kabát na druhú stranu a takto kráčať mestom. Na mienke iných mu nezáležalo. (AA, nedatované, Spomienky G. Špánikovej)

4. Nepodriaďovať sa mienke ľudí. Keď je to potrebné, zniest' aj výsmech.

Zvlášť v čase komunistického režimu nebolo jednoduché vyznávať svoju vieru. A tá mala významnú úlohu v živote Krčméryovcov. Ako malý chlapec zakúsil výsmech pre vieru aj profesor Krčméry, ktorý bol jedným z mála detí prihlásených na hodiny náboženstva. „Budete okolo neho chodiť a budete naň pľuť, lebo on ešte nepochopil, že Boh neexistuje.“ Takto prikázala jeho spolužiakom súdružka učiteľka, keď bol ešte len na prvom stupni základnej školy. (AA, nedatované, Spomienky G. Špánikovej)

Keď som túto spomienku jeho tety neskôr vytiahol v diskusii v Meste pod Urpínom, tak len povedal: „Oni to tak nejako museli urobiť. A my sme vedeli, čo je dôležité.“ A práve vieru držala rodinu Krčméryových v ťažkých časoch maďarizácie, keď boli vyhlásení za panslávov, no rovnako aj v čase komunistického režimu, keď trpeli za svoje náboženské postoje. (AA, nedatované, Spomienky V. Krčméry)

5. Netrvat' na svojom, keď sa ukáže, že je to nesprávne ("jedine somár je konzekventný").

V dnešnej dobe často vyhráva fenomén nemenných postojov. Rodina Krčméryovcov v tom mala jasno. Viac ako zotrvať na svojich postojoch bola vernosť pravde, úcta k druhému človeku. Iste, netýkalo sa to všetkých postojov. Napr. téma viery, náboženského života bola jednoznačná. Nepodliehala diskusi.

6. **Nezakopať svoje talenty.**

Ak čítame príbehy príbuzných rodiny prof. Vladimíra Krčméryho, s úžasom sledujeme, akým rôznorodým oblastiam sa venovali. Mnohí mali blízko k správe vecí verných v službe spoločnosti. Prastarý otec Vladimíra Krčméryho bol známy ružomerský senátor a spolupracovník Andreja Hlinku. Volal sa Karol Krčméry a podľa dochovaných listov bol mediátorom medzi Andrejom Hlinkom a prezidentom T. G. Masarykom.

Otec pradedka prof. Krčméryho bol richtátom v mestečku Ružomberok. Opäť môžeme vnímať schopnosť spracovať a riadiť, no nezabudnime, že popri tom dokázal aj objavovať niečo nové. Objavil jaskyňu pri Ružomberku.

Brat jeho starého otca Ladislava sa volal Karol. Bol riaditeľom nemocnice v Trnave. O jeho obetavosti svedčí aj jeho skorý odchod na večnosť. Ponáhlal sa na vlak a dobiehal už do rozbehnutého vlaku, len aby bol čím skôr pri pacientovi. Pošmykol sa, padol pod vlak... a ešte do poslednej chvíle riešil operáciu svojich končatín. Bohužiaľ, neprežil. V obetavosti lekára Karola vnímame i istú genézu obetavosti profesora Krčméryho, aj keď aj jeho strýko bol lekár a v rodine sa hovorievalo, že je dobré byť lekárom, lebo tí sa majú aj vo väzení o niečo lepšie. A mohli by sme vyratúvať talenty ďalších príbuzných, a to aj v oblasti botaniky, či ťažby ropy na Arabskom poloostrove.

7. **Byť radostným a veselým.**

Na každý deň mať pripravený jeden dobrý vtip. Napriek útrapám, dokázať vnímať veci z nadhľadu a s humorom.

Ďalšie z fundamentov

Ďalší fenomén, ktorý sa ich rodiny dotýkal, bol **skautský duch**. Starý otec Ladislav viedol skauting v Meste pod Urpínom. Neskôr sa aj súrodenci zapojili do skautingu a so skautingom súvisí aj spomienka tety prof. Krčméryho na jej skautskú vedúcu, ktorá sa pokúsila prekročiť hranice a na úteku bola zastrelená. Jeden zo skautských oddielov v súčasnosti nesie meno Skautský oddiel MUDr. Silvestra Krčméryho. (Náš patrón..)

Cieľ otca skauta, ktorý ich brával po horách... cez letné prázdniny atď. nebol o drezúre. Bol o láske, úcte. Deti sa každé ráno umyli v studenej vode do pol pása, starší si dávali rannú studenú sprchu a takto začínal nový deň.

V živote rodiny Krčméryovej bola veľmi dôležitá aj **strava**. Generácia rodičov prof. Krčméryho mala veľmi prísny stravovací režim. Bol založený na jednoduchej poučke. „*U nás sa na žiadne jedlo nehovorí fuj. Ak Ti niečo nechutí, budeš to jesť celý mesiac!*“ Možno sa Vám táto téza zdá až príliš ostrá a možno by sa niektorí znalci aj vzbúrili, že je to priam neetické. A mali by, zdá sa, aj pravdu.

Musíme v tejto súvislosti povedať dve veci. Po prvé, generácia profesora Krčméryho už túto zásadovosť zažila v zmiernenej forme. Ak sa vnúcatám nepozdávalo jedlo, ktoré dostali, tak ho museli jesť „len“ jeden týždeň. Čo bolo 4X kratšie, ako to zažívali ich rodičia. Rovnako je dôležité podotknúť aj druhú skutočnosť. Prečo bol starý otec taký prísny pri výbere jedla? Preto,

že v živote zažil niečo silné, tragické. A to nebolo nič iné, ako kruté ruské zajatie v čase prvej (!) svetovej vojny. Zdá sa mi až neuveriteľné, že v zajatí si dokázal ukryť fotoaparát a nafotiť cenné fotografie, ktoré sa bohužiaľ stratili... no rovnako si asi ani len nevieme predstaviť, ako tam musel hladovať, veď zo všetkých zajatcov z okolia Ružomberka to prežil len on a jeho bratranec. Preto táto jasná zásadovosť vo vzťahu k jedlu. S jedením sa nevymýšľa. „Čo nie je pokazené, je jedlé,“ povedal. A zároveň: „na tanieri nemohlo nič ostať. Nabrat' sme si mali toľko, koľko sme si mysleli, že to zjeme,“ spomína pani Gabika. (NEUPAUER, 2019).

Prof. Krčméry spomínal aj na svojho strýka Silva, ktorý prežil väzenie. Prevarenú vodu so špagiet nikdy nevyliat, ale ju vypil ako zdroj výživných látok.

Záver

Načrtli sme len niektoré zásady v rodine starých rodičov Vladimíra Krčméryho. Len stručne si povedzme niečo o jeho prastarých rodičoch. Mali korene v štyroch národoch: slovenskom, nemeckom, maďarskom a arménskom.

Takýto rodinný základ v sebe niesol prof. Vladimír Krčméry. V mnohom vo svojom osobnom živote i cez pracovné nasadenie vykročil na cesty, po ktorých pred ním kráčali jeho predkovia. A v niečom, akoby mu boli gény po jeho rodičoch a prarodičoch (ja som spomenul len rodinu Krčméry, iste by sa dalo pozrieť aj na jeho starých rodičov po línii jeho mamky) tým, čo ho nasmerovalo na cesty objavovania, riadenia, hľadania možných riešení, jasnej zásadovosti a viery.

ARCHÍV A BIBLIOGRAFIA

HAJKO, J. 2005. *Dejiny Lurdskej jaskyne*. Bratislava : Lúč, 2005. 104 s. ISBN 80-71145-10-6.

ARCHÍV AUTRA (AA). 2016. Spomienky Gabiky Špánikovej rod. Krčméryovej. Mailová korešpondencia. 24. november 2016.

NEUPAUER, F. 2019. „*Neznášaš to? Budeme to jesť celý mesiac,*“ povedal otec Silvestra Krčméryho. [online]. [cit. 2024. 01. 10; 07:10:15 SEČ]. Dostupné na internete: <<https://blog.postoj.sk/45915/neznasas-to-budeme-to-jest-cely-mesiac-povedal-otec-silvestra-krcmeryho>>.

NEUPAUER, F. 2014. Vzťah k Bohu a človeku. Klúč k životom Vladimíra Jukla a Silvestra Krčméryho. In: *Impulz*. č. 3 – 4, 2014.

KRČMÉRY, S. 2014. *Pravdou proti moci*. Žilina : Artis Omnis, 2014. s. 464. ISBN 978-80-905309-5-9

ARCHÍV AUTRA (AA). Nedatované. Spomienky Gabiky Špánikovej rod. Krčméryovej, rozhovor s autorom.

ARCHÍV AUTRA (AA). Nedatované. Spomienky autora na diskusiu s prof. V. Krčmérym.

Náš patrón – FSE Zbor Silvestra Krčméryho Bratislava I. [online]. [cit. 2024. 02. 10; 09:10:15 SEČ]. Dostupné na internete: < <https://blog.postoj.sk/45915/neznasas-to-budeme-to-jest-cely-mesiac-povedal-otec-silvestra-krcmeryho> >.

Kontakt

Mgr. František Neupauer, PhD.

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

Ústav pamäti národa v Bratislave, Nadácia Antona Sroholca ANTÓNIO.

E-mail: frantisek.neupauer@gmail.com

SPIRITUALITA V SOCIÁLNEJ A PALIATÍVNEJ STAROSTLIVOSTI A FAKTORY, KTORÉ JU OVPLYVŇUJÚ

SPIRITUALITY IN SOCIAL AND PALLIATIVECARE AND FACTORS AFFECTING IT

Noga Vladimír¹

¹*Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave, n. o.
Inštitút bl. Metóda Dominika Trčku Michalovce*

Abstrakt

Teoretické východiská: Spiritualita hrá dôležitú úlohu v sociálnej a paliatívnej starostlivosti, pretože prináša pevný pohľad na človeka a jeho duchovné potreby. Viera a náboženské presvedčenie sú základom duchovnej dimenzie mnohých ľudí. Pre niektorých pacientov a klientov je ich náboženská viera zdrojom sily a útechy. Zohľadňovanie ich náboženských potrieb a poskytovanie duchovnej starostlivosti podľa ich presvedčenia je dôležité aj pre ich celkový pohodový stav. Spiritualita môže klientom pomôcť pri hľadaní nájdenia zmyslu a nádeje v ťažkých situáciách. Poskytovanie priestoru na vyjadrenie a preskúmanie týchto otázok môže mať pozitívny vplyv na pohodu pacienta alebo klienta. Spiritualita môže byť spojená so zážitkom podpory a príslušnosti k nejakému spoločenstvu.

Cieľ: Cieľom výskumu bolo preskúmať spiritualitu pracovníkov v hospicovej a sociálnej starostlivosti v kontexte saturovania spirituálnych potrieb klientov sociálnych služieb v pobytových zariadeniach a pacientov v paliatívnej starostlivosti v hospici.

Metódy: Hlavným výskumným nástrojom boli neštandardizované dotazníky – pre pracovníkov (n = 161). V rámci ťažiskového cieľa zameraného na pochopenie, či a aké faktory ovplyvňujú mieru spirituality respondentov sme využili teoretický rámec generalizovaných lineárnych modelov (GLM; Nelder - Wedderburn 1972). Pomocou inferenčnej štatistiky sme vytvorili dva kandidátske modely zamerané na predikciu miery spirituality na základe charakteristík respondentov.

Výsledky: Výskum priniesol poznatky o ktorých predpokladáme, že môžu nájsť uplatnenie v pastorácii konkrétnych cirkví, ale môžu byť aj zaujímavé pre psychológov náboženstva, sociológov skúmajúcich spiritualitu či religiozitu a pod. Jednotlivé postrehy ohľadom faktorov ovplyvňujúcich mieru spirituality môžu byť užitočnou pomocou pri vytváraní ďalších výskumov, ktoré by ďalej rozšírili tak dôležitú aktuálnu tému. Výskum podal základné a aktuálne informácie o stave spirituality klientov/pacientov, pracovníkov v kontexte saturácie duchovných potrieb pracovníkmi v pobytových sociálnych zariadeniach a hospicoch Prešovského samosprávneho kraja.

Záver: Hľadanie faktorov, ktoré majú vplyv na mieru prežívanej spirituality, môže napomôcť lepšiemu porozumeniu spirituality samotnej a tým aj vysvetleniu a cielenému praktickému využitiu jej pozitívneho vplyvu na saturáciu duchovných potrieb v paliatívnej a sociálnej starostlivosti. Poskytovatelia starostlivosti by mali byť citliví na potreby a presvedčenia jednotlivcov a poskytnúť im priestor a podporu v ich duchovnej ceste.

Kľúčové slová:

Spiritualita. Sociálna starostlivosť. Paliatívna starostlivosť. Pacient. Pracovník

Abstract

Theoretical background: Spirituality plays an important role in social and palliative care because it brings a solid perspective on a person and his spiritual needs. Faith and religious beliefs are the basis of the spiritual dimension of many people. For some patients and clients, their religious faith is a source of strength and comfort. Taking into account their religious needs and providing spiritual care according to their beliefs is also important for their overall well-being. Spirituality can help clients find meaning and hope in difficult situations. Providing a space to express and explore these issues can have a positive impact on the patient's or client's well-being. Spirituality can be associated with the experience of support and belonging to a community.

Aim: The aim of the research was to examine the spirituality of hospice and social care workers in the context of saturating the spiritual needs of social service clients in residential facilities and patients in palliative care in hospice.

Methods: The main research tool was non-standardized questionnaires - for workers (n = 161). As part of the focal goal aimed at understanding whether and what factors influence the level of spirituality of the respondents, we used the theoretical framework of generalized linear models (GLM; Nelder - Wedderburn 1972). Using inferential statistics, we created two candidate models aimed at predicting the level of spirituality based on the respondents' characteristics.

Results: The research has brought knowledge that we assume can be applied in the pastoral care of specific churches, but can also be interesting for psychologists of religion, sociologists investigating spirituality or religiosity, etc. Individual observations regarding the factors affecting the level of spirituality can be a useful help in creating further researches that would further expand such an important current topic. The research provided basic and up-to-date information on the state of spirituality of clients/patients, workers in the context of the saturation of spiritual needs by workers in residential social facilities and hospices of the Prešov self-governing region.

Conclusion: The search for factors that have an impact on the level of spirituality experienced can help to better understand spirituality itself and thus to the explanation and targeted practical use of its positive influence on the saturation of spiritual needs in palliative and social care. Caregivers should be sensitive to the needs and beliefs of individuals and provide space and support in their spiritual journey.

Key words : Spirituality. Social care. Palliative care. Patient. Worker

Úvod

Spiritualita predstavuje dôležitú oblasť života človeka a preto ju nemožno považovať za parciálnu, menej dôležitú ako fyzické zdravie. Zvlášť u paliatívneho pacienta alebo chorého človeka, ktorý je v pobytovom zariadení sociálnych služieb či hospici, je spiritualita kľúčovým východiskom, ktorá sa častokrát stáva každodennou súčasťou života klienta/pacienta.

Výskum vníma človeka v jeho celistvosti, cez trichotómiu: telo, duša a duch. Osoby v hospicovej/paliatívnej starostlivosti a osoby umiestnené v zariadeniach sociálnych služieb majú narušené životné funkcie a často trpia rôznymi vážnymi ochoreniami, preto môžu pociťovať stres, nepokoj, zmeny nálad a iné. Pre tieto osoby je spiritualita nevyhnutnou

potrebou, ktorú je potrebné saturovať. Spiritualita ponúka širokú škálu možností, ako je hľadanie zmyslu života, vedenie k odpusteniu a k spokojnosti, sprevádzanie utrpením a zomieraním, modlitba, čítanie Božieho slova, liturgia, vysluhovanie sviatostí kňazom a iné duchovné úkony. Je na zodpovedných pracovníkoch sociálnych a zdravotníckych služieb, ale aj na kňazovi, aby saturovali klientom/pacientom prístup k duchovným potrebám. Saturácia duchovných potrieb si vyžaduje holistický, teda celostný a systematický prístup.

Literatúra zaoberajúca sa témou spirituality ponúka širšie spektrum jej vnímania a teda aj definície. Okrem toho sa často spiritualita v slovenskom jazyku pomenúva aj synonymom duchovnosť (z lat. *spiritualitas*). Spirituálne potreby sú teda totožné s duchovnými potrebami. Slovo spiritualita, ako už bolo uvedené, pochádza z latinského slova *spiritualitas*, čo znamená duchovno resp. duchovný, nadzmyslový. Latinské slovo *spirit* predstavuje u jednotlivcov jedinečného ducha, ktorý je zdrojom, energiou bytia, jeho životnou silou. V gréčtine nachádzame slovo spiritualita v slove *pneuma* a v hebrejčine slovo *ruah*. Obidve tieto slová možno preložiť ako duša, ale aj vzduch, vietor a dych umožňujúci život. Výlučne kresťanské náboženstvá používali na začiatku pojmy ako duch, duchovný a až neskôr ho preberali ostatné náboženstvá. V modernej spoločnosti v druhej polovici 20. storočia bolo slovo spiritualita znovu objavené a používané i mimo teologických kruhov (Soosová, 2022).

Michal Striženec (2006) podľa viacerých kvalifikácií spirituality uvádza dve dimenzie spirituality a to spiritualita zhora a spiritualita zdola. Spiritualita zhora predstavuje teologicko-normatívnu náboženskú doktrínu stanovenú ideálmi, čo je v sekulárnom prostredí pokladané za nemožné dosiahnuť. Spiritualita zdola je psychologicko – odkrývajúca a spočíva na sebaskúmaní, poznávaní pozitívnych a negatívnych stránok vlastnej duše. Obe však smerujú k premene osobnosti.

Oblasť nášho výskumu je orientovaná na paliatívnu a sociálnu starostlivosť. Práca označuje prijímateľov v oblasti sociálnej starostlivosti ako klientov a v paliatívnej starostlivosti ako pacientov. Personál a poskytovatelia, či už zo sféry zdravotníctva alebo sociálnej práce, budú jednotne označovaní ako pracovníci. Tento výskum sa zameriava na prežívanie spirituality v kontexte európskej, kresťanskej kultúry so zreteľom predovšetkým na potreby veriacich, ale aj neveriacich klientov/pacientov. Preto primárne sa budeme orientovať na spiritualitu chápanú ju ako vzťah s Bohom, ktorý nemusí byť bezprostredne spätý s nejakým konkrétnym náboženstvom – religiozitou. Vyjadrené to bude aj v parciálnych cieľoch práce, rešpektujúc pritom širšiu škálu ponímania spirituality a duchovných potrieb.

Poznáme viacero zdrojov literatúry, ktoré sa touto témou zaoberajú a prinášajú tak už aj ucelené poznatky a informácie, ktoré budeme navzájom komparovať. Na základe analýzy literatúry definujeme pojmový rámec. Po zhromaždení dostatočných informácií sa sformulujú hypotézy. Vytvoríme neštandardizované dotazníky za účelom preskúmania danej témy vo vybraných zariadeniach sociálnej a paliatívnej starostlivosti. Dotazníky budú vytvorené v dvoch formách určených pre pacientov a klientov, ale aj pre pracovníkov v paliatívnej a sociálnej starostlivosti. Teoretickou časťou tak vytvoríme podklady pre kvantitatívnu analýzu, v rámci ktorej stanovíme spôsob zberu údajov, definujeme výskumnú vzorku a pod. Zber množstva dát je charakteristický pre kvantitatívny výskum a tvorí ďalšiu etapu výskumu (Kohútova, 2014). Empirický výskum bude postavený na kvantitatívnom vyhodnocovaní získaných informácií vyjadrených v tabuľkách, interpretáciách a pod. Jednotlivými štatistickými metódami získame hodnoty základných deskriptívnych charakteristík (deskriptívna analýza), overíme reliabilitu

zachytenej spirituality klientov/pacientov (Cronbachová α a McDonald-ová ω) a budeme sa snažiť pochopiť, či a aké faktory ovplyvňujú mieru spirituality pracovníkov klientov/pacientov (generalizovaných lineárnych modelov – GLM). Posledným štádiom výskumu je prezentácia zistených skutočností. Syntéza poznatkov získaných v teoretickej časti s charakteristikami zistenými kvantitatívnym výskumom nám napomôže pri formulácii záverov, ako aj odporúčaní pre prax, ktoré predikujú možnosti praktickej aplikácie spirituality.

Cieľ výskumu

Cieľom výskumu bolo preskúmať spiritualitu klientov/pacientov i pracovníkov v kontexte saturovania spirituálnych potrieb klientov sociálnych služieb v pobytových zariadeniach a pacientov v paliatívnej starostlivosti v hospici. Zároveň cieľom výskumu je aj preskúmať faktory ovplyvňujúce spiritualitu pracovníkov a klientov sociálnych služieb/pacientov hospicov. Výskum bude realizovaný vo vybraných sociálnych pobytových zariadeniach a hospicioch Prešovského samosprávneho kraja.

Charakteristika súboru a metodika

Výskum v tejto práci bol z metodologického hľadiska realizovaný metódou kvantitatívneho výskumu. Hlavným výskumným nástrojom boli neštandardizované dotazníky s väčšinou uzavretými odpoveďami, ktoré boli analyzované ako dva datasety zachytávajúce rôzne aspekty spirituality respondentov - jeden zameraný na klientov/pacientov sociálnych zariadení a hospicov ($n = 184$), druhý na pracovníkov týchto zariadení ($n = 161$).

Hlavnými cieľmi analýzy bolo: získať hodnoty základných deskriptívnych charakteristík, overiť reliabilitu zachytenej spirituality, snažiť sa pochopiť, či a aké faktory ovplyvňujú mieru spirituality a predikovať ich možnosti praktickej aplikácie. Po prvotnom re-formátovaní a homogenizácii dátového setu bola vykonaná prvotná časť štatistického vyhodnotenia a to deskriptívna analýza pre vyjadrenie základných štatistických vlastností oboch vzoriek. Tieto výsledky prezentujeme vo forme tabuliek obsahujúcich absolútne (n), relatívne frekvencie (%) a stredné hodnoty s charakteristikami variability (priemer a štandardná odchýlka, IQR, rozsah). Sumárne skóre z položiek dotazníka zachytávajúceho osobný názor respondentov ohľadom ich spirituality bolo použité ako latentná premenná pre analýzu reliability. Aplikovali sme výpočet Cronbachovej α , ktorý je schopný merať vnútornú konzistenciu meracích nástrojov (Cronbach, 1951). Kľúčovými predpokladmi pre jeho adekvátne použitie sú: Gaussovo rozdelenie a linearita premenných, tau-ekvivalencia, nezávislosť medzi meranými subjektmi (Cortina, 1993). Môže nadobúdať hodnoty až po 1, pričom v aplikovanom výskume sú akceptovateľné hodnoty nad 0.8 (Nunnally, Bernstein, 1994). Hodnoty blížiac sa hodnote 1 v princípe indikujú, že skóre odpovedí na jednotlivé položky meracieho nástroja sú vo vysokej korelácii medzi sebou a s celkovým skóre. K hodnote Cronbachovej α prikladáme aj 95 % interval spoľahlivosti, ktorý poskytuje odhad indexu pre asymptotickú populáciu.

Ako druhý – dodatočný – ukazovateľ reliability zachytenej *spirituality* respondentov sme použili McDonald-ovu ω (McDonald, 1999), ktorá v porovnaní s Cronbachovou α má menej podmienok použitia - a sú viac realistické (napr. nevyžaduje tau-ekvivalenciu). Interpretácia tohto indexu je v princípe zhodná s Cronbachovou α — hodnoty blížiac sa hodnote 1 indikujú vysokú reliabilitu meracieho nástroja. Oba tieto indexy nám pomohli overiť si náš predpoklad, že položky dotazníka boli schopné zachytiť mieru spirituality ako latentnej premennej a

akékoľvek následné analýzy, v ktorých táto premenná vystupuje ako závislá sú opodstatnené a akceptovateľné.

V rámci ťažiskového cieľa zameraného na pochopenie, či a aké faktory ovplyvňujú mieru spirituality respondentov sme využili teoretický rámec generalizovaných lineárnych modelov (GLM; Nelder - Wedderburn 1972). Pomocou inferenčnej štatistiky sme vytvorili dva kandidátske modely zamerané na predikciu miery spirituality na základe charakteristík respondentov. V týchto binomiálnych modeloch vystupuje „spiritualita“ ako quasi-binárna závislá premenná a charakteristiky respondentov (pohlavie, vek, vzdelanie, frekvencia účasti na bohoslužbách, vierovyznanie) ako nezávislé/vysvetľujúce premenné (t.j. ich hlavné efekty a dvojité interakcie). Kandidátske modely boli následne testované pomocou analýzy deviance, ktorá odhalila vplyv jeho jednotlivých komponentov (hlavné efekty, dvojité interakcie) na objasnenie variability závislej premennej (t.j. *spiritualita*). Postupným odstraňovaním nesignifikantných komponentov s dodržaním pravidla marginality sme získali finálne modely obsahujúce všetky nezávislé premenné vo forme hlavných efektov (bez ohľadu na ich signifikantný prínos) a tri najsilnejšie signifikantné dvojité interakcie. Dvojité interakcie s nižšou vysvetľujúcou hodnotou boli z modelu odstránené, pričom toto rozhodnutie bolo prijaté za účelom získania modelu pomerne jednoduchého na vizualizáciu. Kvalita modelov bola vyjadrená pseudo-koeficientom determinácie (*pseudo-R²*), ktorý zrkadlí ich predikčnú silu (čím bližšie 1, tým je model silnejší). Diagnostiku modelov uvádzame v texte, kde okrem p-hodnôt používame aj štandardné kódy signifikantnosti: *** ak $p < 0,001$; ** ak $p < 0,01$; * ak $p < 0,05$; ns ak $p > 0,05$.

Výsledky

Vo vzorke pracovníkov dominujú ženy (až 83 %), pričom najviac je zastúpená veková kategória od 36 do 55 rokov (64 %). S ohľadom na pracovné zaradenie je vzorka rovnomerne rozdelená s mierne vyšším zastúpením zdravotných asistentov (28 %). Takmer tretina (29%) respondentov uvádza prax dlhšiu ako 10 rokov. Rovnako ako vo vzorke klientov, aj u pracovníkov hospicov prevláda rímskokatolícke vyznanie (62 %), pričom bohoslužby navštevuje s týždennou frekvenciou 56% respondentov.

Vo vzorke klientov zastúpením výrazne prevládajú ženy (až 64 %), pričom priemerný vek sa pohybuje nad úrovňou 70 rokov. S ohľadom na najvyššie dosiahnuté vzdelanie je vzorka rovnomerne rozdelená s mierne nižším zastúpením klientov s vyšším odborným a vysokoškolským vzdelaním (iba 13 %). Takmer polovica (42 %) je v súčasnej dobe ovdovelá, približne tretina bezdetná (34 %). Klienti s počtom detí viac ako 4 sú veľmi zriedkaví - tvoria menej ako 5% zo vzorky. Najčastejší počet detí sú dve. V rámci kontaktu s príbuznými mierne dominuje kontakt vo frekvencii raz do týždňa (41 %). Prevažuje rímskokatolícke vyznanie (61 %).

Psychometrická analýza naznačuje vynikajúcu schopnosť položiek dotazníka zachytiť spiritualitu a subjektívny pocit spokojnosti - vo všetkých prípadoch hodnoty indexov presahujú akceptovateľnú hranicu 0.8

Tabuľka 1. Analýza reliability latentných premenných.

skupina	doména	Cronbach α	95%CI	McDonald ω
pracovníci	<i>spiritualita</i>	0.92	(0.90–0.94)	0.96
klienti/pacienti	<i>spiritualita</i>	0.97	(0.96–0.97)	0.98

(Zdroj: Vlastné spracovanie)

Model vysvetľujúci spiritualitu pracovníkov vysvetľuje iba 15 % jej variability - dotazník teda nezachytil dôležité faktory, ktoré ju determinujú. Táto 15 % variabilita je ešte stále publikovateľný model - avšak musí byť interpretovaný so značnou opatrnosťou.

Tabuľka 2. Diagnostická tabuľka GLM modelu zameraná na objasnenie miery spirituality u pracovníkov na základe ich charakteristík.

Model: binomial GLM (spiritualita pracovníkov)				
komponent	Df	Deviance	Resid. Dev	p
<i>NULL</i>			742.44	
<i>pohlavie</i>	1	0.659	741.78	0.416
<i>vek</i>	1	15.312	726.47	<0.001 ***
<i>prac. zaradenie</i>	3	9.49	716.98	0.023 *
<i>prax</i>	1	1.226	715.75	0.268
<i>vierovyznanie</i>	1	1.745	714.01	0.186
<i>bohoslužby</i>	1	23.597	690.41	<0.001 ***
<i>prac. zaradenie : bohoslužby</i>	3	38.744	651.66	<0.001 ***
<i>prac. zaradenie : prax</i>	3	10.183	641.48	0.017 *
<i>prax : vierovyznanie</i>	1	10.625	630.86	0.001 **
<i>pseudo-R²</i> = (742.44 - 630.86) / 742.44 = 15%				

(Zdroj: Vlastné spracovanie)

Napriek nízkej predikčnej sile však dokázal identifikovať tri hlavné komponenty ako signifikantné - vek, pracovné zaradenie a frekvenciu bohoslužieb. Pohlavie, dĺžka praxe a vierovyznanie nemajú preukázateľnú asociáciu s mierou ich spirituality.

Pracovníci sociálnych zariadení a hospicov nevykazujú rozdielne prežívanie spirituality v závislosti od pohlavia. Ich spiritualita však stúpa signifikantne s ich vekom. Pracovník vo veku od 20 do 25 rokov má úplne odlišnú mieru spirituality od pracovníka v rokoch od 56 do 65 rokov. V závislosti od pracovných pozícií bádame v prípade opatrovateľov dosiahnutie miernejšej nižšej hodnoty v porovnaní s ostatnými pracovnými pozíciami. Miera spirituality nestúpa so zvyšujúcou sa dĺžkou praxe v tejto oblasti. Spiritualita je u pracovníkov zhodná bez ohľadu na ich vierovyznanie. Tabuľka poukazuje na najviac zastúpené vierovyznanie gréckokatolíkov a rímskokatolíkov. Miera spirituality je však vo výraznom pozitívnom vzťahu s frekvenciou účasti na bohoslužbách a náboženských aktivitách.

Výrazný vzťah spomínaný vyššie, t.j. pozitívny trend medzi frekvenciou účasti na bohoslužbách a mierou spirituality je zhodný pre pracovné zaradenia sestra, zdravotný asistent a sociálny pracovník. Tu však tento trend jasne absentuje v prípade opatrovateľov/ opatrovateliek.

Rozdielnosť miery spirituality však možno bádať aj u sestier a sociálnych pracovníkov. Sestry, ktoré nenavštevujú bohoslužby vôbec, majú spiritualitu podobnú tým, ktoré sa zúčastňujú bohoslužieb iba na sviatky. Zlom nastáva pri sestrách, ktoré sú aktívnejšie, teda aspoň jedenkrát mesačne alebo jedenkrát týždenne. U sociálnych pracovníkov sa vykazuje pri odlišnej frekvencii návštev bohoslužieb i odlišná miera spirituality ako takej. Pri zdravotných asistentoch vidíme odlišnú mieru spirituality pri tých, ktorí nenavštevujú bohoslužby vôbec alebo aspoň jedenkrát týždenne.

Dĺžka praxe je dôležitý komponent pre objasnenie miery spirituality iba ak ju dáme do interakcie s pracovným zaradením. V prípade sestier, zdravotných asistentov a opatrovateľov spiritualita neklesá ani nestúpa so zvyšujúcou sa praxou. Čo však vyplýva z modelu je to, že v prípade sociálnych pracovníkov miera spirituality signifikantne narastá so zvyšujúcou sa praxou. Sociálny pracovník po siedmych rokoch praxe vykazuje vyššiu mieru spirituality ako začínajúci sociálny pracovník. Pri všetkých pracovných zaradeniach zdravotných asistentov bádať veľmi mierny trend zvyšovania, akurát u zdravotných asistentov vidieť mierny pokles po rokoch. Tento pokles však nie je pre nás signifikantný.

V prípade pracovníkov s rímskokatolíckym vyznaním spiritualita nestúpa ani neklesá so zvyšujúcou sa praxou - avšak u gréckokatolíkov výrazne stúpa s dĺžkou praxe. Gréckokatolícky pracovník s desaťročnou praxou prevyšuje mieru spirituality rímskokatolíckeho pracovníka s tou istou praxou. Zároveň začínajúci gréckokatolícky pracovník má rozdielnu mieru spirituality ako pracovník s viac ako desať ročnou praxou. U rímskokatolíkov takýto trend nevidieť. Rímskokatolícky pracovník však začína na určitej úrovni a nebádať u nich trend nárastu na rozdiel od gréckokatolíkov.

Nasledujúci model vysvetľujúci spiritualitu klientov/pacientov vysvetľuje až 41 % jej variability, pričom identifikoval päť hlavných komponentov ako signifikantných - pohlavie, vek, rodinný stav, frekvencia návštev príbuzných a vierovyznanie.

Stúpajúci počet detí klientov/pacientov nie je v žiadnej asociácii s mierou ich spirituality. Taktiež ich vzdelanie ako *samostatný* faktor nemá so spiritualitou žiadny súvis, vzdelanie sa stáva dôležitým faktorom až v interakcii s vierovyznaním a rodinným stavom. Ženy - klientky vykazujú signifikantne vyššiu mieru spirituality v porovnaní s mužmi. Zároveň má spiritualita stúpajúci trend s vekom a to bez ohľadu na pohlavie, je však štatisticky zhodná bez ohľadu na najvyššie dosiahnuté vzdelanie klienta/pacienta. Spiritualita slobodných a ženatých/vydatých je zhodná - v prípade rozvedených je badateľný jej výrazný pokles. Najvyššie hodnoty dosahuje u vdov a vdovcov - a to signifikantne najvyššiu v porovnaní so všetkými ostatnými kategóriami rodinného stavu. Miera spirituality je v princípe rovnaká bez ohľadu na počet detí klienta/pacienta, jej najvyššiu mieru však vykazujú klienti/pacienti, u ktorých prebieha zvýšená frekvencia návštevy príbuzných. S ohľadom na vierovyznanie klientov/pacientov dosahujú výrazne najvyššie hodnoty rímskokatolíci. Spiritualita gréckokatolíkov a pravoslávnych je na rovnakej úrovni, evanjelici majú signifikantne nižšiu v porovnaní s gréckokatolíkmi. Najnižšiu mieru dosahujú bez vyznania.

Tabuľka 3. Diagnostická tabuľka GLM modelu zameraná na objasnenie miery spirituality u klientov/pacientov na základe ich charakteristík.

Model: binomial GLM (spiritualita klientov)				
komponent	Df	Deviance	Resid. Dev	p
<i>NULL</i>			972.44	
<i>pohlavie</i>	1	146.625	825.82	<0.001 ***
<i>vek</i>	1	5.728	820.09	0.016 *
<i>vzdelanie</i>	3	4.321	815.77	0.228
<i>rodinný stav</i>	3	39.28	776.49	<0.001 ***
<i>počet detí</i>	1	0.54	775.95	0.462
<i>návštevy príbuzných</i>	1	20.914	755.03	<0.001 ***
<i>vierovyznanie</i>	4	83.993	671.04	<0.001 ***
<i>vzdelanie : vierovyznanie</i>	10	53.47	617.57	<0.001 ***
<i>vzdelanie : rodinný stav</i>	9	25.033	592.54	0.003 **
<i>rodinný stav : vierovyznanie</i>	8	18.578	573.96	0.017 *
<i>pseudo-R² = (972.44 - 573.96) / 972.44 = 41%</i>				

(Zdroj: Vlastné spracovanie)

V prípade rímskokatolíkov je miera spirituality nezávislá od dosiahnutého vzdelania. V prípade gréckokatolíkov je najnižšia u klientov/pacientov s vyšším odborným alebo vysokoškolským vzdelaním - čo je v kontraste s pravoslávnyimi, kde je najvyššia u tých, ktorí majú absolvované iba základné vzdelanie. V prípade klientov s evanjelickým vierovyznaním je spiritualita najvyššia u klientov s vyšším odborným alebo vysokoškolským vzdelaním. V prípade klientov bez vyznania dosahuje podpriemerné hodnoty a to bez ohľadu na úroveň vzdelania. S ohľadom na rodinný stav klientov/pacientov je zrejмый iba jediný signifikantný rozdiel a to u rozvedených: tí so základným vzdelaním majú vyššiu mieru spirituality v porovnaní s klientmi/pacientmi so stredoškolským vzdelaním.

V prípade rímskokatolíkov, gréckokatolíkov a pravoslávnych je spoločný charakteristický znak, že spiritualita je vždy vyššia u vdov/vdovcov v porovnaní s rozvedenými klientmi/pacientmi - v prípade evanjelikov a bez vyznania tento znak neplatí - spiritualita je viac-menej zhodná bez ohľadu na rodinný stav, avšak pri klientoch bez vyznania sa jedná o výrazne nižšie hodnoty.

Diskusia a odporúčanie pre prax

Na základe analýzy údajov získaných z nášho výskumu realizovaného v oblasti sociálnej a paliatívnej starostlivosti môžeme konštatovať, že výsledky výskumu prispeli určitou mierou k rozvoju danej problematiky v zmysle stanovených cieľov. Potvrdilo sa, že je relevantné vytvárať podmienky, prostriedky a mechanizmy pre ciele saturovanie spirituálnych potrieb. Dosiahnuté výsledky umožňujú formulovať závery a odporúčania pre praktickú aplikáciu týchto poznatkov o spiritualite.

Výskum prebiehal vo vysoko spirituálnom (religióznom) prostredí. Takéto prostredie je veľkým potenciálom pre prax. Tento potenciál je potrebné čo najviac rozvíjať a to či už organizovanými duchovnými aktivitami až po úprimný rozhovor s klientom/pacientom. Je

evidentné, že výskum nameral vysokú spiritualitu.

Navrhujeme v každodennej praktickej činnosti aplikovať rozmery spirituality v zariadeniach sociálnych služieb a hospicov formou organizovanej duchovnej činnosti a to prostredníctvom vykonávania bohoslužieb, náboženských aktivít. Súčasťou každého zariadenia by mala byť aj kaplnka alebo miestnosť, kde sa môžu klienti/pacienti stíšiť. Poskytnúť priestor pre bohoslužby konkrétneho vierovyznania klienta/pacienta, ktorý sa hlási k tomuto vierovyznaniu a pod. Tým klientom a pacientom, ktorí sa hlásia ku konkrétnemu vierovyznaniu, v prípade ich záujmu je potrebné zabezpečiť možnosť prijať sviatosti, zúčastniť sa bohoslužieb, čerpať z duchovných textov a podobne. Tu je však dôležité upozorniť na to, že je nevyhnutné vyhýbať sa nejakej selekcii klientov/pacientov podľa vierovyznania. Mohlo by tak dôjsť k zúženiu vnímania spirituality ako takej a to či už z laickej, či odbornej strany.

Navrhujeme podporovať rôzne druhy ďalšieho vzdelávania, školenia a pod., ktoré by si dali za cieľ informovať a propagovať prístupy a možnosti zlepšenia sociálnej a paliatívnej starostlivosti smerujúce k podpore vnímania kvalitného dožitia a dôstojného umierania. Takáto činnosť by zvýšila povedomie o možnostiach tohto druhu starostlivosti i vo verejnosti.

Významný fakt je, že pracovníci vedia zhodnotiť spiritualitu klienta/pacienta, motivovať ho. Vo veľkej miere je i zastúpené poznanie zásad sprevádzania zomierajúcich a to bez ohľadu na vek, pohlavie, vierovyznanie, či dĺžku praxe. To môže priniesť príjemnú atmosféru do celého tímu, ktorého členovia sa môžu zúčastňovať týchto jednotlivých aktivít bez rozdielu. Preto odporúčame zapájať do saturácie duchovných potrieb všetkých pracovníkov. Na mieste je však podporiť ďalšie vzdelávanie pracovníkov v oblasti spirituality, motivácie k odpusteniu, k vyrovnanosti, k spokojnosti i sprevádzania zomierajúcich. Vzdelávanie v týchto oblastiach a jeho dostupnosť je dôležitou súčasťou ešte vyššej kvality a zefektívnenia saturácie duchovných potrieb.

Na základe tohto výskumu sa dá uskutočniť i séria prednášok pre pracovníkov skúmaných zariadení, na ktorých by sa predostreli výsledky výskumu a to zvlášť náhľad do spirituality prostredníctvom troch modelov, ktoré ponúkajú lepšie pochopenie fenoménu spirituality a spokojnosti klientov/pacientov. Nami predložené modely môžu poslúžiť pracovníkom na predikciu efektívnejšej saturácie duchovných potrieb klientov/pacientov.

Osobná spiritualita je dôležitým zdrojom zvládania ťažkých chvíľ ako pre klienta/pacienta, tak aj pre jednotlivých pracovníkov. Podoba prežívania spirituality je formovaná osobnou dispozíciou konkrétneho človeka. So zvyšujúcim vekom klientov/pacientov sa zvyšuje tendencia prežívania spirituality. Taktiež u žien klientok/pacientok bola nameraná vyššia spiritualita a zároveň i vyššia spokojnosť. To znamená, že možno predpokladať, že u tejto skupiny respondentiek bude vyšší „dopyt“ po saturácii duchovných potrieb.

Spiritualitu možno prakticky aplikovať do súčasnej praxe za podmienok, že klient/pacient je otvorený voči spiritualite. Rozhovor je najdôležitejšia cesta ku klientovi/pacientovi. Cestu ku klientovi/pacientovi však neotvára len rozhovor a aj aktívne počúvanie. Pracovník má iniciovať intervenciu spirituality zvlášť v ťažkých kritických chvíľach klienta/pacienta. V prípade, že pracovník sa necíti kompetentný v otázkach spirituality, je namieste zavolať duchovnú osobu, kňaza a pod.

Zahrnutie spirituality do praxe sociálnej a paliatívnej starostlivosti pomôže klientovi/pacientovi k vzbudeniu nádeje, dosiahnutiu pokoja, lásky, istoty, rastu, seba prijatiu, sebahodnote, zmyslu života, vyrovnanosti sa s ťažkým osudom, k zmysluplnému prežívaniu každodennosti,

k motivácii odpustiť a k celkovej spokojnosti. Je potrebné mať odvahu zapojiť spiritualitu do praxe, ak klient prezentuje takéto presvedčenie.

Bolo by veľmi zaujímavé realizovať tento výskum v inej časti krajiny a eventuálne navzájom porovnať tieto výsledky. Táto dizertačná práca striktne nerozdeľovala pracovníkov a klientov/pacientov na tých, ktorí sú v paliatívnej a sociálnej starostlivosti. Rozdeliť to a špecificky skúmať iba jednu oblasť by bolo veľmi zaujímavé a prínosné.

Veríme, že táto vedeckovýskumná činnosť v oblasti spirituality posúva hranice poznania tejto problematiky na vedeckých základoch.

Záver

Výskum sa zaoberá fenoménom spirituality v rámci paliatívnej a sociálnej starostlivosti. Teoretická časť objasňuje potrebu a význam saturácie duchovných potrieb klientov/pacientov týchto služieb. Na základe odbornej literatúry s témou spiritualita v paliatívnej a sociálnej starostlivosti konštatujeme, že táto téma je rozpracovaná na vynikajúcej úrovni a to v zahraničnej i domácej odbornej literatúre. Práca poukazuje, že praktická aplikácia spirituality v rámci saturácie duchovných týchto potrieb má obrovský pozitívny vplyv na celkovú pohodu a prežívanie klientov/pacientov, ale i pracovníkov jednotlivých zariadení.

Výskum priniesol poznatky, ktoré predpokladáme, že môžu nájsť uplatnenie v pastorácii konkrétnych cirkví, ale môžu byť aj zaujímavé pre psychológov náboženstva, sociológov, skúmajúcich spiritualitu či religiozitu a pod. Jednotlivé postrehy ohľadom faktorov ovplyvňujúcich mieru spirituality môžu byť užitočnou pomocou pri vytváraní ďalších výskumov, ktoré by ďalej rozšírili tak dôležitú aktuálnu tému. Výskum podal základné a aktuálne informácie o stave spirituality klientov/pacientov, pracovníkov v kontexte saturácie duchovných potrieb pracovníkmi v pobytových sociálnych zariadeniach a hospicioch Prešovského samosprávneho kraja.

Spirituálne prežívanie ľudí sú jedinečné a individuálne. Zadefinovať pojem spirituálne potreby je zložité, nakoľko ide o širokú škálu potrieb. Každý si duchovno predstavuje a prežíva inak. Pravdou však ostáva, že prežívanie spirituality a napĺňanie potrieb v tejto oblasti pomáha človeku prežívať každodennosť zmysluplne a spokojne. Pomáhajúcim profesiám dodáva silu a odvahu v tejto tak záslužnej a vyčerpávajúcej práci. Klientom a pacientom dodáva spiritualita nádej a pokojnosť a odvahu čeliť svojmu často krát neľahkému osudu.

Spiritualita tvorí pre mnohých pracovníkov významnú súčasť ich osobného i profesionálneho života. Niektorých z nich priviedla práve práca v tejto oblasti k rozvoju ich duchovného prežívania života, rozvíjaním spirituality, teda v prípade väčšiny respondentov rozvíjanie osobného vzťahu s Bohom. Klienti a pacienti sa tiež boria so svojou chorobou, ťažkým osudom, opustenosťou, ba aj blížiacou sa smrťou. Spiritualita sa tak môže stať ich dôležitou životnou paradigmou, ktorá prinesie ich životu potrebnú silu a nasmerovanie i nádej.

Kardinál Tomáš Špidlík (2000, s. 11) chápe spiritualitu ako každý ušľachtilý humanizmus. Praktické aplikovanie spirituality do praxe sociálnej a paliatívnej starostlivosti je nevyhnutné pre ľudské šťastie a duchovné zdravie klienta/pacienta.

„Uplatňovanie spirituality praxi sociálneho pracovníka vyžaduje, aby sociálny pracovník mal zmysel pre spiritualitu klienta a aby nepodceňoval spiritualitu klienta, respektíve jeho spirituálnu dimenziu.“ (Vansač, Guľašová, In Vansač, Peregrimová, Hudáková (eds.), 2021, s.134) Veríme, že ciele, ktoré sme si vytýčili v našom výskume, boli dostatočne naplnené a že

práca bude prínosom pre prax v oblasti sociálnej a paliatívnej starostlivosti.

BIBLIOGRAFIA

BAUER, D. F. 1972. Constructing confidence sets using rank statistics. [online]. In *Journal of the American Statistical Association*. 1972, vol. 67, p. 687-690. [cit. 10.03.2023]. Dostupné na internete: <<https://doi.org/10.1080/01621459.1972.104812>>.

BEST, D. J. – ROBERTS, D. E 1975. Algorithm AS 89: The upper tail probabilities of Spearman's rho. [online]. In *Applied Statistics*. 1975, vol. 24, p. 377-379. [cit. 10.03.2023]. Dostupné na internete: <<https://doi.org/10.2307/2347111>>.

CORTINA, J. M. 1993. What is coefficient alpha? An examination of theory and applications. [online]. In *Journal of Applied Psychology*. 1993, vol. 78, no. 1, p. 98–104. [cit. 10.03.2023]. Dostupné na internete: <<https://doi:10.1037/0021-9010.78.1.98>>. ISSN 1939-1854.

CRONBACH, L.J. 1951. Coefficient alpha and the internal structure of tests. [online]. In *Psychometrika*, vol.16, no.3, p.297-334. [cit. 10.03.2023]. Dostupné na internete: <<https://link.springer.com/article/10.1007/bf02310555>>.

HOLLANDER, M. – WOLFE, D.A. – CHICKEN, E. 2013. *Nonparametric Statistical Methods.3rd Edition*. 848 p. ISBN: 978-0-470-38737-5.

KOHÚTOVÁ, K. 2014. *Výber štatistického testu pri verifikovaní hypotéz v kvantitatívnom výskume v sociálnej práci*. [online]. 2014, [cit. 10.05.2022]. Dostupné na internete: <<https://www.pulib.sk/web/kniznica/elpub/dokument/subor/Kohutova.pdf>>.

MACDONALD, R. P. 1999. Test theory: A unified treatment. [online]. 1st Edition. 498 p. [cit. 10.03.2023]. Dostupné na internete: <<https://doi:10.4324/9781410601087>>. e-ISBN: 978-1-410-60108-7.

NELDER, J. A. – WEDDERBUM, R. W. 1972. Generalized linear models. [online]. In *Journal of the Royal Statistical Society: Series A (General)*, vol. 135, no.3, p. 370-384. [cit. 10.03.2023]. Dostupné na internete: <<https://www.jstor.org/stable/2344614>>.

NUNNALLY, J. C. – BERNSTEIN, I. H. 1994. Psychometric theory. In *Psychology*. [cit. 10.03.2023]. 752 p. ISBN: 978-0-070-47849-7

ROYSTON, P. 1982. Algorithm AS 181: The W test for Normality. [online]. In *Applied Statistics*. 1982, vol. 31, p. 176-180. [cit. 10.03.2023]. Dostupné na internete: <<https://doi.org/10.2307/2347986>>.

SOÓSOVÁ, M. 2022. *Péče o duchovní potřeby nemocných v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2022. 144 s. ISBN 978-80-271-3242-3.

STRÍŽENEC, M. 2006. Prehľad niektorých u nás dostupných zahraničných mier religiozity a spirituality. In HALAMA, P. – ADAMOVIČ, L. – HATOKOVÁ, M. – STRÍŽENEC, M. *Religiozita, spiritualita a osobnosť*. Bratislava : Ústav experimentálnej psychológie SAV. 2006. 141-149. ISBN 80-88910-22-6.

ŠPIDLÍK, T. 2000. *Pramene svetla*, Trnava: Spolok sv. Vojtecha, 2000., s. 558, ISBN 807162-323-7.

VANSÁČ, P. – NOGA, V. 2021. Spiritual accompaniment of patients in palliative care affected by the Covid – 19 pandemic. In *Acta Missiologica*. vol. 15, no. 2, 2021, ISSN 2453-7160. p. 213-233.

VANSÁČ, P. 2021. Spirituálna paradigma v sociálnej práci. In: VANSÁČ, P.,– CZARNECKI, P. – POPOVIČOVÁ, M. (eds.) In *Zborník z VII. Medzinárodnej vedeckej konferencie – online : Prax založená na dôkazoch v pomáhajúcich profesiách*. Warszawa : Collegium Humanum – Szkoła Główna Menedżerska, 2021, ISBN 978-83-958245-2-4, s. 121 -137.

Kontakt

PhDr. Vladimír Noga, PhD.

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

Inštitút bl. Metóda Dominika Trčku Michalovce

E-mail:noga.vladimir@gmail.com

SUPERVÍZIA V OŠETROVATEĽSKEJ PRAXI A JEJ POTREBA LEGISLATÍVNEHO RÁMCA NA SLOVENSKU

SUPERVISION IN NURSING PRACTICE AND ITS NEED FOR A LEGISLATIVE FRAMEWORK IN SLOVAKIA

Popovičová, M.¹

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

Abstrakt

Úvod: O supervízii sa v poslednej dobe hovorí veľmi často, je rýchlo sa rozvíjajúcim témou, postupne sa stáva súčasťou takmer všetkých oblastí práce s ľuďmi. Je využívaná firmami a organizáciami ako vo verejnom, tak aj súkromnom sektore. V oblasti zdravotníctva sa zatiaľ nevyužíva. Vzhľadom k tomu cieľom výskumu bolo zistiť, či sestry v ošetrovateľskej praxi poznajú pojem supervízia a či by mali záujem uplatnenia supervízie v ošetrovateľstve.

Súbor a metodika: Výskumný súbor tvorilo 321 sestier pracujúcich v zdravotníckych zariadeniach. Pre zber dát sme si zvolili dotazník vlastnej konštrukcie. Výsledky dotazníka boli štatisticky spracované v tabuľkovom procesore Microsoft Excel 2016. K vyhodnoteniu hypotéz sme použili chí kvadrát test

Výsledky: Na základe analýzy výsledkov výskumu sme zistili, že dĺžka praxe respondentov súvisí s ich predošlou skúsenosťou so supervíziou. Taktiež sme zistili, že sestry s dlhšou praxou poukazujú na dôležitosť supervízie viac ako sestry s kratšou praxou a väčšina sestier má záujem o supervíziu..

Záver: Medzi náročne a zodpovedne profesie patrí povolanie sestry. Sestry sa časom môžu dostať do situácií, s ktorými si už sami nevedia poradiť, môže dôjsť k vyčerpaniu životnej energie a optimizmu, k strate záujmu vykonávať svoju prácu. Z tohto dôvodu je vhodné, aby sa na pracovisku vykonávali určité intervencie slúžiace na zmiernenie stresu a napätia. Jednou z možností, ktorá vedie k emocionálnej podpore je práve uplatňovanie supervízie.

Kľúčové slová: Supervízia, Ošetrovateľstvo, Sestra, Nemocničné zariadenia

Abstract

Introduction: Supervision has been talked about very often recently, it is a rapidly developing topic, gradually becoming a part of almost all areas of work with people. It is used by companies and organizations in both the public and private sectors. It is not yet used in the field of healthcare. Considering this, the aim of the research was to find out whether nurses in nursing practice know the concept of supervision and whether they would be interested in applying supervision in nursing.

File and methodology: The research file consisted of 321 nurses working in medical facilities. For data collection, we chose a questionnaire of our own design. The results of the questionnaire were statistically processed in the Microsoft Excel 2016 spreadsheet. We used the chi-square test to evaluate the hypotheses.

Results: Based on the analysis of the research results, we found that the length of practice of the respondents is related to their previous experience with supervision. We also found that

nurses with longer experience point to the importance of supervision more than nurses with shorter experience, and most nurses are interested in supervision.

Conclusion: Nursing is one of the demanding and responsible professions. Over time, nurses may find themselves in situations that they can no longer handle on their own, they may run out of life energy and optimism, and lose interest in doing their work. For this reason, it is appropriate that certain interventions are carried out in the workplace to relieve stress and tension. One of the possibilities that leads to emotional support is the application of supervision.

Key words: Supervision. Nursing. Nurse. Hospital facilities.

Úvod

Náročnosť práce a vysoké požiadavky, ktoré sú v súčasnosti kladené na pracovníkov v pomáhajúcich profesiách, ako aj predchádzanie syndrómu vyhorenia, rovnako aj udržanie zdravotníckych pracovníkov v zdravotníckych zariadeniach, si vyžaduje silné podporné pracovné prostredie a vytváranie pozitívnych vzťahov. Medzi účinné podporné odborné metódy patrí supervízia. Supervízia sama o sebe nezaručuje kvalitu, za dôležité považujeme dobrý supervízny vzťah, ktorý je založený na osobnosti supervízora a ochote učiť sa supervidovaného. O supervízii sa v poslednej dobe hovorí veľmi často, je rýchlo sa rozvíjajúcim témou, postupne sa stáva súčasťou takmer všetkých oblastí práce s ľuďmi. Je využívaná firmami a organizáciami ako vo verejnom, tak aj súkromnom sektore. Odborníkov je vnímaná spravidla veľmi pozitívne a prínosne. U laickej verejnosti je jej prijímanie rozporupľejšie. Dôvodom býva nedôvera prameniaca z neznalosti, niekedy je považovaná za nástroj kontroly a hodnotenie pracovníkov, a preto je často vnímaná ako čosi nepotrebného či vynúteného. Supervízia si našla uplatnenie v psychoterapii, manažérskom poradenstve, v oblasti sociálnej práce, školstva i väzenstva. V oblasti zdravotníctva sa zatiaľ nevyužíva.

Supervízor v zdravotníctve a požiadavky kladené na jeho výkon

Supervízor v zdravotníctve by mal byť graduovaný zdravotnícky pracovník, ktorý koná s vysokou mierou empatie, úcty, autentickejši, flexibility, záujmu, zaujatia a otvorenosti. Dobrý supervízor má dostatok poznatkov, je skúsený a konkrétny vo svojich prejavoch. Jeho supervízna činnosť musí byť pre začiatočníka primeraná, vie stanoviť ciele a používať techniky spätnej väzby v interakciách počas supervízie. Taktiež by mal byť podporujúci, nie zbytočne kritický, s rešpektom voči začiatočníkovi, pričom sa nepokúša zmeniť supervíziu na psychoterapiu. Supervízor a supervizant v zdravotníctve môžu spolu hovoriť :

- o pacientoch supervidovaného, ich správaní, problémoch alebo poruchách, o obsahu práce s klientom,
- o procese práce s pacientom, jeho priebehu v jednotlivých fázach,
- o vzťahu medzi supervizantom a pacientom,
- o tom, čo sa deje medzi supervizantom a supervízorom tu a teraz, čím sa monitoruje pôvodná práca supervidovaného s pacientom,
- o inštitucionálnom rámci podmienok pacienta, v ktorých žije a ktoré ovplyvňujú jeho súčasnú situáciu,

- o vzťahoch na pracovisku supervidovaného s nadriadenými a kolegami, ktoré ovplyvňujú jeho prácu (Schavel, 2010).

V týchto interakciách sa supervízor prezentuje v rámci svojich zručností, osobnostných črt, skúseností, jeho správanie je sumárom jeho jedinečnosti a autenticity. V praxi sa stretávame s možnosťou využitia supervízie prostredníctvom interného supervízora (zabezpečuje supervíziu pre vlastný tím), pričom môže byť zároveň vedúcim tímu (riadiaca supervízia), alebo môže byť poverený vedúcim organizácie na vykonávanie supervízie, samozrejme za predpokladu jeho supervíznej kompetencie ako odbornej činnosti. **Interný supervízor** by mal mať stanovenú aj povinnú supervíziu s externým supervízorom, v tom prípade by sme mohli hovoriť o supersupervízii. **Externý supervízor** prichádza do subjektu z iného subjektu alebo je individuálnym odborníkom (má napr. živnostenské oprávnenie, robí supervíziu ako svoju vlastnú činnosť bez príslušnosti k nejakému subjektu) pre supervíznu činnosť (Schavel, 2010).

Význam supervízie pre zdravotníckych pracovníkov v zdravotníckych zariadeniach

Zdravotníctvo je oblasťou, kde je pracovné prostredie náročné nielen na výkon a reagovanie na neustále sa meniace podmienky či požiadavky, ale aj na zvládanie rôznych vzťahových interakcií a každodenných situácií. Supervízia ponúka možnosť, ako ventilovať stres, frustráciu a ďalšie negatívne pocity. Supervízia by tu mohla slúžiť na odbúrание strachu pracovníkov pri vznášaní kritiky bez dopadu na jednotlivcov (Hunyadiová, Bárta, a kol. 2013). Supervízia je zaraďovaná čoraz viac medzi uplatňované prostriedky rastu pracovníkov. Nárast supervízie v oblasti pomáhajúcich profesií má veľký vplyv na výsledky supervíznej činnosti (Barkasi, 2018). Podstatné je zachovať podpornú funkciu supervízie a zaistiť bezpečie, nestavať supervíziu do pozície nového stresora pre personál, ale ako podporu v zdravotníctve. Zdravotníctvo by sa mohlo inšpirovať v sociálnych službách, kde supervízia už nejaký čas funguje. Proces supervízie by mal byť priebežný počas celého profesijného života (Špirudová, 2015).

Supervízia pre zdravotníkov môže byť užitočná, napríklad ak:

- chce ďalej profesne aj osobnostne rásť;
- hľadáte riešenie v situácii, keď ste sa pri práci s nejakým pacientom dostala do slepej uličky;
- chce byť ešte viac užitočná pre pacientov;
- chce sa cítiť bezpečnejšie, uvoľnenejšie a príjemnejšie pri práci s pacientom;
- chce zlepšiť spoluprácu s kolegami v tíme;
- zvažujete, čo je správne a čo nie (tj riešite nejakú „etickú dilemu“);
- chce sa niečo nové dozvedieť o sebe a svojom spôsobe práce;
- chce odhaliť, čo už robí dobre;
- má chuť tvorivo experimentovať a hľadať nové a neprešliapané cesty;
- môže byť nástrojom pre prevenciu syndrómu vyhorenia;

Cieľom je, aby sa sestra mohla vyrovnáť s psychickou záťažou, ktorá je v tejto profesii na sestru mimoriadne kladená. Aj keď v zahraničnom zdravotníctve je supervízia bežnou praxou, na Slovensku mnohé sestry stále tápajú v nevedomosti. Venglářová (2013) v svojej publikácii uvádza problémy pri zavádzaní supervízie do slovenských zdravotníckych zariadení a to, psychologické dôvody, organizačné problémy a stret dvoch svetov. Najčastejším psychologickým dôvodom, prečo zdravotníci supervíziu odmietajú je fakt, že si nepripúšťajú problém. Keď áno, ventilujú ho kolegom, ulávajú sa sťažovaním, ale to je všetko. Zaujímavá

je tiež informácia, že vedenie zdravotníckych zariadení nemá často jasnú predstavu o tom, čo supervízia je, ako funguje a čomu môže pomôcť. Dôsledkom potom je odmietnutie zavedenia, nariadenie „plošnej“ supervízie či vybrané iba jedno „problémové“ oddelenie. Medzi organizačné problémy môžeme zaradiť predovšetkým trojzmennú prevádzku, čo organizáciu supervízie značne komplikuje. Zásadným problémom je aj nedostatočný počet personálu, teda pracovníci sú preťažení a na supervízii nebýva čas. S tým súvisí tiež veľké množstvo nadčasov. Z dôvodu chýbajúcich kvalifikovaných pracovníkov a lekárov, ktorí sa v rámci predatestačného procesu striedajú a mení oddelenie, je problémom, že sa supervízne skupina neustále mení. To spôsobuje nedostatok dôvery pre supervidovaných, nechcú ventilovať svoje emócie a problémy. Stretom dvoch svetov je chápaný vzťah lekárov a zdravotných sestier, ktorí sú stále vo vzťahu nadriadený – podriadený. Na Slovensku si supervízia našla uplatnenie v psychoterapii, manažérskom poradenstve, v oblasti sociálnej práce, školstva i väznenstva. V oblasti zdravotníctva sa ale zatiaľ využíva v obmedzenej miere. V kontexte slovenského zdravotníctva nie je vytvorený koncept a supervízia nie je legislatívne ukotvená. Vzhľadom k tomu je dôležité podpovať rozširovanie supervízie aj do slovenského zdravotníctva (Popovičová, 2023).

Cieľ výskumu

O supervízii v zdravotníctve sme nenašli žiadny relevantný výskum. Možno aj z toho dôvodu sme sa rozhodli preskúmať problematiku supervízie pre sestry vo zdravotníckych zariadeniach. Vychádzajúc z hlavného cieľa sme si určili nasledujúce parciálne ciele:

- Zistiť, či dĺžka praxe respondentov súvisí s ich predošlou skúsenosťou so supervíziou
- Zistiť, či sestry s dlhšou praxou poukazujú na dôležitosť supervízie viac ako pracovníci s kratšou praxou.
- Zistiť, či záujem respondentov o supervíziu súvisí s ich predošlou skúsenosťou

Charakteristika súboru

Výskumu vzorku tvorili sestry pracujúce v zdravotníckych zariadeniach. Pre zber dát sme si zvolili dotazník vlastnej konštrukcie. V rámci výskumu sme rozdali 350 dotazníkov. Kompletne vyplnených sa nám vrátilo 321 dotazníkov, teda návratnosť bola 91,72%. Výsledky dotazníka boli štatisticky spracované v tabuľkovom procesore Microsoft Excel 2016. K vyhodnoteniu hypotéz sme použili chí kvadrát test

Tabuľka 1 Vzdelanie respondentov

	n	%
Stredoškolské s maturitou	93	28,9719626
vysokoškolské I.st. (Bc.)	162	50,4672897
vysokoškolské II. st. (Mgr.)	63	19,6261682
vysokoškolské III. st. (PhD.)	3	0,93457944
Spolu	321	100

Väčšina opýtaných sestier 162 (50,47%) má ukončené vysokoškolské vzdelanie 1. stupňa . Ďalšou najpočetnejšou skupinou v rámci vzdelania boli sestry so stredoškolským vzdelaním 93 (28,97%). Vysokoškolské vzdelanie druhého stupňa má ukončených 63 (19,63%). 3 (0,93%) sestry uviedli, že majú ukončené vysokoškolské vzdelanie III. st. (PhD.).

Tabuľka 2 Rozloženie súboru podľa dĺžky praxe sestier

	n	%
menej ako 1 rok	96	29,90654
1 až 15 rokov	87	27,1028
viac ako 15 rokov	138	42,99065
Spolu	321	100

Vo výskumnom súbore sú najviac zastúpené sestry, ktoré pracujú v nemocnici viac ako 15 rokov 138 (42,99%). Ďalšou najpočetnejšou skupinou boli sestry pracujúce menej ako 1 rok, bolo ich 96 (29,91%). Najmenej boli zastúpené sestry, ktoré pracovali v zdravotníckom zriadení 1 až 15 rokov 87 (27,10%).

Tabuľka 3 Supervízia počas odbornej praxi respondentov

	n	%
áno	98	30,5296
nie	223	69,4704
spolu	321	100

98 (30,53%) sestier sa počas svojej odbornej praxi už stretli so supervíziou. Naopak 223 (69,47%) sestier sa počas svojej odbornej praxi ešte nestretlo so supervíziou.

Tabuľka 4 Subjektívny názor respondentov na dôležitosť supervízie

	n	%
áno	150	46,72897
nie	73	22,74143
neviem	98	30,5296
spolu	321	100

V tabuľke 4 uvádzame subjektívny názor sestier, či supervízia je potrebná. Až 150 (46,73%) sestier uviedlo, že supervízia je v práci potrebná, 73 (22,74%) sestier uvádza, že nie. Nevedelo sa vyjadriť 98 (30,52%) sestier.

Tabuľka 5 Záujem sestier o supervíziu

	n	%
áno	166	51,7134
nie	155	48,2866
spolu	321	100

166 (51,71%) sestier má záujem o supervíziu. 155 (48,29%) sestier sa vyjadrilo, že nemá záujem o supervíziu.

Analýza výsledkov výskumu

Hypotéza 1

Predpokladáme, že dĺžka praxe respondentov súvisí s ich predošlou skúsenosťou so supervíziou

Tabuľka 6 Pozorované a očakávané hodnoty dĺžky praxe respondentov a predošlou skúsenosťou so supervíziou

pozorované frekvencie	predošlá skúsenosť so supervíziou		
Dĺžka praxe	áno	nie	spolu
menej ako 1 rok	13	83	96
1 až do 15 rokov	29	58	87
viac ako 15 rokov	56	82	138
spolu	98	223	321
očakávané frekvencie	predošlá skúsenosť so supervíziou		
Dĺžka praxe	áno	nie	spolu
menej ako 1 rok	29,3084	66,6916	96
1 až do 15 rokov	26,5607	60,4393	87
viac ako 15 rokov	42,1308	95,8692	138
spolu	98	223	321
p hodnota	4,64E-05		
chí test	19,95714675		
df	2		

V hypotéze 1 sme vyhodnotili na základe demografickej položky dĺžka praxe respondentov s ich predošlou skúsenosťou so supervíziou. Počet stupňov voľnosti $df = 2$, hraničný Chí kvadrát pri zvolenej signifikancii je 5,99. Nakoľko vypočítaná hodnota Chí kvadrátu je vyššia ($\chi^2 = 19,95714675$) a vypočítaná pravdepodobnosť $p = 4,64E-05$ je podstatne nižšia ako zvolená signifikancia 0,05, tvrdíme, že máme dost' podkladov na zamietnutie nulovej hypotézy. Tvrdíme teda, že dĺžka praxe respondentov súvisí s ich predošlou skúsenosťou so supervíziou. Najpočetnejšou skupinou boli sestry s praxou viac ako 15 rokov, ktoré mali skúsenosťou so supervíziou.

Hypotéza 2

Predpokladáme, že sestry s dlhšou praxou poukazujú na dôležitosť supervízie viac ako pracovníci s kratšou praxou.

Tabuľka 7 Pozorované a očakávané hodnoty dĺžky praxe respondentov a subjektívnym vnímaním supervízie

pozorované frekvencie	subjektívny názor na dôležitosť supervízie			
Dĺžka praxe	áno	nie	neviem	spolu
menej ako 1 rok	24	41	31	96
1 až do 15 rokov	50	11	26	87
viac ako 15 rokov	76	21	41	138
spolu	150	73	98	321
očakávané frekvencie	subjektívny názor na dôležitosť supervízie			
Dĺžka praxe	áno	nie	neviem	spolu
menej ako 1 rok	44,8598	21,8318	29,3084	96
1 až do 15 rokov	40,6542	19,785	26,5607	87
viac ako 15 rokov	64,486	31,3832	42,1308	138
spolu	150	73	98	321
p hodnota	1,01434E-07			
chí test	38,20964			
df	4			

Hraničný Chí kvadrát pri zvolenej signifikancii a vypočítaných stupňoch voľnosti je podľa kontingenciej tabuľky 9,49. V našom prípade je vypočítaný Chí kvadrát ($\chi^2 = 38,20964$) väčší ako tabuľková hodnota df. Vypočítaná p hodnota 1,01434E-07 je hlboko pod zvolenou signifikanciou 0,05, na základe výsledkov testovania môžeme zamietnuť nulovú hypotézu a prijať alternatívnu hypotézu. To znamená, že sestry s dlhšou praxou poukazujú na dôležitosť supervízie viac ako pracovníci s kratšou praxou.

Hypotéza 3

Predpokladáme, že záujem respondentov o supervíziu súvisí s ich predošlou skúsenosťou

Tabuľka 8 Pozorované hodnoty medzi záujmom sestier o supervíziu a ich predošlou skúsenosťou so supervíziou

pozorované frekvencie	záujem o supervíziu		
skúsenosťou so supervíziou	áno	nie	spolu
áno	88	10	98
nie	78	145	223
spolu	166	155	321
očakávané frekvencie	záujem o supervíziu		
skúsenosťou so supervíziou	áno	nie	spolu
áno	50,67912773	47,32087227	98
nie	115,3208723	107,6791277	223
spolu	166	155	321

p hodnota	1,40926E-19
chí test	81,93094
df	1

Vzhľadom k vypočítanej hodnote chi kvadrátu sme zistili, že záujem respondentov o supervíziu súvisí s ich predošlou skúsenosťou. Hodnota chi kvadrátu je vyššia ($\chi^2 = 81,93094$) ako tabuľková hodnota pre 1 df stupeň voľnosti, čo vyjadruje závislosť medzi premennými. Taktiež p hodnota 1,40926E-19, ktorá je hlboko pod hladinou významnosti 0,05 nám nasvedčuje súvis medzi jednotlivými položkami.

Diskusia

Supervízia je mladá vedná disciplína, ktorá sa pomaly udomácňuje v rôznych pracovných profesiách. Aplikovanie do praxe je trochu spomalené nevedomosťou alebo nesprávnym porozumením samotnej supervízie. Uvedomenie si prínosu supervízie, je prvým krokom k úspechu celého procesu. V supervízií ide o určitý vzťah, na ktorý treba byť pripravený a otvorený. Často nereálne očakávania zmaria výsledok supervízie. Správne načasovanie a vysvetlenie cieľu supervízie, môže byť prínosné nie len pre pracovníkov, nadriadeného, ale aj pre celú organizáciu. Vzhľadom k tomu, sme v našom výskume zisťovali, či sestry v ošetrovateľskej praxi poznajú pojem supervízia a či by mali záujem uplatnenia supervízie v ošetrovateľstve. Výskumu vzorku tvorilo 321 sestier pracujúcich v zdravotníckych zariadeniach. Väčšina opýtaných sestier 162 (50,47%) malo ukončené vysokoškolské vzdelanie 1. stupňa. Vo výskumnom súbore boli najviac zastúpené sestry, ktoré pracujú v nemocnici viac ako 15 rokov 138 (42,99%). V našom výskume sme zistili, že dĺžka praxe respondentov súvisí s ich predošlou skúsenosťou so supervíziou. Taktiež našim výskumom sme zistili, že sestry s dlhšou praxou poukazujú na dôležitosť supervízie viac ako sestry s kratšou praxou a väčšina sestier má záujem o supervíziu. Zo zahraničných štúdií vyplýva, že pre každodennú prax sestier má supervízia pozitívny prínos. Je jedným z nástrojov starostlivosti o zamestnancov, bráni syndrómu vyhorenia a zvyšuje celkovú pracovnú spokojnosť. Taktiež deklaruje rozvoj komunikačných schopností, čo je prínosom v procese starostlivosti o pacientov (Nielsen, H. G. et al. 2013). Komplexný výskum supervízie v ošetrovateľskej praxi realizoval Brunero (2008), ktorý porovnal výsledky 22 štúdií. Porovnával vplyv supervízie na rast profesijných zodpovedností, aké sú vedomosti a zručnosti sestier ovplyvnené supervíziou a kolegiálnu podporu. Výsledky výskumu vyzdvihujú najmä podpornú funkciu supervízie. Konštatoval, že supervízia je práve pomocou podpornej funkcie pre sestry profesijnou oporou, prináša úľavu od stresu a na druhej strane aj rozvoj zručností a znalostí (Brunero, 2008). Faktom je, že sa sestry v ošetrovateľskej praxi stretávajú s vysokým stupňom emočného nasadenia. Z tohto dôvodu je vhodné, aby sa na pracovisku vykonávali určité intervencie slúžiace na zmiernenie stresu a napätia. Jednou z možností, ktorá vedie k emocionálnej podpore je práve uplatňovanie supervízie. Tento proces nielenže zlepšuje celkovú pohodu a spokojnosť u sestier, ale taktiež im napomáha pri rozvoji odborných vedomostí a zručností. Tento proces nielenže zlepšuje celkovú pohodu a spokojnosť u sestier, ale taktiež im napomáha pri rozvoji odborných vedomostí a zručností (Babečka, Višňovcová, 2021).

Záver

Práca v pomáhajúcich profesiách, teda profesiách pracujúcich s ľuďmi a pre ľudí, je jednou z najnáročnejších a najzodpovednejších. Na pracovníkov sú kladené vysoké nároky v oblasti vedomostí, zručností, schopností a kompetencií. Medzi náročne a zodpovedne profesie patrí povolanie sestry. Sestry sa časom môžu dostať do situácií, s ktorými si už sami nevedia poradiť, môže dôjsť k vyčerpaniu životnej energie a optimizmu, k strate záujmu vykonávať svoju prácu. Faktory, ktoré takto negatívne dopadajú na sestry môžu časom dospieť až k profesionálnemu zlyhaniu, či syndrómu vyhorenia. Supervízia v ošetrovatelstve má potenciál priniesť benefity pre sestry súvisiace s poskytovaním poradenstva, má však vplyv aj na ich odborný a profesionálny rast. Supervízia je pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti dôležitá, mala by predstavovať bezpečný priestor, kde môžu supervidované sestry vyjadriť svoje obavy, možno aj neúspechy z pohľadu ich pozície. Dôležité je dostávať spätnú väzbu na svoju prácu, ktorá povedie na zlepšenie a zefektívnenie poskytovaných služieb, čo má vplyv aj na rozvoj celého zdravotníckeho zariadenia. Supervízia v zdravotníckych zariadeniach, by mala byť poskytovaná všetkým pracovníkom od najvyšších pozícií až po radové zamestnanca. V supervízii vidíme veľký prínos nielen pre sestry ale ostatných zdravotníckych pracovníkov v profesijnom rozvoji. Supervízia je priestor, kde sa môže učiť z vlastných postupov, chýb, nezvládnutých situáciách, v tom je najväčší priestor na skvalitnenie práce. Z tohto dôvodu je vhodné, aby sme na pracovisku umožňovali nielen sestrám ale aj iným zdravotníckym pracovníkom účasť na supervízií, ako preventívne opatrenie pre elimináciu syndrómu vyhorenia, oboznámovali sestry s prínosom supervízie, organizovali workshopy, prednášky a školenia o supervízií. Vytvorili podmienky pre zavedenie a realizáciu supervízie do zdravotníckych zariadení. Vzhľadom k tomu, že supervízia je predovšetkým realizovaná v zdravotníctve v zahraničí, na Slovensku nie je zatiaľ upravená žiadnym zákonom ani vyhláškou, z toho dôvodu je potrebné aplikovať supervíziu do zákona.

BIBLIOGRAFIA

BABEČKA, J., VIŠŇOVCOVÁ, E. 2021. Faktory ovplyvňujúce ošetrovateľskú starostlivosť o seniora v terminálnom štádiu ochorenia. In: Zdravotnícke štúdie [textový dokument (print)]: vedecko-odborný časopis Fakulty zdravotníctva Katolíckej univerzity v Ružomberku. – Ružomberok (Slovensko): Katolícka univerzita v Ružomberku. Fakulta zdravotníctva. – ISSN 1337-723X. – Roč. 13, č. 1 (2021), s. 3-6.

BARKASI, D. 2018. Supervision in social counseling. In: HUNYADIOVÁ, S., BUJDOVÁ, N. Supervision days in 2017. Uzhorod: LIRA PRINT Uzhorod, 2018. ISBN 978-617-7692-00-2, s. 34 – 53.

BRUNERO, S. 2008 The effectiveness of clinical supervision in nursing: an evidenced based literature review. [online] Australian Journal of Advanced Nursing. 2008, vol. 25, no. 3., p. 86-94.

HUNYADIOVÁ, S., BÁRTA, R., HUNYADI, S., CZEBRİK, M. 2013. Supervízia individuálnych plánov v zariadeniach pre seniorov In Zborník vedecko výskumných prác, Srbsko, Báčsky Petrovac: Interdisciplinárna spolupráca v pomáhajúcich profesiách v kontexte starostlivosti o seniorov. Vydavateľstvo Srbsko Nový Sad: Pharm advice plus. ISBN -978-86-82536-01-7. str. 154-170.

NIELSEN, H. G. et al. 2013. Group supervision for general practitioners: case study. In *Quality in Primary Care*. 2013, 21 (1), p.17-22.

POPOVIČOVÁ, M., BELOVIČOVÁ, M., SNOPEK, P. 2023. Význam supervízie pre sestry pracujúce v zdravotníckych zariadeniach. In *Zdravotnícke štúdie – vedecký recenzovaný časopis*. ISSN 1337-723X, 2023, ročník XV, číslo 1, s. 27-31.

SCHAVEL, M., TOMKA, M. 2010. Základy supervízie a supervízia v praktickej výučbe v sociálnej práci. Vydavateľ Bratislava: Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety. 2010. 193s. ISBN 9788089271870.

ŠPIRUDOVÁ, L. 2015. Doprovázení v ošetrovatelství II. Praha: Grada Publishing a.s., 2015. 144 s. ISBN 978-80-247-9965-0.

VENGLÁŘOVÁ, M. et al. 2013. Supervize v ošetrovateľskej praxi. 1 vyd. Praha: Grada, 2013. 100 s. ISBN 978-80-247-4082-9.

WITTICH, A. 2004. Supervision in der Krankenpflege Formative Evaluation in einem Krankenhaus der Maximalversorgung: dizertačná práca. Albert-Ludwigs Universität zu Freiburg.Br., Philosophischen Fakultäten, 2004, 246p.

Kontakt:

doc. PhDr. Mária Popovičová, PhD., MBA, mim. prof.
VŠZaSP sv. Alžbety Bratislava
e-mail: maria.popovic911@gmail.com

SOCIÁLNA PRÁCA V ZDRAVOTNÍCTVE – SÚČASNOSŤ A PERSPEKTÍVA V SLOVENSKEJ REPUBLIKE

SOCIAL WORK IN HEALTHCARE – PRESENT AND PERSPECTIVE IN SLOVAK REPUBLIC

Popovičová, M.¹, Barkasi, D.¹

¹*Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave, n. o.
Inštitút bl. Metoda Dominika Trčku Michalovce*

Abstrakt

Úvod: Sociálna práca vykonávaná v zdravotníctve, teda medicínsky orientovaná sociálna práca sa venuje aspektom pobytu pacientov v nemocnici, ich kontaktom s rodinou a spoločnosťou. Je neoddeliteľnou súčasťou liečebno-preventívnej starostlivosti, pričom dopĺňa medicínsku a ošetrovateľskú starostlivosť. Vzhľadom k tomu, sme sa v príspevku venovali postaveniu a činnostiam sociálneho pracovníka v zdravotníckom zariadení z pohľadu sestier.

Metódy: Pre získanie potrebných informácií sme využili existujúcu dostupnú odbornú literatúru a neštandardizovaný dotazník. Výskum bol realizovaný v zdravotníckych zariadeniach. Respondentmi výskumu bolo 273 sestier. K vyhodnoteniu štatistických dát sme použili procesor Microsoft Excel 2016.

Výsledky: Z výsledkov výskumu vyplýva, že sociálne problémy pacienta sťažujú sestrám prácu. Majú obmedzenú možnosť venovať sa sociálnym problémom pacienta. V súvislosti so sociálnymi problémami pacientov sestry uvádzali, že komunikujú s pacientom o sociálnych problémoch, spolupracujú s rodinou pacienta. Taktiež sa im navýšila administratívna činnosť a spolupráca s pomáhajúcimi inštitúciami. Sestry uvádzajú potrebu sociálneho pracovníka v zdravotníckom zariadení.

Záver: Úloha sociálnych pracovníkov pôsobiacich v zdravotníckych zariadeniach je na Slovensku málo diskutovanou témou a je jej venovaná nízka pozornosť. Prepojenie sociálnej a zdravotnej oblasti sa stále ešte len vyvíja, čo sa prejavuje doposiaľ nejednoznačným vymedzením povolania sociálneho pracovníka v zdravotníctve, ktorý sa nachádza práve na pomedzí týchto dvoch oblastí.

Kľúčové slová:

Sestra. Sociálny pracovník. Zdravotnícke zariadenie. Pacient. Choroba.

Abstract

Introduction: Social work performed in the healthcare sector, i.e. medically oriented social work, deals with aspects of patients' stay in hospital, their contact with family and society. It is an integral part of curative and preventive care, while it complements medical and nursing care. Due to this, in the contribution, we paid attention to the position and activities of the social worker in a health facility from the point of view of nurses.

Methods: To obtain the necessary information, we used existing available professional literature and a non-standardized questionnaire. The research was carried out in medical facilities. The research respondents were 273 nurses. We used the Microsoft Excel 2016 processor to evaluate the statistical data.

Results: The results of the research show that the patient's social problems make it difficult for nurses to work. They have a limited opportunity to attend to the patient's social problems. In connection with the patients' social problems, the nurses stated that they communicate with the patient about social problems, they cooperate with the patient's family. They also increased

their administrative activity and cooperation with supporting institutions. Nurses state the need for a social worker in a medical facility.

Conclusion: The role of social workers working in healthcare facilities is a rarely discussed topic in Slovakia and little attention is paid to it. The connection between the social and health fields is still developing, which is manifested by the hitherto ambiguous definition of the profession of a social worker in the health sector, which is located precisely on the border between these two fields.

Keywords:

Nurse. Social worker. Medical facility. Patient. Disease.

Úvod

Sociálna práca v zdravotníctve je komplexný odbor, ktorý sa týka mnohých aspektov zdravotnej starostlivosti, vrátane psychosociálnych hodnôt pacientov, etiky v medicíne, spravodlivého prístupu k zdravotným službám, a komplexného riadenia komplikovaných prípadov. Je to odbor, ktorý si vyžaduje nielen odborné vedomosti, ale aj empatiu, schopnosť riešiť zložité ľudské situácie a schopnosť efektívne spolupracovať so zdravotníckym personálom a ďalšími odborníkmi. Sociálna práca v zdravotníctve predstavuje v našich podmienkach čoraz dôležitejšiu a využívanjšiu službu, prostredníctvom ktorej sa v zdravotníckych zariadeniach poskytuje pacientom doplnujúci servis, na realizáciu ktorého nemajú zdravotnícki pracovníci dostatočné časové či kompetenčné kapacity. So stúpaním dopytu po činnosti sociálnych pracovníkov v zdravotníctve sa však v našich podmienkach vyvíja prestíž a dôležitosť tohto povolania veľmi neadekvátne. Postaveniu sociálnych pracovníkov sa často pripisuje pomerne slabá rola v rámci multidisciplinárneho tímu. Sociálna a zdravotná starostlivosť v zdravotníckych zariadeniach je rozmanitou oblasťou, ktorá si kladie za cieľ pomôcť chorému, ktorý je hospitalizovaný v zdravotníckom zariadení, prekonať jeho nepriaznivú sociálnu a zdravotnú situáciu, ktorú nie je schopný riešiť vlastnými silami, pomocou vlastnej rodiny alebo svojich blízkych. V tomto okamihu sa otvára priestor na poskytnutie pomoci od zdravotného personálu a sociálneho pracovníka ako profesionála poskytujúceho komplexnú zdravotnú a sociálnu starostlivosť, ktorý umožňuje svojim klientom plnohodnotne saturovať ich sociálne potreby v súvislosti s ich ochorením. V súčasnosti tiež dochádza k vzniku nových sociálnych problémov, ktoré vyžadujú potrebu prítomnosti sociálneho pracovníka v zdravotníckom zariadení, ktorý sa na starostlivosti o klienta podieľa s ďalšími odborníkmi v rámci multidisciplinárneho tímu. Faktom však je, že prepojenie sociálnej a zdravotnej oblasti sa stále ešte len vyvíja, čo sa prejavuje doposiaľ nejednoznačným vymedzením povolania sociálneho pracovníka v zdravotníckom zariadení, ktorý sa nachádza práve na pomedzí týchto dvoch oblastí.

Sociálne dôsledky choroby

Choroba alebo aj ochorenie je porucha telesných, kognitívnych, sociálnych alebo psychických funkcií organizmu, ktoré negatívne ovplyvňujú jeho výkonnosť. V závislosti od svojej závažnosti môže u človeka meniť priority v jeho živote (Ivanková, Bárta, 2023). Krátkodobé, dlhodobé ale aj chronické ochorenia môžu do života človeka priniesť nové sociálne podmienky:

- pracovná neschopnosť a problémy so zdravotným postihnutím,
- u detí a mládeži absencia školskej dochádzky,
- zvýšenie nákladov na opateru a prevenciu,
- zvýšenie nákladov na liečbu, výživu a návštevu u lekárov s rôznym zameraním,
- zhoršenie komunikácie a spolunažívania v sociálnom prostredí pacienta, resp. klienta (Kareln et al., 2016)

Sociálne dôsledky chorôb sú rôzneho charakteru, napr.:

- chorý jedinec sa prestane stýkať so spoločnosťou, izoluje sa,
- začne inak tráviť voľný čas,
- môže sa začať menej o seba starať,
- jeho bývanie môže prejsť do horšieho stavu,
- obmedzí komunikáciu sveskerým okolím atď (Kuzníková a kol., 2011).

Aby sa vyšlo vyššie spomenutým sociálnym dôsledkom a aj mnohým iným, je dôležité, aby sa s chorým pacientom, resp. klientom, pracovalo veľmi komplexne a využili sa schopnosti multidisciplinárneho tímu.

Vymedzenie sociálnej práce v systéme zdravotnej starostlivosti Slovenskej republiky

Sociálna práca a zdravotná starostlivosť sú u nás vnímané a posudzované ako dva samostatné rezorty. Poskytovanie sociálnych služieb a zdravotnej starostlivosti sa riadi odlišnými pravidlami rozdielnymi zákonmi v pôsobnosti dvoch rôznych ministerstiev zdravotníctva zvlášť a sociálnych vecí zvlášť. Tieto sú aj financované z rozdielných zdrojov. Kým zdravotnú starostlivosť hradia zdravotné poisťovne, sociálne služby sú financované z iných štátnych a neštátnych zdrojov. Rovnako tak existujú dva druhy zariadení zariadenia poskytujúce sociálne služby a zdravotnícke zariadenia. Tieto majú rozdielne princípy, metódy, diagnostické a terapeutické postupy a formy práce. Aj keď sociálna a zdravotná diagnóza sú odlišné, majú mnoho spoločných znakov a aj ich ciele sú často totožné. Spoločným menovateľom oboch týchto samostatných odborov je však jeden subjekt: občan, klient, pacient, poistenec, prijímateľ služby, rezident – jedným slovom človek. Záujmom oboch sektorov sociálneho i zdravotného je poskytnúť človeku pomoc v núdzi, v ktorej sa ocitol a zvyšovať kvalitu jeho zdravia a života. V týchto súvislostiach sa rozdelenie rezortov zdravotníctva a sociálnych vecí u nás javí v protiklade s potrebami občana človeka, aj keď ich spolupráca sa nevyklučuje. Naopak spolupráca je v mnohých prípadoch potrebná a žiaduca, ak má byť ich pôsobenie účinné a má priniesť želaný výsledok (Matoušek, 2005). K hlavným činnostiam sociálneho pracovníka v zdravotníctve zaraďujeme:

- Vykonávanie sociálnej prevencie, vrátane depistážnej činnosti, zameranej na ciele a včasné vyhľadávanie jedincov, ktorí sa v dôsledku svojej choroby alebo choroby blízkych osôb môžu ocitnúť alebo sa už ocitli v nepriaznivej sociálnej situácii.
- Vykonávanie sociálneho šetrenia u pacientov a posudzovanie životnej situácie pacienta vo vzťahu k ochoreniu alebo k jeho následkom, podľa potreby objektivizovať rozbor sociálnej situácie návštevou službou v rodinách, tiež vykonávanie šetrenia na základe spolupráce s orgánmi verejnej správy, poprípade ďalšími subjektmi a o zisteniach spracovávať správu o posúdení životnej situácie pacienta.
- Vytváranie plánu psychosociálnej intervencie do životnej situácie pacienta, vrátane rozsahu, druhu a potreby sociálnych opatrení, v spolupráci s ostatnými zdravotníckymi pracovníkmi a tieto opatrenia následne realizovať.
- Zaisťovanie sociálnoprávneho poradenstva vo vzťahu k ochoreniu a k jeho následkom, pričom môže ísť napríklad o poradenstvo v oblasti dôchodkového, sociálneho zabezpečenia, o možnosti následnej starostlivosti, ako je domáca, ústavná, ošetrovateľská starostlivosť, prípadne poradenstvo v oblasti získavania ortopedických a kompenzačných pomôcok.

- Zúčastňovanie sa integrácie pacienta, ktorý takú pomoc potrebuje v dôsledku chýbajúcich fyzických, psychických alebo sociálnych schopností, prípadne narušených sociálnych vzťahov alebo iných prekážok pri návrate do spoločenského prostredia. Vykonávanie činnosti pri príprave a organizácii rekondičných pobytov, pri príprave prepustenia pacienta vrátane zaistenia jeho ďalšej starostlivosti a služieb.
- Spolupracuje s orgánmi miestnej štátnej správy a samosprávy, s orgánmi sociálneho zabezpečenia, spolupracuje so zariadeniami sociálnych služieb, s orgánmi činnými v trestnom konaní, s neštátnymi subjektmi, svojpomocnými združeniami, tretím sektorom, charitou a s inými zdravotníckymi zariadeniami
- Aktívne spolupracuje s celým tímom zdravotníckych pracovníkov a iných pracovníkov v zdravotníctve
- V prípade úmrtia pacienta vykonávať odborné poradenstvo v sociálnej oblasti, prípadne pri osamelých zomretých pacientoch zabezpečiť záležitosti spojené s úmrtím (Arnoldová, 2016).

Sociálny a zdravotný systém predstavujú dve kľúčové súčasti fungujúcej spoločnosti. Sociálny systém sa zameriava na zabezpečenie podpory a ochrany pre občanov vo viacerých oblastiach, vrátane sociálnej pomoci, dôchodkového systému a podpory pre zraniteľné skupiny. Zdravotný systém, na druhej strane, je zodpovedný za poskytovanie zdravotnej starostlivosti a liečebných služieb pre obyvateľstvo. Tieto dva systémy často spolupracujú a prelínajú sa, pretože zdravotné problémy môžu mať sociálne dôsledky a naopak (Vaverčáková a kol., 2018).

Cieľ výskumu

Medicínsky orientovaná sociálna práca je práca s chorými, s členmi ich rodín a s prostredím klienta, do ktorého môžeme zaradiť aj inštitúcie, ktoré sa spolupodieľajú na riešení ťaživej zdravotnej a sociálnej situácie. V súčasnosti dochádza k vzniku nových sociálnych problémov, ktoré vyžadujú potrebu prítomnosti sociálneho pracovníka v zdravotníckom zariadení, ktorý sa na starostlivosti o pacienta podieľajú s ďalšími odborníkmi v rámci multidisciplinárneho tímu.

Vzhľadom k tomu, hlavným cieľom nášho výskumu bolo zistiť:

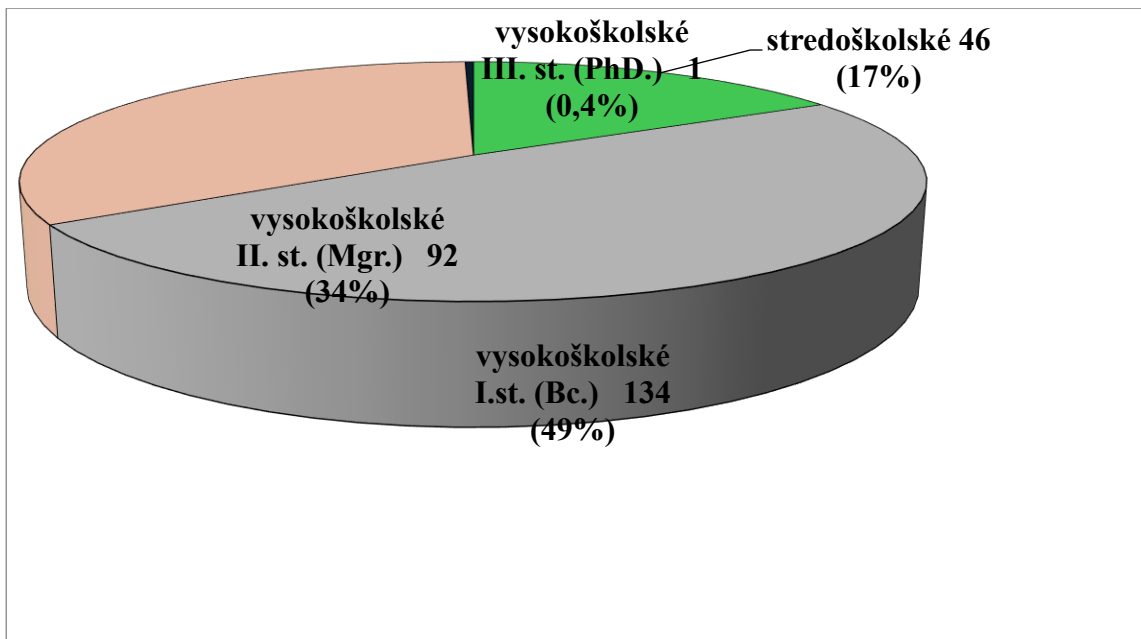
Zmapovať postavenie sociálneho pracovníka v zdravotníckom zariadení z pohľadu sestier.

Na základe hlavného cieľa sme stanovili parciálne ciele výskumu:

- Zistiť dopady sociálnych problémov pacienta na prácu sestier.
- Zmapovať činnosti, ktoré pribudnú sestrám za neprítomnosti sociálneho pracovníka
- Zistiť, ako hodnotia sestry spoluprácu so sociálnym pracovníkom v zdravotníckych zariadeniach.

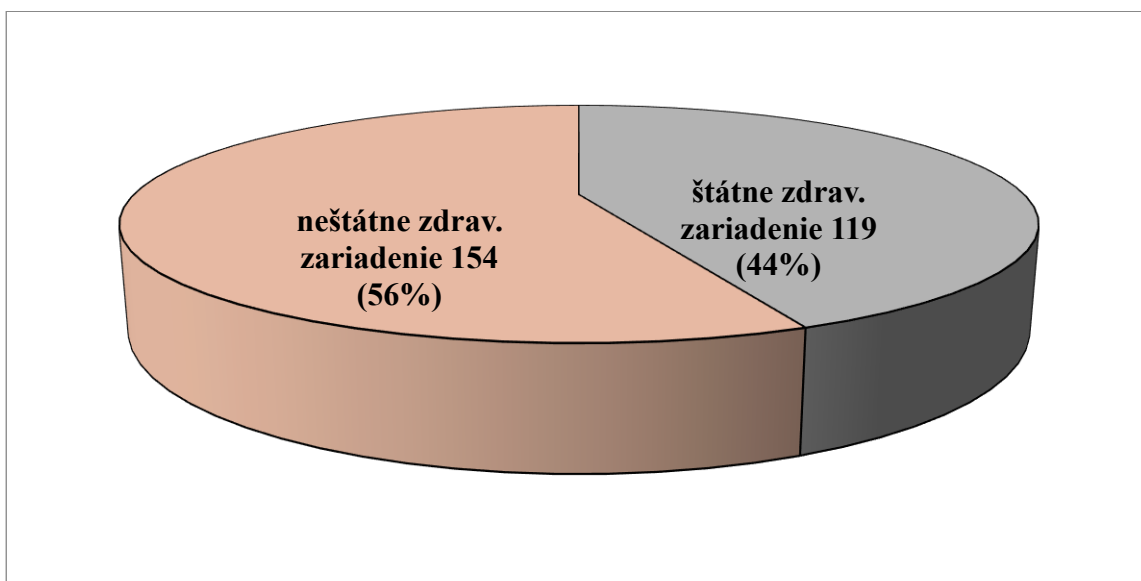
Charakteristika súboru

Výskumu vzorku tvorili sestry pracujúce v rôznych zdravotníckych zariadeniach. V rámci výskumu bolo spracovaných 273 dotazníkov vlastnej konštrukcie. Výsledky dotazníka boli štatisticky spracované v tabuľkovom procesore Microsoft Excel 2016. Prvé otázky výskumu boli zamerané na zisťovanie demografických údajov. V prvej otázke nás zaujímalo vzdelanie respondentov.



Graf 1 Vzdelanie respondentov

Vo výskumnom súbore mali najvyššie zastúpenie sestry so vysokoškolským vzdelaním I. stupňa 134 (49%). Sestry s magisterským vzdelaním tvorili 92 (34%) respondentov. Vo výskumnom súbore bolo 46 (17%) sestier so stredoškolským vzdelaním a iba jedna sestra mala vysokoškolské vzdelanie II. Stupňa (PhD.).



Graf 2 Zdravotnícke zariadenie respondentov

Z celkového počtu 273 (100,00 %) respondentov najpočetnejšiu kategóriu tvorili sestry pracujúce v súkromných zdravotníckych zariadeniach 154 (56%). 119 (44%) respondentov tvorili sestry pracujúce v štátnych nemocniciach.

Analýza štatistických dát

Otázka 1 Podľa Vás sociálne problémy pacienta sťažujú Vašu prácu?

Tabuľka 1 Názory sestier na negatívny vplyv sociálnych problémov pacienta na ich prácu

	n	%
áno	189	69,23
ani áno ani nie	56	20,51
nie	28	10,26
Spolu	273	100

Z respondentov 189 (69,23 %) je presvedčených, že sociálne problémy pacienta sťažujú ich prácu. Nevedelo sa vyjadriť 56 (20,51%) sestier. Podľa 28 (10,26) respondentov sociálne problémy pacientov nestážujú ich prácu.

Otázka 2 Máte možnosť hlbšie sa venovať sa sociálnym problémom pacienta?

Tabuľka 2 Možnosť sestier venovať sa sociálnym problémom pacienta

	n	%
áno	76	27,83
občas	134	49,09
nie	63	23,08
Spolu	273	100

Sociálnym problémom pacienta čiastočne má možnosť hlbšie sa venovať 76 (27,83%) respondentov. 134 (49,09%) respondentov má iba obmedzenú možnosť venovať sa sociálnym problémom pacienta a 63 (23,08%) vôbec nemá možnosť venovať sa týmto problémom.

Otázka 3 Ktoré činnosti Vám pribudnú v súvislosti so sociálnymi problémami pacienta za neprítomnosti sociálneho pracovníka v zdravotníckom zariadení? (môžete označiť viac možných odpovedí).

Tabuľka 3 Činnosti, ktoré pribudnú sestram za neprítomnosti sociálneho pracovníka

	n	poradie
Komunikácia s pacientom o sociálnych problémov	234	1.
Spolupráca s rodinou	218	2.
Administratívna činnosť	142	3.
Spolupráca s inštitúciami	31	4.
Žiadna	21	5.
Spolu	646	

Ak v zdravotníckom zariadení nie je prítomný sociálny pracovník, respondenti najpočetnejšiu odpoveď v súvislosti so sociálnymi problémami pacientov uvádzali, že komunikujú s pacientom o sociálnych problémov. Ďalšia najpočetnejšia odpoveď, ktorú sestry uvádzali bola, že spolupracujú s rodinou pacienta. Ďalej im pribudne povinnosť je aj administratívna činnosť a spolupráca s pomáhajúcimi inštitúciami.

Otázka 4 Podľa Vás riešenie sociálneho problému pacienta sestrou je pre pacienta postačujúce?

Tabuľka 4 Dostatočnosť riešenia sociálneho problému pacienta sestrami

	n	%
áno	23	8,43
ani áno ani nie	54	19,78
nie	196	71,79
Spolu	273	100

O tom, či riešenie sociálneho problému pacienta sestrami je pre pacienta postačujúce, uviedlo až 196 (71,79%) respondentov, že nie. K tejto problematike sa 54 (19,78%) respondentov vyjadrili ani áno ani nie. 23 (8,43%) respondentov, uviedlo, že riešenie sociálneho problému pacienta sestrou je pre pacienta postačujúce.

Otázka 5 Podľa Vás je potrebný sociálny pracovník v zdravotníckom zariadení?

Tabuľka 5 Potrebnosť sociálneho pracovníka v zdravotníckom zariadení

	n	%
áno	214	78,39
ani áno ani nie	38	13,92
nie	21	7,69
Spolu	273	100

Respondenti sa vyjadrovali aj ohľadom potreby sociálneho pracovníka v zdravotníckom zariadení. Podľa 214 (78,39%) respondentov je potrebné, aby sociálni pracovníci priamo pôsobili v zdravotníckych zariadeniach. Ani áno ani nie uvádzalo 38 (13,92%) respondentov. Negatívne stanovisko zaujalo 21 (7,69%) respondentov.

Otázka 6 Vo vašom zdravotníckom zariadení pôsobí sociálny pracovník?

Tabuľka 6 Prítomnosť sociálneho pracovníka v zdravotníckom zariadení

	n	%
áno	173	63,37
neviem	76	27,84
nie	24	8,79
Spolu	273	100

Zisťovali sme aj to, aké sú informácie sestier o pôsobení sociálneho pracovníka v zdravotníckom zariadení. 76 (27,84%) sestier nevedelo, či v ich zariadení pôsobí sociálny pracovník, 173 (63,37%) tvrdilo, že majú „vlastného“ sociálneho pracovníka a 24 (8,79%) uviedlo, že v ich zariadení nepôsobí sociálny pracovník.

Záver

V dnešnej postmodernej dobe sa vyskytuje stále viac medicínskych diagnóz, ktoré nie sú spôsobené biologickými, ale sociálnymi, alebo psycho-sociálnymi činiteľmi. Mnohé zdravotnícke zariadenia a ich personál často nepoznajú, alebo ignorujú sociálne príčiny vzniku rôznych ochorení a orientujú sa na odstránenie, vyliečenie príznakov choroby. Prevaha medicínskych prístupov a profesií, legislatívne „nastavenie“ zdravotníckeho systému prioritne zameraného na zdravotnícke výkony ako aj nedostatok finančných zdrojov vedú k nedoceneniu dôležitosti sociálnej práce, alebo jej úplnej absencii v zdravotníckych zariadeniach. Tento problém vidáme v mnohých zdravotníckych zariadeniach. Pacient zdravotníckeho zariadenia sa mnohokrát zbavuje svojho sociálneho problému iba na čas hospitalizácie, avšak jej ukončením jeho sociálny problém nekončí, ale pokračuje. Navyše samotná choroba – strata zdravia, hospitalizácia, či operácia môže byť záťažovou stresogénnou situáciou, ktorá ešte umocní pacientove problémy a vyvolá ďalšie komplikácie ako dlhodobá práceneschopnosť, nezamestnanosť, chudobu, psychologické problémy a pod. Komplexnosť zdravotnej starostlivosti v medicínskych disciplínach z uvedených viacerých dôvodov vyžaduje prepojenie spolupráce členov odborného tímu, do ktorého okrem zdravotníkov nepochybne patrí aj sociálny pracovník. Sociálna práca v zdravotníctve má v dnešnej dobe na Slovensku významnú úlohu a jej perspektívy do budúcnosti sú taktiež nesmierne dôležité. Analyzovaním súčasného stavu sme identifikovali viaceré aspekty, ktoré túto oblasť výrazne ovplyvňujú. Zistili sme, že sociálni pracovníci v zdravotníctve majú dôležitú úlohu v poskytovaní komplexnej starostlivosti pacientom.

Zoznam použitej literatúry

ARNOLDOVÁ, A. 2016. Sociální péče 2. díl. Praha, 2016. – 320 s., ISBN: 978-80-247- 5148.

IVANKOVÁ, V., BÁRTA, R., 2023. Manažment zabezpečenia zdravotnej a sociálnej starostlivosti pri plánovanom prepustení staršieho pacienta z ústavnej starostlivosti. Zborník vedecko výskumných prác s názvom „Inerdisciplinárna spolupráca v pomáhajúcich profesiách v kontexte starostlivosti o seniorov“. Srbsko.Báčsky Petrovec. ISBN 978-86-82536-01-7. s. 201

KARELN, M. A. – SPITZER, W. J. 2016. Social work practise in healthcare: Advanced approaches and emerging trends. California : SAGE Publications, 536 s. ISBN: 978- 148-

33532-03.

KUZNÍKOVÁ, I. 2011. Sociální práce ve zdravotnictví. Praha: Gradapublishing, 2011. 224 s. ISBN 978-80-247-3676-1.

MATOUŠEK, O. et al. 2005. Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi. 1.vyd. Praha: Portál. 2005. 352 s. ISBN 80-7367-002-X.

VAVERČÁKOVÁ M. – HROMKOVÁ M. 2018. Manažment v sociálnej práci. Trnava : Trnavská univerzita, 84 s. ISBN 978-80-568-0136-9.

Kontakt

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

VŠZaSP sv. Alžbety

Nám. 1 mája č. 1

811 06 Bratislava, Slovenská republika

E-mail: maria.popovic911@gmail.com

AGE MANAGEMENT VE ZDRAVOTNICTVÍ

AGE MANAGEMENT IN HEALTHCARE

Snopek Petr^{1,2}

¹*Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, Ústav zdravotnických věd*

²*Krajská nemocnice Tomáše Bati, a. s.*

Abstrakt

Age management ve zdravotnictví představuje klíčový koncept pro optimalizaci zdraví a péči o jednotlivce v různých věkových skupinách. Problematika zaměřená na proces stárnutí populace a následně pracovní schopnost člověka je stále aktuálnější a důležitější v době, kdy se pracovní svět mění rychlým tempem, a kdy minimálně demografický vývoj klade nové požadavky nejen na samotné zaměstnance, ale také na jejich zaměstnavatele. Pracovní kapacita (schopnost) není pouze fyzickou nebo mentální zdatností pro plnění pracovních úkolů, nýbrž zahrnuje širokou škálu faktorů, které ovlivňují pracovní výkonnost, spokojenost a celkovou dlouhodobou schopnost pracovního života. S ohledem na stárnutí současné pracovní síly v oblasti ošetrovatelství se musí vedoucí pracovníci angažovat v tvorbě strategií, které zajistí udržení stávající úrovně zaměstnanosti a zvýší dostupnost kvalifikovaných sester pro poskytování péče pacientům. Jedním z přístupů k udržení stávající úrovně poskytované péče a její kvality je implementovat specifické prvky Age managementu. To znamená adaptovat pracovní prostředí tak, aby odpovídalo potřebám a omezením spojeným se stárnutím pracovníků.

Klíčová slova

Age management. Zdravotnictví. Pracovní schopnost. Ošetrovatelství.

Abstract

Age management in healthcare represents a key concept for optimizing the health and care of individuals in different age groups. Issues focused on the process of aging of the population and, consequently, a person's ability to work are increasingly relevant and important at a time when the world of work is changing at a rapid pace, and when, at the very least, demographic developments place new demands not only on the employees themselves, but also on their employers. Work capacity (working ability) is not only the physical or mental ability to perform work tasks, but includes a wide range of factors that influence work performance, satisfaction and overall long-term ability to work life. With the current aging nursing workforce in mind, leaders must engage in strategies to maintain current employment levels and increase the availability of qualified nurses to provide patient care. One approach to maintaining the current level of care provided and its quality is to implement specific elements of age management. This means adapting the work environment to meet the needs and constraints of an aging workforce.

Keywords

Age management. Healthcare. Work ability. Nursing.

Úvod

Stárnutí pracovní síly představuje globální fenomén s výraznými dopady na jednotlivé země. Tento jev je důsledkem postupného zdokonalování zdravotnického systému během posledních 50 let, kdy došlo k rozvoji lékařské péče od prenatální fáze až po pozdní věk jednotlivců. Rostoucí proces stárnutí evropské populace však klade zvýšené nároky na prodloužení její aktivní účasti, zejména s ohledem na prodloužení pracovního života. Tento požadavek je v souladu s kontinuálním nárůstem průměrné délky života, což lze pozorovat v téměř všech zemích EU.

Jak uvádí řada výzkumných studií, stárnutí vede k několika změnám, které mohou být pozitivní nebo negativní. Zatímco některé aspekty, jako je moudrost, odbornost, strategické myšlení a úsudek, se obecně zlepšují s věkem, funkční schopnosti, jako jsou ty, které se týkají smyslové (např. zrak a sluch) fyzické oblasti (např. svalová síla a kostní, aerobní a srdeční funkce) mají tendenci klesat (Eurostat, 2020). Stárnutí populace lze dnes považovat za celosvětový fenomén. Důvodem je zlepšení kvality lidského života na zemi, a to díky zlepšení a zkvalitnění poskytování zdravotní péče (Barkasi, Bárta, 2022).

Globální pandemie také ovlivnila nedostatek zdravotnických pracovníků a projeví se ještě v následujících letech (Buchan et al., 2022). Navíc přibližně jedna třetina aktuálně pracujících sester odejde v příštích 10–15 letech do starobního důchodu. Sestry starší 50 let proto již tvoří velkou část světového ošetrovatelského personálu (Haddad et al., 2022).

Kolektiv autorů (2021) uvádí, že v roce 2005, se na pracovním životě v Evropské unii aktivně podílelo jen 42,3 % pracovní síly ve věku 55 až 65 let. Zapojení se do aktivního pracovního života však stále roste. V roce 2019, pro který jsou k dispozici nejnovější údaje ze zemí EU27, již pracovalo 62,3 % aktivního obyvatelstva. Míra zaměstnanosti starších lidí se však v jednotlivých evropských zemích výrazně liší. Zatímco v Nizozemsku a Německu je to již více než 70 %, v Maďarsku a na Slovensku pouze přibližně 60 %.

Demografické statistiky poskytují velké množství různých ukazatelů. Mezi charakteristické ukazatele se řadí střední délka života a průměrný věk. Průměrný věk je aritmetickým průměrem věku určité skupiny jedinců. Průměrný věk obyvatel České republiky podle Českého statistického úřadu ve vybraných letech uvádí tabulka 1.

Tab. 1 Průměrný věk v ČR ve vybraných letech 1 – zdroj ČSÚ

Rok	1921	1950	1980	2000	2005	2010	2013	2016	2019	2022
Průměrný věk ČR	30,1	34,0	35,4	38,8	40,0	40,8	41,5	42,0	42,5	42,6
Průměrný věk SK				35,98	37,41	38,73	39,6	40,37	41,06	41,62

Stárnutí ošetrovatelského personálu

Nejnovější projekce obyvatelstva České republiky do roku 2050, podle vypracované studie ČSÚ ukazuje, že bude počet osob starších 65 let intenzivně přibývat, počet dětí naopak ubývat. Podle střední varianty projekce odhadu dojde do roku 2050 k více než zdvojnásobení počtu obyvatel ve věku nad 65 let, přičemž u nejstarších osob, tj. nad 85 let, dojde dokonce k zpětinásobení jejich dosavadního počtu. U počtu dětí ve věku 0–14 let dojde k poklesu o více než jednu čtvrtinu. Přejít těchto ročníků do důchodového věku, ke kterému bude ve stále

větší míře docházet, bude znamenat nejen značnou zátěž pro zdravotnictví, systém starobních a invalidních důchodů, ale také přinese podstatné změny v situaci na trhu práce, zejména pak na straně zdrojů a nabídky pracovních sil na trhu práce (Král, 2018).

Sestry ať již všeobecné či praktické plní klíčovou roli a jsou nejpočetnější skupinou zaměstnanců v každém zdravotnickém zařízení. Jsou jedinečné v péči o pacienty a v provozu nemocnice. Sestry hrají klíčovou roli při řešení složitých případů, které vyžadují hospitalizaci a zároveň jsou prostředníky komunikace mezi lékaři a pacienty (Ivanková, 2023; Ivanková, Belovičová, 2021; Popovičová et al., 2017). Sestry čelí vysokému riziku pracovní únavy, pracovního stresu a problémům se spánkem. Je zřejmé, že tyto proměnné ve velké míře ovlivňují úroveň pracovní schopnosti každé sestry (Haile et al., 2019).

Stárnutí ošetrovatelského personálu představuje výzvu pro globální zdravotnický sektor a má výrazný dopad na kvalitu poskytované péče. Podle zprávy o Stavu Světového Ošetrovatelství (SOWN) je jedna z šesti sester na světě ve věku 55 let a více, a očekává se, že během následující dekády mnoho z nich odejde do penze (Buchan et al., 2020). Tento demografický trend vytváří několik klíčových výzev a může ovlivnit kvalitu péče poskytované pacientům.

Pracovní schopnost

Pracovní schopnost lze definovat jako určitou pohodu pracovníka v současnosti a v blízké budoucnosti a zároveň, jak bude schopen vykonávat svou práci, pokud jde o požadavky na úkoly a duševní i fyzické zdroje. Index pracovní schopnosti (WAI) vyvinutý výzkumníky z Finského institutu pracovního zdraví je běžně používaným nástrojem k hodnocení sebehodnocení pracovní schopnosti, myšlené jako schopnost pracovníka zvládat úkoly v danou chvíli podle jeho fyzického a fyzického stavu. Hlavním cílem realizace měření pracovní schopnosti je identifikace problematických oblastí pracovní schopnosti zaměstnanců, jejich podpora a udržení pracovní schopnosti v průběhu stárnutí zaměstnanců. Výsledkem závěrečného výpočtu je hodnota indexu WAI, která vyjadřuje pracovní schopnost zaměstnance na bodové škále 7–49 bodů. Čím je tato hodnota vyšší, tím je jeho pracovní schopnost hodnocena lépe. Pracovní schopnost je podle získaných bodů hodnocena jako špatná, průměrná, dobrá anebo vynikající (Age Management, 2023; Čeledová et al., 2014).

Age management jako způsob řízení faktorů pracovní schopnosti

V dnešním kontextu se řízení faktorů pracovní schopnosti stává stěžejním prvkem podpory ošetrovatelského personálu, zejména starších pracovníků. Age management, neboli řízení stárnutí, představuje komplexní přístup k optimalizaci pracovních podmínek pro starší pracovníky. Tento přístup je podporován několika klíčovými trendy a strategiemi.

Řízení zohledňující věkovou strukturu zaměstnanců zdůrazňuje, že při každodenním řízení by měly být brány v úvahu proměnné související s věkem, včetně pracovních úvazků a jednotlivých pracovních úkolů, aby každý bez ohledu na svůj věk cítil, že má možnost podílet se na dosahování vlastních a firemních cílů.

Podle Ilmarien (2012) řízení zohledňující věkovou strukturu zaměstnanců monitoruje následujících osm cílů:

- lepší informovanost o stárnutí.
- spravedlivé postoje ke stárnutí.

- řízení zohledňující věkovou strukturu jako jeden ze základních úkolů a povinností manažerů a nadřízených.
- řízení zohledňující věkovou strukturu jako součást politiky v oblasti lidských zdrojů.
- podpora pracovní schopnosti a produktivity.
- proces celoživotního učení.
- pracovní úvazky zohledňující věk.
- bezpečný a důstojný přechod do důchodu.

V rámci Age Managementu jsou implementována různá opatření a programy. Jednou z klíčových oblastí by měla být např. možnost nastavení „pružné“ pracovní doby, která umožňuje starším sestřím přizpůsobit své pracovní podmínky svým individuálním potřebám. To nejenže zlepšuje rovnováhu mezi pracovním a soukromým životem, ale také snižuje riziko pracovního vyhoření.

Důležitým prvkem Age Managementu je také mentoring a rozvojové programy, které podporují kontinuální profesní růst a zdokonalení dovedností. Tato opatření nejen posilují pracovní výkonnost, ale také přispívají k udržení pracovní motivace.

Další důležitou iniciativou je realizace programů na podporu zdraví, které poskytují nepřetržitou psychologickou podporu pracovníkům, podporují emocionální posilování a snižují negativní dopad požadavků na práci a pracovního stresu. Tyto výsledky potvrzují výsledky studie zahrnující psychology v brazilském státě Ceará, kteří pozorovali, že psychologická péče přispívá k podpoře zdraví pracovníků, a doporučují, aby instituce zaváděly iniciativy v oblasti zdraví pracovníků trvale, pravidelně a systematicky (Pedro et al., 2020). Prevence zdravotních problémů a podpora celkové pohody jsou klíčovými prvky Age Managementu, které přispívají k dlouhodobé pracovní schopnosti.

V praxi jsou tyto principy Age Managementu potvrzovány nejnovějšími výzkumy. Podle studie Smitha et al., (2022) měly organizace, které implementovaly komplexní Age Management strategie, nižší míru absentismu a vyšší pracovní spokojenost mezi starším ošetrovatelským personálem.

V roce 2016 vydala Evropská agentura pro bezpečnost a ochranu zdraví při práci (EU-OSHA) elektronickou příručku, která má přispět k provádění postupů Age managementu, které zahrnují: nábor starších pracovníků; přenos znalostí, školení a celoživotní učení; kariérní růst; pružná pracovní doba; podpora zdraví na pracovišti; řízení bezpečnosti a ochrany zdraví při práci; rotace a přesuny pracovních míst; odchod ze zaměstnání a přechod do penze.

Klíčovými osobami pro zavádění Age managementu v organizacích jsou personalisté či zaměstnanci oddělení lidských zdrojů, jejichž cílem je snaha o nastavení opatření pro udržení a rozvoj lidského potenciálu k výkonu (Novotný et al., 2014).

Podle nedávných výzkumů (Smith a kol., 2022; Jones, Miller, 2023; Wang, Chang, 2023) lze konstatovat, že Age Management není pouze konceptem, ale efektivním nástrojem pro optimalizaci pracovních schopností ošetrovatelského personálu. Tyto studie zdůrazňují nejen výhody tohoto přístupu, ale i konkrétní kroky, které lze podniknout pro dosažení pozitivních výsledků.

Závěr

Biologický věk nejen zdravotnických pracovníků se neustále zvyšuje, což má negativní dopad na pracovní schopnost. Tento stav není pouze důsledkem vysoké fyzické zátěže, kterou s sebou nese pracovní prostředí, ale je též ovlivněn intenzivními relačními požadavky spojenými s péčí o svěřené pacienty. Manažeři ve zdravotnictví jsou tak vyzýváni hledat efektivní řešení pro zvládnutí stárnutí pracovní síly a přijímat intervence, jež podporují zapojení i starších pracovníků. Tyto intervence by měly zahrnovat podporu flexibilních pracovních podmínek, možnost práce na částečný úvazek, sdílení pracovních pozic a ergonomická opatření, jež přispívají k lepší osobní i týmové efektivitě na pracovišti. Vedle konkrétních úprav pracovního prostředí je rovněž nezbytné řešit otázky plánování nástupnictví, aby byla zajištěna udržitelná budoucnost ošetrovatelství v období, kdy se rozsáhlá generace pracovníků připravují na odchod do penze.

Celkově lze konstatovat, že Age Management ve zdravotnictví není pouze krátkodobým řešením, ale strategií, která přináší dlouhodobé výhody. Péče o pracovníky v závislosti na jejich věku a individuálních potřebách není jen investicí do lidských zdrojů, ale klíčovým faktorem pro udržení kvality zdravotnických služeb v době stárnutí pracovní síly.

BIBLIOGRAFIE

AGE MANAGEMENT.2023.Index pracovní schopnosti. Online. Dostupné z: <https://www.agemanagement.cz/nastroj-na-mereni-pracovni-schopnosti-work-ability-index-1-0-wai/>

BARKASI, D., BÁRTA, R., 2022. Dôvody volby pobytovej formy v zariadeniach sociálnych služieb. Zborník vedecko výzkumných prác s názvom „Zdravotné a sociálne problémy seniorov v súčasnosti. Srbsko. Báčsky Petrovec. ISBN 978-86-82536-00-0. s. 21.

BUCHAN, J., CHARLESWORTH, A., GERSLICK, B., SECCOMBE, I. 2020. A critical moment: NHS staffing trends, retention and attrition. The Health Foundation.

BUCHAN, J., CATTON, H., SHAFFER, F. 2022. Sustain and retain in 2022 and beyond chief executive officer. International Council of Nurses. www.intlnursemigration.org

ČELEDOVÁ, L., BABKOVÁ, K., ROGALEWICZ V., ČEVELA, R. 2014. The Work Ability Index for persons aged 50+ as an instrument for implementing the concept of Age Management. Kontakt; 16(4): e242–e248; <http://dx.doi.org/10.1016/j.kontakt.2014.10.003>

EUROSTAT 2020. Health Workers in The EU by Age Group. [(accessed on 15 February 2022)]. Available online: https://ec.europa.eu/eurostat/documents/4187653/10321595/Health_workers_2019Q4-02.jpg/a4443889-9ae8-43bd-a47b-b45b44b21278?t=1586348190441

EVROPSKÁ AGENTURA PRO BEZPEČNOST A OCHRANU ZDRAVÍ PŘI PRÁCI (EU-OSHA) Zdravá pracoviště pro všechny věkové kategorie: podpora udržitelného pracovního života. Lucembursko: EU-OSHA; 2016. Dostupné z: https://www.hsa.ie/eng/News_Events_Media/News/European_Agency_for_Safety_and_Health_at_Work/Good_Practice_Awards/Healthy_Workplaces_for_All_Ages_-_Campaign_Guide.pdf.

HADDAD, L. M., ANNAMARAJU, P., TONEY-BUTLER, T. J. 2022. Nursing shortage. *British Medical Journal*, 3(5669), 534–535. <https://doi.org/10.1136/bmj.3.5669.534-e>

HAILE, K. K., ASMAKEW, S., WAJA, T., KERBIH, H. B. 2019. Shift work sleep disorders and associated factors among nurses at federal government hospitals in Ethiopia: a cross-sectional study. *BMJ open*, 9(8), e029802. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-029802>

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. Věkové složení obyvatel - základní věkové skupiny. Český statistický úřad [online]. [cit. 2023-09-02]. Dostupné z: <https://vdb.czso.cz/vdbvo2/faces/cs/index.jsf?page=vystup-objekt-parametry&pvo=DEM01&sp=A&skupId=606&pvokc=&katalog=33156&z=T>

ILMARIEN, J., 2009. Work ability—a comprehensive concept for occupational health research and prevention. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health* [online], 35(1), 1-5 [cit. 2023-10-10]. ISSN 0355-3140. Dostupné z: [doi:10.5271/sjweh.1304](https://doi.org/10.5271/sjweh.1304).

IVANKOVÁ, V. 2023. Ošetrovatel'stvo v pandémie COVID-19. Bardejov: SSPO. 1. vydanie. 156 str. ISBN 978-80-974237-4-2.

IVANKOVÁ V., BELOVIČOVÁ M. 2021. Dopad pandémie na zdravotný systém. Medzinárodná vedecká konferencia. Vplyv pandémie a jej dopad na sociálne, humanitné, spoločenské a právne vedy. 30. 6. 2021 online [cit. 2023-10-22]. dostupné z: www.szspektrum.eu/viera-ivankova-dopad-pandemie-covid-19-na-zdravotny-system/.

JONES, A. B., MILLER, P. 2023. Age-Related Challenges in the Nursing Workforce: A Qualitative Study. *Journal of Advanced Nursing*, 79(1), 213-224.

KRÁL, M. 2018. Problematika stárnutí a zapojování starších pracovníků do pracovního procesu. *Bezpečnost a hygiena práce*, roč. 68, č. 5, s. 23-28.

NOVOTNÝ, P., BOSNIČOVÁ, N., BŘENKOVÁ, J. et al. 2014. Age management: jak rozumět stárnutí a jak na něj reagovat: možnosti uplatnění age managementu v České republice: průvodce pro jednotlivce, organizace a společnost. Plzeň: Asociace institucí vzdělávání dospělých ČR. 141 s. ISBN 978-80-904531-7-3.

PEDRO, D. R. C., FRACASSO, N. V., COSTA, R. G., ROSSANEIS, M. Â., ARONI, P., HADDAD, M. D. C. F. L. 2020. Age management practices toward workers aged 45 years or older: an integrative literature review. *Revista brasileira de medicina do trabalho : publicacao oficial da Associacao Nacional de Medicina do Trabalho-ANAMT*, 18(2), 194–202. <https://doi.org/10.47626/1679-4435-2020-536>.

POPOVIČOVÁ, M., VANSÁČ, P., PRISTAŠOVÁ, K. 2017. Motivácia sestier k autonómnej ošetrovatel'skej praxi. In *MEDSTAT 2017*. Ružomberok: MedStato.z. 2017. s 133-146. ISBN 978-80-972293-1-3.

SMITH, R. L., et al. 2022. Strategies for Improving Nursing Workforce Satisfaction and Retention: A Focus on Age Management. *Journal of Nursing Management*, 30(3), 588-596.

WANG, Q., CHANG, C. H. 2023. Implementing Age Management Strategies in Healthcare Organizations: A Case Study Approach. *Journal of Organizational Behavior*, 44(2), 127-142.

Kontakt

PhDr. Mgr. Petr Snopek, PhD., MBA
Fakulta humanitních studií, Ústav zdravotnických věd
Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Štefánikova 5670, Zlín, ČR
snopek@utb.cz

DEESKALAČNÉ TECHNIKY AKO PREVENCIA KRÍZOVÝCH SITUÁCIÍ V ZARIADENIACH SOCIÁLNYCH SLUŽIEB

DE-ESCALATION TECHNIQUES AS A PREVENTION OF CRISIS SITUATIONS IN SOCIAL SERVICES FACILITIES

Ševčovičová Andrea¹, Klímová Lenka²

^{1, 2}Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave, n. o.
Detašované pracovisko bl. Sary Salkaházi, Rožňava

Abstrakt

Identifikácia rizika v sociálnych službách, ktoré je vnímané ako potenciálna možnosť narušenia bezpečnosti je kľúčová pri poskytovaní kvalitných služieb pre zraniteľné skupiny obyvateľstva. V komunitnej starostlivosti existujú rôzne rizikové oblasti, ktoré si vyžadujú deeskaláciu a riadenie konfliktov pri vzniku krízového javu a jeho dôsledku. Za rizikového klienta z hľadiska agresie možno považovať takého jedinca o ktorom máme málo informácií z jeho predchádzajúceho života, má nepredvídateľné správanie a pod tlakom okolností sa môže aj vplyvom zložitých životných situácií a psychického ochorenia správať agresívne. Pre bezpečnosť poskytovateľov a všetkých prijímateľov sociálnych služieb je dôležité zvládať tieto situácie aj za pomoci prevencie s cieľom predísť napätiu, agresívnemu správaniu a konfliktom, za využitia viacerých deeskalačných techník. K základným technikám deeskalácie zaradíme verbálnu deeskaláciu, načúvanie, riadený rozhovor, odvrátenie pozornosti, ale v sociálnych službách sú nápomocné aj ďalšie piliere deeskalácie.

Kľúčové slová

Deeskalačné techniky. Krízové situácie. Prevencia. Zariadenia sociálnych služieb.

Abstract

Identification of a risk in social services that is perceived as a potential possibility for safety breach, is crucial in providing quality services for vulnerable groups of population. In community care, there are various risk factors requiring de-escalation and management of conflict by the origin of crisis phenomenon and its consequences. As a risk client regarding aggression might be considered an individual, about whom we have very little information from his previous life, who has unpredictable behaviour, and under the pressure from environment and under the influence of difficult life situations and mental illness, he might behave aggressively. For safety of care providers and all recipients of social services, it is vital to handle such situations, also with the help of prevention with the aim to prevent tension, aggressive behaviour and conflict, utilizing various de-escalation techniques. Basic de-escalation techniques include verbal de-escalation, listening, controlled conversation, diverting of attention; however, in social services the other pillars of de-escalation are helpful as well.

Keywords

De-escalation techniques. Crisis situations. Prevention. Social services facilities.

Úvod

Sociálne služby predstavujú jednu z foriem sociálnej pomoci pre ľudí v nepriaznivej sociálnej situácii, so zameraním na prevenciu vzniku, riešenie alebo zmiernenie nepriaznivej sociálnej situácie jednotlivca, rodiny alebo komunity; zachovanie, obnovu alebo rozvoj schopnosti jednotlivca viesť samostatný život; podporu začlenenia jednotlivca do spoločnosti, prevenciu sociálneho vylúčenia alebo riešenie krízovej sociálnej situácie jednotlivca a rodiny (MPSVaR, 2023a). Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny (2023b) spresňuje, že sociálne služby môžu byť poskytované terénnou, ambulantnou, pobytovou alebo inou formou. Pri pobytovej forme sú poskytované na určitý, alebo neurčitý čas (týždňové, celoročné sociálne služby), so zameraním na jednotlivé cieľové skupiny. Podľa Zákona č.448/2008 Z.z. o sociálnych službách sú fyzickým osobám, ktoré sú odkázané na pomoc inej fyzickej osoby a pre osoby s dovŕšeným dôchodkovým vekom k dispozícii rôzne druhy sociálnych služieb poskytované v zariadeniach, ku ktorým patria: domovy sociálnych služieb, zariadenia pre seniorov, zariadenia opatrovateľskej starostlivosti, špecializované zariadenia určené pre osoby so špecifickým zdravotným postihnutím, zariadenia podporného bývania, denný stacionár a rehabilitačné stredisko.

Zariadenie sociálnych služieb poskytuje ošetrovateľskú starostlivosť osobe umiestnenej v zariadení sociálnej pomoci, ktorá spĺňa indikačné kritériá na poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti. Sestra je kompetentná a zároveň zodpovedá za primeranú úroveň starostlivosti v súlade s potrebami pacienta a pri zohľadnení prítomných rizík nielen v rámci zabezpečenia primeranej lekárskej starostlivosti a plnenia aktuálnej ordinácie lekára, ale aj ďalších činností. Zodpovedá tiež za príjem pacienta vrátane vstupného komplexného ošetrovateľského posúdenia stavu potrieb a rizík; pomáha koordinovať činnosti s pracovníkmi zabezpečujúcimi sociálnu starostlivosť, fyzioterapeutom, masérmi, ošetrujúcim lekárom a ďalšími zamestnancami, pričom usiluje o rozvoj kvality poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti. Pri výkone ošetrovateľskej starostlivosti ostáva príkladom etického, ľudského a zároveň profesionálneho prístupu (Fabiánová, Kličková, 2019).

Pri kontakte s klientami v zariadeniach pri poskytovaní sociálnych služieb môže dôjsť k výskytu krízových situácií, ktoré vyžadujú okamžité riešenie zo strany pracovníkov zainteresovaných do poskytovania sociálnych služieb a zdravotnej starostlivosti.

Krízové situácie v zariadeniach sociálnych služieb

Americká agentúra pre bezpečnosť a ochranu zdravia pri práci (OSHA) pri kategorizovaní násillia podľa typu, uvádza ako jednu z možností násillie, kde sa stáva obeťou zamestnanec, ktorý poskytuje službu. Ako útočník je definovaný prijímateľ takejto služby, teda pacient v zdravotníckom zariadení alebo klient sociálneho pracovníka. V ďalšom prípade ide o násillie, ktoré spôsobuje človek pracujúci s obeťou v jednej organizácii (in Lovašová, 2013). Lovašová (2013) odvolávajúca sa na zahraničnú literatúru uvádza najčastejšie výskyt násillia v situácii, kedy je obeťou zamestnanec a útočníkom sa stáva prijímateľ služby. Pod pojmom klientske násillie sa rozumie fyzické alebo verbálne ohrozenie, útok alebo napadnutie sociálneho pracovníka klientom alebo rodinným príslušníkom. Ako ďalej uvádzajú Lovašová a kol. (2014), problematikou klientskeho násillia voči sociálnym pracovníkom sa zaoberala Christina E. Newhil, so skúsenosťami s komunitnou praxou v oblasti duševného zdravia (viac ako 10 rokov sa venuje štúdiám zameraným na násillné správanie a hodnotenie rizík, vedie školenia

o násilí na klientoch a bezpečnosti sociálnych pracovníkov). Výsledkom jej štúdií je zistenie, že viac ako polovica respondentov zažila jeden alebo viac typov klientskeho násillia, viac ako 80 % respondentov bolo ohrozených klientom, a 40 % zažilo fyzický útok alebo pokus o fyzický útok zo strany klienta. Viac ako polovica uviedla, že pri svojej práci malo strach. Na Slovensku sa v roku 2020 pod vedením Slovenského národného strediska pre ľudské práva uskutočnila štúdia so zameraním na skúsenosti organizácií pracujúcich so seniormi a seniorkami v oblasti násillia a diskriminácie a na formy poskytovanej pomoci a potreby týchto organizácií pre zvýšenie prevencie. Výsledky potvrdili, že skúsenosti s násillím má u nás 52 % respondentov, s prevahou psychického násillia, s ktorým sa stretlo skoro 70 % z tých, ktorí uviedli, že sa stretli s násillím. Najčastejšími páchatelmi násillia na senioroch a seniorkách sú ich blízke osoby (Máriássyová, Ujházyová, 2021).

Riziká v sociálnych službách

Identifikácia rizika v sociálnych službách je kľúčovou časťou poskytovania kvalitných a bezpečných služieb pre zraniteľné skupiny obyvateľstva. Prvým krokom je pozorné posúdenie potrieb a situácie klientov. Sociálni pracovníci a iní profesionáli v oblasti komunitnej starostlivosti by mali získať dôkladné informácie o klientoch, ich životnej histórii, rodinnej situácii a zdravotných potrebách (Lovašová a kol., 2014). Sobek (2019) rozoznáva dva druhy rizík:

1. Primerané (prijateľné) riziko je spoločnosťou tolerované, uvedomujeme si ho a do určitej miery ho vieme ovplyvniť. Pravdepodobnosť jeho vzniku je malá, ale akceptovateľná.
2. Neprijateľné (neprimerané) riziko nastáva pri úmyselnom vyhľadávaní rizík. Uvedomujeme si ho/neuvedomujeme a nedokážeme ho sami ovplyvniť. Hrozí vysoká pravdepodobnosť vzniku nebezpečenstva, krízového javu alebo situácie, napríklad nebezpečenstvo poškodenia života, zdravia, sociálneho statusu. Život klienta nie je ohrozený.

V komunitnej starostlivosti sa môže z hľadiska agresie za rizikového klienta považovať jedinec, o ktorom nemáme informácie a nevieme, čo môžeme od neho očakávať. Rizikovou je osoba, u ktorej sa v minulosti prejavila agresivita, má nepredvídateľné správanie alebo sa nachádza v zložitej životnej situácii. Pod tlakom okolností sa môže správať agresívne, má psychické poruchy, ochorenia alebo poruchy správania (Lovašová a kol., 2014).

Ovplyvniť klientov, pracovníkov a celkovú dynamiku v komunitnej starostlivosti môžu rôzne rizikové faktory. Tie môžu následne zvýšiť pravdepodobnosť konfliktov, napätia a nežiaducich udalostí. Medzi faktory ovplyvňujúce riziko môžeme radíť zraniteľnosť klientov s fyzickým alebo mentálnym postihnutím, ktorí sú náchylní na zneužitie alebo neprimerané zaobchádzanie. Závisia od konkrétneho kontextu, zdravotného stavu jednotlivca a od iných sociálnych faktorov. Vo vyššom veku býva často zvýšené riziko zdravotných problémov a s tým spojených komplikácií. Jednotlivci trpiaci chronickými chorobami, demenciou a rôznymi duševnými poruchami majú zvýšené riziko potreby komunitnej starostlivosti. Tiež osoby s fyzickým postihnutím alebo obmedzením majú často potrebu špeciálnej starostlivosti a potrebujú podporu v komunite. Aj sociálna izolácia osoby alebo komunity môže byť zvýšeným rizikom sociálnych problémov, podobne ako aj nedostatok financií, neplánované zmeny zdravotného stavu, úrazy, akútne ochorenia, nesprávna lieková terapia a užívanie liekov, alebo užívanie viacerých liekov naraz a nedostatočná prevencia v starostlivosti o zdravie. U seniorov sú pády bežným rizikom a môžu mať vážne následky, tiež nebezpečenstvo zneužívania a zanedbávania,

najmä ak sú osoby odkázané na pomoc iných. Rizikom ostáva tiež nedostatočná výživa alebo dehydratácia, ktoré môžu u seniorov spôsobovať vážne problémy (Zrubáková, Bartošovič a kol., 2019).

V starostlivosti o klienta sa agresivita všeobecne považuje za formu nevhodného správania. Takisto aj nevhodná reakcia zdravotníckeho, či sociálneho pracovníka na agresívne správanie klienta môže byť spúšťačom agresívneho správania zo strany klienta. Senior sa stavia do pozície úteku, alebo útoku. Je preto dôležité dodržiavať štandardy zariadenia, nevstupovať do konfliktu so seniorom a agresiu nestupňovať (Sivok, 2023). Problémové situácie nastávajú v prípade, keď klient nespolupracuje. Takýmto klientom môže byť agresívny klient, depresívny klient, klient s komunikačnými bariérami (či už mentálnymi, zmyslovými, telesným postihnutiami) alebo klient odmietajúci služby (Hauke, 2014).

Deeskalácia pri zvládaní krízových situácií

Deeskalácia je proces alebo súbor opatrení zameraných na zmiernenie napätia, potenciálnych konfliktov alebo agresívneho správania. Predstavuje snahu o ukludnenie situácie, zmiernenie emócií a zabránenie eskalácii napätia na vyššiu úroveň. Deeskalácia môže byť aplikovaná v rôznych kontextoch, vrátane medziľudských vzťahov, komunitnej starostlivosti, pracovného prostredia a pod. Cieľom deeskalácie je dosiahnutie pokojného riešenia a zabránenie násiliu alebo konfliktom. Základné techniky deeskalácie zahŕňajú aktívne počúvanie, riadený rozhovor a empatickú komunikáciu s klientom. Uvedené techniky umožňujú klientovi vyjadriť pocity a obavy, pričom minimalizujú vyvolávanie ďalšieho napätia (Kiselačková, Herčková, 2023).

Aj pracovníci v komunitnej starostlivosti sa stretávajú s problémovými situáciami. Je na ich profesionálnej zdatnosti, vzdelaní, osobnej vyzretosti a pochopení danej problematiky, či situáciu označia za problémovú. U klienta, ktorý je agresívny, trpí depresiou, má zmyslové, telesné alebo mentálne postihnutie, prípadne odmieta služby, je potrebné zvládnuť takúto situáciu tak, aby nebol ohrozený (Hauke, 2014). Zvládať situácie nepokoja a bezprostredného ohrozenia samého seba v kontakte s prijímateľom sociálnych služieb by mala byť základnou zručnosťou každého zamestnanca. V sociálnych službách možno využiť 5 pilierov deeskalácie. Prvým pilierom je prevencia, ktorej cieľom je predchádzať vzniku verbálnych a neverbálnych prejavov, ako aj fyzickým atakom prijímateľom sociálnych služieb, ktoré môžu byť aj prejavom na správanie personálu voči klientovi, ak ho napríklad budia skoro ráno. Ďalšími piliermi sú samotné techniky práce s prijímateľom špecifické pre sociálne služby. K základným technikám deeskalácie patrí načúvanie, riadený rozhovor, odvrátenie pozornosti, zrkadlenie a verbálna deeskalácia. Zohľadňujú fyzický a mentálny stav klienta, pričom najväčší dôraz je kladený na dodržanie dôstojnosti, bezbolestnosti, bezpečia a ohľaduplnosti pri používaní špeciálnych úchopov, vytvorených pre využívanie v sociálnych službách (šetrné techniky ochrany a techniky bezpečného odchodu/úniku zo situácie ohrozujúcej zdravie a bezpečnosť zamestnanca, používanie obmedzujúcich prostriedkov v zmysle §10 zákona 448/2008 Z.z.) Posledným bodom deeskalácie je metodické spracovanie (metodiky, krízové a rizikové plány), súvisiace s bezprostrednou situáciou. Ak zamestnanec nevie a nemá informácie čo má robiť a ako reagovať, koná zmätočne, pričom vystavuje seba a ostatných nebezpečenstvu a možnému ohrozeniu zdravia a života. Preto by zamestnanci v zariadeniach sociálnych služieb mali mať k dispozícii písomné návody v podobe rizikových a krízových plánov, aby vedeli komu volať, kde sa bezpečne ukryť a ako ochrániť klientov aj zamestnancov (Tatra akadémia, 2023).

Podľa Malíkovej (2020) je na zmiernenie napätia v práci s agresívnymi jedincami potrebné dbať na:

- holistický prístup k seniorovi/klientovi,
- znalosti z oblasti verbálnej a neverbálnej komunikácie, schopnosť efektívne využívať rôzne komunikačné techniky, deeskalačné techniky,
- znalosti zo psychológie, hlavne zamerané na etapu starnutia,
- schopnosť porozumenia, analyzovanie jednotlivých konfliktných situácií.

Ako nesmierne dôležitá sa javí dokonalá orientácia v problematike ošetrovateľských postupov z oblasti geriatrickej a gerontologickej, etických noriem, znalosť platnej legislatívy a poznatky v dostupnosti kompenzačných, rehabilitačných a iných zdravotníckych pomôcok. Pre zvládanie krízových situácií a zmiernenie napätia je zo strany ošetrojúceho personálu dôležitá trpezlivosť, sebadôvera a schopnosť empatie (Malíková, 2020).

Deeskalačné techniky zvládania konfliktu

Základné techniky deeskalácie zahŕňajú **aktívne počúvanie, riadený rozhovor a empatickú komunikáciu s klientom**. Umožňujú mu vyjadriť jeho pocity a obavy, minimalizujú vyvolávanie ďalšieho napätia (Kiselačková, Hečková, 2023). Medzi prvotné príznaky začínajúceho konfliktu patrí sčervenanie tváre, napnutá mimika, zatnuté zuby a päsť, napnuté svalstvo, zvýšená motorika, dlhý očný kontakt. Po prvotnom vyhodnotení situácie je podľa Streicherovej (2020) žiaduce správať sa nekonfliktne. Predstavíme sa klientovi, pokojne vysvetľujeme a kladieme otázky typu „*Kto vás našťval, pán Novák? Čo vám nie je zrozumiteľné?*“. Snažíme sa hovoriť o jeho problémoch, ako o našich, napríklad „*Nechcem, aby niekto na nás zavolať políciu, možno sa dohodneme.*“ Prvým krokom deeskalácie, ako uvádzajú Veveřa a kol. (2018) je vyhodnotenie situácie, zistenie anamnézy klienta, dôvodu, štádia a rizikového faktora konfliktu. Je dôležité vedieť vyhodnotiť vlastné reakcie, nekonať impulzívne a zachovať pokoj. V druhom kroku sa zameriame na verbálnu aj neverbálnu komunikáciu. V neverbálnej komunikácii dbáme na postoj, ktorý nemá byť útočný (ruky vbok) ani defenzívny (ruky prekrížené na prsiach), s rešpektovaním intímnej zóny u klienta (u psychiatrických pacientov aj za chrbtom). Odporúča sa jednať v sede, čím obmedzíme vonkajšie podnety. Vo verbálnej komunikácii si dávame pozor na tón hlasu, ktorý by mal byť kľudný. Oslovovanie klienta priezviskom vníma ako prejav rešpektu jeho osoby. Klientovi prejavujeme empatiu a vyjadrujeme mu pochopenie, napríklad vetou „*Snažím sa predstaviť si, ako sa cítite*“. Pri stupňovaní agresie sa rozhovor ukončí. V tretej fáze vyjednávania dbáme na to, aby sme s klientom jednali ako s partnerom, diskutovali s ním a vyhli sa konfrontácii, dali mu možnosť voľby, ponúkli fyzickú aktivitu, vysvetlili a popísali zmysel prevádzaných činov, napríklad vetou „*Snažím sa vám pomôcť, podám vám pohár vody, pani Nováková*“.

Validácia predstavuje u seniorov s demenciou metódu komunikácie, s prejavmi pochopenia a pomoci pri zmiernení emočných tráum. Empatický prístup pomáha vyjadriť seniorovi emócie tak, ako ich sám cíti. Terapeut uplatňuje pri dezorientovaných senioroch rôzne techniky validácie s verbálnymi i neverbálnymi prvkami tak, aby si senior s demenciou zachoval svoju dôstojnosť a vyjadril svoje emócie bez obáv. Metóda validácie podľa Naomi Feil, ponúka konkrétne terapeutické techniky a postupy pri komunikácii so seniormi v rôznych fázach demencie, pričom rešpektuje jedinečnosť človeka s jeho minulosťou (Ševčovičová, Klímová, 2023). Validácia sa od iných metód odlišuje tým, že kým iné metódy očakávajú od človeka s

demenciou, aby bol ticho, usmieval sa a nebol veľmi rozrušený, validácia verí, že každá osoba prežíva hlboké emócie, ktoré potrebuje vyjadriť. Neočakávame, že starý človek bude ticho len preto, lebo to chceme. Svoj pokoj dokáže nájsť sám. Každý človek má svoju vlastnú realitu, najmä ak je veľmi starý, vracia sa často do minulosti, čo je pre neho realita. Ľudia využívajúci validáciu nenútiť seniorov reagovať na prítomnosť, ale vydajú sa s nimi do minulosti, do ich reality. Seniori sa tak cítia hodnotne, čo im pomáha spracovávať nevyriešené úlohy, aby mohli dožiť a zomrieť v pokoji (Feil, 2015).

Bazálna stimulácia je ucelená pedagogicko-ošetrovateľská koncepcia, pri ktorej stimulujeme telesnú, ale aj zmyslovú zložku človeka. Uplatňuje sa hlavne v starostlivosti o ľudí so zmenami v oblasti zmyslového vnímania, v oblasti hybnosti a komunikácie, u dlhodobopripútaných osôb na lôžku, u ľudí v intenzívnej starostlivosti, atď. Prostredníctvom tohto konceptu si ľudia môžu uvedomovať svoje potreby, vnímať vlastné telo a okolie, zlepšujú sa ich lokomočné schopnosti a funkcie organizmu. Majú možnosť prežívať svoj život v čo najvyššej možnej miere kvality (Mátel a kol., 2023).

Reminiscenčná terapia (reminescencia, práca so spomienkami) sa využíva hlavne u seniorov s demenciou alebo poruchami pamäte, ale je vhodná aj u zdravých seniorov. Spomienky starých ľudí môžu pomôcť pri adaptácii a vzbudení záujmu. Pri využívaní reminiscenčnej terapie sa pracuje s pomôckami, ktoré sa dajú zadovážiť v bazároch, starožitníctvach alebo antikvariátoch. Obsah terapie je zameriavaný s ohľadom na vek klienta, ktorému musí byť dopriate dostatok času na usporiadanie si myšlienok (Fertal'ová, Ondriová, 2020). Pri využívaní spomienkovej terapie sa klient podporuje v spomienkach na rôzne životné udalosti ako manželstvo, rodina, deti, práca, záľuby, priateľov. Vhodné je použitie rôznych predmetov ako staré fotografie, albumy, časopisy, iné spomienkové predmety, ktoré si klient uchováva v tzv. spomienkovej krabičke, z ktorej si sám vyberie ľubovoľný predmet a môže o ňom rozprávať. Klient sa aktívne počúvame, prejavuje sa mu empatia a podporuje sa v rozprávaní aj napriek tomu, že častokrát opakuje jeden príbeh dookola (Malíková, 2020).

Milieu terapia (enviromentálna manipulácia) je väčšinou využívaná u klientov s Alzheimerovou demenciou ľahšieho a stredného štádia. Spočíva v komplexnom individuálnom prístupe a úprave prostredia, v ktorom sa klient pohybuje tak, aby sa cítil príjemne. Lepšia orientácia klienta nastáva pomocou poskytnutia senzorických stimulov, ktoré ponúka aromaterapia a muzikoterapia (Fertal'ová, Ondriová, Hadašová, 2017).

Snoozelen terapia sa realizuje v príjemnom prostredí (multisenzorické prostredie), ktoré je upravené tak, aby sa klienti cítili príjemne a uvedomovali si svoje okolie. Stimulujúce prostredie pomáha zlepšovať náladu, znižuje stres, napätie a agresivitu, u klienta navodí pokoj. Pri snoozelen terapii sú stimulované všetky zmysly prostredníctvom relaxačnej hudby, svetelných a zvukových efektov, vôňou éterického oleja. Z tohto dôvodu je terapia multifunkčnou metódou (Fertal'ová, Ondriová, Hadašová, 2017). Stimulácia v špeciálne upravenom prostredí, ktoré ponúka veľké množstvo zmyslových stimulov, vytvárajúcich pocit pohody, voľnenia a upokojenia. Ako ďalej uvádzajú Mátel a kol. (2023), snoozelen terapia aktivizuje, prebúdzá záujem, vyvoláva spomienky, organizuje komplexný rozvoj, vyvoláva pocit istoty a bezpečia, podporuje socializáciu a v neposlednom rade prináša radosť.

V rámci sociálnej rehabilitácie sa využívajú aj iné podporné terapie, ktoré dokážu priaznivo vplývať na prežívanie klientov, ich odpútavanie od napätých situácií a tým prispieť k prevencii vzniku krízových situácií v zariadeniach sociálnych služieb.

Záver

V zariadeniach sociálnych služieb môže dôjsť v každodennej praxi vplyvom rôznych okolností k vzniku krízových situácií. V komunitnej starostlivosti existujú rôzne rizikové oblasti, ktoré si vyžadujú deeskaláciu a riadenie konfliktov pri vzniku krízového javu a jeho dôsledku. Pre poskytovanie kvalitnej starostlivosti je žiaduca aplikácia deeskalačných techník v rôznych kontextoch s cieľom dosiahnuť pokojné riešenia a zabrániť vzniku násillia a rozvoja konfliktov. Ich riešenie a predchádzanie rizikám vyžaduje erudovaných pracovníkov, ktorí dokážu včas rozpoznať napätie u klienta a zabrániť rozvoju potencionálneho narušenia bezpečnosti všetkých zúčastnených. Aplikované deeskalačné opatrenia smerujú k ukludneniu situácie, zmierneniu emócií a zabraňujú zvyšovaniu tenzie. Aktívne počúvanie klienta, riadený rozhovor a vyjadrenie empatie počas celej komunikácie výrazne prispieva k zmierneniu a rozvoju napätých situácií, ktoré môžu gradovať a vyústiť až do narušenia bezpečnosti. V rámci deeskalačných techník je možno využiť aj ďalšie metódy, ktoré dokážu ukludniť klienta, navodiť pozitívnu atmosféru a predchádzať eskalácii.

BIBLIOGRAFIA

- FABIÁNOVÁ, Z., KLIČKOVÁ, Z. 2019. Komplexný ošetrovateľský manažment pacienta v zariadení sociálnej pomoci. MZ SR, 2019. 24 s.
- FEIL, N. 2017. *Validácia: Cesta ako porozumieť dezorientovaným starým ľuďom*. 10. vyd. Bratislava: Občianske združenie Terapeutika, 2017. 186 s. ISBN 978-80-971766-1-7.
- FERTAĽOVÁ, T. – ONDRIOVÁ, I. 2020. *Demence nefarmakologické aktivizační postupy*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2020. 128 s. ISBN 978-80-271-1462-7.
- FERTAĽOVÁ, T., ONDRIOVÁ, I., HADAŠOVÁ, L. 2017. Piliere terapie Alzheimerovej choroby. In *Česká a slovenská Psychiatrie 2017*;113(3): 119 -122. ISSN 1212-0383.
- KISEĽÁKOVÁ, K. – HERČKOVÁ, A. 2023. Vzdelávacie podujatie Deeskalačné techniky zamerané na prevenciu krízových situácií v starostlivosti o seniorov v zariadeniach sociálnych služieb. 02.05.2023. Poprad.
- LOVAŠOVÁ, S. 2013. Násillie v sociálnej práci. In *Násillie v sociálnej práci. Zborník príspevkov*. Košice: Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, 2013. ISBN 978-80-8152-063-1, s. 9 – 13.
- LOVAŠOVÁ, S. a kol. 2014. *Analýza vybraných faktorov klientskeho násillia v sociálnej práci*. [online]. Košice: Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, 2014. [citované 2023-09-19]. Dostupné na internete: <https://www.upjs.sk/app/uploads/sites/16/2022/10/Klientske-nasillie_1.pdf>. ISBN 978-80-8152-218-5.
- MALÍKOVÁ, E. 2020. *Péče o seniory v pobytových zariadeniach sociálnych služieb*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2020. 304 s. ISBN 978-80-281-1638-6.
- MARIÁSSYOVÁ, A. – UJHÁZYOVÁ, M. 2021. *Násillie páchané na senioroch a seniorkách a ich diskriminácia. Skúsenosti organizácií pracujúcich s ľuďmi vo vyššom veku: správa z prieskumu*. Bratislava: Slovenské národné stredisko pre ľudské práva, 2021. 47 s.
- MÁTEL, A. a kol., 2023. Štandardy kvality v praxi poskytovateľov sociálnych služieb.

Skrátená verzia. Bratislava: IMLEA, 2023. s.90-91. ISBN 978-80-98837-92-2.

MPSVaR. 2023a. Sociálne služby. [online] [cit. 2023-12-30] Dostupné na internete: <https://www.employment.gov.sk/sk/rodina-socialna-pomoc/socialne-sluzby/>

MPSVaR. 2023b. Prehľad sociálnych služieb. [online] [cit. 2023-12-30] Dostupné na internete: <https://www.employment.gov.sk/sk/rodina-socialna-pomoc/socialne-sluzby/ponuka-socialnych-sluzieb/>

SIVOK, R. 2023. Sociálna práca s agresívnymi klientmi v zariadení pre seniorov. [online]. In *Prohuman*. [citované 2023-10-21]. Dostupné na internete: <<https://www.prohuman.sk/print/socialna-praca/socialna-praca-s-agresivnymi-klientmi-v-zariadeni-pre-seniorov>>.

SOBEK, J. 2019. *Jaké riziko je v sociálnych službách prijateľné*. [online]. In *Adpontes*. [citované 2023-10-06]. Dostupné na internete: <<https://adpontes.cz/jake-riziko-je-v-socialnich-sluzbach-prijatelne/>>.

STRECHEROVÁ, A. 2020. *Násilné správanie v praxi sestier na nízkoprahovom urgentnom príjme*. Diplomová práca. Brno: Masarykova univerzita, 2020. 105 s.

ŠEVČOVIČOVÁ, A., KLÍMOVÁ, L. 2023. Validácia podľa Naomi Feil a jej princípy. In *Sestra*. Ročník 22, 2023, číslo 11-12, s. 12-13. ISSN 1335-9444.

TATRA AKADÉMIA. 2023. Deeskalácia v sociálnych službách. [online] [cit. 2023-12-27] Dostupné na internete: <https://www.tatraakademia.sk/index.php/bezpecnost-ostatne>

VEVERA, J. – NICHTOVÁ, A. – STRUNZOVÁ, V. a kol. 2018. Deeskalace - základní intervece ke zvládnání násilí. In *Česká a Slovenská psychiatrie*. 2018; 114(5): 213-217.

Zákon č.448/2008 Z.z. o sociálnych službách

ZRUBAKOVÁ, K. – BARTOŠOVIČ, I. a kol. 2019. *Nefarmakologická liečba v geriatrici*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2019. 176 s. ISBN 978-80-271-1414-6.

Kontakt na autorov:

PhDr. Andrea Ševčovičová, PhD., MPH.

Lenka Klímová

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

Detašované pracovisko bl. Sáro Salkaházi, Rožňava

Kósu Schoppera 22, Rožňava

E-mail: ada.sevcovicova@gmail.com

lenka.klimova@centrum.sk

TAKO-TSUBO KARDIOMYOPATIA VERZUS AKÚTNY KORONÁRNY SYNDRÓM

TAKO-TSUBO CARDIOMYOPATHY VERSUS ACUTE CORONARY SYNDROME

Jana Šulcová¹, Anna Murgová²

^{1,2}Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave, n. o.

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

Abstrakt

Úvod. Ochorenie Tako-Tsubo kardiomyopatia je často spojené s chronickým stresom, smútkom, zmeneným psychickým stavom. Tako-Tsubo kardiomyopatia svojou symptomatológiou imituje akútny infarkt myokardu a svojou závažnosťou patrí medzi akútne koronárne syndrómy. Vyžaduje hospitalizáciu pacienta v nemocničnom zariadení, intenzívny monitoring a špecifické ošetrovateľské prístupy v následnej starostlivosti.

Jadro. Množiac sa dôkazy potvrdzujú, že expozícia chronickým, každodenným stresom, alebo silnými psychologickými traumami zvyšujú riziko vzniku kardiovaskulárneho ochorenia, ale tiež aj úmrtia na neho. Kardiovaskulárne ochorenia sú úzko spojené predovšetkým s depresívnymi poruchami a úzkostnými poruchami všeobecne. Chronické faktory sú spojené so vznikom kardiovaskulárnych ochorení podobne, ako rizikové faktory výživy a sedavého životného štýlu. Typickým príkladom je aj ochorenie Tako-Tsubo – kardiomyopatia, ktorý imituje akútny infarkt myokardu. Príčinou je spazmus malých ciev, ktoré vyvolali chemické zlúčeniny uvoľňujúce sa pri stresových situáciách. Podľa nových štúdií sa nejedná o ochorenie plne reverzibilné, prognóza je dobrá, ale hospitalizácia pacientov s týmto ochorením má stúpajúcu tendenciu.

Záver. Sestry by sa mali zapojiť do prevencie a hovoriť o vplyve stresu na kardiovaskulárne ochorenia s pacientmi. Pre zdravotníckych pracovníkov je veľká výzva zaradiť prevenciu do každodennej praxe a ovplyvňovať stres pacientov, zlepšiť životný štýl a životosprávu a tým zvýšiť kvalitu života chorých a prípadne tak modifikovať priebeh prítomného kardiovaskulárneho ochorenia

Kľúčové slová: Chronický stres. Kardiovaskulárne ochorenia. Tako-Tsubo.

Abstract

Introduction. Tako-Tsubo cardiomyopathy disease is often associated with chronic stress, sadness, altered psychological state. Tako-Tsubo cardiomyopathy by its symptomatology imitates acute myocardial infarction and its severity belongs to acute coronary syndromes. It requires hospitalization of the patient in a hospital facility, intensive monitoring and specific nursing approaches in aftercare.

Core. Mounting evidence suggests that exposure to chronic, everyday stress or severe psychological trauma increases the risk of developing and dying from cardiovascular disease. Cardiovascular diseases are closely related, above all, to depressive disorders and anxiety disorders in general. Chronic factors are associated with the development of cardiovascular disease, as are risk factors for nutrition and sedentary lifestyle. A typical example is Tako-

Tsubo disease – cardiomyopathy, which imitates acute myocardial infarction. The cause is the spasm of small vessels, which were provoked by chemical compounds released during stressful situations. According to new studies, it is not a fully reversible disease, the prognosis is good, but hospitalization of patients with this disease has an increasing tendency.

Conclusion. Nurses should get involved in prevention and talk about the impact of stress on cardiovascular disease with patients. It is a great challenge for healthcare professionals to integrate prevention into everyday practice and influence patients' stress, improve lifestyle and thus increase the quality of life of patients and possibly modify the course of cardiovascular disease present

Keywords: Chronic stress. Cardiovascular diseases. Tako-Tsubo.

Úvod

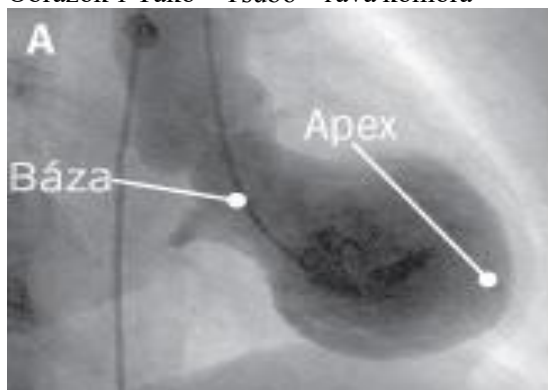
Psychické komorbidity jednotlivcov majú veľký dopad na mortalitu na kardiovaskulárne ochorenia. V dôsledku kardiovaskulárnych chorôb zomiera viac ako 50% pacientov, čo je viac ako na všetky ostatné ochorenia. Na druhej strane je alarmujúce, že moderná spoločnosť je tiež významne zaťažená duševnými poruchami. Človek je spoločenský tvor, ktorý je zasadený do spoločnosti a prostredia. Srdce je vnímané nielen ako sval alebo pumpa, ale z laického pohľadu predstavuje sídlo lásky, emócie a života. Je silne emočne obsadené a všetko, čo sa s ním deje, je intenzívne prežívané. Dlhodobé prežívanie stresu s pocitom nepohody je civilizačný problém. Počet ľudí, ktorí sa problematicky adaptujú na stupňujúce sa nároky súčasného života, pribúda. Prežívanie stresu je varovný signál – varuje pred vážnejšími dôsledkami, hlavne pred rozvojom kardiovaskulárnych ochorení.

1 Tako-Tsubo versus syndróm zlomeného srdca

Tako-Tsubo (TT) kardiomyopatia - syndróm zlomeného srdca imituje akútne infarkt myokardu. Najpravdepodobnejšou príčinou je spazmus malých ciev, ktorý vyvolali chemické zlúčeniny, katecholamíny pôsobením adrenalínu a noradrenalínu, ktoré sa uvoľňujú pri stresových situáciách. Najčastejšie sa jedná o stres s emocionálnym vypätím, ako je napríklad rozchod partnerov, úmrtie v rodine, ktoré dokážu „zlomiť srdce“. Nadprodukcia ketachomalímov sa však môže vyskytnúť aj u ľudí, ktorí prežili nejakú katastrofu, či ťažký astmatický záchvat. Prejavuje sa nielen pri negatívnych emóciách, ale aj pozitívnych, akou je svadba, výhra v lotérii, preto sa tiež v literatúre používa termín Happy Heart Syndróm. Podľa poslednej dohody medzinárodných odborníkov sa ochorenie radí medzi akútne koronárne syndrómy a najčastejšie býva vyvolaný nezávažným nekardiálnym ochorením (Poledníková, Toušek, 2019).

Prvýkrát ju opísali japonský lekár v roku 1990, pri ventrikulografii, kde ľavá komora im pripomínala džbán – Tako-Tsubo na chytenie chobotníc. Tento syndróm bol v minulosti veľmi vzácny, v súčasnosti, pri získavaní nových informácií z rozsiahlych štúdií sa dostáva stále viac do povedomia odbornej vedomosti. Týmto syndrómom sú ohrozené ženy (90%), ale aj muži (menej než 10%). Dokonca boli popísané aj prípady TT kardiomyopatie u detí – 14 ročného chlapca (Gregor, 2016). Podľa autorov Kutek, Kusa (2018), je to prvý prípad popísaný u detského pacienta v Poľsku a predčasne narodeného dieťaťa v 28 týždni. Prevalu však majú stále ženy v priemernom veku 70 rokov.

Obrázok 1 Tako – Tsubo – ľavá komora



Obrázok 2 Tako- Tsubo – džbán na chytenie chobotníc



Zdroj: Gregor, 2016

1.1 Symptomatológia Tako-Tsubo

Podobná ako pri infarkte myokardu, bolesti na hrudníku, námahové až kľudové dyspnoe, ľavostranné srdcové zlyhanie, niekedy až rozvoj kardiogénneho šoku, úzkosť, únava, nepokoj, tachykardia, tachypnoe, cyanóza, chropky na pľúcach. Na EKG sa nachádza obraz AIM s eleváciami ST úseku (STEMI). Pacienti sú v akútnom štádiu prijímaní na Jednotku intervenčnej kardiológie, pretože je nevyhnutné invazívne vyšetrenie – selektívna koronarografia, ktoré poukáže na neprítomnosť významných stenóz na koronárnych tepnách ako pri akútnom koronárnom syndróme. Echokardiografia potvrdzuje akútnu poruchu kinetiky ľavej komory s poklesom systolickej funkcie. Priemerná doba zotavenia LK je 2-3 týždne (Kubena, 2016). Pacienti musia byť monitorovaní na Jednotke intenzívnej starostlivosti za účelom monitoringu vitálnych funkcií, diagnostiky, liečby a vzhľadom na riziko vzniku komplikácií.

Dôležitú úlohu v diagnostike má magnetická rezonancia srdca, ktorá je schopná rozlíšiť infarkt myokardu, myokarditídu a stresovú kardiomyopatiu. Ochorenie nie je plne reverzibilné, pretože najnovšie štúdie poukazujú že pri zachovanej systolickej funkcii LK pretrváva diastolické postihnutie ľavej komory. Pacienti môžu mať aj s odstupom niekoľkých mesiacov známky srdcového zlyhávania (Poledníková, Tušek, 2019).

1.2 Liečba Tako-Tsubo

Liečba je nastavená ako u pacientov s akútnym infarktomyokardu- kombináciou antiagregancia, antikoagulancia, analgetík, nikrátov, prípadne diuretík. Pri hypotenzii alebo rozvíjajúcom sa kardiogénnom šoku je nutná podpora obehu ketacholamínmi alebo mechanická podpora srdcovej cirkulácie. Liečba sa zameriava na liečbu a prevenciu srdcového zlyhávania a rekurenciu ochorenia, pretože je v súčasnej dobe stále málo informácií a dôkazov o optimálnej liečbe, neexistujú žiadne odporúčania, ako terapeuticky postupovať, vychádza sa z klinických skúseností a symptomatologickej liečby.

1.3 Komplikácie a prognóza Tako-Tsubo

Objavujú sa v asi 20% prípadov, zahŕňajú akútne ľavostranné srdcové zlyhanie s alebo bez pľúcneho edému, kardiogénny šok, obštrukciu výtokového traktu LK, akútnu mitrálnu

regurgitáciu, komorovú arytmiu, vznik intramulárneho trombu v %LK a úmrtie (Babický, Holm, Erbt, 2016). Prognóza ochorenia je dobrá, hospitalizačná mortalita je 4 %, mortalita u mužov je väčšia ako u žien (Gregor, 2016). Syndróm sa môže prejavíť u rovnakého pacienta aj viackrát. V Brne dokumentovali recidívu TT u jednej pacientky trikrát v rozmedzí troch rokov (Kubena, 2015).

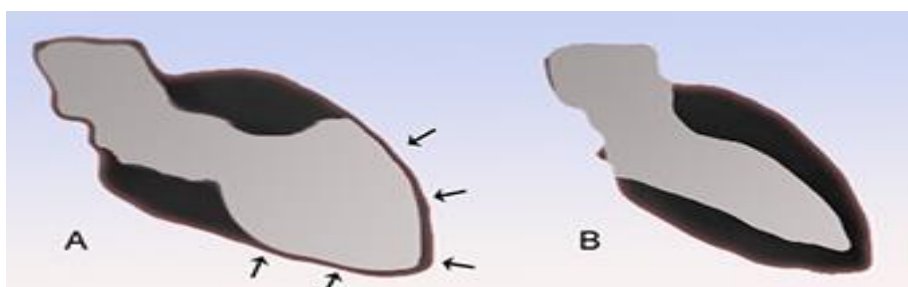
Obrázok 3 Tako-Tsubo

Tako-Tsubo kardiomyopatia

- vzniká pri extrémnom strese bez intrakraniálnej hypertenzii
- vzniká hlavne u žien po menopauze

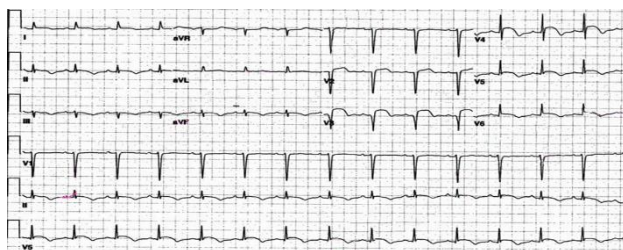
Uvoľnený adrenalín v cirkulácii spôsobuje hlavne:

Poruchy kinetiky, hlavne apexu



Obr. A Tako Tsubo kardiomyopatia

Obr. B Fyziologické ľavá komora



EKG zmeny

Zdroj: Voľne, podľa Babický, 2016.

2 Psychologický stres a jeho dopad na kardiovaskulárny systém

Pri snahe identifikovať mechanizmy koronárnej aterosklerózy a ischemie myokardu boli prevedené observačné štúdie a boli porovnávané ďalšie rizikové faktory, ako fajčenie, hypertenzia, hypercholesterolémia, diabetes a obezita. Aj pri týchto faktoroch sa javí spojenie postraumatickej stresovej poruchy a kardiovaskulárneho ochorenia ako nezávislé. Roest AM et al., v metaanalýze z roku 2010, ktorá zahrnula 20 štúdií, zistil u pôvodne zdravých jedincov trpiacich vysokou mierou anxiety (panická porucha, úzkosť, fóbie, postraumatická stresová porucha a obavy), riziko rozvoja kardiovaskulárnych ochorení 1,26 úmrtí a na kardiálnu príčinu 1,48. Prevedené boli aj dve veľké prospektívne štúdie u záujemcov o službu v armáde, kde bolo zistené, že akýkoľvek prítomný stres je spojený so zvýšeným rizikom incidencie

kardiovaskulárneho ochorenia alebo infarktu myokardu. Po 37 rokoch sledovania činilo toto riziko 2,17, respektíve 2,51. Fínska prospektívna štúdia (Nabi et al, 2010) preukázala štatisticky významnú koreláciu prítomnosti úzkosti a incidencie kardiovaskulárnych ochorení už po 7 rokoch sledovania, ale po vyhodnotení premenných sa táto asociácia ukázala platná hlavne v prípade žien a riziko pre fatálny a nefatálny infarkt myokardu bolo 1,24. Niektoré štúdie nachádzajú významnejšie asociácie medzi prítomnou úzkosťou a náhlým srdcovým úmrtím skôr, ako vznikom kardiovaskulárneho ochorenia. Podľa Mittleman (1995), u jednotlivcov s infarktom myokardu je prítomná vyššia miera anxiety už dve hodiny pred infarktom, pričom úzkosť predikuje 1,6 krát vyššie riziko infarktu myokardu. K dispozícii je čím ďalej tým viac väčšie množstvo dôkazov, že psychosociálne faktory prispievajú k riziku kardiovaskulárnych ochorení. Aj keď jednoznačný mechanizmus vzájomnej väzby medzi úzkosťou a kardiovaskulárnym ochorením nie je celkom jasný, je zrejmé, že existujú možné patofyziologické mechanizmy, kde úzkosť môže ovplyvňovať vznik kardiovaskulárneho ochorenia alebo jeho progresiu. Úzkosť je často spojená s nezdravým životným štýlom jednotlivca, fajčením, excesívnou konzumáciou alkoholu, zníženou telesnou aktivitou, nevhodnými stravovacími návykmi a skladbou stravy (Strine, 2005, Antonogeorgos, 2012). Na rozdiel od iných psychických porúch nie je úzkosť spojená s nedostatočnou adherenciou k liečbe (DiMatteo, 2000).

3 Možnosti prevencie a edukačná činnosť sestry v oblasti stresovej záťaž

Ukázalo sa, že riziko vzniku kardiovaskulárneho ochorenia a zhoršenia klinického priebehu a prognózy u pacientov ovplyvňuje nízky sociálno – ekonomický status, sociálna izolácia, nedostatok sociálnej podpory, stres v zamestnaní a rodinnom živote, negatívne emócie, depresia. Tieto faktory môžu predstavovať bariéry proti dodržiavaniu liečby a úsiliu zmeniť životný štýl.

Prevencia by sa mala zamerať na psychologickú stránku jednotlivca a zabrániť vplyvu psychických stresových faktorov na kardiovaskulárne zdravie. Lekár zohráva zásadnú úlohu pri vyhľadávaní pacientov s rizikom kardiovaskulárneho ochorenia. Sestry by sa mali zapojiť do prevencie a hovoriť o vplyve stresu na kardiovaskulárne ochorenia u pacientov, mali by sa zaujímať o prítomnosť stresu u svojich pacientov. Samotná návšteva zdravotníckeho zariadenia, vyšetrenia, liečba ochorenia je pre pacienta veľmi náročná. Okrem tohto stresu by sa mala sestra zaujímať aj o stres, ktorý zažíva pacient mimo zdravotníckeho zariadenia, a ktorý nesúvisí len so zdravím. Tejto oblasti sa sestry venujú veľmi málo. Medzi hlavné edukačné témy sestry patrí:

- sústrediť sa na nezdravý životný štýl, poučiť o škodlivosti fajčenia, nezdravej výživy,
- zdôrazniť význam pohybovej aktivity - fyzický tréning ovplyvňuje náladu, posilňuje sebavedomie u kardiakov,
- dbať na sociálny kontext, dostatočnú sociálnu oporu,
- sústrediť sa nielen na to, čo spôsobuje stres, ale aj na to, čo naopak prináša radosť a uvoľnenie.

Dôležitý je nie len obsah, ale aj forma, ktorú sestra pri kontakte s pacientom zvolí. Vhodne komunikuje, navodí dôveru u pacienta a vytvorí pozitívnu atmosféru pre ďalšiu činnosť (Tóthová, 2019).

Záver

Narastá počet vedeckých tvrdení pre fakt, že psychický stav sa podieľa na vzniku a rozvoji kardiovaskulárneho ochorenia. Najkonzistentnejšie nálezy existujú u depresívnej poruchy a traumatického stresu, tiež u chronicky prítomnej úzkosti a expozície každodenným stresom, ktoré môžu mať negatívny vplyv na kardiovaskulárne zdravie. Úzkosť a depresia sa často vyskytujú súčasne, ale je potrebné ich rozlišovať. Prítomnosť úzkosti po akútnom infarkte myokardu predikuje rozvoj depresie v ďalších mesiacoch. Európske odporúčania označujú depresívne a úzkostné symptómy, psychologické stresory, stres v zamestnaní, nedostatočná sociálna podpora, ako rizikové faktory vzniku kardiovaskulárnych ochorení a silné prediktory nepriaznivej prognózy u už existujúceho kardiovaskulárneho ochorenia. Príkladom takéhoto ochorenia je Tako -Tsubo syndróm, relatívne vzácna diagnóza, ktorá sa rozvíja v dôsledku silného stresového podnetu a príznakmi, EKG a laboratórnymi výsledkami sa podobá na infarkt myokardu. Keďže nie je jednoduché ich odlíšiť, je potrebné pristupovať k pacientovi ako v prípade infarktu myokardu, pretože má aj svoje komplikácie a mortalitu. Netreba zabúdať na elimináciu stresu a škodlivých návykov a pravidelné užívanie liekov. Tako-Tsubo syndróm sa v súčasnej dobe nevyhýba ani už ani mladším ročníkom, je možné očakávať, že sa jeho výskyt zvýši aj v mladšej populácii. Preto je nevyhnutné vzdelávanie zdravotníckych pracovníkov, aby bola pacientovi poskytnutá správna liečba, starostlivosť a prevencia.

Účinný prostriedok okrem farmakoterapie predstavujú programy kardiovaskulárnej rehabilitácie, ktoré majú ako jednu z hlavných komponentov pohybovú aktivitu. Je výhodné, ak je v kardiovaskulárnom rehabilitačnom tíme aj psychológ. Je dôležité všímať si prepojenie duševného a kardiovaskulárneho zdravia, aby bolo možné redukovať morbiditu a mortalitu na tieto ochorenia.

BIBLIOGRAFIA

BABICKÝ, M., HOLM, F., ERBT, M. 2016. Takotsubo syndrom: incidence, etiologie, komplikace, léčba a prognóza. In *Vnitřní lékařství*. [online]. roč.62, 2016, č. 12, s. 1021-1027. Dostupné na: <https://www.prolekare.cz/casopisy.cz/casopisy/vnitri-lekarstvi/2016/takotsubo-syndrom-incidence-etologie-komplikace-lecba-a-prognoza-60149/download?hl=cs>, ISSN 1801-7592.

DiMATTEO, MR.,-LEPPER, HS.,-CROGHAN, TW. 2000. Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment:meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. In *Arch Intern Med*. 2000;160:2101-2107.ISSN 2375- 6799.

GREGOR, P. 2016. Takotsubo kardiomyopatie – další pokračování příběhu – editorial. In *Vnitřní lékařství*. [online]. roč.62, 2016, č.12, s. 960-961. Dostupné na: <<https://www.prolekare.cz/casopisy.cz/casopisy/vnitri-lekarstvi/2016-12/takotsubo-kardiomyopatie-dalsi-pokracovani-pribehu-edtorial-60135/download?hl=cs>>. ISSN 1801-7592.

KUBENA P. et al. 2015. Takotsubo kardiomyopatie, klinické zkušenosti s onemocněním a jednoletá prognóza pacientů. In *Vnitřní lékařství*. [online]. roč.61, 2015, č.7-8, s. 619-625. Dostupné na: <<https://www.prolekare.cz/casopisy/vnitri-lekarstvi/2015-7-8/takotsubo-kardiomyopatie-klinicke-zkusenosti-s-onemocnenim-a-jednoleta-prognoza-pacientu->

55679/download?hl=cs>. ISSN 1801-7592.

KUTEK, B., KUSA, J. 2018. Kardiomiopatia takotsubo u dieťa – opis prípadu. In *Folia Cardiologica*. [online]. 15/07/2018, Vol 13, No 3, p. 264-268. Dostupné na: https://journals.viamedica.pl/fovia_cardiologica/article/view/FC.2018.0051. ISSN 2353-7752.

NABI, H.-HALL, M. - KOSKENVUO, M.- et al. 2010. Psychological and somatic symptoms of anxiety and risk of coronary heart disease: the health and social support prospective cohort study. In *Biol Psychiatry*. 2010;67:378-385.

POLEDNÍKOVÁ, K., TOUŠEK, P. 2019. Tako-tsubo syndrom, In *Vnitřní lékařství* [online] roč. 65, 2019, č 10, s. 659-662. Dostupné na: <https://www.prolekare.cz/casopisy/vnitri-lekarstvi/2019-10-7/tako-tsubo-syndrom> ISSN 1801-7592.

ROEST, AM.- MARTENS, EJ.-DE JONGE, P., et al. 2010. Anxiety and risk of incident coronary heart disease: a meta-analysis. In *J Am Coll Cardiol*. 2010;56:38-46.

STRINE, TW,-CHAPMAN, DP,-KOBAYASHI, R, et al. 2005. Associations of self-reported anxiety symptoms with health-related quality of life and health behaviors. In *Soc Psychiatr Epidemiol*. 2005;40:432-438.

TÓTHOVÁ, E. -CHLOUBOVÁ, I.-PROKEŠOVÁ, R. 2019. *Význam ošetrovatelství v preventívni kardiologii*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2019, 160 s. ISBN 978-80-27-241-1.

Kontakt na autorov

PhDr. Jana Šulcová, PhD

VŠZaSP sv. Alžbety, Bratislava. Ústav sociálnych vied a zdravotníctva bl. P.P. Gojdiča a V. Hopku, Spišská Nová Ves – Prešov,

E-mail: janulasulcova@gmail.com

Prof. PhDr. Anna Murgová, PhD.

VŠZaSP sv. Alžbety, Bratislava. Ústav sociálnych vied a zdravotníctva bl. P.P. Gojdiča a V. Hopku, Spišská Nová Ves – Prešov,

E-mail: annamurgov@gmail.com

SYNDÓM VYHORENIA ZDRAVOTNÍCKYCH PRACOVNÍKOV NÁSLEDNEJ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

BURNOUT SYNDROME ON HEALTH CARE WORKERS IN FOLLOW-UP CARE

Šupolová Katarína^{1,2}, Barkasi Daniela³

¹ Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave, n. o. - doktorand

² Národné rehabilitačné centrum Kováčová

³ Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave, n. o.

Inštitút bl. Metoda Dominika Trčku Michalovce

Abstrakt

Teoretické východiská: Syndróm vyhorenia sa môže vyskytnúť v rôznych profesiách, avšak najčastejšie sa objavuje v pomáhajúcich profesiách, medzi ktoré patrí aj práca v zdravotníctve. Môže postihnúť kohokoľvek bez ohľadu na pohlavie, vek alebo spoločenské postavenie.

Cieľ: V našej práci sa zameriavame na aktuálnu situáciu ohľadom syndrómu vyhorenia v nemocničnom zariadení Národného rehabilitačného centra Kováčová, ktoré je zamerané na dlhodobú následnú starostlivosť o pacientov s ťažkým funkčným deficitom v dôsledku operácie alebo úrazu.

Metódy: Na zisťovanie syndrómu vyhorenia sme použili dva dotazníky. Prvý z nich bol zameraný na vybrané socio-demografické údaje, údaje o rizikových a preventívnych faktoroch syndrómu vyhorenia na pracovisku. Druhý dotazník bol štandardizovaný Maslach Burnout Inventory, konkrétne verzia so zameraním na zdravotný personál.

Výsledky: Analýzou sa nám potvrdzuje že syndróm vyhorenia je prítomný vo vysokom stupni u časti zdravotníckych pracovníkov, najmä v kategórii lekár a sestra. V kategórii sanitár a fyzioterapeut ide o mierny alebo nízky stupeň vyhorenia.

Záver: Syndróm vyhorenia je stále aktuálne ochorenie, ktoré má v súčasnosti charakter epidémie. Ohrozený je najmä zdravotnícky personál a tým aj poskytovanie kvalitnej zdravotnej starostlivosti. Preto nesmieme zanedbávať naše vlastné zdravie a dbať na prevenciu aj tohto ochorenia.

Kľúčové slová

Syndróm vyhorenia. Následná zdravotná starostlivosť. Pomáhajúce profesie. Zdravotnícki pracovníci.

Abstract

Theoretical background: Burnout syndrome can occur in a variety of professions, but it is most common in helping professions, which include work in healthcare. It can affect anyone, regardless of gender, age or social status.

Aim: In our work we focus on the current situation regarding burnout syndrome in the hospital facility of the National Rehabilitation Centre Kováčová, which focuses on long-term follow-up care of patients with severe functional deficits due to surgery or trauma.

Methods: We used two questionnaires to detect burnout syndrome. The first one focused on selected socio-demographic data, data on risk and preventive factors of burnout syndrome in the workplace. The second questionnaire was a standardized Maslach Burnout Inventory, specifically a version focusing on healthcare personnel.

Results: Our analysis confirms that burnout syndrome is present in a high degree in a part of health care workers, especially in the category of doctor and nurse. In the category of paramedic and physiotherapist it is a moderate or low degree of burnout.

Conclusion: Burnout syndrome is still an epidemic disease. Healthcare staff in particular are at risk and thus the provision of quality healthcare. Therefore, we must not neglect our own health and take care to prevent this disease as well.

Keywords

Burnout syndrome. Follow-up health care. Helping professions. Health professionals.

Úvod

Syndróm vyhorenia bol prvýkrát popísaný už v 70. rokoch minulého storočia. Napriek tomu je aj v súčasnej dobe veľmi aktuálny. Môže postihnúť akúkoľvek profesiu. Spoločnou črtou týchto profesií je práca s ľuďmi. Veľmi často sa vyskytuje u pomáhajúcich profesií, kedy je pomáhajúci profesionál vystavený dlhodobu stresu a emočne náročným situáciám.

Už v roku 1974 Freudenberger pomenoval koncept syndrómu vyhorenia. V roku 1981 autorky Maslach a Jackson vypracovali Maslach Burnout Inventory. Jedná sa o nástroj hodnotenia syndrómu vyhorenia. Ten bol popísaný na základe symptómov ako stav, ktorý pozostáva z troch kvalitatívnych dimenzií. Konkrétne ide o emocionálne vyčerpanie, cynizmus a depersonalizáciu. Jedná sa o výraznú únavu, zníženú profesionálnu výkonnosť a osobný úspech. Vyhorenie charakterizovali ako druh stresu, frustrácie, vyčerpania, emocionálnej únavy v dôsledku toho, že sled udalostí pracovného a životného štýlu neprináša požadované a očakávané výsledky. Syndróm vyhorenia vzniká v dôsledku vyčerpania predovšetkým v psychickej oblasti. Prejavuje sa však v oblasti nielen psychickej, ale aj fyzickej a sociálnej a to aj u osôb, ktoré predtým nemali žiadne psychopatologické príznaky (Tupý 2022).

Syndróm vyhorenia v zdravotníctve

Syndróm vyhorenia sa môže vyskytnúť v akejkoľvek profesii, najčastejšie je u pomáhajúcich profesií, kedy hlavnou črtou je práca s ľuďmi, kontakt s nimi a závislosť na ich hodnotení. Medzi jednou z najčastejšie sa vyskytujúcich skupín patrí zdravotnícky personál, pre ktorý to môže mať negatívne dôsledky nielen v osobnej oblasti, ale aj v odbornej. Vyskytuje sa u všetkých kategórií zdravotníckych pracovníkov, od lekárov, cez sestry až po ostatný zdravotnícky personál a vo všetkých oblastiach zdravotníctva, ako pri práci na akútnom lôžku, tak pri pracovníkoch následnej zdravotnej starostlivosti.

Prevalenciu syndrómu vyhorenia je pomerne ťažké upresniť vzhľadom na multifaktoriálny pôvod a výraznú subjektivitu pri diagnostike. Odhadom sa uvádza na úrovni 20% v bežnej pracujúcej populácii. V Európe najnižšiu hodnotu prevalencie syndrómu vyhorenia udáva Fínsko a to na úrovni 4,3%. Naopak najvyššiu hodnotu uvádza Slovinsko a to až 20,6%. Pre zaujímavosť Turecko uvádza výskyt syndrómu vyhorenia až na úrovni 25% (Tupý 2022).

Čo sa týka zdravotníckych profesií, tak dochádza k vzostupu parametrov výskytu syndrómu vyhorenia. Shanafelt et al (2012) popisuje v americkej populácii výskyt syndrómu vyhorenia až na úrovni 37,9% u lekárov oproti 27,8% v bežnej populácii. Čo sa týka rodových rozdielov väčšina štúdií uvádza, že nedochádza k rozdielom. Naopak Medscape National Physician Burnout uvádza, že v roku 2020 bol výskyt príznakov syndrómu vyhorenia vyšší u žien lekároch, a to až na úrovni 48%, oproti mužom lekárom, kde výskyt je na úrovni 37%. Taktiež uvádzajú, že rozdiel sa vyskytuje aj v prítomnosti príznakov – vyčerpanie, depersonalizácia, nedostatočná účinnosť. Dokonca v roku 2022 Medscape National Physician Burnout uvádza nárast v oboch kategóriách. Kým u žien lekároch sa výskyt syndrómu vyhorenia zvýšil až úroveň 56%, u mužov lekárov sa výskyt syndrómu vyhorenia pohybuje na úrovni 41%.

K častejšiemu výskytu vyhorenia majú sklon lekári pracujúci na urológii, neurológii a rehabilitácii. Ako príčiny sú uvádzané dlhá pracovná doba, nedostatok rešpektu od kolegov, nadmerná byrokratická záťaž. Čo sa týka zdravotných sestier, v USA jedna tretina trpí syndrómom vyhorenia. Medzi rizikové faktory patria nadmerné pracovné zaťaženie,

neadekvátny pomer sestier k pacientom, nevhodné a neadekvátne správanie pacientov na pracovisku. Pri záchranných zložkách (lekári, sestry, záchranári) niektoré krajiny uvádzajú ešte vyššie riziko syndrómu vyhorenia. Napríklad jeden z troch pracovníkov urgentného príjmu vo Francúzsku trpí syndrómom vyhorenia v dôsledku nadmernej pracovnej záťaže a vysokých požiadaviek na zdravotnú starostlivosť. Ako znepokojivý je aj fakt, že až 75% sociálnych pracovníkov aspoň raz počas svojej pracovnej kariéry zažilo syndróm vyhorenia (Kováč 2020).

Štádia syndrómu vyhorenia

Vznik a rozvoj syndrómu vyhorenia prechádza určitými zmenami. Pri nástupe do zamestnania zažíva človek prvotné nadšenie. Pri strete ideálov a očakávaní dochádza k určitej stagnácii. Ak negatívne a demotivujúce faktory pretrvávajú vzniká frustrácia. Do popredia sa dostáva emocionálne a fyzické vyčerpanie. Tak isto človek viac porovnáva výsledky svojej práce s ocenením, ktoré sa im dostáva. Pod tým nie je len finančné ohodnotenie, ale aj spoločenské a morálne ocenenie. Pokiaľ nedôjde k zlepšeniu, zdravotník sa dostáva do štádia apatie. Ak v tejto fáze sa nič nezmení, nevyhľadá pomoc rozvinie sa syndróm vyhorenia. Ten väčšinou prebieha v troch štádiách:

1. štádium - dlhodobá časová tieseň – vzniká najmä v dôsledku nedostatočného personálneho obsadenia, kedy je nutné suplovať prácu kolegov. Taktiež toto štádium ovplyvňuje aj nedostatočné materiálno-technické vybavenie, nadmerná administratívna záťaž. V dôsledku týchto faktorov v časovej tiesni je vyššie riziko vzniku nedostatkov a chýb pri plnení pracovných povinností. To môže zdravotník vnímať citlivo a pracovné problémy, môže prenášať do súkromia.
2. štádium – potreba stále niečo robiť – v dôsledku nadmernej pracovnej záťaže sa u zdravotníka môžu objaviť príznaky neurózy. Nadmernú záťaž sa snaží riešiť akýmkoľvek spôsobom, má potrebu stále niečo robiť, by došlo k zlepšeniu situácie. Napriek neustálej činnosti dochádza k jej chaotickému vykonávaniu, roztržitosti a tiež k zníženej koncentrácii.
3. štádium – apatia – u zdravotníka v dôsledku dlhodobého vyčerpania nastupuje apatia, kedy druhé štádium s potrebou stále niečo robiť sa mení na „nemusím robiť nič“. Teda dochádza k strate záujmu o prácu, chýba schopnosť tešiť sa z pozitívnych vecí ako v práci, tak v súkromí. Prevláda vyčerpanie, únava a sklamanie (Morovicsová 2016).

Príznaky syndrómu vyhorenia

Syndróm vyhorenia sa u človeka prejavuje v každej oblasti:

- psychická úroveň – v emocionálnej oblasti prevládajú negatívne emócie, dochádza k strate motivácie, strate radosti zo života, nastáva emocionálna únava, citový chlad, prevláda depresívne ladenie a podráždenosť,
- sociálna úroveň – dochádza k útlmu sociálnej aktivity a sociability, klesá záujem o pacienta, prevláda cynizmus, bagatelizácia problémov, až môže dôjsť k dehumanizácii postojov k pacientom, zdravotníci radšej uprednostňujú administratívne práce pred kontaktom s pacientom,
- telesná úroveň - človek sa cíti unavený, nastáva strata energie, rýchla únava, prevláda zvýšená náchylnosť k chorobám, môžu sa objavovať vegetatívne príznaky, napr. nešpecifikované bolesti hlavy, bolesti krčnej chrbtice, bolesti brucha, ťažkosti s trávením, nechutenstvo, ale taktiež sa môžu vyskytovať aj stenokardie. U človeka sa objavuje zvýšená náchylnosť na vznik psychosomatických ochorení (Gazdíková 2017).

Cieľ výskumu

V našej práci sa zameriavame na aktuálnu situáciu ohľadom syndrómu vyhorenia v nemocničnom zariadení Národného rehabilitačného centra Kováčová. Jedná sa o nemocničné zariadenie s celoslovenskou pôsobnosťou, ktoré je zamerané na dlhodobú následnú starostlivosť o pacientov s ťažkým funkčným deficitom v dôsledku operácie alebo úrazu. Cieľom nášho výskumu je zistiť aktuálny stav syndrómu vyhorenia u zdravotníckych pracovníkov NRC Kováčová, konkrétne lekárov, sestier, fyzioterapeutov a sanitárov.

Charakteristika súboru a metodika

Náš výskumný súbor tvorili zamestnanci Národného rehabilitačného centra. Jednalo sa o zdravotníckych pracovníkov na pozíciách lekár, sestra, sanitár, fyzioterapeut. Výskum bol realizovaný v priebehu septembra 2023. Boli použité dva dotazníky. Prvý bol vlastnej konštrukcie so zameraním na vybrané socio-demografické údaje, zistenie najviac vyčerpávajúcich faktorov pri práci a využívané možnosti prevencie syndrómu vyhorenia. Druhý bol použitý štandardizovaný dotazník Maslach Burnout Inventory (MBI). Šlo o verziu pre zdravotnícky personál - MBI HSS. Celkovo ide o 22 výrokov, ktoré sa hodnotia 7-stupňovou Likertovou škálou od veľmi silno nesúhlasím až po veľmi silno súhlasím. MBI HSS sa zmeriava na rôzne oblasti syndrómu vyhorenia. 9 otázok je cielených na subškálu emocionálneho vyčerpania (Emotional Exhaustion), 5 tvrdení sa zameriava na oblasť depersonalizácie (Depersonalization) a 8 tvrdení cieľi na oblasť osobnostného uspokojenia (Personal Accomplishment).

Do nášho výskumu sa zapojilo spolu 53 respondentov. Šlo o zámerný výber, kedy všetci zamestnanci pracujú oblasti následnej starostlivosti. Taktiež sa jedná o dlhodobú zdravotnú starostlivosť, kedy pacient v nemocničnom zariadení strávi v priemere 6 týždňov. Väčšinu pacientov tvoria fyzické osoby s ťažkým zdravotným postihnutím. Teda sú prítomné predisponujúce faktory pre vznik syndrómu vyhorenia u zdravotníckych pracovníkov. Z celkového súboru tvorili muži len 15% a z pohľadu pohlavia prevládali ženy, až v 85%.

Šlo o respondentov pracujúcich na rôznych pozíciách. Na pozícii lekár pracovalo 14 respondentov, teda 26,4%. Sestry tvorili 28,3% zo všetkých zúčastnených, teda 15 probandov. Sanitárov bolo 10, čo predstavuje 18,9%. 14 respondentov pracovalo na pozícii fyzioterapeut (26,4%). Čo sa týka veku probandov, v priemere šlo o 46,5 roka. Ak sa však pozrieme na jednotlivé skupiny, je možné vidieť koreláciu medzi aktuálnym trendom celého zdravotného systému. Ako bola najstaršia skupina sestier, kde priemerný vek dosahoval 52,73 roka. Naopak najmladšiu skupinu tvorili fyzioterapeuti s priemerom 38,92 roka.

Tab. 1 Charakteristika respondentov podľa veku

	Vek		
	x	Minimum	Maximum
lekári	44,71	27	59
sestry	52,73	46	61
sanitári	49,8	37	58
fyzioterapeuti	38,92	24	57

x - priemerné hodnoty

Priemerná dĺžka praxe v zdravotníctve bola na úrovni 18,3 roka.

Analýza a komparácia výsledkov výskumu

Predpokladali sme, že syndróm vyhorenia sa bude vyskytovať u pracovníkov na pozíciách lekár a sestra.

Podľa dotazníka MBI sme pracovali s 3 škálami syndrómu vyhorenia - emocionálne vyčerpanie (EE), depersonalizácia (DP), osobnostné uspokojenie (PA). V priemere všetkých pracovných skupín bola oblasť emocionálneho vyčerpania na úrovni 26,57. Ide teda o hranicu medzi miernym (16-26) a vysokým (26 a viac) stupňom vyhorenia. V oblasti depersonalizácie bol priemer všetkých zúčastnených na úrovni 11,97. Opätovne šlo k rozmedzie medzi miernym (6-11) a vysokým (12 a viac) stupňom vyhorenia. V subškále osobnostného uspokojenia dosiahol priemer úroveň 40,15, pričom sa jedná o nízky stupeň vyhorenia v tejto oblasti.

Pri podrobnejšom skúmaní jednotlivých skupín zdravotníckych pracovníkov sú výsledky následovné. Kategória lekárov dosiahla vysoký stupeň vyhorenia v oblasti emocionálneho vyčerpania (30,7) a taktiež v oblasti depersonalizácie (12,4). V oblasti osobnostného uspokojenia je úroveň 38,3, teda ide o rozmedzie medzi stredným (32-38) a nízkym (39 a viac) stupňom. Druhú skupinu zdravotníckych pracovníkov tvorili sestry. V oblasti emocionálneho vyčerpania boli na tom trochu lepšie ako lekári, avšak stále úroveň bola pomerne vysoká – 26,9, šlo teda o rozmedzie mierneho a vysokého stupňa vyhorenia. V škále depersonalizácie boli výsledky jednoznačné – 13,5, čo predstavuje vysoký stupeň vyhorenia. V oblasti osobnostného uspokojenia boli výsledky – 40,5 v nízkom stupni vyhorenia. Ďalšia skupina zdravotníkov boli sanitári. V subškále emocionálneho vyčerpania a depersonalizácie boli zhodne na úrovne mierneho stupňa vyhorenia. V oblasti osobnostného uspokojenia bol priemer na úrovni nízkeho stupňa vyhorenia (41,3). Ako poslednú pracovnú skupinu sme hodnotili fyzioterapeutov. Ich priemer bol rovnako ako u sanitárov v subškálach emocionálneho vyčerpania a depersonalizácie na úrovni mierneho stupňa vyhorenia. V oblasti osobnostného uspokojenia boli zhodne so sanitármi na nízkej úrovni vyhorenia.

Tab.2 Stupeň vyhorenia podľa pracovnej kategórie a subškály syndrómu vyhorenia

	Emocionálne vyčerpanie	Depersonalizácia	Osobné uspokojenie
lekári	vysoký stupeň	vysoký stupeň	nízky stupeň
sestry	vysoký stupeň	vysoký stupeň	nízky stupeň
sanitári	stredný stupeň	stredný stupeň	nízky stupeň
fyzioterapeuti	stredný stupeň	stredný stupeň	nízky stupeň

Diskusia

Napriek našim dlhodobým znalostiam o syndróme vyhorenia a možnostiach prevencie sa v súčasnosti vyskytuje často a má dokonca charakter epidémie.

Kumar (2016) uvádza, že približne jedna tretina lekárov Spojeného kráľovstva mala príznaky syndrómu vyhorenia. V USA až 46% lekárov malo aspoň jeden príznak vyhorenia. Sampei et al (2022) uvádzajú prevalenciu emocionálneho vyčerpania zdravotníckych pracovníkov počas pandémie COVID-19 na úrovni 31%. Celkovo mali vyššiu mieru vyčerpania sestry oproti lekárom, čo sa výrazne odlišuje od dovtedy realizovaných výskumov, kedy to bolo naopak. Autori to pripisujú špecifickej situácii pri pandémii COVID-19 a s ňou spojenou vyššou pracovnou záťažou. V našom výskume boli lekári v oblasti emocionálneho vyčerpania vo vysokom stupni, pričom sestry boli na rozmedzí mierneho a vysokého stupňa vyhorenia. Parola et al (2017) popisujú syndróm vyhorenia u zdravotníckych pracovníkov v oblasti paliatívnej starostlivosti. Celkovo je úroveň 17,3%. V oblasti emocionálneho vyčerpania a depersonalizácie mali vyššiu úroveň vyčerpania sestry oproti lekárom. Ostatné zdravotnícke nie sú spomínané. Zaujímavosťou je, že v uvedenej skupine bola najvyššia prevalencia

vyhorenia u sociálnych pracovníkov pri domácej paliatívnej starostlivosti. V našom výskume boli rovnako lekári aj sestry vo vysokom stupni emocionálneho vyčerpania a depersonalizácie syndrómu vyhorenia.

Qin Zhang et al (2020) uvádzajú faktory ako prácu v noci, prežívanie pracovného napätia, prežívanie strachu z chýb ako tie, ktoré súvisia s vyšším rizikom syndrómu vyhorenia. Autori tiež uvádzajú individuálne faktory spojené s rizikom vyhorenia, ako ženské pohlavie, menej skúsený lekár s kratším časom práce v zdravotníctve. V našej štúdií sa nám potvrdzuje smenovosť ako rizikový faktor, kedy lekári a sestry pracujú aj v noci aby bola zabezpečená nepretržitá prevádzka. Taktiež pre nepretržitý kontakt s pacientom je vyššie riziko chybovosti a s tým môže byť spojené aj výraznejšie prežívanie pracovného napätia. Tu badáme najväčší rozdiel oproti ďalším zdravotníckym pracovníkom – sanitárom a fyzioterapeutom. Faktor pohlavia sme nebrali do úvahy, keďže až 85% respondentov tvorili ženy.

WHO zaradilo syndróm vyhorenia do medzinárodnej klasifikácie chorôb MKCH-10 medzi problémy súvisiace s ťažkosťami so zvládnutím života. Pri novej klasifikácii MKCH-11 sa zmenilo zaradenie do kategórie duševných porúch spojených so zamestnaním. Ako uvádza Klastová Pappová (2023) dopad syndrómu vyhorenia sa týka nielen samotného človeka, ale aj jeho blízkych a tiež kolegov na pracovisku. Vyradenie z pracovného procesu býva dlhodobé a liečba časovo náročná.

Záver

Syndróm vyhorenia je stále aktuálna téma v akomkoľvek zamestnaní. Jeho častejší výskyt u pomáhajúcich profesií, najmä u zdravotníkov, má vplyv nielen samotných pracovníkov, ale môže ovplyvniť aj poskytovanie zdravotnej starostlivosti. Vzhľadom na vysokú pracovnú záťaž, neustály kontakt s pacientami a ich ťažkosťami, taktiež vysoké nároky na poskytovanú starostlivosť, nie je zriedkavé zažiť syndróm vyhorenia. Preto je potrebné nezakrývať si predtým oči, priznať si skutočnosti, stanoviť svoje limity a v neposlednom rade myslieť na prevenciu. Pretože je ťažké pomáhať našim pacientom, pokiaľ mi sami potrebujeme pomoc.

BIBLIOGRAFIA

GAZDÍKOVÁ, K. 2017. Syndróm vyhorenia u zdravotníckych pracovníkov. In *Via practica*. ISSN 1336-424X, 2017, roč. 14, č. 4, s. 178-185.

KLASTOVÁ PAPPOVÁ, P. 2023. Je syndróm vyhorenia chorobou z povolania? [online] [cit. 10.1. 2024]. Dostupné online:

https://www.researchgate.net/publication/371133802_JE_SYNDROM_VYHORENIA_CHOROBOU_Z_POVOLANIA_IS_BURN-OUT_SYNDROME_AN_OCCUPATIONAL_ILLNESS

KOVÁČ, K. 2020. Ktoré povolania sú najviac ohrozené vyhorením? Zbystrite ak pracujete s ľuďmi. [online] [cit. 2.11. 2023]. Dostupné online: <https://akobuk.sk/povolania-najviac-ohrozene-vyhorenim/>

KUMAR, S. 2016. Burnout and Doctors: Prevalence, Prevention and Intervention. In *Healthcare*. 2016; 4 (3), 37.

MEDSCAPE NATIONAL PHYSICIAN BURNOUT & SUICIDE REPORT 2020. [online] [cit. 6.11. 2023]. Dostupné online: <https://www.medscape.com/slideshow/2020-lifestyle-burnout-6012460>.

MEDSCAPE NATIONAL PHYSICIAN BURNOUT & DEPRESSION REPORT 2022.

[online] [cit. 8.1. 2023]. Dostupné online: <https://www.medscape.com/slideshow/2022-lifestyle-burnout-6014664?faf=1#3>.

MOROVICSOVÁ, E., 2016. Syndróm vyhorenia a možnosti jeho preovencie. In *Psychiatria pre prax*. ISSN 1339-4258, 2016. roč. 17, č. 4, s. 153-156.

PAROLA, V., COELHO, A., CARDOSO, D., SANDGREN, A., APOSTOLO, J. 2017. Prevalence of burnout in health professionals working in palliative care: a systematic review. In *JBI Database System Rev Implement Rep*. 2017 Jul;15(7):1905-1933

QIN ZHANG, MING-CHUN, YAN HE, ZHAO-IUN CAI, ZHENG-CHI LI. 2020. Burnout in emergency medicine physicians. In *Medicine (Baltimore)*. 2020; Aug 7; 99 (32) ; e 21462.

SAMPEI, M., OKUBO, R., SADO, M., PIEDVACHE, A., MIZOUE, T., YAMAGUCHI, K., MORISAKI, N. 2022. Emotional exhaustion of burnout among medical staff and its association with mindfulness and social support: a single center study during the COVID-19 pandemic in Japan. In *Front Psychiatry*. 2022; 13; 774919-

SHANAFELT, T.D., BOONE, S., TAN, L. AT AL. 2012. Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population. In *Arch Intern Med*. 2012; 172; 1377-1385.

TUPÝ, J. 2022. Syndróm vyhorenia u zdravotníckych pracovníkov. In *Zdravotnícke štúdie*. ISSN 1337-723X, 2022, roč. XIV, č. 2. s. 13-20.

Kontakt na autora:

MUDr. Katarína Šupolová

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave, n. o. - doktorand

NRC Kováčová

E-mail: supolova.katarina@gmail.com

doc. RNDr. Mgr. Daniela Barkasi, PhD.

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

Inštitút bl. Metoda Dominika Trčku Michalovce

E-mail: daniela.barkasi@gmail.com

**THE IMPORTANCE AND EXPERIENCE OF COOPERATION OF MEDICAL AND SOCIAL FACILITIES,
CHARITABLE AND VOLUNTEER ORGANIZATIONS IN PALLIATIVE AND HOSPICE CARE
PROVIDING IN KYIV DURING THE WAR**

**VÝZNAM A SKÚSENOSTI ZO SPOLUPRÁCE ZDRAVOTNÍCKYCH A SOCIÁLNYCH ZARIADENÍ,
CHARITATÍVNYCH A DOBROVOĽNÍCKYCH ORGANIZÁCIÍ PRI POSKYTOVANÍ PALIATÍVNEJ A
HOSPICOVEJ STAROSTLIVOSTI V KYJEVE POČAS VOJNY**

**ЗНАЧЕННЯ І ДОСВІД СПІВПРАЦІ МЕДИЧНИХ І СОЦІАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ, БЛАГОДІЙНИХ І
ВОЛОНТЕРСЬКИХ ОРГАНІЗАЦІЙ З НАДАННЯ ПАЛІАТИВНОЇ ТА ГОСПІСНОЇ ДОПОМОГИ В
М.КИЄВІ В УМОВАХ ВІЙНИ**

Prof. TSARENKO Anatolii^{1,2}, Prof. GOYDA Nina¹,
Prof. BUGRO Valerii¹, Dr. MAKSYMOVA Zoya¹
Проф. ЦАРЕНКО Анатолій, проф. ГОЙДА Ніна,
проф. БУГРО Валерій, МАКСИМОВА Зоя

¹*Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv, Ukraine*

²*Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave, n. o.
Inštitút bl. Metóda Dominika Trčku Michalovce*

Abstract

Theoretical background:

It should be noted that patients' need for palliative care arises already in the early stages of life-threatening or life-limiting diseases. The need for access to palliative and hospice care is growing rapidly around the World due to the aging of the world population, the rise of cancer and other serious non-communicable diseases, as well as the recent of COVID-19 pandemic. In 2020, the number of palliative and hospice care providers worldwide was more than 25,000 facilities, organizations and services, caring for more than 7 million patients. But still, this is only about 12 % of the demand that is being met. Therefore, the majority of patients who need palliative and hospice care (almost 85 %) die at home alone, suffering from pain, depression, severe (decompensated) symptoms of diseases, in the absence of effective pain relief, professional care and social-psychological support.

Today, in the conditions of reforming the Health Care and Social Protection Systems of the population, Ukraine pays special attention to the issues of creating and developing a system of affordable, high-quality and effective palliative and hospice care, which many authors define as an innovative type of medical and social care for patients with diseases that threaten or limit the patient's life, including incurable patients and in the terminal stages of the disease, and their family members, when treatment aimed at recovery or achieving a stable remission is ineffective or unpromising.

Aim: Discussion of the importance and the best experience of medical and social facilities, charitable and volunteer organizations cooperation in providing palliative and hospice care in Ukraine and the Kyiv City in the conditions of war with the russian invaders.

Methods: In the article we used: scientific literary sources using the JAMA, Scholar and PubMed search engines; official statistics of the Ministry of Health of Ukraine and data of non-governmental and charitable organizations; regulatory and legal documents of Ukraine and

authoritative international professional organizations; memories and reflections of doctors and nurses about the war and the peculiarities of work in palliative and hospice care facilities. The following **research methods** were used in the work: bibliosemantic, systemic approach and systemic analysis.

Results: The global relevance of the problem of providing palliative and hospice care to the population is evidenced, in particular, by the adoption of numerous relevant resolutions and recommendations of the UN, WHO, the Council of Europe, the European Association of Palliative Care (EAPC), the International Association of Hospice and Palliative Care (IAHPC) and other authoritative international organizations. As evidenced by the content analysis of these documents, the main tasks of palliative and hospice care are: overcoming or maximal reduction of pain, physical suffering, life disorders and other severe symptoms of diseases; elimination or maximum reduction of psycho-emotional suffering; provision of professional care, psychological, social and spiritual/religious support for palliative patients and their family members.

Palliative and hospice care consists of two major components: alleviation of the patient's suffering during the entire period of a severe, life-threatening disease along with etio-pathogenetic treatment (palliative care) and palliative medical care during the last months, days and hours of the patient's life (end of life care or hospice care).

Palliative and hospice care is not limited to oncological diseases, but is provided to patients with life-threatening or life-limiting diseases based on an assessment of the severity of the course and prognosis of disease progression and life expectancy, assessment of the specific needs of palliative patients. Palliative and hospice care is provided to adult patients with many chronic severe progressive (incurable) diseases, including: oncological diseases (34.0 %), cardiovascular and cerebrovascular diseases (38.5 %), chronic diseases of the respiratory system (10.3 %), HIV-infection/AIDS (5.7 %), severe complications of diabetes (4.6 %), etc.

The results of many studies by Ukrainian and foreign authors show that not only palliative patients, but also their family members and their caregivers/legal representatives face numerous psycho-emotional, medical, social and economic problems. After all, when a seriously or incurably ill person appears in the family, especially in the terminal stage of the disease, it causes a significant decrease in the quality of life of the entire family and becomes the cause of deterioration of health, severe psychological, social and economic disorders of its functioning. Despite the fact that Ukraine has been at war with Russia for 10 years, there are continuous economic problems, the development of palliative and hospice care for the population does not stop. Thanks to the support of the Verkhovna Rada (Parliament) and the Government of Ukraine, and the efforts of palliative and hospice care multidisciplinary team – specialist doctors, social workers, nurses, priests, volunteers, non-governmental and charitable organizations; relatives of palliative patients the palliative and of hospice care in Ukraine is developing.

Thanks to funding under the State Medical Guarantee Program of the Health Care Budget of Ukraine, the number of health care facilities that have signed contracts with the National Health Service of Ukraine for the provision of inpatient and outpatient palliative care has increased more than 15 times, and as of November 2023 was 1,707 facilities (734 – stationary and 973 – mobile palliative care) over the past three years. Therefore, the urgent problem of today is to ensure the quality of providing palliative and of hospice care!

Palliative care in Kyiv City is developing thanks to the support of the Government of Ukraine and the Kyiv City State Administration. If in 2020 the National Health Service of Ukraine concluded contracts with 8 health care facilities of Kyiv for packages of stationary and mobile palliative care, then in 2023 – with 18 health care facilities. At the expense of the Kyiv City State Administration Budget, capital repairs were carried out in almost all palliative care departments in Kyiv City, which made it possible to provide palliative care under appropriate conditions.

Thus, thanks to the "SVOI" Charitable Foundation, 305 patients received analgesia using the Fentanyl transdermal therapeutic system between March 1, 2022 and March 1, 2023. Also 1,131 patients from various cities of Ukraine were registered with the Fund and services were provided in the period from March 7, 2022 to May 20, 2023. Oxygen-dependent wards of the Foundation, who were on ventilators, were provided with electric generators in case of a blackout. Trainings were held for social workers, relatives of seriously ill patients, counseling and visits to palliative patients at home.

Conclusion: 1. The world is experiencing a rapid global aging of the population, which causes an increase in the prevalence of severe age-related chronic diseases and, accordingly, an increase in the need to provide palliative and hospice care on a global scale. 2. The main tasks of palliative and hospice care are: overcoming or maximal reduction of pain, physical suffering, life disorders and other severe symptoms of diseases; elimination or maximum reduction of psycho-emotional suffering; providing professional care, psychological, social and spiritual/religious support to palliative patients and their family members. 3. Today, in the world, palliative and hospice care is considered as an example of an innovative approach to health care and social protection of the population, and its four areas are distinguished: 1) management/control of symptoms; 2) psychological, spiritual and emotional support; 3) support of the patient's family; 4) assistance to family members in connection with the death of a loved one. 4. According to modern international standards and norms: the right to palliative and hospice care is one of the basic human rights in the modern world; equal access to palliative and hospice care services should be guaranteed to the population in all countries, according to needs and regardless of the level of income, cultural and ethnic characteristics of palliative patients; palliative and hospice care should be available to all patients as needed, regardless of when and where this need arises; moreover, it should not create undue financial hardship, especially for palliative patients from low-income and vulnerable populations. 5. Thanks to funding under the State Medical Guarantee Program of the Health Care Budget of Ukraine, the number of health care institutions that have signed contracts with the National Health Service of Ukraine for the provision of inpatient and outpatient palliative care has increased more than 15 times over the past three years, and as of November 2023 was 1,707 facilities (734 – stationary and 973 – mobile palliative care). So, today's urgent problem is to ensure the quality of providing palliative and hospice care to the population of Ukraine. 6. Palliative care in Kyiv is developing thanks to the support of the Government of Ukraine and the Kyiv City State Administration. From 2020 to 2023, the number of health care facilities in Kyiv that have signed contracts with the National Health Service of Ukraine for packages of inpatient and mobile palliative care increased by 2.25 times and amounts to 18 departments of palliative and hospice care. At the expense of the Kyiv City State Administration Budget, capital repairs were carried out in almost all palliative care departments in the city of Kyiv, which made it possible to

provide palliative care under appropriate conditions. 7. Public and charitable organizations provide substantial assistance to health care facilities in Kyiv in providing palliative patients with Fentanyl TTS, ventilators, and electric generators, which is of great importance in the face of budget deficits during the war.

КРiчові слова/ Keywords: palliative and hospice care; palliative and hospice care facilities; palliative patients; palliative and hospice care multidisciplinary team; doctors; social workers; nurses; priests; volunteers; non-governmental and charitable organizations; Health Care Budget of Ukraine; National Health Service of Ukraine; quality of providing palliative and of hospice care.

ВСТУП

24 лютого 2022 року... 4 година 30 хвилин... За вікнами чути потужні вибухи... Серце защеміло... Невже війна?... Так, Росія віроломно зненацька підступно напала на Україну... Почалася страшна, кровопролитна, жорстока війна, з десятками тисяч вбитих, скалічених і поранених цивільних, дітей, жінок, старих, і військових, осиротілих сімей і мільйони біженців... З руйнуваннями житлових будинків, лікарень, шкіл, дитячих садочків... З вбивствами, тортурами, згвалтуваннями, знущаннями від російських загарбників...

Війна стала для нас моментом коли припинилась життєва метушня; моментом, коли ми можемо пильно подивитись на життя і розібратись, що в ньому тимчасове і не варте життя і нас самих; і що в ньому є глибокого, значущого та ціннісного і повинне залишитись назавжди.

Після нашої Перемоги, яка обов'язково буде завдяки підтримці 58 країн, у тому числі Словаччини, саме війна стане однією з причин значного збільшення потреби населення України у паліативній та госпісній допомозі.

Слід зазначити, що потреба пацієнтів в паліативній допомозі виникає вже на ранніх стадіях хвороб, які загрожують або обмежують життя. Потреба в доступі до надання паліативної та госпісної допомоги (далі – ПГД) стрімко зростає через старіння населення світу, зростання онкологічних та інших важких неінфекційних захворювань, а також нещодавню появу COVID-19. У 2020 році кількість надавачів паліативної та госпісної допомоги в усьому світі становила понад 25 000 закладів, організацій та служб, що опікуються понад 7 млн пацієнтів. Але все одно це лише близько 12% потреби, що задовольняється. Отже, більшість пацієнтів, які потребують паліативної та госпісної допомоги (майже 85 %), помирають вдома наодинці, страждаючи від болю, депресії, тяжких (декомпенсованих) симптомів захворювань, за відсутності ефективного знеболення, професійного догляду та соціально-психологічної підтримки.

Мета: Обговорення значення та найкращого досвіду співпраці медичних та соціальних закладів, благодійних та волонтерських організацій у наданні паліативної та госпісної допомоги в Україні і в місті Києві в умовах війни з російськими загарбниками.

Матеріали і методи. У статті були використані: наукові літературні джерела із застосуванням пошукових систем JAMA, Scholar та PubMed; офіційна статистика Міністерства охорони здоров'я України (МОЗ) та дані неурядових і благодійних організацій; нормативно-правові документи України та авторитетних міжнародних професійних організацій; спогади та роздуми лікарів і медсестер про війну та

особливості роботи в закладах паліативної та госпісної допомоги. У роботі використано такі **методи дослідження**: бібліосемантичний, системний підхід та системний аналіз.

Результати дослідження та обговорення.

Сьогодні в умовах реформування систем охорони здоров'я та соціального захисту населення Україна приділяє особливу увагу питанням створення і розвитку системи доступної, якісної та ефективної паліативної та госпісної допомоги (далі – ПГД), яку багато авторів визначають як інноваційний вид медико-соціальної допомоги хворим на захворювання, що загрожують або обмежують життя пацієнта, у тому числі інкурабельним пацієнтам та у термінальних стадіях захворювань, і членам їх сімей, коли лікування, що спрямоване на одужання або досягнення стійкої ремісії, є неефективним чи безперспективним (Ю. В. Вороненко і співавт., 2014, 2016; Н. Г. Гойда і співавт., 2015–2023; Ю. І. Губський і співавт., 2015–2019; О. З. Децик і співавт., 2015, 2018; Р. О. Моїсеєнко і співавт., 2015–2023; А. В. Царенко і співавт., 2013–2023; N. Arias-Casais et al., 2019; WHO, 2008–2018 та інші).

Ретроспективний аналіз зарубіжної наукової літератури засвідчив, що у другій половині 20-го та на початку 21-го століття з'явилися численні публікації з різних аспектів надання паліативної та госпісної допомоги як актуального та інноваційного медико-соціального напрямку, що віддзеркалювали ситуацію в суспільстві стосовно нагальної проблеми опіки та догляду за інкурабельними хворими. (E. Davies et al., 2004; I. J. Higginson, J. M. Addington-Hall, 1999; F. Hill, 1991; A. W. M. Ward, 2002; WHO, 1986, 1994, 1996 та інші).

В останні десятиліття також опубліковані численні роботи закордонних авторів, що свідчить про значний інтерес науковців і практиків до питань дослідження різних аспектів паліативної та госпісної допомоги у зв'язку з несприятливими епідеміологічними і медико-демографічними процесами, які відбуваються в наш час у багатьох країнах світу. (N. Arias-Casais et al., 2019; K. Caper, 2016; C. Centeno et al., 2019; S. R. Connor, 2009, 2017; EAPC, 2009–2013; X. Gomez-Batiste et al., 2017; WHO, 2008–2018 та інші).

За оцінками ВООЗ та міжнародних експертів, у світі щороку, приблизно, від 26,8 млн. до 40 млн. пацієнтів потребують паліативної та госпісної допомоги, з них майже 25,7 млн мільйонів людей потребують паліативної допомоги за рік до своєї смерті, і ще майже 20 мільйонів потребують такої допомоги наприкінці життя, з яких більше 78 % проживають у країнах з низьким та середнім рівнем доходів; понад 67 % паліативних пацієнтів становлять люди старші за 60 років і близько 6 % - діти. (N. Arias-Casais et al., 2019; C. Centeno et al., 2019; S. R. Connor, 2017; X. Gomez-Batiste et al., 2017; WHO, 2014, 2019; WHPSCA and WHO, 2014 та інші).

Крім того, у світі відбувається швидке глобальне постаріння населення, що зумовлює збільшення поширеності тяжких асоційованих з віком хронічних захворювань і, відповідно, збільшення потреби в забезпеченні паліативної та госпісної допомоги у всесвітньому масштабі. Згідно з прогнозами дослідників, до 2040 року потреба у паліативній та госпісній допомозі може збільшитися ще на 25–47 %. (N. Arias-Casais, et al., 2019; S. N. Etkind et al., 2017; WHO, 2019; та інші).

ВООЗ зазначає, що «... держави несуть обов'язок поважати право на здоров'я, утримуючись від вживання заходів, що закривають або обмежують рівний доступ

усім... до... лікувальних і паліативних послуг охорони здоров'я». Тому, згідно з сучасними міжнародними підходами і концепціями розвитку систем охорони здоров'я і соціального захисту населення, в усіх країнах мають бути створені системи і служби паліативної та госпісної допомоги і соціальної послуги з паліативного догляду, які повинні забезпечити для всіх категорій населення рівний доступ до них. (WHO, 2014, 2015, 2016, 2019; та інші). Про глобальну актуальність проблеми надання паліативної та госпісної допомоги населенню свідчать, зокрема, прийняття численних відповідних резолюцій та рекомендацій ООН, ВООЗ, Ради Європи, Європейської Асоціації паліативної допомоги (ЕАРС), Міжнародної Асоціації госпісної і паліативної допомоги (ІАНРС) та інших авторитетних міжнародних організацій. Як свідчить контент-аналіз зазначених документів, головними завданнями паліативної та госпісної допомоги є:

- подолання або максимальне зменшення болю, фізичних страждань, розладів життєдіяльності та інших важких симптомів захворювань;
- усунення або максимальне зменшення психоемоційних страждань;
- забезпечення професійного догляду, психологічної, соціальної та духовної/релігійної підтримки паліативних пацієнтів та членів їх сімей.

У Резолюції Парламентської Асамблеї Ради Європи від 28.01.2009 р. № 1649 «Паліативна допомога: модель для інноваційної медичної та соціальної політики» паліативна допомога розглядається як зразок інноваційного підходу до охорони здоров'я та соціальної політики і виділяються чотири її напрямки:

- управління/контроль симптомів;
- психологічна, духовна й емоційна підтримка;
- підтримка сім'ї хворого;
- допомога членам сім'ї у зв'язку зі смертю близької людини.

Паліативна та госпісна допомога складається з двох великих компонентів:

- полегшення страждань хворого протягом усього періоду важкої небезпечної для життя хвороби разом з етіо-патогенетичним лікуванням (паліативна допомога) і
- паліативна медична допомога в останні місяці, дні і години життя хворого (госпісна допомога або «end of life care»).

Згідно з сучасними міжнародними стандартами і нормами:

- право на паліативну та госпісну допомогу належить до основних прав людини в сучасному світі;
- рівний доступ до служб паліативної та госпісної допомоги повинен бути гарантований населенню в усіх країнах, відповідно до потреб і незалежно від рівня доходів, культурних і етнічних ознак паліативних пацієнтів;
- паліативна та госпісна допомога повинна бути доступною всім пацієнтам за першої необхідності незалежно від того, коли і де ця потреба виникне;
- крім того, це не має створювати надмірні фінансові труднощі, особливо для паліативних пацієнтів з малозабезпечених і незахищених верств населення. (ЕАРС, 2009–2013; WHO, 2014, 2015, 2016, 2019; WHPCA and WHO, 2014; та інші).

Паліативна та госпісна допомога не обмежується онкологічними захворюваннями, а надається пацієнтам із загрозливими або такими, що обмежують життя, захворюваннями

на підставі оцінки важкості перебігу і прогнозу прогресування захворювання та тривалості життя, оцінки конкретних потреб паліативних пацієнтів. Паліативна та госпісна допомога надається дорослим пацієнтам при багатьох хронічних прогресуючих захворюваннях, зокрема:

- онкологічних (34,0 %),
- серцево- і церебросудинних (38,5 %),
- хронічних захворюваннях дихальної системи (10,3 %),
- ВІЛ-інфекції/СНІД (5,7 %),
- тяжких ускладнень цукрового діабету (4,6 %) тощо.

Паліативну та госпісну допомогу також надають при багатьох інших захворюваннях, у тому числі при:

- дегенеративних і посттравматичних ураженнях нервової системи та опорно-рухового апарату,
- хронічній нирковій і печінковій недостатності,
- розсіяному склерозі,
- хворобі Паркінсона,
- ревматоїдному артриті,
- деменціях, у т. ч. хворобі Альцгеймера,
- вроджених вадах розвитку,
- хіміорезистентних формах туберкульозу,
- ускладненнях вірусних гепатитів «В» і «С» тощо. (N. Arias-Casais et al., 2019; C. Centeno et al., 2019; EAPC, 2009, 2010; X. Gomez-Batiste et al., 2017; WHO, 2014, 2019; WHPCA and WHO, 2014 та інші).

Оптимальним є ранній початок надання паліативної та госпісної допомоги, паралельно з етіо-патогенетичним лікуванням, задовго до термінальної стадії захворювання.

Не існує обмежень щодо тривалості надання паліативної та госпісної допомоги – вона повинна надаватися виходячи з потреб пацієнта, а не лише на підставі діагнозу або прогнозу захворювання. На ранніх етапах інкурабельних захворювань потребують паліативної та госпісної допомоги стільки ж пацієнтів, як і в останній рік життя (N. Arias-Casais et al., 2019; C. Centeno et al., 2019; X. Gomez-Batiste et al., 2017; I. J. Higginson, J. M. Addington-Hall, 1999; WHPCA and WHO, 2014; та інші).

Результати багатьох досліджень українських та закордонних авторів свідчать, що не лише паліативні пацієнти, але й члени їх сімей та особи, які доглядають за ними/законні представники, стикаються з численними психоемоційними, медичними, соціальними та економічними проблемами. Адже, коли у сім'ї з'являється важко або невиліковно хворий, особливо в термінальній стадії захворювання, це спричиняє суттєве зниження якості життя усієї родини та стає причиною погіршення здоров'я, тяжких психологічних, соціальних та економічних розладів її функціонування. (О. З. Децик і співавт., 2015, 2018; І. Р. Кужель, 2011; М. В. Маркова і співавт., 2013; N. Arias-Casais et al., 2019; C. Centeno et al., 2019; X. Gomez-Batiste et al., 2017; та інші).

В Україні необхідно впроваджувати міжнародні стандарти надання паліативної допомоги членам сімей паліативних пацієнтів. З метою навчання родичів/доглядальників паліативних пацієнтів методам догляду за важкохворими слід організувати консультації та тренінги при закладах охорони здоров'я, де надають паліативну та госпісну допомогу та соціальну послугу з паліативного догляду. (А. В. Царенко і співавт., 2020 – 2023).

Таким чином, аналіз багатьох документів авторитетних міжнародних організацій надає змогу визначити сучасну пацієнт-сім'я-орієнтовану парадигму системи надання паліативної та госпісної допомоги, яка полягає в тому, що паліативні пацієнти та члени їх сімей мають право і повинні одержати адекватну паліативну та госпісну допомогу, що забезпечить максимально досяжний рівень якості їх життя, а обов'язок урядів усіх держав — забезпечити доступність професійної паліативної та госпісної допомоги усім верствам населення.

Незважаючи на те, що Україна вже 10 років перебуває в умовах війни з Росією, наявності безперервних економічних проблем, розвиток паліативної та госпісної допомоги населенню не припиняється. Завдяки підтримці Верховної Ради (Парламенту) та Уряду України, і зусиллям невеликої кількості людей – фахівців лікарів, соціальних працівників, медсестер, священослужителів, волонтерів, родичів паліативних пацієнтів, які стоять на варті, і своєю безперервною та безцінною діяльністю не дають зупинитися серцю паліативної та госпісної допомоги України.

Так, станом на 01.01.2020 р. в Україні функціонували 2 центри паліативної та госпісної допомоги, 19 госпісів і 71 відділення паліативної та госпісної медицини, у яких було розгорнуто близько 2,5 тис. ліжок для паліативних пацієнтів. А з 01.04.2020 р., коли, згідно з Законом України від 19.10.2017 № 2168-VIII «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», Національна Служба здоров'я України почала фінансувати за рахунок Державного бюджету України заклади паліативної та госпісної допомоги, 736 закладів охорони здоров'я подали свої пропозиції до Національної Служби здоров'я України для підписання контрактів на надання стаціонарної і мобільної паліативної допомоги дорослим і дітям. А з 01.04.2023 р. вже 1707 закладів охорони здоров'я підписали з Національною Службою здоров'я України контракти на надання паліативної допомоги, зокрема: 734 закладів охорони здоров'я – на надання паліативної допомоги в стаціонарі і 973 – на надання мобільної паліативної допомоги.

Паліативна медична допомога має бути комплексною. Пацієнт має отримати повний спектр медичної, соціальної, психологічної допомоги та духовної/релігійної підтримки, якої він потребує, завдяки залученню мультидисциплінарної команди паліативної та госпісної допомоги. Про це наголошує ВООЗ. І це є у вимогах Національної Служби здоров'я України щодо пакетів медичних послуг з паліативної допомоги. За пакетом стаціонарної паліативної допомоги Національної Служби здоров'я України пацієнт отримує такий перелік безоплатних послуг:

- симптоматична терапія, у тому числі — фармакотерапевтичні, хірургічні, фізіотерапевтичні та інші методи лікування;
- надання кисневої терапії та респіраторної підтримки за потреби;
- харчування в умовах стаціонару, зокрема лікувальне харчування. Купувати пацієнту його не потрібно;
- складання плану фізичної та психологічної чи психічної адаптації пацієнта;
- послуги з фізичної терапії та медичної реабілітації;
- навчання членів родин пацієнта навичкам догляду.

Мобільну паліативну допомогу мультидисциплінарна команда надає пацієнту за місцем перебування. За цим пакетом Національної Служби здоров'я України паліативний пацієнт отримує безоплатно такі послуги:

- складання плану спостереження, оцінка соматичного та психоемоційного стану;
- запобігання та лікування хронічного больового синдрому, у тому числі призначення та виписування рецептів на наркотичні засоби, психотропні речовини та прекурсори, ненаркотичні знеболювальні препарати та проведення знеболення. Працівники мобільної бригади можуть виписати рецепт на такі речовини. Проте, пацієнт купує їх за власні кошти, якщо у місці проживання відсутня відповідна місцева програма із забезпечення пацієнтів такими ліками в амбулаторних умовах;
- проведення ряду лабораторних досліджень, а також забір матеріалів для проведення інших аналізів і транспортування їх до лабораторного центру;
- необхідні інструментальні обстеження, такі як електрокардіографія, за умови наявності відповідного портативного обладнання;
- за потреби пацієнту забезпечують кисневу підтримку та засоби для мобільності;
- лікарські засоби відповідно до Національного переліку.

Мобільна паліативна команда має відвідувати пацієнта або контактувати з ним віддалено не менше ніж 1 раз на тиждень. Також заклад повинен забезпечити цілодобовий контактний номер для консультивання пацієнтів.

Паліативна допомога в Києві розвивається, завдяки підтримці Уряду України і Київській міській державній адміністрації. Якщо у 2020 р. Національна Служба здоров'я України уклала контракти з 8 закладами охорони здоров'я м.Києва на пакети стаціонарної та мобільної паліативної допомоги, то у 2023 р. – вже з 18 закладами охорони здоров'я. За рахунок бюджету Київської міської державної адміністрації проведені капітальні ремонти майже усіх паліативних відділень м. Києва, що дало змогу надавати паліативну допомогу в належних умовах. Про це красномовно свідчать відгуки родичів пацієнтів, які одержували стаціонарне паліативне лікування у паліативному відділенні Київської міської клінічної лікарні № 10, яке є клінічною базою нашої кафедри паліативної та хоспісної медицини Національного університету охорони здоров'я імені П.Л.Шупика:

«Дякую за турботу про нашого близького. З вами нам було легше і йому спокійніше. Немає таких слів, щоб передати всі наші почуття та подяку. Це найкраще відділення з усіх, що ми були...».

«Ми самі не впоралися б, так важко..., так психологічно нестерпно. Але завдяки всім вам, ми пройшли цей шлях...».

«Боже, я плачу постійно... Я вдячна кожному... Буду молитися за кожного. Ви стали мені рідненькими».

Чуємо такі слова, і серце починає хвилююче стукати. За всіма цими «дякую», стоїть величезна праця. Праця багатьох людей – лікарів, медсестер, санітарок, соціальних працівників, волонтерів. У непростий період пандемії COVID-19, а тепер і війни ми не залишали наших пацієнтів, разом з ними усе переживали; під час обстрілів Києва, коли російськи загарбники вже були на околицях Києва, усі ми – лікарі, медсестри, санітарки, були у відділенні цілодобово. Боялися разом із пацієнтами. З початку війни родичі багатьох з них були змушені виїхати, а персонал залишився поряд. Проте, досі у деяких регіонах не створено жодного закладу або відділення паліативної та хоспісної допомоги. Отже, більшість паліативних пацієнтів завершують своє біологічне життя вдома, під наглядом лікарів первинної медико-санітарної допомоги і, зокрема, лікарів загальної практики-сімейних лікарів, дільничних терапевтів або фельдшерів, а також соціальних працівників і робітників, членів громадських організацій і благодійних фондів, волонтерів.

Так, завдяки Благодійному Фонду «СВОЇ» у період з 01.03.2022 року по 01.03.2023 року

305 пацієнтів отримали знеболення з використанням трансдермальної терапевтичної системи (далі – ТТС) «Фентаніл». 130 осіб з цих пацієнтів було опитано щодо зменшення больового синдрому при застосуванні анальгетичного пластиру «Фентаніл» відповідно шкали оцінки болю «Візуальна аналогова шкала» (далі – ВАШ). Майже 36 % опитаних зазначили зменшення больового синдрому до 2-3 балів ВАШ, а 50 % респондентів відмітили зменшення потреби в опіоїдних анальгетиках швидкої дії (Рис. 1). Також у період з 07.03.2022 року по 20.05.2023 року до Фонду стали на облік та були надані послуги 1131 пацієнту з різних міст України. Кисневозалежним підопічним Фонду, які були на апаратах штучного дихання, були надані електричні генератори на випадок блекауту. Проводилися тренінги для родичів важкохворих, консультування і відвідання паліативних пацієнтів вдома.

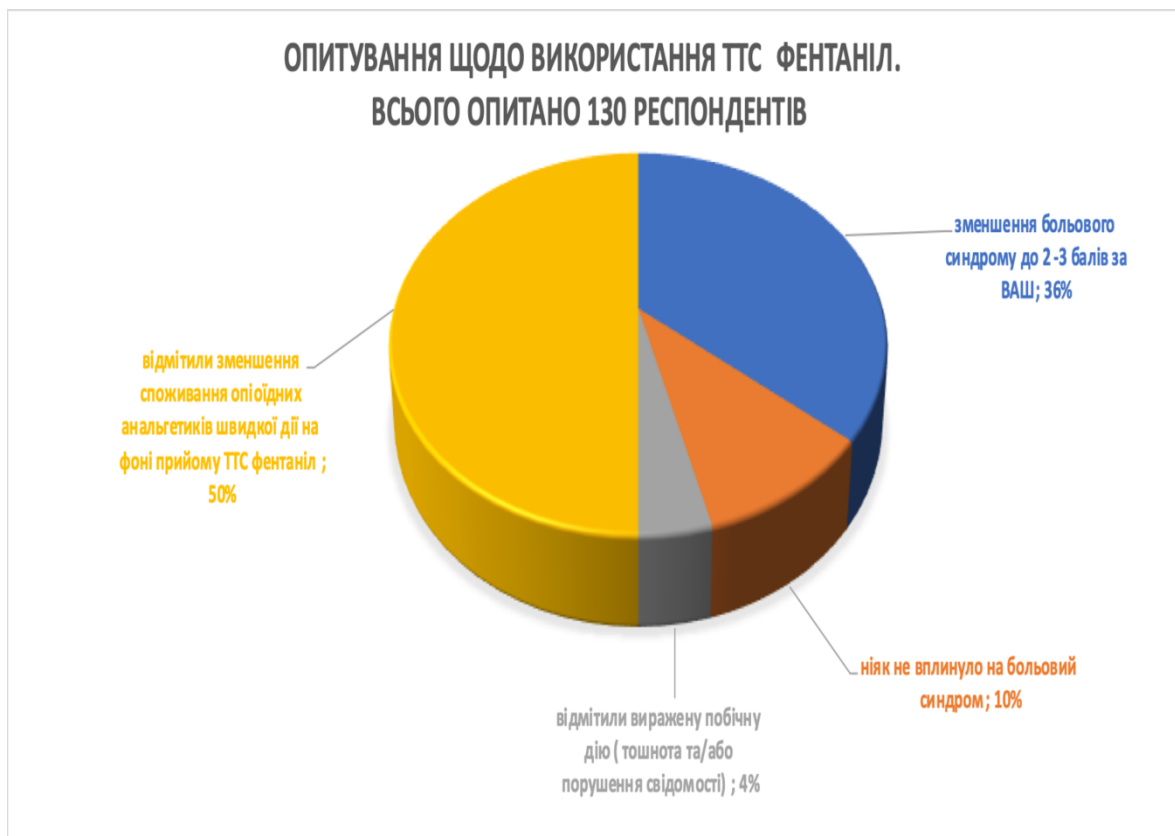


Рис. 1. Результати опитування 130 осіб щодо зменшення больового синдрому при застосуванні анальгетичного пластиру «Фентаніл» відповідно шкали оцінки болю ВАШ. Тут доречно навести філософські роздуми завідувачки паліативного відділення Київської міської клінічної лікарні № 10 Інни Лібеги:

«Госпіс – це місце надії і любові! Ми змінюємо життя тих, хто живе з невиліковною хворобою, через допомогу та співчуття, з метою надавати надію та зберігати гідність людини. Наше бачення полягає в тому, щоб в Україні всі пацієнти з невиліковною хворобою отримували адекватні послуги паліативної та госпісної допомоги у потрібний час, щоб вони могли гідно жити кожен мить зі своїми близькими.

Ми з професіоналізмом та відданістю піклуємось про дітей та дорослих, які живуть з невиліковною хворобою, надаючи їм та їхнім родинам спеціалізовані послуги. Ми розвиваємо паліативну та госпісну допомогу на національному та міжнародному рівнях шляхом інформування, освіти, адвокації та вдосконалення законодавства.

Саме в хоспісі, коли перестаєш поспішати, починаєш помічати інших, любити, співчувати і прощати, саме тут стає така важлива і так помітна кожна дрібниця. Саме в хоспісі починаєш розуміти, що найголовніші речі на світі – це зовсім не речі! Саме тут

розумієш, що щастя складається з дрібниць. Зі смачної пахучої булочки, кольорової білизни, з вчасно зачинених або відчинених дверей, з правильного світла лампи на тумбочці, з прекрасної та тихої музики по радіо, з доброзичливого персоналу. Тут ставиш життя на паузу... і чуєш власну душу...

В останні хвилини життя, опинившись на порозі Вічності, ніхто з людей не сказав: *«Принесіть мої дипломи! Хочу востаннє їх побачити. Покажіть мої нагороди, ордени та медалі, а особливо той золотий годинник, що мене колись нагородили!...»* Коли життя на землі добігає кінця, люди не обкладають себе холодними матеріальними цінностями. Усе, що потрібно – це дорогі серцю люди, їхнє тепло, любов, присутність. В останні хвилини життя ми усвідомлюємо, що воно полягає в чомусь іншому... У стосунках, у близькості, у любові. Мудрий той, хто збагнув цю істину вчасно, а не в останні миті свого буття.

Хоспіс – це про любов, а отже – про прощення. Себе та інших. І тих, хто йде від нас у Вічність, і ще важливіше – тих, хто залишається. Тут перестаєш жаліти себе, розумієш різницю між «важливо» та «не важливо». Ця робота накладає велику відповідальність на кожного працівника. Ми часом до кінця не усвідомлюємо важливості того, де і з ким ми працюємо. І лише спогади відкривають таємниці нашої душі, і ми розуміємо, що це не просто робота – це Місія. Напевно, все це тому, що тут люди більше не ховають справжніх себе. Саме тут, на ліжку, на порозі Вічності нас нарешті приймають повністю, такими, якими ми є, з усіма нашими помилками, сумнівними досягненнями, з недосконалістю наших справ, тіл та душ, які завжди страждають...

Ми не перестаємо вчитися розуміти наших пацієнтів, навчаємось співпраці з їх родичами. У більшості випадків, справляємося, а в тих, де виникає складність, намагаємося всією командою зрозуміти проблему і вирішити. У колективі немає зайвих людей, кожен важливий, кожен корисний та незамінний. Ми вчимося гармонійному поєднанню творчого підходу та наукової обґрунтованості процедур, словесних впливів та розмов у процесі догляду за нашими тяжкими пацієнтами; вмінню часом захистити їх від негативних думок і почуттів, що пригнічують, обтяжують, і, так непростий стан наших підопічних. Ми намагаємось, щоб наше відділення було місцем, у якому не страшно прожити останні дні. Намагаємось бути поруч із людиною, бути для неї опорою та підтримкою до самого кінця.»

Надання якісної паліативної допомоги крок за кроком набирає обертів у нашій країні. Зіткнувшись з людським стражданням, болем, страхом смерті, безвихіддю багато впирається в особистість лікаря, медсестри, соціального працівника, які надають допомогу. І можна з упевненістю сказати, що милосердя – це ліки від вимирання. Саме такий підхід до хворого та вмираючого має стати єдино можливим ставленням до людини. Співчуття, повага, любов – це найсильніші і найдефіцитніші ліки в симбіозі з професіоналізмом мультидисциплінарної команди, сьогодні становлять надію нашої паліативної медицини на повернення людини від безликої одиниці в статистиці до поважної та гідної особистості.

Невеличке диво – ми завжди можемо зробити БІЛЬШЕ! «Ми не можемо додати днів до життя, проте можемо додати життя до днів».

Ми не можемо вилікувати наших пацієнтів, проте, можемо їм допомогти прожити гідно останні дні без болю, страждань і мук та супроводити їх до останньої зупинки земного життя.

Висновки:

1. У світі відбувається швидко глобальне постаріння населення, що зумовлює збільшення поширеності тяжких асоційованих з віком хронічних захворювань і, відповідно, збільшення потреби в забезпеченні паліативної та госпісної допомоги у всесвітньому масштабі.

2. Головними завданнями паліативної та госпісної допомоги є: подолання або максимальне зменшення болю, фізичних страждань, розладів життєдіяльності та інших важких симптомів захворювань; усунення або максимальне зменшення психоемоційних страждань; забезпечення професійного догляду, психологічної, соціальної та духовної/релігійної підтримки паліативних пацієнтів та членів їх сімей.

3. Сьогодні у світі паліативна допомога розглядається як зразок інноваційного підходу до охорони здоров'я та соціального захисту населення і виділяються чотири її напрямки: 1) управління/контроль симптомів; 2) психологічна, духовна й емоційна підтримка; 3) підтримка сім'ї хворого; 4) допомога членам сім'ї у зв'язку зі смертю близької людини.

4. Згідно сучасних міжнародних стандартів і норм: право на паліативну та госпісну допомогу належить до основних прав людини в сучасному світі; рівний доступ до служб паліативної та госпісної допомоги повинен бути гарантований населенню в усіх країнах, відповідно до потреб і незалежно від рівня доходів, культурних і етнічних ознак паліативних пацієнтів; паліативна та госпісна допомога повинна бути доступною всім пацієнтам за першої необхідності незалежно від того, коли і де ця потреба виникне; крім того, це не має створювати надмірні фінансові труднощі, особливо для паліативних пацієнтів з малозабезпечених і незахищених верств населення.

5. Завдяки фінансуванню в рамках Програми медичних гарантій впродовж останніх трьох років кількість закладів охорони здоров'я, які підписали контракти з Національною Службою здоров'я України на надання стаціонарної і амбулаторної паліативної допомоги, збільшилася більше як у 15 разів, і станом на листопад 2023 р. становила 1707 закладів (734 – стаціонарної і 973 – мобільної паліативної допомоги). Отже, нагальна проблема сьогодення – забезпечити якість надання паліативної та госпісної допомоги населенню України.

6. Паліативна допомога в Києві розвивається, завдяки підтримці Уряду України і Київській міській державній адміністрації. З 2020 р. по 2023 р. у м. Києві кількість закладів охорони здоров'я, які уклали контракти з Національною Службою здоров'я України на пакети стаціонарної та мобільної паліативної допомоги збільшилася у 2,25 разів і становить 18 відділень паліативної та госпісної допомоги. За рахунок бюджету Київської міської державної адміністрації проведені капітальні ремонти майже усіх паліативних відділень м. Києва, що дало змогу надавати паліативну допомогу в належних умовах.

7. Громадські і благодійні організації надають суттєву допомогу закладам охорони здоров'я м. Києва в забезпеченні паліативних пацієнтів фентаніловими ТТС, апаратами штучного дихання і електричними генераторами, що має велике значення при дефіциті бюджету під час війни.

ЛІТЕРАТУРНІ ДЖЕРЕЛА

1. Вороненко Ю. В. Створення системи паліативної та хоспісної допомоги в умовах реформування охорони здоров'я в Україні: медичні та соціальні аспекти. / Ю. В. Вороненко, Ю. І. Губський, А. В. Царенко // Наука і практика. Міжвідомчий медичний журнал. – 2014. – №1 (2). – С. 63–75.
2. Вороненко Ю. В. Соціально-медичні аспекти розвитку паліативної та хоспісної допомоги в Україні / Ю. В. Вороненко, В. М. Князевич, О. В. Заволока, [та ін.] // Зб.: Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2015 рік. / За ред. В. В. Шафранського;

- МОЗ України; «ДУ УІСД МОЗ України». – К., 2016. – С. 284–301.
3. Гойда Н. Г. Медико-соціальна характеристика організації системи паліативної та хоспісної допомоги в Україні / Н. Г. Гойда, Ю. І. Губський, В. М. Князевич, А. В. Царенко // Збірн. наук. праць співробітників НМАПО імені П. Л. Шупика. – 2014. – Вип. 23. – Книга 3. – С. 101–115.
 4. Гончарь М. О. Принципи надання паліативної допомоги дітям / М. О. Гончарь, О. О. Ріга, А. Ю. Пеньков. – Харків : ХНМУ, 2016. – 112 с.
 5. Горбаль А. Дані для паліативної допомоги: міжнародний досвід, українська практика, стандарти, індикатори, оцінки / А. Горбаль, Є. Горох, Р. Насрідінов [та ін.]. – К.: Український центр суспільних даних, 2018. – 60 с.
 6. Губський Ю. І. Розвиток паліативної та хоспісної допомоги в Україні: організаційні, юридичні та медичні аспекти / Ю. І. Губський, Н. Г. Гойда, А. В. Царенко // Реабілітація та паліативна медицина. – 2015. – № 1 (1). – С. 68–74.
 7. Губський Ю. І. Паліативна допомога та еутаназія: медико-соціальні, біоетичні, правові аспекти / Ю. І. Губський, А. В. Царенко // Здоров'я суспільства. – 2017. – Т. 6. – № 1–2. – С. 87–97.
 8. Децик О. З. Паліативна допомога: проблеми сімей інкурабельних хворих / О. З. Децик, Ж. М. Золотарьова // Реабілітація та паліативна медицина. – 2015. – № 1. – С. 55–59.
 9. Децик О. З. Вплив появи важкохворої дитини на соціальний статус її родини / О. З. Децик, Р. М. Мельник // Україна. Здоров'я нації. – 2017. – № 1 (42). – С. 16–21.
 10. Децик О. З. Аналіз соціально-психологічних характеристик найближчих родичів важко хворих дітей / О. З. Децик, Р. М. Мельник // Реабілітація та паліативна медицина. – 2018. – № 1 (7). – С. 63–67.
 11. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.1992 № 2801-ХІІ (із змінами від 01.07.2022 № 3347-ІХ). - <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2347-20#n174>.
 12. Князевич В. М. Перспективи розвитку паліативної допомоги в Україні / В. М. Князевич // Реабілітація та паліативна медицина. – 2015. – № 2. – С. 131–134.
 13. Кужель І. Р. Медико-психологічна допомога особам, які здійснюють догляд за інкурабельними онкологічними хворими, в умовах паліативної медицини / І. Р. Кужель // Автореф. дис. канд. мед. наук. – Харків, 2011. – 24 с.
 14. МОЗ України. Наказ МОЗ України від 04.06.2020 № 1308 «Про удосконалення організації надання паліативної допомоги в Україні» (Зареєстровано в Міністерстві юстиції України 01 липня 2020 р. за № 609/34892). - <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0609-20#Text>.
 15. МОЗ України. Наказ МОЗ України від 27.12.2023 № 2216 «Про затвердження Змін до Порядку надання паліативної допомоги» (зареєстрований у Міністерстві юстиції України 11 січня 2024 року за № 59/41404). - <https://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-27122023--2216-pro-zatverdzhennja-zmin-do-porjadku-nadannja-paliativnoi-dopomogi>.
 16. Моїсеєнко Р. О. Паліативна підтримка дітей в Україні як складова системи педіатричної допомоги / Р. О. Моїсеєнко, В. М. Князевич // Реабілітація та паліативна медицина. – 2015. – № 2. – С. 31–38.
 17. Моїсеєнко Р. О. Соціальна педіатрія: фокус на медико-соціальний супровід дітей з особливими потребами та паліативна допомога в педіатрії / Р. О. Моїсеєнко // Реабілітація та паліативна медицина. – 2016. – № 1 (4). – С.10–13.
 18. Моїсеєнко Р. О., Гойда Н. Г., Царенко А. В. [та ін.]. Оптимізація системи паліативної та хоспісної допомоги в Україні: реалії і перспективи. – Київ, 2022. – 146 с.

19. Царенко А. В. Організація міжвідомчої співпраці сімейних лікарів при наданні амбулаторної паліативної допомоги пацієнтам похилого віку / А. В. Царенко, Ю. І. Губський // Сімейна медицина. – 2013. – N 1. – С. 14-17.
20. Царенко А. В. Медико-соціальне обґрунтування системи паліативної та хоспісної допомоги в Україні. Автореф. дис...докт. мед.наук. – К., 2020. – 42 с.
21. Царенко А. В. Створення і впровадження служби паліативної та хоспісної допомоги пацієнтам геріатричного профілю в Україні: мультидисциплінарна координація із закладами первинної медичної допомоги та соціального захисту населення / А. В. Царенко, О. Г. Шекера, В. В. Чайковська [та ін.] // Актуальні питання геронтології та паліативного догляду в сімейній медицині. Частина II: Навч. посібник / За ред. проф. Л.С.Бабінець. – Тернопіль: Осадца Ю.В., 2022. – С. 551 – 578.
22. Царенко А. В. Функціонування системи соціальних послуг в умовах надзвичайних ситуацій // у Зб. складові національної безпеки в умовах воєнного стану. Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю (м. Київ, 09-11 серпня 2023 р.) / під заг. редакцією д. наук з держ. управл., проф. З. В. Гбур. – Кам'янець-Подільський: вид. «Друкарня Рута», 2023. – с. 523 – 528.
23. Царенко А. В., Моїсеєнко Р. О., Гойда Н. Г. Значення мультидисциплінарного, міжвідомчого і міжсекторального підходів як умов впровадження системи паліативної та хоспісної допомоги в Україні. // Реабілітація і паліативна медицина. – 2023. – 1 (8). – с. 29–36.
24. Arias-Casais N. EAPC Atlas of Palliative Care in Europe 2019 / N. Arias-Casais, E. Garralda, J. Y. Rhee [et al.]. – Vilvoorde: EAPC Press. – 2019.
25. Caper K. Hospice Care in the UK: Scope, Scale and Opportunities / K. Caper, B. Ingber, I. Ansell. – Hospice UK Publ., 2016. – 21 p.
26. Centeno C. White Book for Global Palliative Care Advocacy: Recommendations from the PAL-LIFE expert advisory group of the Pontifical Academy for Life, Vatican City/ C. Centeno, Sitte T., De Lima L., et al.. – Libreria Editrice Vaticana. – 2019. – 103 P.
27. Connor S. R. Hospice and Palliative Care: The Essential Guide / S. R. Connor. – New York, 2009. – NY: Routledge. – 262 p.
28. Connor S. R. Estimating the Global Need for Palliative Care for Children: A Cross-sectional Analysis. / S. R. Connor, J. Downing, J. Marston // J. Pain Symptom Manage. – 2017; 53(2): 171–177. doi: 10.1016.
29. Davies E.¹, Higginson I. J., eds. Better Palliative Care for Older People. – WHO Regional Office for Europe. Copenhagen, 2004. – Access mode: <http://www.euro.who.int/document/E82933.pdf>.
30. Davies E.², Higginson I. J., eds. Palliative Care – The Solid Facts. – WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2004. – Access mode: <http://www.euro.who.int/document/E82931.pdf>.
31. Davies E.³ What are the palliative care needs of older people and how might they be met? (Health Evidence Network report; 2004). – Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004. – 16 p. – Access mode: <http://www.euro.who.int/Document/E83747.pdf>. WHO, 1986, 1994, 1996 та інші).
32. EAPC¹. European Association of Palliative Care Taskforce: **Palliative** care for infants, children and young people. The facts. – 2009. – 62 P.
33. EAPC². White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe / Recommendations from the European Association for Palliative Care. Part I // European Journal of Palliative Care. – 2009. – № 16 (6). – P. 278–289.
34. EAPC. White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe /

- Recommendations from the European Association for Palliative Care. Part II // *European Journal of Palliative Care*. – 2010. – № 17 (1). – P. 22–33.
35. EAPC. Palliative Care in Long-Term Care Settings for Older People / EAPC Taskforce 2010-2012. Report. – January 2013. – 73 p. – [Electronic resource]. Access mode: http://www.eapcnet.eu/Portals/0/Organization/Long%20term%20care%20settings/FinalReportLongTermCareSettings_2013.pdf.
 36. Etkind S. N. How many people will need palliative care in 2040? Past trends, future projections and implications for services / S. N. Etkind, A. E. Bone, B. Gomes et al. // *BMC Med*. – 2017; 15(1):102. - [Electronic resource]. Available from: <http://bmcmmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12916-017-0860-2>.
 37. Higginson I. J. Palliative care needs to be provided on basis of need rather than diagnosis / I. J. Higginson, J. M. Addington-Hall // *BMJ* 1999; 318(7176):123.
 38. Hill F. Caring for terminaly ill / Hill F. // *Nursing*. – 1991. – V. 34, N 4. – P. 9-22.
 39. Gomez-Baptiste X. Building Integrated Palliative Care Programs and Services / X. Gomez-Batiste and S. Connor, editor. – Barcelona: Liberdúplex. – 2017. - 384 p.
 40. Gómez-Batiste X. Comprehensive and integrated palliative care for people with advanced chronic conditions: an update from several European initiatives and recommendations for policy / X. Gomez-Batiste, S. A. Murray, K. Thomas, at al. // *Journal of pain and symptom management*. – 2017. – Vol. 53 (3). – P. 509–517.
 41. Ward A.W.M. Standards for home care cervices for the terminally ill / A.W.M. Ward // *Community medicine*. – 2002. – N 4. – P. 267-269.
 42. WHO. Development of care programs for cancer. – Copengagen: WHO Regional office for Europe, 1986. – 128 p.
 43. WHO. Cancer is a global problem // *Weekly Epidemiological Record*. – 1994. – N 59. – P. 125-126.
 44. WHO. Cancer pain relief. – Geneva: World Health organization, 1996. – 61 p.
 45. WHO. What are palliative care needs of older people and how might they be met? - Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2004. – 16 p. – [Electronic resource]. – <http://www.euro.who.int/document/E83747.pdf>.
 46. WHO. Palliative Care. Cancer Control: knowledge into action: WHO guide for effective programmes; module 5. – WHO, Geneva, 2007. – 51 p. // [Electronic resource]. – <http://www.who.int/cancer/media/FINAL-PalliativeCareModule.pdf>.
 47. WHO. Palliative care for older people: better practices. – Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. – 2011. – 72 p. – [Electronic resource]. – Режим доступа: http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0017/143153/e95052.pdf.
 48. WHO. ВОЗ. Укрепление паллиативной медицинской помощи в качестве одного из компонентов комплексного лечения на протяжении всего жизненного цикла. Резолюция 67-й сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения, № А67/31 от 4 апреля 2014 г. – Женева, 2014. – 11 с. [Electronic resource]. – Режим доступа: URL: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_31-ru.pdf.
 49. WHO. Palliative care is an essential part of cancer control // World Health Organization, Cancer Control Programme Department of Chronic Diseases, Health Promotion (CHP). – WHO, Geneva, 2015. – [Electronic resource]. – Режим доступа: - <http://www.who.int/cancer/palliative/en/1>.

50. WHO. Planning and implementing palliative care services: a guide for programme managers. – Geneva, Switzerland, 2016. – 92 P.
51. WHO. Integrating palliative care and symptom relief into primary health care: a WHO guide for planners, implementers and managers. – Geneva, Switzerland, 2018. – 88 P.
52. WHO. Palliative care for noncommunicable diseases. A global snapshot. 2019 // [Electronic resource]. – Режим доступа: <https://www.who.int/ncds/management/palliative-care/PC-infographic-rev-2018-final-for-web.pdf?ua=1>.
53. WHPCA and WHO. Global Atlas of Palliative Care at the End of Life // Edited by S. R. Connor, M. C. S. Bermedo – World Health Organization, 2014. – 111 p.

TEORETICKÉ VÝCHODISKÁ A PRÍSTUPY V SOCIÁLNEJ PRÁCI S RODINOU

THEORETICAL BASES AND APPROACHES IN SOCIAL WORK WITH THE FAMILY

Vansač Peter¹ Guľašová Monika²

¹²*Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave, n. o.
Inštitút bl. Metóda Dominika Trčku Michalovce*

Abstrakt

Cieľom nášho príspevku je poukázať na teoretické východiská a prístupy sociálnej práce s rodinou. Sociálny pracovník, prostredníctvom poznania teórie týkajúcej sa rodiny, sa má snažiť čo najviac porozumieť procesom v rodine a problémom rodiny. Z tohto dôvodu sa v našom príspevku zaoberáme teóriou výmeny, štrukturálnou teóriou, teóriou vrodenných potrieb, ekologickou teóriou, teóriou rodinného životného cyklu a teóriou subkultúry. V našom príspevku analyzujeme aj päť hlavných prístupov na poli rodinnej terapie. Jedná sa o tieto prístupy: psychodynamický prístup, experienciálny prístup, behaviorálny prístup, prístup rozšírenej rodiny a komunikačný prístup. Prístupy majú pomôcť profesionálom, ktorí pracujú s rodinou, aby lepšie porozumeli klientom v ich životnej situácii a lepšie komunikovali s rodinou. Prístupy pomáhajú odkryť konflikty v rodine a efektívnejšie sa s nimi vysporiadať.

Kľúčové slová

Rodina. Prístupy. Sociálna práca. Teoretické východiska.

Abstract

The aim of our paper is to highlight the theoretical background and approaches of social work with families. The social worker, through the knowledge of the theory related to the family, should try to understand the processes and the problems of the family as much as possible. In our article, we focus on exchange theory, structural theory, innate needs theory, ecological theory, family life cycle theory and subculture theory. In our paper, we also analyse five major approaches in the field of family therapy. These approaches are the psychodynamic approach, the experiential approach, the behavioural approach, the extended family approach, and the communication approach. The approaches are intended to help professionals who work with families to better understand clients in their life situation and to better communicate with the family. The approaches help to uncover conflicts in the family and deal with them more effectively.

Keywords

Family. Approaches. Social work. Theoretical background.

Úvod

Sociálna práca s rodinou je kľúčovou oblasťou sociálnej práce, ktorá sa zaoberá podporou a posilňovaním rodín v rôznych životných situáciách. Táto oblasť je komplexná a náročná, pretože rodina predstavuje základnú jednotku spoločnosti a má zásadný vplyv na individuálny aj kolektívny život jej členov. Pred začatím konkrétnej práce s rodinou, je dôležité mať jasné teoretické východiská a prístupy, ktoré nám pomôžu porozumieť a efektívne reagovať na potreby a výzvy, s ktorými sa rodiny stretávajú.

Je dôležité mať na pamäti, že sociálna práca s rodinou nie je statická disciplína. Prístupy a teoretické východiská sa neustále vyvíjajú a prispôsobujú sa meniacim sa spoločenským a kultúrnym podmienkam. Sociálni pracovníci, ktorí pracujú s rodinami, musia mať flexibilitu a schopnosť prispôbiť svoj prístup ku konkrétnym potrebám a situáciám rodiny, ktorú podporujú.

Teoretické východiská v sociálnej práci s rodinou

V súčasnej dobe sa odborníci snažia porozumieť procesom a problémom rodiny, pričom sa opierajú o teoretické východiská, ktoré sa vzťahujú na rodinu. Väčšina teórií je zameraná na jeden alebo niekoľko aspektov fungovania rodiny. Preto je potrebné teórie vzťahujúce sa na rodiny kombinovať. Konkrétne teórie slúžili okrem iného až do 80. rokov 20. storočia na vytváranie typológií rodín najmä pre potreby klinickej praxe (napr. Dunovského (1986) typológie rodín: rodina afunkčná, dysfunkčná, problémová). Aktuálne sa však od diagnostikovania upúšťa najmä kvôli riziku negatívneho nálepkovania rodín a následkov s tým spojených. Termín klinická rodina (prípadne mnohoproblémová rodina) sa novo používa v spojení s intervenciami (Macková, 2014, s. 13 - 14).

Teória výmeny

Rodina je z hľadiska teórie výmeny považovaná za súbor autonómne sa rozhodujúcich jednotlivcov. Ich správanie sa riadi osobnými záujmami. Uspokojovanie záujmov a potrieb je vnímané ako zisk. Ten nemusí byť vždy iba ekonomický, môže sa jednať napr. aj o sebatpotvrdenie, získanie moci nad druhými ľuďmi, prístup k informáciám či materiálnym zdrojom, o spoločenské postavenie, bezpečie, dostupnú pomoc a iné. Zisky môžu byť krátkodobé alebo dlhodobé. Okrem ziskov správanie v rodine sprevádzajú aj určité náklady. Každé zásadné rozhodnutie týkajúce sa rodiny (napr. počatie, rozvod) v sebe spája pomer ziskov a nákladov. Ich merateľnosť a porovnanie je problém, pretože nie je totiž možný dost dobrý prevod na jednu jednotku. Prirodzená stratégia rokovania sa uberá smerom maximalizácie zisku a minimalizácie nákladov. Pokiaľ sa budú partneri v ziskoch výrazne líšiť, táto skutočnosť ovplyvní stabilitu ich vzťahu. Teóriu výmeny možno napr. vysvetliť, prečo a kedy jednotlivci zakladajú rodiny, alebo prečo sa rozvádajú (Macková, 2014, s. 13).

Štruktúrna teória

Štruktúrna teória patrí medzi systémové teórie. Ich ústredný pojem tvorí interakčná štruktúra, ktorá obsahuje predpovedateľné vzorce a pravidlá. Niektoré pravidlá si členovia rodiny uvedomujú, iné uplatňujú nevedomky. Pravidlá sú výsledkom interakcie potrieb členov rodiny, ich podoba je ovplyvnená sociálnymi zručnosťami. Rodinná štruktúra sa skladá z podsystémov, ktoré majú špecifické funkcie a uspokojujú rôzne potreby jednotlivých členov rodiny. Aj jednotlivec predstavuje subsystém. Medzi kľúčové subsystémy patrí rodičovský a partnerský. Subsystémy sú oddelené hranicami. Ak je ich priepustnosť príliš vysoká, hovorí sa o stave zapletenia. Pokiaľ sa jedná o nepriepustné hranice, subsystém je popisovaný v stave odpojenia. Cieľom terapeutической práce je nahradiť dysfunkčné interakčné štruktúry štruktúrami funkčnými, aktivovať schopnosť rodiny voliť adaptívne interakčné štruktúry, vybudovať štruktúry s jasnou hierarchiou, zodpovednosťou a s optimálne priepustnými hranicami. Na priamu prácu s rodinou možno na záver odporučiť - ponímať rodinu ako sociálny systém, ktorý

obsahuje pravidlá, hranice a očakávania; reflektovať alternatívne vzorce správania, ktoré existujú popri viditeľnom správaní členov rodiny; vnímať členov rodiny ako oddelené entity, avšak zároveň ako súčasť siete rodinných vzťahov; identifikovať obdobie, kedy je nutné zmeniť rodinné vzorce správania; zahrnúť seba samého do systému rodiny; rešpektovať pohľad rodiny na problém; pomáhať meniť nefunkčné vzorce správania; motivovať členov rodiny sústredením sa na silné stránky; lokalizovať možné zdroje pomoci vrátane samotnej rodiny. Ďalšie poznatky k štruktúrálnej teórii rozpracováva vo svojich publikáciách napr. autor Minuchin. (Matúšek, Pazlarová, 2010). Minuchinova štruktúralna teória – rodina je chápaná ako systém s tromi hlavnými komponentmi:

- rodinnou štruktúrou,
- vlastným vývojom v čase,
- spôsobmi, ktorými sa rodina snaží udržať rozvoj individua (Fábry Lucká, 2018, s. 72).

Teória uspokojenia vrodenných potrieb

Ústredný pojem tejto teórie tvorí primknutie – špecifická emocionálna väzba dieťaťa na blízku, starajúcu sa osobu. Zdrojom základnej dôvery sa pre dieťa stáva včasná a primeraná reakcia rodiča na jeho potreby. To predstavuje jednu z elementárnych podmienok zdravého psychického vývoja. Zatiaľ čo prítomnosť primárnej osoby je pre dieťa žiaduca, ich oddelenie mu spôsobuje stres. Podobnú väzbu zažíva človek aj v dospelosti k partnerovi, v staršom veku k súrodencovi alebo deťom. Vytvorenie intenzívneho vzťahu k primárnej osobe, ktoré je podmienené biologicky, zaisťuje prežitie dieťaťa. Medzi spúšťače patrí napríklad telesný kontakt matky a dieťaťa bezprostredne po pôrode alebo detský úsmev objavujúci sa v 6. týždni života. K realizačným podmienkam sa radí napríklad zážitok kvalitnej väzby rodiča v jeho detstve na jeho rodiča. Pokiaľ nie je dieťaťu umožnený dostatočne intenzívny kontakt s primárnou osobou, nedostáva sa mu uspokojivej starostlivosti alebo sa na strane dieťaťa objavili dispozície, ktoré sťažujú kontakt s primárnou osobou, hrozí tu riziko deprivácie. Deprivácia má vplyv na rôzne procesy, u malých detí ovplyvňuje ich celkový vývoj. Medzi významných autorov, ktorí sa zaoberali otázkou psychickej deprivácie, patria psychológovia Langmeier a Matějček. Druhý menovaný zaviedol do odbornej literatúry pojem subdeprivácie, ako stav, keď rodičia zanedbávajú svoje dieťa v určitom ohľade a v určitej miere. Správanie deprivovaných detí sa prejavuje poruchou väzby, medzi príznaky patrí napr. nechutenstvo, obtiažne utíšenie, nutkavé správanie, utlmenie sociálnych interakcií, neprimerané vzťahy k cudzím osobám. Rovnako ako sa s vekom menia potreby dieťaťa, mení sa aj kvalita väzby medzi ním a starajúcou sa osobou (zrelá väzba). Nezrelá väzba je rigidná, nemení sa s ohľadom na aktuálne potreby dieťaťa. Pretrhnutie naviazanej väzby máva za následok separačnú traumu (vyhasnutie pri nedostatočnom kontakte, napr. po rozvoze rodičov) alebo syndróm zavrhnutého rodiča (negatívne naprogramovanie dieťaťa rodičom, s ktorým žije, voči druhému rodičovi). Existujú dohady, že deprivácia v ranom detstve môže v období dospievania zafungovať ako spúšťač delikventného správania (Macková, 2014).

Ekologická teória

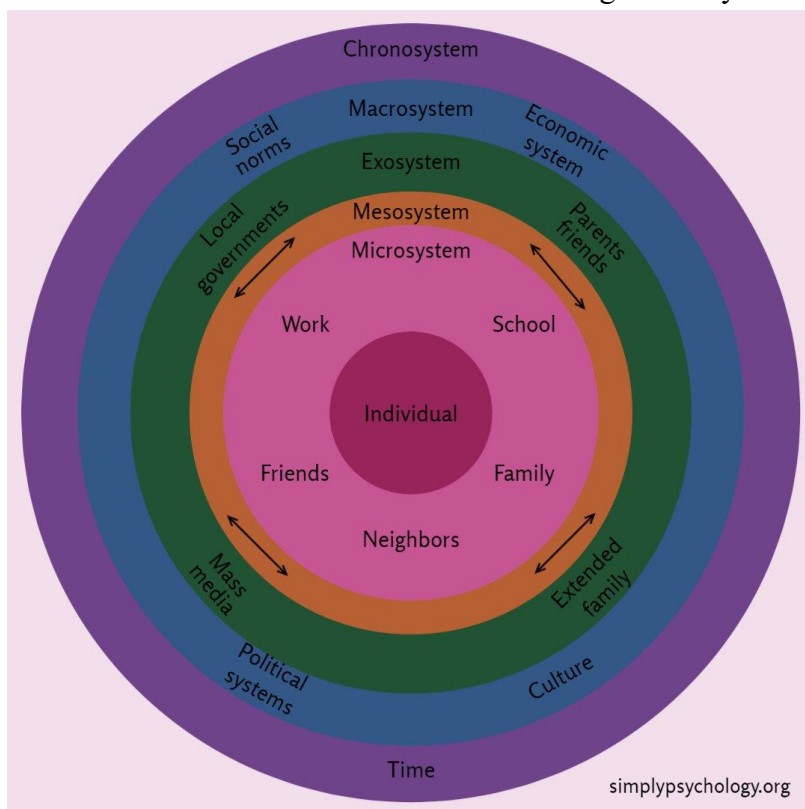
Ekologická teória našla svoju inšpiráciu v skúmaní organizmov v ich prirodzenom prostredí. Kľúčový pojem predstavuje adaptácia (obmedzené možnosti jednotlivca adaptovať sa na meniace sa podmienky prostredia). Človek a skupiny ľudí žijú v prostredí, s ktorým sú

prepojené sieťou väzieb na rôznych úrovniach. S prostredím tak vytvárajú ekosystém – súbor nik. Niky obývajú jednotlivci aj rodiny. Tu sa podľa určitých vzorov odohrávajú stále činnosti. Na opis fungovania sociálnych systémov možno použiť sociálno-ekologické modely, v ktorých už nedominujú biologické faktory (Macková, 2014).

Napr. Bronfenbrenner popisuje sociálne systémy ako sústredné kruhy ovplyvňujúce život človeka aj seba navzájom. Rozlišuje medzi:

- mikrosystémom, ktorého je človek členom (rodina, priatelia, susedia, škola),
- mezosystémom zahŕňajúcim vzťahy medzi mikrosystémami (rodina - vrstovníci),
- exosystémom, v ktorom nie je človek aktívnym účastníkom, ale dianie v ňom ovplyvňuje jeho život (pracovné prostredie rodičov),
- makrosystémom, ktorý ovplyvňuje život človeka ako člena spoločnosti (spoločenské normy),
- chronosystémom, ktorý zaznamenáva zmeny v čase (zásadné momenty v živote človeka, vývoj spoločnosti).

Obrázok č. 1 Bronfenbrennerová teória ekologického systému



Zdroj: <https://www.simplypsychology.org/bronfenbrenner.html>

Sociálno-ekologickú teóriu je možné použiť ako východisko sociálnej práce za predpokladu, že sa budeme usilovať o zlepšovanie sociálneho fungovania klienta a budeme hľadať zdroje podpory nielen v klientovi samotnom, ale aj v sociálnom a materiálnom prostredí, ktoré ho obklopuje. Inšpiráciu možno nájsť napr. v dielach autorov Kleina, Whiteho či Bronfenbrennera. (Matúšek, Pazlarová, 2010).

Teória rodinného životného cyklu

Rodina, podobne ako jednotlivec, sa vyvíja a v každom vývojovom období má rôzne potreby. Niečo od svojich členov potrebuje, niečo im ponúka. Každé obdobie vo vývoji rodiny prináša typické problémy. Ak má rodina optimálne fungovať, musí sa vyvíjať v postupnosti s vývojovými úlohami jednotlivcov. Sociológia vymedzuje vývojové štádiá rodiny nasledovne:

- bezdetní manželia,
- rodina s malými deťmi,
- rodina s predškolskými deťmi,
- rodina s deťmi v mladšom a strednom školskom veku,
- rodina s adolescentmi,
- rodina potom, čo prvé dieťa odíde z domova,
- rodina dospelých stredného veku,
- štádium prázdneho hniezda,
- rodina starnúcich osôb.

V súčasnosti sa dá často stretnúť s rôznymi alternatívami v rámci predloženej schémy, či už v dôsledku rastúcej variability rodinného správania ľudí, rozvodov a rekonštruovaných zväzkov, netradičných foriem rodinného spolužitia atď. Významný parameter, ktorý sa dotýka životného cyklu rodiny a ktorý je pri práci s rodinou potrebné vziať do úvahy, predstavuje transgeneračný prenos. Medzi generáciami sa odovzdávajú normy, zvyklosti, rituály, ale aj stres a násilné správanie (teória rodinnej nezdolnosti rieši, ako sa rodiny vyrovnávajú s ťažkými traumami – zanedbávanie, zneužívanie detí). Cieľom terapeutickej práce je napomáhať prechodu rodiny do ďalšieho vývojového štádia a prehodnocovať transgeneračné odovzdávanie vzorce a tradície. Tematikou sa bližšie zaoberajú napr. Duvallová, Hobfoll alebo Tothová. (Matúšok, Pazlarová, 2010)

Teória subkultúry sprostredkovanej rodinou

Teória, ktorú rozpracovali Lewis a Banfield, sa opiera o predpoklad, že v rodinách v najchudobnejšej vrstve spoločnosti sa cez generácie odovzdávajú určité hodnoty, postoje a spôsoby správania, ktoré utvárajú svojbytnú kultúru alebo subkultúru. Tento proces ovplyvňuje socializáciu detí celkom významným spôsobom, pretože im prakticky neumožňuje únik z okraja spoločnosti. Subkultúru chudoby charakterizuje okrem iného zlá výživa, zlá zdravotná starostlivosť, nevyužívanie služieb a iné. Nebýva výnimkou, že rodiny na okraji spoločnosti vytvárajú či sú odsunuté do sociálne vylúčených lokalít. Jednoznačné spojenie chudoby a sociálneho vylúčenia nemožno však vždy jednoznačne preukázať. Aj medzi nemajetnými osobami sa vyskytuje podskupina, ktorá sa hodnotami, ktoré vyznáva, príliš nelíši od majoritnej spoločnosti, ale aj podskupina, ktorá je od väčšinovej spoločnosti dobrovoľne či nedobrovoľne odpojená. Medzi typické znaky subkultúry vylúčených patrí:

- orientácia na prítomnosť,
- malý význam prikladaný práci a vzdelaniu, rozvoju vlastnej osobnosti,
- chýbajúce väzby k spoločnosti,
- nesprávne chápanie mužskej role, kde dominuje poňatie siláka, ktorý sa nebojí konfrontácie s autoritou,
- rodiny sú usporiadané podľa patriarchálnej tradície,
- deti sú menej stimulované.

S iba materiálnou pomocou si tu profesionál nevystačí, treba pôsobiť na postoje, ktoré ovplyvňujú spoločenské postavenie znevýhodnených osôb (Matúšok, Pazlarová, 2010).

Prístupy v sociálnej práci s rodinou

So vzrastajúcim záujmom o rodinu vznikali rôzne teórie rodinného fungovania. Snažili sa o opis, kategorizáciu a niekedy aj diagnostiku rodiny. Ako pripomína Pláňava (2000), väčšina z nich bola inšpirovaná klinickou praxou, rovnako ako väčšina individuálne zameraných teórií. Pôvodne boli zamerané na patológiu a postupne sa začali zaoberať normalitou.

Langmeier, Balcar, Špitz (2000) definovali päť hlavných myšlienkových a metodických prístupov na poli rodinnej terapie:

1. psychodynamický prístup,
2. experienciálny prístup,
3. behaviorálny prístup,
4. prístup rozšírenej rodiny,
5. komunikačný prístup.

1. Psychodynamické perspektívy

Psychodynamický prístup je pojem, ktorý zahŕňa psychoanalytické a psychoterapeutické smery čerpajúce z učenia Sigmunda Freuda. Podľa Freudovho topografického modelu osobnosti (Navrátil, 2001, s. 35-42) sa psychika človeka skladá z troch vrstiev:

- vedomie (to, čo človek zažíva tu a teraz),
- podvedomie (to, čo bolo vedomé, v súčasnej dobe je to pozabudnuté, ale nie je problém si to vybaviť),
- nevedomie (to, čo je vo vedomí skryté a človek si to nie je schopný len tak vybaviť).

Všetky tieto tri vrstvy ovplyvňujú správanie a prežívanie človeka.

Štrukturálny model osobnosti človeka podľa Freuda hovorí o osobnosti ako o uzavretom systéme, ktorý sa skladá z troch subsystémov:

1. ID=ONO: je založené na uspokojovaní slasti, tzv. zvieracia stránka človeka, je neracionálne, vrodené, funguje v oblasti podvedomia alebo tiež nevedomia, tvoria ho vášne, pudy, priania, túžby, spontánnosť, ak je silné, ide o chorobné správanie, jeho protiváhou je ego.
2. EGO=JA: je výsledkom činnosti boja ID a SUPEREGA, je to racionálna zložka a výsledkom jeho činnosti je naše správanie, malo by byť v súlade s normami, uvedomenie si svojej identity s odlišením od okolitého prostredia.
3. SUPEREGO = NADJA: oblasť svedomia, kontroluje EGO, riadi sa princípom dokonalosti, vzniká vplyvom výchovy a okolia, mravné zákony, to, čo musíme, čo spoločnosť vyžaduje, ak je SUPEREGO silné, ide o frustrovanú osobnosť.

Medzi jednotlivými zložkami dochádza k interpersonálnym konfliktom, zároveň aj ku konfliktom jedinca s okolím.

Dynamická psychoterapia skúma interpersonálne vzťahy a súčasne konflikty klienta, v ktorých možno z časti odhaliť dôsledky maladaptívneho sociálneho správania, ktoré je často odrazom minulých konfliktov a traumatických zážitkov. Psychodynamický prístup zvýrazňuje podiel detstva, minulosti, sexuality na vzniku rodinnej patológie, ako aj aktuálne konflikty v rodine, čo umožňuje ich spracovanie na princípe „tu a teraz“. Táto terapia môže klientovi pomôcť, aby lepšie porozumel sám sebe. Je zameraná na odkrývanie jeho nevedomých

konfliktov, s ktorými sa potom učí efektívnejšie vysporiadať.

Psychodynamický prístup sa snaží o porozumenie významu daných problémov. Z techník sa najčastejšie používa rozhovor a špeciálne postupy kladená otázok. Je zameraný na zlepšovanie komunikácie využívaním osobných citov a rozbúrením pocity hladiny u všetkých členov, čím sa odstráni na začiatku naučené formy prežívania v rodine, čo umožní otvorenejšie vyjadrovanie interpersonálnych konfliktov.

Ďalšou úlohou je objasniť rolu klienta v rodinnej konstelácii, pomôcť členom rodiny rozbiť kruh vzájomného obviňovania a trestania a zaviesť opätovnú rovnováhu a zmierenie. V súčasnej rodine podľa Špánikovej (2010, s. 58) postupne dochádza k upadaniu komunikácie, prejavom straty rodinného zázemia a častejším prípadom prevažne psychického násillia, ktoré sa ťažšie odhaľuje aj dokazuje.

Pomáha tiež klientovi nahliadnuť do toho, ako rôzne skúsenosti z detstva spôsobujú, že sa teraz cíti neúplný, úzkostný, že má nízku sebaúctu, čo zhoršuje jeho fungovanie v dospelosti. (Šrobarová, 2013).

2. Experienciálny prístup

Zameriava sa na poruchy v prežívaní rodinných vzťahov, ktoré podmieňujú poruchy vo vzájomnom jednaní členov rodiny. Snaží sa o objasnenie vzťahov a účinnejšie napĺňanie potrieb členov rodiny, a to vzájomnou konfrontáciou skutočných recipročných citov a prianí. Experienciálno-komunikačný smer predstavuje prístup V. Satirovej, často nazývaný ako chápací alebo láskavý. Satirová (In: Langmeier, Balcar, Špitz, 2000) nachádza v komunikácii členov rodiny štyri nesprávne rigidné vzorce, a to:

1. obviňujúci,
2. zmierujúci za každú cenu,
3. chladne racionálny
4. nevecný, rušivý.

Terapeut privádza členov rodiny k tomu, aby ich rozoznali a nahradili ich otvorenou komunikáciou. Tá by mala obsahovať vyjadrovanie skutočných pocitov a rešpekt k pocitom druhého. Dôležitými atribútmi terapie podľa Satirovej sú prejavovania potreby lásky a vyjadrenia lásky, vrelosti, záujmu o druhého a ďalších kladných emócií.

3. Behaviorálny prístup

V začiatkoch sa zástancovia tohto prístupu, najmä R. Liberman a G. R. Patterson, snažili pozmeňovať správanie členov rodiny pomocou posilňovania a podmieňovania, metódami odmien a trestov. Na základe skúseností však zistili, že techniky operatívneho podmieňovania neplatia pri patologických, interakčných a vzťahových vzorcoch. Preto sa začali opierať o teórie sociálneho učenia a výmeny, vysvetľujúce komplexnosť interakčných vzorcov a dôležitosť interakčných súvislostí pre zmenu správania (Simon, Stierlin, 1995). Behaviorálny prístup sa teda zameriava na patogénne vzorce a následky vzájomnej „výmeny správania“ medzi členmi rodiny v ich spozití. Terapeut aplikuje postupy riadeného navodzovania zmeny vzájomného správania členov rodiny v určitých situáciách. Využíva tiež vzájomné reakcie a ohlasy. Tým vedie členov rodiny k osvojeniu obojstranne prospešných spôsobov vzájomného správania a k tomu, aby sa vzdali tých nezdravých.

4. Prístup rozšírenej rodiny

Ide v podstate o prístup založený na teórii rodinných systémov M. Bowena (cit. podľa Langmeier, Balcar, Špitz, 2000). Terapeutická práca sa zameriava na dosiahnutie diferenciácií

každého člena rodiny. Bez nej by nastala fúzia, pri ktorej by človek nediferencovane splynul s ostatnými členmi. V tomto stave nie je schopný spolužitia vo vzájomných diadických vzťahoch a hľadá spojencov v procese „*triangulácie*“, čiže „vtiahnutie doteraz nezúčastneného člena rodiny do problémovo sa utvárajúceho vzťahu dvojice“ (Langmeier, Balcar, Špitz, 2000, s. 181). Ak tento trojuholník vznikne naprieč generáciami, býva obzvlášť patogénny. Naproti tomu diferencovaný člen môže s ostatnými nadviazať blízke vzťahy, pritom si ale voči nim zachováva jasné hranice a jeho predstava o sebe nie je na názore rodiny závislá.

5. Komunikačný prístup

Tento prístup môže byť rozdelený do dvoch druhov:

Štruktúrne založený na praktickej skúsenosti S. Minuchina (1974) s černošskými a portorikánskymi rodinami z chudobných štvrtí New Yorku, ohrozenými disocálnym vývojom detí. Minuchin sa orientoval na rodinné subsystémy a podčiarkol dôležitosť ich hraníc. Funkčné rodiny majú podľa neho jasne definovanú rodinnú štruktúru. Tá má byť vypracovaná, pružná a kohézna. Rigidné koalície, prekračujúce generačné hranice môžu spôsobovať problémy (Kratochvíl, 2002). Minuchin používal pri popise štruktúry rodiny tri hlavné dimenzie činností v rodine - „**hranica**“, „**väzba**“ a „**moc**“. Zdôrazňoval schopnosť prispôsobenia rodinnej štruktúry meniacim sa vnútorným i vonkajším nárokom na rodinu i jej zdrojom na vyrovnávanie sa s nimi.

Strategický prístup J. Haleyho (1971) sa snaží spoznať pravú funkciu poruchových javov v rodinnom spolunažívaní a zrušiť účelnosť takéhoto konania. Haley sa zaoberá tým, ako býva definovaný vzťah medzi dvoma alebo viacerými ľuďmi. Hoci svoje úvahy smeruje k popísaniu vzťahu medzi terapeutom a klientom, možno ich aplikovať na medziľudské vzťahy všeobecne. Čo sa stane, keď sa stretnú dvaja cudzí ľudia? Nepoznajú sa a existuje široká škála možností, akú podobu bude ich vzťah mať. Môžu si vzájomne lichotiť alebo sa zhadzovať. Jeden môže ovládať druhého. Ich vzťah môže byť odmeraný a formálny alebo naopak vrelý či dokonca dôverne priateľský, prípadne milenecký. To všetko sa podľa Haleyho postupne kryštalizuje v komunikácii medzi účastníkmi: od prvých pozdravov a všeobecných otázok o počasí až napríklad po dôvernú komunikáciu najlepších priateľov či manželov (Zatloukal, 2013, s. 28). Zdôrazňuje stratégie zvládania problémov. Proti obrane uplatňuje rôzne strategické postupy, ako napr. prerámovanie alebo paradoxné príkazy. Haley tiež upozorňuje na dôležitosť štruktúry rodiny a hraníc medzi jej subsystémami (Kratochvíl, 2002.).

Obidva tieto prístupy si našli množstvo nasledovníkov a podľa Jonesovej (1996) postupne začali byť považované za najvýznamnejšie školy v počiatkoch rodinnej terapie.

6. Systemický prístup

Ku koncu sedemdesiatych rokov minulého storočia začala mať na rodinnú terapiu značný vplyv Milánska škola. Už začiatkom osemdesiatych rokov minulého storočia sa na ňu orientovali početné terapeutické tímy z mnohých krajín. Pôvodný tím Milánskej školy, ktorý tvorili M. Selvini Palazzoliová, G. Cecchin, L. Boscolo a G. Prataová skúmal vplyv rodiny na vývoj schizofrenie. Vydali aj knihu „*Paradox a kontraparadox*“ (1978), kde označovali rodiny so schizofrenickým členom za „*rodiny v schizofrenickej transakcii*“. Základom sa im stala myšlienka, že rodina je „*autoregulačný systém*“, ktorý si metódou pokus - omyl v priebehu času vytvára pravidlá na ovládanie. Rodiny, s ktorými však pracovali, označovali za rigidné systémy, ktoré sa budú zmenám brániť. Na prekonanie takýchto rigidných rodinných hier, obsahujúcich

paradoxné komunikačné väzby a dvojité väzby, užívali paradoxy v terapeutických posolstvách (Jonesová, 1996). Milánska škola si vytvorila vlastný charakteristický štýl, do ktorého aplikovala i myšlienky skupiny z Palo Alta (napr. Watzlawick et al., 1967) a neskôr priamo z Batesonovho diela (cit. podľa Jonesová, 1996). Nezaujímal sa o mikroelementy, ale skôr o niečo ako „uzlový bod“ systému, kde sa zhromažďuje čo najviac funkcií podstatných pre systém. Zmena v tomto bode mala podľa Milánskej školy vyvolávať zmeny v celom systéme. Od 80. rokov min. stor. sa začína rozvíjať systemický prístup, ktorý prispel k poznaniu zložitosti a dôležitosti interakcií klientov a ich prostredia. Na rodinu pozeráme stále ako na systém, ale systém sociálny, ktorý je vymedzený komunikáciou, konverzáciou a jazykom. Základné myšlienky tohto prístupu spočívajú v tom, že sociálny pracovník nestojí mimo pomáhajúci proces - je vždy jeho súčasťou a svojím konaním ho ovplyvňuje. Je zdôraznená významná úloha komunikácie v spolupráci s klientom. V rámci systemického prístupu sa klient javí ako člen nadradeného systému. To znamená, že na klienta a jeho problémy nenahliadame len na základe vnútorných psychických faktorov, ale správanie a problémy klienta sú ovplyvňované klientovým prostredím (rodina, škola, komunita). V systemickom prístupe nehľadáme príčiny problému klienta, ktoré nemožno určiť. Predpokladáme, že problémy vznikajú vo vzťahoch (medzi ľuďmi, medzi ľuďmi a ich prostredím atď.) a sú chápané ako dôsledky zret'azenia rôznych okolností. Dôležitým pojmom pri riešení problému klienta je pojem „problémom utváraný systém“. Problém určuje, kto do systému bude zahrnutý: do systému patrí a aktívne prispieva každý, koho sa problém nejakým spôsobom dotýka, kto sa zaoberá jeho riešením a kto o probléme hovorí. Teda aj sociálny pracovník sa stáva účastníkom a spolutvorcom problémového systému. Určenie problému prebieha v dialógu sociálneho pracovníka s klientom. Úlohou sociálneho pracovníka je určiť osoby, ktorých sa problém týka a zahrnúť ich do procesu riešenia. Klient je v tomto prístupe chápaný ako autonómny a kompetentný riešiť problém, je zdôraznená jeho aktivita, iniciatíva a zodpovednosť za zmenu. Sociálny pracovník funguje ako facilitátor, ktorý aktivuje nevyužitú zdroje klienta a hľadá spoločne s klientom alternatívy riešenia. (Chrenková, 2015, s. 17). Významný vplyv na systémové a systemické prístupy mala škola z Palo Alto. Jeden z jej predstaviteľov Watzlawick rozlíšil medzi digitálnou komunikáciou (založená na rozume a logike, vecnej argumentácii; činnosť ľavej hemisféry) a analógovou komunikáciou (obrazná, intuitívna a imaginatívna; činnosť pravej hemisféry). Watzlawick sa snažil nahradiť digitálnu komunikáciu komunikáciou analógovou, a to zablokovaním bdelej činnosti dominantnej hemisféry. Na to sa používajú techniky napr. reinterpretácie a paradoxov. Reinterpretácia (prerámovanie, reframing, preznačkovanie) – význam problému je novo definovaný, je uvedený v nových, neobvyklých súvislostiach. Jedná sa o zámernú zmenu významu. Ide o komunikačnú techniku, kedy meníme pohľad na člena rodiny, ale k hlbšej zmene v správaní klienta nedochádza. (Chrenková, 2015, s. 18).

Záver

V závere na tému „*Teoretické východiská a prístupy v sociálnej práci s rodinou*“ je dôležité zdôrazniť, že tieto teórie a prístupy nám pomáhajú získať hlbšie pochopenie dynamiky rodiny a prispôbiť našu intervenciu tak, aby bola čo najúčinnjšia. Niektoré z teórií a prístupov, ktoré sme uviedli, sú:

Teória výmeny: Táto teória sa zameriava na vzájomnú výmenu medzi členmi rodiny a na to, ako tieto vzájomné výmeny ovplyvňujú vzťahy a fungovanie rodiny.

Štruktúrálna teória: Táto teória skúma štruktúru a organizáciu rodiny a jej vplyv na správanie a vzťahy členov rodiny.

Teória uspokojenia vrodenných potrieb: Táto teória sa zaoberá uspokojovaním základných ľudských potrieb v rodine, ako je potreba lásky, bezpečia a príslušnosti.

Ekologická teória: Táto teória upozorňuje na vplyv vonkajšieho prostredia na rodinný život.

Teória rodinného životného cyklu: Táto teória sa zameriava na rôzne fázy, cez ktoré rodina prechádza od manželstva alebo začiatku partnerského vzťahu až po dospelosť detí a následný vývoj rodiny. Pracovníci v sociálnej práci môžu použiť túto teóriu na pochopenie toho, akým úlohám a výzvam môžu rodiny v rôznych fázach životného cyklu čeliť a ako ich podporiť.

Teória subkultúry sprostredkovanej rodinou: Táto teória sa zameriava na to, ako rodina ako sociálny systém vytvára svoje vlastné normy, hodnoty a kultúru. Pomáha pochopiť, ako tieto rodinné subkultúry ovplyvňujú správanie a vzťahy v rámci rodiny.

Psychodynamický prístup: Tento prístup sa zakladá na psychodynamickej teórii a skúma, ako nevedomé procesy a emocionálne konflikty ovplyvňujú správanie členov rodiny. Pomáha identifikovať emocionálne problémy a ich riešenie.

Experienciálny prístup: Tento prístup kladie dôraz na skúmanie skúseností a pocitov členov rodiny. Sociálni pracovníci môžu podporovať rodiny v prehodnocovaní a spracovaní svojich skúseností.

Behaviorálny prístup: Tento prístup sa zameriava na konkrétne správanie členov rodiny a na to, ako sa dá meniť pomocou pozitívnych a negatívnych posilnení. Sociálni pracovníci môžu využívať behaviorálne techniky na modifikáciu nežiadúceho správania.

Prístup rozšírenej rodiny: Tento prístup berie do úvahy význam rozšírenej rodiny, vrátane príbuzných a priateľov a ako môžu byť títo ľudia zapojení do podpory a riešenia problémov rodiny.

Komunikačný prístup: Tento prístup zdôrazňuje dôležitosť zdravého komunikačného procesu v rodine. Sociálni pracovníci môžu pomáhať rodinám rozvíjať efektívnu komunikáciu, čo môže zlepšiť vzťahy a riešiť konflikty.

V praxi sociálnej práce s rodinou môže byť efektívne kombinovať viacero týchto teórií a prístupov, aby sa zabezpečila komplexná a individuálne prispôbená podpora rodinám v ich konkrétnych situáciách.

BIBLIOGRAFIA

DUNOVSKÝ, J. 1986. Dítě a poruchy rodiny. Vyd. 1. Praha: Avicenum, 1986, 140 s.

FÁBRY LUCKÁ, Z. a kol. 2018. Rodina v procese zmien, Bratislava: Univerzita Komenského v Bratislave, 1. vyd., 2018, 98 s. ISBN 978-80-223-4645-0.

<https://multisenz.files.wordpress.com/2019/02/rodina-v-procese-zmien-monografia-final.pdf>

CHRENKOVÁ, M. 2015. Sociální práce s rodinou, Ostravská univerzita v Ostravě, Fakulta sociálních studií, Ostrava 2015, ISBN 978-80-7464-809-0

JONES, E. (1996): Terapie rodinných systémů. Hradec Králové 1996, 207 s. ISBN 80-901773-6-0.

KRATOCHVÍL, S. 2002. Základy psychoterapie, PORTÁL, s.r.o. 2002, 392 s.
ISBN: 80-7178-657-8.

LANGMEIER, J., BALCAE, K., ŠPITZ, J. 2020. Dětská psychoterapie, Edition, 2. Publisher, Portál, 2000. ISBN 8071783811.

MACKOVÁ, M. 2014. *Sociální práce v rodině a náhradní rodinná péče*, Univerzita Hradec Králové, Ústav sociální práce, Gaudeamus 2014, 140 s., ISBN 978-80-7435-375-8.

MATOUŠEK, O., PAZLAROVÁ, H. 2010. Hodnocení ohroženého dítěte a rodiny. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-739-8.

NAVRÁTIL, P. 2001. Teorie a metody sociální práce. 1. vyd. Brno: MZ, 2001. 162 s.
ISBN 80-903070-0-0.

SIMON, F. B., STIERLIN, H. 1995. Slovník rodinné terapie, Hradec Králové, 1995.
ISBN, 80-901773-1-X.

ŠROBÁROVÁ, S. 2013. Prístupy sociálneho pracovníka v intervencii podľa vybraných teórií, In: Sociálna práca, manažment a ekonómia - prínosy a limity vedy pre teóriu a prax : zborník referátov z 5. ročníka vedeckej konferencie s medzinárodnou účasťou : 5. jún 2013, Dolný Kubín / ed. Ľubomír Pekarčík, Emília Janigová, Anna Weissbrot-Koziarska.-Ružomberok: Verbum- vydavateľstvo Katolíckej univerzity v Ružomberku, 2013. ISBN 978-80-561-0092-9.

ZATLOUKAL, L. 2013. Komunikace v rodinách z hlediska vybraných přístupů poradenství a terapie, Univerzita Palackého v Olomouci Cyrilometodějská teologická fakulta, Olomouc 2013, ISBN 978-80-244-3878-8.

Kontakt na autorov:

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

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

Inštitút bl. Metóda Dominika Trčku Michalovce

vansac.p@gmail.com

Doc. PhDr. Monika Guľašová, PhD.

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

Inštitút bl. Metóda Dominika Trčku Michalovce

mgulasova9@gmail.com

PROFESOR KRČMÉRY A INŠTITÚT BL. METODA D. TRČKU MICHALOVCE

PROFESSOR KRČMÉRY AND INSTITUTE OF BL. M. D. TRCKA MICHALOVCE

Vansač Peter¹

¹*Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave, n. o.
Inštitút bl. Metoda Dominika Trčku Michalovce*

Abstrakt

Cieľom nášho príspevku je predstaviť osobnosť profesora Vladimíra Krčméryho, ktorý bol lekár, vedec – odborník na tropickú medicínu, zakladateľ a rektor VŠZaSP sv. Alžbety, n. o., filantrop, misionár, zakladateľ Tropicteamu, cestovateľ, znalec geografie. V našom príspevku nám nejde o ucelený životopis, ale chceme predovšetkým poukázať na výnimočnú osobnosť, kde sa ľudský a spirituálny rozmer osobnosti spája s túžbou pomáhať ľuďom v oblasti medicíny, s charitatívnou a misijnou prácou, vedou a výskumom, pedagogickou činnosťou a tvorbou mnohých projektov - založenie VŠZaSP sv. Alžbety a množstvo misijných projektov.

Kľúčové slová

Filantrop. Lekár. Rektor. Vedec.

Abstract

Our article aims to present the personality of Professor Vladimír Krčméry, a doctor, scientist - specialist in tropical medicine, founder and rector of St. Elizabeth University of Public Health and Social Work, philanthropist, missionary, founder of Tropicteam, traveler, and expert in geography. We are not focused on a complete biography, but above all we want to point out an exceptional personality, where the human and spiritual aspect of the personality is combined with the desire to help people, with charitable and missionary work, science and research, pedagogical activities, and the creation of many projects - establishment of St. Elizabeth University of Public Health and Social Work and many mission projects.

Keywords

Philanthropist. Doctor. Rector. Scientist.

Úvod

Prof. MUDr. Vladimír Krčméry, DrSc., Dr.h.c. mult. lekár, vedec – odborník na tropickú medicínu, zakladateľ a rektor VŠZaSP sv. Alžbety, n. o., filantrop, misionár, zakladateľ Tropicteamu, cestovateľ, znalec geografie. Jeho osobnosť môžeme vnímať z vyššie vymenovaných aspektov, pričom je dôležité zdôrazniť duchovný rozmer jeho osobnosti.

Profesor Krčméry – osobný a rodinný život

Vladimír Krčméry sa narodil **23. júl 1960 v Bratislave** v rodine vedca a lekárky[2]. **Zomrel 20. decembra 2022 v Bratislave**

Otec profesora Krčméryho: Ing. Vladimír Krčméry, DrSc. sa narodil 31. 01. 1931 v rodine Ladislava Krčméryho a Margity, rod. Jablonskej. Zomrel **19. 12. 2014 vo veku nedožitých 84 rokov**. Po skončení II. svetovej vojny sa spolu aj so sestrou a švagrom angažovali v hnutí

„*Katolícka akcia*“, po februárovom puči 1948 boli sledovaní a neskôr aj súdení a odsúdení, Vladimír na 2 roky, ktoré strávil vo vyšetrovacej väzbe. Po mnohých ťažkostiach doštudoval chémiu na SVŠT a s veľkými problémami sa zamestnal. Bol vzdelaný, húževnatý, pracovitý, významný vedecký pracovník. Bol jedným z najmladších nositeľov vedeckej hodnosti DrSc. V rokoch 1966 – 1968 pôsobil v Japonsku kde vycestoval s celou rodinou. Bol na vedeckom a študijnom pobyte, kde pracoval v kolektíve prof. Umezawu, Watanabeho a Mitsuhashiho. Prof. Umezawa získal neskôr Nobelovu cenu za objavy nových antibiotík, mechanizmov rezistencie na antibiotiká a objavy vakcín [9]. (Špánik, 2015).

Po dvoch rokoch v Japonsku v roku 1968 celá rodina odišla do USA. Ing. Krčméry dostal miesto na Štátnej univerzite v New Yorku. Po dvoch rokoch, keď sa Rusi stiahli z Československa vrátila sa mama so svojimi deťmi do rodnej vlasti. Dôvod pre príchod do vlasti bol predovšetkým ten, že starí rodičia boli chorí a mama veľmi zle znášala odlúčenie. Otec Vladimír Krčméry ostal v Amerike [4]. (Klimanová, 2017)

O návrate z Ameriky prof. Krčméry sa vyjadril takto: „*Nechcelo sa mi (vrátiť) do Bratislavy a keby som mohol, určite by som v USA ostal aj ja. Školský systém bol celkom iný než u nás. Žiakov motivoval tak, že aj keby chceli ostať hlupákmi, nepodari sa im to. Mne súdružka učiteľka v druhej triede základnej školy vravela: „Sprostý si a sprostý aj ostaneš...” Po čase však otec prišiel späť, aby sme kvôli nemu nemali problémy*“ [4]. (Klimanová, 2017).

Mama prof. Krčméryho bola lekárka [1].

Na otázku redaktorky Klimanovej, ktorá sa ho pýtala: *Medicínu ste mali v rodine. Stať sa lekárom bolo jednoznačné rozhodnutie?* Odpovedal takto:

Hoci mama bola lekárka a otec vedec, ja som chcel študovať geografiu. Zemepis ma bavil, vyhral som aj olympiádu. Otec však rozhodol, že pôjdem na medicínu. Bol veľmi autoritatívny a keď niečo povedal, poslúchli sme. Vážili sme si ho. Aj preto, že mal veľké skúsenosti. Videl za obzor, v čase najtvrdšej normalizácie, dokonca predvídal pád komunizmu. Precestoval celý svet, pracoval v Japonsku s tímom, ktorý dostal Nobelovu cenu za objavenie amikacínu. Otec pracoval aj na špičkových pracoviskách v Nemecku a v Anglicku [4]. (Klimanová, 2017).

Nechcel som byť lekárom, chcel som študovať geografiu. Avšak na geografiu prijímali len približne 10 uchádzačov o štúdium a na Lekársku fakultu Univerzity Komenského viac než 300. Môj otec mi vtedy dobre poradil. Vravel: „Urob si medicínu a potom môžeš robiť tzv. geografickú medicínu, teda mať na starosti tropické choroby.“ Poslúchol som ho a po otvorení hraníc v roku 1990 som mohol oba tieto záujmy spojiť [3].

Manželka a deti prof. Krčméryho: Terézia Krčméryová

Deti: Michal, Monika, Lucia, Dominika – vlastné a v Kambodži dve adoptované deti [3].

Profesor Krčméry – profesijný život

Vzdelanie:

Vysokoškolské vzdelanie druhého stupňa	<i>Lekárska fakulta, Univerzita Komenského Bratislava,</i>	1985	<i>Všeobecné lekárstvo MUDr.</i>
Vysokoškolské vzdelanie tretieho stupňa	<i>Lekárska fakulta, Univerzita Komenského Bratislava,</i>	1990	<i>PhD.</i>
Titul docent	<i>Lekárska fakulta Karlovej univerzity Praha</i>	1992	

Titul profesor	<i>Lekárska fakulta Karlovej univerzity Praha</i>	1997	<i>Vnútorné lekárstvo</i>
Doktor vied	<i>LF UK</i>	1993	<i>DrSc.,</i>
Ďalšie vzdelávanie	Postgraduálne vzdelanie na univerzitách v zahraničí – v USA, v Česku a v Spojenom kráľovstve, dva čestné doktoráty – Dr. h. c.: na americkej súkromnej katolícko-jezuitskej univerzite v Scrantone (2007) a na Jihočeskej univerzite v Českých Budějoviciach (2006, v odbore „verejné zdravotníctvo“). Inšt. pre ďalšie vzdelávanie lekárov, BA Inšt. pre ďalšie vzdelávanie lekárov, BA Inšt. pre ďalšie vzdelávanie lekárov, BA Inšt. pre ďalšie vzdelávanie lekárov, BA SPAM Bratislava	2007 2006 1988 1996 1992 1993 2001	<i>verejné zdravotníctvo</i> <i>verejné zdravotníctvo</i> <i>atest. I.st. Interné lekárstvo</i> <i>atest. 2.st. Interné lekárstvo</i> <i>atest. Klinická onkológia</i> <i>atest. Prenosné choroby</i> <i>atest. Klinická farmakológia</i>

Zdroj: VPCH prof. Krčméry [10].

Profesor Krčméry profesionálne začal pôsobiť v roku 1985 na Klinike infekčných chorôb vo Fakultnej nemocnici v Bratislave. Odtiaľ odišiel pracovať do Onkologického ústavu sv. Alžbety v Bratislave, kde bol primárom Oddelenia klinickej farmakológie [1].

Budoval Slovenskú zdravotnícku univerzitu, Trnavskú univerzitu a nakoniec vybudoval súkromnú Vysokú školu zdravotníctva a soc. práce sv. Alžbety. V roku 1992 prišiel na podnet profesora Júliusa Kováča z Lekárskej fakulty do Trnavy, aby tu obnovil Trnavskú univerzitu. Založil najskôr zdravotnícku sekciu a o dva roky aj Fakultu zdravotníctva, na ktorej bol dve funkčné obdobia dekanom. Potom bol aj prorektorom a krátke obdobie aj predsedom senátu. Chcel, aby bola v Trnave univerzita s medzinárodným rozmerom. To sa mu aj čiastočne podarilo, lebo začali pôsobiť a učiť v zahraničí, v Keni. Otvoril tam s kolegami nielen humanitárne, ale aj vedecké a pedagogické projekty. Založenie súkromnej vysokej školy zdravotníctva a sociálnej práce svätej Alžbety bola pre profesora cesta ako vygenerovať finančné prostriedky pre medzinárodnú činnosť a zahraničné humanitárne misie, sociálne a vedecké projekty, nakoľko Trnava bola verejná vysoká škola.[9] Od roku 1995 pôsobil ako vysokoškolský pedagóg a poverený dekan Fakulty zdravotníctva a sociálnej práce Trnavskej univerzity. Pôsobil ako profesor farmakológie na Univerzite v Brne, v Česku (od roku 1997). V rokoch 1998 – 2001 pracoval ako profesor zdravotníckeho manažmentu a administratívy na University of Scranton, Panuska School of Professional Studies [1].

V roku 2002 založil neziskovú organizáciu a súkromnú Vysokú školu zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave, ktorá má viaceré detašované pracoviská – ústavy po celom Slovensku a vzdeláva študentov okrem Slovenska aj v Česku, Rumunsku, Rakúsku, Srbsku, v Afrike a ďalších krajinách v oblasti zdravotníctva, sociálnej práce, a zároveň pomáha svojimi rozvojovými projektami v krajinách tretieho sveta. Zároveň bol založený Tropickej tím Vysokej

školy zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety zložený zo zdravotníkov, lekárov a sociálnych pracovníkov v roku 2002 na pôde VŠ ako nezisková organizácia. Akreditáciu získala VŠZaSP sv. Alžbety v roku 2003 [1].

Duchovný a misijný rozmer života prof. Krčméryho

Na otázku redaktorov Majchraka a Rabaru či chodí prof. Krčméry denne na sv. omšu aj keď je v zahraničí, odpovedal takto: „*Snažím sa chodiť aspoň v prvé piatky.*“ Na ďalšiu otázku, či mu nepripadá modlitba sv. ruženca ako opakovanie stále toho istého, profesor odpovedal: „*Neznášal som to, pripadalo mi to ako verklík pre staré babky. Vysvetlil mi to jeden kňaz, ktorý sa zhodou okolností obrátil v Povstaní, keď mu pri uchu vybuchol granát. Hovoril, že túto modlitbu nemal rád, ale keď ju začal vnímať ako hudbu v pozadí, tak pri nej zostal [7].*

Na otázku redaktorky Kohutiarovej, *Čo vás viedlo k práci s chudobnými?* Prof. Krčméry odpovedal takto: „*Môj strýko povedal: „Musíš pozerať správy a čítať noviny!“ Vtedy bol komunizmus a väčšina novín bola cenzurovaná, ale on povedal: „Nie, nie, musíš poznať správy, lebo nevieš, za čo sa máš modliť!“ Tak ja som teda sledoval správy – najprv v novinách a potom to bolo aj v TV, že ázijskí fundamentalisti prepadli a vyvraždili celú dedinu, ktorá inak hlasovala pri voľbách. Najprv zabili ich duchovného, potom jeho rodinu a polovicu dediny. Ja som začal protestovať: „Pane Bože, prečo si to dopustil? Kde si bol vtedy, keď sa to celé začalo?“ A vtedy sa vo mne ozval hlas svedomia, ktorý mi hovoril: „Kde si bol ty?“ Zatriaslo to so mnou a povedal som si, že určite sa nechcem dostať do zatratenia pre to zlé svedomie, ktoré ma hrýzlo kvôli správam z médií. Navyše práve v tú nedeľu čítali podobenstvo o boháčovi a Lazárovi. Celé to na mňa veľmi zle dopadlo, vyvolalo to vo mne ťažkú depresiu a ja som si uvedomil, že som v podstate takým boháčom, ako je napísané (v podobenstve). Začal som sa zúfalo modliť, lebo som nemal nič k dispozícii. Nemal som kanceláriu, nemal som ani jedného človeka, žiadnu skúsenosť, žiadne peniaze, nič!“ [5]. (Kohutiarová, 2022).*

Profesor povedal, že všetko začalo na sviatok sv. Michala archanjela 29. 09. 1999. Po polroku modlenia som náhodou natrafil na jedného chlapa, ktorý chcel ísť na misie, ale nevedel ako. Už sme boli dvaja. Potom som natrafil na podnikateľa, ktorý za mnou poslal jednu misionárku, ktorá sa tu náhodou „prichumelila“ z Afriky. Bola to sestra Mary Killeenová,² ktorú prezývali

² Sr Mary Killeen pochádza z Phibsboro v Dubline. Vo veku 20 rokov vstúpila do kláštora Mercy v Blackrocku a vyučila sa ako učiteľka v Carysfort College. Študovala teológiu v Milltown Park a katechetiku na UCD v 70. rokoch, pričom učila na základných školách v Dubline. Ako učiteľka základnej školy odišla Sr Mary v roku 1976 do Kene, aby sa pripojila k personálu základnej školy Panny Márie Milosrdnej v Nairobi. Neďaleko boli veľké slumové osady Mukuru a netrvalo dlho, kým sa zapojila do riešenia obrovského problému tisícok detí, ktoré nemôžu chodiť do školy. Iniciovala rôznorodý program vzdelávania, zdravia a komunitných služieb v slumoch Mukuru, kde žije 600 000 ľudí. Počnúc základnou školou vyvinula Mukuru Promotion Center (MPC). Tento rozsiahly projekt teraz zahŕňa štyri základné školy s 5 600 žiakmi, ako aj odbornú prípravu v oblasti murárstva, tesárstva, inštalatérstva, umenia, remesiel, krajčírstva, pletenia, kaderníctva, krásy, kuchárstva, stravovania, hygieny a pestovania zeleniny. Dôležité je, že zahŕňa školu pre deti so špeciálnymi potrebami a strednú školu pre 660 študentov, zdravotné kliniky, ktoré ošetrili 800 000 ľudí, služby sociálnej starostlivosti, rehabilitáciu detí na ulici, podpornú skupinu pre HIV/AIDS a obchodné školenia. So silným zameraním na osobné posilnenie vychovala viac ako 170 000 ľudí, z ktorých mnohí sú teraz sebastační. Angažovanosť Sr Mary sa rozširuje aj na ďalšie organizácie pracujúce v Mukuru, vrátane: Detského centra St Marian, Strednej školy St Mary Viwandani a Projektu rozvoja slumu Mukuru. Panna Mária bola vybraná, aby zastupovala obyvateľstvo slumov v Nairobi pri adresovaní ich problémov pápežovi Františkovi počas jeho návštevy v roku 2016 – udalosť, o ktorej informovali svetové médiá, a tak celosvetovo silným spôsobom zdôraznila problémy chudoby. RTE Nationwide informoval o jej práci v novembri 2016.

africká Matka Terézia. Povedala mi, že každá pomoc je dobrá. Zbalili sme sa teda s týmto podnikateľom a išli sme priamo s ňou do centra Nairobi, kde nám dala prácu. Sestra mala na starosti školy, my sme tam začali chodiť a podnikateľ sľúbil, že tu postaví nemocnicu. Volal sa doktor František Šulka. Na misijnom mieste vyhlásil, že predtým, než postavíme nemocnicu, musíme postaviť aj futbalové ihrisko! Vtedy som pochopil, že on je zástanca donboskovskej futbalovej pastorácie. Takže najprv sa postavilo futbalové ihrisko, v druhom kole sa postavila kuchyňa a až v tretej várke klinika. To boli naše začiatky. Táto postupnosť sa mi vždy po celých dvadsať rokov zachovala: najprv musíte tie deti dostať z ulice na ihrisko. Keď sú na ihrisku, môžete ich dostať učiť, a pritom sa musíte o ne starať, nakrmiť ich – pretože hladné deti neposedia v škole a z toho istého dôvodu majú aj veľmi zlé výsledky. Ďalším krokom je zbaviť ich infekcie, parazitov, malárie... a na to potrebujete kliniku [5]. (Kohutiarová, 2022).

Podľa prof. Krčméryho v misijných projektoch je dôležitá modlitba a viera, lebo takto prídu aj dobrí ľudia aj peniaze. Na otázku redaktorky Kvetanovej (2022) ktorá sa ho pýtala: **Čo potrebuje humanitárny projekt, aby bol úspešný?** Na prvom mieste Božie požehnanie, to je asi šesťdesiat percent. Tridsať percent je v dobrých ľuďoch, ktorý robia na mieste kvalitnú prácu a peniaze, to je tých posledných desať percent. Zohnať peniaze je tá najľahšia úloha [6]. (Kvetanová, 2020).

Na otázku redaktorky Klimanovej, ktorá sa ho pýtala: *Kde by ste boli, keby ste nemali vieru?* Odpovedal takto: *„Viera mi pomáha akceptovať veci, ktorým nerozumiem. Dlhú som sa nevedel vyrovnáť s utrpením detí, s tým, že nevinní drobcí umierajú, pretože sa nevieme podeliť. Nebolo lietadlo, nerobil sa tzv. AirDrop, teda vyhadzovanie potravinovej pomoci, pretože buď neprišli potraviny, alebo sa piloti opili. Keby nebolo evanjelia, stále by som plakal. Môj kolega – onkológ, ktorému postupne zomreli všetky deti s leukémiou, lebo voľakedy neboli cytostatiká, sa odnaučil smiať. Ja sa ešte zasmejem“*[4]. (Klimanová, 2017).

Už počas pôsobenia na Trnavskej univerzite vo funkcii dekana založil zahraničné zdravotnícke misie Trnavskej univerzity. Profesor začal pracovať pre chudobných ešte ako dekan Fakulty zdravotníctva a sociálnej práce v Trnave. Spolu s dvoma lekármi otvoril prvý zahraničný projekt TU v africkej Keni [1].

Po založení VŠZaSP sv. Alžbety v Bratislave začali otvárať zahraničné misie pod hlavičkou tejto súkromnej vysokej školy. Úspešný liečebno-charitatívny projekt v Kambodži – House of family – detské domovy pre deti z ulice, liečené slovenskými lekármi na HIV, založil profesor Krčméry už pod hlavičkou súkromnej VŠZaSP sv. Alžbety.

Projekt sirotincov pre choré osirotené deti z ulice v Kambodži bol úplne prvý projekt Vysokej školy sv. Alžbety, ktorá vznikla dva mesiace pred otvorením House of Smile, bol to darček prvej posádky k vzniku novej školy, a výrazne ovplyvnil jej charakter.

Za 12 rokov pôsobenia mala VŠZaSP už 101 projektov, ale prvý je len jeden a ten je vždy prvý a to je klinika sv. Maximiliána Kolbeho – House of family. Donedávna Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety participovala na 72 rozvojových projektoch v dvadsiatich piatich krajinách sveta. Vysoká škola svätej Alžbety ošetrí ročne 50 tisíc

Vďaka jej angažovanosti a inšpiratívne vedeniu priťahuje MPC neustály prúd návštevníkov vrátane prezidenta Slovenska v roku 2015 [8].

chudobných.[14] Na zahraničných misiách Univerzity sv. Alžbety a takisto v sociálnych zariadeniach na Slovensku, ktoré otvorila VŠZaSP sv. Alžbety a v spolupracujúcich zdravotníckych zariadeniach – nemocniciach, majú študenti tejto školy možnosť vykonávať letnú či povinnú prax v odbore, ktorý študujú [1].

Na web stránke VŠZaSP sv. Alžbety sú uvedené tieto projekty:

KEŇA

- ♣ Klinika Mary Immaculate, Nairobi
- ♣ Antimalnutričné centrum Mukuru, Nairobi
- ♣ Antimalnutričné centrum sv. Karola Lwangu, Lunga Lungu, Nairobi
- ♣ Inštitút sociálnej práce (Bc. Mgr. PhD. program), Nairobi
- ♣ Klinika sv. Rafaela, Mihango
- ♣ Centrum sv. Kizita pre chlapcov z ulice, Mihango
- ♣ Centrum sv. Gianna Beretta pre chlapcov z ulice, Mihango
- ♣ Centrum "Boh s nami" pre siroty a deti ulice, Guithurai, Nairobi
- ♣ Klinika bl. Ladislava Batthyányho-Strattmanna, Eldoret
- ♣ Centrum sv. Bakithy pre dievčatá ulice, Eldoret

Tri štvrtiny obyvateľov Nairobi žijú bez práce, bez jedla, bez vody...v slumoch. Sú totiž na pokraji záujmu spoločnosti. Ak sú chorí, umierajú pre pár korún, ktoré im chýbajú. V Keni totiž neexistujú zdravotné poisťovne a zdravotnú starostlivosť treba platiť v hotovosti.

BURUNDI

♣ Nemocnica sv. Sára Salkázyovej, Rutovu

Chronická podvýživa zasahuje 41 % obyvateľstva a viac než 16 % obyvateľstva je úplne závislých na potravinovej pomoci. Utečenci v zahraničí, osoby vysídlené v rámci krajiny a navrátilci predstavujú osobitne zraniteľné skupiny obyvateľstva s osobitnými humanitárnymi potrebami.

Slovenskí lekári poskytujú chýbajúcu zdravotnícku starostlivosť v nemocnici sv. Sára Salkázyovej v Rutovu pre všetkých chorých a chudobných.

ETIÓPIA

- ♣ Klinika bl. Matky Terezy, Kibre Mengist
- ♣ Antimalnutričný program, Kibre Mengist

UGANDA

- ♣ Nemocnica sv. Karola Lwangu, Buikwe

JUŽNÝ SUDÁN

- ♣ Klinika Božieho milosrdenstva, Nyamlel
- ♣ Nemocnica Panny Márie Fatimskej, Gordim
- ♣ AAA Nemocnica, Marial Lou
- ♣ Nemocnica Mary Immaculate, Mapuordit

RWANDA

- ♣ Podpora stavby základnej školy, Kibeho

KAMBODŽA

- ♣ House of smile, Phnom Penh
- ♣ House of family (HOF), Sihanoukville
- ♣ Inštitút sociálnej práce (Bc. program), Phnom Penh

HAITI

- ♣ Centre de Sante, Môle Saint-Nicolas
- ♣ Mobilná klinika, Port-au-Prince
- ♣ Klinika, Baie de Henne
- ♣ Finančná podpora školy, Fond Blanc

UKRAJINA

- ♣ Detský domov bl. Teodora Romžu, Korolevo
- ♣ Detský domov sv. Alžbety, Seredne [1].

Na otázku redaktorky Klimanovej (2017) ktorá sa ho pýtala: Čo vás dnes robí šťastným? *Odpoviem slovami lekára Ladislava Strattmana Bathányiho, ktorý raz dostal rovnakú otázku. Pozrite, tu v peňaženke ju mám vystrihnutú z novín. Povedal to veľmi jednoducho: „Keď vidím, že moji pacienti sú šťastní.“ Chcel by som sa k tomu priblížiť. Z úst tohto očného chirurga to neznelo ako fráza. Medzi vojnami, v čase, keď bola najväčšia bieda, pracoval ako lekár – dobrovoľník v Rakúsku, založil nemocnicu v Kitsee. Aj ja mám dobrý pocit, keď vyliečim pacienta alebo keď mi moja doktorandka zavolá a povie, že z nápadu, ktorý som jej vnukol, vznikla kvalitná publikácia, za ktorú dostala medzinárodnú cenu. Tiež ma potešilo, keď mi zavola fotograf a režisér Ivan Holub, že fotka z nášho projektu svätej Alžbety v Burundi vyhrala cenu Grand Prix v súťaži Slovak Press Photo [4].*

Víťazná fotografia súťaže Slovak Press Photo zachytáva pygmejské deti v južnom Burundi.



Zdroj: Slovak Press Photo - Ivan Holub [12].

Profesor Krčméry a Inštitút bl. Metoda D. Trčku Michalovce

Detašované pracovisko bl. Metoda D. Trčku v Michalovciach vzniklo 1. júna 2006 zásluhou zriaďovateľa a rektora VŠZaSP sv. Alžbety v Bratislave prof. MUDr. Vladimíra Krčméryho, DrSc., Dr.h.c. multi a doc. PhDr. Dariny Wiczmányovej, PhD. mim. prof., ktorí zaznamenali zvýšený záujem o štúdium sociálnej práce v regióne Zemplín. Predstavitelia mesta Michalovce boli naklonení myšlienke vzniku ďalšej vysokej školy v regióne aj vzhľadom na prijatie zákona č. 312/2001 Z. z. o štátnej službe, podľa ktorého zamestnanci štátnej správy mali povinnosť v rámci výkonu svojich odborných činností spĺňať podmienku ukončeného prvého stupňa vysokoškolského štúdia [13].

Zásluhou prof. Krčméryho v Inštitúte bl. Metoda Dominika Trčku v Michalovciach bol akreditovaný Bc. a Mgr. študijný program sociálna práca, kde každoročne bolo promováných okolo sto študentov (pozri fotogalérie <http://alzbetami.sk/?stranka=fotogalerie> a Inštitút bl. Metoda Trčku »Fotogaléria) [14].

V roku 2015 pod vedením prof. Krčméryho prebehla úspešne nová akreditácia, ktorá bola označená ako AK 2015.

Profesor Krčméry v Michalovciach 9. 2. 2019 udelil čestný doktorát Doctor honoris causa v odbore sociálna práca Vladykovi Milanovi Šášikovi, Vladykovi Mukačevskej eparchie, ktorý pochádzal zo Slovenska z obce Lehota. (Rektorský list, 2019).

Profesor Krčméry 28. 06. 2019 v Michalovciach podpísal s rektorom Užhorodskej národnej univerzity prof. Volodymyrom Smolankom, MD, DSc. DOHODU o spolupráci medzi Vysokou školou zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave a Štátnou Užhorodskou národnou univerzitou, (Ukrajina) [15].

Profesor Krčméry v Michalovciach 14. 11. 2019 udelil zlatú medailu bývalým vedúcim detašovaných pracovísk v Prešovskom a Košickom kraji:

doc. PhDr. Darine Wiczmányovej, PhD, mim. prof. – vedúcej Detašovaného pracoviska bl. Metoda Dominika Trčku Michalovce.

PhDr. Jozefovi Chovancovi, PhD. – vedúcemu Ústavu Kráľovnej pokoja z Medžugorja, Bardejov.

PaedDr. Gejzovi Adamovi, PhD. – vedúcemu Detašovaného pracovisko Z. G. Mallu, Košice.

Za prítomnosti prof. Krčméryho sme v mesiaci november každoročne usporiadali imatrikuláciu študentov 1. ročníka a následne študentský ples.

Pod záštitou prof. Krčméryho sme každoročne v mesiaci november realizovali Medzinárodnú vedeckú konferenciu s medzinárodnou účasťou.

Dňa 11. novembra 2022 prof. Krčméry bol prítomný opäť na konferencii, počas ktorej udelil titul Dr.h.c. profesorovi Petrovi Vansačovi, vedúcemu Inštitútu bl. Metoda Dominika Trčku v Michalovciach za zásluhy o rozvoj Vysokej školy zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety.

Záver

Osobnosť profesora Krčméryho by sme mohli charakterizovať týmito výrazmi:

Jednoduchý – vedel sa rozprávať rovnako vážne so zanietením s univerzitným profesorom ale aj s jednoduchým človekom.

Komunikatívny – bolo to vidieť na misijných služobných cestách – vedel nadviazať rozhovor s taxikárom, informátorom na letisku, deťmi v Burundi, profesormi a študentmi na

Univerzitách.

Nevedel sa pomstiť – konal v duchu slov z evanjelia „*Nalomenú trst' nedolomí a hasnúci knôtik nedohasí*“ (Mt 12, 20). I napriek tomu, že mnohí ho oklamali, vedel im odpustiť a dať druhu... tretiu ... šancu.

Zbožný – každý deň sa modlil niekoľko ružencov, nikdy nevynechal ruženec k Božiemu milosrdenstvu, denne chodil skoro ráno na sv. omšu a pristupoval k Eucharistii.

BIBLIOGRAFIA

1. BIBLIOTEKA, Vladimír Krčméry slovenský infektológ, onkológ a univerzitný profesor, [online]. [cit. 2023-24-10]. Dostupné na internete: https://www.biblioteka.sk/en-cyklopedia/index.php?action=yes&pojmem=Vladim%C3%ADr_Kr%C4%8Dm%C3%A9ry
2. Humanum Międzynarodowe Studia Społeczno-Humanistyczne, Warszawa 2010, Nr 5 (2)/2010, ISSN 1898-8431 [online]. [cit. 2023-24-10]. Dostupné na internete: http://humanum.org.pl/images/Czasopisma/Humanum_5_2010.pdf#page=4
3. INSPIRE STACKS MAGAZINE (Redakcia) 2022. ROZHOVOR: "*Nechcel som byť lekárom...*," *prezradza profesor Vladimír Krčméry*, [online]. [cit. 2023-24-10]. Dostupné na internete: <https://instacks.sk/rozhovor-nechcel-som-byt-lekarom-prezradza-profesor-vladimir-krcmery>
4. KLIMANOVÁ, J. (2017). *Najväčším sebaklamom je Mesiášstvo – Rozhovor s Dr. h. c. Prof. MUDr. Vladimírom Krčmérym, Dr.Sc.*, In: Unilabs Pro, [online]. [cit. 2023-24-10]. Dostupné na internete: <https://www.unilabs.sk/clanky-invito/najvacsim-sebaklamom-je-mesiasstvo-rozhovor-s-dr-h-c-prof-mudr-vladimirom-krcmerym>
5. KOHUTIAROVÁ, M. 2022. *Profesor Vladimír Krčméry: Boh sa ma pýtal: „Kde si ty?“* [online]. [cit. 2023-24-10]. Dostupné na internete: <https://www.slovoplus.sk/profesor-vladimir-krcmery-boh-sa-ma-pytal-kde-si-ty>
6. KVETANOVÁ, D. 2020. *Prvý humanitárny projekt Vladimíra Krčméryho sa skončil trpkou prehrou*, [online]. [cit. 2023-24-10]. Dostupné na internete: <https://charitatt.sk/blog/2020/prvy-humanitarny-projekt-vladimira-krcmeryho-sa-skoncil-trpkou-prehrou/>
7. MAJCHRÁK, J., RÁBARA, P. 2020. *Krčméry: Radšej znesiem nadávky, ako mať za sebou cintorín*, Postoj Media, Bratislava 2020, s. 220, ISBN: 978-80-89994-24-3
8. MORAN, M. 2018. *Irish missionary Sr Mary Killeen, receives Presidential Award*, In: Independent catholic news, [online]. [cit. 2023-24-10]. Dostupné na internete: <https://www.indcatholicnews.com/news/36114>
9. ŠPÁNIK, S. 2015. *Venované pamiatke Ing. Vladimíra Krčméryho, Dr.Sc.*, In: Bonitas vysokoškolský časopis VŠZaSP sv. Alžbety, ISSN 1339-8407 Viac tu: [https://victus4.webnode.sk/products/venovane-pamiatke-ing-vladimira-krcmeryho-drsc-/](https://victus4.webnode.sk/products/venovane-pamiatke-ing-vladimira-krcmeryho-drsc/)
10. VPCH prof. Krčméry
11. <https://www.vssvalzbety.sk/projekty/humanitarne-projekty/projekty/>
12. <https://kultura.sme.sk/c/20271339/najlepsia-slovenska-novinarska-fotografia-vznikla-v-hlade-a-chudobe.html><https://kultura.sme.sk/c/20271339/najlepsia-slovenska-novinarska-fotografia-vznikla-v-hlade-a-chudobe.html>
13. <https://www.vssvalzbety.sk/pracoviska/detasovane-pracoviska/detasovane-pracovisko-michalovce>
14. <http://alzbetami.sk/?stranka=fotogalerie>

15. (<https://www.vssvalzbety.sk/pracoviska/detasovane-pracoviska/detasovane-pracovisko-michalovce/dokumenty-a-tlaciva>)

ŠPECIALIZOVANÁ SESTRA PRE DOSPELÝCH A DETI S EPILEPSIOU

ADULT AND PAEDIATRIC EPILEPSY SPECIALIST NURSE

PhDr. Velková Silvia, PhD.,¹

¹*Detská fakultná nemocnica Košice, Oddelenie detskej neurológie*

Abstrakt

Teoretické východiská: V súčasnosti je slovenské zdravotníctvo oproti iným európskym krajinám zaostalé. Podľa Euro Health Consumer Index je z 35 hodnotených krajín na 17. mieste. Podľa OECD zaostávame vo výške výdavkov na zdravotníctvo, v počte absolventov ošetrovateľstva, v počte pracujúcich sestier, v odvracaní predčasnej úmrtnosti a ďalších ukazovateľoch. Máme nadbytok nemocničných lôžok, vyššiu mieru hospitalizácie pri súčasnej nižšej miere obložnosti lôžok. V budúcnosti by slovenské zdravotníctvo malo byť posilnené v primárnej starostlivosti, kompetencie sestier by sa mali rozšíriť. Potrebný by bol nový model vzdelávania lekárov a sestier.

Cieľ: Cieľom príspevku je priblížiť prácu epileptickej sestry v Spojenom kráľovstve a USA a analyzovať jej možné využitie v slovenskom zdravotníctve.

Metódy: Metódou práce bola analýza literárnych zdrojov vydaných ESNA (Epilepsy Nurses Association), NICE guidelinov (National Institute for Health and Care Excellence), relevantných štúdií vydaných po dátume vydania NICE guidelineu – po apríli 2022, relevantných informácií o stave slovenského zdravotníctva.

Výsledky: Sestra špecializovaná na epilepsiu - „Epilepsy Specialist Nurse, ESN“ je kľúčovou súčasťou tímu starostlivosti o osobu s epilepsiou a poskytuje podporu a rady, ktoré ľuďom a ich rodinám pomáhajú žiť s epilepsiou každý deň. Základné činnosti zahŕňajú: plánovanie starostlivosti; poskytovať efektívne ošetrovateľské služby; vykonávanie hodnotenia rizík; spojenie medzi rôznymi pracovníkmi tímu; poskytovanie výcviku v záchranej medikácii; poskytovanie rád, vzdelávania a vedenia ľuďom s epilepsiou a ich rodinám; práca na minimalizácii psychosociálneho dopadu epilepsie.

Záver: Komplexná zmena slovenského zdravotníctva – systému poskytovania zdravotnej starostlivosti je potrebná. Reformy medzinárodných politík zdravotnej starostlivosti vo svete podporujú prijatie holistickejšieho prístupu k riadeniu epilepsie a prístupu integrovanej starostlivosti zameranej na človeka (PCC – person-centered care), ktorý sa považuje za zásadný pre zlepšenie skúseností pacienta s epilepsiou a jeho rodiny. PCC predstavuje prístup k zlepšeniu kvality a nákladovej efektívnosti starostlivosti zabezpečením dobrej koordinácie služieb podľa potrieb ľudí. Špecializovaná sestra pre epilepsiu bola identifikovaná ako kľúčový hráč pri poskytovaní integrovaného PCC.

Kľúčové slová: ošetrovateľstvo, špecializovaná sestra pre dospelých a deti s epilepsiou, pacient s epilepsiou.

Abstract

Theoretical background: Currently, Slovak healthcare is underdeveloped compared to other European countries. According to the Euro Health Consumer Index, it ranks 17th out of 35 countries assessed. According to the OECD, we are lagging behind in the level of health spending, in the number of nursing graduates, in the number of working nurses, in averting premature mortality and other indicators. We have a surplus of hospital beds, a higher rate of hospital admissions, with a lower bed occupancy rate. In the future, the Slovak health sector should be strengthened in primary care, nurses' competences should be expanded. A new model for the education of doctors and nurses is needed, and the creation of new 'professional bachelor's and master's programmes' must be encouraged.

Aim: The aim of this paper is to present the work of an epilepsy nurse in the UK and the USA and to analyse its possible use in the Slovak healthcare system.

Methods: The method of work was the analysis of literature sources published by ESNA (Epilepsy Nurses Association), NICE guideline (National Institute for Health and Care Excellence), relevant studies published after the date of NICE guideline publication - after April 2022, relevant information about the state of the Slovak health care system.

Results: the Epilepsy Specialist Nurse - ESN is a key part of the epilepsy care team and provides support and advice to help people and their families live with epilepsy every day. Basic activities include: planning care; providing effective nursing services; carrying out risk assessments; liaising between different team members; providing training in life-saving medication; providing advice, education and guidance to people with epilepsy and their families; and working to minimise the psychosocial impact of epilepsy.

Conclusion: There is the necessity of a comprehensive change in the Slovak health care system. Reforms in international healthcare policies around the world support the adoption of a more holistic approach to epilepsy management and a person-centred care (PCC) approach, which is considered essential for improving the experience of the epilepsy patient and their family. PCC is an approach to improving the quality and cost-effectiveness of care by ensuring that services are well coordinated according to people's needs. The epilepsy specialist nurse has been identified as a key player in the delivery of integrated PCC.

Keywords: Nursing, Adult and Paediatric Epilepsy Specialist Nurse, Patient with Epilepsy.

Úvod

V súčasnosti stojí slovenské zdravotníctvo na pomyselnjej križovatke svojho ďalšieho rozvoja. Ako je na tom slovenské zdravotníctvo dnes? Miera hospitalizácie je na Slovensku o 9 % vyššia ako v západnej Európe, v nemocnici strávi pacient v priemere viac času, ako v krajinách západnej Európy, napriek vyššej miere hospitalizácie máme nižšiu mieru obloženosti lôžok, predimenzované kapacity neprinášajú pacientom výsledky v podobe kvalitnejšej zdravotnej starostlivosti. Súčasný stav je dlhodobo neudržateľný. Ministerstvo zdravotníctva navrhuje scenár postupnej zmeny - profiláciu nemocníc, obmedzovanie dlhodobej starostlivosti v akútnej lôžkovej zdravotnej starostlivosti, posilňovanie ambulantnej starostlivosti, presun k jednodňovej zdravotnej starostlivosti a zlepšenie manažmentu pacienta (Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky). Tým sa vytvára priestor pre rozvoj nelekárskych odborov, mimo iných aj odboru

Ošetrovatelstvo. Pri predpokladanom rozvoji ambulantnej starostlivosti by mohla nájsť uplatenie aj epileptická sestra – špecializovaná sestra pre epilepsiu (Epilepsy Specialist Nurse - ESN). Jej post je už ustanovený v zdravotnom systéme Spojeného Kráľovstva Veľkej Británie a Severného Írska, existuje aj v USA, Austrálii a Írsku.

Cieľ

Cieľom príspevku je priblížiť prácu epileptickej sestry v Spojenom kráľovstve a USA a analyzovať jej možné využitie v slovenskom zdravotníctve.

Metodika

Metódou práce bola analýza literárnych zdrojov vydaných ESNA (Epilepsy Nurses Association), NICE guidelinov (National Institute for Health and Care Excellence), relevantných štúdií vydaných po dátume vydania NICE guidelineu – po apríli 2022, relevantných informácií o stave slovenského zdravotníctva.

Výsledky

Už v roku 2013 vydalo Royal College of Nursing zo Spojeného kráľovstva Veľkej Británie a Severného Írska smernicu Špecializované ošetrovatelstvo o deti a dorast s epilepsiou - „Specialist nursing of children and young people with epilepsy, RCN guidance for service planning and career development“ s kľúčovým odkazom: 1) každé zariadenie pre deti s epilepsiou musí zabezpečiť, že deti a dorast sú prezretí špecializovanou sestrou pre epilepsiu, ktorú môžu kontaktovať medzi plánovanými kontrolami; 2) špecializovaná sestra pre epilepsiu je dôležitou súčasťou zdravotníckych zariadení pre deti, všetky deti s diagnostikovanou epilepsiou by mali mať touto sestrou zrealizovaný vstup do zdravotnej starostlivosti. V roku 2023 bola vydaná jej novšia verzia pod názvom “The competency framework paediatric epilepsy nurse specialists (PENS)” (ESNA, Royal College of Nursing a, 2023). V roku 2012 bol vydaný obdobný dokument pre dospelú ESN pod názvom „The Adult Epilepsy Specialist Nurse Competency Framework“ (ESNA, Royal College of Nursing, 2012), ktorý bol prehodnotený v roku 2023 a vydaný pod názvom „The competency framework for adult epilepsy specialist nurses (adult ESN)” (ESNA, Royal College of Nursing b, 2023).

Tieto smernice zahrnul do svojej najnovšej smernice NICE - National Institute for Health and Care Excellence zo Spojeného kráľovstva Veľkej Británie a Severného Írska. Patrí v Európe k najlepším inštitúciám, ktoré vydávajú v rámci problematiky poskytovania zdravotnej starostlivosti najkvalitnejšie štandardné klinické postupy. Podľa NICE smernice pre epilepsie u detí, dorast a dospelých „Epilepsies in children, young people and adults“ z roku 2022 sa má zabezpečiť, aby všetky deti, dorast a dospelí s epilepsiou mali prístup k sestre špecializovanej na epilepsiu, ktorá má ústrednú úlohu pri poskytovaní informácií, vzdelávania a podpory, podporuje odborníkov na epilepsiu a zdravotníckych pracovníkov v primárnej a sekundárnej starostlivosti, ako aj vo vzdelávacích, respitných a sociálnych zariadeniach; je kontaktným bodom pre ďalšie komunitné a multiinštitucionálne služby a uľahčuje prístup k nim. Ďalej sa má ponúknuť ľuďom s epilepsiou stretnutie s so sestrou špecializovanou na epilepsiu za účelom podania informácií a plánovaním starostlivosti, ktoré bude zahŕňať emocionálnu pohodu a stratégie sebamanažmentu podporujúce začlenenie a participáciu. Ľuďom s epilepsiou, u ktorých

pretrvávajú záchvaty aj naďalej, sa má ponúknuť stretnutie so sestrou špecializovanou na epilepsiu aspoň dvakrát do roka a po návštevách urgentu. Odporúča zväžiť skupinové stretnutia vedené sestrou špecializovanou na epilepsiu na vzdelávanie a poskytovanie informácií u mladých ľudí a dospelých s epilepsiou (NICE a, 2022).

Pre sestry špecializované na ošetrovanie pacientov s poruchami učenia a súčasne títo pacienti majú epilepsiu bol vydaný v roku 2023 prehodnotený dokument pod názvom „The competency framework for registered nurses providing specialist care for those with a diagnosis of epilepsy and learning disability“ (ESNA, Royal College of Nursing c, 2023). V Spojenom kráľovstve existuje post epileptickej sestry v 4 úrovniach: practitioner - novice in specialty, senior practitioner – competent in specialty, advanced practitioner – expert in specialty, consultant practitioner (Royal College of Nursing, 2013). Vzdelanie špecializovanej sestry pre deti s epilepsiou v Spojenom kráľovstve sa vyžaduje nasledujúce: špecializácie z pediatrického ošetrovateľstva, detského komunitného ošetrovateľstva alebo z ošetrovateľskej starostlivosti o pacientov s poruchami učenia, + špecializované kurzy + prax: minimum 5 rokov skúsenosti vo všeobecnom detskom ošetrovateľstve (Royal College of Nursing, 2013). Požadované kompetencie sa môžu líšiť v závislosti od toho, či sa sestra rozhodne pracovať s deťmi, dospelými alebo osobami s poruchami učenia (National Epilepsy training, 2022). ESN v Spojenom kráľovstve môže pracovať s dospelými alebo deťmi v rámci: akútnej starostlivosti, neurologickej starostlivosti, komunitných služieb, neurochirurgickej starostlivosti, služieb pre poruchu učenia (National Epilepsy training, 2022).

Špecializovaná sestra pre dospelých s epilepsiou – „Adult Epilepsy Specialist Nurse „Adult ESN“ má svoj kompetenčný rámec definovaný v dokumente „The Adult Epilepsy Specialist Nurse Competency Framework“. Kompetencie sú rozdelené do 9 dimenzií:

- poznatky o epilepsii – príčinné teórie a patológie, klasifikácia, dopad na poznávacie funkcie; od dospelaj ESN sa vyžaduje mať rozšírené znalosti o lekárskech a sociálnych vzťahoch/problémoch súvisiacich s diagnózou epilepsie; mala by byť schopná efektívne odkomunikovať takéto problémy pacientovi s epilepsiou/ opatrovateľovi/rodine za účelom povzbudenia k dobrému sebamanažmentu;
- klinický manažment epilepsie – diagnostika a manažment, dobre kontrolované záchvaty, komplexná epilepsia; táto dimenzia súvisí s rozvojom potrebných poznatkov a zručností, ktoré umožnia sestře participovať a komunikovať počas posudzovania zdravotného stavu a pokračujúceho lekárskeho manažmentu opatrovateľov podľa smerníc pre epilepsiu;
- nezávislý život – dôvera a sebamanažment, obhajovanie a rozvoj zdravotníckych služieb; ESN zabezpečí, že pacienti s epilepsiou/opatrovníci/ich rodiny, ak je to vhodné, majú ponúknutú možnosť robiť informované rozhodnutia ohľadom na pokračujúci manažment;
- spoločná práca a vzťahy medzi multiprofesionálnym tímom – integrácia a rozvoj prevádzky, komunitná etiketa a etiketa primárnej starostlivosti, vplyv a vodcovstvo, sieťovanie odborníkov; ESN by mala udržiavať ústrednú rolu v multidisciplinárnom tíme, ESN bude pri práci spolupracovať medzi rozličnými zdravotnými a sociálnymi prostrediami;

- osobné plánovanie a organizácia – telefonický manažment, časový manažment, mentorstvo, rozvoj poznatkov;
- učenie pacientov – učenie pacienta s epilepsiou/opatrovníkov/príbuzných, rozvoj edukačných programov;
- audit a výskum;
- chirurgický manažment epilepsie a stimulácia vagového nervu – u pacientov s farmakorezistentnou epilepsiou; resekcia epileptogénneho tkaniva, kalosotómia, elektrická stimulácia blúdivého nervu (ESNA, Royal College of Nursing, 2012).

Špecializovaná sestra pre deti s epilepsiou – „Paediatric Epilepsy Nurse Specialist, PENS“ má hlavnú zodpovednosť za poskytovanie špecializovaných ošetrovateľských zručností, vedomostí a odborných znalostí v oblasti starostlivosti a manažmentu detí a dospievajúcich s epilepsiou. PENS úzko spolupracuje s lekárskeym tímom, nemocničnými a komunitnými tímami a ďalšími príbuznými zdravotníckymi pracovníkmi pri poskytovaní odborných ošetrovateľských intervencií a podpory deťom s epilepsiou a ich rodinám. PENS podporuje starostlivosť zameranú na rodinu zameranú na dieťa a pôsobí ako zdroj pre zdravotníckych pracovníkov, ktorí sa zaoberajú deťmi s epilepsiou (Northern Health and Social Care Trust, 2020). Post špecializovanej sestry pre deti s epilepsiou zahŕňa plánovanie starostlivosti, klinickú starostlivosť aj chirurgickú, pôsobenie ako prostredník pre školu, ambulantnú a respitnú odľahčujúcu starostlivosť, edukáciu, tréning záchranej medicíny a telefonické poradenstvo, audit, výskum (Royal College of Nursing, 2013). Pri prechode z epileptických služieb pre deti na dospelých odporúča NICE smernica „Epilepsies in children, young people and adults“ činnosti, na ktorých sa môže podieľať aj špecializovaná sestra pre epilepsiou (NICE a, 2022).

Diskusia

Podľa OECD (2017) aj Pažitného a Zajaca (2021) by mohlo zvýšenie počtu zdravotných sestier a ich kompetencií zvýšiť dostupnosť aj efektívnosť systému zdravotníctva. Zvyšovanie kompetencií sestier sa však náležite musí odzrkadľovať vo vyššom vzdelaní sestier, inak by sestry neboli vedomostne ani zručnostne pripravené adekvátne vykonávať navýšené nové úlohy, ktoré budú zadokumentované v ich novej náplni práce. Naproti tomu Ozorovský, Vojteková a kol. (2016), neuvedomujúc si túto nutnú zmenu v manažmente zdravotníctva, kritizujú vytvorenie vysokoškolského vzdelávania pre sestry, rehabilitačné sestry, fyzioterapeutov, röntgenových laborantov a ďalších počas riadenia rezortu zdravotníctva ministrom Romanom Kováčom. Vytýkajú ako následok tohto vzdelávania dlhodobý nedostatok týchto profesií na trhu práce. Avšak veľmi známa docentka v odbore Ošetrovateľstvo z Jesseniovej lekárskej fakulty v Martine Univerzity Komenského v Bratislave a jedna zo zakladateľiek vysokoškolskej výučby Ošetrovateľstva na Slovensku doc. Hanzlíková (2011) predpokladá, že očakávanými zmenami v 21. storočí okrem iného bude aj nutná doktorská úroveň vzdelania pre sestry.

Pri predpokladanej na osobu zameranej zdravotnej starostlivosti s preferenciou poskytovania neústavnej zdravotnej starostlivosti by malo dôjsť aj k zlepšeniu indikátorov kvality pre ústavnú starostlivosť – všeobecných indikátorov kvality spoločných pre všetky programy poskytovania zdravotnej starostlivosti: spokojnosť pacienta resp. jeho zákonného zástupcu; ako aj indikátorov kvality v programe pediatrickej neurológie: percento pacientov liečených pre epilepsiou s následným manažmentom podľa prílohy č. 14 k vyhláške č. 316/2022 Z. z. (Vyhláška č. 316/2022 Z. z.).

NICE - National Institute for Health and Care Excellence už v roku 2013 konštatuje v smernici Epilepsia u dospelých - „Epilepsy in adults. Quality standard“, že sestry špecializované na epilepsiu zohrávajú kľúčovú úlohu pri podpore kontinuity starostlivosti medzi zariadeniami pre ľudí s epilepsiou. Existujú určité dôkazy, že sestry špecializované na epilepsiu zlepšujú klinicky dôležité výsledky, ako sú znalosti, úzkosť a depresia u ľudí s epilepsiou v sekundárnej a terciárnej starostlivosti (NICE, 2013).

Podľa štúdie zameranej na mnohostrannú úlohu špecializovanej sestry na epilepsiu - jej kompetencie, jej vplyv na pacientov a systém zdravotnej starostlivosti a jej význam vo vnímaní pacientov a zdravotníckeho personálu sa zistilo, že ESN má kompetencie na zvládnutie problémov súvisiacich s epilepsiou, ktoré presahujú rámec farmakoterapie. Pacienti oceňujú schopnosť ESN odpovedať na ich mnohostranné potreby, venovať im dostatok času na diskusiu o vplyve epilepsie na každodenný život a ich pocity a dávať návrhy. Lekári spolupracujúci s ESN uznávajú ich cenný prínos (Locatelli, 2019).

Účinnosť ESN pri liečbe epilepsie potvrdzuje aj revízia dôkazov NICE guideline NG217 „Epilepsies in children, young people and adults“, kde sa zistilo, že intervencia vedená ESN pre deti a dospelých s potvrdenou epilepsiou by mohla z hľadiska národného zdravotného systému a osobných sociálnych služieb šetriť náklady. Intervencia vedená ESN viedla k úspore nákladov vo výške 2 422 britských libier pri znížení QALY (rok života prežitý v štandardizovanej kvalite - jednotka ekonomického hodnotenia klinickej efektivity, a to v podobe hodnoty prospechu/úžitku pacienta za vynaložené náklady na jeho liečbu)iba o 0,02 pri 1 roku, čo sa rovná 117 514 britských libier ušetrených za stratu QALY. Výsledky boli spoľahlivé z hľadiska analýzy citlivosti a rôznych časových horizontov (NICE b, 2022).

V austrálskej štúdiu zameranej na rolu a zodpovednosť komunitnej epileptickej sestry v manažmente epilepsie sa zistilo, že spôsob poskytovania starostlivosti sa v jednotlivých organizáciách líšil, pozostával z osobných stretnutí, telehealthu (e-mail, telefón, linka pomoci a videokonferencie) a sociálnych médií. Niektoré ESN pracovali v multidisciplinárnom tíme a iné pracovali ako jediní praktici v rámci svojej konkrétnej organizácie. Epileptické sestry svojimi výpoveďami zhrnuli mnohostrannú a rôznorodú úlohu ESN ako: - „ste ich sociálny pracovník, ste poradca/manželský poradca v tom, že riešite ich problémy so správaním, zvládáte ich deti, zvládáte zdravotné problémy, lieky, problémy s lekárom, problémy s učiteľom, ste sprostredkovateľom medzi učiteľom, ktorý nepodporuje svoje dieťa v triede z ich pohľadu“. Poskytovanie psychosociálnej podpory bolo veľkou súčasťou úlohy ESN pri zlepšovaní starostlivosti zameranej na človeka. Jeden ESN poznamenal: - „takže ako zdravotná sestra teraz robím dosť veľa psychosociálnej podpory a niektoré dni som skoro ako sociálny pracovník“. Rozsah psychosociálnej podpory poskytovanej ESN bežne zahŕňal poradenstvo v rôznych oblastiach, ako je život s epilepsiou, skúsenosti so stigmou a diskrimináciou, vzťahy, rodina, zamestnanie, paliatívna starostlivosť, úmrtia, COVID-19 a obavy o duševné zdravie, ako sú depresia, úzkosť, psychóza, stres a samovražda. ESN pomáhali pri zvládaní týchto negatívnych skúseností s cieľom zlepšiť sociálne začlenenie a rovnosť. Zamestnanosť bola ďalšou častou výzvou, ktorej čelila pacienti s epilepsiou a ktorú ESN pomohli riešiť, najmä pokiaľ ide o diskrimináciu na pracovisku a riadenie záchvatov. Medzi ďalšie prípady navigácie v službách patrilo písanie podporných listov bytovým agentúram s cieľom pomôcť pacientom s epilepsiou získať vhodné a bezpečné bývanie. ESN zdôraznili dôležitosť budovania dôveryhodného vzťahu s pacientmi

s epilepsiou a ich rodinami, kde „sa stanete súčasťou, ich podpory, silnej a úzkej podpornej siete aj v určitom časovom období“. V niektorých prípadoch sa tieto silné vzťahy a väzby medzi zdravotnými sestrami a pacienti s epilepsiou a ich rodinami začali v detstve, keď bolo dieťa prvýkrát diagnostikované, a zostali až do dospelosti. Prechod od pediatrických služieb k službám pre dospelých sa považoval za mimoriadne náročné obdobie pre rodiny, ktoré sa môžu „cítiť, akoby boli zvrhnuté z útesu“, keď sa úroveň podpory znižuje. ESN vnímali, že pacienti s epilepsiou a ich rodiny potrebujú „stálych ľudí, ktorým môžu dôverovať“; pomoc pri navigácii v službách a podpore, pretože potreby sa menia počas celej životnosti“.

ESN uviedli, že často prijímajú úlohu obhajcu a stávajú sa hlasom pacienti s epilepsiou a ich rodín v mnohých situáciách – „môžu nachádzať v zúfalej situácii“ alebo v čase, keď nemajú prístup k účinným liekom alebo keď potrebujú naliehavé bezpečné bývanie. Pre tých pacientov s epilepsiou, ktorí nemali žiadnu alebo len obmedzenú komunikáciu so svojimi rodinami, boli ESN „ako ich rodinní príslušníci“ a pomáhali zabezpečiť splnenie ich potrieb v oblasti zdravotnej starostlivosti a pohody. Advokačné úlohy boli zložité a zahŕňali „akt ochrany, informovania, oceňovania, sprostredkovania a presadzovania sociálnej spravodlivosti“. Táto úloha bola splnená zlepšením sebamanažmentu, vedomostí o epilepsii a prepojením pacientov s epilepsiou s príslušnými poskytovateľmi starostlivosti.

Medzi ESN panoval konsenzus, že včasná výmena poznatkov a zlepšovanie porozumenia sú dôležitou súčasťou ich úlohy. ESN sa postavili do pozície „prekladateľov“, čo pomohlo pacientom s epilepsiou a ich rodinám lepšie porozumieť klinickým informáciám poskytovaným inými zdravotníckymi pracovníkmi. ESN sa považovali za obzvlášť zručných v získavaní informácií a poskytovaní času a priestoru pre pacientov s epilepsiou a ich rodinám, aby sa podelili o svoje obavy. Klienti ohodnotili túto edukáciu nasledovne: - „za 20 minút, resp. 30 minút, hodinu som sa od ESN naučil viac, ako za posledné tri roky, odkedy bolo moje dieťa diagnostikované“.

Linka pomoci vedená ESN prijímala prevažne hovory od samotných pacientov s epilepsiou (68,6 %), ako aj od rodičov detí s epilepsiou (26,5 %). Viac ako tretina hovorov (36,5 %) sa týkala lekárskeho aspektu vedúceho k diagnóze epilepsie, ako aj akéhokoľvek zdravotného stavu okrem epilepsie a zahŕňalo neepileptickú záchvatovú aktivitu. Ďalšou najčastejšou prezentujúcou potrebou bola anamnéza alebo manažment záchvatov, ktorá predstavovala 30 % hovorov. Táto kategória zahŕňala hovory súvisiace s liečbou a liečbou záchvatov, ako je prvá pomoc pri záchvatoch a faktory životného štýlu vedúce k samoliečbe (Hutchinson, Ryder, Coleman et al., 2022).

Odporúčania pre prax

Analýzou potreby a uplatnenia špecializovaných sestier pre epilepsiou som dospela k záveru, že by mohlo byť v budúcnosti prínosné pre slovenské zdravotníctvo etablovať takýto post aj na Slovensku. Epileptické sestry by zabezpečovali na osobu pacienta orientovanú zdravotnú starostlivosť – PCC. Poskytovali by ošetrovateľskú starostlivosť špecifickú pre epilepsiou a podporu súvisiacu s individuálnymi zdravotnými potrebami pacientov a ich príbuzných. ESN poskytovaním bezpečnostných rád, by viedli k potenciálnemu zníženiu rizika náhodného zranenia alebo smrti (napríklad pádov z výšky alebo utopenia vo vani) počas záchvatov. ESN by tiež zohrávali úlohu pri poskytovaní školení v oblasti zvládania záchvatov a plánov zvládania záchvatov a núdzových liekov pre rodičov, opatrovateľov alebo pedagogických pracovníkov. ESN by mali odborné znalosti v oblasti antikoncepcie a tehotenstva pri epilepsii a zohrávali by

dôležitú úlohu pri maximalizácii bezpečnosti matky a dieťaťa poskytovaním vhodného poradenstva prispôsobeného jednotlivcovi. Napokon, intervencie vedené epileptickými sestrami by mohli zlepšiť spokojnosť a emocionálnu pohodu pacientov a ich príbuzných, poskytovaním informácií a poradenstva, ktoré by zahŕňalo stratégie na zabezpečenie emocionálnej pohody a sebamanažmentu.

Klinická úloha komunitnej ESN by sa zameriavala hlavne na riadenie zložitejších epilepsií vrátane prvej pomoci pri záchvatoch, riadenia rizík a kríz a na vypracovanie plánov riadenia záchvatov, známych aj ako plány manažmentu epilepsie, a/alebo núdzových liečebných plánov. ESN by mali odborné znalosti v celom rade špecializovaných oblastí súvisiacich s epilepsiou vrátane pediatrie, náhle neočakávanej smrti pri epilepsii (Sudden Unexpected Death in Epilepsy, SUDEP) a smútku, chirurgickej cesty liečby epilepsie a nového manažmentu diagnózy epilepsie. ESN by poskytovali vzdelávanie a školenie pacientom s epilepsiou a ich rodinám o farmakoterapii a jej vedľajších účinkoch a núdzovom podávaní liekov.

ESN nie sú škodlivé v starostlivosti o pacientov s epilepsiou, a hoci neexistujú presvedčivé dôkazy o klinickej účinnosti, neexistuje žiadne logické vysvetlenie, ako by mohli byť škodlivé, okrem plytvania zdrojmi na neúčinné intervencie. Ekonomické dôkazy v Spojenom kráľovstve poukázali na to, že ESN pravdepodobne znížia využívanie zdrojov. Predpokladalo sa, že to bolo pravdepodobne prostredníctvom osoby pacienta, ktorá mala lepšie znalosti o epilepsii, čo viedlo k lepšej starostlivosti o seba (vrátane prvej pomoci) a väčšej dôvere v ich stav, čo viedlo k menšiemu počtu núdzových prijatí v dôsledku intervencií ESN.

Odporúčam, aby ľudia s epilepsiou mali mať prístup k ESN, na ktorú by sa mohli obrátiť medzi plánovanými revíziami a po návštevách pohotovostného oddelenia. Aj keď dôkazy o účinnosti intervencií vedených ESN v Spojenom kráľovstve boli slabé, existovali mierne dôkazy, že by viedli k úsporám nákladov bez poškodenia ľudí s epilepsiou.

Odporúčam na základe klinických dôkazov v Spojenom kráľovstve, ktoré preukázali významný prínos v porovnaní s liečbou ako obvykle, pokiaľ ide o spokojnosť s výsledkami a emocionálnu pohodu pri intervenciách vedených skupinovými ESN sestrami, aby slovenské zdravotníctvo zvažilo skupinový typ sedení u mladých ľudí a dospelých. Skupinové stretnutia sú príležitosťou diskutovať o spoločných problémoch a zdieľať stratégie zvládania a hľadať a získavať nepretržitú partnerskú podporu.

Záver

Epilepsia je jedným z najbežnejších neurologických stavov, postihuje približne 50 miliónov ľudí na celom svete a spôsobuje až 0,5% celkovej záťaže chorobami na celom svete. Odhaduje sa, že na Slovensku žije s epilepsiou približne 66 000 až 70 000 ľudí. K zhoršujúcim sa vplyvom na život s epilepsiou patria vedľajšie účinky protizáchvatových liekov, stigmy a ekonomický vplyv, ktoré prispievajú k ďalším fyzickým, behaviorálnym, kognitívnym a psychologickým výzvam. Preto kontrolovaná aj nekontrolovaná epilepsia môže postihnúť ľudí všetkých vekových kategórií a ich rodinných príslušníkov, s ďalekosiahlymi vplyvmi na psychosociálnu pohodu rodiny. Mnoho ľudí žijúcich s epilepsiou má jeden alebo viac komorbidných chronických zdravotných stavov. V dôsledku toho reformy medzinárodných politik zdravotnej starostlivosti vo svete podporujú prijatie holistickejšieho prístupu k riadeniu epilepsie a prístupu integrovanej starostlivosti zameranej na človeka (PCC – person-centered care), ktorý sa považuje za zásadný

pre zlepšenie skúseností pacienta s epilepsiou a jeho rodiny. PCC predstavuje prístup k zlepšeniu kvality a nákladovej efektívnosti starostlivosti zabezpečením dobrej koordinácie služieb podľa potrieb ľudí. ESN bola identifikovaná ako kľúčový hráč pri poskytovaní integrovaného PCC. Epileptické sestry zohrávajú dôležitú úlohu v psychosociálnej podpore, vzdelávaní, liečbe a riadení rizík, ako aj pri poskytovaní riešení výziev, ktorým čelí pacient s epilepsiou, uľahčovaním väčšej koordinácie starostlivosti a pôsobením ako komunikačný „kanál“ s inými poskytovateľmi zdravotnej a sociálnej starostlivosti v rámci systémov a medzi nimi. ESN sa považujú za integračných členov tímov na zvládanie epilepsie, ktoré majú ideálnu pozíciu na to, aby „pôsobili ako odborný zdroj a miesto prvého kontaktu“ pre pacientov s epilepsiou, rodiny a poskytovateľov zdravotnej a sociálnej starostlivosti. Spojené kráľovstvo a Írska republika sú hnacou silou rozvoja úlohy ESN a podporujú začlenenie ESN do všetkých tímov špecialistov na epilepsiu.

BIBLIOGRAFIA

ESNA, Royal College of Nursing. 2012. *The Adult Epilepsy Specialist Nurse Competency Framework*. [online], [citované 16. 07. 2023]. Dostupné na: <https://esna-online.org/wp-content/uploads/2018/12/ESN_Adult_Competency_Framework.pdf>.

ESNA, Royal College of Nursing a. 2023. *The competency framework paediatric epilepsy nurse specialists (PENS)*. 79 s. [online], [citované 26. 07. 2023]. Dostupné na: <<https://esna-online.org>>.

ESNA, Royal College of Nursing b. 2023. *The competency framework for adult epilepsy specialist nurses (adult ESN)*. 81 s. [online], [citované 26. 07. 2023]. Dostupné na: <<https://esna-online.org>>.

ESNA, Royal College of Nursing c. 2023. *The competency framework for registered nurses providing specialist care for those with a diagnosis of epilepsy and learning disability*. 91 s. [online], [citované 26. 07. 2023]. Dostupné na: <<https://esna-online.org>>.

HANZLÍKOVÁ A. 2011. *Profesionálne ošetrovatel'stvo a jeho regulácia*. Martin: Osveta, 2011, 155 s. ISBN 978-80-8063-360-8.

HUTCHINSON K, RYDER T, COLEMAN H et al. 2022. Determining the role and responsibilities of the community epilepsy nurse in the management of epilepsy. *J Clin Nurs*. 2022 Dec 9. doi: 10.1111/jocn.16582.

Locatelli G. 2019. The multifaceted role of the Epilepsy Specialist Nurse: Literature review and survey study on patient and medical Staff Perceptions. *ProfInferm*. 2019 Jan-Mar;72(1):34-41. doi: 10.7429/pi.2019.720134.

Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky. *Analýzy a komentáre. Ekonomické analýzy. Stratifikácia siete nemocníc*. [online], [citované 07. 04. 2023]. Dostupné na: <file:///C:/Users/DELL/Downloads/stratifikacia_siete_nemocnic-1.pdf>.

National Epilepsy training. 2022. *The Role of an Epilepsy Specialist Nurse*. [online], [citované 03. 05. 2023]. Dostupné na: <<https://www.nationalepilepsytraining.co.uk/the-role-of-an-epilepsy-specialist-nurse/>>.

NICE - National Institute for Health and Care Excellence. 2013. *Epilepsy in adults. Quality standard*. 47 s. ISBN: 978-1-4731-0048-0. [online], [citované 13. 03. 2023]. Dostupné na: <<https://www.nice.org.uk/guidance/qs26/resources/epilepsy-in-adults-pdf-2098549136581>>.

NICE - National Institute for Health and Care Excellence a. 2022. *Epilepsies in children, young people and adults. NICE guideline*. 154 s. ISBN: 978-1-4731-4513-9.[online], [citované 13. 03. 2023]. Dostupné na:<<https://www.nice.org.uk/guidance/ng217/resources/epilepsies-in-children-young-people-and-adults-pdf-66143780239813>>.

NICE - National Institute for Health and Care Excellence b. 2022. *Epilepsies in children, young people and adults. [O] Effectiveness of a nurse specialist in the management of epilepsy, NICE guideline NG217, Evidence reviews underpinning recommendations 11.1.1-11.1.4 in the NICE guideline April 2022, Final*. 104 s. ISBN: 978-1-4731-4513-9. [online], [citované 14. 03. 2023]. Dostupné na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK581161/pdf/Bookshelf_NBK581161.pdf>.

Northern Health and Social Care Trust. 2020. *Paediatric Specialist Nursing Services*. [online], [citované 13. 04. 2023]. Dostupné na: <<https://www.northerntrust.hscni.net/services/children-spaediatric-nursing-service/paediatric-specialist-nursing-services/>>.

OECD. 2017. *Slovak Republic Policy Brief. Zdravie. Zlepšenie výsledkov v oblasti zdravia a zvýšenie efektívnosti*. [online], [citované 13. 03. 2023]. Dostupné na: <<https://www.oecd.org/policy-briefs/Slovakia-Policy-Brief-Health-SK.pdf>>.

OZOROVSKÝ V, VOJTEKOVÁ I a kol. 2016. *Zdravotnícky manažment a financovanie*. Bratislava: Wolters Kluwer, 2016. 344 s. ISBN 978-80-8168-522-4.

PAŽITNÝ P, ZAJAC R. 2021. *Slovenské zdravotníctvo v post-covidovej ére 2020 – 2025 – 2030*. Bratislava: SLOVART, 2021. 160 s. ISBN 978-80-556-4723-4.

Royal College of Nursing. 2013. *Specialist nursing of children and young people with epilepsy. RCN guidance for service planning and career development*. [online], [citované 03. 05. 2023]. Dostupné na:<https://www.epilepsy.org.uk/app/uploads/2022/08/Paediatric_epilepsy_specialist_nurse_competencies.pdf>.

Vyhláška č. 316/2022 Z. z. Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky z 12. septembra 2022 o kategorizácii ústavnej starostlivosti.

REŠPEKTOVANIE DÔSTOJNOSTI STARŠIEHO PACIENTA V SÚČASNEJ OŠETROVATEĽSKEJ PRAXI

RESPECTING THE DIGNITY OF AN ELDERLY PATIENT IN CONTEMPORARY NURSING PRACTICE

Želinská Eva¹

*¹Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave, n. o.
Inštitút bl. Metóda Dominika Trčku Michalovce*

Abstrakt

Teoretické východiská: Ľudská dôstojnosť je pojem, ktorý Ústava Slovenskej republiky garantuje každému občanovi Slovenskej republiky a to bez obmedzení. Rešpektovanie ľudskej dôstojnosti je právo a zároveň povinnosť bez ohľadu na vek, pohlavie, pôvod, náboženstvo či rasu. Otvorenie problematiky zachovávanie ľudskej dôstojnosti u seniorov a jej štúdium je zamerané na zachovanie dôstojnosti staršieho pacienta v ošetrovateľskej starostlivosti, kde popisujeme odbor geriatra, zmeny v starobe, špecifickú starostlivosť o staršieho pacienta, delíme dôstojnosť a vymedzujeme faktory k dodržiavaniu ľudskej dôstojnosti ako aj faktory, ktoré prispievajú k porušovaniu ľudskej dôstojnosti.

Cieľ: Zistiť úroveň vedomostí a praktickej aplikácie Etického kódexu sestry v kontexte zachovania ľudskej dôstojnosti staršieho pacienta.

Metódy: Prieskum bol realizovaný metódou dotazníka vlastnej konštrukcie v mesiaci september-október 2023. Prieskumnú vzorku tvorilo 100 sestier pracujúcich na geriatrickom oddelení NsP Š. Kukuru Michalovce, a. s., v špecializovanom zariadení pre seniorov Lumen v Trebišove a v Charitnom dome profesora Hlaváča v Michalovciach. Údaje získané z dotazníkového prieskumu boli spracované do elektronickej podoby v absolútnych číslach, percentuálne a graficky vyhodnotené a prezentované formou komentárov v textovej časti práce.

Výsledky: Prieskum potvrdil, že zo subjektívnej stránky je dodržiavanie Etického kódexu sestry s dôrazom na ľudskú dôstojnosť pacientov-seniorov na požadovanej úrovni. Dotknutý personál sa snaží tieto princípy presadzovať v praxi a plniť v najlepšej viere svoje poslanie. Z uvedeného teda vyplýva, že základným predpokladom konceptu úspešnej starostlivosti o seniorov je dôsledné dodržiavanie etických zásad a rešpektovanie ľudskej dôstojnosti pri každom styku sestry s pacientom, pri formálnom, mimo ošetrovateľskom i profesionálnom.

Záver: Uznatie a rešpektovanie staroby, zachovanie ľudskej dôstojnosti je zásadné a to nie ako nežiadúcej a častokrát obávannej reality, ale ako normálnej súčasť života a obdobia jedinca. Seniori sú platnými a cennými členmi každej spoločnosti, zúčastňujú sa na vytváraní spoločenských zdrojov, a preto majú nespochybniteľné právo na ich nediskriminované využívanie. Majú právo na dôstojný život, slobodu a nezávislosť rozhodovania. Seniori by mali mať možnosť žiť v takom prostredí, ktoré je pre nich bezpečné a prispôbené ich potrebám.

Kľúčové slová: Starnutie. Staroba. Senior. Etické princípy. Práva pacientov. Ľudská dôstojnosť.

Abstract

Human dignity is a concept that the Constitution of the Slovak Republic guarantees to every citizen of the Slovak Republic without restrictions. Respect for human dignity is both a right and a duty regardless of age, gender, origin, religion or race. The opening of the issue of preserving human dignity in the elderly and its study is aimed at preserving the dignity of the elderly patient in nursing care, where we describe the field of geriatrics, changes in old age, specific care for the elderly patient, divide dignity and define factors to respect human dignity as well as factors that they contribute to the violation of human dignity.

Objective: To determine the level of knowledge and practical application of the Nurse's Code of Ethics in the context of preserving the human dignity of the elderly patient.

Methods: The survey was carried out using a self-constructed questionnaire in September-October 2023. The survey sample consisted of 100 nurses working in the geriatric department of the NsP Š. Kukuřič Michalovce, a. s., in the specialized facility for seniors Lumen in Trebišov and in the Charity House of Professor Hlaváč in Michalovce. The data obtained from the questionnaire survey were processed into electronic form in absolute numbers, percentages and graphically evaluated and presented in the form of comments in the text part of the thesis.

Results: The survey confirmed that, from a subjective point of view, compliance with the Nurse's Code of Ethics is at the required level. The concerned personnel try to enforce these principles in practice and fulfill their mission in the best of faith. It follows from the above that the basic premise of the concept of successful care for seniors is consistent adherence to ethical principles and respect for human dignity in every contact between a nurse and a patient, whether formal, non-nursing or professional.

Conclusion: Recognizing and respecting old age, preservation of human dignity is essential, not as an undesirable and often feared reality, but as a normal part of an individual's life and period. Seniors are valid and valuable members of every society, they participate in the creation of social resources, and therefore have an unquestionable right to their non-discriminatory use. They have the right to the dignity of their life, freedom and independence of decision-making. Seniors should have the opportunity to live in an environment that is safe for them and adapted to their needs.

Key terms: Ageing. Old age. Senior. Ethics respect. Patients' rights. Human dignity.

ÚVOD

Seniori v súčasnosti predstavujú veľmi heterogénnu skupinu obyvateľstva, ktorá sa stáva celospoločenským problémom. Má svoje špecifiká, záujmy a problémy, ktoré sa netýkajú len jednej oblasti života, ale zasahujú do všetkých oblastí života tak jednotlivca ako aj spoločnosti. Pohľad na proces starnutia je stereotypný, ktorý vníma seniorov ako homogénnu skupinu bez individuálnych rozdielov, ktorá je pre spoločnosť skôr záťažou, pretože odčerpáva značnú časť spoločenských zdrojov. Senior je spájaný so sociálnym statusom dôchodcu, je považovaný za neproduktívneho, neaktívneho a predpokladané sú aj zdravotné charakteristiky a ukazovatele spojené s involúciou ako je multimorbidita, postupná strata funkčných schopností a sebestačnosti. Identifikácia starších jedincov, ktorí sú oslabení alebo ohrození predstavuje základ kvalitnej starostlivosti o stále rastúcu staršiu populáciu (Hoff, 2021).

Hlavným atribútom súčasnej spoločnosti je silný individualizmus, snaha o dosiahnutie vzdelania a vytvorenie osobitných životných štýlov. Dnešný pohľad na seniorov je dôsledkom toho, že sme pomaly opustili model trojgeneračnej rodiny, stredná generácia je zamestnaná kariérami, mladá zábavou a na udržanie vrúcneho vzťahu s našimi starými rodičmi už nezostáva čas. Vytráca sa láska k človeku, pochopenie pre iných, a preto možno poznamenať, že jedným z negatívnych javov staroby je osamelosť a ich následná sociálna izolácia, či dokonca až segregácia - vyradenie jedinca zo spoločnosti, ktoré môže byť dobrovoľné alebo nútené.

Jedinec je zafixovaný v určitých spoločenských zvykoch, no svojim sociálnym statusom seniora sa všeobecne znižuje počet úloh, ubúda sociálnych pozícií, stráca sa prestíž. Budúcnosť patrí seniorom. A nemyslí sa tým len priestor, ktorý zaberajú, nie je to ani otázka štatistických a neosobných údajov. Seniori sú zdravými nositeľmi hodnôt, ktoré sa nenávratne strácajú. Sú vlastníčkmi múdrosti, ktorú tak zúfalo všetci potrebujeme, a preto by bolo namieste a nerozumné, aby sme prestali o starobe hovoriť len z pohľadu sociálnych nákladov. Predpokladá sa, že do roku 2100 by sa podiel osôb vo veku 80 a viac rokov mal viac než zdvojnásobiť a dosiahnuť takmer 15% celkového počtu obyvateľov (Eurostat, 2022). Z demografického hľadiska je starnutie populácie dôsledkom zmien úmrtnosti a poklesu pôrodnosti. Rodí sa omnoho menej detí a ľudstvo sa dožíva vysokého veku aj vďaka lepšej životnej úrovni a pokrokom v oblasti medicíny a ošetrovateľskej starostlivosti (ŠÚSR, 2022).

Prehliadaná je aj problematika spirituality, ktorá vplýva na celkové zdravie človeka. Strata spirituálnej pohody má dosah na celkovú kvalitu života a pocit pohody zažívaný jedincom. Seniori v súčasnej dobe musia niekedy až zúfalo bojovať o svoju identitu, musia spoločnosti akoby znovu dokazovať svoje priority, kvality a svoje postavenie v spoločnosti. Pri hodnotení seniora je nutné akceptovať zdatnosť a funkčnú úroveň, aby sme neskôr mohli určiť mieru pomoci a rozsah starostlivosti (Hudáková a kol., 2018). Pri vyhodnocovaní pacientovho stavu tu majú nezastupiteľnú úlohu sestry. Sestra pacienta posudzuje, poskytuje ošetrovateľskú starostlivosť a eliminuje nežiadúce stavy, ktoré by počas poskytovania starostlivosti mohli vzniknúť (Zrubáková, Krajčík 2016).

Cieľ prieskumu

Hlavným cieľom prieskumu bolo zistiť úroveň vedomostí a praktickej aplikácie Etického kódexu sestry v kontexte zachovania ľudskej dôstojnosti staršieho pacienta. Vyplýva z neho povinnosť rešpektovať ľudský život, dôstojnosť a ľudské práva. Ako uvádza Holmerová (2014), medzi základné práva pacienta patrí právo na uznanie bolesti, právo na hodnotenie a liečbu bolesti, právo na poskytovanie starostlivosti odborníkmi, právo na vzdelávanie v oblasti efektívnych liečebných možností ako aj právo na plán starostlivosti.

Zisťovali sme mieru teoretických vedomostí sestry o obsahu Etického kódexu sestry a ich uplatňovanie v praxi, aké sú názory sestier na dodržiavanie princípov ľudskej dôstojnosti pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti o seniorov v príslušných zariadeniach a zároveň sme zisťovali, či základné princípy etiky sú nástrojom pre vyšší prínos ošetrovateľskej starostlivosti. Na základe prieskumu bol porovnaný profesný prínos sestry pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti v jednotlivých zariadeniach pre seniorov.

Charakteristika súboru a metodika

Prieskum bol adresovaný sestram pracujúcim na Geriatrickom oddelení NsP Š. Kukuřu Michalovce, a. s., v špecializovanom zariadení pre seniorov Lumen v Trebišove a v Charitnom dome profesora Hlaváča v Michalovciach. Základný súbor dotazníkového prieskumu tvorilo

100 respondentov. Dotazníky boli osobne administrované a následne zozbierané, preto návratnosť bola 100%-ná. Zo získaných a sumarizovaných výstupov bolo zistené, že Etický kódex sestry, zásady a princípy ošetrovateľskej činnosti zohľadňujúci zachovanie ľudskej dôstojnosti má osvojený hlavne personál v strednom veku, teda s praxou nad 15 rokov, ktorý absolvoval nadstavbové, prípadne vysokoškolské štúdium. Prekvapením bolo zistenie, že respondenti, ktorí sú v praxi do 5 rokov od skončenia základného zdravotníckeho vzdelania, mali nízku úroveň vedomostí o Etickom kódexe sestry, ich odpovede boli skôr laické. Tento istý jav sme pozorovali aj u respondentov vo veku nad 45 rokov, kde presné pomenovanie štyroch základných povinností sestry podľa Etického kódexu sestry nedosiahlo ani jedno percento z celkového počtu respondentov v tejto vekovej kategórii.

Analýza a komparácia výsledkov prieskumu

Zisťovali sme mieru teoretických vedomostí sestry o princípoch Etického kódexu sestry a ich uplatňovanie v praxi v kontexte zachovania ľudskej dôstojnosti staršieho pacienta.

Tab. č. 1: Hodnotenie vedomostí o Etickom kódexe sestry

Variant odpovedí	Charitný dom Michalovce		Lumen Trebišov		NsP Š. Kukuru Michalovce, a.s.	
	Počet respondentov	Percentuálne vyjadrenie	Počet respondentov	Percentuálne vyjadrenie	Počet respondentov	Percentuálne vyjadrenie
A-áno viem	6	30%	12	60%	20	100%
B- neviem	0	0%	0	0%	0	0%
C-čiastočne	14	70%	6	30%	0	0%
Nevyjadřili sa	0	0	2	10%	0	0%
Spolu	20	100%	20	100%	20	100%

Výsledky nášho prieskumu poukazujú na primeranú informovanosť respondentov, nakoľko 0 %-ný ukazovateľ pri odpovedi b/nie, neviem uviesť, je negatívnym faktorom.

Tab. č. 2: Hodnotenie poznania konkrétnych pojmov

Variant odpovedí	Charitný dom Michalovce		Lumen Trebišov		NsP Š. Kukuru Michalovce, a.s.	
	Počet respondentov	Percentuálne vyjadrenie	Počet respondentov	Percentuálne vyjadrenie	Počet respondentov	Percentuálne vyjadrenie
A-áno	8	40%	8	40%	20	100%
B-nie	12	60%	12	60%	0	0%
Spolu	20	100%	20	100%	20	100%

Konkrétnu znalosť štyroch základných povinností sestry uviedlo len 40% respondentov z Charitného domu Michalovce a zariadenia Lumen Trebišov, kde toto zistenie je nutné analyzovať a prijať opatrenia na zlepšenie tohto stavu, aby v budúcnosti nedošlo k podobnému ukazovateľu v oblasti profesného a teoretického vedomostného poznania respondentov. Teoretické vedomosti sestier z NsP Š. Kukuru v Michalovciach sú podnetným príkladom pre iné pracoviská, kde vedomostná úroveň dosiahla hranicu 100% .

Tab. č. 3: Hodnotenie dodržiavania právnych zásad pacientov

Variant odpovedí	Charitný dom Michalovce		Lumen Trebišov		NsP Štefana Kukuru Michalovce, a.s.	
	Počet respondentov	Percentuálne vyjadrenie	Počet respondentov	Percentuálne vyjadrenie	Počet respondentov	Percentuálne vyjadrenie
A-áno	16	80%	18	90%	10	100%
B-časťtočne	0	0%	2	10%	0	0%

C-nie	2	10%	0	0%	0	0%
Nevyjadri sa	2	10%	0	0%	0	0%
Spolu	20	100%	20	100%	20	100%

Právo pacienta v jednotlivých typoch zariadení je dodržiavané na vysokej úrovni, o čom svedčí aj tabuľka č. 3. Malé percento respondentov (10%) si ale myslí, že tieto práva nie sú dostatočne rešpektované a pri záverečnom hodnotení prieskumu bude výstupným faktorom a odporúčaniam pre prax aj tento získaný poznatok.

Tab. č. 4: Hodnotenie jednotlivých zdrojov získavania informácií

Variant od- povedí	Charitný dom Michalovce		Lumen Trebišov		NsP Štefana Kukuru Michalovce, a.s.	
	Počet res- ponden- tov	Percentu- álne vy- jadrenie	Počet res- pondentov	Percentu- álne vy- jadrenie	Počet res- pondentov	Percentu- álne vyjad- renie
A-škola	12	60%	10	50%	12	60%
B-masmédia	0	0%	0	0%	0	0%
C- odborná literatúra	8	40%	0	0%	6	30%
D-semináre	0	0%	50	50%	2	10%
E-iné	0	0%	0	0%	0	0%
Spolu	20	100%	20	100%	20	100%

Viac ako 50% respondentov nadobudlo informácie o Etickom kódexe sestry v škole, ostatní respondenti z odbornej literatúry a seminárov. Všetko sa jedná o zdravotnícku oblasť ako takú, ale nulové percento kladných odpovedí pri možnosti b/masmédia, nás nabáda na verejné propagovanie zodpovednej a profesne náročnej práce sestier aj v oblasti médií s možnosťou spätnej väzby – reakcie verejnosti na danú problematiku.

Diskusia

Otázkou je, či sa dynamické zmeny v spoločnosti dotýkajú aj základných hodnôt, mravných princípov a jednotlivých etických zodpovedností. Odpovede sme sa snažili získať pomocou prieskumu, ktorý sme uskutočnili dotazníkovou metódou. Širšie spektrum zariadení nám zabezpečilo pohľad a názory z praxe respondentov, nielen z rozpočtových zariadení, ale aj charitných. Otázky v dotazníku sme rozložili do troch rovín tak, aby bolo možné vyhodnotiť sumárne celkové vedomostné znalosti a praktické zručnosti respondentov s ohľadom na ich vzdelanie a dĺžku praxe. Zásadný problém, ktorý bolo treba pomenovať, stanoviť a určiť

možnosti a východiská na jeho odstránenie bol zadokumentovaný po vyhodnotení dotazníkov obdržaných od respondentov, kde nosným problémom sa stala nevedomosť v oblasti Etického kódexu sestry, hlavne v oblasti jeho obsahu a formy zachovania ľudskej dôstojnosti pacientov- seniorov. Etický kódex sestry je jedným z hlavných zdrojov pravidiel a noriem, ktoré je nutné dodržiavať na pracovisku, počas pracovnej doby, ale aj mimo nej a mimo pracoviska. Povolanie sestry nie je len profesia, je to poslanie a to ako také v sebe nesie dôležité prvky osobného a osobnostného prístupu k pacientom, seniorom. Problematika prístupu k pacientom seniorom bola obsahom už v minulosti iných štúdií, no výskum bol realizovaný na strane pacientov – seniorov. Výsledky práce boli súhrnom informácií poskytnutých pacientom, kde vyhodnotením sme sa dozvedeli, ako vníma prácu sestry pacient-senior, nepoznajúci odborné a právne normy týkajúce sa zdravotno - ošetrovateľskej činnosti sestier. Výsledok a záver takejto práce teda nezohľadnil odborné a právne znalosti sestier. Na druhej strane prieskumná vzorka na strane sestier v našej práci zabezpečila dostatok informácií o ich momentálnom stave právneho povedomia, pričom samotný dotazník bol postavený ako vedomostný test o danej problematike s poukazom na výkon povolania v praktickej oblasti oslovených respondentov. Najviac problémov sme zaznamenali v oblasti obsahového poňatia Etického kódexu sestry, kde respondenti nevedeli presne pomenovať zásady ošetrovateľskej činnosti podľa uvedenej normy a hlavne v tejto oblasti sú veľké rezervy, ktoré je potrebné odstrániť vhodnými opatreniami pri čo najnižších nákladoch.

Rozvoj spoločnosti po roku 1989 sa prejavil vo všetkých oblastiach nášho života, zdravotnú starostlivosť nevyvímajúc. Zdravotnícky personál na pozícii sestry prešiel vývojovou etapou v oblasti vzdelania, sociálneho zabezpečenia, profesného zaradenia a hlavne legislatívnej oblasti. Vekové spektrum sestier v jednotlivých zariadeniach je v škále vekového priemeru od 31 do 46 rokov, dĺžka praxe po skončení školy u sestier jednoznačne odzrkadľuje rutinnosť ich práce s uspokojením sa získaných vedomostí ešte počas štúdia u väčšiny sestier. Na zlepšenie daného stavu je potrebné prijať opatrenia hlavne na úseku vzdelávania a samovzdelávania. Seminára určené na získavanie kreditov pre sestry a pôrodné asistentky by v časti samovzdelávacieho procesu mali zahŕňať samostatnú kapitolu venovanú len Etickému kódexu sestry s cieľom prehĺbenia vedomostí a vyhodnotením poznatkov z praxe sestier o dodržiavaní etických princípov rešpektovania ľudskej dôstojnosti pacientov–seniorov, pričom komora sestier a pôrodných asistentiek by mala prípadné negatívne trendy analyzovať a publikovať v odbornej literatúre z dôvodu možnej širokej diskusie odbornej zdravotníckej spoločnosti. Odborné zdravotnícko - medicínske znalosti sestier musia byť v rovine s Etickým kódexom sestry a obsah tohto dokumentu by mali jednoznačne poznať všetci študenti počas štúdia pripravujúci sa na povolanie sestry, kde táto téma by mala byť zahrnutá v skúšobných záverečných otázkach na každom stupni vzdelávania. Pedagogický zbor pripravujúci budúce sestry a pôrodné asistentky musí dôležitosť Etického kódexu sestry predostrieť študentom ako nevyhnutné pozitívum ich budúcej praxe. Poznanie legislatívnych princípov je základom úspešnej spolupráce v každej oblasti, zdravotníctvo nevyvímajúc.

Záver

Nárast staršej populácie v súčasnosti vedie priamoúmerne k zvyšovaniu dopytu po kvalitnej ošetrovateľskej starostlivosti, v ktorej sestry zohrávajú kľúčovú úlohu. S ohľadom na súčasný trend starnutia populácie by mali mať sestry dostatočné vedomosti v geriatrickej problematike.

Cieľom príspevku bolo analyzovať a vyhodnotiť individuálny prístup pracovného tímu sestier k seniorom, problémy v komunikácii, význam profesionálnej etiky a rešpektovanie práv klientov v praxi s neodlučiteľným právom na ľudskú dôstojnosť u pacientov seniorov. Sestra v rámci ošetrovateľskej starostlivosti o takého pacienta si musí uvedomovať fakty a rešpektovať ich (Olejník, 2017). Výsledky nášho prieskumu potvrdili dôležitú úlohu sestry v rámci ošetrovateľskej starostlivosti o seniorov s poukazom na nutnosť a dôslednosť dodržiavania etických zásad v starostlivosti o seniorov v zdravotníckych i sociálno-zdravotníckych zariadeniach ako aj na dôležitosť osobnostných, morálnych, odbornovo-vzdelanostných kvalít sestry. Okrem teoretického výkladu zahŕňa aj analýzu uvedeného fenoménu z pohľadu sestier na základe empirických zistení použitím dotazníkovej metódy. Po spracovaní výsledkov prieskumu možno konštatovať, že zo subjektívnej stránky je dodržiavanie Etického kódexu sestry na požadovanej úrovni. Dotknutý personál sa snaží tieto princípy presadzovať v praxi a plniť v najlepšej viere svoje poslanie. Z hľadiska objektívnej stránky je nutné konštatovať, že oslovený subjekt, ako jednotlivec, sa uspokojil s nízkou vedomostnou hladinou v tejto oblasti a aj keď sa snaží o plnenie si svojich povinností a profesné poslanie mu je vlastné, nedokázal si osvojiť zásady a princípy Etického kódexu sestry tak, aby bolo možné vysloviť plnú spokojnosť v oblasti zachovávanía ľudskej dôstojnosti staršieho pacienta. Z uvedeného teda vyplýva, že základným predpokladom konceptu úspešnej starostlivosti o seniorov je dôsledné dodržiavanie etických zásad a rešpektovanie ľudskej dôstojnosti pri každom styku sestry s pacientom, pri formálnom, mimo ošetrovateľskom i profesionálnom.

Obdobie staroby je poznačené dôležitými a nezvratnými biologickými, psychologickými a sociálnymi zmenami, ktoré u seniora ovplyvňujú oblasti jeho psychickej pohody, sebavedomia a zachovania autonómie. Starnutie populácie je charakterizované klesajúcou pôrodnosťou a zvyšovaním absolútneho počtu seniorov v celkovej populácii. Podľa Hudákovej a kol. (2017) je dominantným problémom v ošetrovateľskej starostlivosti seniorov vekom podmienená starocká krehkosť, ktorá sa vyskytuje až u 26 % seniorov vo veku nad 85 rokov. Starostlivosť o seniorov si vyžaduje zo strany sestry nielen teoretické vedomosti, praktické zručnosti, ale predovšetkým participuje na zvyšovaní kvality profesionálneho ošetrovania prostredníctvom uplatňovania kľúčového nástroja, akým etika nepochybne v praxi je. Ošetrovateľskú starostlivosť vykonávajú sestry v rámci svojich kompetencií, ktoré majú adekvátne vzdelanie, praktické a technické zručnosti a sú empatické (Belovičová, Popovičová, Babečka, 2022). Dôležitým faktorom v tejto oblasti je individuálny prístup sestry a na tento sme aj zamerali pomernú časť práce, hlavne v oblasti prieskumu. Náš respondent, sestra v praxi, je kľúčovou osobou, ktorá častokrát ako prvá prichádza do styku s pacientom-seniorom, ktorý prichádza do sociálno-zdravotníckeho zariadenia na určité obdobie z dôvodu, ktorý je v úzkom súvisi s jeho zdravotným stavom. Sestra venuje pacientom najviac času zo zdravotníckeho personálu a preto hlavne jej správanie sa, profesionálne zvládanie situácii, prístup k povinnostiam je dôležitou súčasťou celého ošetrovateľského procesu, ktorý predpokladáme, že bude pozitívny.

Po vyhodnotení prieskumu, ktorý bol k tejto práci vykonaný, sme konštatovali, že ciele práce boli splnené a získané informácie a výstupy sú vhodným podkladom pre ďalší rozvoj praxe i teoretických zdrojov. Zo získaných a sumarizovaných výstupov bolo zistené, že Etický kódex sestry, zásady a princípy ošetrovateľskej činnosti má osvojený hlavne personál v strednom veku, teda s praxou nad 15 rokov, ktorý absolvoval nadstavbové, prípadne vysokoškolské štúdium. Prekvapením bolo zistenie, že respondenti, ktorí sú v praxi do 5 rokov od skončenia

základného zdravotníckeho vzdelania, mali nízku úroveň vedomostí o Etickom kódexe sestry, ich odpovede boli skôr laické. Tento istý jav sme pozorovali aj u respondentov vo veku nad 45 rokov, kde presné pomenovanie štyroch základných povinností sestry podľa Etického kódexu sestry nedosiahlo ani jedno percento z celkového počtu respondentov v tejto vekovej kategórii. Napriek zisteniam ale nemožno konštatovať zlyhanie personálu, nakoľko on svoju prácu vykonáva v súlade s platnou legislatívou, rutinne a osvojené postupy len nevie začleniť a pomenovať, čo samozrejme na druhej strane nemožno chápať ako pozitívum. Pri spracovaní všetkých výsledkov z prieskumu bolo pozitívnym zistením, že respondenti sa vo vysokej miere dokážu principiálne postaviť k riešeniu problémov v oblasti ošetrovateľstva a sú ochotní svojim osobným zaangażovaním sa prispieť k profesionálnemu poskytovaniu ošetrovateľskej starostlivosti na svojich pracoviskách.

BIBLIOGRAFIA

AGUIRRE, L.,E., VILLAREAL, D.,T. 2015. Physical Exercise as Therapy for Frailty. In *Nestle Nutr Inst Workshop Ser.* 2015;83:83-92. Epub 2015. Nov 2. PMID: 26524568; PMCID: PMC4712448. [citované 2023-10-05]. Available from: doi: 10.1159/000382065.

BELOVIČOVÁ, M. POPOVIČOVÁ, M. BABEČKA, J. 2022. *Metabolický syndróm u seniorov v domoch sociálnych služieb.* Svidník: Tlačiareň Svidnícka, s.r.o., 2022. 183 s. ISBN 978-80-974237-2-8.

BORIKOVÁ, I. a kol. 2019. Meracie nástroje v gerontologickom ošetrovateľstve. In *Multimediálna podpora výučby klinických a zdravotníckych disciplín.* ISSN 1337-7396. [online]. [citované 2023-09-03]. Dostupné na internete: <https://portal.jfmed.uniba.sk/clanky.php?aid=251>.

BRAY, N. W. a kol. 2016. Exercise prescription to reverse frailty. In *Applied Physiology, Nutrition and Metabolism.* [online]. ISSN 1715-5312. 2016, 41, V. 10, p. 1112-1116. [citované 2023-10-05]. Available from: <https://doi.org/10.1139/apnm-2016-0226>.

ČÁP, J. PALEŇČÁR, M. KURUCOVÁ, R. 2016. *Ľudská dôstojnosť v kontexte smrti a umierania.* Martin: Osveta. 2016. 185 s. ISBN 978-80-8063-448-3.

DÁVIDOVÁ, A. 2015. Geriatrická krehkosť v inštitucionalizovanej zdravotnej starostlivosti. In *Rigorózna práca.* Trenčín : Trenčianska univerzita A. Dubčeka v Trenčíne, 2015. 144 s.

EL-KHOURY et al.. 2013. The effect of fall prevention exercise programmes on fall induced injuries in community dwelling older adults: Systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. In *BMJ (Clinical Research Ed.)* 347:f 6234

ETICKÝ KÓDEX SESTRY: Zbierka zákonov č. 311/ 2002, zákon o povolání sestry, o povolání pôrodnej asistentky, o Slovenskej komore sestier a pôrodných asistentiek a o zmene a doplnení zákona Slovenskej národnej rady č. 14/1992 Zb. o Slovenskej komore stredných zdravotníckych pracovníkov a o Slovenskej komore zubných technikov. [citované 2023-09-28]. Dostupné na internete: <https://www.slov-lex.sk/static/pdf/2002/2002c133.pdf>.

- EUROSTAT. 2022. Statistika. [on-line]. [citované 2023-09-28]. Dostupné na internete: https://slovak.statistics.sk/wps/portal/ext/Databases/eu!/ut/p/z0/04_Sj9CPykssy0xPLMnMz0vMAfljo8ziA809LZycDB0NLJzCjAw8zf2CDL0DA91Dg8z0C7ldFQFJ-eUR/.
- FIRMENT, P. 2015. Terminálna fáza ľudského života a poskytovanie zdravotnej starostlivosti z pohľadu práva [online]. Dostupné na internete: <https://www.solen.sk/storage/file/article/527497752895757a44384e6f3b6b8615.pdf>.
- HALUZÍKOVÁ, J. a kol. 2019. Ošetrovatelství v nefrologii. Praha : Grada, 2019. 252 s. ISBN 978-80-271-1115-2.
- HOFF, J. T. 2021. Frailty Syndrome: Implications for Nursing Practice. In The Journal for Nurse Practitioners. Volume 17. Issue 10. 2021. Pages 1204-1207. ISSN 1555-4155. [citované 2023-09-28]. Available from: (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S155541552100413X>).
- HOOZOVÁ J. 2014. Starnutie a starobné zmeny organizmu. In Interná medicína. ISSN 1335-8359, 2014, roč. 14, č. 5, s. 203-208.
- HUDÁKOVÁ, A. a kol. Meracie nástroje na hodnotenie funkčného stavu seniorov. 2018. Zdravotnícke listy. [online]. Dostupné na: <http://zl.tnuni.sk/fileadmin/Archiv/2018/-6.Hudakova.pdf>.
- JOHNSON, O. A. 2014. Ethics: Selections from Classical and Contemporary Writers. Front Worth: Harcourt Brace Collage Publishers. 2014. 483 s. ISBN 0-15-500380-1.
- KABÁTOVÁ, O. a kol. 2016. Postoje a vedomosti sestier o problematike geriatrického veku. In Kontakt. [online]. ISSN 1804- 7122. 2016, roč. 18, č. 4, s. 244-248. [citované 2023-09-01]. Dostupné na internete: <https://kont.zsf.jcu.cz/pdfs/knt/2016/04/02.pdf>.
- KADUČÁKOVÁ, H.- ŠENKÁROVÁ, Z. 2019. Nové trendy vo vzdelaní a praxi zdravotníckych pracovníkov: Hodnotiace techniky ošetrovateľskej praxe. [online]. Dostupné na <https://www.prohuman.sk/files/Nove-trendy-vo-vzdelavani-a-praxizdrav-prac-2019.pdf>.
- KELAIDITI, E. et al. 2015. Is nutrition important to postpone frailty? In Current Opinion in Clinical Nutrition and Metabolic Care. [online]. 2015. January 2015 - Volume 18 - Issue 1 - p 37-42. doi: 10.1097/MCO.000000000000129, [citované 2023-10-14]. Available from: https://journals.lww.com/co-clinicalnutrition/Abstract/2015/01000/Is_nutrition_important_to_postpone_frailty_.8.aspx.
- KLEVETOVÁ, D. DLABALOVÁ, I. 2018. Motivační prvky při práci se seniory. Praha: Grada Publishing, a.s., 2018. 208 s. ISBN 978-80-247-2169-9.
- KOŠČÁLOVÁ, S. 2020. Starecká krehkosť ako novodobý fenomén v geriatrickom ošetrovatel'stve. Trnava : Trnavská univerzita v Trnave, 2020. 59 s.
- KUČÍKOVÁ, J. 2017. Podiel ošetrovatel'stva v prevencii geriatrickej krehkosti. Ružomberok: Katolícka univerzita v Ružomberku, 2017. 68 s.

MANZAROVÁ, M. 2015. Zdravotnícka etika od A do Z. Praha: Grada Publishing, a.s., 2015. 156 s. ISBN 80-2471-024-2.

MEULENERS, L. B. et al, 2016. Risk factors for recurrent injurious falls that require hospitalization for older adults with dementia: A population based study. In *BMC Neurology* 16: 188. Available from: doi:10.1186/s12883-016-0711-3.

OLEJNIK, S. 2017. Etyka lekarska. Katowice: Wydawnictwo Unia, 2017. 151 s. ISBN 83-86250-04-6.

ŠÁTEKOVÁ, L. a kol. 2021. *Demence- hodnoticí techniky a nástroje*. Praha: Grada, 2021. 192 s. ISBN 978-80-271-1695-9.

ŠÚSR, 2022. *Demografický vývoj SR v roku 2020 v kontexte posledných desiatich rokov*. [online]. [citované 2023-10-18]. Bratislava: Ústredie ŠÚSR, 2020. 6 s. Dostupné na internete: https://www7.statistics.sk/wps/wcm/connect/7b1929d9-182b-40b7-add8-4f131a0bea22/Demograficky_vyvoj_poslednych_10rokov.pdf?MOD=AJPERES&CVID=mFUEoFW.

ZÁKON č. 495/2022 Z.z. [citované 2023-10-01]. Dostupné na internete: <https://www.slovlex.sk/pravne-predpisy/SK/ZZ/2022/495/>.

ZRUBÁKOVÁ, K. a kol. 2016. Krehký senior v domácej a ústavnej ošetrovateľskej starostlivosti. In *Prohuman*. ISSN 1338-1415. 2016. [online]. [cit. 2023-09-28]. Dostupné na internete: <https://www.prohuman.sk/osetrovatelstvo/krehky-senior-v-domacej-a-ustavnej-osetrovateľskej-starostlivosti>.

ZRUBÁKOVÁ, K. KRAJČÍK, Š. A KOL., 2016. *Farmakoterapie v geriatricii*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2016. 224 s. ISBN 978-80-247-9028-7.

ŽÁKOVÁ, J. 2021. *Křehkost jako aktuální ošetrovateľský problém*. BP. České Budejovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 2021. 69 s.

Kontakt

PhDr. Eva Želinská, MPH, MBA

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

Inštitút bl. Metóda Dominika Trčku Michalovce

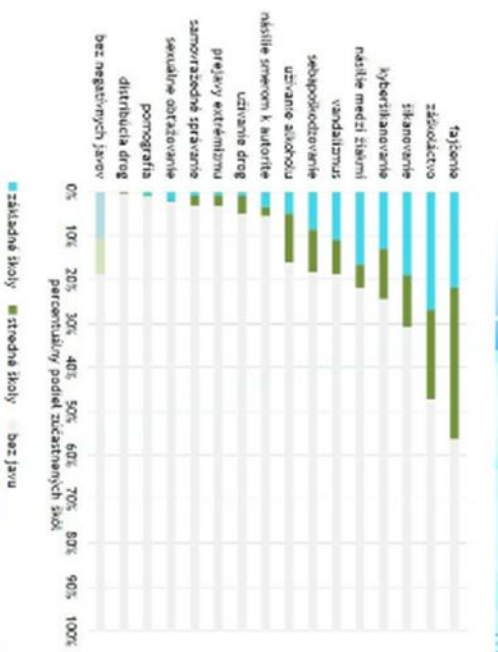
E-mail: merr1@merr1.onmicrosoft.com



**Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce
sv. Alžbety v Bratislave, n. o.
Ústav Bl. Z. G. Mallu Košice**

Záškolačstvo na stredných školách v Košickom kraji

PhDr. Richard Bárta, PhD., MPH
bartarichardsp@gmail.com
doc. PhDr. Mária Popovičová, PhD., MBA, univ. prof.
maria.popovic91@gmail.com



ISBN 978-83-61087-89-2