



ZBORNÍK Z IX. MEDZINÁRODNEJ VEDECKEJ KONFERENCIE

HUMANITÁRNA POMOC PRE UKRAJINU A INTERVENCIE (SKÚSENOSTI) PROFESIONÁLNYCH A DOBROVOL'NÍCKYCH TÍMOV S UTEČENCAMI Z UKRAJINY

Michalovce 11. november 2022

Warszawa 2023



Peter Vansač, Pavel Czarnecki (Eds.)

ZBORNÍK Z IX. MEDZINÁRODNEJ VEDECKEJ KONFERENCIE

HUMANITÁRNA POMOC PRE UKRAJINU A INTERVENCIE (SKÚSENOSTI) PROFESIONÁLNYCH A DOBROVOLŇNÍCKYCH TÍMOV S UTEČENCAMI Z UKRAJINY

Michalovce 11. november 2022

Warszawa 2023

Názov

Zborník z IX. Medzinárodnej vedeckej konferencie, Humanitárna pomoc pre Ukrajinu a intervencie (skúsenosti) profesionálnych a dobrovoľníckych tímov s utečencami z Ukrajiny, Michalovce 11. november 2022

Editori

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

Dr.h.c. prof. ThLic. PhDr. Pavel Czarnecki, PhD., MBA

Recenzenti:

Dr.h.c. prof. PhDr. Pavol Dancák, PhD.

Prof Ivan Svyatoslavich Mironyiuk, MD. DSc.

Univ. prof. PhDr. Mária Popovičová, PhD., MBA

Doc. RNDr. Mgr. Daniela Barkasi, PhD.

Vydavateľstvo:

Collegium Humanum – Szkoła Główna Menedżerska ul. Moniuszki 1a, 00-014

Warszawa, Polska www.humanum.pl

Technický redaktor: Mgr. Ivan Lažo

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

Rok vydania: 2023

Počet strán: 363

Náklad: 100 ks

ISBN: 978-83-964214-5-6

Zborník neprešiel jazykovou úpravou.

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

OBSAH

PROGRAM IX. MEDZINÁRODNEJ VEDECKEJ KONFERENCIE	9
---	----------

PREDSLOV	13
-----------------------	-----------

ANDRAŠČÍKOVÁ Ľudmila, FERKO Michal

Špecifiká poskytovania dentálnej starostlivosti u pacientov – utečencov z Ukrajiny

15

ANGELOVIČOVÁ Katarína

Úloha sestry v prevencii obáv a strachu u pacienta po radikálnej prostatektómii

20

BABEČKA Jozef

Kvalita života pacientov s kolostómiou

44

BARKASI Daniela

Prosociálne tendencie ľudí v kontexte pomoci Ukrajine

64

BEDNÁRIKOVÁ Miroslava

Multikultúrna ošetrovateľská starostlivosť o migrantov, Rešpektovanie ich náboženských a kultúrnych zvyklosti

78

GULÁŠOVÁ, Monika, VANSÁČ Peter

Súvis vnímanej skúsenosti z priamej interakcie s utečencami s ohľadom na vek študentov

87

HORANSKÁ Valéria, LIZÁKOVÁ Ľubomíra

Vzdelávacie prostredie zdravotníckych profesií počas pandémie Covid 19

100

HUDÁKOVÁ Tatiana, POPOVIČOVÁ Mária, HAJDUOVÁ BOCSÁR Zuzana

Aktivity SČK ÚS Trebišov počas vypuknutia a trvania vojny na Ukrajine

111

HULKOVÁ Viera, KILÍKOVÁ Mária, MITURA Peter

Motívy sestier pre pracovné pôsobenie v zahraničí

118

HUZAK Oleksandra, MYRONYUK Ivan

Posúdenie pripravenosti vysokých škôl vyškoliť špecialistov na telesnú rehabilitáciu na prácu vo vojnových a povojnových podmienkach

131

IVANKOVÁ Viera, BELOVIČOVÁ Mária <i>Osobitosti ošetrovateľskej starostlivosti o utečencov.....</i>	142
JURAŠEK Martin, LEVICKÁ Slávka <i>Sociálne služby poskytované odídencom.....</i>	155
KENDEREŠOVÁ Elena <i>Energetická chudoba ako štrukturálny problém sociálnej polarizácie a vylúčenia</i>	166
KILÍKOVÁ Mária, HULKOVÁ Viera, KALAFUTOVÁ Klára <i>Percepcia sestier v oblasti bezpečnej zdravotnej starostlivosti.....</i>	177
MIRONYUK Ivan, SLABKIY Hennadiy, BILAK-LUKIANCHUK Victoria, LOPIT Victor <i>The impact of the war with Russia on the medical and demographic situation in Ukraine.....</i>	186
MURGOVÁ Anna, ŠULCOVÁ Jana, NEMČÍKOVÁ Miroslava <i>Aktivity VŠZaSP sv. Alžbety – pracovisko Prešov – Michalovce, v pomoci utečencom z Ukrajiny.....</i>	195
NEMČÍKOVÁ Miroslava, MURGOVÁ Anna <i>Využitie nadstavbových prvkov konceptu bazálnej stimulácie v ošetrovateľskej praxi.....</i>	204
NOGA Vladimír <i>Spirituálna starostlivosť v rámci humanitárnej pomoci utečencom z Ukrajiny.....</i>	223
POPOVIČOVÁ Mária, JACKULÍKOVÁ Mária <i>Vysokoškolský študent v úlohe dobrovoľníka v práci s utečencami z Ukrajiny</i>	238
ŠEVČOVIČOVÁ Andrea, HRINDOVÁ Tatiana, TRNKOVÁ Ľubica <i>Humanitárna zbierka pre Ukrajinu z rožňavského pracoviska bl. Sány Salkaházi</i>	250
ŠUPOLOVÁ Katarína, BARKASI Daniela <i>Fyzické dôsledky vojnového konfliktu – čo ďalej?</i>	258
TRNKOVÁ Ľubica, NEMČOKOVÁ Adriana, ŽELICHOVSKÁ Marta, HALČINOVÁ Magdaléna <i>Starostlivosť o geriatrického pacienta/klienta v zariadení pre seniorov v kontexte zabezpečenia nutričnej starostlivosti.....</i>	270
TRNKOVÁ Ľubica, POMIETLOVÁ Nikola <i>Faktory ovplyvňujúce spánok pacienta počas hospitalizácie</i>	307

TSARENKO Anatolii, DANDRE Pamela

The importance of the Christian nurses professional training for palliative and hospice care..... 325

VANSAČ Peter

Subjektívne skúsenosti študentov s odídencami z Ukrajiny získané v prvej línii..... 338

POSTEROVÁ SEKCIA

KILIKOVÁ Mária, NEMČOKOVÁ Adriana

Bezpečnosť pacienta ako obsah didaktickej a edukačnej pomôcky 360

CONTENT

ANDRAŠČÍKOVÁ Ľudmila, FERKO Michal

Specifics of providing dental care for patients – heirs from Ukraine..... 15

ANGELOVIČOVÁ Katarína

The role of the nurse in preventing a patients fear and anxiety in the perioperative period after radical prostatectomy..... 20

BABEČKA Jozef

Quality of life of patients with colostomy 44

BARKASI Daniela

Prosocial tendencies of people in the context of Ukraine aid..... 64

BEDNÁRIKOVÁ Miroslava

Multicultural nursing care for migrants, Respecting their religious and cultural customs..... 78

DANDRE Pamela, TSARENKO Anatolii

Formation and development of the Movement of Parish Nursing in the world and in Ukraine.....

GUL'AŠOVÁ, Monika, VANSÁČ Peter

The perceived experience from direct interaction with refugees to the age of the students..... 87

HORANSKÁ Valéria, LIZÁKOVÁ Ľubomíra

Educational environment of health professions during the Covid 19 pandemic 100

HUDÁKOVÁ Tatiana, POPOVIČOVÁ Mária, HAJDUOVÁ BOCSÁR Zuzana

Activities of SČK US Trebišov during the outbreak and duration of the war in Ukraine..... 111

HULKOVÁ Viera, KILÍKOVÁ Mária, MITURA Peter

Nurses' motivations for working abroad..... 118

HUZAK Oleksandra, MYRONYUK Ivan

Assessing the readiness of higher education institutions to prepare specialists in physical rehabilitation to work in conditions of war and post-war 131

IVANKOVÁ Viera, BELOVIČOVÁ Mária

Characteristics of nursing care for refugees 142

JURAŠEK Martin, LEVICKÁ Slávka

Social services provided to refugees..... 155

KENDEREŠOVÁ Elena <i>Energy poverty as a structural problem of social polarization and exclusion.....</i>	<i>166</i>
KILÍKOVÁ Mária, HULKOVÁ Viera, KALAFUTOVÁ Klára <i>Perception of nurses in the area of safe health care.....</i>	<i>177</i>
MIRONYUK Ivan, SLABKIY Henadiy, BILAK-LUKIANCHUK Victoria, LOPIT Victor <i>The impact of the war with Russia on the medical and demographic situation in Ukraine.....</i>	<i>186</i>
MURGOVÁ Anna, ŠULCOVÁ Jana, NEMČÍKOVÁ Miroslava <i>Activities VŠZaSP St. Elizabeth – workplace Prešov-Michalovce, Helping refugees from Ukraine</i>	<i>195</i>
NEMČÍKOVÁ Miroslava, MURGOVÁ Anna <i>The use of additional elements of the concept of basal stimulation in nursing practice.....</i>	<i>204</i>
NOGA Vladimír <i>Spiritual care within humanitarian aid to refugees from Ukraine.....</i>	<i>223</i>
POPOVIČOVÁ Mária, JACKULÍKOVÁ Mária <i>University student as a volunteer at work with refugees from Ukraine.....</i>	<i>238</i>
ŠEVČOVIČOVÁ Andrea, HRINDOVÁ Tatiana, TRNKOVÁ Ľubica <i>Humanitarian collection for Ukraine from the workplace of Sara Salkahazi in Rožňava</i>	<i>250</i>
ŠUPOLOVÁ Katarína <i>Physical consequences of war conflict – what next?.....</i>	<i>258</i>
TRNKOVÁ Ľubica <i>Post-surgical care of the bariatric patient in a multidisciplinary context.....</i>	<i>270</i>
TRNKOVÁ Ľubica, POMIETLOVÁ Nikola <i>Factors affecting patient sleep during hospitalization</i>	<i>307</i>
TSARENKO Anatolii, DANDRE Pamela <i>The importance of the Christian nurses professional training for palliative and hospice care</i>	<i>325</i>
VANSAČ Peter <i>Subjective experiences of students with refugees from Ukraine acquired on the front line</i>	<i>338</i>

POSTER SECTION

KILIKOVÁ Mária, NEMČOKOVÁ Adriana

Patient safety as the content of didactic and educational aids..... 360



PROGRAM IX. MEDZINÁRODNEJ VEDECKEJ KONFERENCIE
HUMANITÁRNA POMOC PRE UKRAJINU A INTERVENCIE (SKÚSENOSTI)
PROFESIONÁLNYCH A DOBROVOĽNÍCKYCH TÍMOV S UTEČENCAMI Z
UKRAJINY

Michalovce 11. november 2022

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

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

Príhovor:
prof. MUDr. Vladimír KRČMÉRY, DrSc., Dr.h.c. mult. -
zriaďovateľ VŠZaSP
sv. Alžbety v Bratislave

Predsedenstvo: prof. ThDr. Peter VANSÁČ, PhD.,
doc. PhDr. Monika Gulášová, PhD.

PREDNÁŠKY – PLENÁRNE A HOSTIA ZO ZAHRANIČIA

- 09: 10** **Prof MYRONYUK Ivan, MD, DSc., SPIVAK Antonia, M.A.**
*The model of the regional system of public health and
rehabilitation care in the context of new challenges caused by
Russian aggression in Ukraine*
(Модель регіональної системи громадського здоров'я та
реабілітаційної допомоги в контексті нових викликів, спричинених
російською агресією в Україні)
- 09: 30** **TSARENKO Anatolii, Doctor of Medical Sciences Professor,
DANDRE Pamela, Bachelor's degree in Nursing**
*The importance of the Christian nurses professional training for
palliative and hospice care (Значення професійної підготовки
християнських медичних сестер для надання паліативної та
хоспісної допомоги)*

- 09: 50** **DANDRE Pamela, Bachelor's degree in Nursing**
TSARENKO Anatolii, Doctor of Medical Sciences Professor,
Formation and development of the Movement of Parish Nursing
in the world and in Ukraine
(Становлення та розвиток парафіяльного сестринського руху в світі
та в Україні)
- 10: 10** **HUZAK Olexandra, PhD, Ass. Professor**
Prof MYRONYUK Ivan, MD, DSc.,
Оцінка готовності закладів вищої освіти до підготовки
фахівців фізичної реабілітації до роботи в умовах війни та
пост війни
(Posúdenie pripravenosti vysokých škôl vyškoliť špecialistov na telesnú
rehabilitáciu na prácu vo vojnových a povojnových podmienkach)
- 10: 30** **SNOPEK Petr, PhDr. Mgr., PhD., MBA**
Integrace ukrajinských zdravotníků do zdravotnictví v ČR
- 10: 50** **Diskusia**
PRESTÁVKA 11.00 – 11.20

**PREDNÁŠKY - SEKCIA – OŠETROVATEĽSTVO A SOCIÁLNA PRÁCA +
VÁRIA**

Predsedníctvo: doc. PhDr. Anna MURGOVÁ, PhD, mim. prof.,
doc. RNDr. Daniela Barkasi, PhD.,

- 11: 20** **VANSAČ Peter, Prof., ThDr., PhD.**
Subjektívne skúsenosti študentov s odídencami z Ukrajiny
získané v prvej línii
- 11: 35** **MURGOVÁ Anna, doc., PhDr., PhD, mim. prof., ŠULCOVÁ Jana,**
PhDr., NEMČÍKOVÁ Miroslava, PhDr., PhD.
Aktivity VŠZaSP sv. Alžbety – pracovisko Prešov – Michalovce,
v pomoci utečencom z Ukrajiny
- 11: 50** **NEMČÍKOVÁ Miroslava, PhDr., PhD., MURGOVÁ Anna, doc.,**
PhDr., PhD, mim. prof.,
Využitie nadstavbových prvkov konceptu bazálnej stimulácie v
ošetrovateľskej praxi
- 12: 05** **BARKASI Daniela doc., RNDr., Mgr., PhD.**
Prosociálne tendencie ľudí v kontexte pomoci Ukrajině
- 12: 20** **GUL'AŠOVÁ, Monika, doc., PhDr., PhD.,**
Сúвис вніманей скúсености з пріаменеј интеракcie с утеченцами с
оһľadом на век študentov

- 12: 35** **JURAŠEK Martin, Doc., ThDr. PaedDr., PhD.,
LEVICKÁ Slávka, PhD., MBA**
Sociálne služby poskytované odídencom
- 12: 50** **KENDEREŠOVÁ Elena, Mgr., PhD.**
*Energetická chudoba ako štrukturálny problém sociálnej
polarizácie a vylúčenia*
- 13: 05** **ŠEVČOVIČOVÁ Andrea, PhD. PhD., MPH, VRBJAROVÁ
Margaréta**
Význam rodinnej terapie v liečbe závislosti
- 13: 20** **POPOVIČOVÁ Mária, doc., PhD., PhD. mim. prof.,
JACKULÍKOVÁ Mária, PhD., PhD.,**
*Vysokoškolský študent v úlohe dobrovoľníka v práci s utečencami
z Ukrajiny*
- 13: 35** **BABEČKA Jozef, PhD., PhD.**
Pandémia Covid – 19 a vplyv na zdravotnícku prax
- 13: 50** **Diskusia**

PRESTÁVKA 14.00 – 14.15

POSTEROVÁ SEKCIA – OŠETROVATEĽSTVO

Predsedníctvo: doc. PhDr. Monika Guľašová, PhD.,
Mgr. Elena Kenderešová, PhD.

- 14: 15** **KILIKOVÁ Mária, prof. PhD. PhD. MPH,
NEMČOKOVÁ Adriana, PhD., PhD.**
Bezpečnosť pacienta ako obsah didaktickej a edukačnej pomôcky
- 14: 30** **TRNKOVÁ Ľubica, PhD. Mgr. PhD. MPH,**
*Pooperačná starostlivosť o bariatrického pacienta v
multidisciplinárnom kontexte*
- 14: 45** **HORANSKÁ Valéria, PhD., PhD., MPH**
*Vzdelávacie prostredie zdravotníckych profesií počas pandémie
covid 19*
- 15: 00** **ANDRAŠČÍKOVÁ ĽUDMILA, PhD., Bc., MBA, MPH, FERKO
Michal, PhD.**
*Špecifiká poskytovania dentálnej starostlivosti u pacientov –
utečencov z Ukrajiny*
- 15: 15** **HUDÁKOVÁ Tatiana, PhD., MPH**
*Aktivity SČK ÚS Trebišov počas vypuknutia a trvania vojny na
Ukrajine*

- 15: 30** **TRNKOVÁ Ľubica, PhD. Mgr. PhD. MPH, POMIETLOVÁ Nikola, Bc.**
Faktory ovplyvňujúce spánok pacienta počas hospitalizácie
- 15: 45** **ŠEVČOVIČOVÁ Andrea, PhD. PhD., MPH, HRINDOVÁ Tatiana, Doc., PhD., PhD., TRNKOVÁ Ľubica, PhD. Mgr. PhD. MPH,**
Humanitárna zbierka pre Ukrajinu z rožňavského pracoviska bl. Sáry Salkaházi
- 16: 00** **NEMČOKOVÁ Adriana, PhD., PhD., TRNKOVÁ Ľubica, PhD. Mgr. PhD. MPH, ŽELICHOVSKÁ Marta, Bc., HALČINOVÁ Magdaléna, Bc.**
Starostlivosť o geriatrického pacienta /klienta v zariadení pre seniorov v kontexte zabezpečenia nutričnej starostlivosti
- 16: 15** **Diskusia**

PRESTÁVKA 16.15 – 16.30

PREDNÁŠKY - SEKCIA – OŠETROVATEĽSTVO A SOCIÁLNA PRÁCA

Predsedníctvo: doc. PhD. Anna MURGOVÁ, PhD, mim. prof.,
 doc. RNDr. Daniela Barkasi, PhD.,

- 16: 30** **ANGELOVIČOVÁ Katarína, PhD., PhD.,**
Úloha sestry v prevencii obáv a strachu u pacienta po radikálnej prostatektómii
- 16: 45** **BEDNÁRIKOVÁ Miroslava, PhD., Bc., PhD.**
Multikultúrna ošetrovateľská starostlivosť o migrantov
- 17: 00** **NOGA Vladimír, PhD.**
Spirituálna starostlivosť v rámci humanitárnej pomoci utečencom z Ukrajiny
- 17: 15** **IVANKOVÁ Viera, PhD.**
Osobitosti ošetrovateľskej starostlivosti o utečencov
- 17: 30** **ŠUPOLOVÁ Katarína, MUDr.**
Fyzické dôsledky vojnového konfliktu – čo ďalej?
- 17: 45** **Diskusia**
- 18: 00** **Záver konferencie**

PREDSLOV

Tento zborník je venovaný pamiatke 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.

Vojna na Ukrajine, ktorá začala 24. februára 2022 navždy rozdelila životy Ukrajincov na predtým a potom. Zvlášť sme to vnímali na Slovensku, keď ihneď po vypuknutí vojny k nám prichádzali tisícky žien, matiek s deťmi a babičiek. Niektorí u nás ostali a niektorí pokračovali ďalej do Čiech, Poľska, Nemecka, Rakúska a Talianska.

Na naše východné hranice Vyšné Nemecké, Ubl'a a Veľké Slemence bol veľký nápor. Bola potrebná pomoc dobrovoľníkov. Medzi prvými, ktorí zareagovali na túto skutočnosť bol náš zriaďovateľ a emeritný rektor VŠZaSP prof. Vladimír Krčméry, ktorý organizoval pomoc pre odídencov z Ukrajiny v spolupráci s Maltézskym radom na Slovensku tak, že oslovil študentov Inštitútu Bl. M. D. Trčku v Michalovciach, aby v rámci odbornej praxe vykonávali asistenčné služby pre odídencov z Ukrajiny priamo na hranici Vyšné Nemecké. Naši študenti sa do tejto pomoci ochotne zapojili, čo dokazujú aj výskumné štúdie Vansača a Gul'ašovej uvedené v tomto zborníku.

Konferencia prebiehala prezenčne, iba Prof Ivan Myronyuk, MD, DSc., z Užhorodskej národnej univerzity prednášal online.

Zborník vzniká na základe prednášok, ktoré odzneli na konferencii. Naši kolegovia a kolegyně z Ukrajiny nám predstavili na konferencii tieto témy:

- ♣ *Model regionálneho systému verejného zdravotníctva a rehabilitačnej starostlivosti v kontexte nových výziev spôsobených ruskou agresiou na Ukrajine*
- ♣ *Posúdenie pripravenosti vysokých škôl vyškoliť špecialistov na telesnú rehabilitáciu na prácu vo vojnových a povojnových podmienkach*
- ♣ *Význam odbornej prípravy kresťanských sestier pre poskytovanie paliatívnej a hospicovej starostlivosti*
- ♣ *Vznik a rozvoj sesterského hnutia farnosti vo svete a na Ukrajine*

Kolegovia a kolegyně z VŠZaSP sv. Alžbety a Fakulty zdravotníckych odborov Prešovskej univerzity v Prešove rozpracovali tieto témy:

- ♣ *Subjektívne skúsenosti študentov s odídenkami z Ukrajiny získané v prvej línii*
- ♣ *Aktivity VŠZaSP sv. Alžbety – pracovisko Prešov – Michalovce, v pomoci utečencom z Ukrajiny*
- ♣ *Prosociálne tendencie ľudí v kontexte pomoci Ukrajine*
- ♣ *Súvis vnímanej skúsenosti z priamej interakcie s utečencami s ohľadom na vek študentov*
- ♣ *Sociálne služby poskytované odídencom*

- ♣ *Vysokoškolský študent v úlohe dobrovoľníka v práci s utečencami z Ukrajiny*
- ♣ *Špecifická poskytovania dentálnej starostlivosti u pacientov – utečencov z Ukrajiny*
- ♣ *Aktivity SČK ÚS Trebišov počas vypuknutia a trvania vojny na Ukrajine*
- ♣ *Humanitárna zbierka pre Ukrajinu z rožňavského pracoviska bl. Sáry Salkaházi*
- ♣ *Multikultúrna ošetrovateľská starostlivosť o migrantov*
- ♣ *Spirituálna starostlivosť v rámci humanitárnej pomoci utečencom z Ukrajiny*
- ♣ *Osobitosti ošetrovateľskej starostlivosti o utečencov*
- ♣ *Fyzické dôsledky vojnového konfliktu – čo ďalej?*

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

ŠPECIFIKÁ POSKYTOVANIA DENTÁLNEJ STAROSTLIVOSTI U PACIENTOV – UTEČENCOV Z UKRAJINY

SPECIFICS OF PROVIDING DENTAL CARE FOR PATIENTS - HEIRS FROM UKRAINE

Andraščíková Ľudmila¹, Ferko Michal²

¹*Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave, SR, doktorandka*

²*Fakulta zdravotníckych odborov Prešovskej univerzity v Prešove, Katedra dentálnej hygieny, Prešov, SR*

Abstrakt

Úvod: Kľúčovým faktorom zachovania celkového zdravia je zdravá ústna dutina. Komplexnou dentálnou starostlivosťou dokážeme zabrániť vzniku nežiadúcich komplikácií. Ošetrovanie cudzincov predstavuje v poskytovaní dentálnej starostlivosti ťažkosti v oblasti dorozumenia sa a kompenzácie nákladov spojených s ošetrovaním.

Cieľ: Poukázať na zmeny v poskytovaní zubnej starostlivosti o cudzincov – utečencov z Ukrajiny v dôsledku prebiehajúceho vojnového konfliktu.

Metodika: Prehľad možností ošetrovania vojnových utečencov z Ukrajiny v pozícii osoby prechádzajúcej cez Slovensko, žiadateľa o azyl, osoby s dočasným útočiskom a azylantov.

Výsledky: Na základe štúdia platnej legislatívy a odporúčaní pri ošetrovaní cudzincov - utečencov z Ukrajiny bolo poukázané na možnosti ošetrovania podľa statusu utečenca, možnosti kompenzácie nákladov z prostriedkov verejného poistenia a možnosti riešenia jazykovej bariéry pri ošetrovaní v dentálnej praxi.

Záver: Ošetrovanie vojnových utečencov je náročné najmä po emocionálnej stránke, zvlášť ak ošetrujúci nepozná doterajší zdravotný stav prijímateľa ošetrovateľskej starostlivosti, ktorý zároveň neovláda slovenský jazyk. Zo strany ošetrujúceho sa vyžaduje vysoký stupeň empatie.

Kľúčové slová: Dentálna starostlivosť. Jazykové bariéry. Vojnový utečenec z Ukrajiny.

Abstract

Introduction: A key factor in maintaining overall health is a healthy oral cavity. With comprehensive dental care, we can prevent unwanted complications. The treatment of foreigners presents difficulties in the provision of dental care in the area of understanding and compensation of the costs associated with the treatment

Aim: Point out the changes in the provision of dental care for foreigners - refugees from Ukraine as a result of the ongoing war conflict

Methodology: Overview of treatment options for war refugees from Ukraine in the position of a person passing through Slovakia, an asylum seeker, a person with temporary refuge and asylum seekers.

Results: Based on the study of valid legislation and recommendations in the treatment of foreigners - refugees from Ukraine, it was pointed out the possibilities of treatment according to refugee status, the possibility of compensation of costs from public insurance funds and the possibility of solving the language barrier in treatment in dental practice.

Conclusion: Treating war refugees is especially difficult from an emotional point of view, especially if the caregiver does not know the current state of health of the recipient of nursing care, who at the same time does not speak the Slovak language. A high degree of empathy is required on the part of the caregiver.

Keywords: Dental care. Language barriers. War refugee from Ukraine.

ÚVOD

Zdravie ústnej dutiny pacienta sa považuje za kľúčový faktor celkového zdravia a prevencie systémových ochorení. Komplexná ošetrovateľská starostlivosť o ústnu dutinu bráni vzniku nežiaducich komplikácií. Nevykonávaním komplexnej dentálnej starostlivosti je možné dospieť k závažným problémom v ústach pacienta, narušeniu štruktúry ústnych tkanív a šíreniu patogénnych mikroorganizmov vnútornou (krvnou) cestou do prostredia celého organizmu. Najčastejšie sa vyskytujúcimi problémami v ústnej dutine, pre ktoré pacienti navštívia ambulanciu zubného lekára sú bolesti zubov, opuchy, zápalové procesy v ústnej dutine, abscesy, úrazy zubov, vypadnutie výplní, extrakcia zubov, nadmerná citlivosť zubných krčkov či akútne ošetrovanie zubných kazov. Zubnú pohotovosť a ambulanciu zubného lekára pomerne často navštívia aj pacienti, ktorí nemajú verejné zdravotné poistenie na Slovensku. V dôsledku vypuknutia vojnového konfliktu na Ukrajine od marca 2022 slovenskí zubní lekári vo svojej praxi prichádzajú do kontaktu s utečencami z Ukrajiny, ktorí majú rôzne akútne zubné ťažkosti.

Ošetrovanie cudzincov so sebou prináša rôzne komplikácie vo forme jazykových bariér a kompenzácie nákladov spojených s ošetrovaním.

POSKYTOVANIE ZUBNEJ STAROSTLIVOSTI UKRAJINSKÝM UTEČENCOM

Slovensko v čase vypuknutia vojnového konfliktu na Ukrajine okamžite reagovalo a snažilo sa všetkým osobám, ktoré prejavili záujem vstúpiť na

Slovensko poskytnúť humanitárnu pomoc, vrátane občanov iných krajín žijúcich na Ukrajine. Všetky osoby, ktoré prekročili hranice nášho štátu majú nárok na bezplatné poskytnutie len neodkladnej zdravotnej starostlivosti. Vojnový utečenec so zubným kazom bez akútnych bolestí a prejavov akútneho stavu v ústnej dutine, si musí hradiť ošetrovanie sám. Prvé problémy nastali pri zmene Ukrajinskej hrivny (UAH) na hotovosť v EUR, pretože na Slovensku je problém so zámenou. Odporúčania Európskej únie (EÚ) a Slovenskej republiky pred vstupom do členského štátu EÚ uvádzali, aby si osoby utekajúce pred vojnou so sebou doniesli eurá alebo doláre. Niektoré slovenské banky však rýchlo reagovali a zabezpečili zámenu meny, umiestnením bankomatov pri hraničných prechodoch, otváraním bezplatných účtov a vydávaním platobných kariet.

Slovenská komora zubných lekárov v prvotnej fáze po vypuknutí vojnového konfliktu na Ukrajine poskytovala vojnovým utečencom stomatologickú starostlivosť bezplatne. Zubní lekári, ktorí prejavili ochotu poskytovať bezplatne zubné ošetrovanie, boli uvedení na webovom sídle komory.

Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky (MZ SR) vydalo usmernenie v súvislosti s poskytovaním zdravotnej, aj dentálnej, starostlivosti pre vojnových utečencov na základe ich statusu:

Prechádzajúca osoba

Žiadateľ o azyl/poskytnutie dočasného útočiska

Osoba s dočasným útočiskom

Osoba s doplnkovou ochranou

Osoba Azylant

Osoba, pre ktorú je Slovensko tranzitnou krajinou si zdravotnú starostlivosť hradí v plnom rozsahu a zdarma má poskytnutú iba neodkladnú zdravotnú starostlivosť (ZS) u zmluvných poskytovateľov ZS so Všeobecnou zdravotnou poisťovňou (VšZP). Žiadateľ o azyl/ poskytnutie dočasného útočiska a osoba s dočasným útočiskom má nárok iba na neodkladnú ZS a v ojedinelých odôvodnených prípadoch aj nad rámec rozsahu uvedeného u zmluvných poskytovateľov ZS s VšZP. Osoby s doplnkovou ochranou a Azylanti majú nárok na plnú ZS.

NÁROK UTEČENCA NA ZDRAVOTNÉ POISTENIE

Utečenec z Ukrajiny, ktorý požiadal o azyl/dočasné útočisko alebo už je azylantom, má možnosť bez pracovného povolenia pracovať na Slovensku. Ak sa zamestná, stáva sa súčasťou verejného zdravotného poistenia a získava *nárok na zabezpečenie ZS ako občan Slovenska. Musí však splniť podmienku minimálnej mesačnej mzdy na Slovensku (na rok 2022 je to 646 eur).*

Zamestnávateľ za zamestnanca uhrádza poistné a azylant alebo osoba s dočasným útočiskom si môže sám zvoliť zdravotnú poisťovňu. Ak sa utečenec zamestná, musí sa najneskôr do ôsmich kalendárnych dní (od vzniku pracovného pomeru) prihlásiť do niektorej zdravotnej poisťovne na Slovensku.

JAZYKOVÉ BARIÉRY

Ošetrovaniu v dentálnej praxi predchádza prečítanie a písomné vyjadrenie Informovaného súhlasu s ošetrovaním. Počas ošetrovania sa pacientovi poskytujú informácie o jeho zdravotnom stave, odporúčania k individuálnej starostlivosti, poučenie o užívaní dentálnych prípravkov alebo antibiotickej liečby. Vzniká jazyková bariéra, ktorá so sebou prináša zvýšenú mieru strachu, zvlášť ak ide o osobu v detskom veku.

Pri ošetrovaní cudzinca nastáva komunikačný problém, zvlášť ak cudzinec neovláda slovenský jazyk, alebo ošetrojúci neovláda materinský jazyk cudzinca. Vhodné je, aj obaja vedia používať medzinárodne uznávaný jazyk, napríklad anglický.

Riešením vzniknutej situácie je, ak utečenec príde do zubnej ambulancie s niekým, kto ovláda ukrajinský jazyk. Ideálne je, ak utečenca ošetrí ukrajinsky hovoriaci personál. Ukrajinskí zubní lekári a dentálni hygienici žijúci a pracujúci na Slovensku od vypuknutia konfliktu na Ukrajine prejavili záujem ošetrovať ukrajinsky hovoriacich utečencov.

Ďalšou možnosťou pri ošetrovaní je používanie rôznych piktogramov, vopred pripravených jednoduchých viet v ukrajinskom jazyku, prípadne používanie online prekladačov v počítači alebo mobilnom telefóne.

ZÁVER

Ošetrovanie cudzincov je z pohľadu porozumenia jazyka náročné, zvlášť ak cudzinci prichádzajú z krajiny zasiahnutej vojnou. Pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti ošetrojúci musí rešpektovať aj súčasné emocionálne rozpoloženie vojnových utečencov, schopnosť zvládania stresujúcej situácie z poškodenia zdravia, riešenia osobnej finančnej záťaže a nejasnej budúcnosti. Slovensko preukázalo veľkú solidárnosť pri poskytovaní humanitárnej pomoci pre vojnových utečencov, zabezpečení dostupnosti zdravotnej starostlivosti a vytvorenia podmienok pre získanie statusu azylanta/dočasného útočiska.

BIOBLIOGRAFIA

EURÓPSKA KOMISIA SR. 2022. Informácie pre ľudí utekajúcich pred vojnou na Ukrajinu. [online]. Dostupné na: https://eu-solidarity-ukraine.ec.europa.eu/information-people-fleeing-war-ukraine_sk

MZSR. 2022. vojna na Ukrajine: Ministerstvo zdravotníctva zriaďuje kontaktné adresy pre dobrovoľníkov a poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. [online]. Dostupné na: <https://www.health.gov.sk/Clanok?ukrajina-krizovy-stab-napor>

VS SR. 2022. Informácie pre Ukrajincov prichádzajúcich na Slovensko. [online]. Dostupné na: <https://ua.gov.sk/sk.html>

VŠZP. 2022. Aktuálne informácie v súvislosti so situáciou na Ukrajine / Актуальна інформація про ситуацію в Україні. [online]. Dostupné na: <https://www.vszp.sk/ukrajina/>

Kontakt na autora:

PhDr. Bc. Ľudmila Andraščíková, MBA, MPH

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave, študentka doktorandského štúdia – PhD. program: verejné zdravotníctvo

Pracovisko:

Fakulta zdravotníckych odborov Prešovskej univerzity v Prešove

Katedra dentálnej hygieny, Partizánska 1, 080 01 Prešov, SR

Email: ludmila.andrascikova@unipo.sk; Tel.: +421918843417

ÚLOHA SESTRY V PREVENCII OBÁV A STRACHU PACIENTA V PERIOPERAČNOM OBDOBÍ PO RADIKÁLNEJ PROSTATEKTÓMII

THE ROLE OF THE NURSE IN PREVENTING A PATIENT'S FEAR AND ANXIETY IN THE PERIOPERATIVE PERIOD AFTER RADICAL PROSTATECTOMY

Angelovičová Katarína¹, Cimbalová Timea

¹VŠZaSP Sv. Alžbety Bratislava, n.o.

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

ABSTRAKT

Teoretické východiská: Onkologická diagnóza a jej liečebné postupy prinášajú pacientovi fyzické aj psycho-sociálne problémy. V perioperačnom období, ktoré je pre pacienta s indikovanou radikálnou prostatektómiou veľmi komplikované, sprevádzané novými a ťažko zvládnuteľnými situáciami, je ošetrojúca sestra výrazne dôležitým členom multidisciplinárneho tímu.

Metodika: Diplomová práca je zameraná na úlohu sestry v prevencii obáv a strachu pacienta po radikálnej prostatektómii v perioperačnom období lebo sa domnievame, že prevenciou obáv a strachu, môže sestra pacientovi s onkologickou diagnózou výrazne pomôcť vo všetkých oblastiach perioperačného obdobia. V empirickej časti sme využili kvantitatívny výskum, ktorý bol realizovaný distribúciou neštandardizovaného dotazníka sestrám pracujúcim na urologických oddeleniach a klinikách, prostredníctvom Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek a taktiež sestrám vo Fakultnej nemocnici v Trnave a Fakultnej nemocnici s poliklinikou v Nových Zámkoch po získaní súhlasu s realizáciou výskumu v časovom horizonte marec 2021- november 2021. **Výsledky:** Výsledky našej diplomovej práce poukazujú na úlohu sestry v prevencii obáv a strachu pacienta v perioperačnom období po radikálnej prostatektómii, pričom sa nami stanovené hypotézy potvrdili v nadpolovičnej väčšine a hlavný cieľ práce bol splnený. **Diskusia:** Po zozbieraní dotazníkov, ich vytriebení, spracovaní dát v MS Excel a následne vyhodnotení metódou rozptylu (ANOVA) a Tukeyho testom v štatistickom programe SPSS, sme sa v diskusii zamerali na vyhodnotenie platnosti hypotéz a porovnanie našich zistení s inými autormi.

Záver: V závere ponúkame odporúčania pre ošetrovateľskú prax s cieľom

obmedziť obavy a strach u pacienta v perioperačnom období prostredníctvom vzdelávacích programov a rôznych informačných zdrojov pre sestry v tejto oblasti.

Kľúčové slová: strach, obavy, prevencia, perioperačné obdobie, radikálna prostatektómia, úloha sestry, ošetrovatel'stvo

ABSTRACT

Theoretical assumptions: Oncological diagnosis and its treatment procedures bring physical and psycho-social problems to a patient. In the perioperative period, which is very complicated for a patient with indicated radical prostatectomy, accompanied by new and difficult to manage situations, a nurse is a very important member of a multidisciplinary team. **Methodology:** The diploma thesis focuses on the role of a nurse in assisting to overcome a patient's concerns and fears after radical prostatectomy in the perioperative period. We believe that by preventing concerns and fears, a nurse can significantly help the patient with a cancer diagnosis during the perioperative period. In the empirical part, we used quantitative research, which was carried out by distributing a non-standardized questionnaire to nurses working in urology departments and clinics in assistance with the Slovak Chamber of Nurses and Midwives, and also to nurses at the University Hospital in Trnava and the University Hospital with a health center in Nové Zámky after obtaining approval for research implementation from March 2021 to November 2021. **Results:** The results of our thesis refer to the role of a nurse in preventing the patient's concerns and fears in the perioperative period after radical prostatectomy. **Discussion:** After collecting the questionnaires, sorting them, processing the data in MS Excel, then evaluating them by the variance method (ANOVA) and Tukey's test in the SPSS, we focused on evaluating the validity of hypotheses and comparing our results with other authors. **Conclusion:** In conclusion, we suggest recommendations for nursing practice to reduce the patient's concerns and fears during the perioperative period through educational programs and various information sources for nurses in this area.

Keywords: fears, concerns, prevention, perioperative period, radical prostatectomy, nurse role, nursing care

ÚVOD

Potreby pacientov s onkologickou diagnózou sa v rôznych fázach perioperačného obdobia líšia. Psychologická problematika je počas perioperačného obdobia zložitá a vyžaduje si spoluprácu všetkých členov multidisciplinárneho tímu. Pacient v tomto náročnom období predpokladá, ale aj očakáva od zdravotníckeho personálu odborný a individualizovaný psychologický prístup. V prípade, že pacienti očakávania nie sú naplnené, nastáva situácia, kedy je liečebný proces negatívne ovplyvnený nie len fyzickými faktormi, ale aj obavami a strachom (Miženková, 2016). Vzhľadom na rozsiahle dopady strachu a obáv pacienta je nielen v uroonkologickej praxi rozhodujúce identifikovať, porozumieť a zmierniť zdroje strachu a obáv pacientov (Wilson, 2016).

V práci sa zameriame na úlohu sestry v prevencii obáv a strachu pacienta v perioperačnom období po radikálnej prostatektómii. Radikálna prostatektómia predstavuje náročný operačný výkon, ktorý pacientovi prináša veľa nových ťažko zvládnuteľných situácií, ktoré by bez pomoci sestry a ostatného zdravotníckeho personálu nezvládol. V nadväznosti na zložité psychické prežívanie uroonkologického pacienta v perioperačnom období vzniká možnosť ovplyvniť vznik obáv a strachu u pacienta preventívnymi intervenciami zdravotníckeho personálu a uľahčiť tak priebeh liečebného procesu.

V teoretických východiskách skúmanej problematiky opisujeme strach a obavy u pacientov v perioperačnom období v súvislosti s rakovinou prostaty a radikálnou prostatektómiou, snažíme sa charakterizovať oblasť ošetrovateľstva v tejto problematike a následne sa venujeme intervenciám sestry v prevencii obáv a strachu uroonkologického pacienta v perioperačnom období.

CIEĽ VÝSKUMU:

Hlavným cieľom výskumu je zistiť, aká je úloha sestier v prevencii obáv a strachu počas perioperačného obdobia po radikálnej prostatektómii. V čiastkových cieľoch sa zameriavame na zistenie a porovnanie vedomostí sestier v danej problematike a zistenie aké zdroje využívajú sestry v rámci vzdelávania v tejto problematike. Zameriavame sa na definíciu faktorov, ktoré sú podľa sestier najviac účinné v prevencii obáv a strachu pacienta a zmapujeme najčastejšie využívané stratégie v rámci prevencie obáv a strachu pacienta. Posledným cieľom je rozdeliť intervencie sestry v predoperačnom a pooperačnom období z pohľadu sestier pracujúcich s pacientom s indikovanou radikálnou prostatektómiou. Z metodologického hľadiska sme zvolili kvantitatívny metódu zberu dát prostredníctvom neštandardizovaného anonymného dotazníka vlastnej konštrukcie.

CHARAKTERISTIKA SÚBORU A METODIKA

Výskumnú vzorku tvorili sestry pracujúce na Urologických klinikách a oddeleniach. Z celkového počtu 105 respondentov bolo 103 žien a 2 muži. Najpočetnejšiu skupinu sestier predstavovali sestry vo vekovej kategórii 40- 49 rokov a skupinu s najnižším zastúpením tvorilo 8 sestier vo vekovej kategórii 30-39 rokov. Najčastejšie označovanou odpoveďou na otázku zameranú na dĺžku praxe respondentov bola možnosť viac ako 10 rokov a to v počte 68 sestier, najmenej sestier v počte 10 označilo dĺžku praxe 5-10 rokov. Strednú odbornú školu absolvovalo 22 sestier, vyššie odborné vzdelanie ako najvyššie dosiahnuté vzdelanie uviedlo 31 sestier, vysokoškolské vzdelanie 1. stupňa s titulom Bc. uviedli 31 sestiera vysokoškolské vzdelanie 2. stupňa malo ukončených 21 sestier.

Výskum bol realizovaný prostredníctvom anonymného neštandardizovaného dotazníka v mesiacoch marec 2021- december 2021 u sestier pracujúcich na Urologických klinikách a oddeleniach. Pred samotnou realizáciou výskumu sme požiadali Slovenskú komoru sestier a pôrodných asistentiek o súhlas s realizáciou výskumu v elektronickej forme u sestier pracujúcich na Urologických klinikách a oddeleniach. Ďalej sme žiadali o súhlas s realizáciou výskumu prostredníctvom nášho neštandardizovaného dotazníka v tlačenej podobe príslušné vedenie nemocníc. Súhlasy s realizáciou výskumu tvoria prílohy č. 2- 4. Po nadobudnutí súhlasu od Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek bol dotazník distribuovaný sestrám v elektronickej forme prostredníctvom e-mailovej komunikácie. Tlačená forma dotazníkov bola rozdaná po získaní písomného súhlasu s realizáciou výskumu na Urologickej klinike Fakultnej nemocnice s poliklinikou v Nových Zámkoch a na Urologickej klinike Fakultnej nemocnice v Trnave. Tlačená forma dotazníkov bola distribuovaná v počte 35. Návratnosť predstavovala počet 23 dotazníkov.

ANALÝZA A KOMPARÁCIA VÝSLEDKOV VÝSKUMU

Výskumu sa zúčastnili sestry ženského a aj mužského pohlavia. Z tab. 3 vyplýva, že dominantné zastúpenie tvoria ženy 103 sestier (98,09 %), zatiaľ čo muži 2 (1,90 %).

Tab. 3 Zastúpenie sestier podľa pohlavia

Pohlavie	n	%
Ženy	103	98,09
Muži	2	1,90

Na vek sestier zúčastnených nášho výskumu sme sa pýtali otvorenou otázkou. Pri analýze sme odpovede kategorizovali do 5 vekových skupín (Tab. 4). Do skupiny do 30 rokov sa zaradilo 26 sestier (24,76 %). Skupina sestier vo veku 30-39 rokov bola zastúpená v počte 8 (7,61 %). Skupina sestier vo veku 40-49 rokov bola zastúpená v počte 35 (33,33 %). Do vekovej skupiny 50-59 rokov sa zaradili sestry v počte 25 (23,80 %) a sestier vo veku nad 60 rokov bolo 11 (10,47 %).

Tab. 4 Zastúpenie sestier podľa veku

Vek	n	%
Do 30 rokov	26	24,76
30- 39 rokov	8	7,61
40- 49 rokov	35	33,33
50-59 rokov	25	23,80
Nad 60 rokov	11	10,47

Ďalším demografickým údajom, na ktorý sme sa v dotazníku zamerali bola dĺžka praxe respondentov. V dotazníku sme respondentom ponúkli 3 kategorizačné skupiny. Najpočetnejšiu skupinu tvorili sestry v dĺžkou praxe viac ako 10 rokov, v počte 68 (64,76 %). Do skupiny dĺžky praxe 5-10 rokov sa zaradilo 10 sestier (9,52 %) a skupinu s dĺžkou praxe 0-5 rokov tvoria sestry v počte 27 (25,71 %). Dĺžku praxe u sestier zúčastnených nášho výskumu sme znázornili v tab. 5.

Tab. 5 Zastúpenie sestier podľa dĺžky praxe

Dĺžka praxe	n	%
0-5 rokov	27	25,71
5-10 rokov	10	9,52
Viac ako 10 rokov	68	64,76

Stupeň najvyššie dosiahnutého vzdelania sestier, ktoré sa zúčastnili výskumného šetrenia je v absolútnej aj relatívnej početnosti vyjadrený v Tab. 6. 21 sestier (20,00 %) z celého počtu respondentov dosiahlo najvyššie vzdelanie vysokoškolské 2. stupňa (Mgr.)

22 sestier (20,95 %) označilo za najvyššie dosiahnuté stredoškolské vzdelanie (SZŠ). Rovnaký počet respondentov v zastúpení 31 (29,52 %) označilo za najvyššie dosiahnuté vzdelanie vyššie odborné vzdelanie (VOV) a vysokoškolské 1. stupňa (Bc.)

Tab. 6 Zastúpenie sestier podľa najvyššie dosiahnutého vzdelania

Najvyššie dosiahnuté vzdelanie	n	%
Stredoškolské (SZŠ)	22	20,95
Vyššie odborné vzdelanie (VOV)	31	29,52
Vysokoškolské 1. stupňa (Bc.)	31	29,52
Vysokoškolské 2. stupňa (Mgr.)	21	20,00

ANALÝZA VEDOMOSTNEJ ČASTI INŠTRUMENTU

Sestry sme žiadali, aby uviedli typické prejavy strachu pacienta s indikovanou radikálnou prostatektómiou. Prehľad odpovedí je uvedený v tab. 7. Z nej vyplýva, že podľa sestier patria medzi typické prejavy strachu pacienta s indikovanou radikálnou prostatektómiou predovšetkým hypertenzia (88,57 %), sústredenie sa na zdroj strachu

(87,62 %), verbalizácia strachu (86,67 %), napätie svalov (83,81 %) a bledosť (81,90 %). Aj keď sú prejavy strachu u pacientov pomerne individuálnou záležitosťou, možno však konštatovať, že sestry vedia rozpoznať

typické prejavy strachu, ako sa ukázalo v odpovediach nižšie.

Tab. 7 Typické prejavy strachu pacienta s indikovanou radikálnou prostatektómiou

Prejavy	áno		nie		neviem	
	n	%	n	%	n	%
Nadmerné potenie	75	71,43	30	28,57	0	0,0
Napätie svalov	88	83,81	0	0,00	17	16,19
Rozšírené zreničky	49	46,67	51	48,57	5	4,76
Identifikácia zdroja strachu	72	68,57	20	19,05	13	12,38
Sústredenie sa na zdroj strachu	92	87,62	8	7,62	5	4,76
Sucho v ústach	76	72,38	27	25,71	0	0,00
Nechutenstvo	66	62,86	39	37,14	0	0,00
Nauzea	50	47,62	48	45,71	7	6,67
Zvracanie	47	44,76	57	54,29	1	0,95
Hnačka	71	67,62	34	32,38	0	0,00
Bledosť	86	81,90	16	15,24	0	0,00
Dyspnoe	38	36,19	63	60,00	4	3,81
Tachypnoe	60	57,14	35	33,33	10	9,52
Tachykardia	82	78,10	12	11,43	5	4,76
Hypertenzia	93	88,57	4	3,81	8	7,62
Únava	43	40,95	59	56,19	1	0,95
Verbalizácia strachu	91	86,67	8	7,62	0	0,0
Útočné správanie	43	40,95	53	50,48	6	5,71
Nedôvera	51	48,57	48	45,71	0	0,00
Vyhýbavý pohľad	49	46,67	53	50,48	0	0,00
Znížená schopnosť učiť sa	53	50,48	24	22,86	21	20,0,

Znížená schopnosť riešiť problémy	69	65,71	26	24,76	8	7,62
Znížená produktivita	70	66,67	19	18,10	11	10,48
Slabá motivácia	56	53,33	34	32,38	15	14,29

V nasledujúcej položke mali sestry uviesť faktory ovplyvňujúce vznik strachu a obáv u pacienta po radikálnej prostatektómii. Z tab. 8, v ktorej sú zaznamenané odpovede sestier, vyplýva, že podľa sestier ovplyvňujú vznik strachu najmä faktory ako neschopnosť vykonávať aktivity denného života (100,00 %), uvedomenie si onkologického ochorenia (100,00 %), riziko smrti (100,00 %), nedostatok informácií (95,24 %), zmena sociálneho statusu (94,29 %), vek pacienta (92,38 %), očakávaná bolesť po operácii a jej nezvládnutie (92,38 %), odlúčenie od rodiny (92,38 %), obmedzenie súkromia (92,38 %), vzdelanie pacienta (91,43 %), rozhovor s iným pacientom (91,43 %), druh operačného výkonu (90,48 %), informácie z neoverených zdrojov (89,52 %) a nasledovná liečba (87,62 %). Možno teda konštatovať, že sestry vedú správne identifikovať faktory ovplyvňujúce vznik strachu a obáv u pacienta po radikálnej prostatektómii, čo považujeme za pozitívne zistenie.

Tab. 8 Faktory ovplyvňujúce vznik strachu a obáv u pacienta po radikálnej prostatektómii

Faktory	áno		nie		neviem	
	n	%	n	%	n	%
Nedostatok informácií	100	95,24	5	4,76	0	0,00
Vek pacienta	97	92,38	8	7,62	0	0,00
Vzdelanie pacienta	96	91,43	9	8,57	0	0,00
Informácie z neoverených zdrojov	94	89,52	11	10,48	0	0,00
Rozhovor s iným pacientom	96	91,43	9	8,57	0	0,00
Druh operačného výkonu	95	90,48	10	9,52	0	0,00
Prebudenie sa počas anestézie	81	77,14	20	19,05	4	3,81
Intraoperačné a pooperačné komplikácie	92	87,62	9	8,57	4	3,81
Očakávaná bolesť po operácii a jej nezvládnutie	97	92,38	8	7,62	0	0,00
Neschopnosť vykonávať aktivity dennéhoživota	105	100,0	0	0,0	0	0,00
Pooperačná závislosť na okolí	88	83,81	13	12,38	4	3,81
Dĺžka hospitalizácie	88	83,81	17	16,19	0	0,00
Ohrozenie životných istôt	87	82,86	18	17,14	0	0,00
Strata samostatnosti	85	80,95	18	17,14	0	0,00
Odlúčenie od rodiny	97	92,38	18	17,14	0	0,00
Uvedomenie si onkologického ochorenia	105	100,0 0	0	0,0	0	0,00
Obmedzenie súkromia	97	92,38	8	7,62	0	0,00
Zmena soc. statusu	99	94,29	6	5,71	0	0,00
Nasledovná liečba	92	87,62	13	12,38	0	0,00
Narušená osobná identita	73	69,52	25	23,81	7	6,67
Riziko smrti	105	100,0 0	0	0,00	0	0,00

ANALÝZA JEDNOTLIVÝCH ČASTÍ DOTAZNÍKA

Tabuľka 9 znázorňuje, že drvivá väčšina sestier sa stretáva u pacientov pri práci na oddelení so strachom, čo potvrdilo až 100 sestier (95,24 %). Len 5 sestier (4,76 %) sa so strachom pacientom nestretáva.

Tab. 9 Stretávanie sa so strachom u pacientov

	počet	podiel
Áno	100	95,24
Nie	5	4,76
Spolu	105	100,00

Na základe odpovedí zaznamenaných v tab. 10 možno konštatovať, že podľa 35 sestier (33,33 %) sa v perioperačnom období využívajú meracie nástroje pri posudzovaní strachu u pacientov, naopak, tieto nástroje sa nevyužívajú podľa 7 sestier (6,67 %). Je zaujímavé, že využívanie týchto nástrojov nevedelo jednoznačne posúdiť viac ako polovicasestier - konkrétne 63 (60,00 %), z čoho vyplýva ich nedostatočná informovanosť v tejto oblasti.

Tab. 10 Využívanie meracích nástrojov pri posudzovaní strachu u pacientovv perioperačnom období

	počet	podiel
Áno	35	33,33
Nie	7	6,67
Neviem	63	60,00
Spolu	105	100,00

Z tab.11 vyplýva, že 69 sestier (65,71 %) považuje posudzovanie strachu u pacientav perioperačnom období za prospešné, naproti tomu 32 sestier (30,48 %) ho za prospešné nepovažuje. 4 sestry nevedeli jednoznačne uviesť na prospešnosť hodnotenia posudzovaniastrachu u pacienta.

Tab. 11 Hodnotenie posudzovania strachu u pacienta v perioperačnom období zaprospešné

	počet	podiel
Áno	69	65,71
Nie	32	30,48
Neviem	4	3,81
Spolu	105	100,00

Na základe odpovedí zaznamenaných v tab. 12 možno konštatovať, že podľa 31 sestier (33,33 %) sa na oddelení posudzuje strach u každého hospitalizovaného pacienta. Aj keď žiadna zo sestier neodpovedala, že strach sa u pacienta neposudzuje, na druhej strane, až 74 sestier (70,48 %) sa nevedelo k tomuto aspektu jednoznačne vyjadriť.

Tab. 12 Posudzovanie strachu u každého hospitalizovaného pacienta

	počet	podiel
Áno	31	29,52
Nie	0	0,0
Neviem	74	70,48
Spolu	105	100,00

Na základe odpovedí zaznamenaných v tab. 13 možno konštatovať, že 53 sestier (50,48 %) využíva pri posudzovaní strachu u pacienta v perioperačnom období dotazníky, 38 sestier (36,19 %) numerickú škálu a 4 sestry (3,81 %) grafickú škálu. 5 sestier (4,76 %) nevyužíva žiadny merací nástroj. Je zaujímavé, že 74 sestier (70,48 %) sa nevedelo jednoznačne vyjadriť (Tabuľka 4), či sa na oddelení posudzuje strach u každého hospitalizovaného pacienta, na druhej strane väčšina sestier potvrdila využívanie meracích nástrojov pri posudzovaní strachu u pacienta v perioperačnom období.

Tab. 13 Využívanie meracích nástrojov pri posudzovaní strachu u pacientav perioperačnom období

	počet	podiel
Analógová škála	0	0,00
Grafická škála	4	3,81
Numerická škála	38	36,19
Dotazníky	53	50,48
Iné	0	0,00
Žiadne	5	4,76
Bez odpovede	5	4,76
Spolu	105	100,00

Na základe odpovedí zaznamenaných v tab. 14 možno konštatovať, že na pracoviskách sa využíva celé spektrum intervencií v prevencii strachu a obáv u pacienta plánovaného na radikálnu prostatektómiu v predoperačnom období. Na pracoviskách všetkých sestier (100,00 %) sa využívajú nasledovné intervenčné nástroje: uspokojovanie biologických potrieb, emocionálna podpora, načúvanie pacientovi, priestor na vyjadrenie názorov pacienta a podanie premedikácie. Nasledujú intervencie ako umožnenie kontaktu s rodinou (99,05 %), poradenstvo (97,14 %), prítomnosť lekára (96,19 %), zvýšenie bezpečnosti (94,29 %), predoperačné poučenie o chirurgickom výkone (94,29 %) a mnohé ďalšie. Okrem intervencií, ktoré sme sestrám uviedli v tabuľke, 5 sestier uviedlo aj ďalší intervenčný nástroj, ktorým bolo informovanie o podporných skupinách. Za najdôležitejšiu intervenciu sestry považovali zabezpečenie informovanosti. Z prezentovaných odpovedí vyplýva, že sestry sa snažia o využívanie rôznych intervencií, čo hodnotíme kladne, pretože to svedčí o ich snahe čo najviac odbúrať strach pacientov plánovaných na radikálnu prostatektómiu v predoperačnom období.

Tab. 14 Využívanie intervencií v prevencii strachu a obáv u pacienta plánovaného naradiť na prostatektómiu v predoperačnom období na pracovisku sestier

Faktory	áno		nie		neviem	
	n	%	n	%	n	%
Informovanie o režime oddelenia	100	95,24	5	4,76	0	0,0
Uistenie sa, že pacient podaným informáciám od lekára/operátora rozumel	105	100,00	0	0,0	0	0,0
Uistenie sa, že pacient porozumel inštrukciám ohľadom pooperačnej starostlivosti	101	96,19	1	0,95	3	2,86
Uistenie sa, že si pacient osvojil nevyhnutné zručnosti	98	93,33	0	0,0	0	0,0
Uspokojovanie biologických potrieb	105	100,	0	0,0	0	0,0
Ovplyvňovanie postojov chorého k ochoreniu a samotnej hospitalizácii a získanie ho prespoluprácu	100	95,24	2	1,90	3	2,86
Racionálne pôsobenie na pacienta	100	95,24	1	0,95	4	3,81
Sugestívne pôsobenie na pacienta	84	80,00	19	18,10	2	1,90
Uspokojovanie sociálnych potrieb	102	97,14	3	2,86	0	0,0
Zachovanie súkromia pacienta	100	95,24	5	4,76	0	0,0
Predoperačné poučenie o chirurgickom výkone (po rozhovore pacienta s lekárom)	99	94,29	0	0,0	6	5,71
Poradenstvo	102	97,14	0	0,0	0	0,0
Podpora v rozhodovaní	101	96,19	0	0,0	0	0,0
Emocionálna podpora	105	100,00	0	0,00	0	0,00
Manažment prostredia	83	79,05	12	11,43	6	5,71
Asistencia pri vyšetrení	93	88,57	8	7,61	0	0,00
Načúvanie pacientovi	105	100,00	0	0,00	0	0,00
Priestor na vyjadrenie emócií pacienta	95	90,48	0	0,00	0	0,00

Priestor na vyjadrenie názorov pacienta	105	100,00	0	0,00	0	0,00
Dotyk	94	89,52	13	12,38	0	0,00
Prítomnosť sestry	97	92,38	6	5,71	0	0,00
Prítomnosť lekára	101	96,19	0	0,00	0	0,00
Prítomnosť duchovného	80	76,19	13	12,38	11	10,48
Zvýšenie bezpečnosti	99	94,29	0	0,00	0	0,00
Zľahčovanie situácie	56	53,33	44	41,90	0	0,00
Podanie premedikácie	105	100,00	0	0,00	0	0,00
Farmakologické zvládanie strachu	100	95,24	4	3,81	0	0,00
Monitorovanie výživy a hmotnosti	92	87,62	3	2,86	10	9,52
Muzikoterapia	71	67,62	27	25,71	3	2,86
Relaxačné techniky	79	75,24	10	9,52	10	9,52
Dychové cvičenia	75	71,43	25	23,81	5	4,76
Umožnenie kontaktu s rodinou	104	99,05	0	0,00	0	0,00
Žiadne	8	7,62	58	55,24	15	14,29

V tab. 15 sú zaznamenané sestrami využívané intervencie v prevencii strachu a obáv u pacienta po radikálnej prostatektómii v pooperačnom období. Z tabuľky vyplýva, že sestry najčastejšie využívajú upokojujúcu techniku (85,71 %). Ostatné intervencie využíva menej ako polovica sestier. Techniky ako muzikoterapia a arteterapia sa podľa dvoch tretín sestier (63,81 %) skôr alebo vôbec nevyžívajú. Za najdôležitejšie intervencie v prevencii strachu a obáv v pooperačnom období sestry považujú rozhovor (10x), kontakt s rodinou (8x), zabezpečenie psychologických potrieb (6x) a prítomnosť lekára (5x).

Tab. 15 Využívanie intervencií v prevencii strachu a obáv u pacienta plánovaného na radikálnu prostatektómiu v pooperačnom období sestrami

Intervencie	áno		nie		neviem	
	n	%	n	%	n	%
Upokojujúca technika	90	85,71	3	2,86	4	3,81
Navádzanie na zmenu spôsobu rozmýšľania	51	48,57	2	1,90	6	5,71
Zlepšenie zvládania záťaže	39	37,14	0	0,00	7	6,67
Poradenstvo	36	34,29	0	0,00	5	4,76
Podpora v rozhodovaní	35	33,33	8	7,62	4	3,81
Emocionálna podpora	33	31,43	5	4,76	0	0,00
Manažment prostredia	55	52,38	7	6,67	0	0,00
Asistencia pri vyšetrení	25	23,81	0	0,00	0	0,00
Prítomnosť sestry	13	12,38	0	0,00	0	0,00
Prítomnosť lekára	12	11,43	6	5,71	0	0,00
Prítomnosť duchovného	21	20,00	5	4,76	8	7,62
Zvýšenie bezpečnosti	11	10,48	0	0,00	6	5,71
Haptický kontakt	30	28,57	6	5,71	5	4,76
Monitorovanie výživy	39	37,14	0	0,00	2	1,90
Monitorovanie hmotnosti	37	35,24	14	13,33	0	0,00
Poučenie o ťlavovej polohe	17	16,19	0	0,00	0	0,00
Podávanie analgetík	14	13,33	0	0,0	0	0,00
Muzikoterapia	5	4,76	67	63,81	6	5,71
Arteterapia	9	8,57	67	63,81	9	8,57
Dychové cvičenia	35	33,33	22	20,95	7	6,67
Relaxačné techniky	39	37,14	7	6,67	6	5,71
Psychoterapia	35	33,33	5	4,76	7	6,67
Rozhovor	15	14,29	4	3,81	0	0,00

Zabezpečenie biologických potrieb	6	5,71	8	7,62	0	0,00
Zabezpečenie psychologických potrieb	12	11,43	0	0,0	0	0,00
Zabezpečenie sociálnych potrieb	27	25,71	5	4,76	0	0,00
Umožnenie prítomnosti rodiny	17	16,19	0	0,0	0	0,00

Na základe odpovedí zaznamenaných v tab. 16 možno konštatovať, že sestry využívajú rôzne zdroje za účelom získavania informácií o prevencii strachu a obáv u pacienta v perioperačnom období. Najčastejšie sa jedná o odborné publikácie (92,38 %), semináre na pracovisku (80,95 %), externé semináre (92,38 %) a webináre (74,29 %). V menšej miere sestry využívajú zahraničné odborné publikácie (40,00 %). 12 sestier (11,43 %) sa zatiaľ s touto témou nestretlo, čo je zapríčinené ich nedostatočnými profesijnými skúsenosťami vzhľadom na krátku prax. Hodnotíme veľmi pozitívne, že sestry využívajú rôzne zdroje, aby zabezpečili svoji informovanosť v súvislosti s prevenciou strachu a obáv u pacienta v perioperačnom období, pretože tak zvyšujú nielen svoju kompetentnosť, ale aj kvalitu poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti.

Tab. 16 Zdroje využívané pri získavaní informácií o prevencii strachu a obáv u pacienta v perioperačnom období

	áno		nie		neviem	
	n	%	n	%	n	%
Semináre na pracovisku	85	80,95	16	15,24	0	0,00
Externé semináre	83	79,05	17	16,19	0	0,00
Odborné publikácie	97	92,38	18	17,14	0	0,00
Zahraničné odborné publikácie	42	40,00	56	53,33	0	0,00
Webináre	78	74,29	23	21,90	4	3,81
Ešte som sa s touto témou nestretla/ nestretol	12	11,43	58	55,24	6	5,71

ŠTATISTICKÉ TESTOVANIE

Empirické dáta boli po zozbieraní dotazníkov vytriedené, spracované v programe MS Excel a následne vyhodnotené matematicko-štatistickými metódami - konkrétne metódou analýzy rozptylu (ANOVA) a Tukeyho

testom v štatistickom programe SPSS verzia 16. Táto časť práce je zameraná na vyhodnotenie platnosti hypotéz.

H1: Predpokladáme, že existuje štatisticky významný rozdiel v poznatkoch o problematike prevencie obáv a strachu u pacienta v perioperačnom období po radikálnej prostatektómii v závislosti na vzdelaní respondentov.

Vo výskumnej vzorke bolo zastúpených 22 respondentov so strednou zdravotníckou školou (20,95 %), 31 respondentov s vyšším odborným vzdelaním (29,53 %), 31 respondentov s vysokoškolským vzdelaním 1. stupňa (29,53 %) a 21 respondentov s vysokoškolským vzdelaním 2. stupňa (20,00 %). Čo sa týka poznatkov o problematike prevencie obáv a strachu u pacienta v perioperačnom období po radikálnej prostatektómii, tu sa potvrdila pomerne dobrá informovanosť sestier. V hypotéze H 1 sme sa zaujímali

o existenciu štatisticky významného rozdielu v poznatkoch o problematike prevencie obáv a strachu u pacienta v perioperačnom období po radikálnej prostatektómii v závislosti od vzdelania respondentov. Použitá bola analýza rozptylu - ANOVA. Vychádzajúc z tab. 17 možno uviesť, že medzi sestrami sa potvrdil štatisticky významný rozdiel v poznatkoch o problematike prevencie obáv a strachu u pacienta v perioperačnom období po radikálnej prostatektómii v závislosti od ich vzdelania.

Tab. 17 Informovanosť a vzdelanie sestier (ANOVA - hypotéza H1)

	Suma štvorcov	Stupne voľnosti	F	Signifikancia
Medzi skupinami	808,22	24	3,501	0,01
Vo vnútri skupín	12 411,37	81		
Spolu	13 219,59	105		

Nižšie uvedená tab. 18 zaznamenáva výsledky Tukeyho testu, z ktorého vyplýva, že skupina respondentov s vysokoškolským vzdelaním 1. alebo 2. stupňa má štatisticky významne vyššiu mieru informovanosti než skupina sestier s nižším vzdelaním. Na základe uvedeného teda konštatujeme, že existuje štatisticky významný rozdiel v poznatkoch o problematike prevencie obáv a strachu u pacienta v perioperačnom období po radikálnej prostatektómii v závislosti na vzdelaní respondentov. Hypotézu H1 preto

potvrdzujeme.

Tab. 18 Tukeyho test - hypotéza H1

		Rozdiel priemerov	Signifikancia
Stredná zdravotnícka škola	VŠ vzdelanie	-2,21	0,20
	Vyššie odborné vzdelanie	- 3,29	0,01
Vyššie odborné vzdelanie	VŠ vzdelanie	2,26	0,20
	Stredná zdravotnícka škola	-1,76	0,45

H2: Predpokladáme, že existuje štatisticky významný rozdiel vo využívaní intervencii v oblasti prevencie obáv a strachu u pacienta v perioperačnom období po radikálnej prostatektómii v závislosti na vzdelaní respondentov.

Podobne ako pri overovaní platnosti hypotézy H1, aj pri hypotéze H2 bola využitá analýza rozptylu - ANOVA. Na základe Tabuľky 5 konštatujeme existenciu významného rozdielu vo využívaní intervencii v oblasti prevencie obáv a strachu u pacienta v perioperačnom období po radikálnej prostatektómii v závislosti na vzdelaní respondentov.

Tab. 19 Využívanie intervencií a vzdelanie sestier (ANOVA - hypotéza H2)

	Suma štvorcov	Stupne voľnosti	F	Signifikancia
Medzi skupinami	751,22	19	2,906	0,01
Vo vnútri skupín	14509,65	85		
Spolu	15260,87	105		

Z výsledkov Tukeyho vyplýva, že skupina respondentov s vysokoškolským vzdelaním 1. alebo 2. stupňa má štatisticky významne vyššiu mieru vo využívaní intervencii v oblasti prevencie obáv a strachu u pacienta v perioperačnom období po radikálnej prostatektómii než skupina sestier s nižším vzdelaním. Na základe uvedeného teda konštatujeme, že existuje štatisticky významný rozdiel vo využívaní intervencii v oblasti prevencie obáv a strachu u pacienta v perioperačnom období po radikálnej

prostataktómii v závislosti na vzdelaní respondentov. Hypotézu H2 preto potvrdzujeme.

Tab. 20 Tukeyho test - hypotéza H2

		Rozdiel priemerov	Signifikancia
Stredná zdravotnícka škola	VŠ vzdelanie	-2,09	0,15
	Vyššie odborné vzdelanie	- 3,07	0,05
Vyššie odborné vzdelanie	VŠ vzdelanie	2,04	0,15
	Stredná zdravotnícka škola	-1,54	0,23

H3: Predpokladáme, že existuje štatisticky významný rozdiel v realizácii intervencii v oblasti prevencie obáv a strachu u pacienta v perioperačnom období po radikálnej prostataktómii v závislosti na dĺžku praxe respondentov.

Čo sa týka dĺžky praxe respondentov, 68 sestier malo prax viac ako 10 rokov (64,76 %), 27 sestier v rozpätí do 5 rokov (25,71 %) a 10 sestier uviedlo prax v trvaní 5 až 10 rokov (9,52 %). V hypotéze H3 sme sa zaujímali o súvislosť realizácie intervencií v oblasti prevencie obáv a strachu u pacienta v perioperačnom období po radikálnej prostataktómii v závislosti od dĺžky praxe respondentov. Opäť bol použitá analýza rozptylu - ANOVA. Tab. 21 potvrdzuje, že medzi sestrami sa nepotvrdil štatisticky významný rozdiel v realizácii intervencii v oblasti prevencie obáva strachu u pacienta v perioperačnom období po radikálnej prostataktómii v závislosti od dĺžky ich praxe. Hypotézu H3 preto zamietame.

Znamená to, že sestry, bez ohľadu na dĺžku praxe, realizujú uvedené intervencie rovnako. Toto zistenie je pomerne prekvapivé, nakoľko sme očakávali, že sa potvrdí opak. Neexistencia štatistiky významného rozdielu tak podľa nášho názoru svedčí o tom, že sestry sa pri výkone ošetrovateľskej starostlivosti riadia štandardnými postupmi.

Tab. 21 Využívanie intervencií a dĺžka praxe sestier (ANOVA - hypotéza H3)

	Suma štvorcov	Stupne voľnosti	F	Signifikancia
Medzi skupinami	504,85	37	3,514	0,05
Vo vnútri skupín	21509,04	68		
Spolu	22013,89	105		

H4: Predpokladáme, že neexistuje štatisticky významný rozdiel v získavaní informácií o prevencii obáv a strachu u pacienta v perioperačnom období po radikálnej prostatektómii v závislosti na vek respondentov.

Čo sa týka veku sestier, vo výskumnej vzorke bolo zastúpených 26 sestier s vekom menej ako 30 rokov (24,76 %), 8 sestier vo veku 30 až 39 rokov (7,62 %), 35 sestier vo veku 40 až 49 rokov (33,33 %), 25 sestier vo veku 50 až 59 rokov (23,81 %) a 11 sestier starších ako 60 rokov (10,48 %). Z výsledkov analýzy rozptylu - ANOVA zaznamenaných v tab. 22 vyplýva, že medzi sestrami sa nepotvrdil štatisticky významný rozdiel v získavaní informácií o prevencii obáv a strachu u pacienta v perioperačnom období po radikálnej prostatektómii v závislosti od ich veku. Hypotézu H4 preto zamietame. Znamená to, že sestry, bez ohľadu na vek, získavajú informácie rovnako, využívajú pritom rôzne zdroje, ako semináre na pracovisku, externé semináre, domáce aj zahraničné odborné publikácie, či webináre.

Tab. 22 Získavanie informácií a vek sestier (ANOVA - hypotéza H4)

	Suma štvorcov	Stupne voľnosti	F	Signifikancia
Medzi skupinami	808,15	20	2,408	0,04
Vo vnútri skupín	17206,53	85		
Spolu	18014,68	105		

DISKUSIA

Výskumná časť práce bola postavená na základoch kvantitatívneho výskumu. Naším zámerom bolo zistiť úlohu sestier v prevencii obáv a strachu pacienta v perioperačnom období po radikálnej prostatektómii. Aby sme získali potrebné dáta od čo najväčšieho počtu respondentov a zabezpečili tak reprezentatívnosť výskumu, rozhodli sme sa práve pre kvantitatívny

výskum realizovaný vo výskumnej vzorke 105 sestier. Zber dát bol realizovaný prostredníctvom dotazníka vlastného spracovania, t.j. neštandardizovaným dotazníkom obsahujúcim 14 položiek.

V hypotéze H1 sme sa zaujímali **o existenciu štatisticky významného rozdielu v poznatkoch o problematike prevencie obáv a strachu pacienta v perioperačnom období po radikálnej prostatektómii v závislosti od vzdelanie respondentov.** V našej výskumnej vzorke bolo zastúpených 22 sestier so strednou zdravotníckou školou, 31 respondentov s vyšším odborným vzdelaním, 31 respondentov s vysokoškolským vzdelaním 1. stupňa (Bc.) a 21 respondentov s vysokoškolským vzdelaním 2. stupňa. Vzhľadom na poznatky o problematike prevencie obáv a strachu u pacienta v perioperačnom období po radikálnej prostatektómii sa potvrdila pomerne dobrá informovanosť sestier. Štatisticky sa potvrdil významný rozdiel v poznatkoch v závislosti od vzdelania sestier. Sestry s vysokoškolským vzdelaním 1. alebo 2. stupňa zúčastnené nášho výskumu majú štatisticky vyššiu mieru informovanosti než skupina s nižším vzdelaním a tým sa potvrdila hypotéza H1. Rovnako Hrindová (2018) potvrdzuje súvislosť medzi vzdelaním sestier a ich vedomosťami. Podľa citovanej autorky, čím je vzdelanie sestier vyššie, tým viac vedomostí majú. Súhlasíme tiež s tvrdením Matulníkovej (2011), podľa ktorej práve vzdelávaním získavajú sestry kompetencie potrebné pre výkon ošetrovateľskej starostlivosti. Sestry pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti pacientovi v perioperačnom období po radikálnej prostatektómii využívajú vedomosti nielen z ošetrovateľstva, ale aj psychológie. Vychádzajúc z vyššie uvedeného zastávame názor, že je dôležité nielen formálne vzdelávanie v školskom systéme, ale i vzdelávanie prostredníctvom rôznych programov, ktoré pripraví sestry po odbornej aj osobnostnej stránke, čo sa týka poskytovania flexibilnej, odbornej a zodpovednej ošetrovateľskej starostlivosti o pacienta v perioperačnom období po radikálnej prostatektómii.

Na základne výsledkov analýzy rozptylu- ANOVA pri hypotéze **H2 konštatujeme existenciu významného rozdielu vo využívaní intervencií v oblasti prevencie obáv a strachu pacienta v perioperačnom období po radikálnej prostatektómii v závislosti na vzdelaní respondentov.** Taktiež Tukeyho test potvrdil, že respondenti s vysokoškolským vzdelaním 1. alebo 2. stupňa majú štatisticky vyššiu mieru vo využívaní intervencií v oblasti prevencie obáv a strachu pacienta v perioperačnom období po radikálnej prostatektómii v porovnaní so sestrami s nižším dosiahnutým vzdelaním, čím sa hypotéza H2 potvrdila. Opäť sa ukazuje, podobne ako pri hypotéze H1, dôležitosť vysokoškolského vzdelania v práci sestier. aj Hreňová a Hrindová (2013) poukazujú na to, že odborná príprava sestier v rámci vysokoškolského vzdelávania sa odráža v praktickej práci sestier a je tak prínosná pre všetky zainteresované subjekty, t.j.

sestry, pacientov a rovnako aj interdisciplinárny zdravotnícky tím. Sestry s vysokoškolským vzdelaním sú teda informovanejšie vo využívaní intervencií v oblasti prevencie obáv a strachu u pacienta, čo sa potvrdilo aj v nami realizovanom výskume.

Hypotézu H3 sme našim výskumom zamietli. **Predpokladali sme, že existuje štatisticky významný rozdiel v realizácii intervencií v oblasti prevencie obáv a strachu u pacienta v perioperačnom období po radikálnej prostatektómii v závislosti na dĺžku praxe respondentov.** V tejto hypotéze sme sa zaujímali o súvislosť realizácie intervencií v oblasti prevencie obáv a strachu pacienta v perioperačnom období po radikálnej prostatektómii v závislosti od dĺžky praxe našich respondentov. Najpočetnejšiu skupinu respondentov tvorilo 68 sestier s dĺžkou praxe viac ako 10 rokov. V závislosti od počtu sestier bolo druhou najviac zastúpenou skupinou skupina sestier s dĺžkou praxe do 5 rokov. Túto možnosť v dotazníku označilo 27 sestier. Prax v trvaní 5 až 10 rokov uviedlo 10 sestier. Bez ohľadu na dĺžku praxe, sestry realizujú intervencie v prevencii obáv a strachu pacienta rovnako, napriek očakávanému opaku tohto zistenia. Toto zistenie ale svedčí o tom, že sestry poznajú a do praxe aplikujú ošetrovateľské štandardy. V tejto súvislosti Benčajová (2018) taktiež potvrdzuje, že sestry disponujú v drvivej väčšine prípadov veľmi dobrými znalosťami, čo zvyšuje na jednej strane kvalitu ich práce a na strane druhej aj kvalitu starostlivosti o pacientov.

K potvrdeným hypotézam radíme hypotézu H4. **H4: Predpokladáme, že neexistuje štatisticky významný rozdiel v získavaní informácií o prevencii obáv a strachu u pacienta v perioperačnom období po radikálnej prostatektómii v závislosti na vek respondentov.** Nášho výskumu sa v najvyššom zastúpení 35 zúčastnili sestry vekovej kategórie 40-49 rokov. Najmenej v počte to 8 boli sestry vo veku 30- 39 rokov. Vďaka štatistickej analýze sa medzi sestrami rozdiel v získavaní informácií v oblasti prevencie obáv a strachu pacienta v perioperačnom období po radikálnej prostatektómii nepotvrdil v závislosti od ich veku. Zistili sme, že sestry získavajú informácie bez ohľadu na vek, pričom využívajú zdroje ako napr. webináre, domáce aj zahraničné odborné publikácie, externé semináre, ale aj semináre na pracovisku pokiaľ to aktuálna situácia dovoľuje. Súhlasíme s Hrindovou a Leczovou (2015), že sestry potrebujú kvalifikáciu na rozvoj a vykonávanie činností, ktoré slúžia za účelom podpory a udržania zdravia a predchádzaniu chorobám, ktorú je potrebné dopĺňať a aktualizovať aj samovzdelávaním, ako sú práve už spomínané semináre, webináre a pod. Na druhej strane ale dodávame, že hlavne v aktuálnej dobe, kedy sú sestry plne vyťažené v dôsledku pandémie Covid-19, je pre ne veľmi ťažké sa okrem ošetrovateľskej činnosti venovať vzdelávaniu.

ZÁVER

Rakovina prostaty, ktorej liečba si vyžaduje operačný zásah, radikálnu prostatektómiu, predstavuje výrazné narušenie pacientovej integrity. Do popredia sa dostáva pocit bezmocnosti, zraniteľnosť, pocit ohrozenia a v neposlednom rade prežívanie obáv a strachu. Perioperačná ošetrovateľská starostlivosť zameraná na psychickú a emocionálnu stránku pacienta je pre obmedzenie výskytu komplikácii v priebehu liečby ochorenia nevyhnutá. Sestra pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti počas predoperačného, intraoperačného a pooperačného obdobia prihliada na pacientovu psychiku. Dôležité je, aby starostlivosť poskytovaná pacientovi mala predovšetkým preventívny charakter, na základe holistického individuálne prístupu k pacientovi, vzhľadom na vznik obáv a strachu pacienta v súvislosti s diagnózou, liečbou a životom po liečbe ochorenia. Sestra pri výkone praxe v perioperačnom období uroonkologického pacienta potrebuje poznať ovplyvniteľné aj neovplyvniteľné rizikové faktory vzniku obáv a strachu u pacienta s rakovinou a indikovanou radikálnou prostatektómiou. Potrebuje poznať potrebné preventívne intervencie, ale potrebuje poznať aj zdroje, pomocou ktorých môže nadobudnúť bližšie informácie alebo skúsenosti v danej problematike.

BIBLIOGRAFIA

BENČAJOVÁ, B. 2018. Zvyšovanie kvality starostlivosti o pacientov. In *Sestra*. ISSN 1210-0404, 2017, roč. 21, č. 4, s. 21-25.

HREŇOVÁ, S. - HRINDOVÁ, T. 2013. Špecifické intervencie sestier v psychiatrickej ošetrovateľskej praxi. In *Ošetrovateľstvo a pôrodná asistencia – Supplementum*. ISSN 1336-183X, 2013, č. 2, s. 51-58.

HRINDOVÁ, T - LECZOVÁ, D. 2015. Vplyv absolvovania špecializačného štúdia ošetrovateľská starostlivosť v psychiatrii na autonómny výkon špecifických intervencií sestrou v praxi. In KOLEKTÍV AUTOROV. *Supplement vybraných kapitol vo vedných odboroch sociálna práca a ošetrovateľstvo III*. Bratislava, Příbram : Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety Bratislava, Ústav sv. Jána Nepomuka Neumanna Příbram, 2015. ISBN 978-80-906146-2-8, s. 78-103.

HRINDOVÁ, T. 2018. Potrebujú sestry vzdelanie? Ošetrovateľstvo a pôrodná asistenci v procese zmien. In: *Ošetrovateľstvo a pôrodná asistencia*. ISSN 1339- 5920, 2018, roč. 4, č. 5, s. 44-49.

MAGERČIAKOVÁ, M. – KUROVÁ, I. 2018. Strach ako ošetrovateľská diagnóza u chirurgického pacienta. In: *PROHUMAN*. 2018, [cit. 2020-12-01]. Dostupné na internete: <<https://www.prohuman.sk/osetrovatelstvo/strach-ako-osetrovatejska-diagnoza-u-chirurgickeho-pacienta>>.

MAGERČIAKOVÁ, M. 2012. Možnosti ošetrovateľstva pri eliminácii stresogénnych faktorov u chirurgických pacientov. In: *PROHUMAN*. 2012, [cit. 2020-12-01]. Dostupné na internete: <<https://www.prohuman.sk/print/zdravotnictvo/moznosti-osetrovatelstva-pri-eliminacii-stresogennych-faktorov-u-chirurgickyh-pacientov>>.

MATULNÍKOVÁ, Ľ. 2011. Ošetrovateľstvo ako veda. In BOTÍKOVÁ, A. (ed.). *Manuál pre mentorky v ošetrovateľstve*. Trnava : Typi Universitatis Tyrnaviensis, 2011. ISBN 978-80-8082-501-0, s. 16-28.

MIŽENKOVÁ, Ľ. – a kol. 2016. Strach a úzkosť pacienta ako ošetrovateľský problém v perioperačnom období. In: *Medicínsko-ošetrovateľské listy Šariša*. Prešov: Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníckych odborov, 2016. ISBN 978-80-555-1666-0, s.116-123.

Kontakt na autora:

PhDr. Katarína Angelovičová, PhD

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

email: katka.angelovicova@gmail.com

KVALITA ŽIVOTA PACIENTOV S KOLOSTÓMIU

QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH COLOSTOMY

Babečka Jozef¹

¹*Katolícka univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva, Slovensko
Ústredná vojenská nemocnica SNP-FN, Ružomberok, Klinika nukleárnej
medicíny, Slovensko*

Abstrakt

Cieľ: Cieľom štúdie bolo zistiť, ako hodnotia kvalitu svojho života seniori s vyvedenou kolostómiou.

Metodika: Výskumné vyšetovanie prebiehalo formou anonymného dotazníkového vyšetovania. Na získanie dát bol využitý štandardizovaný dotazník WHOQOL-BREF a špecifický dotazník Stoma-QoL. Dotazník bol rozšírený o sociodemografické údaje, ktoré sa týkali seniorov s vyvedenou kolostómiou. Základný súbor tvorilo celkom 104 seniorov nad 65 rokov a dochádzali do odbornej ambulancie stomickej sestry vo vybranej nemocnici v

Výsledky: Pri vyhodnotení kvality života bol uznaný významný štatistický rozdiel v kvalite života medzi sledovaným súborom a bežnou populáciou vo všetkých oblastiach kvality života. Bežná populácia vykazuje výrazne lepšiu kvalitu života. Najhoršie hodnotili respondenti v dotazníku WHOQOL-BREF oblasť sociálnych vzťahov, fyzické zdravie a prežívanie. Najlepšie naopak hodnotili prostredie, v ktorom žijú. Podľa Final score hodnotili najlepšie kvalitu života seniori od 65-70 rokov s vyvedením kolostómie do 5 rokov. V našom výskume ďalej vykazovali lepšiu kvalitu života respondenti žijúci v manželskom zväzku.

Záver: U seniorov s vyvedenou kolostómiou je veľmi dôležitá podpora rodinných príslušníkov, dôvera medzi stomickou sestrou a daným jedincom a tiež správna edukácia. Cielená edukácia zlepšuje kvalitu života a môže pripraviť pacienta na ďalší priebeh liečby a na život s kolostómiou.

Kľúčové slová: senior, kolostómia, kvalita života, WHOQOL-BREF, Stoma-QoL

Abstract

Aim: The aim of the study was to find out how seniors with a colostomy evaluate their quality of life.

Methodology: The research investigation took place in the form of an anonymous questionnaire investigation. The standardized WHOQOL-BREF questionnaire and the specific Stoma-QoL questionnaire were used to collect

data. The questionnaire was expanded with sociodemographic data, which concerned seniors with a colostomy. The basic set consisted of a total of 104 seniors over the age of 65 who attended the ostomy nurse's specialist clinic in a selected hospital in

Results: When evaluating the quality of life, a significant statistical difference in quality of life was recognized between the monitored group and the general population in all areas of quality of life. The general population shows a significantly better quality of life. Respondents in the WHOQOL-BREF questionnaire rated the area of social relations, physical health and survival the worst. On the contrary, they rated the environment in which they live the best. According to the Final score, the best quality of life was rated by seniors aged 65-70 with a colostomy performed within 5 years. In our research, respondents living in a married union also showed a better quality of life.

Conclusion: For seniors with a colostomy, the support of family members, trust between the ostomy nurse and the given individual, and also proper education are very important. Targeted education improves the quality of life and can prepare the patient for further treatment and life with a colostomy.

Key words: senior, colostomy, quality of life, WHOQOL-BREF, Stoma-QoL

Úvod

V Európe je Slovensko na prvom mieste vo výskyte karcinómu kolorekta. Ročne je to asi 4 – 5 tisíc prípadov, pričom v 60 % ide o pokročilé ochorenie. Operácie končia vo viac ako 40 % prípadov stómiou. Incidencia stomikov na Slovensku je vyše 1 500 ročne. Prevalencia je okolo 10 000 stomikov. Stómia je vážny zásah do života človeka. Urobením stómie vzniká špecifická skupina zdravotne postihnutých ľudí – stomikov, ktorých stále pribúda. Stomik je zdravotne postihnutý občan, ktorý má dočasne alebo trvale vyvedený dutý orgán navonok, najčastejšie hrubé črevo, tenké črevo alebo močové cesty, čím dochádza k zmene základných fyziologických funkcií, k neovládateľnému vyprázdňovaniu stolice, tenkočrevného obsahu alebo moču neprirodzenou cestou s nutnosťou používania stomických pomôcok, dôsledkom toho je výrazné zhoršenie celkovej kvality života. Úsilie o úspešné začlenenie stomika do bežného života viedlo k vzniku klubov stomikov. Stomické hnutie vo svete začalo v roku 1951, t.j. pred 70 rokmi, keď dvaja lekári založili prvú svojpomocnú skupinu stomikov v USA. V Európe vznikla prvá svojpomocná skupina stomikov v Dánsku. Pri zrode Českého ILCO v roku 1992 boli doc. MUDr. T. Skříčka, CSc. a stomik doc. RNDr. V. Kleinwächter. Na Slovensku bol založený prvý svojpomocný klub stomikov 17.3.1988 v Bratislave stomikom PhDr. A. Konečným a doc. MUDr. A. Prochotským, CSc. Neskôr zakladali

d'alšie stomické kluby chirurgovia, stomasestry a stomici. Celkove ich bolo na Slovensku založených 31. Od roku 1991 existuje SLOVILCO – Slovenské združenie stomikov. Je to dobrovoľné záujmové nepolitické združenie s humanitným zameraním, ktorého cieľom je chrániť práva, presadzovať záujmy a pomáhať uspokojovať potreby stomikov. Poslaním je zmierňovať ľudské nešťastie a utrpenie stomikov a podporovať ich integráciu do rodinného, pracovného, občianskeho a spoločenského života. ILCO kluby stomikov tvoria základné organizačné jednotky SLOVILCO. Kým u nás neexistovali kluby stomikov a pacienti mali k dispozícii len tzv. jánošíkovský opasok alebo plienky, počas svojho života len trpeli a čakali na koniec. Nemali nárok na žiadnu sociálnu výpomoc a stómia bola kontraindikáciou všetkého. Málokto vedel, že existuje takáto skupina zdravotne postihnutých ľudí. Lekári nevedeli o ďalšej existencii svojich pacientov, netušili ako žijú, aké majú problémy. Obrat k lepšiemu nastal koncom 80. rokov a v 90. rokoch 20. storočia, keď začali vznikať kluby a začali sa dovážať stomické pomôcky firmy ConvaTec a neskôr aj Coloplast. Zriadovali sa stomické poradne, zaviedol sa onkodispenzár. Firmy školili stomasestry, ktoré boli od roku 2002 organizované v Slovenskej asociácii stomických sestier (SASS). V spolupráci so SCHS bolo pripravované uznanie špecializácie stomasestry, a tým aj zabezpečenie sústavného vzdelávania a adekvátneho ohodnotenia, ako je to bežné v mnohých krajinách. V roku 2007 bola SASS z nepochopiteľných príčin zrušená. SLOVILCO je členom EOA, funguje spolupráca so zahraničnými stomickými organizáciami predovšetkým Českým ILCO, POL ilcom a HUNGAR ilcom. Pre našich stomikov sme spoločným úsilím získali mnoho výhod – bezplatne dostatočný počet pomôcok, sociálne zabezpečenie, finančnú výpomoc, rekondičné pobyty, kúpeľnú liečbu, ŤZP, stomické časopisy, zájazdy k moru aj s kúpaním, čo bolo kedysi nepredstaviteľné. Najdôležitejší dokument pre život stomikov je CHARTA PRÁV STOMIKOV z roku 1977, revidovaná v r. 1993 a 1997. Najnovšia verzia charty bola schválená v r. 2011 na 11. kongrese IOA v portugalskom Porte. Závažné ochorenie alebo trvalé postihnutie, akým bezpochyby kolostómia je, môže výrazne zmeniť vnútorné prežívanie života človeka. Každý jedinec akceptuje svoj zdravotný stav individuálne, záleží to na rade faktorov. Jeden z hlavných predpokladov, ktorý je dôležitý pre dobrú adaptáciu každého jedinca, je citová a sociálna podpora rodiny, priateľov a v neposlednom rade i ošetrovateľského personálu (Barkasi, Popovičová, 2017). Založenie kolostómie predstavuje pre človeka veľkú záťaž v oblasti fyzickej, psychickej i sociálnej. Kolostómia so sebou prináša radu obmedzení a zmien v životnom štýle. Pokiaľ však človek prijme túto náročnú životnú situáciu ako výzvu, môže sa postupne dopracovať k životnej spokojnosti. Kvalita života kolostomických pacientov je do značnej miery

závislá na prognóze základného ochorenia, ktoré bolo príčinou vytvorenia črevného vývodu. Iné vnímanie kvality života majú pacienti s dočasnou kolostómiou a iné pacienti s trvalou kolostómiou, ktorej príčinou vytvorenia bolo napr. onkologické ochorenie.

Medzi faktory, ktoré ovplyvňujú vnímanie kvality života patria: obavy zo smrti; strach z novej situácie; strata sebaúcty v súvislosti s fyzickými zmenami; zdravotné obmedzenie; strata sociálnej istoty; strata spoločenskej prestíže; zmeny v rodinných vzťahoch; finančné problémy súvisiace so stratou zamestnania. Pre dobrú kvalitu života jedinca s kolostómiou je dôležitá dôsledná predoperačná príprava, edukácia pacienta i rodiny, minimalizácia bolesti, zabezpečenie vhodnej následnej starostlivosti, psychická podpora a poradenská pomoc. Kvalita života sa odvíja predovšetkým od rodinného zázemia, psychiky pacienta a základného ochorenia, ktoré súvisí so založením kolostómie. Na dobré vnímanie kvality života má vplyv i existencia stomických poradní. Stomasestra v nich pôsobí ako kvalifikovaný poradca poskytujúci komplexnú starostlivosť, učí pacienta ošetrovať kolostómiu a pomáha pacientovi psychicky sa vyrovnáť s novou situáciou. Stomici vidia v stomasestre svojho partnera a veľmi často sa jej zverujú aj s veľmi intímnymi faktami zo svojho života.

Hlavným cieľom celého ošetrovateľského tímu, predovšetkým stomasestry, je priviesť jedinca do takej kvality života, kedy je schopný prežiť každý deň na vrchole svojich možností. K dobrej kvalite života prispievajú aj kluby stomikov. Pacienti si tak vzájomne môžu byť oporou, pomáhať si a vymieňať skúsenosti, napr. so stomickými pomôckami. Každý pacient má právo sa dozvedieť o existencii klubu stomikov a ako fungujú. Či sa stane ich členom, je na jeho slobodnom rozhodnutí. Jedna z foriem sociálneho spoločenstva, na ktoré sa stomik môže s dôverou obrátiť, sú lokálne kluby stomikov. Na záver sa dá zhrnúť, že celková kvalita života človeka s kolostómiou, závisí na vzťahu pacient - sestra - lekár - rodina – spoločnosť.

Obrázok 1 Vyvedená kolostómia



Zdroj: <https://zdravi.euro.cz/leky/stomie-druhy-a-pece-o-ni/>

Špecifické nástroje merania kvality života jedincov s kolostómiou

V súčasnej dobe je možné nájsť radu špecifických nástrojov, ktoré umožňujú pohľad na kvalitu života kolostomikov. Medzi najznámejšie patrí:

- **Stoma Quality of Life Scale (SQOLS)** – obsahuje 21 položiek, ktoré sa venujú nasledujúcim oblastiam: práca/sociálna funkcia, sexualita, funkcie stómie, finančné problémy, podráždenie pokožky, celkové SQOLS skóre.

- mapuje nasledujúce problematické oblasti: obavy o spánok, obavy o sexuálny život, obavy z rodinných vzťahov, vzťahov k priateľom a vzťahom k iným ľuďom.

- **The City of Hope Quality of Life – Ostomy Questionnaire (COH-QOL-Ostomy Questionnaire)** – tento dotazník skúma 4 domény – fyzickú, psychickú, sociálnu a duchovnú pohodu.

- **Modified Ostomy – specific City of Hope Quality of Life Questionnaire (mCOH-QOL)** – mapuje telesnú pohodu jedincov s kolostómiou, psychickú pohodu, sociálnu pohodu, špecifiká zdravotnej starostlivosti o stómie.

- **Stoma Quality of Life Index (SQLI)** – obsahuje 34 položiek, mapuje telesnú pohodu, psychologickú pohodu, telesný vzhľad, bolesť, sexuálnu aktivitu, výživu, sociálne otázky, spokojnosť pacientov, pomoc a poradenstvo pre stomického pacienta, a ďalšie.

Typy kolostómií

Kolostómie je možné rozdeliť podľa niekoľkých kritérií (podľa časového trvania, podľa spôsobu konštrukcie a podľa lokalizácie).

1) Podľa časového trvania sa kolostómia delí na: - **dočasná** – vytvára sa na čas, ktorý stena čreva potrebuje na obnovenie svojej funkcie. Dočasná stómia sa môže stať i trvalou a to v tom prípade, pokiaľ pacient odmietne podstúpiť operáciu, ktorá by viedla k zanoreniu stómie alebo pokiaľ ďalšiu operáciu nedovoľuje jeho zdravotný stav; - **trvalá** – zavádza sa, pokiaľ nie je možné obnoviť prirodzenú cestu odchodu stolice.

2) Podľa spôsobu konštrukcie možno kolostómie rozdeliť na: - **nástenné** – je vyšitie čreva k brušnej stene, vyskytuje sa zriedka; - **koncová**, jednohlavňová (terminálna) – črevo sa preruší, následne sa pretiahne cez brušnú stenu a zafixuje sa ku koži. Môžu nastať dve situácie: pahýľ čreva sa ponecháva a slepo sa zašije (Hartmannova operácia) alebo sa úplne vyoperuje a perineum sa zašije (Milesova operácia); - dvojhlavňová, axiálna – je tvorená kľúčkou čreva, ktorá je následne pretiahnutá brušnou stenou. Predná časť čreva sa otvorí a vzniknú dva otvory stómie (prívodný – proximálny a odvodný – distálny). Nedôjde k úplnému prerušeniu čreva. Prvých 5 – 10 dní po operácii sa pod kľúčkou čreva necháva zavedený tzv. jazdec (kolíček). Jazdec prispieva k prirasteniu čreva k brušnej stene. Dvojhlavňová stómia môže vzniknúť aj vyvedením dvoch rôznych koncových častí čreva tesne vedľa seba tak, že na obe hlavy črevného vývodu je možné nalepiť jednu stomickú pomôcku.

Špecifiká ošetrovateľskej starostlivosti o seniorov s kolostómiou

Starostlivosť o geriatrického pacienta, ktorý je pripravovaný na operačný výkon vyvedenia kolostómie či už kolostómiu má vyvedenú obsahuje multidisciplinárnu činnosť a spoluprácu. Na zdravotnej starostlivosti sa podieľajú internisti, gastroenterológovia, chirurgovia, onkológovia, nutriční terapeuti, psychológovia, psychiatri a ich tímy, stomická sestra a praktickí lekári (Zachová 2011).

Veľmi podstatným článkom je tiež úloha sestry, ktorá je schopná počas vzájomnej interakcie s pacientom odhaliť nutnosť ďalšej potrebnej konzultácie (Popovičová, Snopek, 2016)). Cieľom je poskytovanie kvalitnej starostlivosti v súlade so všetkými potrebami pacienta s kolostómiou a jeho rodinnými príslušníkmi. Kvalitná ošetrovateľská starostlivosť o pacientov s kolostómiou má vplyv na subjektívne vnímanie kvality života daného pacienta (Zachová 2010).

Výživa, životný štýl

Vyvedenie kolostómie spôsobuje zmeny v motilite čreva, spôsobe vstrebávania a spôsobu nakladania tela s výživovými produktmi. To všetko môže viesť k potenciálnej zmene stavu výživy jedinca (Nelms, Sucher 2015). V hrubom čreve dochádza k zahusťovaniu stolice, vstrebávaniu vody a solí. Preto je potrebné po vyvedení kolostómie zabezpečiť, aby pacient prijímal tekutiny s vyšším obsahom NaCl. Dochádza tak k vstrebávaniu soli už v tenkom čreve a nedochádza k iónovým disbalanciám (Krška a kol., 2014). Ďalej môže pooperačne dôjsť k poruche krvnej zrážanlivosti z dôvodu zníženej tvorby vitamínu K črevnými baktériami. Pooperačne dochádza k postupnej záťaži organizmu. Operačný aj prvý pooperačný deň sú pacienti zaradené do diéty 0s – čajová diéta. V prvých dňoch po operácii je peristaltika chabá, vetry ani stolice obvykle neodchádzajú. Podstatná je v tomto ohľade edukácia pacienta (Krška a kol. 2014). Pacient dostáva k čajovej diéte sipping. Sipping je preparát doplnkovej enterálnej výživy, ktorý obsahuje maximálne energetické hodnoty, bielkovinové prídavky. Obvykle býva s príchuťami. Medzi ďalšie možnosti doplnkovej enterálnej výživy radíme modulovú enterálnu výživu, ktorá býva v podobe prášku, ktorý je aplikovaný pacientovi priamo do tekutín, ktoré popíja, alebo do jedál. Tieto moduly sú bohaté na tuky, bielkoviny a sacharidy. Pooperačne je veľmi dôležitá kontrola nutričných parametrov, medzi ktoré radíme albumín, prealbumín a transferín, ktoré poukazujú na prípadný nutričný deficit (Krška a kol. 2014). Pokiaľ pacient nie je schopný prijímať tekutiny a potravu per os, začína jeho výživa formou enterálnej výživy pomocou nasogastrickej, nasojejunálnej sondy alebo možno využiť na výživu gastrostómiu alebo jejunostómiu. V prípade, keď je peristaltika už funkčná, zaraďuje sa pacient do jeho bežného diétného režimu (Krška a kol., 2014). Strava pacientov s kolostómiou musí byť bohatá na látky, ktoré sú potrebné na obnovu tkanív, energeticky v rovnováhe v náležitom pomere a množstve. Z jedálňička sú vyradené všetky potraviny, ktoré spôsobujú zažívacie problémy a nahradené vhodnejšími (Nelms, Sucher 2015). Strava by mala byť ľahko stráviteľná, bezozbytková. Nemala by obsahovať veľké množstvo tuku. Jedlo by sa malo podávať v menších porciách 5x za deň. Strava je individuálna au pacientov s kolostómiou nie tak prísna, ako u pacientov s ileostómiou, napriek tomu je dôležité dbať na vhodný výber potravín. Pacientom s kolostómiou sa odporúča používať denne doplnky stravy, ktoré zabezpečujú črevnú rovnováhu v tele – probiotiká (Škrička, Kohút, Balíková 2007).

Psychologická zložka starostlivosti

Vyvedenie kolostómie, či už terminálne alebo protektívne je pre daného pacienta veľmi náročný a traumatizujúci výkon. Vzhľadom na intimitu výkonu

je potrebné k pacientovi pristupovať individuálne, empaticky a s maximálnou toleranciou (Krška a kol. 2014).

Dôležitú úlohu tu zohráva skúsená stomická sestra, ktorá pacientovi vysvetlí všetky aspekty následnej starostlivosti. Uistí ho, že v dnešnej dobe to neznamená vyradenie zo spoločenského života. Predoperačná edukácia a podpora pacienta znižuje riziko pooperačných depresí či psychických problémov (Renton, McGuinness, Strachan 2019). Prítomnosť kolostómie pre niektorých pacientov môže mať zásadný vplyv na to, ako vnímajú vlastný obraz tela a sexualitu jedinca. Sexualita pre človeka nemusí vždy znamenať len sexuálny akt, ale určitú partnerskú intimitu, emocionálnu a fyzickú príťažlivosť. Stomická sestra by mala pacienta edukovať aj v tomto ohľade spoločne s partnerom/partnerkou pacienta (Renton, McGuinness, Strachan 2019).

Pacient s novo vyvedenou kolostómiou môže prechádzať fázami reakcie na oznámenie závažnej diagnózy podľa E. Kübler-Ross. Je potrebné pacienta zoznámiť s tým, že tento priebeh a vnímanie ťažkej životnej situácie je bežným prejavom organizmu. Tieto fázy môžu ovplyvňovať proces edukácie tak u pacienta, ako aj u rodiny (Zachová 2010).

Fáza reakcie na oznámenú diagnózu podľa E. Kübler Rossovej (Zachová 2010):

1. Popretie,
2. odmietanie, agresie, hnev,
3. zjednávanie,
4. depresia,
5. zmierenie.

Pacient po vyvedení kolostómie môže prežívať pocity, ktoré nazývame frustrácia. Môže byť frustrovaný vo chvíli, keď nie je schopný naučiť sa manipulovať so stomickými pomôckami, nie je schopný dosiahnuť ciele, ktoré si stanovil (Zachová 2010). Niektorí pacienti nie sú schopní prijať svoje ochorenie a na nový stav sa nikdy nezadaptujú. Preto je potrebná aj psychologická intervencia zo strany zdravotníka, ktorí môžu depresívnym stavom alebo suicidálnym pokusom zabrániť. Dôležité je, aby pacient cítil v zdravotníkovi oporu, možnosť oznámiť svoje pocity, svoj hnev. Riziko je možné zabrániť aj sprostredkovaním stretnutí v rámci podpornej skupiny (Marková 2006).

Význam stomickej sestry v starostlivosti o pacienta s kolostómiou

Stomická sestra je hlavný článok a hlavný edukátor pre obvykle chronicky alebo onkologicky chorého pacienta. Prvou stomaterapeutkou bola Norma G. Thompsonová z Ameriky, ktorá v roku 1984 založila Svetovú radu pre enteroterapeutov (ďalej len WCET) z celého sveta (Marková 2006). Stomická

sestra spravidla pracuje samostatne v stomickej poradni, kde má možnosť kedykoľvek požiadať o konzultáciu lekára v prípade, že nie je schopná problém sama vyriešiť (Zachová 2010).

Cieľom práce stomickej sestry je (Vytejšková a kol. 2013):

1. Predchádzať komplikáciám,
2. nastaviť vhodný typ pomôcok pre daného pacienta,
3. zaistiť pacientovi maximálny komfort,
4. zabezpečuje poradenstvo v sociálnej sfére,
5. informuje pacienta o podporných skupinách,
6. vykonáva poradenstvo v každodenných aktivitách a ako predchádzať ťažkostiam,
7. emocionálna podpora.

Nová rola sestier vznikla z dôsledkov neuspokojených potrieb pacientov s vývodom. Stomické sestry zastávajú úlohu edukačnú, koordinačnú a tiež úlohu dôverníčok a partnerov. Vzdelávanie stomických

Medzi základné vlastnosti stomickej sestry patrí schopnosť empatie, skutočnosť, vierohodné prejavovanie záujmu o pacienta a jeho zdravotný stav, prejavovanie úcty, schopnosť nadväzovať dôveryhodné vzťahy, citlivé konanie, tolerancia, trpezlivosť a schopnosť prijímať spätnú väzbu (Zachová 2010).

Edukácia pacienta s kolostómiou

K starostlivosti o pacientov s kolostómiou neodmysliteľne patrí pojem edukácia. Pochádza z latinského slova educatio, educo, educare – vychovávať, viesť. Ide teda o pojem, ktorý zahŕňa sústavné ovplyvňovanie správania a konania jedinca v určitej životnej situácii (Zachová 2010).

Edukácia pred vyvedením kolostómie

Edukácia budúceho pacienta so stómiou začína už pred operačným výkonom v koloproktologickej ambulancii za asistencie stomickej sestry, ktorá bude mať v budúcnosti pacienta na starosti (Lukáš, Hoch 2018).

Pacienti s kolostómiou sú edukovaní vo všetkých oblastiach, ktoré sú potrebné na zlepšenie a skvalitnenie ich života. Rozoberajú sa ako základné postupy ošetrovania kolostómie, tak zdravý životný štýl, prevencia, výživa, voľnočasové aktivity a dôležité témy sociálnych aspektov, kedy sa stomická sestra zameriava na pomoc rodine pacienta a možnosť edukácie rodinných príslušníkov. Dôležitá je tiež orientácia v sortimente pomôcok (Lukáš, Hoch 2018).

Edukácia pri dimisii, následná starostlivosť

Pacient, ktorý opúšťa zdravotnícke zariadenie a má novo vyvedenú kolostómiu je vždy plne vybavený dostatočným množstvom stomických pomôcok. Pri dimisii sa stomická sestra zaujíma a uisťuje predovšetkým o schopnosti pacienta alebo rodiny zvládnuť sebastarostlivosť v maximálnej miere. Stomická sestra tiež pri dimisii odovzdá pacientovi kontakty na podporné skupiny a organizácie. Potom je na každom individuálne rozhodnutie, či podporné skupiny navštívia, alebo nie. Ďalším zdrojom informácií sú pre pacientov s kolostómiou poradcovia, ktorí sú neustále dostupní v kontaktných telefónnych centrách. Zriaďovateľom je vždy spoločnosť, ktorá dodáva stomické pomôcky (Fierlová 2018). V prípade nemožnosti sa o kolostómiu postarať, sa tu ponúka možnosť zaistenia domácej starostlivosti či pravidelnej návštevy praktického lekára, nevyhnutná je však čiastočná pomoc pacienta alebo rodiny. V prípade zavedenia starostlivosti u praktického lekára zavádza dokumentáciu, kde vedie prehľad o spotrebe pomôcok, dôležité kontakty na stomickú sestru, operátora a podporné skupiny (Fierlová 2018). Pri prepustení pacienta práca stomickej sestry nekončí. Reeducácia čiže opätovaná výchova, náuka sa aplikuje pri prvých kontrolách pacienta ako u lekára, tak stomickej sestry. Obvykle dochádza k znovuzačatiu edukačného procesu, ktorý je v skrátenej forme. Dochádza k upresneniu nejasností a odstráneniu chýb, ktoré v priebehu domáceho pobytu vznikli (Lukáš, Hoch 2018). Pooperačne dochádza k stálemu formovaniu kolostómie i peristomálnej kože a ich nerovností, preto prvá návšteva býva stanovená na mesiac po dimisii, na rovnakú dobu sú pacienti vybavení stomickými pomôckami. Následne sa interval môže v závislosti od stavu pacienta predlžovať (Fierlová 2018). V prípade, že pacient je bez komplikácií dochádza do stomickej ambulancie na kontrolu raz ročne (Lukáš, Hoch 2018; Zachová 2010).

Komplikácie spojené s vyvedením kolostómie

Komplikácie u pacientov s kolostómiou delíme podľa časového úseku na bezprostredné, ktoré vznikajú ihneď po operácii alebo počas hospitalizácie a na následné, ktoré vznikajú následne po prepustení do domáceho ošetrovania (Vytejšková a kol. 2013).

Riziko vzniku komplikácií sa pohybuje v rozmedzí 20-70 % az veľkej časti sú riešené a následne vyriešené stomickými sestrami (Adamová 2015).

Skoré komplikácie

Skoré komplikácie sa vyvíjajú v rade minút až hodín po operačnom výkone. Radíme tu (Adamová 2015):

1. Nevhodná lokalizácia kolostómie – v dnešnej dobe vďaka prevencii vyznačenia miesta vyšitia kolostómie sme schopní tejto komplikácii predísť. V

akútnom prípade, keď miesto nie je jasne vyznačené sa kolostómia zakladá v 2/3 spojnice medzi spina iliaca anterior superior a pupkom,

2. iónová dysbalancia – iónová dysbalancia vzniká prevažne u pacientov s ileostómiou. Nie je však vylúčená aj u pacientov s kolostómiou, keď pacient môže cez stómiu strácať minerály a živiny, v niektorých prípadoch, keď dochádza k ťažkým dysbalanciám môže byť pacient ohrozený aj na živote,

3. medzi ďalšie komplikácie radíme peristomálne kožné komplikácie, ktoré nastávajú po zlej manipulácii so stomickými pomôckami. Vznikajú najčastejšie malé ostrovčeky v bezprostrednom okolí kolostómie. Najčastejšie vznikajú kandidózy, dermatitídy a peristomálna ulcerácia kože, ktoré následne zhoršujú hojenie rany pacienta, bolesti a môže vzniknúť aj hojenie rany per secundam. Táto komplikácia vyžaduje komplexný prístup,

4. nekróza kolostómie – nekróza vzniká na podklade nedostatočného zásobenia tkanív krvou av tom dôsledku nedostatočné zásobenie čreva. Nekróza môže byť povrchová, ktorá sa následne odlúči, tu sa volí liečba konzervatívna. Ďalej môže byť nekróza celého čreva z dôvodu ischémie, kedy je potrebná operačná revízia, resekcia postihnutej časti čreva a následné nové vyšitie kolostómie,

5. retrakcia kolostómie alebo vtiahnutie kolostómie je komplikácia vznikajúca spravidla u obéznych pacientov, alebo u pacientov po predchádzajúcich operáciách na črevách. Pri kolostómii vzniká priehlbina a nepravidelnosť povrchu, ktorú následne rieši stomická sestra vhodným výberom stomických pomôcok,

6. opuch kolostómie – v rámci pooperačného obdobia a po manipulácii s črevom môže vzniknúť drobný opuch tkanív a kolostómia. Obvykle dochádza k spontánnej úprave stavu. V prípade pretrvávajúceho opuchu sestra bezodkladne informuje lekára.

Neskoré komplikácie

Neskoré komplikácie vznikajú v neskoršom pooperačnom období rádovo dní alebo týždňov, radíme tu (Adamová 2015, s. 1; Vytejková a kol. 2013, s. 165-168):

1. Krvácanie z kolostómie – drobné krvácanie z okolia rany kolostómie je v pooperačnom období bežné. Je tiež možné krvácanie u pacientov v terminálnom stave, kedy vyšitie kolostómie bol paliatívny výkon a môže dôjsť ku krvácaniu v dôsledku následného nahľadania cievy, alebo prerastania nádoru,

2. prolaps kolostómia – výhrez črevnej sliznice je komplikácia, kedy dochádza k výhrezu väčšieho množstva čreva, až niekoľko centimetrov, ktoré visí do stomického vrecka. Sliznica býva citlivá alebo môže dôjsť k poškodeniu a poraneniu s následným krvácaním. Pri prolapse sa v stojí meria obvod čreva

pre ďalšie porovnanie. Sliznica sa obvykle sama po priložení chladného obkladu alebo v ľahu sama reponuje,

3. stenóza kolostómie – stenóza je nepomer medzi vyústeným črevom a štandardným priesvitom čreva v brušnej dutine. Stenóza najčastejšie vzniká na podklade opuchu alebo prebiehajúceho zápalu. V prípade porúch pasáže na podklade stenózy je obvykle potrebná operačná revízia. Pokiaľ sa jedná o stenózu kože, stomická sestra edukuje pacienta o dilatáciu kolostómie prstom,

4. parastomálny absces – absces je dutina vyplnená hnisom, ktorá musí byť chirurgicky odstránená, alebo vyčistená,

5. parastomálna prietrž – jedná sa o prietrž, ktorá obvykle vzniká priamo v stómii. Medzi rizikové faktory vzniku prietrže radíme ascites, častý kašeľ, obezita, liečba kortikoidmi a malnutríciou. Obvykle nevyžaduje ďalšie riešenie a pacientovi pomôže prietržový pás. Pokiaľ je parastomálna prietrž veľkých rozmerov, zvažuje sa plastika prietrže.

Cieľ

Hlavným cieľom štúdie bolo posúdiť kvalitu života pacientov s kolostómiou dochádzajúcich do stomickej poradne vo vybranom zdravotníckom zariadení.

Čiastkové ciele

Cieľ 1: Zistiť, či pohlavie ovplyvňuje kvalitu života seniorov s kolostómiou. Cieľ 2: Zistiť, či vek seniorov ovplyvňuje kvalitu života s kolostómiou.

Cieľ 3: Zistiť, či dĺžka života s kolostómiou ovplyvňuje kvalitu života u seniorov.

Cieľ 4: Zistiť, či existuje rozdiel v kvalite života u seniorov s kolostómiou a kvalite života bežnej populácie.

Hypotézy

H1₀: Pohlavie neovplyvňuje kvalitu života u seniorov s vyvedenou kolostómiou.

H2₀: Vek neovplyvňuje kvalitu života u seniorov s vyvedenou kolostómiou.

H3₀: Dĺžka života s kolostómiou neovplyvňuje kvalitu života u seniorov s vyvedenou kolostómiou.

H4₀: Neexistuje rozdiel v kvalite života seniorov s kolostómiou a kvalite života bežnej populácie.

Charakteristika súboru a metóda

Súbor respondentov bol tvorený celkom 104 respondentmi, ktorí pravidelne dochádza do stomickej poradne vo vybranom zariadení v Moravskosliezskom kraji.

Vstupné kritériá pre zaradenie do súboru:

1. Vyvedená kolostómia
2. Veková kategória nad 65 rokov

3. Mini-Mental State Examination (ďalej len MMSE) s minimálnym počtom 24 bodov v teste kognitívnych funkcií. Skúmanie prebiehalo kvantitatívnou metódou výskumu, formou anonymného dotazníkového vyšetrovania. Použité boli dva štandardizované nástroje. Prvým je štandardizovaný dotazník WHOQOL-BREF (Dragomirecká, Bartoňová 2006).

Druhým dotazníkom je špecifický dotazník Stoma-QoL. Zber dát prebiehal v období od februára do júla roku 2022, po udelení písomného súhlasu hlavnej sestry vo vybranom zdravotníckom zariadení. Celkom bolo rozdanych 109 dotazníkov, z toho 5 dotazníkov bolo vyradených pre neúplné vyplnenie.

Výsledky

Výskumný súbor bol zostavený zo 104 respondentov, ktorý charakterizuje pohlavie, vek, vzdelanie, dĺžka vyvedenia kolostómie a miesto, kde senior žije. Pohlavie, vek, vzdelanie, dĺžka vyvedenia kolostómie a s kým respondent žije. Skúmaný súbor tvorilo celkom 104 respondentov, z toho 57 mužov (54,8 %) a 47 žien (45,2 %). Muži teda tvoria väčšiu skupinu ako ženy. Vekové rozmedzie bolo rozdelené podľa početnosti na dve vyrovnané skupiny seniorov. Z celkového počtu 104 respondentov tvorili najpočetnejšiu skupinu seniori vo veku 65-70 rokov 57 (54,8 %). Druhú najpočetnejšiu skupinu tvoria seniori 71 a viac rokov 47 (45,2 %). Najmladší respondent bol vo veku 65 rokov a najstarší vo veku 88 rokov. Medián veku je 70 a štandardná odchýlka 5,14. V rámci oblasti vzdelania a najvyššieho dosiahnutého vzdelania tvorili najpočetnejšiu skupinu respondenti so strednou školou s maturitou 38 (36,5 %). Druhou najpočetnejšou skupinou boli respondenti, ktorí sa vyučili 32 (30,8 %). Tretiu a štvrtú najpočetnejšiu skupinu tvorili respondenti so základným vzdelaním 17 (16,4 %) a respondenti s vysokou školou 17 (16,4 %). V otázke zameranej na dĺžku vyvedenia kolostómie bol súbor rozdelený podľa frekvencie na dve skupiny. Najpočetnejšiu skupinu tvorili respondenti, ktorí žijú s vyvedenou kolostómiou po dobu 1-5 rokov 62 (59,6 %). Druhou rozdelenou skupinou boli respondenti, ktorí s kolostómiou žijú 5 a viac rokov 42 (40,4 %). Medián vyvedenia kolostómie je 4,5 roka. Pri zisťovaní, s kým respondent žije tvorili najpočetnejšiu skupinu seniori, ktorí žijú vo zväzku manželskom 44 (42,3 %). Druhú najpočetnejšiu skupinu tvorili seniori, ktorí žijú s rodinou 23 (22,1 %). Tretiu najpočetnejšiu skupinu tvoria seniori, ktorí žijú v sociálnom zariadení 21 (20,2 %) a poslednú najmenej početnú skupinu tvoria seniori, ktorí žijú sami 16 (15,4 %). Na otázku, s kým žijete, nikto z opýtaných nezvolil odpoveď – iné

Čiastkový Cieľ 1: Zistiť, či pohlavie ovplyvňuje kvalitu života seniorov s kolostómiou. H_{10} : Pohlavie neovplyvňuje kvalitu života u seniorov s vyvedenou kolostómiou. Prvá časť výskumu bola zameraná na zistenie rozdielu kvality života medzi jednotlivými pohlaviami. Muži mali všeobecne vyššie hodnoty pri Final score – minimálna bodová hodnota bola 37,5 a maximálna 100 bodov. Priemerné hodnoty u mužov predstavovali vo Final score ($\bar{x} = 56,5$) oproti ženám ($\bar{x} = 55,1$). U žien minimálna hodnota bola 32,8 bodov a maximálna 89,0 bodov. Muži mali všeobecne v doménach mierne vyššie hodnoty. Muži hodnotili svoju kvalitu života v priemere horšie ($\bar{x} = 3,3$) ako ženy ($\bar{x} = 3,4$). Tiež spokojnosť so zdravím hodnotili ženy lepšie ($\bar{x} = 3,1$) ako muži ($\bar{x} = 3,0$). Nejde však o významný štatistický rozdiel. Ženy hodnotili najlepšie doménu prostredia ($\bar{x} = 54,3$), rovnako ako muži ($\bar{x} = 55,2$). Naopak najhoršie bola hodnotená ženami doména fyzického zdravia a muži najhoršie hodnotili doménu sociálnych vzťahov. Nejedná sa tu o štatisticky významné rozdiely pri žiadnom hodnotenom parametri ($p > 0,05$). Pohlavie nijako neovplyvnilo hodnotenie kvality života u seniorov s kolostómiou.

H₁₀: Pohlavie neovplyvňuje kvalitu života u seniorov s vyvedenou kolostómiou – potvrdzujeme

Cieľ 2: Zistiť, či vek seniorov ovplyvňuje kvalitu života s kolostómiou.

H₂₀: Vek neovplyvňuje kvalitu života u seniorov s vyvedenou kolostómiou

Druhá časť výskumu bola zameraná na zistenie rozdielov v kvalite života medzi jednotlivými vekovými skupinami. V tabuľke č. 1 sú prezentované rozdiely hodnotenia kvality života seniorov s kolostómiou rozdelených podľa vekových skupín. Na vyhodnotenie bol použitý Mann-Whitney test. Je zrejmé, že vo Final score majú vyššie hodnoty seniori 65-70 rokov a to konkrétne ($\bar{x} = 58,9$) oproti seniorom 71 rokov a viac ($\bar{x} = 52,2$). Bol zistený podľa výslednej p-hodnoty $< 0,001$ významný štatistický rozdiel. V otázkach hodnotenia kvality života a spokojnosti so zdravím hodnotili seniori 65-70 rokov svoju kvalitu života štatisticky lepšie ($\bar{x} = 3,5$) ako seniori 71 rokov a viac ($\bar{x} = 3,1$). Opäť bol zistený významný štatistický rozdiel p-hodnota 0,0167. Seniori vo veku 65-70 rokov hodnotili štatisticky svoju spokojnosť so zdravím ($\bar{x} = 3,2$), zatiaľ čo seniori 71 rokov a viac ju hodnotili iba ($\bar{x} = 2,8$). Bol tu opäť zistený štatisticky významný rozdiel p-hodnoty 0,0044. V rámci domén najhoršie hodnotili respondenti vo veku 65-70 rokov doménu prežívania ($\bar{x} = 53,0$) a respondenti vo veku 71 rokov a viac hodnotili najhoršie doménu sociálnych vzťahov ($\bar{x} = 40,4$). Vo všetkých doménach seniori vo veku 65-70 rokov hodnotili svoju kvalitu života lepšie, než seniori 71 rokov a viac. Vo všetkých oblastiach bol nájdený významný štatistický rozdiel. Vek u seniorov s kolostómiou ovplyvňuje vnímanie kvality života.

Tabuľka 1 Hodnotenie kvality života podľa veku

Parameter	Vek	Počet	Medián	ar. priemer	SD	Min.	Max.	p-hod.*
Final score	65-70	57	58,9	58,9	9,80	35,0	100	<0,001
	71 a viac	47	52,2	52,2	9,05	32,8	89,0	
Q1-Kvalita života	65-70	57	4,0	3,5	0,93	1,0	5,0	0,0167
	71 a viac	47	3,0	3,1	0,84	2,0	5,0	
Q2-Spokojnosť so zdravím	65-70	57	3,0	3,2	0,83	1,0	5,0	0,0044
	71 a viac	47	3,0	2,8	0,78	1,0	4,0	
DOM1 – Fyzické zdravie	65-70	57	57,1	53,6	12,18	28,6	78,6	<0,001
	71 a viac	47	42,9	42,1	10,79	14,3	71,4	
DOM2-Prežívanie	65-70	57	54,2	53,0	11,86	25,0	79,2	<0,001
	71 a viac	47	45,8	44,8	12,48	25,0	79,2	
DOM3-Sociálne vzťahy	65-70	57	58,3	54,8	24,34	16,7	91,7	0,002
	71 a viac	47	41,7	40,4	20,04	8,3	83,3	
DOM4-Prostredie	65-70	57	65,6	61,3	17,12	31,3	90,6	<0,001
	71 a viac	47	43,8	46,9	15,81	18,8	81,3	

H2₀: Vek neovplyvňuje kvalitu života u seniorov s vyvedenou kolostómiou – potvrdzujeme

Cieľ 3: Zistiť, či dĺžka života s kolostómiou ovplyvňuje kvalitu života u seniorov.

H0₃: Dĺžka života s kolostómiou neovplyvňuje kvalitu života u seniorov s vyvedenou kolostómiou

Tretia fáza výskumu sa zamerala na zistenie rozdielu v kvalite života podľa dĺžky vyvedenia kolostómie. Tabuľka č. 2 poukazuje na hodnotenie kvality života podľa dĺžky vyvedenia kolostómie. Na overenie rozdielov bol použitý Mann-Whitney test. Final score hodnotili seniori, ktorí majú vyvedenú kolostómiu 1-5 rokov v priemere lepšie ($\bar{x} = 57,8$), než seniori, ktorí stómiu majú vyvedenú 6 a viac rokov ($\bar{x} = 53,3$) a bol tu nájdený významný štatistický rozdiel p -hodnoty 0,0189. Kvalitu života všeobecne lepšie hodnotili seniori so stómiou 1-5 rokov ($\bar{x} = 3,5$) ako seniori so stómiou 6 rokov a viac ($\bar{x} = 3,1$). Spokojnosť so zdravím tiež hodnotili lepšie seniori so stómiou 1-5 rokov ($\bar{x} = 3,2$) ako seniori so stómiou 6 rokov a viac ($\bar{x} = 2,8$). Vo všetkých doménach hodnotili seniori so stómiou, ktorú majú vyvedenú do 5 rokov svoju kvalitu života lepšie,

než seniori so stómiou vyvedenou 6 rokov a viac. Ďalej bol významný štatistický rozdiel nájdený aj v doméne prežívania p-hodnota 0,021 a doméne prostredia p-hodnota 0,0083. Najhoršie bola hodnotená respondentmi, ktorí majú vyvedenú kolostómiou 6 rokov a viac oblasť sociálnych vzťahov, zatiaľ čo seniori s kolostómiou do 5 rokov najhoršie hodnotili oblasť fyzického zdravia. Podľa vyhodnotenia možno konštatovať, že seniori, ktorí majú stómiu vyvedenú v rozmedzí 1-5 rokov majú všeobecne lepšiu kvalitu života. Dĺžka vyvedenia kolostómie ovplyvňuje kvalitu života. Medzi dĺžkou vyvedenia kolostómie a vekom seniora bola zistená slabšia ale štatisticky významná závislosť podľa Spearmanovho korelačného koeficientu 0,364, $p < 0,001$.

Tabuľka 2 Hodnotenie kvality života podľa dĺžky vyvedenia kolostómie

Parameter	Vývod	Počet	Medián	ar. priemer	SD	Min.	Max.	p-hod.*
Final score	1-5 rokov	62	57,8	57,5	9,56	35,0	100,0	0,0189
	6 a viac	42	52,2	53,3	10,22	32,8	89,0	
Q1-Kvalita života	1-5 rokov	62	4,0	3,5	0,97	1,0	5,0	0,0489
	6 a viac	42	3,0	3,1	0,78	2,0	5,0	
Q2-Spokojnosť so zdravím	1-5 rokov	62	3,0	3,2	0,79	1,0	4,0	0,0146
	6 a viac	42	3,0	2,8	0,86	1,0	5,0	
DOM1-Fyzické zdravie	1-5 rokov	62	50,0	50,2	12,26	21,4	78,6	0,0964
	6 a viac	42	42,9	45,8	13,48	14,3	75,0	
DOM2-Prežívanie	1-5 rokov	62	52,1	51,3	11,78	25,0	75,0	0,021
	6 a viac	42	45,8	46,2	13,67	25,0	79,2	
DOM3-Sociálne vzťahy	1-5 let	62	50,0	51,3	22,19	16,7	91,7	0,0956
	6 a viac	42	41,7	43,8	24,97	8,3	91,7	
DOM4-Prostredie	1-5 rokov	62	59,4	58,8	15,49	31,3	90,6	0,0083
	6 a viac	42	43,8	48,9	19,87	18,8	90,6	

H0₃: Dĺžka života s kolostómiou neovplyvňuje kvalitu života u seniorov s vyvedenou kolostómiou – Zamietla sa

Cieľ 4: Zistiť, či existuje rozdiel v kvalite života u seniorov s kolostómiou a kvalite života bežnej populácie.

H0₄: Neexistuje rozdiel v kvalite života seniorov s kolostómiou a kvalite života bežnej populácie

V tabuľke č. 3 sú zhodnotené údaje, ktoré poukazujú na kvalitu života seniorov s kolostómiou s údajmi kvality života bežnej populácie. Na vyhodnotenie bol

použitý t-test pre dva výbery. Seniori s vyvedenou kolostómiou zhodnotili svoju kvalitu života v priemere horšie ($\bar{x}=3,3$) ako bežná populácia. Tá hodnotí kvalitu života lepšie ($\bar{x}=3,83$). Bol tu nájdený významný štatistický rozdiel p-hodnoty $<0,001$. Spokojnosť so zdravím hodnotia seniori s kolostómiou ($\bar{x}=3,0$), zatiaľ čo bežná populácia ($\bar{x}=3,68$). Aj tu bol objavený významný štatistický rozdiel p-hodnoty $<0,001$. Doménu fyzické zdravie hodnotil sledovaný súbor seniorov s kolostómiou horšie ($\bar{x}=48,4$) ako bežná populácia, ktorá ju hodnotila priemerom ($\bar{x}=72,2$). Prežívanie hodnotili seniori s kolostómiou štatisticky významne horšie ($\bar{x}=49,2$) ako osoby v bežnej populácii ($\bar{x}=67,4$). Sociálne vzťahy hodnotil sledovaný súbor aj horšie ($\bar{x}=48,3$) ako bežná populácia ($\bar{x}=68,6$) a tiež tu bol nájdený významný štatistický rozdiel $<0,001$.

Najvyrovnanejšie dopadla doména zaoberajúca sa prostredím, keď sledovaný súbor v priemere hodnotil horšie ($\bar{x}=54,8$) ako bežná populácia ($\bar{x}=58,1$), nebola tu však nájdená významná štatistická odchýlka a rozdiel. Seniori s kolostómiou hodnotia všeobecne vo všetkých oblastiach svoju kvalitu života horšie, než bežná populácia osôb. Vo všetkých oblastiach (vrátane domény 4 p-hodnota 0,0866) bol nájdený významný štatistický rozdiel. Podľa vyhodnotených dát je zrejmé, že seniori s vyvedenou kolostómiou hodnotia svoju kvalitu života horšie, než ju hodnotí bežná populácia.

Tabuľka 3 Porovnanie kvality života u seniorov s kolostómiou a bežnej populácie

WHOQOL – BREF	Sledovaný súbor			Bežná populácia			p-hod.
	Počet	ar. průměr	SD	počet	ar. priemer	SD	
Q1-Kvalita života	104	3,3	0,91	310	3,82	0,72	<0,001
Q2-Spokojnosť so zdravím	104	3,0	0,84	310	3,68	0,85	<0,001
DOM1-Fyzické zdravie	104	48,4	12,88	308	72,2	15,9	<0,001
DOM2-Prežívanie	104	49,3	12,77	308	67,4	15,2	<0,001
DOM3-Sociálne vzťahy	104	48,3	23,52	308	68,6	18,1	<0,001
DOM4-Prostredie	104	54,8	17,98	308	58,1	13,0	0,0866

H04: Neexistuje rozdiel v kvalite života seniorov s kolostómiou a kvalite života bežnej populácie – Zamietla sa

Záver

Zámerom nášho výskumu bolo zistiť, ako hodnotia svoju kvalitu života seniori s kolostómiou v rôznych oblastiach s prihliadnutím na sociodemografické údaje. Z výskumu je zrejmé, že problematika vyvedenia kolostómie je aj v dnešnej dobe stále aktuálna a je príznakom negatívne pôsobiacich faktorov na každodenný život seniora.

Problematika života seniorov s kolostómiou by nemala byť zabudnutá tak v nemocničnej, ako aj v následnej domácej starostlivosti. Pre seniora je veľmi dôležitá morálna a psychická podpora rodiny (Bárta a kol., 2022), ale aj stomickej sestry a ďalších odborných pracovníkov, ktorí spoločne robia život jednoduchším a zabraňujú prípadnej sociálnej izolácii (Belovičová, Vansač, 2019). Návrh ako zlepšiť kvalitu života pacienta seniora s kolostómiou a súčasnú situáciu:

- dokument „Charta práv stomikov“ vyvesiť na každom oddelení, kde ležia stomici,
- na každom chirurgickom pracovisku určiť lekára a sestru, ktorí budú mať na starosti stomikov,
- zintenzívniť ev. obnoviť prácu stomických poradní,
- sledovať www.slovilco.sk, (limity stomických pomôcok skupiny F, kontakty SLOVILCO a ILCO klubov, história, aktuality, ...),
- každému novému stomikovi poskytnúť adresu najbližšieho ILCO klubu stomikov, aby sa po ukončení liečby mohol dobrovoľne prihlásiť (Bratislava, Nové Zámky, Trenčín, Košice, Martin, Topolčany, Trnava, Prešov, Považská Bystrica, Prievidza, Levice, Banská Bystrica, Galanta, Žilina, Ilava), – znovuzaložiť zaniknuté ILCO kluby (Komárno, Piešťany, Veľký Krtíš, Ružomberok, Čadca, Žiar nad Hronom, Trebišov),
- sfunkčniť stagnujúce kluby (Poprad, Bardejov, Liptovský Mikuláš, Nitra, Gelnica, Dolný Kubín, Smižany, Michalovce), – založiť kluby tam, kde je to potrebné (Lučenec, Rimavská Sobota, Humenné, Stará Ľubovňa, Myjava, Skalica, Malacky, Brezno, Dunajská Streda),
- propagovať stomickú problematiku a zintenzívniť spoluprácu s firmami vyrábajúcimi stomické pomôcky za účelom školenia lekárov a stomasestier, podobne ako to bolo v minulosti,
- spolupráca SCHS a Koloproktologickej sekcie so SLOVILCOM,
- z ročných výkazov chirurgických pracovísk stanoviť počet nových ileostomikov a kolostomikov

Ak sa splní aspoň časť vymenovaných úloh na 73 chirurgických a 21 urologických pracoviskách na Slovensku aj kvalita života stomikov bude lepšia.

BIBLIOGRAFIA

ADAMOVÁ, Z., SLOVÁČEK, R., GERŠLOVÁ, A. 2014. Kolorektálny karcinóm a obezita. In *Praktický lekár*. ISSN 0032-6739/2014, 2014, roč. 94, č. 3, s. 145-147.

BARKASI, D., POPOVIČOVÁ, M. 2017. Edukácia diabetika z pohľadu sestry a sociálneho pracovníka. In: DIAnádej. ISSN: 2453-9821, 2017, roč. I., č. 1/2017, s. 9 – 10.

BÁRTA, R., SABO, S., DOBROVANOV, O. 2022. Osamelosť seniorov a možnosti jej riešenia z pohľadu sociálnej práce. In: *Zborník vedecko výskumných prác s názvom "Zdravotné a sociálne problémy seniorov v súčasnosti"*: S príležitosti Medzinárodného dňa seniorov (1.október, 2022), 1. vyd. – Nový Sad (Srbsko) : Pharm Advice Plus, 2022. – ISBN 978-86-82536-00-0, s. 102-114.

BELOVIČOVÁ M, VANSÁČ P. 2019. Selected aspects of medical and social care for long-term ill persons. Towarzystwo Slowakow w Polsce. Krakow 2019, 153 s., ISBN: 978-83-8111-109-6.

DVOŘÁČKOVÁ, D. *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*. Praha: Grada Publishing a.s., 2012. 112 s. ISBN 978–80-247-4138-3.

FIERLOVÁ, R. Péče o pacienty se stomií. *Solen*. 2018;15(5):291-294.

KRŠKA, Z. a kol. *Chirurgická onkologie*. Praha: Grada Publishing a.s., 2014. 904 s. ISBN 978-802-47-428-47.

LUKÁŠ, K. a kol. *Nemoci střev*. Praha: Grada Publishing a.s., 2018. 736 s. ISBN 978-80-271-0353-9.

MARKOVÁ, M. *Stomie gastrointestinálního a močového traktu*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. 67 s. ISBN 80-7013-434-8.

NELMS, M., SUCHER, K. P. *Nutrition Therapy and Pathophysiology*. United States: Cengage Learning, 2015. 1008 s. ISBN 978-13-054-4600-7.

POPOVIČOVÁ, M., SNOPEK, P. 2016. Obezita ako riziko vzniku nádorov. In Rodina – Zdraví – Nemoc. Recenzovaný sborník z mezinárodní konference Ústav zdravotnických věd. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií. 2016. s. 104-109. ISBN 978-80-7454-615-0.

RENTON, S., MCGUINNESS, C., STRACHAN, E. *Clinical Nursing Practices: Guidelines for Evidence-Based Practice*. United Kingdom: Elsevier Health Sciences, 2019. 426 s. ISBN 978-80-702-0784-08.

SKŘIČKA, T., KOHOUT, P., BALÍKOVÁ, M. *Dieta u pacientů se střevními vývody a po operaci střev*. Praha: Forsapi, 2007. 65 s. ISBN 978-80-903820-6-0.

ZACHOVÁ, V. a kol. *Stomie*. Praha: Grada Publishing a.s., 2010. 200 s. ISBN 978-80-247-3256-5.

ZACHOVÁ, V. Stomik v ordinaci praktického lékaře. *Solen*. 2011;8(5):246-248.

Kontakt na autora:

doc. PhDr. Jozef Babečka, PhD
Katolícka univerzita, Fakulta zdravotníctva
nám. A. Hlinku 48, Ružomberok, 03401
email: jozef.babecka@ku.sk

PROSOCIÁLNE TENDENCIE ĽUDÍ V KONTEXTE POMOCI UKRAJINY

PROSOCIAL TENDENCIES OF PEOPLE IN THE CONTEXT OF UKRAINE AID

Barkasi Daniela¹

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

Abstrakt

Teoretické východiská: Vojnový konflikt so sebou prináša množstvo negatívnych udalostí, medzi ktoré patrí aj migrácia osôb utiekajúcich do okolitých krajín s cieľom ochrániť seba a svoju rodinu. Pre ľudí utiekajúcich zo svojej krajiny je veľmi dôležitá solidarita ľudí, ktorí im v tej chvíli poskytnú pomoc. V našom príspevku sme sa zamerali na zistenie prosociálnych tendencií ľudí, ktorí sa do pomoci týmto ľuďom zapojili a tých, ktorí sa do pomoci nezapojili.

Cieľ: Cieľom predloženého príspevku bolo zistiť rozdiely v prosociálnych tendenciách u ľudí, ktorí sa do pomoci Ukrajiny po vypuknutí vojnového konfliktu na jej území zapojili a ľudí, ktorí sa do tejto pomoci nezapojili.

Metódy: Výskum bol realizovaný kvantitatívnou formou, nástrojom bol dotazník zameraný na zistenie prosociálnych tendencií a bol prevzatý od autora Babinčáka (2011), ktorý sledoval overenie psychometrických vlastností metodiky merania prosociálneho správania. Dotazník obsahoval aj otázky socio-demografického charakteru. Distribuovali sme ho elektronicky cez aplikáciu Microsoft Office študentom VSZaSP sv. Alžbety, Inštitútu bl. M. D. Trčku Michalovce v študijnom odbore sociálna práca.

Výsledky: Nami získané výsledky poukazujú nato, že existujú rozdiely v prevládajúcich prosociálnych tendenciách medzi ľuďmi, ktorí sa do pomoci Ukrajiny zapojili a ľuďmi, ktorí neboli zapojení do pomoci Ukrajiny po vypuknutí vojnového konfliktu.

Záver: Vychádzajúc z našich zistení sme v našom výskume zistili, že študenti majú tendenciu pomáhať iným, je pre nich príznačné, že disponujú istou mierou prosociálnosti, ktorá sa prejavila vo väčšej miere u študentov, ktorí sa zapojili do pomoci ľuďom z Ukrajiny.

Kľúčové slová

Ukrajina. Vojnový konflikt. Prosociálne tendencie. Pomoc Ukrajine.

Abstract

Theoretical starting points: The war conflict brings with it a number of negative events, including the migration of people fleeing to neighboring countries in order to protect themselves and their families. For people fleeing their country, the solidarity of people who will provide them with help at that moment is very important. In our contribution, we focused on finding out the prosocial tendencies of people who participated in helping these people and those who did not participate in helping.

Aim: The aim of the presented contribution was to find out the differences in prosocial tendencies among people who participated in the aid of Ukraine after the outbreak of the war conflict on its territory and people who did not participate in this aid.

Methods: The research was carried out in a quantitative form, the tool was a questionnaire aimed at detecting prosocial tendencies and was taken from the author Babinčák (2011), who followed the verification of the psychometric properties of the methodology for measuring prosocial behavior. The questionnaire also included questions of a socio-demographic nature. We distributed it electronically through the Microsoft Office application to the students of VSZaSP St. Elizabeth, Institute of St. M.D. Trčka Michalovce studying social work.

Results: Our results show that there are differences in the prevailing prosocial tendencies between people who were involved in helping Ukraine and people who were not involved in helping Ukraine after the outbreak of the war conflict.

Conclusion: Based on our findings, we found in our research that students tend to help others, it is characteristic for them that they have a certain degree of prosociality, which was manifested to a greater extent in students who were involved in helping people from Ukraine.

Keywords

Ukraine. War conflict. Prosocial tendencies. Aid to Ukraine.

Úvod

Vojnový konflikt na Ukrajine začal 24. februára 2022 a trvá dodnes. Prvotné obdobie bolo pre štáty hraničiace s Ukrajinou veľmi náročné. Bolo to obdobie strachu a obáv, no naplnené mierou solidarity, ktorú preukázali ľudia na hranici a vo svojich mestách. Prvé dni po vypuknutí vojnového konfliktu sa rôzne organizácie zapojili do pomoci ľuďom utiekajúcim pred vojnou, či už vo forme dobrovoľníkov priamo na hraniciach, poskytnutiu materiálnej, finančnej pomoci, pomoci s ubytovaním či prepravou osôb. Pomoc poskytli aj jednotlivci, ktorým nebol osud týchto ľudí ľahostajný.

„Množstvo ľudí z tejto utečeneckej vlny čelí obrovskej traume z prežitého a zážitku a neistote z budúcnosti. V súvislosti so situáciou, ktorá vznikla na Ukrajine a následne utečeneckej vlny je zaujímavé sledovať mieru solidarity a pomoci ukrajinským rodinám, či už zo strany slovenskej spoločnosti, štátu, rôznych mimovládnych a občianskych organizácií, alebo dobrovoľníkov. Táto

miera pomoci a solidarity je totiž iná ako počas utečeneckej krízy v roku 2015 a 2016.“(Bárta, Sabo, Dobrovanov, 2022, s. 144)

Jednou z organizácií, ktorá sa zapojila do pomoci týmto ľuďom bola aj Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, n. o. v Bratislave, Inštitút bl. Metoda Dominika Trčku v Michalovciach. Študenti a zamestnanci boli od prvých dní nápomocní vo viacerých oblastiach. V spolupráci s organizáciou Maltézska pomoc Slovenska sa striedali v 12-hodinových zmenách na hranici Vyšné Nemecké, kde poskytovali týmto ľuďom pomoc. Bola zrealizovaná materiálna pomoc, pomoc so zabezpečením dočasného ubytovania a sociálneho poradenstva. Pomáhajúcich ľudí bolo mnoho, no do pomoci sa nezapojil každý občan. Preto nás zaujímalo, aké sú prosociálne tendencie ľudí, ktorí sa do pomoci Ukrajiny zapojili a aké sú prosociálne tendencie ľudí, ktorí sa do pomoci nezapojili žiadnym spôsobom. V našom príspevku teda poukazujeme na komparáciu prosociálnych tendencií ľudí zapojených do pomoci a ľudí nezapojených do pomoci Ukrajiny.

Prosociálne tendencie naznačujú tendenciu správať sa prosociálne. Prosociálne správanie je možné sledovať pozorovaním. Prosociálne správanie je pomáhajúce správanie, ktoré je vykonávané v prospech iných ľudí. Základom prosocialného správania je motivácia pomôcť iným ľuďom, pričom je definované ako správanie prospešné iným ľuďom, kedy sa človek správa prosociálne, ak vníma a rozumie potrebám či túžbam iných ľudí (Popovičová, 2022). Predpokladá sa, že jednotlivец, ktorý sa správa prosociálne vníma potreby a túžby iných ľudí. Je to správanie, ktoré podporuje a zlepšuje stav iného subjektu (Valihorová, Paľová, 2013). Je to podľa Kopčákovej (2002) správanie spočívajúce v ochote a schopnosti porozumieť ostatným v zmysle uľahčenia ich problémov. Čo je veľmi dôležité povedať je to, že je to správanie, ktoré si nevyžaduje očakávanie žiadnej odmeny. Je to správanie, ktoré je v súlade so spoločnosťou a je ňou prijateľné. Motívom prosociálneho správania je vnútorná potreba pomáhajúceho uskutočniť niečo, čo bude prospešné inému človeku. Podľa Kenderešovej (2018) je nosným pilierom čistého človečenstva v pomáhajúcej spoločnosti práve ideál humanity. Z toho dôvodu je každý prejav humanity vo svojom obsahu prejavom individualistickým, aj keď naplňa spoločenské potreby v rozličných oblastiach. Nevyhnutnosť axiómy ako „zápasu“, ktorá je žiaduca, je opodstatnená a prejavuje sa práve v otvorenosti voči tomu ako si to predstavuje individuum a aké sú nároky zo strany štátu.

V rôznych literárnych prameňov je pojem prosociálnosť uvedená resp. stotožnená s pojmom altruizmus. Prosociálne správanie je druh sociálneho správania, prospešného pre celú spoločnosť, je zaradené medzi pomáhajúce správanie spolu s altruistickým správaním. V tomto kontexte autor Babinčák (2011) tvrdí, že prosociálne správanie je cesta medzi pomáhaním a altruizmom.

Autori Carlo a Randall (2002) rozlišujú šesť typov prosociálneho správania:

Altruistické prosociálne správanie je dobrovoľná pomoc, motivovaná najmä záujmom o potreby a blaho iných ľudí. Väčšinou je navodené určitou sympatiou, ktorá je v súlade s pomáhaním iným. Zároveň pri takomto type pomáhania ide pomáhajúca osoba často krátko do straty či už času alebo financií.

Vyžiadané prosociálne správanie sa uskutočňuje na základe verbálnej alebo neverbálnej žiadosti a je charakteristické najmä pre deti či adolescentov. Ide väčšinou o spontánnu pomoc.

Emocionálne prosociálne správanie je smerované k pomoci iným ľuďom, ktorí sa nachádzajú v situáciách nabitých silnými emóciami. Motiváciou býva často krát súcit zo strany pomáhajúceho, z čoho vyplýva, že pomáhajúci má vysokú mieru empatie.

Verejné prosociálne správanie je zamerané na benefit iných a realizuje sa najmä v prítomnosti iných ľudí. Pre toto pomáhajúce správanie je typické to, že pomáhajúci túži získať pochvalu, súhlas a rešpekt u iných ľudí, čím si zvyšuje svoju seba-hodnotu.

Anonymné prosociálne správanie prebieha v anonymite, teda pomáhajúci nevie komu pomáha a osoba, ktorá pomoc prijíma nepozná totožnosť pomáhajúcej osoby.

Prosociálne správanie v kríze je typ prosociálneho správania, kedy sa pomáha iným v naliehavých alebo krízových situáciách.

Cieľ výskumu

Cieľom predloženého príspevku bolo zistiť prosociálne tendencie ľudí zapojených do pomoci Ukrajiny a ľudí, ktorí sa do pomoci nezapojili žiadnym spôsobom. Čiastkovými cieľmi výskumu bolo zistenie najčastejšej poskytnutej pomoci po vypuknutí vojnového konfliktu na Ukrajine, typ prosociálnych tendencií u ľudí zapojených do pomoci a ľudí nezapojených do pomoci, taktiež zistenie rozdielov v prosociálnych tendenciách z pohľadu pohlavia u ľudí zapojených do pomoci a taktiež u ľudí, ktorí sa do pomoci nezapojili žiadnym spôsobom.

Charakteristika súboru a metodika

Výskumný súbor tvorilo 115 študentov Vysokej školy zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave, Inštitútu bl. M. D. Trčku v Michalovciach. Boli to študenti v študijnom odbore sociálna práca, v bakalárskom i magisterskom stupni štúdia, dennej a externej formy štúdia. Z celého výskumného súboru bolo 73 študentov, ktorí sa do pomoci Ukrajiny zapojili, čo predstavovalo z celého súboru 63 %. Pomoc spočívala vo viacerých formách: pomoc na hranici, materiálna či finančná pomoc a iné formy pomoci. Z týchto študentov malo

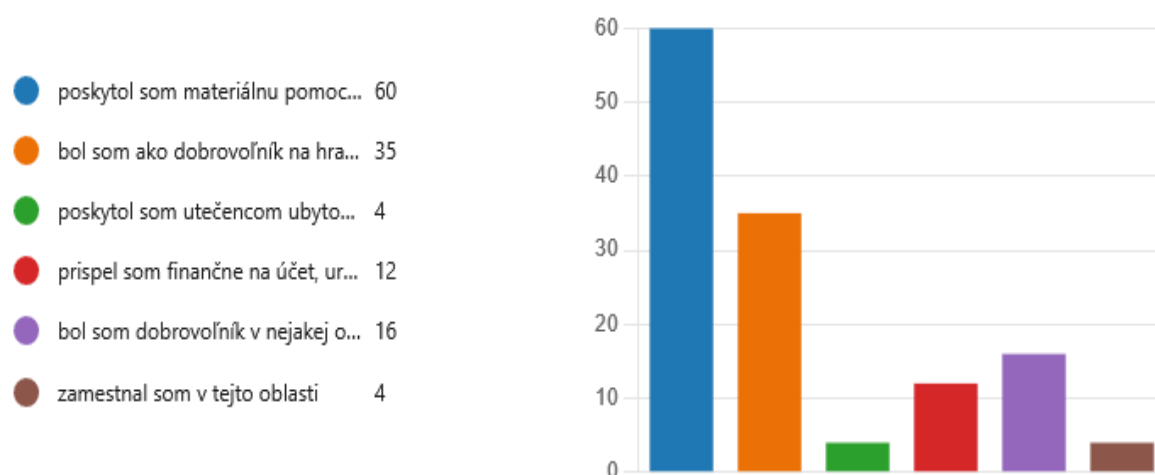
zastúpenie muži 14 a ženy 59. Z Košického kraja bolo 46 študentov a Prešovského kraja 26. 42 študentov sa do pomoci nezapojili, z nich bolo 33 (79%) ženského pohlavia a 9 (21%) mužského pohlavia. 79 % bolo zamestnaných, 60 % študentov boli v bakalárskom stupni štúdia a 33 % magisterského stupňa štúdia. Výber výskumného súboru bol zámerný. Respondenti boli vo veku od 20 do 55.

Výskum bol realizovaný kvantitatívnou formou a nástrojom bol online dotazník, ktorý bol distribuovaný elektronickou formou cez aplikáciu Microsoft office. Dotazník je zameraný na zistenie prosociálnych tendencií a bol prevzatý od autora Babinčáka (2011), ktorý sledoval overenie psychometrických vlastností metodiky merania prosociálneho správania. Obsahuje 23 položiek a stupnica odpovedí k jednotlivým položkám Likertovského typu je 5-stupňová (od „vôbec ma to nevystihuje“ až po „úplne ma to vystihuje“). Súčasťou dotazníka boli aj otázky zamerané na zistenie demografických údajov (vek, pohlavie, kraj, druh pomoci.....). Na otázky v rámci sledovania prosociálnych tendencií sa respondenti vyjadrovali na škále a odpovedali si teda na otázku „Do akej miery Vás opisujú jednotlivé výroky?“.

Analýza a komparácia výsledkov výskumu

V našom výskume sme si za cieľ stanovili zistiť aké sú prosociálne tendencie študentov, ktorí sa zapojili do pomoci Ukrajiny a študentov, ktorí sa do pomoci nezapojili. Dôležité je podotknúť, že 71 % z celkového počtu študentov zapojených do pomoci bolo zamestnaných, 60 % študentov boli v bakalárskom stupni štúdia a 35 % v magisterskom stupni štúdia.

V grafe 1 máme zobrazené odpovede na otázku, ktorou sme sledovali formy pomoci, do ktorej sa študenti zapojili. Ako môžeme vidieť, 51 respondentov, čo predstavuje 71 % sa zapojilo do pomoci formou poskytnutia materiálnej pomoci, 35 respondentov teda 40 % z opýtaných pôsobili na hranici ako dobrovoľníci. 4 respondenti poskytli utečencom ubytovanie, 12 z opýtaných poskytli finančný príspevok na ktorýkoľvek účet určený na pomoc ľuďom z Ukrajiny. 16 respondentov pôsobili ako dobrovoľníci v organizácii, ktorá poskytovala pomoc ľuďom z Ukrajiny a 4 respondenti sa dokonca v tejto oblasti zamestnali.



Graf 1 Forma pomoci po vypuknutí vojnového konfliktu

V tabuľke 1 sú znázornené priemerné hodnoty prosociálnych tendencií študentov, ktorí sa do pomoci Ukrajiny zapojili, kde vidíme, že najvyššiu priemernú hodnotu dosiahla položka vyžiadané prosociálne tendencie o hodnote 4,04, nasledovala položka verejné prosociálne tendencie o hodnote 3,92, ako tretia položka s najvyššou priemernou hodnotou boli zaznamenané altruistické prosociálne tendencie o hodnote 3,61. S hodnotou 3,43 boli zaznamenané anonymné prosociálne tendencie, 2,99 dosiahli v celom súbore pomáhajúcich študentov emocionálne prosociálne tendencie a najnižšiu priemernú hodnotu dosiahli prosociálne tendencie v kritických situáciách, čo je prekvapujúce zistenie nakoľko študenti boli zapojení do pomoci ľuďom nachádzajúcich sa vo vážnej kritickej situácií.

Tabuľka 1 Prosociálne tendencie študentov zapojených do pomoci Ukrajiny

Pomáhajúci študenti (N = 73)	
Typ prosociálnych tendencií	M
Vyžiadané	4,04
Verejné	3,92
Altruistické	3,61
Anonymné	3,43
Emocionálne	2,99
v kritických situáciách	1,42

Tabuľka 2 Prosociálne tendencie študentov nezapojených do pomoci Ukrajiny

Nepomáhajúci študenti (N = 42)	
Typ prosociálnych tendencií	M
Vyžiadané	3,81
Emocionálne	3,20
Anonymné	3,18
v kritických situáciách	2,98
Verejné	2,33
Altruistické	1,61

V tabuľke 2 sú uvedené priemerné hodnoty prosociálnych tendencií študentov, ktorí sa do pomoci Ukrajine po vypuknutí vojnového konfliktu žiadnym spôsobom nezapojili. Z tabuľky 2 vidíme, že najvyššiu priemernú hodnotu dosiahli rovnako ako pri skupine pomáhajúcich študentov vyžiadané prosociálne tendencie s hodnotou však nižšou a to 3,81. Emocionálne prosociálne tendencie dosiahli v tejto skupine študentov hodnotu 3,20, len o dve stotiny menej získala položka anonymné prosociálne tendencie a to o hodnote 3,18. Prosociálne tendencie v kritických situáciách získali hodnotu 2,98, verejné prosociálne tendencie hodnotu 2,33 a najnižšiu priemernú hodnotu získala položka altruistické prosociálne tendencie o hodnote 1,61.

V našom výskume sme si stanovili tri výskumné hypotézy, ktoré sme štatisticky vyhodnotili. Hypotéza 1: Pomáhajúci a nepomáhajúci študenti sa budú štatisticky signifikantne líšiť v prosociálnych tendenciách. Hypotézu sme testovali chí-kvadrat testom nezávislosti a v tabuľke 3 sú znázornené vyhodnotenia. Štatisticky signifikantné rozdiely boli zaznamenané v štyroch typoch prosociálnych tendencií a to konkrétne vo verejnom, anonymnom, altruistickom type prosociálnych tendencií a v prosociálnych tendenciách v kritických situáciách. Vyššie priemerné hodnoty boli dosiahnuté v skupine študentov, ktorí sa do pomoci zapojili, znamená to, že sú pre nich charakteristické vyššie prosociálne tendencie, z čoho vyplýva, že je to signál vyššej miery prosociálnosti v porovnaní so študentmi nezapojených do pomoci akýmkoľvek spôsobom. Hypotéza 1 sa potvrdila.

Tabuľka 3 Vyhodnotenie hypotézy 1

Typ prosociálnych tendencií	Pomáhajúci študenti (N = 73)		Nepomáhajúci študenti (N = 42)		χ^2
	M	SD	M	SD	
Verejné	3,92	0,8	2,33	0,7	12,5**
Emocionálne	2,99	0,5	3,20	0,7	0,2
Vyžiadané	4,04	0,8	3,81	0,7	4,5
Anonymné	3,43	1,0	3,18	1,0	26,8***
Altruistické	3,61	0,6	1,61	0,7	12,4**
v kritických situáciách	3,61	0,7	2,98	0,7	4,1**

sig. p < 0,01; *sig. p < 0,001

Ďalej sme si stanovili hypotéza 2: Pomáhajúci študenti sa budú štatisticky signifikantne líšiť v prevládajúcom type prosociálnych tendencií vzhľadom na ich pohlavie. Výsledky testovania tejto hypotézy sú zobrazené v tabuľke 4.

Tabuľka 4 Vyhodnotenie hypotézy 2

Typ prosociálnych tendencií	Muži (N = 14)		Ženy (N = 59)		U
	M	SD	M	SD	
Verejné	4,2	0,8	2,9	0,9	26614,4***
Emocionálne	2,1	0,7	3,5	0,7	25886,0
Vyžiadané	4,0	0,7	4,3	0,8	23282,0***
Anonymné	3,1	0,9	3,8	1,0	28714,4
Altruistické	3,9	0,9	3,8	0,9	25819,5**
v kritických situáciách	1,3	0,7	2,2	0,7	27212,6

sig. p < 0,01; *sig. p < 0,001

Štatisticky významné rozdiely boli zaznamenané v troch typoch prosociálnych tendencií a to konkrétne vo verejnom, vyžiadanom a altruistickom type prosociálnych tendencií. Vyššie priemerné hodnoty boli dosiahnuté v skupine žien vo vyžiadanom (4,3) a altruistickom type prosociálnych tendencií (3,8). Muži dosiahli vyššiu priemernú hodnotu len v jednom type a to vo verejnom type prosociálnych tendencií (4,2). Hypotéza 2 sa potvrdila.

Hypotéza 3: Nepomáhajúci študenti sa budú štatisticky významne líšiť v prevládajúcom type prosociálnych tendencií vzhľadom na ich pohlavie. Jej vyhodnotenie je znázornené v tabuľke 5, kde vidíme, že štatisticky významné rozdiely boli zaznamenané rovnako ako v skupine študentov, ktorí sa do pomoci Ukrajiny zapojili v troch typoch prosociálnych tendencií a to konkrétne vo verejnom, vyžiadanom a altruistickom type prosociálnych tendencií.

Vyššie priemerné hodnoty boli dosiahnuté v skupine žien vo vyžiadanom a altruistickom type prosociálnych tendencií. Muži dosiahli vyššiu priemernú hodnotu len v jednom type a to vo verejnom type prosociálnych tendencií. Hypotéza 3 sa potvrdila.

Tabuľka 5 Vyhodnotenie hypotézy 3

Typ prosociálnych tendencií	Muži (N = 9)		Ženy (N = 33)		U
	M	SD	M	SD	
Verejné	3,2	0,7	2,1	0,8	25514,4***
Emocionálne	2,9	0,6	3,4	0,6	25966,0
Vyžiadané	3,5	0,6	4,2	0,7	21182,0***
Anonymné	2,8	0,8	3,5	1,0	22514,4
Altruistické	1,2	0,9	2,2	0,9	25819,5**
v kritických situáciách	1,5	0,6	2,9	0,8	27692,6

Diskusia

V našom výskume sme chceli zistiť prosociálne tendencie študentov, ktorí sa zapojili do pomoci Ukrajiny a študentov, ktorí sa do pomoci nezapojili. Z výsledkov vidíme, že vo väčšej miere sa do pomoci Ukrajine zapojili študenti bakalárskeho stupňa štúdia. Najčastejšou formou pomoci bolo poskytnutie materiálnej pomoci (71%), ich pôsobenie na hranici ako dobrovoľníci obsadilo druhé miesto, keďže 40% z opýtaných uviedlo túto možnosť. 4 respondenti poskytli utečencom ubytovanie, 12 z opýtaných poskytli finančný príspevok na účet určený na pomoc ľuďom z Ukrajiny. 16 respondenti pôsobili ako dobrovoľníci v nejakej organizácii, ktorá poskytovala pomoc ľuďom z Ukrajiny a 4 respondenti sa dokonca v tejto oblasti zamestnali.

V rámci sledovania prosociálnych tendencií pomáhajúcich študentov sme zistili, že pre túto skupinu študentov je charakteristické, že poskytnú pomoc podajú na požiadanie, či už ide o verbálnu alebo neverbálnu požiadavku, pretože vo vyžadanom type prosociálnych tendencií získali najvyššiu priemernú hodnotu. To je však rovnaké aj pre druhú skupinu študentov teda tých, ktorí sa do pomoci Ukrajiny nezapojili, pretože aj v ich skupine bola dosiahnutá najvyššia priemerná hodnota práce vo vyžadanom type prosociálnych tendencií. Druhú najvyššiu priemernú hodnotu dosiahla položka verejné prosociálne tendencie (3,92), ako tretia položka s najvyššou priemernou hodnotou boli zaznamenané altruistické prosociálne tendencie (3,61), hodnotu 3,43 získala položka anonymné prosociálne tendencie, 2,99 dosiahli v celom súbore pomáhajúcich študentov emocionálne prosociálne tendencie a najnižšiu priemernú hodnotu dosiahli prosociálne tendencie v kritických situáciách, čo je prekvapujúce zistenie, nakoľko študenti zapojení do pomoci ľuďom utiekajúcim pred vojnou zo svojej krajiny boli vo vážnej možno povedať kritickej situácii.

V skupine študentov, ktorí sa do pomoci Ukrajine po vypuknutí vojnového konfliktu žiadnym spôsobom nezapojili boli zaznamenané tieto výsledky. Rovnako ako v prvej skupine študentov pomáhajúcich aj v tejto dosiahla najvyššiu priemernú hodnotu položka vyžadané prosociálne tendencie (3,81), nasledovali emocionálne prosociálne tendencie (3,20), len o dve stotiny menej získala položka anonymné prosociálne tendencie (3,18), prosociálne tendencie v kritických situáciách získali hodnotu 2,98, čo sa v celej škále umiestnilo vyššie ako v skupine pomáhajúcich študentov. Verejné prosociálne tendencie dosiahli hodnotu 2,33 a najnižšiu priemernú hodnotu získala položka altruistické prosociálne tendencie o hodnote 1,61, čo naznačuje to, že naozaj študenti, ktorí sa do pomoci zapojili vykazujú vyššiu mieru altruizmu v porovnaní so študentmi nezapojenými do pomoci. Naše zistenie, že študenti dosiahli najvyššiu priemernú hodnotu vo vyžadanom type prosociálnych tendencií súhlasí s tvrdením autorov Carla a Randalla (2002), ktorí uvádzajú, že vyžadané prosociálne správanie je častejšie sa vyskytujúce v dnešnej spoločnosti ako spontánne správanie v rámci poskytnutia pomoci.

Zaujímalo nás teda porovnanie oboch skupín študentov. Zistili sme, že pomáhajúci a nepomáhajúci študenti sa štatisticky signifikantne líšia

v prosociálnych tendenciách. Konkrétne boli zaznamenané štatisticky významné rozdiely v štyroch typoch prosociálnych tendencií: vo verejnom, anonymnom, altruistickom type prosociálnych tendencií a v prosociálnych tendenciách v kritických situáciách. Z výsledkov vyplýva, že pre študentov, ktorí sa do pomoci zapojili, sú charakteristické vyššie prosociálne tendencie, z čoho vyplýva, že je to signál vyššej miery prosociálnosti v porovnaní so študentmi nezapojenými do pomoci akýmkoľvek spôsobom. Naše zistenia súhlasia s názorom autorov Belovičovej a Vansača (2018), ktorí tvrdia, že z hľadiska odbornosti nadobudne študent počas vysokoškolského štúdia súhrn teoretických vedomostí a praktických zručností. Osobnostne by mal byť zrelý, empatický a prosociálny.

Naše zistenie môžeme potvrdiť tvrdením Hetteša (2014), ktorý uvádza, že prosociálnosť je základný atribút sociálneho pracovníka, pretože je to povolanie, v ktorom je sociálny pracovník v úzkom kontakte s ľuďmi nachádzajúcimi sa v problémových situáciách.

Ďalej sme zistili, že pomáhajúci študenti sa štatisticky významne líšia v prevládajúcom type prosociálnych tendencií vzhľadom na ich pohlavie. Štatisticky významné rozdiely boli zaznamenané v troch typoch prosociálnych tendencií a to konkrétne vo verejnom, vyžiadanom a altruistickom type prosociálnych tendencií. Vyššie priemerné hodnoty boli zistené u žien a to vo vyžiadanom a altruistickom type prosociálnych tendencií. Muži zase dosiahli vyššiu priemernú hodnotu len v jednom type prosociálnych tendencií a to vo verejnom type prosociálnych tendencií. Podľa viacerých autorov, ktorí sa sledovanou oblasťou dlhodobo zaoberajú vyplýva, že rod má vplyv na jednotlivé typy prosociálneho správania človeka. Poukazujú nato viacerí autori ako napríklad Carlo et al. (2003), Barry et al. (2008) a Carlo a Randall (2002). Hovorí o tom aj autor Hay (1994), že pohlavie ovplyvňuje druh prosociálneho správania, čo je v súlade s našimi zisteniami.

Naším zistením bolo i to, že nepomáhajúci študenti sa štatisticky významne líšia v prevládajúcom type prosociálnych tendencií vzhľadom na ich pohlavie, pretože štatisticky významné rozdiely boli zistené rovnako ako v skupine študentov, ktorí sa do pomoci Ukrajiny zapojili v troch typoch prosociálnych tendencií a to konkrétne vo verejnom, vyžiadanom a altruistickom type prosociálnych tendencií. Vyššie priemerné hodnoty boli dosiahnuté opäť ako v prípade študentov, ktorí pomáhali v skupine žien vo vyžiadanom a altruistickom type prosociálnych tendencií. Muži dosiahli taktiež vyššiu priemernú hodnotu len v jednom type a to vo verejnom type prosociálnych tendencií, čo je v súlade s tvrdením Carla a Randalla (2002), ktorí uvádzajú, že vo svojej štúdií zistili, že muži skórovali vyššie vo verejnom type prosociálneho

správania a ženy v prosociálnom správaní vyžiadanom a altruistickom, čo sa zhoduje i s našimi výsledkami.

Záver

Dané obdobie bolo nesmierne náročné pre ľudí utiekajúcich pred vojnovým konfliktom zo svojej krajiny. Bolo to obdobie náročné aj pre susediace štáty a ľudí žijúcich tam, ktorí sa zapojili do pomoci a podali pomocnú ruku vtedy, kedy to bolo najviac potrebné. Z našich výsledkov vyplýva, že študenti sú „skutočnými pomáhajúcimi profesionálmi“, pre ktorých je charakteristické prosociálne správanie, majú tendenciu správať sa najmä na vyžiadanie, altruisticky, čo znamená, že pomáhajú iným aj za cenu určitej vlastnej straty, pričom motívom k pomáhaniu je ich vnútorný pocit, vnútorná sila ženíca k pomoci. Sú ochotní poskytnúť pomoc na základe nejakej verbálnej či neverbálnej požiadavky no našim zistením bolo aj to, že je pre nich charakteristické verejné prosociálne správanie.

Dôležité je viesť študentov už na základnej či strednej škole k dobrovoľníctvu, k pomáhaniu iným, k prehlbovaniu empatie voči iným ľuďom, najmä tým, ktorí pomoc potrebujú. Zistili sme, že študenti študujúci odbor sociálna práca majú osobnostné predpoklady stať sa pomáhajúcimi profesionálmi. Naše návrhy sú v súlade s názorom autorky Novej (2016), ktorá uvádza, že prosociálne správanie študentov v odbore Sociálna práca je vo veľkej miere podporené v rámci dobrovoľníctva na základných a stredných školách, čiže ešte pred začatím štúdia na vysokej škole v danom odbore štúdia.

BIBLIOGRAFIA

BABINČÁK, P. 2011. *Prosocial Tendencies Measure – Revised (PTM-R) - prvá skúsenosť s krátkou metodikou na meranie prosociálneho správania*. Sociálni procesy a osobnosť Člověk na cestě životem: Křižovatky a mosty Kroměříž 14. – 16. 9. 2011. Sborník příspěvků Conference Proceedings Psychologický ústav Filozofické fakulty Masarykovy univerzity, Brno 2011. Tribun EU, 2011. s. 7 – 12. ISBN 978-80-263-0029-8.

BARRY, C. M. et al. 2008. *The impact of maternal relationship quality on emerging adults prosocial tendencies: Indirect effects via regulation of prosocial values*. Journal of youth and Adolescence, 37, p. 581 – 591.

BÁRTA, R., SABO, S., DOBROVANOV, O., Pomoc pre rodiny, ktoré utiekli pred vojnou na Ukrajinu, *Zborník vedecko výskumných prác s názvom „Zdravotné a sociálne problémy seniorov v súčasnosti“*, *S príležitosťami Medzinárodného dňa seniorov 1.októbra 2022*, Báčsky Petrovec, Srbsko, ISBN 978-86-82536-00-0.

BELOVIČOVÁ, M. - VANSÁČ, P. 2019. Selected aspects of medical and social care for long-term ill persons. Towarzystwo Slowakow w Polsce. Krakow 2019, 153 s., ISBN: 978838111 1096.

CARLO, G. et al. 2003. *Sociocognitive and behavioral correlates of a measure of prosocial tendencies for adolescents*. *Journal of Early Adolescence*, 23, p. 107–134.

CARLO, G. - RANDALL, B. A. 2002. *The development of a measure of prosocial behaviors for late adolescents*. *Journal of Youth and Adolescence*, 2002, vol. 31, no 1, s. 31 – 44.

HAY, D. F. 1994. *Prosocial Development Child Psychol. Psychiat.* Vol 35, No 1, p. 29–71.

HETTEŠ, M. 2014. Nová definícia sociálnej práce. In *Prohuman* [cit. 3.12.2022] Dostupné na: <http://www.prohuman.sk/socialna-praca/nova-definicia-socialnej-prace>.

KENDEREŠOVÁ, E. 2018. Otvorená spoločnosť z pohľadu projektovania moderného sveta a lepšieho človeka. In *Aktuálne otázky teórie a praxe politiky a medzinárodných vzťahov*. KEGA 021UPJŠ-4/2016. Košice: Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, 2018, s.152-165. ISBN 978-80-8152-623-7.

KOPČÁKOVÁ, A. 2002. Prosociálnosť v práci učiteľa. In *Naša škola*, Roč. 5, 2001/2002, č. 6. ISSN 1335-2733. s. 12-19.

NOVÁ, M. 2016. Edukace v kontextu nových fenoménů společnosti - sociální a edukační aspekt. In *Nová sociálna edukácia človeka V. recenzovaný zborník z medzinárodnej vedeckej konferencie*. Prešov: Prešovská univerzita v Prešove, 2016. s. 128 – 132. ISBN 978-80-555-1742-1.

POPOVIČOVÁ, M. 2022. Skúsenosti sestier pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti pacientom iných etník na Slovensku. In *Logos polytechnikos*, 2022, ISSN 2464-7551 (online), No. 12, vol. 1, p. 91-101.

VALIHOROVÁ, M. – PAČOVÁ, M. 2013. Prosociálnosť a morálne správanie žiakov. In *Dobro a zlo alebo o morálne II*. Psychologické a filozofické aspekty o morálke. Zborník príspevkov zo sympózia. Univerzita Mateja Bela v Banskej Bystrici. Pedagogická fakulta. Banská Bystrica. 2013. ISBN 978-80-557-0539-2. s. 15 – 34.

Kontakt na autora:

doc. RNDr. Mgr. Daniela Barkasi, PhD.

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

Inštitút bl. Metóda Dominika Trčku Michalovce

daniela.barkasi@gmail.com

MULTIKULTÚRNA OŠETROVATEĽSKÁ STAROSTLIVOSŤ O MIGRANTOV REŠPEKTOVANIE ICH NÁBOŽENSKÝCH A KULTÚRNYCH ZVYKLOSTÍ

MULTICULTURAL NURSING CARE FOR MIGRANTS RESPECTING THEIR RELIGIOUS AND CULTURAL CUSTOMS

Bednáriková Miroslava^{1,2}

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

²*FNsP Nové Zámky*

ABSTRAKT

Teoretické východiská: Migrácia je v dejinách ľudstva celospoločenský problém. Poukázať na niektoré faktory v starostlivosti o migrantov.

Migrantmi sú ľudia, ktorí opúšťajú svoju krajinu, z dôvodu plánov lepšieho života. V dnešnej dobe nie sú to iba ľudia s nízkym sociálnym statusom. Sú to i ľudia veľmi vzdelaní, ktorí odchádzajú so svojej krajiny do inej, za účel získania nových skúseností vo svojom odbore. Odchádzajú i za možnosťami ďalšieho vzdelávania v cudzej krajine. V rámci zdravotnej starostlivosti o migrantov, musíme rešpektovať ich náboženské a kultúrne zvyklosti. Ošetrovateľská a pôrodnická starostlivosť je viac dimenzionálna.

Cieľ: Migrácia je v dejinách ľudstva celospoločenský problém. Poukázať na niektoré faktory v starostlivosti o migrantov.

Metódy: Príspevok má teoretický charakter. Poznatky sú získané analýzou dokumentov, odborných materiálov a usmernení. Sestry a pôrodné asistentky sú súčasťou multidisciplinárneho tímu v starostlivosti o migrantov, pristupujú k nim holisticky. Snahou je dodržiavať odlišné špecifiká pri diagnostikovaní ochorenia vzhľadom na ich kultúru a náboženstvo. Migrantov s nízkym sociálnym statusom zaradíme k rizikovým skupinám obyvateľstva. Táto skupina ľudí, svojím správaním priamo alebo nepriamo ohrozuje, vedome i nevedome seba, svojich blízkych a všetkých ostatných.

Výsledky: Pri ošetrovaní migrantov z iných kultúr, v ošetrovateľstve, dodržiavame nielen základné etické princípy, ale aj náboženské a kultúrne zvyklosti ošetrovaných. Vychádzame z viery, ktorú ošetrovaný jedinec vyznáva. Z výsledkov vyplýva dôležitosť poznania základných špecifik danej viery.

Záver: So zvyšujúcou sa migráciou a jazykovou gramotnosťou ľudí sa bariéry v ošetrovateľskej starostlivosti eliminujú. Pri starostlivosti o pacientov

z rôznych etníc a krajín, zdravotnícky personál nesmie zabúdať na dodržiavanie práv pacienta. Zapojení do tohto procesu sú riadiaci pracovníci, zákonodárne orgány a vláda.

Kľúčové slová: Migranti. Multikultúrne ošetrovatel'stvo. Náboženstvo.

ABSTRACT

Theoretical background: Migrants are people who leave their country because of plans for a better life. Nowadays, it is not only people with a low social status. There are also highly educated people who leave their country for another in order to gain new experience in their field. They also leave for opportunities for further education in a foreign country. As part of health care for migrants, we must respect their religious and cultural customs. Nursing and obstetric care is more dimensional.

Aim: Migration is a societal problem throughout human history. Point out some factors in the care of migrants.

Methods: The contribution has a theoretical character. Knowledge is obtained by analyzing documents, professional materials and guidelines. Nurses and midwives are part of a multidisciplinary team in the care of migrants, they approach them holistically. The effort is to observe different specifics when diagnosing the disease due to their culture and religion. Migrants with a low social status are included in the population's risk groups. This group of people directly or indirectly threatens themselves, their loved ones and everyone else with their behavior, consciously or unconsciously.

Results: When treating migrants from other cultures, in nursing, we observe not only the basic ethical principles, but also the religious and cultural customs of those being treated. We start from the faith that the treated individual professes. The results show the importance of knowing the basic specifics of a given faith.

Conclusion: As migration and language literacy of people increase, barriers in nursing care are eliminated. When caring for patients from different ethnicities and countries, the medical staff must not forget to respect the patient's rights. Managers, legislatures and government are involved in this process.

Keywords: Migrants. Multicultural nursing. Religion.

Úvod

Migrácia obyvateľ'stva je fenomén ľudských dejín. V súčasnom období je vo veľkej miere spojovaná, hlavne v Európe, s problematikou vojnového konfliktu

na Ukrajinu. Je spojená so spoločenským a sociálnym dianím. Ľudia opúšťajú svoju krajinu, z dôvodu plánov lepšieho života (Gierl 2016). V dnešnej dobe, nie sú to iba ľudia s nízkym sociálnym statusom. Migrantmi sú už i ľudia veľmi vzdelaní, ktorí odchádzajú so svojej krajiny do inej, za účel získania nových skúseností vo svojom obore. Odchádzajú i za možnosťami ďalšieho vzdelávania v cudzej krajine (Letavajová 2019). Musíme ich vnímať ako občanov inej krajiny, kultúry a náboženstva. Nie ako druhoradých členov (Farkasová 2005). Migranti potrebujú v novej krajine i zdravotnícku starostlivosť. Z humanitných dôvodov je zaväzujúce postarať sa o nich ako o ľudské bytosti.

Zdravotná starostlivosť o migrantov

Zdravotná starostlivosť pre nich a pre spoločnosť musí byť bezpečná. Predchádzame tým rizikám pri nezaočkovaných migrantoch, prenosu infekčných ochorení a sexuálne prenosných ochorení (Farkasová 2005). V rámci zdravotnej starostlivosti o migrantov, musíme rešpektovať ich náboženské a kultúrne zvyklosti. Multikulturalita má mnoho podôb (Farkasová 2005). Ošetrovateľská a pôrodná starostlivosť je viac dimenzionálna. Sestry a pôrodné asistentky sú súčasťou multidisciplinárneho tímu v starostlivosti o migrantov. Výsledným cieľom multikultúrneho ošetrovateľstva by mal byť spokojný pacient z inej kultúry a kompromis ošetrovateľskej starostlivosti medzi našou a jeho kultúrou (Gulášová 2014). Umenie byť zdravotníckym pracovníkom je neporušiť etické a právne normy (Simočková 2011). Už grécky antický lekár Hipokrates, v staroveku napísal prísahu, ktorá je platná i v súčasnom období. Úryvok z prísahy: *„Spôsob svojho života zasväťím podľa vlastných síl a svedomia úžitku chorých a budem ich ochraňovať pred každou krivdou a bezprávím. Ani prosbami sa nedám prinútiť na podanie smrtiaceho lieku, ani sám nikdy na to nedám podnet. Nijakej žene nepodám prostriedok na vyhnutie plodu. Keď pri svojej lekárskej praxi zbadám alebo vypočujem niečo, čo by malo zostať tajomstvom, o súkromnom živote ľudí všetko zamlčím a ako tajomstvo uchovám. Ak budem túto prísahu dodržiavať a poriadne splňať, nech sa mi dožiči žiť navždy šťastne, nech sa dožijem úcty všetkých ľudí a nech sa radujem z plodov svojho umenia. Ak ju však poruším či poškrvním, nech sa mi stane pravý opak“* (Hippokratova prísaha). V Hippokratovej prísaha sú cítiť etické princípy povolania. Etika je zameraná na ľudské konanie, jeho hodnoty a princípy. Morálka určuje konanie, čo je dobré a čo zlé. Je to súbor mravných noriem v spoločnosti. Právo nariaďuje požiadavky spoločnosti. Etika, morálka a právo sú vo vzájomnej interakcii. Pri poskytovaní zdravotníckej starostlivosti dodržiavame základné etické princípy, a to sú beneficiencia, nonmaleficiencia, autonómia, justícia a informovaný súhlas (Simočková 2011). Sestry a pôrodné asistentky k migrantom pristupujú holisticky (Hromová 2008). Posudzujú ich

stav z biologického, psychologického, sociálneho a spirituálneho pohľadu (Farkasová 2005). Snahou je dodržiavať odlišné špecifiká pri diagnostikovaní ochorenia vzhľadom na ich kultúru a náboženstvo (Hromová 2008). Zabezpečiť psychologickú pomoc migrantom, ktorí ju potrebujú. Pri ošetrovaní žien z iných kultúr, v gynekologickom a pôrodnickom ošetrovatelstve, dodržiavame nielen základné etické princípy (Simočková 2011), ale aj náboženské a kultúrne zvyklostí ošetrovaných žien (Wiczmandyová 2012). Zdravotnícki personál, ktorí ošetrú osoby z iných kultúr eliminuje negatívne faktory, vytvára pozitívne prostredie (jedná taktne, ohľaduplne, vhodne komunikuje, znižuje strach a úzkosť) (Lišková a kol. 2006).

Náboženstvo migrantov

Počas realizácie ošetrovateľskej starostlivosti, je potrebné dodržiavať princípy multikultúrnej ošetrovateľskej starostlivosti. Problémom býva jazyková bariéra (Hromová 2008). Dôležité je, aby sestry a pôrodné asistentky, si všímali a získali, pri komunikácii, informácie o hodnotách, viere, zvyklostiach a spôsobe liečenia v ich náboženstve (Farkasová 2005).

Niektoré náboženstvá striktne dodržiavajú svoje zvyklosti (ako vzhľad, odev, stravovacie návyky, spôsob života, relaxáciu, rolu, postavenie v rodine, spoločenský status, intimitu). V kresťanskom náboženstve je to viera v Boha, služba a pomoc chorým, chudobným, dodržiavanie desiatich prikázaní, pri chorobe využíva modlitbu. Pomazanie chorých sa môže vykonávať doma aj v nemocnici. Svätosť pomazania chorých vykonáva kňaz, položí ruky na chorého, modlí sa za neho a nakoniec ho pomaze olivovým olejom (Hromová).

Rómovia sa vo väčšej miere hlásia k rímskokatolíckej cirkvi. Na prvom mieste je u nich láska, potom rodina a zdravie je až na treťom mieste. Zdravotnú starostlivosť využívajú len do ústupu príznakov. Dôležitá je edukácia rómskeho etnika a rešpektovanie hodnotového systému (Ivanová a kol. 2005).

Pravoslávni kresťania, úprimne robia pokánie a dúfajú v uzdravenie a spásu svojej duše. Človek si uvedomuje svoje hriechy, pociťuje výčitky svedomia a dokáže sa úprimne kajať. Musí žiť v neustálej modlitbe a spoločensť. Uzdravenie vnímajú ako dar od Boha. O tomto dare rozhodne Pán Boh. Pomazanie pravoslávnym chorým sa dáva tým, ktorí potrebujú duchovné alebo telesné uzdravenie (Čo znamená pomazanie v pravoslávnej cirkvi). V súčasnosti je u nás príliv utečencov z Ukrajiny. O týchto ľudí je potrebné postarať sa aj pastoračne. Ukrajinci sú prevažne pravoslávni veriaci (Hromová 2008).

U židov voda zabezpečuje život vo všetkých formách. Z biblického pohľadu má významnú úlohu v uzdravovaní chorých. Určitý druh uzdravenia, je každá očista tela, či už telesného alebo duchovného. Očistné vyžívanie vody predpisovali Božie zákony, k očisteniu ľudí a nečistých vecí. Židia, hlavne ortodoxní, vedú svoje

deti k dodržiavaniu zásad kóšer stravovania. Modlia sa trikrát denne (Slivka 2013).

Migranti, zo Sýrie a Iránu, sú občania, pochádzajúci z krajín s dobrou zdravotníckou infraštruktúrou, majú osvojený vysoký hygienický štandard, s dobrým vzdelaním a majú hygienickými návykmi.

Islam je jedno z troch najrozšírenejších náboženstiev sveta. Je to viera v jediného Boha, Alaha. Moslim je človek, ktorý uctieva Alaha. Modlitbu vykonáva päťkrát denne: pred východom slnka, na poludnie, popoludní, po západe slnka a v noci. Korán zakazuje konzumáciu bravčového mäsa (Gulášová 2014). Zdravotná starostlivosť je špecifická. U mužov je oblasť medzi pupkom a kolenami tabu. Mužom by mal ošetrovať personál mužského pohlavia, najmä pokiaľ ide o intímnu oblasť (Gulášová 2014). Pri vyšetrení a ošetrovaní ženy by mala byť lekárka, personál ženského pohlavia. Mužom je starostlivosť zakázaná. Ak to nie je možné, požiada sa manžel o výnimku, ale musí byť prítomný pri vyšetrení (Biely, 2017). Ak je moslim pacient, krv, exkrementy a telesné tekutiny sú pre neho nečisté. Pokiaľ je nimi znečistený, musí nasledovať umývanie pod tečúcou vodou. V prípade ležiaceho moslima, je potrebné, aby mal k dispozícii dostatok prevarenej vody, pretože tá má vedľa tečúcej vody očistný účinok. Moslimskej pacientke stravu musí podávať len žena a pri kŕmení **používame zásadne pravú ruku (Gulášová 2014).**

Ošetrovateľská starostlivosť o migrantov

Migrantov s nízkym sociálnym statusom zaradujeme k rizikovým skupinám obyvateľstva Hromová 2008). Táto skupina ľudí, svojím správaním priamo alebo nepriamo ohrozuje, vedome i nevedome seba, svojich blízkych a všetkých ostatných. K týmto rizikovým skupinám obyvateľstva zaradujeme bezdomovcov, narkomanov, prostitútky, homosexuálov, sociálne slabé skupiny a rómske etnikum. Ich spoločným menovateľom je nízky hygienický štandard, podvýživa, častá imunodeficiencia, takmer nulová compliance, častokrát chýbajúce základné vzdelanie, prevláda u nich rizikové správanie (promiskuita, chýbajúca osвета prevencie prenosu STD). Problémom je zabezpečiť dispenzarizáciu a zdravotnú starostlivosť po dehospitalizácii.

Pri ošetrovaní jedincov z inej kultúry, vychádzame z viery, ktorú ošetrovaný jedinec vyznáva (Lišková a kol. 2006). Dôležité je poznanie základných špecifik danej viery (Biely, 2017). Na Ukrajine je najrozšírenejšia pravoslávna cirkev. Ich rodným jazykom je ukrajinčina, respektíve ruština (Hromová 2008). Pri poskytovaní ošetrovateľskej a gynekologicko- pôrodníckej starostlivosti môže byť problémom jazyková bariéra. S súčasnosťou pracuje na Slovensku zdravotnícky personál z Ukrajiny (lekári, sestry, pôrodné asistentky), ktorý problém jazykovej bariéry eliminujú. V určitých prípadoch, počas ošetrovania, je

možné požiadať o pomoc tlmočníka, alebo využiť elektronickú formu (Hromová 2008). Pri ošetrovaní je dôležité brať ohľad na intimitu ošetrovaného. Veriaci chorý prosí Boha o odpustenie. Migranti, pacienti z Ukrajiny, sa emocionálne neprejavujú. Pri hospitalizácii nemajú špeciálne požiadavky. Rodinných príslušníkov, vo väčšine prípadov, nemajú v blízkosti, lebo sa nenachádzajú v krajine (Ivanová a kol. 2005).

Deti- migranti

Najzraniteľnejšou skupinou migrantov sú maloleté deti bez sprievodu. Na odchod z krajiny je viac dôvodov, napríklad vojnový konflikt, zlá ekonomická situácia, bezpečnosť, obchodovanie s deťmi, vyslanie za rodinou a iné. O túto skupinu migrantov, starostlivosť preberajú štátne orgány (Giert 2016).

Deti migrantov, tak ako iné deti, majú byť prijímané do nemocnice iba v nevyhnutnom prípade, ak starostlivosť o choré dieťa nie je možné zabezpečiť v domácom prostredí. Ak je hospitalizácia nevyhnutná, práma sa k dieťaťu rodič, alebo osoba zodpovedná za dieťa (Charta práv hospitalizovaných detí).

Každé dieťa bez rozdielu rasy, farby, pohlavia, jazyka, 'náboženstva má právo na ochranu (Deklarácia práv dieťaťa).

So zvyšujúcou sa migráciou a jazykovou gramotnosťou ľudí, sa bariéry v ošetrovateľskej starostlivosti eliminujú.

Záver

Pri starostlivosti o pacientov z rôznych etník a krajín, zdravotnícky personál nesmie zabúdať na dodržiavanie práv pacienta. Zapojený do tohto procesu sú riadiaci pracovníci, zákonodárne orgány a vláda (Scholtzová 2011).

Osoby, ktorým bolo poskytnuté dočasné útočisko a nemajú verejné zdravotné poistenie, majú právo na poskytnutie **neodkladnej zdravotnej starostlivosti a potrebnej zdravotnej starostlivosti**. Rozsah potrebnej starostlivosti je vymedzený Ministerstvom zdravotníctva. Potrebná zdravotná starostlivosť zahŕňa aj ošetrovanie ambulanciou pohotovostnej služby, záchranej zdravotnej služby či konzultácie u praktického lekára, vrátane preventívnej zdravotnej starostlivosti a očkovania (Informácie a pomoc v súvislosti s vojnou na Ukrajine).

Problematikou migrácie sa celosvetovo zaoberajú mdzinárodné organizácie, ako sú OSN (Organizácia Spojených národov), Medzinárodná organizácia pre migráciu (International Organization for Migration), Úrad Vysokého komisára OSN pre utečencov (United Nations High Commissioner for Refugees), OHCHR (Úrad Vysokého komisára OSN pre ľudské práva) a UNICEF (Detský fond OSN) (Giertl 2016).

BIBLIOGRAFIA

BIELY, R. 2017. Ošetrovateľská starostlivosť o migrantov v utečeneckom tábore Alexandria v Grécku. In: *Florence*. Praha: Care Comm s.r.o. ISSN:1801-464X, 2017, č. 3, 33-35s.

FARKAŠOVÁ, D. a kol. 2005. *Ošetrovateľstvo teória*. Martin: Vydavateľstvo Osveta. 2005. 216 s. ISBN 80-8063-182-4

GIERTL, A. 2016. Aktuálne otázky migrácie z pohľadu medzinárodného práva s osobitným zreteľom na chartu základných práv európskej únie. Vydavateľ: Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, EQUILIBRIA, s.r.o. 2016. 152 s. ISBN 978-80-8152-435-6, eISBN 978-80-8152-436-3

GULÁŠOVÁ, I. a kol. 2014. *Etické aspekty a špecifika ošetrovateľskej starostlivosti u pacienta moslimského vyznania*. [online] [cit.2022-10-11]
Dostupné na internete: <https://www.linkos.cz/lekar-a-multidisciplinarni-tym/kongresy/po-kongresu/databaze-tuzemskych-onkologickych-konferencnich-abstrakt/eticke-aspekty-a-specifika-oseitrovatelske-starostlivosti-u-pacienta-muslimskeho/>

HROMOVÁ, M. 2008. *Specifika ošetrování Ukrajinských a Ruských klientů*. Diplomová práca. České Budejovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta. 2008. 100 s. . [online] [cit.2022-10-13]
Dostupné na internete:
https://theses.cz/id/h6rbm5/downloadPraceContent_adipIdno_7366

Hippokratova prisaha: [online] [cit.2022-10-01] Dostupné na internete:
<https://lzz.sk/zdruzenie/stanovy/49-priloha-ii-hippokratova-prisaha-v-zneniach-a-vo-verziach>

IVANOVÁ, K.- ŠPIRUDOVÁ, L.- KUTNOHORSKÁ J. 2005. *Multikulturní ošetřovatelství I*. 1.vyd. Praha: Grada, 2005. 248 s. ISBN 80-247-1212-1

LETAVAJOVÁ, S., DIVINSKÝ, B. 2019. *Náš spoločný domov migrácia a rozvoj na Slovensku*. Bratislava: Slovenská katolícka charita, Faxcopy.as, 2019. 64 s. ISBN 978-80-967870-2-9

LÍŠKOVÁ, M. – NADASKÁ, I. a kol.. 2006. *Základy multikultúrneho ošetrovateľstva*. Martin: Osveta, 2006. 69 s. ISBN 80-8063-216-2

SCHOLTZOVÁ, E. 2011. *Znalosti všeobecných sestier pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti jedincom rôznych etník*. Diplomová práca. Brno: Masarykova univerzita, Lekárska fakulta, Katedra ošetrovateľství. 2011. 76 s. [online] [cit.2022-10-10] Dostupné na internete: <https://is.muni.cz/th/mpehp/DP.pdf>

SIMOČKOVÁ, V. 2011. *Gynekologicko- pôrodnické ošetrovateľstvo*. Martin: Vydavateľstvo Osveta. 2011. 216 s. ISBN 978-80-8063-362-2
SLIVKA, D. a kol.. 2013. *Židovská kultúra v multikultúrnej edukácii*. Prešov: Prešovská univerzita v Prešove. 2013. 376 s. ISBN 978-80-555-0924-2

WICZMÁNDYOVÁ, D., TKÁČOVÁ Ľ. 2012. *Multikultúrny dialóg v pomáhajúcich profesiách*. Zborník vedeckých prác a abstraktov. Vydal: Vysoká škola zdravotníctva sociálnej práce sv. Alžbety, Bratislava n.o. Detašované pracovisko Bl. Metoda D. Trčku Michalovce, 235 s. ISBN978-80-89542-15-4 EAN 9788089542154

Čo znamená pomazanie v pravoslávnej cirkvi. Čo je zvolávanie a ako sa vykonáva? Sviatosť pomazania [online] [cit.2022-10-10] Dostupné na internete: <https://podarilove.ru/sk/chto-oznachaet-soborovanie-v-pravoslavnoi-cerkvi-chto-takoe-soborovanie-i-kak/>

Deklarácia práv dieťaťa, vyhlásená rezolúciou Valného zhromaždenia 1386 (XIV) z 20. novembra 1959 [online] [cit.2022-10-10] Dostupné na internete: <https://online.zilinskazupa.sk/getattachment/Info-modul/Sluzby/Informovanie-o-ochrane-prav-dietata,-jeho-zivota-a/Deklaracia-prav-dietata.pdf.aspx>

Charta práv hospitalizovaných detí [online] [cit.2022-10-10] Dostupné na internete: <https://www.procare.sk/wp-content/uploads/2018/11/charta-prav-hospitalizovanych-deti-sj.pdf>

Informácie a pomoc v súvislosti s vojnou na Ukrajine [online] [cit.2022-10-10] Dostupné na internete: <https://www.mic.iom.sk/sk/novinky/757-info-ukrajina.html>

Kontakt na autora:

PhDr.Bc. Miroslava Bednáriková, PhD.

FNsP Nové Zámky

Slovenská 11

940 01 Nové Zámky

miroslava.zajickova@gmail.com

VNÍMANÁ SKÚSENOSŤ Z PRIAMEJ INTERAKCIE S UTEČENCAMI S OHLADOM NA VEK ŠTUDENTOV

THE PERCEIVED EXPERIENCE FROM DIRECT INTERACTION WITH REFUGEES TO THE AGE OF THE STUDENTS

Gulášová Monika¹, Vansač Peter²

^{1,2}*Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety Bratislava, n. o.
Inštitút bl. Metóda Dominika Trčku Michalovce*

Abstrakt

Teoretické východiská: Humanitárna pomoc, ktorá bola prirodzenou reakciou mnohých organizácií na vojnový konflikt na Ukrajine, bola poskytovaná aj študentami VŠZaSP sv. Alžbety priamo na hraničnom prechode Vyšné Nemecké a ako aj v hot spote v Michalovciach. Sprevádzanie v krízovej situácii kladie nároky na osobnostnú zrelosť a integritu, ktorá sa podpisuje aj pod skúsenosti z danej interakcie medzi utečencami a pomáhajúcimi profesionálmi.

Cieľ: Cieľom predloženého príspevku bolo zistiť skúsenosť študentov odborov sociálna práca a ošetrovatel'stvo z priamej interakcie s utečencami ako v miere poskytovanej pomoci tak v miere skúsenosti z danej interakcie.

Metódy: Výskum bol realizovaný kvantitatívnou formou, nástrojom bol dotazník vlastnej konštrukcie, ktorým boli oslovení študenti VŠZaSP sv. Alžbety, Inštitútu bl. D.M.Trčku v Michalovciach, ktorí sa zúčastnili humanitárnej pomoci. Dotazník obsahoval položky ako socio-demografického charakteru, tak položky zamerané na výkon odbornej činnosti odborov sociálna práca a ošetrovatel'stvo, frekvenciu poskytovanej pomoci ako aj otvorené otázky zamerané na subjektívnu skúsenosť z danej činnosti. Nástroj bol distribuovaný elektronicky. Výskumný súbor bol zrovnocnený pre možnosť komparácie.

Výsledky: Študenti oboch odborov, ako sociálnej práce tak ošetrovatel'stva v strednej dospelosti disponujú lepšími sociálnymi zručnosťami a zároveň majú nižšiu tendenciu k reaktívnosti oproti študentom v mladšej dospelosti.

Záver: Naše zistenia naznačujú, že u študentov pomáhajúcich profesií miera osobnostnej integrity a zrelosti súvisí s mierou pozitívnej skúseností z priamej interakcie s utečencami. Dané zistenie koreluje aj s predpokladanou vyššou mierou sebapoznania a sociálnych zručností u študentov v strednej dospelosti.

Kľúčové slová

Skúsenosť. Interakcia. Dospelosť a zrelosť. Utečenec.

Abstract

Theoretical starting points: Humanitarian aid, which was a natural reaction of many organizations to the war conflict in Ukraine, was also provided by students of VŠZaSP Sv. Alžbety directly at the Vyšné Nemecké border crossing and also in the hot spot in Michalovce. Escorting in a crisis situation demands personal maturity and integrity, which is also reflected in the experience of the given interaction between refugees and helping professionals.

Aim: The aim of the presented paper was to find the experience of students of the fields of social work and nursing from direct interaction with refugees, both in the degree of assistance provided and in the degree of experience from the given interaction.

Methods: The research was carried out in a quantitative form, the tool was a self-constructed questionnaire, which was addressed to the students of VŠZaSP sv. Alžbety, Institute of St. D.M. Trčka in Michalovce, who participated in humanitarian aid. The questionnaire contained items of a socio-demographic nature, as well as items focused on the performance of the professional activity of social work and nursing, the frequency of assistance provided, as well as open questions focused on the subjective experience of the given activity. The tool was distributed electronically. The research set was equalized for the possibility of comparison.

Results: Students of both fields, social work and nursing, in middle adulthood have better social skills and at the same time have a lower tendency to reactivity compared to students in younger adulthood. **Conclusion:** Our findings suggest that for helping professions students, the degree of personal integrity and maturity is related to the degree of positive experience of direct interaction with refugees. This relationship is also correlated with the assumed higher level of self-awareness and social skills among students in middle adulthood.

Keywords

Experience. Interaction. Adulthood and maturity. A refugee.

Úvod

Skúsenosť je prirodzeným zázemím nášho života. Môžeme ňou nazvať telesnú existenciu duševných stavov. Čo sa stalo, môžeme pochopiť tým, že si to prejdeme cez myšlienky a uvedomenie, získame analýzu a závery. Kultúra skúseností je znalosť toho, kedy a ako sa najlepšie zažívať. A kedy a ako to nie je potrebné. A nielen poznanie, ale aj zručnosť a zvyk robiť to pravidelne. Je to podstatná stránka vzťahov jedinca k okolitému svetu, ktorá súvisí so spracúvaním dojmov o okolitom svete (čo sa uskutočňuje vedome a zároveň s

učením), alebo získané znalosti, schopnosti a zručnosti technického a metodického charakteru. Podľa toho, aké kategórie alebo pojmy intervenujú v našich úvahách o skúsenosti, skúsenosť chápeme ako dianie, priebeh, proces, výsledok a pod. Skúsenosť (od „skúsiť“, „vyskúšať“) sa používa aj v niekoľkých významoch: nadobudnutá šikovnosť, získaná dlhodobou praxou: „skúsený lekár“, „životná skúsenosť“; výsledok obvykle zmyslového vnímania, zdroj poznania, ktorý ešte nemusí byť formulovaný slovami: „skúsenosť červenej farby“; trvalý výsledok zážitku alebo prežitia (napr. prežitie, zažitie určitej udalosti): vnútorná skúsenosť, náboženská skúsenosť; empiria – výsledok riadeného a opakovateľného pozorovania, najmä v empirických vedách. Vo všetkých prípadoch sa kladie dôraz na bezprostrednú vlastnú skúsenosť v protiklade napríklad k veciam naučeným, vypočutým od iných alebo prečítaných. Potiaľto je skúsenosť v pravom zmysle slova neprenositelná a len ťažko vysvetliteľná. V pomáhajúcich profesiách je zážitok vlastnej skúsenosti z interakcie z inými nezastupiteľnou zložkou formovania nielen budúceho profesionála, ale aj zložkou osobnostnej integrity.

V rámci prístupu pozitívnej psychológie je integrita chápaná ako osobnostná charakteristika úzko prepojená na autenticitu a úprimnosť. Integrita, autenticita a úprimnosť zachytávajú také charakterové črty, ktorých nositelia sú skutočne sami sebou a súkromne, ako aj verejne, zastávajú svoje vnútorné stavy, zámery a záväzky. Takíto ľudia prijímajú zodpovednosť za svoje prežívanie a správanie také, aké sú, a zároveň akceptujú všetko pozitívne aj negatívne, čo to so sebou prináša. Úprimnosť vypovedá najmä o medziľudskej pravdivosti a pravde vo faktoch. Autenticita je spojená s pravdivosťou, hodnovernosťou vlastného života a s emocionálnou nefalšovanosťou. Integrita vypovedá najmä o vnútornej nerozštiepenosti človeka a jeho morálnej bezúhonnosti (Seligman – Peterson, 2004). F. Kofman (2010) integritu vymedzuje ako „vernosť vlastnému systému hodnôt“. „Integrita nám dáva bezpodmienečnú moc vyjadrovať nami najuznávanejšie hodnoty a byť na seba hrdý. A poskytuje tiež záchrannú sieť v podobe vnútorného pokoja a dôstojnosti, keď sa nám práve nedarí“ (Kofman, 2010, s. 95). E. Erikson (1999) uvádza, že pojem integrita má relatívne neočakávaný slovotvorný základ. Koreňom daného slova je „tact,“ čo odkazuje na dotyk, dotknuteľnosť, hmat. Tvrdí, že bez „dotyku“, bez kontaktu nie je možný život a osobný rast. Teda aj integrita by podľa neho nemala byť len vzdialeným, nedosiahnuteľným ideálom, ku ktorému sa snažíme smerovať a ktorý, ak to je vhodné, vypíšeme občas na transparenty. Mala by nám sprostredkúvať kontakt medzi naším bytím a svetom, ľuďmi, ba aj vecami. Integrita by mala byť životným štýlom bytia v dotyku, úzkom kontakte s každodennou realitou. Taký život si vyžaduje riadenie každej činnosti s vytrvalou pozornosťou k detailom, so všímavosťou, ktorá je nevyhnutá pre

dobré prežitý deň. Otvorenosť, živosť, bohaté využívanie zmyslov by mali prevládať vo všetkých vzťahoch. Potom všetko, čo sa v živote jednotlivca udeje, nadobúda zvláštny význam. City, ktoré človek prežíva sú plné, úprimné a zušľachtené skúsenosťou, či je to kvitnúca láska, jemný obohacujúci smútok, pohľady do minulosti, alebo hrejivé priateľstvá. Prítomnosť je prirodzená, plná drobných radostí, príjemností a smiechu. Je to aktívny vyvíjajúci sa proces, univerzálne prijatie ľudského údely. Medzi mierou integrity a fyzickým vekom však nemusí byť priama úmera, hoci je vysoko pravdepodobné, že životné skúsenosti jedinca v strednej dospelosti budú bohatšie ako u jedinca v mladšej dospelosti a významne korelujú s jeho schopnosťou integrovať nové skúsenosti, akou môže byť priama interakcia s utečencami.

Utečenec je osoba, ktorá sa nachádza mimo svojej krajiny pôvodu a má opodstatnené obavy z prenasledovania z rasových, náboženských, národnostných, politických dôvodov alebo z dôvodu príslušnosti k určitej sociálnej skupine a vzhľadom k týmto obavám nemôže alebo nechce využiť ochranu svojej krajiny. Všeobecne platná definícia utečenca je daná Dohovorom OSN z roku 1951 o právnom postavení utečencov. Dohovor bol prijatý v Ženeve a je to univerzálny medzinárodný nástroj ochrany utečencov. Aby mohla byť osoba považovaná za utečenca, musí preukázať, že spĺňa definíciu utečenca v ňom uvedenú. Slovo utečenec je teda pojmom medzinárodného práva verejného a označuje osobu v špecifickej situácii, ktorej medzinárodné právo priznáva osobitú ochranu a špeciálne postavenie.

Cieľ výskumu

Cieľom nášho výskumu bolo zistiť rozdiely u študentov odboru sociálna práca a ošetrovateľstvo v miere ich priamej skúsenosti z interakcie z utečencami. Východiskovou tézou bola rôzna miera osobnostnej zrelosti v mladšej a strednej dospelosti u študentov a v jej dôsledku iná miera skúsenosti v rámci humanitárnej pomoci utečencom. Čiastkovými stanovenými cieľmi bol zámer zistiť rozdiely v miere priameho výkonu medzi študentami sociálnej práce a ošetrovateľstva v mladšej a strednej dospelosti a zistenie rozdielov vo vykonávanej práci medzi študentami v mladšej a strednej dospelosti. Pre zistenie stanovených cieľov sme postulovali nasledujúce hypotézy:

H1: Študenti v mladšej dospelosti budú vykazovať významne odlišnú mieru priameho výkonu ako študenti v strednej dospelosti.

H2: Študenti v strednej dospelosti sa budú podieľať na významne viac činnostiach v rámci vykonávanej práce ako študenti v mladšej dospelosti.

H3: Študenti v strednej dospelosti budú vykazovať významne vyššiu mieru skúsenosti z priamej interakcie v rámci praxe ako študenti v mladšej dospelosti.

Charakteristika súboru a metodika

Výskumný súbor bol získaný zámerným výberom. Celkový výskumný súbor tvorilo 108 študentov Vysokej školy zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave, Inštitútu bl. M. D. Trčku v Michalovciach. Boli to študenti v študijnom odbore sociálna práca a ošetrovateľstvo, v bakalárskom i magisterskom stupni štúdia, dennej a externej formy, ktorí sa zapojili do poskytovania humanitárnej pomoci na hraničnom prechode Vyšné Nemecké a v hot spote v meste Michalovce.

Pre potreby zrovnocnenia študentov z hľadiska veku, pohlavia a študijného odboru náš vyselektovaný výskumný súbor bol tvorený 56 študentami, ktorých charakteristiky uvádzame v tabuľke č.1.

Tab. č. 1 Charakteristika zrovnocneného výskumného súboru (n56)

		SP (n 28)	OŠE (n 28)
pohlavie	muž	8	8
	žena	20	20
vek	do 25 rokov	12	16
	26 – 45 rokov	12	16

Pre získanie relevantných údajov bol využitý online dotazník vlastnej konštrukcie, ktorý bol distribuovaný elektronickou formou. Dotazník bol tvorený 20 otázkami, ktoré boli zamerané na zistenie informácií o študentovi, jeho odbore, frekvencii a obsahu vykonávaných činností v rámci humanitárnej pomoci, postojov k utečencom. 19 položiek bolo formou škálovaných odpovedí. Posledná položka mala formu voľnej odpovede zameranej na vlastnú skúsenosť z interakcie s utečencami a bola spracovaná kvalitatívne. Štatistické spracovanie bolo realizované v programe SPSS 28.0. Bola overená normalita rozloženia údajov, a na základe zistenia o nie normálnom rozložení bola použitá neparametrická štatistika, konkrétne Mann Whitney test pre dva nezávislé výbery a deskriptívna štatistika.

Analýza a komparácia výsledkov výskumu

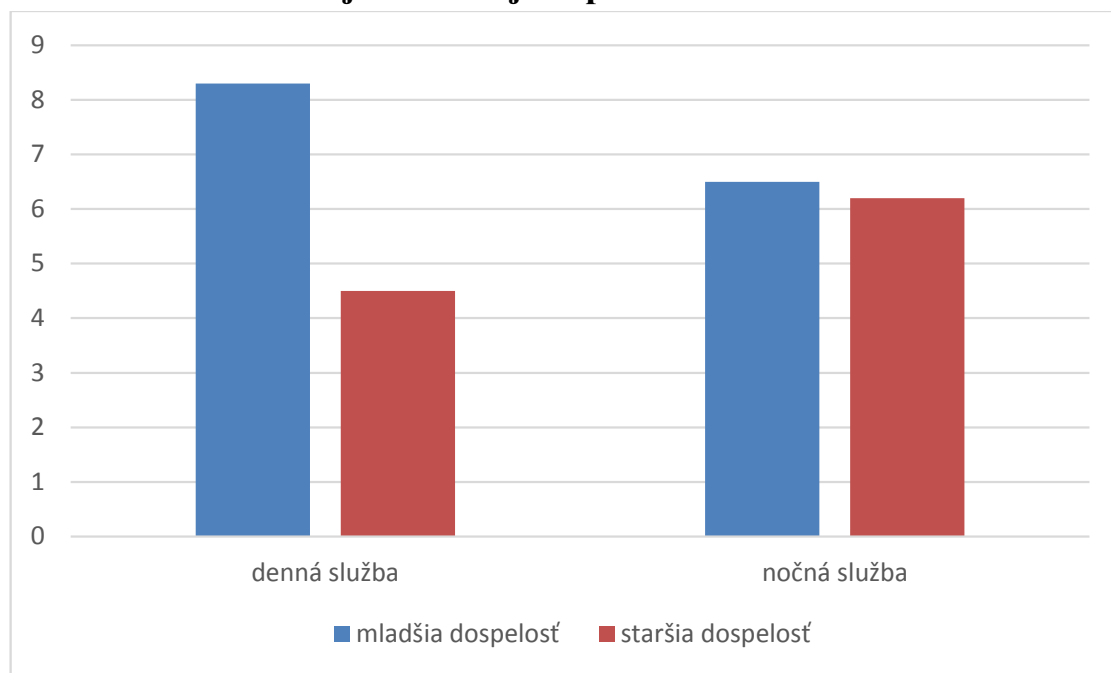
V našom výskume sme si za prvý cieľ stanovili zistiť či existujú rozdiely v priamom výkone denných a nočných služieb u študentov sociálnej práce a ošetrovateľstva v mladšej a staršej dospelosti.

Tab. č. 2 Rozdiely v miere priameho výkonu služieb u študentov v mladšej a strednej dospelosti zistené Mann Whitneyho testom pre dva nezávislé výbery.

	MW	Z	sig.
Denná služba	1031,4	-2,100	0,014
Nočná služba	1118,2	-2,220	0,335

Legenda: MW: hodnota testu pre dva nezávislé výbery, sig.: hladina významnosti testu

Graf č.1: Komparácia priemernej početnosti priameho výkonu služieb u študentov v mladšej a strednej dospelosti



Zistili sme významné rozdiely v miere denných služieb, do ktorých sa významne viac zapojili študenti v mladšej dospelosti. Zatiaľ čo študenti v mladšej dospelosti absolvovali v priemere 8,3 dennej služby, študenti v strednej dospelosti absolvovali 6,5 dennej služby v rámci humanitárnej pomoci. V miere nočných služieb významné rozdiely neboli zistené. U študentov v mladšej dospelosti dosiahla priemerná hodnota 6,5 služby na študenta, v kategórii staršej dospelosti to bola priemerná hodnota 6,2 služby na študenta. Predpokladáme, že úlohu v zistených rozdieloch zohrala aj profesná rola v strednej dospelosti ako aj rodičovská rola u študentov v tejto vekovej kategórii, ktorá významne limituje možnosť kumulácie ďalších činností študentov. Je pozitívnym zistením, že v miere nočných služieb významné rozdiely napriek uvedeným skutočnostiam, ktoré charakterizujú strednú dospelosť zistené neboli a študenti boli ochotní investovať svoj čas do podpory humanitárnej pomoci. Hypotéza bola potvrdená.

V druhej postulovanej hypotéze sme chceli zistiť rozdiely medzi študentami v mladšej a strednej dospelosti vo vykonávaných činnostiach v rámci

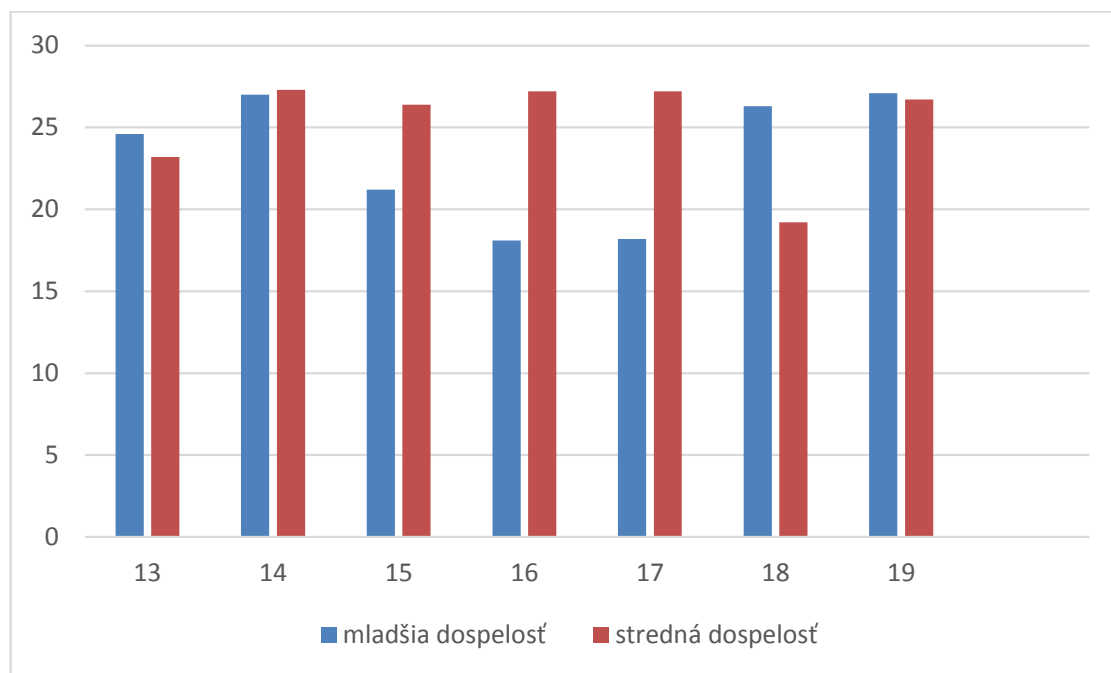
vykonávanej práce. Pre zistenie konkrétnej náplne práce sme kategorizovali nasledujúce oblasti: **A** Nadviazal som prvý kontakt s utečencami, **B** Pomáhal som pri registrácii, **C** Pomáhal som pri vydávaní stravy, **D** Pomáhal som pri poskytovaní humanitárnej pomoci (oblečenie, potraviny, detské výživové doplnky), **E** Pomáhal som pri hľadaní ubytovania a dopravy, **F** Pomáhal som pri tlmočení, **G** Robil/a som ošetrovateľské úkony, **H** Pomáhal/a som lekárovi pri ošetrovaní. Uvedené kategórie pokrývajú väčšinu činností študentov sociálnej práce a ošetrovateľstva, s ktorými sa počas výkonu práce v rámci humanitárnej pomoci stretli.

Tab. č. 3 Rozdiely v miere vykonávaných činností počas služieb u študentov v mladšej a strednej dospelosti zistené Mann Whitneyho testom pre dva nezávislé výbery.

	MW	Z	sig.
5A	1315,0	-0,244	0,041
5B	1272,0	-0,239	0,775
5C	1327,0	-0,248	0,036
5D	1311,0	-0,227	0,892
5E	1317,5	-0,249	0,023
5F	1313,0	-0,304	0,042
5G	1285,5	-0,282	0,019
5H	1308,0	-0,296	0,031

Legenda: MW: hodnota testu pre dva nezávislé výbery, sig.: hladina významnosti testu

Graf č.2: Komparácia početnosti výkonov počas služieb u študentov v mladšej a strednej dospelosti



Zistili sme významné rozdiely vo vykonávaní viacerých činností. Konkrétne, v oblastiach **A** Nadviazal som prvý kontakt s utečencami (28 študentov z 28), **E** Pomáhal som pri hľadaní ubytovania a dopravy (17 študentov z 28), **F** Pomáhal som pri tlmočení (12 študentov z 28), **G** Robil/a som ošetrovateľské úkony (14 študentov z 28), **H** Pomáhal/a som lekárovi pri ošetrovaní (14 študentov z 28), významne viac boli angažovaní študenti v strednej dospelosti. Naopak, v oblasti **C** Pomáhal som pri vydávaní stravy (28 študentov z 28), dominovali študenti v mladšej dospelosti. V oblastiach **B** Pomáhal som pri registrácii, **D** Pomáhal som pri poskytovaní humanitárnej pomoci (oblečenie, potraviny, detské výživové doplnky), významné rozdiely zistené neboli. Zistené rozdiely vo veľkej miere korelujú aj s jazykovými znalosťami študentov, zatiaľ čo väčšina študentov v strednej dospelosti ovláda ruský jazyk ako aj rusínsky jazyk, u študentov v mladšej dospelosti dominuje znalosť anglického jazyka, ktorý však nie je ukrajinským utečencom až tak blízky. Nemožnosť priamej komunikácie bez zjavných bariér významne limitovala skúsenosť študentov pri interakcii s utečencami. Hypotéza bola potvrdená.

V tretej hypotéze sme predpokladali, že študenti v strednej dospelosti budú vykazovať významne vyššiu mieru skúsenosti z priamej interakcie v rámci výkonu humanitárnej pomoci ako študenti v mladšej dospelosti. Pre verifikáciu nášho tvrdenia sme najčastejšie výroky kategorizovali do nasledujúcich oblastí: **13:** Stretol(a) som s veľmi vystrašenými, skromnými a statočnými ľuďmi, ktorí

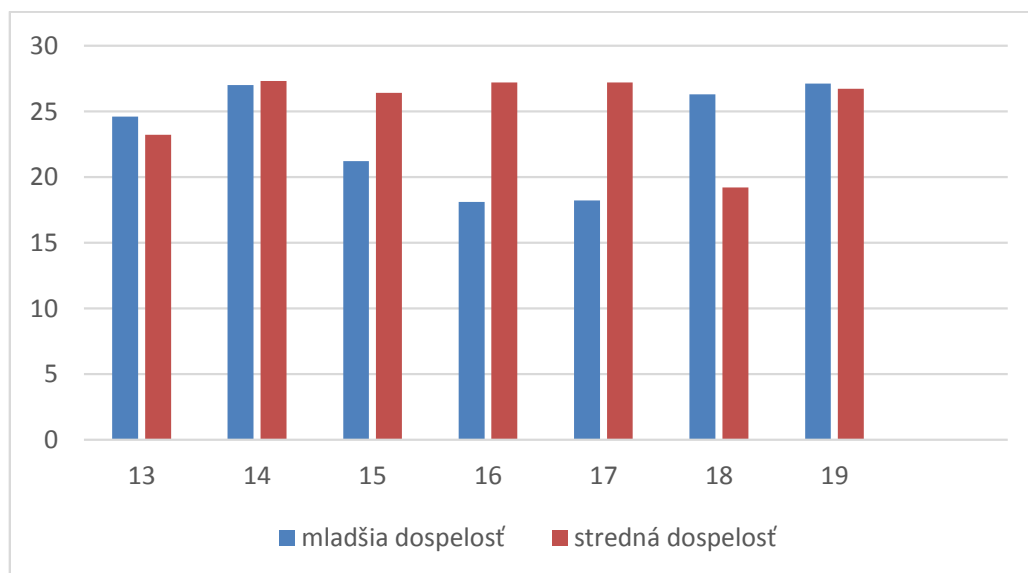
utekali pred vojnou, **14:** dal/a som im najavo, že ich osud pre mňa nie je ľahostajný..., **15:** zaujímal/a som sa o utečencov a ich osudy a kam smerujú, či majú ku komu ísť, **16:** ukrajinský jazyk mi nerobil veľké problémy, keď som sa sústredil, podstatné veci som rozumel, **17:** nemal/a som problém nadviazať kontakt s deťmi, ktoré prichádzali so svojimi mamami z Ukrajiny, **18:** počas mojej praxe s odídencami z Ukrajiny som v sebe objavil(a) netušenú mieru súcitu a solidarity, **19:** keď počujem slovo utečenec alebo odídenec tak osoba utečenca prestáva byť len „objektom“ alebo „číslo“.

Tab. č. 4 Rozdiely v skúsenosti z priamej interakcie s utečencami počas služieb u študentov v mladšej a strednej dospelosti zistené Mann Whitneyho testom pre dva nezávislé výbery.

	MW	Z	sig.
13	1180,0	- 0,557	0,902
14	1084,5	- 0,539	0,890
15	1102,0	- 0,520	0,044
16	1104,5	- 0,537	0,023
17	1104,5	- 0,537	0,023
18	1102,0	- 0,574	0,038
19	1088,0	- 0,540	0,804

Legenda: MW: hodnota testu pre dva nezávislé výbery, sig.: hladina významnosti testu

Graf č.3: Komparácia skúseností z priamej interakcie s utečencami počas výkonov služieb u študentov v mladšej a strednej dospelosti



Zistili sme významné rozdiely vo väčšine oblastí. Študenti v mladšej dospelosti dominovali v oblasti **13**: Stretol(a) som s veľmi vystrašenými, skromnými a statočnými ľuďmi, ktorí utekali pred vojnou, a v oblasti (takmer 25 z 28 študentov) **18**: počas mojej praxe s odídencami z Ukrajiny som v sebe objavil(a) netušenú mieru súcitu a solidarity (26 z 28 študentov). Študenti v strednej dospelosti významne viac súhlasili s položkami **15**: zaujímal/a som sa o utečencov a ich osudy a kam smerujú, či majú ku komu ísť (26 z 28 študentov), **16**: ukrajinský jazyk mi nerobil veľké problémy, keď som sa sústredil, podstatné veci som rozumel (27 z 28 študentov), **17**: nemal/a som problém nadviazať kontakt s deťmi, ktoré prichádzali so svojimi mamami z Ukrajiny (27 z 28 študentov). V oblasti **14**: dal/a som im najavo, že ich osud pre mňa nie je ľahostajný..., sme nezistili významné rozdiely. Obe vekové kategórie sa zhodli na správnosti daného tvrdenia v plnej miere (28 študentov v oboch vekových kategóriách). Z uvedených zistení vyplýva, že študenti v mladšej dospelosti významne viac vnímali emocionálny kontext interakcie s utečencami, zatiaľ čo v strednej dospelosti dominoval okrem emocionálneho kontextu aj konatívny. Naše zistenia korelujú s predpokladom väčšej osobnostnej zrelosti v strednej dospelosti a miere osobnostnej integrity, ktorá reflektuje nielen emocionálnu zložku situácie. Svoju úlohu v skúsenostiach určite zohral aj fakt chýbajúcej analógie s danou situáciou (kontakt s vojnovými utečencami) a lepšia miera adjustácie u študentov v strednej dospelosti na základe väčších životných skúseností aj s krízovými situáciami hoci inej kategórie. Hypotéza 3 bola potvrdená.

Diskusia

V našom výskume sme si za prvý cieľ stanovili zistiť rozdiely v priamom výkone denných a nočných služieb u študentov sociálnej práce a ošetrovateľstva v mladšej a staršej dospelosti. Zistili sme významné rozdiely v miere denných služieb, do ktorých sa významne viac zapojili študenti v mladšej dospelosti. Zatiaľ čo študenti v mladšej dospelosti absolvovali v priemere 8,3 dennej služby, študenti v strednej dospelosti absolvovali 6,5 dennej služby v rámci humanitárnej pomoci. V miere nočných služieb významné rozdiely neboli zistené. Na základe online výsledkov Sčítania obyvateľov domov a bytov z roku 2021 vyplýva, že v Košickom kraji je až 47% obyvateľov slobodných a 23% žien bezdetných. Tento trend kulminuje najmä vo väčších mestách, ku ktorým sa v rámci kraja radia aj Michalovce a práve v tomto kontexte vnímame zistené rozdiely. U študentov ku koncu strednej dospelosti rodičovská rola bráni v charitatívnych aktivitách v dennom čase, ktorý sú nútení vybalansovať medzi prácou a rodinou a rodičovstvo, naproti tomu študentov v mladšej dospelosti tento limit necharakterizuje.

V druhej postulovanej hypotéze sme chceli zistiť rozdiely medzi študentami v mladšej a strednej dospelosti v konkrétnych vykonávaných činnostiach. Zistili sme významné rozdiely vo vykonávaní viacerých činností. Študenti v strednej dospelosti dominovali vo viacerých oblastiach, v oblasti A Nadviazal som prvý kontakt s utečencami, v oblasti E Pomáhal som pri hľadaní ubytovania a dopravy, v oblasti F Pomáhal som pri tlmočení, v oblasti G Robil/a som ošetrovateľské úkony, v oblasti H Pomáhal/a som lekárovi pri ošetrovaní. Študenti v mladšej dospelosti dominovali v oblasti C Pomáhal som pri vydávaní stravy. Zatiaľ čo študenti v strednej dospelosti využili svoje predošlé skúsenosti v priamej interakcii aj vďaka jazykovej zdatnosti a schopnosti komunikovať rusky, študenti v mladšej dospelosti kompenzovali tento jazykový hendikep v podporných činnostiach. Je zrejmé, že nemožnosť bezprostrednej komunikácie u mladších študentov mala súvis aj s ich vnímanou skúsenosťou z interakcie s utečencami, nakoľko nemohli do nej implikovať svoju empatiu v takej miere ako študenti v strednej dospelosti.

Práve v tretej hypotéze sme predpokladali, že študenti v strednej dospelosti budú vykazovať významne vyššiu mieru skúsenosti z priamej interakcie v rámci výkonu humanitárnej pomoci ako študenti v mladšej dospelosti. Zistili sme, že študenti v mladšej dospelosti významne viac vnímali emocionálny kontext interakcie s utečencami, zatiaľ čo v strednej dospelosti dominoval okrem emocionálneho kontextu aj konatívny. Naše zistenia korelujú s predpokladom väčšej osobnostnej zrelosti v strednej dospelosti a miere osobnostnej integrity, ktorá reflektuje nielen emocionálnu zložku situácie. A. Antonovský (podľa: Geyer, 1997) vymedzuje „cit pre integritu“ (*sense of coherence*) ako všeobecnú orientáciu vyjadrujúcu rozmer, v ktorom má jednotlivec všeprenikajúci, trvalý, avšak dynamický, pocit dôvery, že: podnety prichádzajúce z jeho vnútorného a vonkajšieho prostredia sú štruktúrované, predvídateľné a vysvetliteľné z pohľadu jeho životného smerovania; že sú mu dostupné zdroje potrebné na to, aby mohol čeliť požiadavkám vychádzajúcim z týchto podnetov; tieto požiadavky sú výzvami, ktoré sú hodné zúčastnenia sa a zapojenia. Najintenzívnejší rozvoj „citu pre integritu“ (*sense of coherence*) predpokladá A. Antonovský (podľa: Geyer, 1997; Lindström – Eriksson, 2006) v rámci tretej dekády života človeka. Naše zistenia korelujú s týmito závermi nakoľko aj takú zložitú skúsenosť akou je stretnutie s utečencami pomáha zvládať osobnostná integrita a sebavedomie založené na úspechoch v predošlom riešení náročných situácií v osobnom ako aj pracovnom živote.

Záver

Podľa Helusa (2009) tvorí celistvosť človeka harmonické prepojenie (súlady) jeho štyroch vrstiev, medzi ktorými prebiehajú rôzne dynamické procesy. Prvá

vrstva biologického základu osobnosti zahŕňa od anatómie, fyziológie cez neuro-endokrinné deje, všetky fyzické aspekty človeka. *Psychickú vrstvu* tvoria rôzne psychické procesy ako uvedomovanie, prežívanie, hodnotenie či vôľové procesy. Ďalšou je *sociálna*, resp. *psychosociálna vrstva*, ktorá zahŕňa interakcie medzi ľuďmi, ako aj to, čo sa v rámci nich učíme – normy, zvyky, kultúru. Poslednou je *vrstva duchovná*, ktorá nás spája s ideálmi, cnosťami a hodnotami. Kladie na nás nároky, ako byť dobrým človekom, napr. oddanosť pravde, Bohu či spravodlivosti. Núti človeka vytyčovať si tie najvyššie a najdôstojnejšie ciele, bez ohľadu na možné kompromisy alebo z týchto cieľov vyplývajúce problémy či nebezpečenstvá. Ak tieto vrstvy a s nimi spojené dynamické procesy nie sú v rovnováhe, ide o viac či menej dezintegrovanú osobnosť. Dezintegrita nepopiera celistvosť úplne, ale poukazuje na to, že v človeku existujú buď trvalo protichodné tendencie, alebo sa niektorá zložka osobnosti osamostatňuje na úkor ostatných a tým udržiava daného jedinca v stave osobnostnej nezrelosti. Aj naše zistenia potvrdzujú naliehavú potrebu k zmene v profilácii budúcich pomáhajúcich profesionálov, ktorou je nutný progres zamerania sa nielen na vedomosti, ale aj na osobnostnú zrelosť a skúsenosti študentov.

BIBLIOGRAFIA

ERIKSON, E. H. 1999. *Životný cyklus rozšírený a dokončený*: doplnené vydání o devátém stupni vývoje od Joan M. Eriksonové. Praha: Nakladatelství Lidové Noviny. 128 s. ISBN 80–7106–291–X.

GEYER, S. 1997. Some conceptual considerations on sense of coherence. *Social Science & Medicine*, vol. 44, 1997, n. 12, pp. 1771–1779.

HELUS, Z. 2009. *Osobnost a její vývoj*. Praha: Univerzita Karlova v Praze. 101 s. ISBN 978–80–7290–396–2.

KOFMAN, P. F. 2010. *Vědomý business: integrita, úspěch a štěstí*. Praha: Portál. 343 s. ISBN 987–80–7367–747–3.

LINDSTRÖM, B. – ERIKSSON, M. 2006 [online]. Contextualizing salutogenesis and Antonovsky in public health development. *Health Promotion International*, 2006. Oxford: Oxford University Press, pp. 238–243 [cit. 2022-11-03]. Dostupné na internete: <http://www.congresgezondheidsmanagement.nl/upload/File/GM2008/Lindstrom%20and%20Eriksson.%20Contextualizing%20salutogenesis.pdf>

SELIGMAN, M. E. P. – PETERSON CH. 2004. *Charakter strengths and virtues: a handbook and classification*. New York: Oxford University Press. 800 s. ISBN 13 978–0–19–516701–6.

ŠSTATISTICKÝ ÚSTAV SR. Výsledky sčítania osôb, domov a bytov 2021[online]. Dostupné na internete: <https://slovak.statistics.sk/wps/portal/>

Kontakt na autora:

doc. PhDr. Monika Guľašová, PhD.

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

Inštitút bl. Metóda Dominika Trčku Michalovce

mgulasova9@gmail.com

VZDELÁVACIE PROSTREDIE ZDRAVOTNÍCKYCH PROFESIÍ POČAS PANDÉMIE COVID 19

EDUCATIONAL ENVIRONMENT OF HEALTH PROFESSIONS DURING THE COVID 19 PANDEMIC

Horanská Valéria¹, Lizáková Ľubomíra

¹*Stredná zdravotnícka škola sv. Alžbety Košice*

Abstrakt

Východiska: Vzdelávacie prostredie zohráva významnú úlohu v príprave zdravotníckych pracovníkov. Jeho prenesenie do online priestoru počas pandémie zohráva dôležitú úlohu v sledovaní a zlepšovaní vzdelávacieho prostredia prostredníctvom pravidelného monitorovania a porovnanie vzdelávania pred a počas pandémie.

Cieľ: Cieľom preliminárnej štúdie bolo analyzovať vzdelávacie prostredie počas prezenčného a dištančného vzdelávania budúcich sestier pred a počas pandémie COVID 19.

Metódy: Súbor pozostával zo 111 respondentov (59- prezenčná forma, 52 dištančná forma) z odboru diplomovaná všeobecná sestra, pri použití Dundee Ready Educational Environment Measure (DREEM) a výsledky interpretujeme pomocou deskriptívnej štatistiky.

Výsledky: Z dát vyplýva, že došlo k poklesu totálneho skóre DREEM z 126,59/200 - prezenčná výučba na 123,42/200 - dištančná výučba. Výsledky v oblasti „Študentove vnímanie atmosféry“ (M 27,84/M 30,14), „Študentove vlastné sociálne vnímanie“ (M 17,95/M 18,18), sme zaznamenali naopak mierny nárast skóre.

Záver: Celkové hodnotenie DREEM je viac pozitívne ako negatívne. Hodnotenie vzdelávacieho prostredia považujeme za nástroj, ktorý môže pri vhodnom použití včas upozorniť na možné problémové oblasti vzdelávania.

Kľúčové slová: Vzdelávanie. Sestra. DREEM.COVID 19.

Abstract

Background: The educational environment plays an important role in the training of health professionals. Its transfer to the online space during a pandemic plays an important role in monitoring and improving the learning environment through regular monitoring and comparison of education before and during the pandemic.

Aim: The aim of the pre-primary study was to analyze the learning environment during the full-time and distance learning of future nurses before and during the COVID 19 pandemic.

Methods: The file consisted of 111 respondents (59-attendance form, 52 distance form) from the Department of the Certified General Settler, using the Dundee Ready Educational Environment Measure (DREEM), and we interpret the results using descriptive statistics.

Results: The data show that there was a decrease in total early DREEM from 126.59 / 200 - full-time teaching to 123.42 / 200 - distance learning. The results in the area of "Student's perception of the atmosphere" (M 27.84 / M 30.14), "Student's own social perception" (M 17.95 / M 18.18), on the other hand, we recorded a slight increase in the score.

Conclusion: The overall evaluation of DREEM is more positive than negative, so we consider the evaluation of the educational environment as a tool that, if used properly, can draw attention to possible problem areas of education.

Keywords: Education. Nurse. DREEM. COVID 19.

ÚVOD

Vzdelávanie zdravotníkov je dlhodobo diskutovanou témou v SR a EU. Dôvodom je dlhodobý nedostatok zdravotníkov (Tupá 2020; Šamírová et al. 2021; Zlepšenie výsledkov 2017). Vstupom do EU došlo k implementácii štandardov vzdelávania pre regulované povolania, ku ktorým patrí aj povolanie sestry (Beňušová at al. 2006). Vzdelávacie prostredie môže byť jedným z faktorov, ktorý môže ovplyvniť zastúpenie sestier v zdravotnom systéme SR. Aktuálna situácia v súvislosti s pandémiou COVID 19 ešte viac upriamila pozornosť na proces vzdelávania, ktorý sa aj v ich prípade preniesol do online priestoru. Otázkou je, ako pandémia COVID 19 ovplyvnila vzdelávacie prostredie? Vzdelávacie prostredie je súčasťou učebného plánu a patria k nemu priestory prednášok, konzultácie, atmosféra medzi spolužiakmi a učiteľmi (Pavlov et al. 2017). Snahou vzdelávacej inštitúcie je vytvárať optimálne vzdelávacie prostredie, ktoré by viedlo k dosiahnutiu lepších výsledkov. Pestujú pocit spolupatričnosti a podporujú akademické, spoločenské a emocionálne zručnosti. Optimálne vzdelávacie prostredie predpokladá, že všetci študenti môžu dosiahnuť vysoké štandardy a rôznorodé potreby každého študenta riešia vďaka neustálej pozornosti, rovnosti a nepretržitému akademickému, sociálnemu a emocionálnemu rastu. Vzdelávacie prostredie má priamy aj nepriamy vplyv na vzdelávanie študentov, vrátane ich zapojenia do toho, čo sa učí a ich motivácie učiť sa (Petlák 2016). Vzdelávacie alebo edukačné prostredie je prostredie, v ktorom prebiehajú edukačné procesy. Tie možno charakterizovať ako procesy zámerné, systematické, organizované; procesy, kde jeden subjekt sa

učí a druhý subjekt alebo technické zariadenie mu toto učenie sprostredkúva (Zelina 2011). Komponenty vzdelávacieho prostredia sú aj fyzická infraštruktúra, priestory, konzultácie a klinické činnosti, faktory učenia, atmosféra vytvorená spolužiakmi, učiteľmi, klinickými a administratívnymi pracovníkmi. Vhodné vzdelávacie prostredie ovplyvňuje správanie študentov, ich prístup k štúdiu, pochopenie praxe a dosiahnuté vzdelávacie výsledky (Foster et al. 2012). Prostredie, v ktorom sa žiaci a študenti vzdelávajú môžeme rozdeliť na vonkajšie a vnútorné (Čapek 2010; Průcha 2020).

CIEĽ

Cieľom preliminárnej štúdie je sledovať zmenu hodnotenia vzdelávacieho prostredia v čase pred pandémiou a počas pandémie COVID 19, kedy nastala zmena z prezenčného vzdelávania na dištančné vzdelávanie u študentov zdravotníckych odborov.

SÚBOR A METÓDA

Štúdia sa uskutočnila v období januára 2019 a február 2021 prostredníctvom DREEM dotazníka, tak v printovej ako aj online podobe, dotazník bol anonymný a účastníci boli oboznámení s cieľom štúdie. Výber respondentov bol zámerný a išlo o študentov 1. až 3. ročníka odboru diplomovaná všeobecná sestra. V prvom kole, prezenčná forma 59 respondentov z toho bolo 58 (98%) žien a 1 (2%) muž s priemerným vekom 23 rokov. V druhom kole, dištančná forma 52 respondentov z toho 49 (94%) žien a 3 (6%) mužov s priemerným vekom 23, 82 rokov. Dotazník DREEM sa používa na hodnotenie vzdelávacieho prostredia lekárskeho a iných nelekárskych vzdelávacích inštitúcií v rôznych akademických prostrediach a výsledky sa používajú na ich porovnávanie (Altemani 2017) a pozostáva z 50 položiek, ktoré sú hodnotené na Likertovej stupnici (Arzuman et al. 2017). Okrem celkového hodnotenia vzdelávacieho prostredia hodnotíme aj 5 domén vzdelávacieho prostredia, pre odhalenie slabých a silných stránok (Edgen et al. 2010; Barcelo 2016).

VÝSLEDKY

Z dát vyplýva, že došlo k zníženiu totálneho skóre DREEM z 126,59 počas prezenčnej výučby na 123,42 počas dištančnej výučby (Tab.1). Došlo k poklesu v doménach „Vnímanie učenia študentom“, „Vnímanie učiteľov študentom“, „Študentove akademické vlastné vnímanie“ počas dištančnej formy vzdelávania. Prekvapili výsledky v oblasti „Študentove vnímanie atmosféry“ (M=27,84/M=30,14), „Študentove vlastné sociálne vnímanie“ (M=17,95/M=18,18), kde sme zaznamenali mierny nárast skóre voči prezenčnej forme, celkové hodnotenie viac pozitívne ako negatívne.

Tab. 1 Celkové hodnotenie DREEM

Doména	Prezenčne		Dištančne	
	M	SD	M	SD
Vnímanie učenia študentom (12 otázok, max. skóre 48)	30,52	10,12	28,29	9,09
Vnímanie učiteľov študentom (11 otázok, max. skóre 44)	28,60	10,95	26,12	10,57
Študentove akademické vlastné vnímanie (8 otázok, max. skóre 32)	21,68	7,35	20,67	6,97
Študentove vnímanie atmosféry (12 otázok, max. skóre 48)	27,84	12,04	30,14	10,41
Študentove vlastné sociálne vnímanie (7 otázok, max. skóre 28)	17,95	7,38	18,18	5,83
Totálne skóre DREEM (max. skóre 200)	126,59	47,84	123,42	42,87

Hodnotenie: 0-50 veľmi zlé, 51-100 veľmi problematické, 101-150 viac pozitívne ako negatívne, 151-200 excelentné

V doméne "Vnímanie učenia študentom" bolo priemerne skóre počas prezenčnej výučby $M=30,52$ a $M=28,29$ počas dištančnej výučby (Tab. 2). Napriek miernemu zhoršeniu, študenti hodnotili doménu "Vnímanie učenia študentom" pozitívnejšie. Najviac pozitívnych odpovedí bolo v položke č. 16, kde bol $M=2,86$ počas prezenčnej formy vyučovania a $M=3,10$ počas dištančnej formy vyučovania.

Tab. 2 Doména - Vnímanie učenia študentom

Č.	Položka	Prezenčne		Dištančne	
		M	SD	M	SD
1	Som povzbudzovaný/á, aby som bol aktívny	2,45	0,85	2,71	0,89
7	Učenie ma často stimuluje	2,08	0,9	2,29	0,85
13	Výučba je zameraná na študentov	2,57	0,82	2,75	0,85
16	Výučba pomáha rozvíjať moje schopnosti	2,86	0,91	3,1	0,63
20	Výučba je dobre zameraná	2,59	0,9	2,73	0,77
21	Učenie pomáha rozvíjať moju sebadôveru	2,72	0,89	2,46	0,92
24	Doba vyučovania je dobre využitá	2,29	0,1	2,5	1
25	Výučba presahuje faktické učenie	2,3	0,84	2,25	0,71
38	Študijné ciele sú jasné	3,03	0,8	2,94	0,78

44	Výučba ma povzbudzuje, aby som bol aktívnym študentom/ kou	2,57	0,9	2,21	1,02
47	Dlhodobé vzdelávanie je zdôraznené nad krátkodobým vzdelávaním	2,79	1	2,77	0,67
48	Výučba je príliš orientovaná na vyučujúceho	2,27	1,21	2,06	0,96
Spolu		30,52	10,12	28,29	9,09

Hodnotenie: 0-12 veľmi zlé, 13-24 výučba je vnímaná negatívne, 25-36 pozitívnejšie vnímanie, 37-48 výučba má zmysel

Hodnotenie domény „Vnímanie učiteľov študentom“ (Tab. 3). Priemerne skóre domény počas prezenčnej výučby $M=28,60$ a $M=26,12$ počas dištančnej výučby. Napriek uvedeným hodnotám sa podľa študentov učitelia posúvajú v správnom smere, aj keď počas dištančnej formy výučby došlo k miernemu poklesu celového skóre. Predpokladáme, že to môže súvisieť s náhlým prechodom a používaním IT technológií. Musíme však podotknúť, že túto skutočnosť sme neoverovali v našej štúdií. Najviac pozitívnych odpovedí bolo na položku č.2, kde bol $M=2,89$ počas prezenčnej formy vyučovania a $M=2,82$ počas dištančnej formy vyučovania.

Tab. 3 Doména - Vnímanie učiteľov študentom

Č.	Položka	Prezenčne		Dištančne	
		M	SD	M	SD
2	Učitelia sú dobre vzdelaní	2,89	0,83	2,82	0,73
6	Učitelia sú trpezliví pri konzultácii	2,52	1,12	2,37	1,05
8	Učitelia študentov zosmiešňujú	2,79	1,08	1,86	1,19
9	Učitelia sú autoritatívni	2,62	0,93	2,6	0,8
18	Učitelia majú dobré komunikačné schopnosti so študentmi	2,57	0,9	2,31	1
29	Učitelia sú dobrí pri poskytovaní spätnej väzby študentom	2,55	0,9	2,21	1,07
32	Učitelia poskytujú konštruktívnu kritiku na kurze/hodine	2,67	0,85	2,6	0,75
37	Učitelia uvádzajú jasné príklady	2,72	0,97	2,62	0,89
39	Počas vyučovacích hodín sa učitelia zvyknú rozhnevať	2,5	1,18	2,31	1,15
40	Učitelia sú dobre pripravení na svoje vyučovanie	2,88	0,88	2,44	0,92

50	Študenti dráždia učiteľov	1,89	1,31	1,98	1,02
Spolu		28,6	10,95	26,12	10,57

Hodnotenie: 0-11 veľmi nekvalifikovaní, 12-22 potrebujú rekvalifikáciu, 23-33 posúvajú sa v správnom smere, 34-44 ideálny vyučujúci

V Tab. 4 uvádzame porovnanie odpovedí študentov počas prezenčnej M=21,68 a dištančnej formy vzdelávania M=20,67 a za doménu „Študentove akademické vlastné vnímanie“. Najviac pozitívnych odpovedí bolo v položke č.31, kde bol M=3,08 počas prezenčnej formy vyučovania a M=3,17 počas dištančnej formy vyučovania.

Tab. 4 Doména - Študentove akademické vlastné vnímanie

Č.	Položka	Prezenčne		Dištančne	
		M	SD	M	SD
5	Učebné techniky (stratégie), ktoré mi vyhovovali predtým, mi vyhovujú aj teraz.	2,49	0,92	2,44	0,96
10	Som presvedčený/á , že tento rok semestrom prejdem	2,98	0,79	3	0,79
21	Učenie pomáha rozvíjať moju sebadôveru	2,52	0,88	2,46	0,92
26	Práca z minulého roka bola dobrou prípravou na tohtoročnú prácu	2,35	0,89	2,31	0,88
27	Som schopný/á zapamätať si všetko, čo potrebujem	2,49	0,98	2,27	1
31	Naučila som sa veľa o empatii v mojom povolaní	3,08	1,01	3,17	0,65
41	Ako študenta/ študentku ma atmosféra motivuje	2,62	1,03	2,48	0,87
45	Výučba ma povzbudzuje aby som bol aktívnym študentom/ študentkou	3,15	0,85	2,54	0,9
Spolu		21,68	7,35	20,67	6,97

Hodnotenie: 0-8 pocit úplného neúspechu, 9-16 mnoho negatívnych aspektov, 17-24 viac pozitívny pocit, 25-32 sebavedomý

Hodnotenie domény „Študentove vnímanie atmosféry“ (Tab. 5). Priemerne skóre domény počas prezenčnej výučby M=27,84 a M=30,14 počas dištančnej výučby. Z uvedeného vyplýva, že študenti vnímajú atmosféru viac pozitívne a dokonca nás prekvapilo aj mierne zlepšenie počas dištančného vzdelávania. Najväčší nárast pozitívnych odpovedí bolo v položke č.42, kde bol M=2,25

počas prezenčnej formy vyučovania a $M=3,13$ počas dištančnej formy vyučovania.

Tab. 5 Doména - Študentove vnímanie atmosféry

Č.	Položka	Prezenčne		Dištančne	
		M	SD	M	SD
11	Atmosféra je počas konzultácií uvoľnená	2,54	0,94	2,67	0,71
12	Tento semester je dobre rozvrhnutý	2,42	1,12	2,38	0,93
17	Opisovanie je problémom	1,93	0,88	2,13	1,01
23	Počas vyučovania je atmosféra uvoľnená	2,4	0,94	2,6	0,82
30	Na hodine existujú príležitosti na rozvoj interpersonálnych schopností	2,47	0,96	2,46	0,83
33	Počas vyučovania sa cítim spoločensky pohodlne	2,45	1,03	2,71	0,72
34	Atmosféra je počas seminárov uvoľnená	2,28	0,99	2,54	0,75
35	Moje skúsenosti považujem za neuspokojivé	1,49	1,14	1,67	1
36	Som schopný/á sa dobre koncentrovať	2,62	0,93	2,85	0,77
42	Potešenie z hodiny prevažuje nad stresom	2,25	1,09	3,13	0,89
43	Ako študenta/študentku ma atmosféra motivuje	2,33	0,94	2,46	0,98
49	Cítim sa byť schopný/á klásť otázky aké chcem	2,66	1,08	2,54	1
Spolu		27,84	12,04	30,14	10,41

Hodnotenie: 0-12 neprijemné prostredie, 13-24 existuje mnoho problémov, ktoré sa musia zmeniť,

25-36 viac pozitívny postoj, 37-48 celkovo dobrý pocit

Hodnotenie domény "Študentove vlastné sociálne vnímanie" (Tab. 6). Priemerne skóre domény počas prezenčnej výučby $M=2,98$ a $M=3,06$ počas dištančnej výučby. V tejto doméne sme zistili, že študenti vnímajú sociálne prostredie nie príliš zle a dokonca sme pozorovali mierne zlepšenie počas dištančného vzdelávania. Nárast pozitívnych odpovedí bolo v položke č.19, kde bol $M=2,25$ počas prezenčnej formy vyučovania a $M=3,13$ počas dištančnej formy vyučovania.

Tab. č.6 Doména - Študentove vlastné sociálne vnímanie

Č.	Položka	Prezenčne		Dištančne	
		M	SD	M	SD
3	Existuje dobrý podporný systém pre študentov, ktorí sú pod stresom	1,59	0,97	1,82	0,71
4	Som príliš unavená/ý aby som si kurz/hod. užil/a	2,67	1,03	1,98	1,09
14	Iba zriedka sa na hodinách nudím	1,96	1,11	2,27	1,01
15	V tejto skupine mám dobrých priateľov	2,98	0,99	3,02	0,64
19	Môj spoločenský život je dobrý	2,98	1,15	3,06	0,8
28	Málokedy sa cítim osamelý/á	2,54	1,19	2,86	0,93
46	Moje ubytovanie je príjemné	3,23	0,94	3,17	0,65
Spolu		17,95	7,38	18,18	5,83

Hodnotenie: 0-7 hrozné, 8-14 nepríjemné miesto, 15-21 nie príliš zlé, 22-28 sociálne veľmi dobré

DISKUSIA

Cieľom štúdie bolo porovnať vzdelávacie prostredie študentov pred pandémiou COVID 19 (prezenčná forma) a počas pandémie (dištančná forma). Pilotný projekt bol realizovaný len v jedenej vzdelávacej inštitúcii, čo je do istej miery nevýhodou, bude však pokračovať aj v ďalších vzdelávacích inštitúciách pri použití štandardizovaného dotazníka DREEM. Výsledky štúdie sme porovnali s výskumom Lizákovej at al. (2018) z Prešovskej univerzity, kde bol celkový priemer 124,62/200, čo korešponduje aj s naším výsledkom 126,59/200 počas prezenčnej výučby na 123,42/200 počas dištančnej výučby. Najväčší rozpor bol v doméne študentove akademické vlastné vnímanie a najlepšie hodnotená bola doména študentove vnímanie atmosféry. Z našej štúdie vyplýva mierne zhoršenie v doménach učenie a vnímanie učenia študentom a naopak skóre mierne vzrástlo v oblasti vlastné sociálneho vnímania študentov. Usher at al. (2020) uvádzajú, že sociálna izolácia môže ohrozovať citovo nestabilných jedincov. Stupková (2021) uvádza vo svojej štúdií z roku 2020 (105 respondentov) z ČR celkové skóre DREEM 118,4/200. Štúdia z Dow Medical College, Pakistan (Baig 2015) uvádza priemerne skóre 110,4/200. Analýza odhalila maximálne skóre v oblasti sociálneho vnímania študentov a najnižšie v oblasti vnímania učenia študentmi, čo korešponduje s našimi výsledkami. Štúdia realizovaná v Indii uvádza skóre 101/200 (Kohli at al. 2013). Štúdie s lepším skóre ako v našom prípade boli zaznamenané na College of Nursing at King Saud Bin Abdulaziz University for Health Sciences v Saudskej Arábii,

dosiahnuté skóre 129/200 (Rawas at al. 2019), ďalej v Spojenom kráľovstve skóre 139/200 a najlepšie hodnotené štúdie vo Švédsku a Írsku zaznamenali skóre 145/200 (Hammond at al. 2012), pričom krajiny ako Švédsko môžu byť pozitívnym vzorom pre zlepšovanie vzdelávacieho prostredia. Všetky porovnávacie štúdie sa vyznačujú tým, že boli realizované pred pandémiou COVID 19, pričom výnimkou je prelímárna štúdia z USA, autori Villanueva et al. (2021) - 330 respondentov Creighton University School of Medicine z pohľadu kvality života a vzdelávacieho prostredia počas pandémie COVID 19, kedy sa výučba od marca 2020 presunula do online priestoru. Aj ich výstup bol viac pozitívny v hodnotení vzdelávacieho prostredia v online priestore. Pokiaľ je vzdelávanie poskytované účelovo, môže mať kombinované vzdelávanie pozitívny vplyv a dosiahnuté úspechy študentov (Jowsey et al. 2020). Očakávame, že tejto problematike sa bude venovať pozornosť v najbližšej budúcnosti.

ZÁVER

Na základe pilotnej štúdie sme dospeli k záveru, že rozdiel vo vnímaní z pohľadu študentov sa v preliminárnej štúdií nejaví príliš markantne. Dokonca nás prekvapili zlepšenia v doménach sociálnej oblasti, kde došlo k mierenému zlepšeniu. Predpokladáme, že dnešný mladý človek je viac orientovaný na virtuálny priestor, preto pokles sociálnej interakcie relatívne úspešne kompenzoval prostredníctvom sociálnych sietí. Na druhej strane treba podotknúť, že digitalizácia vzdelávania počas pandémie nabrala veľmi rýchle tempo, ale nikdy nenahradí osobný kontakt vo vzdelávaní.

BIBLIOGRAFIA

ALTEMANI A.H., MERGHANI T. H. 2017. The quality of the educational environment in a medical college in Saudi Arabia. *International journal of medical education*. 2017; 14(8): 128-132.

ARZUMAN H., MAZIZ M.N.H., ELSERSI M.M. et al. 2017. Preclinical medical students perception about their educational environment based on DREEM at a Private University, Malaysia. *Bangladesh Journal of Medical Science*. 2017; 16 (4): 496-504.

BAIG, A., AHMED, S., RIZVI, M. et al. 2015. Comparison of Educational Environment Perception of Dow Medical College Students with CGPA. *International Journal of Research*. 2. 2348-795. Volume 2, Issue 09, 2015, p. 72-79. ISSN2348-6848.

BARCELO J. M. 2016. Medical laboratory science and nursing students' perception of academic learning environment in a Philippine university using Dundee Ready Educational Environment Measure (DREEM). *Journal of educational evaluation for health professions*. 2016; 13:33.

BEŇUŠOVÁ, K., HOZLÁROVÁ, M., MENĎANOVÁ, Z. et al. 2006. *Vzdelávanie zdravotníckych pracovníkov v Slovenskej republike*. Bratislava: MZ SR. 2006. 34 s.

ČAPEK, R. 2010. *Třídní klima a školní klima*. Praha: Grada Publishing,a.s. 2010. 325 s. ISBN978-80-247-2742-4.

EDGREN, G., HAFFLING, AC., JAKOBSSON, U. et al. 2010. Comparing the educational environment (as measured by DEEM) attwo deferent stagesof curriculum reform. *Med Teach* 2010. 32(6): e233-8.

FOSTER, P., KANG, L., ANDERSON, V. et al. 2012. Appaisal of the Dundee Ready Educational Environment Measure in New Zealand dental educational enviroment. *Eur J Dent Educ*. 2012. 16(2): 78-85.

HAMMOND, SM.,O'ROURKE, M., KELLY, M. et al. 2012. A psychometric appraisal of the *DREEM*. *BMC Medical Education*. 2012; 12(1): 2-5.

JOWSEY, T., FOSTER, G., COOPER-IOELU, P. et al. 2020. Blended learning via distance in pre-registration nursing education: A scoping review, *Nurse Education in Practice*, Volume 44, 2020, 102775, ISSN1471-5953.

KOHLI, V., DHALIWAL, U. 2013. Medical students' perception of the educational environment in a medical college in India: a cross-sectional study using the Dundee Ready Education Environment questionnaire. *Journal of Educational Evaluation for Health Professions*. 2013.10. 5. 10.3352/jeehp.2013.10.5.

ŠARMÍROVÁ, M., LAZOROVÁ, I. 2021. Podľa EÚ na Slovensku chýba 12 000 sestier.In *Medical practice*. Bratislava: MAFRA Slovakia, 2021, 17(1), 3-5. ISSN1336-8109.

LIZÁKOVÁ, Ľ., MAŠTEROVÁ, V., NOVOTNÁ, Z. 2018. Simulačné metódy vo vzdelávaní v nelekárskych študijných odboroch. In *Cesta k modernému ošetrovatelstvu*. Sborník 2018.pdf. roč. XX, s.162-167. ISBN978-80-87347-40-9.

USHER, K., BHULLAR, N.,JACKSON, D. 2020. Life in the pandemic: Social isolation and mental health. *J Clin Nurs*, 2020. 29: 2756-2757.

PAVLOV, I., BONTOVÁ, A. 2017. Učiteľská andragogika ako koncept rozvoja teórie učiteľskej profesie. *Edukácia*. Ročník 2, číslo 2, 2017, s. 1-15. ISSN1339-8725.

PETLÁK, E. 2016. *Všeobecná didaktika*. Bratislava: Iris, 2016. 326 s. ISBN978-8081-1530-460-7.

PRŮCHA, J. 2020. *Psychologie učení: teoretické a výskumné poznatky pro edukační praxi*. Praha: Grada, 2020. 272 s. ISBN978-80-271-2853-2.

RAWAS H, YASMEEN N. 2019. Perception of nursing students about their educational environment in College of Nursing at King Saud Bin Abdulaziz University for Health Sciences, Saudi Arabia. *Med Teach*. 2019 Nov;41(11):1307-1314.

STUPKOVÁ, D. 2021. Ověření míry sebezposuzování klinických kompetencí studentů ošetrovatelství – preliminární studie. In *Zdravotnícke listy*, Ročník 9, Číslo 1, 2021. s.45-49. ISSN2644-4909.

TUPÁ, M. 2020. Personálne zabezpečenie systému zdravotníctva v Slovenskej republike kvalifikovanými sestrami v kontexte pracovnej emigrácie. In *Zdravotnícke listy*. Ročník 8, Číslo 1, 2020. s. 38-46. ISSN2644-4909.

VILLANUEVA, E.W., MEISSNER, H., WALTERS, R.W. 2021. Medical Student Perceptions of the Learning Environment, Quality of Life, and the School of Medicine's Response to the COVID-19 Pandemic: A Single Institution Perspective. *Med.Sci.Educ*. 2021.31, 589–598.

Zlepšenie výsledkov v oblasti zdravia a zvýšenie efektívnosti. *Slovak Republic Policy Brief*. 2017. Dostupné na: <https://www.oecd.org/policy-briefs/Slovakia-Policy-Brief-Health-SK.pdf>

Kontakt na autora:

PhDr. Valéria Horanská, PhD., MPH
SZŠ sv. Alžbety, Mäsiarska 25, Košice
e-mail: valeria.horanska@gmail.com

AKTIVITY SČK ÚS TREBIŠOV POČAS VYPUKNUTIA A TRVANIA VOJNY NA UKRAJINE

ACTIVITIES OF SČK ÚS TREBIŠOV DURING THE OUTBREAK AND DURATION OF THE WAR IN UKRAINE

Hudáková Tatiana,^{1,2,4} Popovičová Mária,³ Hajduová Bocsár Zuzana⁴

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

²*Oddelenie anestéziológie a multiodborovej intenzívnej starostlivosti NsP Trebišov, Svet zdravia*

³*Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, Bratislava, Ústav sociálnych vied a zdravotníctva bl. P.P. Gojdiča a V. Hopku Spišská Nová Ves – Prešov*

⁴*Slovenský červený kríž ÚS Trebišov*

Abstrakt:

Príspevok akcentuje pozornosť na aktivity Slovenského červeného kríža v rámci humanitárnej pomoci utečencom počas vypuknutia a trvania vojny na Ukrajine. Uvádzame poskytovanie humanitárnej pomoci na hraničných priechodoch, koordináciu a nábor dobrovoľníkov, zabezpečenie dostupnosti materiálnej a potravinovej pomoci, koordináciu a nábor darcov krvi pre potreby utečencov, kontaktné miesta a možnosti hľadania príbuzných či pomoci v našej krajine.

Kľúčové slová: Vojna. Migrácia. Utečenci. Aktivity SČK.

Abstract: The article emphasizes the activities of the Slovak Red Cross in the framework of humanitarian assistance to refugees during the outbreak and duration of the war in Ukraine. We present the provision of humanitarian aid at border crossings, coordination and recruitment of volunteers, ensuring the availability of material and food aid, coordination and recruitment of blood donors for the needs of refugees, contact points and the possibility of finding relatives or help in our country.

Key words: The war. Migration. Refugees. SČK activities.

ÚVOD

Ruská invázia na Ukrajinu je prebiehajúci vojenský konflikt, ktorý začal 24. februára 2022 inváziou ozbrojených síl Ruskej federácie na Ukrajinu. Ozbrojená kampaň je pokračovaním eskalácie napätia trvajúceho od začiatku roku 2022 a rozšírením konfliktu na východnej Ukrajine trvajúceho od roku

2014. 21.februára 2022 uznalo Rusko samozvanú Doneckú ľudovú republiku a Luhanskú ľudovú republiku, po čom nasledoval vstup ruských ozbrojených síl do oblasti Donbasu a Luhanska na východnej Ukrajine. Tieto oblasti vyhlásili nezávislosť v roku 2014, keď boli obsadené proruskými separatistami, ktorých údajnú genocídu označil Putin ako postačujúci dôvod (casus belli) na faktické vyhlásenie vojny. Svojim rozsahom, tempom bojových operácií sa jedná o najväčší medzištátny ozbrojený konflikt v Európe od skončenia druhej svetovej vojny (Onderčanin, 2022). Okolo 06:00 moskovského času 24. februára 2022 prezident Vladimir Putin ohlásil „špeciálnu vojenskú operáciu“ s cieľom „demilitarizácie a denacifikácie Ukrajiny“. Nasledovali raketové útoky na letiská a protivzdušnú obranu krajiny. Ruské sily vtrhli na Ukrajinu zo severu (aj z Bieloruska) a na juhu z Ruskom okupovaného Krymu. V počiatočnej fáze dosiahli najväčšie úspechy v južnej časti frontu, kde obsadili Cherson, Berďansk, Melitopol' a Mariupol'. Ukrajinskú obranu však ako celok nezlomili, nezískali vzdušnú nadvládu a nepodarilo sa im ani zajať či zlikvidovať ukrajinskú vládu. Výrazný bol aj politický neúspech, keď inváziu odsúdili prakticky všetky demokratické krajiny a na Rusko boli uvalené bezprecedentné ekonomické a politické sankcie. Na fronte sa Ukrajincom podarilo začiatkom apríla prinútiť severnú skupinu ruských vojsk k ústupu do Bieloruska a späť na ruské územie čím obnovili spojenie s čiastočne obklúčenými Charkovom, Černihivom a Sumami. V lete pokračovali obranné boje na východe Ukrajiny, v ktorých ruské sily pomaly obsadili celú Luhanskú oblasť a zatlačali Ukrajincoch k Sloviansku a Bachmutu. Ruské sily sa však v týchto bojoch výrazne vyčerпали a neboli schopné zastaviť ukrajinskú protiofenzívu, ktorá oslobodila Izjum a Lyman pri ruských hraniciach. Ukrajinci zároveň začali postup s cieľom oslobodiť Cherson, čo sa im podarilo 11. novembra. Obidve bojujúce strany zostávajú naďalej vysoko motivované v pokračovaní vojny (TASR, 2022a).

Utečencstvo vplyvom vojny na Ukrajine

Od začiatku invázie k 8. marcu 2022 Organizácia Spojených národov uvádza, že počet utečencov z Ukrajiny prekonal dva milióny ľudí. Najväčší podiel z tohto množstva, až 1,3 milióna, pritom smerovalo do Poľska. Podľa OSN tak ide o najväčšiu a dosiaľ najrýchlejšie rastúcu utečeneckú krízu v Európe od druhej svetovej vojny. Podľa ich údajov bola hodnota 5 miliónov utečencov opúšťajúcich územie Ukrajiny dosiahnutá k 19. aprílu 2022, pričom až 90% utečencov tvorili ženy a deti. Organizácia odhaduje, že celkovo môže invázia zapríčiniť útek až 7 miliónov ľudí. Medzinárodná organizácia pre migráciu (IOM) tiež odhaduje, že sa na Ukrajine nachádza

približne ďalších 7,1 milióna vnútorne vysídlených osôb Podľa OSN mala len do konca marca 2022 ruská invázia za následok na Ukrajine 4,1 miliónov utečencov a 6,5 milióna vnútorne vysídlených osôb. Do 25. októbra Ukrajinu opustilo približne 7 751 169 ľudí. V súvislosti s prísunom utečencov schválila česká vláda od 4. marca 2022 núdzový stav. Koncom marca sa začali domov z viacerých dôvodov vracat' mnohí utečenci, najmä ženy s deťmi. Podľa odborníkov na migráciu niektorí budú radšej v podzemnom kryte so svojimi rodinami, ako čeliť neistote v cudzej krajine. Iným dôvodom môže byť nedostatok pracovných príležitostí v hostiteľských krajinách, mnohí v zahraničí nemajú príbuzných, minuli sa im peniaze, čo spolu s bojovými úspechmi ukrajinskej armády mohlo vyvolať pocity stabilnejšej situácie doma. V Maďarsku je problémom aj jazyková bariéra. Motiváciou na návrat však môže byť aj snaha pomôcť s útekem svojim starším príbuzným, ktorí dosiaľ zostali na Ukrajine (Sobotovičová, 2022).

Vplyv migrácie na Slovensku

V prvých dňoch konfliktu, od stredu 23. februára 16:00 do 25. februára 2022 poludnia, prekročilo slovenské hranice 7 490 občanov Ukrajiny. Pred inváziou hranicu prešlo priemerne 1 400 ľudí za deň. 8. marca 2022 začali príslušníci 91. ženijného pluku a raketometného oddielu Pozemných síl OS SR a vojaci Armády Českej republiky výstavbu stanového mestečka pre utečencov vo vojenskom objekte pri Liptovskom Mikuláši. Počet utečencov z Ukrajiny prichádzajúcich na Slovensko presiahol k 21. marcu 2022, teda po 25 dňoch vojny, 250 000 ľudí. Väčšina z tohto počtu má však v úmysle pokračovať ďalej na západ, o dočasné útočisko na Slovensku podľa dostupných údajov žiadala približne desatina utečencov. Od začiatku invázie do konca marca 2022 prešlo hraničnými priechodmi z Ukrajiny celkovo 289 216 utečencov. O dočasné útočisko na Slovensku požiadalo 58 319 z nich. Podľa Rady pre rozpočtovú zodpovednosť bude utečenecká kríza stáť Slovensko viac než 300 miliónov eur. Od začiatku konfliktu do koncu júna 2022 prešlo z Ukrajiny na Slovensko celkovo 561 914 ľudí, späť sa vrátilo 310 040. Štatút dočasného útočiska bol priznaný 83 661 utečencom (TASR, 2022b).

Aktivity Červeného kríža na pomoc migrantom

Slovenský červený kríž poskytuje od začiatku vojny na Ukrajine efektívnu pomoc tým najzraniteľnejším skupinám. Pomáha ľuďom, ktorí prichádzajú na Slovensku v dôsledku ozbrojeného konfliktu na Ukrajine. Naďalej však poskytuje pomocnú ruku aj slovenským občanom. Dobrovoľníci, zamestnanci a členovia slovenského červeného kríža pomáhajú zmierňovať následky tejto humanitárnej krízy od konca februára 2022. V prvých týždňoch pracovníci a

dobrovoľníci pôsobili v priestore 3 hraničných priechodov Ubl'a , Vyšné nemecké a Veľké Slemence. Následne pomáhali aj veľkokapacitných centra v Humennom, v Bratislave, Žiline a Nitre, ako aj v zariadeniach núdzového ubytovania. Humennom, Gabčíkove, Veľkom Mederi a Mokradi. Po celú dobu poskytujú svoju pomoc odídencom aj v sídlach svojich územných spolkov na celom Slovensku. Slovenský červený kríž vykonáva svoju činnosť výlučne na území slovenskej republiky s výnimkou niekoľkých prípadov, ktoré boli realizované v spolupráci s ukrajinským červeným krížom v pohraničných oblastiach (Slovenský červený kríž, 2022).



Zdroj: autorka

AKTIVITY SČK

FINANČNÁ ZBIERKA	Finančná pomoc je najflexibilnejšia. Ak chcete finančne podporiť aktivity Červeného kríža na pomoc obyvateľom Ukrajiny, môžete tak urobiť jednoducho a bezpečne darovacou bránou Slovenského Červeného kríža
HĽADÁME ĽUDÍ HOVORIACICH PO UKRAJINSKY	Hľadáme ľudí hovoriacich po ukrajinsky, ktorí by boli v prípade potreby na telefóne a vedeli tlmočiť, čím nám podstatne uľahčia našu prácu.
DOBROVOĽNÍCTVO	Ľudí, ktorí prekračujú hranice, utekajú pred vojnou, je nemálo. Momentálne nám pomáhajú naši dlhoroční dobrovoľníci a dobrovoľníčky, situácia sa však stupňuje a jej trvanie nebude krátke, preto vás POTREBUJEME . Hľadáme posily, ktoré nám pomôžu. Ak nám viete pomôcť o týždeň, o mesiac, o dva, podľa toho, ako sa bude situácia vyvíjať, osobne svojou prítomnosťou KDEKOĽVEK na Slovensku .
DAROVANIE KRVÍ	Ukrajina čelí veľmi ťažkej situácii a Slovenská republika bude pomáhať všetkými prostriedkami, ktorými bude môcť. Jedným z nich je aj krv. Darujte krv v odberových centrách na celom Slovensku. Od marca 2022 Národná transfúzna služba SR začína organizovať mobilné odbery krvi. Ak ste veľká spoločnosť a viete zorganizovať aspoň 40 darcov krvi, spýtajte sa na podmienky pre organizáciu mobilného odberu krvi a voľné termíny: mobilnyvyjazd@ntssr.sk, www.ntssr.sk .
ZBIERKA ŠTASTVA A MATERIÁLU	O potrebe dopĺňania materiálu na humanitárne účely priebežne informujeme. V prípade prebiehajúcej zbierky rešpektujte, prosím, aktuálnu výzvu, aký druh materiálu je potrebný. Materiálnu pomoc nenoste svojpomocne na hraničné priechody, riadte sa pokynmi, výzvami a informáciami orgánov štátnej správy a iných dôveryhodných organizácií.

Zdroj: autorka

Aktivity SČK územného spolku Trebišov

Slovenský Červený kríž v čase mieru šíri vedomosti o medzinárodnom humanitárnom práve a o základných princípoch a myšlienkach Medzinárodného hnutia Červeného kríža a Červeného polmesiaca tak, aby boli správne pochopené, akceptované a predovšetkým rešpektované. Medzinárodné humanitárne právo je súčasťou medzinárodného verejného práva a jeho synonymom je vojnové právo. Pozostáva z pravidiel, ktoré v dobe ozbrojeného konfliktu chráni osoby, ktoré sa priamo nezúčastňujú na vojnových konfliktoch (civilisti, zranení, zdravotníci, obeť), a zároveň obmedzuje spôsoby a prostriedky používané na vedenie vojny. Prioritou Červeného kríža je zmierňovať utrpenie ľudí. Pracovníci a dobrovoľníci pomáhajú nie len na hraniciach s Ukrajinou, ale aj naprieč celým Slovenskom – 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. Robíme všetko, čo je v našich silách, aby sme pomáhali pri poskytovaní a koordinácii pomoci pre ľudí z Ukrajiny, ktorí prichádzajú na Slovensko. Situácia sa neustále vyvíja a podľa toho sa menia aj potreby, ktoré treba zabezpečovať. Trvá to neustále, od vypuknutia vojny a problémy vystupujú do popredia aj pri umiestňovaní obyvateľstva Ukrajiny v našom štáte. Slovenský Červený kríž v súčasnosti s úradmi poskytuje pomoc v blízkosti hraničných priechodov s Ukrajinou – Ubl'a, Veľké Slemence a Vyšné Nemecké.

Záver

„Ten, kto dáva s radosťou dáva najviac a Boh miluje radostného darcu.“ vyslovila Matka Tereza. V súčasnej dobe tieto slová naberajú na váhe. Pomoc najzraniteľnejším, trpiacim a vojnou zmietaným nemá byť len výsadou charity a zánietencov či zdravotníkov, každý z nás by mal prejsť snahu pomoci, tam kde sa nachádza, kde môže pomôcť v akejkol'vek miere.

BIBLIOGRAFIA

ONDERČANIN, L .2022. Ukrajina povoláva do boja aj civilistov, Putin varuje pred zahraničnou pomocou. In: *Sme* (Bratislava: Petit Press), 2022, ISSN 1335-4418. r. 96, č. 24, s. 16-17.

Slovenský červený kríž. 2022. Ukrajina -ako pomáhame. [online]. Citované dňa [2023-4-2]. Dostupné na: [www.ukrajina - ako pomáhame – Slovenský Červený kríž \(redcross.sk\).](http://www.ukrajina - ako pomáhame – Slovenský Červený kríž (redcross.sk).)

SOBOTOVIČOVÁ, N. 2022. Ukrajinský spravodaj: Rusko zažíva jednu z najväčších migračných vln od boľševickej revolúcie. In: Sme (Bratislava: Petit Press), 2022. ISSN 1335-4418. r. 96, č. 23, s. 22.

TASR. 2022 a Putin uznal separatistické republiky v Donbase. In: Pravda. (Bratislava: Perex), 2022, r. 56, č. 9. s. 23. ISSN 1336-197X.

TASR. 2022b Od stredy prekročilo hranicu SR s Ukrajinou 7490 Ukrajincov. *teraz.sk* (Bratislava: TASR), [online]. Citované dňa [2023-4-2]. Dostupné na: [www.od-stredy-prekrocilo-hranicu-sr-s-ukrajinou-7490-ukrajincov./](http://www.od-stredy-prekrocilo-hranicu-sr-s-ukrajinou-7490-ukrajincov/).

Kontakt na autora:

PhDr. Tatiana Hudáková, MPH - externý doktorand
Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety n.o.
Námestie 1. mája 1, 811 02 Bratislava,
e-mail: s.tana@centrum.sk

MOTÍVY SESTIER PRE PRACOVNÉ PÔSOBENIE V ZAHRANIČÍ

NURSES' MOTIVATIONS FOR WORKING ABROAD

Hulková Viera¹, Kilíková Mária², Mitura Peter³

¹*Trenčianska Univerzita Alexandra Dubčeka v Trenčíne*

²*Vysoká škola sv. Alžbety n.o., Bratislava, Detašované pracovisko bl. Sáro
Salkaházi, Rožňava*

³*Caritas Wien, Österreich*

ABSTRAKT

Východiská: Trend odchodu sestier za výhodnejšími podmienkami zamestnávania a práce do zahraničia sa výrazne zvyšuje. K motivačným faktorom k emigrácii sestier patria nízke mzdy, nespokojnosť s pracovnými podmienkami a stavom zdravotníctva na Slovensku.

Cieľ: Identifikovať motívy emigrácie slovenských sestier do nemecky hovoriacich krajín. *Súbor a metodika:* Pre zber empirických údajov sme použili metódu pološtruktúrovaného interview, ktorý pozostával z 25 otázok. Pri výbere participantov sme postupovali zámerným výberom. Do vzorky sme zaradili tých, ktorí spĺňali nasledovné kritériá: absolvovali štúdium v povolání sestra v Slovenskej republike a emigrovali do nemecky hovoriacej krajiny: Rakúska, Nemecka alebo Švajčiarska. Prieskum sme realizovali v období od 15. júna do 15. augusta 2022. Odpovede 30 participantov sme kodovali a štatisticky spracovali.

Výsledky: Z 30 participantov pôsobí 25 v Rakúsku, 3 v Nemecku a 2 v Švajčiarsku. Ich priemerný vek bol 43,4 rokov, priemerná dĺžka pracovného pôsobenia v zahraničí 13,38 rokov. Štúdie sa zúčastnili 3 muži. 22 participantov malo ukončené vysokoškolské vzdelanie. Až 23 participantov uviedlo nízku mzdu na Slovensku v povolání sestra ako faktor, ktorý ich ovplyvnil v rozhodnutí odísť za prácou do zahraničia. Ekonomický faktor ako rozhodujúci bol potvrdený aj v kontrolných otázkach, v ktorých 19 participantov uviedlo, že najmä financie boli pre nich príťažlivé a viedli ich k výberu cieľovej krajiny, pričom až pre 22 participantov bol ekonomický aspekt prvým alebo jediným dôvodom rozhodnutia odísť pracovať mimo SR. 26 participantov sa nechce vrátiť do SR.

Záver: Ekonomický aspekt zohráva najvýznamnejšiu úlohu v rozhodovaní, či zotrvať pracovať v zdravotníckom systéme v SR alebo hľadať pracovné uplatnenie v zahraničí. Všetci participanti uvádzali navýšenie mzdy sestrám, zlepšenie pracovných podmienok a materiálno-technického vybavenia

zdravotníckych zariadení ako opatrenia, ktoré by stabilizovali pracovnú silu na trhu práce v SR v odbore ošetrovatel'stvo.

Kľúčové slová: Emigrácia. Ekonomické faktory. Sestry. Rakúsko. Nemecko. Švajčiarsko.

ABSTRACT

Background: The trend of nurses leaving for better employment and work conditions abroad is increasing significantly. Motivating factors for the emigration of nurses include low wages, dissatisfaction with working conditions and the state of the health care system in Slovakia.

Objective: To identify the motives for emigrating Slovak nurses to German-speaking countries.

Methodology and sample: A semi-structured interview with 25 questions was used to collect empirical data. To select research participants, a purposive sampling technique was used. The research participants included qualified nurses who received their qualification in Slovakia and emigrated to Austria, Germany, or Switzerland. The survey was carried out from June 15 to August 15, 2022. Responses from 30 respondents were coded and processed statistically.

Results: Of the 30 research participants, 25 nurses work in Austria, 3 nurses work in Germany and 2 nurses work in Switzerland. Their average age was 43.4 years, and the average length of time abroad was 13.38 years. The study involved 3 male nurses. 22 research participants had a degree in nursing. Regarding the push factors, as many as 23 participants mentioned low wages in healthcare as the factor that influenced their decision to work abroad. Control questions confirmed the economic factor to be the key pull factor. In the questions, 19 respondents talked primarily about an attractive salary which affected their choice of the destination country. Similarly, as many as 22 research participants placed the economic benefit above any other motives. 26 participants do not want to return to Slovakia.

Conclusion: The results of the study indicated that the economic aspect plays a pivotal role when nurses make decisions whether to find employment in the Slovak healthcare facilities or seek employment abroad. All research participants said that pay rises, better working conditions and healthcare facility equipment would stabilize the nursing workforce in the Slovak labour market.

Key words: Emigration. Economic Factors. Nurses. Austria. Germany. Switzerland.

ÚVOD

Emigrácia pracovnej sily je témou, ktorá zasiahla aj sektor zdravotníctva. V ostatných rokoch sme svedkami zmien v migračných tokoch sestier najmä v dôsledku ekonomických, sociálnych, zdravotných a kultúrnych faktorov. Podľa Tupej (2020, s.38) sa „trend odchodu sestier za výhodnejšími podmienkami zamestnávania a práce do zahraničia výrazne zvyšuje. Je to skupina vysokokvalifikovaných emigrantov, motivovaných nespokojnosťou s nízkou

mzdovou úrovňou, pracovnými podmienkami, stavom zdravotníctva na Slovensku a ďalšími faktormi“. Autorka poukazuje aj na negatíva vývoja personálneho zabezpečenia systému zdravotníctva na Slovensku: klesá počet sestier a narastá počet pacientov na jednu sestru, zvyšuje sa stresová záťaž v práci sestry, ktoré vo svojom povolaní vyhárajú, čo vplýva na kvalitu poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti. Zvyšuje sa vplyv motivačných faktorov k emigrácii a opäť sa problém prehľbuje.

Európa čelí zásadným zmenám, ktoré ovplyvňujú priority verejnej politiky, systémy zdravotníctva a správanie na trhu práce. Mobilita zdravotníckych pracovníkov, ktorá sa menila v dôsledku rozširovania Európskej únie (EÚ), bola tiež výrazne ovplyvnená dôsledkami finančnej a hospodárskej krízy (Buchan et al., 2014). Vývoj v krajinách Európskej únie v ostatných rokoch v odbore ošetrovateľstvo poukazuje na alarmujúci nedostatok sestier. Je zrejmé, že situácia sa bude i naďalej zhoršovať. Politici a manažérky v ošetrovateľstve monitorujú a analyzujú reálnu potrebu personálnych zdrojov a je potrebné, aby predkladali stratégie na zabezpečenie dostatku kvalifikovaných poskytovateľov ošetrovateľskej starostlivosti. Slovenská republika patrí k tzv. donorským krajinám pre Rakúsko, Nemecko, Veľkú Britániu, Nórsko a ďalšie krajiny (Kovářová, 2006).

ICN uznáva právo sestier migrovať z dôvodov profesionálneho rozvoja a ekonomických príčin. Zhromažďovaním údajov o migrácii sestier, sledovaním trendov a vzorcov globálnej migrácie pracovnej sily v zdravotníctve, analyzovaním, konzultáciami, vzdelávaním a publikačnou činnosťou sa zaoberá Medzinárodné centrum pre migráciu sestier, USA. Medzinárodné centrum pre migráciu sestier (ICNM – International Centre on Nurse Migration) je mimovládna organizácia so špecifickým poradným štatútom pri Hospodárskej a sociálnej rade Organizácie Spojených Národov. Slúži ako komplexný zdroj vedomostí vytvorený spoločnosťou CGFNS International Inc. (CGFNS) v partnerstve s Medzinárodnou radou sestier (ICN). ICNM kladie dôraz na rozvoj, propagáciu a šírenie výskumu, politiky a informácií o globálnej migrácii sestier a ľudských zdrojoch v ošetrovateľstve. Toto centrum zdrojov obsahuje správy, zdroje a publikácie široko dostupné pre tvorcov politik, plánovačov a

odborníkov z praxe (ICNM, 2022). ICN vyzýva krajiny, aby dodržiavali Kódex WHO o medzinárodnom nábore zdravotníckeho personálu, ktorý bol prijatý v roku 2010 na 63. WHO zhromaždení (WHO, 2021).

V rokoch 2002-2005 sa v jedenástich európskych štátoch uskutočnil projekt NEXT- Pracovné a životné podmienky sestier v Európe (The Nurses Early Exit Study) - Štúdia predčasného odchodu sestier z profesie. Výsledkom projektu bola komplexná analytická štúdia predčasného odchodu sestier z profesie. Do štúdie sa na európskom kontinente zapojilo 6000 sestier. Koordinátorkou projektu za Slovenskú republiku bola prof. Mária Kovárová.

Hlavným cieľom NEXT štúdie bolo zistiť, prečo sestry opúšťajú svoje povolanie včasnšie ako zástupcovia iných profesií. Skorší odchod z profesie má rôzne príčiny a formy, ale aj dôsledky na poskytovanie zdravotnej a ošetrovateľskej starostlivosti (Kovářová, 2006).

Autorský kolektív Buchan et al. v roku 2003 zrealizoval štúdiu „Medzinárodná mobilita sestier: Trendy a politické dôsledky“ (The International Nurse Mobility:Trends and Policy Implications), z ktorej vyplýva, že hlavnými faktormi, ktoré „vyháňajú“ sestry pracovať do zahraničia sú nízka mzda, zlé pracovné podmienky, nemožnosť efektívne pracovať, obmedzené možnosti pracovnej kariéry a ďalšieho vzdelávania, bezpečnosť pri vykonávaní praxe a ekonomická neistota (Kovářová, 2006). Existuje stúpajúci trend v príleve zahraničných sestier do európskych krajín vrátane Nemecka. Medzi motivačné faktory patrí nízka mzda, slabá ekonomika, bezpečnosť a pracovné podmienky. Keďže stimulačné faktory uľahčili emigráciu v rámci krajín EÚ, zaznamenal sa aktívny nábor a vzájomné uznávanie diplomov v EÚ (Ognyanova et al., 2014). Sestry odchádzajú za prácou nielen kvôli lepším pracovným podmienkam, ale za lepšie platenou prácou. K hlavným faktorom priťahujúcim sestry pracovať v iných krajinách patrí vyšší príjem, príležitosť dostávať výhodné kompenzácie, lepšie pracovné podmienky, lepšie financovanie zdravotníckych systémov, možnosť rozvoja kariéry, možnosť dopĺňať si vzdelanie (Kovářová, 2006). Podľa SK SaPA príčiny odchodu sestier zo systému zdravotnej starostlivosti sú nielen v dôsledku zvyšujúceho sa vekového priemeru (47 rokov), ich odchodu do dôchodku, ale najmä kvôli zlým pracovným podmienkam, nízkym mzdám a nekvalitnému riadeniu zdravotníckych zariadení (SK SaPA, b, 2021).

Podľa správy autorov Buchan et al. (2022) požadujúcej globálny akčný plán na riešenie krízy pracovnej sily v ošetrovateľstve bude v nasledujúcom desaťročí potrebných až 13 miliónov sestier, čo zodpovedá takmer polovici súčasnej svetovej pracovnej sily s 28 miliónmi ľudí. Celosvetoví lídri v ošetrovateľstve upozorňujú na očakávanú lavínu rezignácií, odchodov do dôchodku alebo mimo profesiu sestry. Správa tiež upozorňuje na zhoršenie nerovnomerného prerozdelenia sestier vo svete, keď krajiny

s vysokými príjmami zintenzívnia medzinárodný nábor a tým sa súčasne prehĺbi aj globálna nerovnosť v prístupe k ošetrovateľskej starostlivosti. Prezidentka ICN Pamela Cipriano zdôraznila, že už si nemôže žiadna krajina dovoliť podceňovať a podfinancovať profesiu sestry v záujme ochrany a udržateľnosti zdravotníckeho systému. V krajinách EÚ je priemerný počet sestier na 1000 obyvateľov 8,4; v SR je to iba 5,7 sestier. V slovenskom zdravotníckom systéme chýba 14 000 sestier (SK SaPA, b, 2021).

Buchan et al. (2020) V správe Medzinárodného centra pre migráciu sestier z decembra 2020 sa uvádza, že do roku 2030 odíde do dôchodku až 4,7 milióna sestier na celom svete. Autori predkladajú plán na podporu udržania starších sestier v praxi, ktorý sa zameriava na elimináciu vekovej zaujatosti pri náboře sestier, poskytovanie flexibilnej práce v súlade s potrebami starších sestier, umožniť starším sestrám profesionálny rozvoj a kariérne príležitosti, podporovať ich v mentorstve, plánovať nástupníctvo, umožniť odovzdanie znalostí, flexibilne plánovať možnosť odchodu do dôchodku a ďalšie.

Rozhodnutie sestry emigrovať a pracovne pôsobiť v zahraničí je formované vzájomným pôsobením ekonomickej príťažlivosti, sociálnych, kultúrnych podmienok a iných príležitostí vrátane kariérneho rastu a vzdelávania.

CIEĽ

Cieľom štúdie bolo identifikovať motívy emigrácie slovenských sestier do nemecky hovoriacich krajín.

DIZAJN ŠTÚDIE

Pre zber empirických údajov sme použili metódu pološtruktúrovaného interview, ktorý pozostával z 25 otázok. Pri výbere participantov sme postupovali zámerným výberom. Do vzorky sme zaradili tých, ktorí

spĺňali nasledovné kritériá: absolvovali štúdium v povolání sestra v Slovenskej republike a emigrovali do nemecky hovoriacej krajiny: Rakúska, Nemecka alebo Švajčiarska. Prieskum sme realizovali v období od 15. júna do 15. augusta 2022. Odpovede 30 participantov sme kodovali a štatisticky spracovali.

VÝSLEDKY A DISKUSIA

Štúdie sa zúčastnilo 30 participantov, 25 pôsobí v Rakúsku, tri v Nemecku a dve v Švajčiarsku. Ich priemerný vek bol 43,4 rokov, priemerná dĺžka pracovného pôsobenia v zahraničí 13,38 rokov. Štúdie sa zúčastnili 3 muži. Všetci participantí museli spĺňať podmienku absolvovania štúdia v povolání sestra v Slovenskej republike a pracovne pôsobia v nemecky hovoriacej krajine: Rakúsku, Nemecku alebo Švajčiarsku. Tieto krajiny sú už tradične pre slovenské sestry ekonomicke a geograficky atraktívne. Celkový počet sestier

prichádzajúcich do Nemecka z EÚ bol v roku 2007 4 433. Odhaduje sa však, že v Nemecku došlo k väčšiemu nárastu počtu sestier z EÚ, ktoré pracujú ako samostatne zárobkovo činné osoby alebo ako nepravidelne zamestnané pomocníčky v domácnosti alebo opatrovatelky, a to najmä u starších ľudí a osôb so zdravotným postihnutím. Prílev sestier pracujúcich v sektore domácej starostlivosti sa zvyšuje, pričom nemecké zdravotníctvo opúšťajú sestry za lepšími pracovnými príležitosťami v zahraničí, najmä v Švajčiarsku (Ognyanova et al., 2014).

Dopyt po sestrách v cieľovej destinácii, lepšie pracovné podmienky v kombinácii s vyšším odmeňovaním boli medzi účastníkmi štúdie uvedené ako dôvody emigrácie. Autorský kolektív Ognyanova et al. uskutočnil v roku 2014 štúdiu medzi nemeckými sestrami

s cieľom zistiť dôvody ich emigrácie. Nemecké sestry emigrovali, pretože získali atraktívnejšie zamestnanie v zahraničí, najmä vo Švajčiarsku, ale aj v škandinávskych krajinách, Austrálii a na Novom Zélande. Kvalita ošetrovateľskej starostlivosti vo Švajčiarsku je vyššia ako v Nemecku, pracovné tempo je uvoľnenejšie, pretože pomer pacient/sestra je nižší a sestry tak majú viac času na každého pacienta. Jazykové prepojenia a geografická blízkosť zohrávali dôležitú úlohu pri rozhodovaní o emigrácii, najmä pre sestry žijúce blízko švajčiarskych hraníc.

Z výsledkov našej štúdie vyplynulo, že ekonomický aspekt je najvýznamnejší v rozhodovaní pracovne pôsobiť v zahraničí. Až 23 participantov uviedlo nízku mzdu na Slovensku v povolani sestra ako faktor, ktorý ich ovplyvnil v rozhodnutí odísť za prácou do zahraničia. Ekonomický faktor ako rozhodujúci bol potvrdený aj v kontrolných otázkach, v ktorých 19 participantov uviedlo, že najmä financie boli pre nich príťažlivé a viedli ich k výberu cieľovej krajiny, pričom až pre 22 participantov bol ekonomický aspekt prvým alebo jediným dôvodom rozhodnutia odísť pracovať mimo SR. V tabuľke 1 uvádzame korelácie vybraných faktorov. Stredne silná závislosť bola zistená vo faktoroch vek a návrat do domovskej krajiny; čím bola respondentka mladšia, tým menej uvažovala o návrate pracovať v SR. Ak bol ekonomický dôvod emigrácie jediný alebo prvý v poradí, sestry ostávajú podstatne dlhšie pracovať v zahraničí a ich kariérny rast je výraznejší.

Tabuľka 1 Korelácia vybraných faktorov

	Poradie ekon.dôvodu	Počet rokov	Krajina	Návrat do SR	Povolanie	Vek
Vzdelanie	0,156230409	0,19475	0,07899	0,15623	0,2104664	- 0,2129
Úroveň jazyka	0,055606431	-0,0616	0,03397	0,16753	-0,0892768	- 0,0033
Poradie ekonomických dôvodov	1	0,38066	0,01553	0,012766	0,390039723	0,0599
Návrat do SR	0,012766073	-0,0058	-0,0117	1	0,218624938	- 0,3518

Legenda: Pearsonov koeficient

Stredne silná závislosť bola zistená na faktoroch

1. poradie ekonomického dôvodu odchodu z krajiny a počet rokov práce v zahraničí,
2. poradie ekonomického dôvodu odchodu za prácou do zahraničia a povolanie v zahraničí,
3. návrat a vek.

Príčiny a motívy emigrácie sestier za prácou do zahraničia skúmala Tupá (2020) dotazníkovým prieskumom. Najvýznamnejším motivačným faktorom odchodu sestier

do zahraničia bola nízka mzdová úroveň na Slovensku, ktorú označilo 35 % respondentov.

S pracovnými podmienkami nebolo spokojných 25 % opýtaných. Nasledovala organizácia práce a systém zdravotníctva v krajine (financovanie, prístup k zdravotníctvu zo strany štátu a pod.), každé s 11 %. Ostatné odpovede zahŕňali vzťahy na pracovisku, kariérny rast, vzdelávanie, sociálny status v spoločnosti, nezamestnanosť v krajine pôvodu, túžba po dobrodružstve, možnosť jazykovo sa dovzdelávať. Motivačným faktorom s najväčšou váhou

bola respondentmi označená nízka mzdová úroveň, čo sa zhoduje s viacerými migračnými teóriami.

Vyššia mzda je hlavným motivačným faktorom pre mnohé východoeurópske sestry odísť pracovať do Nemecka. Mnoho sestier prišlo do Nemecka kvôli politickým a ekonomickým podmienkam v ich krajinách. Rodina (nemecký manžel) je silná emigračná motivácia, ktorá prevažuje nad inými faktormi, ako

sú pracovné podmienky, odmeňovanie a profesionálne uznanie (Ognyanova et al., 2014).

22 participantov malo ukončené vysokoškolské vzdelanie. Z 30 participantov 27 pôsobí v zahraničí v povolani sestra alebo pľe asistent v rôznych typoch zdravotníckych a sociálnych zariadení. V mnohých európskych krajinách získala podstatná časť sestier vzdelanie v inej krajine než v tej, v ktorej je zamestnaná. Už niekoľko desaťročí prevláda najmä odchod sestier zo Slovenska do Rakúska, ktoré je vzhľadom na geografickú vzdialenosť pre slovenské sestry ekonomicky atraktívne. Niektoré sestry za prácou dochádzajú, tzv. „pendlerky“, ale mnohé do Rakúska emigrovali. Podľa autorov Österle, Lenhart prišlo za prácou do Rakúska v roku 2007 14,5% sestier a do Švajčiarska až 28,6% sestier. Po prijatí Slovenskej republiky do EÚ narastal počet emigrujúcich sestier, pričom najmä Nemecko a Rakúsko sú pre sestry cieľové krajiny. Autori realizovali v rokoch 2007-2008 štúdiu, podľa ktorej pôsobilo v Rakúsku až 12,5% sestier zo Slovenska. Dôvody emigrácie boli ekonomické, demografické, politické, legislatívne, sociálne a kultúrne. Ďalšou, často uvádzanou príčinou odchodu sestier do nemecky hovoriacich krajín, bola možnosť zdokonaľiť sa v cudzom jazyku. Autori zdôrazňujú, že pre rozhodnutie sestier odísť pracovať zo Slovenska do Rakúska nie sú rozhodujúce iba viditeľné mzdové rozdiely, ale aj vzájomné pôsobenie vyššie uvedených dôvodov (Österle, Lenhart, 2009). Nárast migrácie sestier možno deklarovať počtom overených dokladov o najvyššom dosiahnutom vzdelaní. V roku 2004 bolo v Rakúsku podaných 159 žiadostí sestier, ktoré získali vzdelanie vo svojej domovskej krajine z EÚ. Počty vzrástli viac ako trojnásobne na 530 v roku 2006, čo predstavuje 37,9 % všetkých validácií ošetrovateľských titulov v danom roku (Buchan et al., 2014).

Poliaková et al. (2022) zhodne s výsledkami našej štúdie potvrdzujú, že hlavnými príčinami pracovnej emigrácie sestier sú lepšie pracovné podmienky, finančné ohodnotenie a vyššia prestíž povolania. Vo Švajčiarsku si pacienti sestry cenia viac ako lekárov, v spoločnosti má profesia sestry prestíž, je vysoko uznávaným povolaním. Významným motivátorom je aj organizácia práce, ktorá podporuje menej hierarchické štruktúry. Komunikácia medzi lekármi a sestrami bola vnímaná ako viac rešpektujúca, otvorená a tímovo orientovaná než v Nemecku. Členovia tímu sa navzájom oslovujú krstnými menami. Komunikácia s lekármi v Nemecku často spôsobovala sestrám frustráciu. V Nemecku a rovnako v Rakúsku sa pracuje vo veľmi hierarchickej štruktúre. Obmedzený rozsah kompetencií a zodpovednosti je ďalším motivačným faktorom k odchodu sestier z Nemecka. Vo Švajčiarsku majú sestry oveľa väčšiu zodpovednosť, širšie spektrum úloh a sú vo svojej práci nezávislejšie. Lekári sa pýtajú na ich názor, na ich úsudok. Sestry v Nemecku majú obmedzené kariérne možnosti v porovnaní s inými krajinami, ktoré silne podporujú pokročilú ošetrovateľskú

prax. Školenia a ďalšie vzdelávanie považovali nemecké sestry za kľúčový predpoklad vyššej zodpovednosti. Ide o dôležitý mechanizmus zabezpečenia kvality, aby sa znalosti a kvalifikácia sestier aktualizovali (Ognyanova et al., 2014).

Prieskum, ktorý realizovali Stevanov et al. (2021) u 108 sestier, ktoré migrovali zo Srbska, Bosny a Hercegoviny za prácou do Nemecka a Nórska, priniesol podobné výsledky. Najčastejšími dôvodmi odchodu sestier boli financie, túžba zabezpečiť deťom lepšie podmienky, prepracovanosť na pracovisku v domovskej krajine. Priemerný pracovný život v profesii sestry pred odchodom bol 6,8 roka. Viac než polovica zo 108 respondentiek nemala v úmysle sa vrátiť do domovskej krajiny (Stevanov et al., 2021).

Emigráciou sestier zostáva štát bez veľmi potrebnej profesie. Medzinárodná migrácia vždy existovala, predovšetkým ako prostriedok na nájdenie ekonomických príležitostí. Úroveň vzdelania slovenských sestier je na vysokej úrovni, čo je tiež ďalší z dôvodov, prečo sú v zahraničí akceptované a vítané. Emigrácia sestier zo Slovenska je dlhoročný problém. Každá sestra, ktorá emigrovala za prácou do zahraničia, odniesla so sebou svoje vedomosti, odborné zručnosti, praktické skúsenosti, osobné a profesionálne kontakty a komunikačné schopnosti. Vyspelé krajiny zaznamenali od roku 2010 60 % nárast zdravotníckych odborníkov so vzdelaním v zahraničí (Stevanov et al., 2021). Zdravotnícky systém vo vyspelých krajinách si vyžaduje čoraz väčší počet kvalifikovaných sestier z dôvodu neustále sa zvyšujúcej úrovne zdravotnej a ošetrovateľskej starostlivosti a starnutia populácie. Vďaka tomu, že vyspelé krajiny si prácu sestier vážia a vedia ju odmeniť, je ich postavenie v týchto krajinách na oveľa vyššej úrovni. Ďalším dôvodom nespokojnosti a emigrácie sestier je prepracovanosť a nedostatočné vybavenie pracovísk. Gulášová (2006) uskutočnila v rokoch 2005-2006 prieskum, ktorého sa zúčastnilo 300 sestier: 21% sestier chcelo ostať pracovať v zdravotníctve v SR, novú prácu si hľadalo 24% sestier v SR a 19% v zahraničí, 11% mimo zdravotníctva na Slovensku a 9% v zahraničí. Výsledky prieskumu ukázali, že k prvotným príčinám fluktuácie slovenských sestier v roku 2006 boli nevyhovujúce pracovné podmienky a interpersonálne vzťahy, nízke finančné a morálne ohodnotenie sestier.

SK SaPA (a) 2021 upozorňuje, že v systéme zdravotnej starostlivosti hrozí, že náš systém zdravotníctva príde o 20 % pracovnej sily v ošetrovateľstve. Podľa údajov z registra sestier a pôrodných asistentiek od 1. 1. 2021 do 25. 3. 2021 odišlo z profesie 451 sestier a pôrodných asistentiek a 302 registrácií bolo pozastavených z dôvodu dlhodobej práceneschopnosti, dôchodku, alebo materskej dovolenky. Za rok 2020 komora zrušila 911 registrácií, 973 registrácií bolo pozastavených. Zaregistrovalo sa iba 389 absolventov. Naš systém

prichádza o stovky absolventov ročne a stráca skúsené sestry s desiatkami rokov praxe, ktoré odchádzajú pre zlé pracovné podmienky, mzdy a trpia syndrómom vyhorenia.

V štúdií sme zisťovali aj spôsob hľadania práce v zahraničí a jazykové schopnosti. Sestry si hľadali prácu samé prevažne cez internet, inzeráty (16 participantov), päť sestier využilo služby personálnych agentúr. Iba štyri sestry ovládali nemecký jazyk aktívne slovom a písmom pred odchodom do zahraničia. Jedenásť sestier uviedlo, že nemecký jazyk neovládali vôbec alebo boli na úrovni začiatníka (vedeli použiť zopár základných fráz).

Po príchode do Nemecka čelia zahraničné sestry množstvu problémov. Najdôležitejšia bola nedostatočná znalosť jazyka, čo spôsobuje u kolegov predsudky a nepriateľské správanie (Ognyanova et al., 2014).

Rozhodnutie vrátiť sa domov, na Slovensko, naspäť pracovať v zdravotníckom systéme negovalo až 26 participantov. Sestry zvažujú emigráciu, keď očakávajú, že tento krok môže zlepšiť ich profesionálnu a ekonomickú situáciu. Výskum emigračných motívov sestier do a z Nemecka je podľa Ognyanova et al. obmedzený. Hoci niektoré štúdie skúmali dôvody nespokojnosti sestier v Nemecku alebo zámeru opustiť profesiu sestry, emigrácii sa venovala malá alebo žiadna pozornosť. Jedna štúdia zistila, že podnecujúce faktory rozhodovania sestier opustiť svoje povolanie zahŕňajú nespokojnosť s pracovnými podmienkami, náplňou práce a organizáciou práce; nízka úcta; výrazná nízka mzda (Ognyanova et al., 2014). Nemecké sestry sa do krajiny vracajú z emigrácie najmä z rodinných dôvodov, niektoré uviedli kultúrne rozdiely a hierarchické štruktúry v nemocniciach ako podnecujúci faktor pri rozhodnutí vrátiť sa do Nemecka. V Rakúsku sú hierarchické štruktúry ešte výraznejšie ako v Nemecku (Ognyanova et al., 2014).

Slovenská republika sa v ostatných rokoch zaradila do skupiny štátov, ktoré majú problém získať pracovnú silu. Autorský kolektív Bakošová et al. (2019) uvádza priemernú mzdu za rok 2018 vo vybraných krajinách EÚ. Z údajov vyberáme Nemecko, Rakúsko v porovnaní so Slovenskom: Nemecko 3 775 EUR, Rakúsko 3 632 EUR, Slovensko 1 013 EUR. Podľa webu minimálna mzda uvádzame aj odhadovanú výšku priemernej mzdy v SR za rok 2022: 1295 EUR, priemerná mzda za rok 2021: 1211 EUR a priemernú mzdu vo Švajčiarsku za rok 2021: 5581 EUR (po prerátaní švajčiarskych frankov podľa aktuálneho kurzu). Emigrácia sestier ovplyvňuje výkonnosť systému zdravotníctva, kvalitu a poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti.

ZÁVER

Súčasný a aj predpokladaný nedostatok pracovnej sily v zdravotníctve v krajinách EÚ, globálna súťaž o sestry a ekonomické tlaky sú dôvodmi pre

podrobnú analýzu migrácie sestier a dôsledkov odchodu sestier zo systému. Riešenia, ktoré začína vláda SR prijímať sú nesystémové (Tupá, 2020). Pravdepodobnosť emigrácie do zahraničia sa znižuje, keď sa znižujú mzdové rozdiely voči ostatným krajinám, keď sestry pracujú vo fungujúcom systéme, keď v domovskej krajine existujú možnosti zamestnania sa a kariérneho rozvoja (Österle, Lenhart, 2009).

Z výsledkov štúdie vyplynulo, že ekonomický dôvod zohráva najvýznamnejšiu úlohu v rozhodovaní, či zotrvať pracovať v zdravotníckom systéme v Slovenskej republike alebo hľadať pracovné uplatnenie v zahraničí. Všetci participanti uvádzali navýšenie mzdy sestrám, zlepšenie pracovných podmienok a materiálno-technického vybavenia zdravotníckych zariadení ako opatrenia, ktoré by stabilizovali pracovnú silu na trhu práce v Slovenskej republike v odbore ošetrovatelstvo.

Podpora/grant

Príspevok vznikol vďaka projektu VEGA: Ekonomické aspekty emigrácie absolventov vysokých škôl v zdravotníckych odboroch v kontexte udržateľnosti personálneho zabezpečenia zdravotníckych zariadení v SR. Evidenčné číslo projektu: VEGA č. 1/0691/22

BIBLIOGRAFIA

BAKOŠOVÁ, A. et al. *Pracovná migrácia z tretích krajín a jej vplyv na trh práce v SR*. 2019.

459 s. ISBN neuvedené.

BUCHAN, J., CATTON, H., SHAFFER, F. *Sustain and Retain in 2022 and Beyond*. ICNM -

International Centre on Nurse Migration 3600 Market St. Suite 400, Philadelphia, PA 19104 USA. 2022. 72p.

BUCHAN, J., CATTON, H., SHAFFER, F. *Ageing well? Policies to support older nurses at work*. ICNM - International Centre on Nurse Migration 3600 Market St. Suite 400, Philadelphia, PA 19104 USA. 2020. 48p.

BUCHAN, J., WISMAR, M., GLINOS, I., BREMNER, J. *Health professional mobility in a changing Europe. New dynamics, mobile individuals and diverse Responses*. WHO, 2014. Printed in the United Kingdom. 400 p. ISBN 978 92 890 5025 8.

GULÁŠOVÁ, I. Príčiny fluktuácie sestier. *Sestra*. 2006; 5(11-12):10.

KOVÁŘOVÁ, M. *Pracovné a životné podmienky sestier v Európe*. Rožňava : Roven. 2006. 130s. ISBN 80-89168-168-14-0.

Medzinárodné centrum pre migráciu sestier. [online] 2022; [citované 25.8. 2022].

Dostupné <https://www.intlnursemigration.org/esources/>

POLIAKOVÁ, N., KVASŇÁKOVÁ, M., KRÁLOVÁ, E. et al. Emigrácia slovenských sestier za prácou do zahraničia-príčiny a dôsledky. *Zdravotnícke listy*. 2022; 10(1): 83-88.

State of the world's nursing 2020: investing in education, jobs and leadership. World Health Organization. 2020. 118p. ISBN 978-92-4-000327-9 (electronic version).

SKSaPA, 2021. Aj mladé sestry opúšťajú profesiu. *Prohuman*. ISSN 1338-1415.

SK SaPA, (a) 2021. Exodus sestier pokračuje enormným tempom. *Prohuman*. ISSN 1338-1415.[online], [citované 26.10. 2022]. Dostupné <https://www.prohuman.sk/osetrovatelstvo/exodus-sestier-pokracuje-enormnym-tempom>

SK SaPA. (b) Ošetrovatelstvo je v kríze. *Sestra*. 2021; XX(9-10): 7.

STEVANOV, V., SABO, S.,TOMIC, L., MESAROVIC, A., KILÍKOVÁ, M., SABO, A., TOMIC, Z., 2021. Why do nurses migrate? In *International Journal of Health New Technologies and Social Work*. ISSN 1336-9326 print, ISSN 2644-5433, p. 43-49.

TUPÁ, M. Personálne zabezpečenie systému zdravotníctva v Slovenskej republike kvalifikovanými sestrami v kontexte pracovnej emigrácie. *Zdravotnícke listy*. 2020; 8(1):38-46.

OGNYANOVA, D., YOUNG, R., MAIER, C., BUSSE, R. Why do health professionals leave Germany and what attracts foreigners? A qualitative study. In *Health professional mobility in a changing Europe. New dynamics, mobile individuals and diverse Responses*. WHO, 2014. p. 203-232. ISBN 978 92 890 5025 8.

ÖSTERLE,A., LENHART, M. Migrácia ošetrovateľského personálu zo Slovenska do Rakúska. *Ošetrovatelstvo a pôrodná asistencia*. 2009; VII(1): 4-6.

WHO. 2020. *State of the world's nursing 2020: investing in education, jobs and leadership*.

Stav svetového ošetrovateľstva 2020: investície do vzdelávania, pracovných miest a vedenia. 116p. ISBN 978-92-4-000327-9 (electronic version). ISBN 978-92-4-000328-6 (print version).

WHO. 2021. *WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel. Globálny kódex WHO pre medzinárodný nábor zdravotníckeho personálu.* 13p.

Kontakt na autorov:

doc. PhDr. Viera Hulková, PhD., MPH
Fakulta zdravotníctva
Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka v Trenčíne
Študentská 2
911 50 Trenčín
+421 32 7400612
viera.hulkova@tnuni.sk

prof. PhDr. Mária Kilíková, PhD., MPH
VŠZ a SP sv. Alžbety Bratislava, n. o.
Detašované pracovisko bl. Sály Salkaházi
Kósu Schoppera 22
048 01 Rožňava
mobil: +421 911 677145
e-mail: m.kilikova@gmail.com

Mag. Peter Mitura
Haus-und Pflegedienstleiter
Haus St. Bernadette
Hauptstraße 128, 2384 Breitenfurt bei Wien
Tel: 0043 2239 2306-50, Fax DW: 75
Mobil: +43 (676) 9188065
Mail: peter.mitura@caritas-wien.at

ОЦІНКА ГОТОВНОСТІ ЗАКЛАДІВ ВИЩОЇ ОСВІТИ ДО ПІДГОТОВКИ ФАХІВЦІВ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДО РОБОТИ В УМОВАХ ВІЙНИ ТА ПОСТ ВІЙНИ

ASSESSING THE READINESS OF HIGHER EDUCATION INSTITUTIONS TO PREPARE SPECIALISTS IN PHYSICAL REHABILITATION TO WORK IN CONDITIONS OF WAR AND POST-WAR

Huzak Oleksandra¹, Myronyuk Ivan²

^{1,2} Faculty of Health and Physical Education of Uzhhorod National University, Uzhhorod, Ukraine

Анотація: Повномасштабна війна в Україні триває і виникла нагальна необхідність допомоги кожній людині, як військовому, так і цивільній особі, яка постраждала від агресії росії, повернутися до повноцінного життя і, зокрема, відновити стан фізичного здоров'я. Зростає значення розвитку додаткових, особливих компетентностей серед фахівців з фізичної терапії та ерготерапії, які дадуть їм змогу вирішувати нові, не характерні для мирного життя, клінічні задачі. Гостра потреба держави у таких фахівцях має тенденцію до постійного зростання. Відтак, поступово пріоритетною метою діяльності галузі фізичної реабілітації стає надання своєчасної, ефективної і кваліфікованої допомоги особам після воєнної травми. Тому виникла необхідність внесення змін в навчальні плани та програми підготовки майбутніх фахівців сфери фізичної реабілітації для реагування на нові виклики в системі охорони здоров'я.

Мета дослідження: Розробити і запровадити зміни до програми підготовки фахівців реабілітації (асистентів фізичного терапевта та ерготерапевта) в закладах вищої освіти з метою набуття ними нових компетентностей в умовах нових викликів, зумовлених агресією росії.

Завдання дослідження: Проаналізувати наявні в освітній програмі підготовки бакалаврів спеціальності 227. Фізична терапія, ерготерапія фахові компетентності щодо їх відповідності новим потребам населення в реабілітаційній допомозі. Сформулювати нову, додаткову фахову компетентність, визначити перелік існуючих (доповнених) та нових освітніх компонент та їх обсягу (в кредитах ЄКТС) для забезпечення набуття фахівцями нових фахових компетентностей. Сформувати оновлену матрицю відповідності програмних компетентностей компонентам освітньої програми підготовки бакалаврів 227. Фізична терапія. Ерготерапія.

Висновки:

Проаналізовано наявні в освітній програмі підготовки бакалаврів спеціальності 227. Фізична терапія, ерготерапія фахові компетентності щодо їх відповідності новим потребам населення в реабілітаційній допомозі. Сформульовано нові, додаткові фахові компетентності в програму бакалаврату 227. Фізична терапія. Ерготерапія майбутніх фахівців для надання реабілітаційних послуг в умовах війни та поствійни. Визначено перелік існуючих (доповнених) та нових освітніх компонент та їх обсягу (в кредитах ЄКТС) для забезпечення набуття фахівцями нових фахових компетентностей. Сформовано оновлену матрицю відповідності програмних компетентностей компонентам освітньої програми підготовки бакалаврів 227. Фізична терапія. Ерготерапія.

Ключові слова:

Фізична терапія, підготовка фахівців, війна в Україні, реабілітація після воєнної травми.

Annotation: A full-scale war in Ukraine continues and there is an urgent need to help every person, both military and civilian, who have suffered from Russia's aggression, to return to a full life and restore physical health. There is the growing importance of the development of additional, special competencies among specialists in physical therapy and occupational therapy, which will enable them to solve new ones, not typical of a peaceful life, clinical tasks. The country's urgent need for such specialists tends to grow steadily. Therefore, gradually the priority goal of the field of physical rehabilitation is to provide timely, effective and qualified assistance to persons after military injury. For this reason, to respond to new challenges, it became necessary to introduce changes in curricula and training programs for future specialists in the field of physical rehabilitation in the health care system.

The purpose of the study: Develop and implement changes to the rehabilitation training program (physical therapist and occupational therapist assistants) in higher education institutions in order to acquire new competencies in the face of new challenges caused by Russia's aggression.

The objectives of the study: Analyze the specialties available in the educational program for the preparation of bachelors 227. Physical therapy, occupational therapy, professional competencies in their compliance with the new needs in rehabilitation care. Formulate a new, additional professional competence, determine the list of existing (supplemented) and new educational components and their volume (in ECTS credits) to ensure the acquisition of new professional competencies by specialists. To form an updated matrix of compliance of program competencies with the components of the educational

program for the preparation of bachelors 227. Physical therapy. Occupational therapy.

Conclusions:

The specialties available in the educational program for the preparation of bachelors 227 were analyzed. Physical therapy, occupational therapy, professional competencies in their compliance with the new needs in rehabilitation care. Formulated new, additional professional competencies in the bachelor's program 227. Physical therapy. Occupational therapy of future specialists for the provision of rehabilitation services in conditions of war and post-war. A list of existing (supplemented) and new educational components and their volume (in ECTS credits) has been determined to ensure the acquisition of new professional competencies by specialists. An updated matrix of compliance of program competencies with the components of the educational program for the preparation of bachelors 227 has been formed. Physical therapy. Occupational therapy.

Key words:

Physical therapy, training of specialists, war in Ukraine, rehabilitation after military trauma.

Вступ

Питання професійної підготовки або формування професійної компетентності майбутніх фахівців з фізичної терапії ерготерапії у центрі дослідження низки науковців. Відтак Ю.Копчинська обґрунтувала теоретичні і методичні аспекти формування професійної ідентичності майбутніх фахівців у закладах вищої освіти. Авторкою наукової роботи розроблено концепцію формування професійної ідентичності майбутніх фахівців з фізичної терапії, ерготерапії у закладах вищої освіти : [«Показниками сформованості професійної ідентичності майбутніх фахівців з фізичної, ерготерапії за комунікативним критерієм є рівень: розуміння важливості встановлення і підтримування контактів з пацієнтами/ клієнтами, членами мультидисциплінарної команди; забезпечення ефективного спілкування і взаємодії з оточуючими; усвідомлення ролі етичності в професійній діяльності фізичного терапевта, ерготерапевта.»]

Ю. Лянной розкриває історичний екскурс, щодо використання фізичних засобів відновлення здоров'я, та подає характеристику видів реабілітації на сучасному етапі розвитку суспільства. Особливу увагу привертає до таких понять як «компетенція», яка відображає функціональні можливості

фахівця, та «компетентність», яка пов'язується з певними навичками діяльності, передусім – професійної.

О. Бурка наголошує на важливості використання фізкультурно-оздоровчих технологій і розкриває модель у професійній діяльності майбутніх фізичних терапевтів, визначає модель і навчально-методичне забезпечення підготовки майбутніх фізичних терапевтів до використання фізкультурно-оздоровчих технологій.

Результати дослідження та їх обговорення.

Ужгородський національний університет здійснює ступеневу підготовку майбутніх фахівців з фізичної терапії, ерготерапії за освітніми програмами: "фізична терапія, ерготерапія" (ОС бакалавра) та фізична терапія (ОС магістра).

Зупинимось на особливостях організації освітнього процесу здобувачів вищої освіти за бакалаврським рівнем.

Програма реалізується у групах при поєднанні практичної та теоретичної підготовки. Обов'язковими для всіх студентів є практики: з оздоровчих технологій (навчальна), ерготерапевтична (виробнича), пропедевтична у фізичній терапії (виробнича), за профілем майбутньої спеціальності (виробнича), які проводяться на базі медичних, загальноосвітніх та санаторно-курортних закладів.

Обов'язкові та вибіркові компоненти забезпечують формування складових професійної компетентності інтегральної загальних і спеціальних.

У даній освітній програмі підготовки бакалаврів спеціальності 227. Фізична терапія, ерготерапія передбачено: 16 фахових компетентностей, 45 обов'язкових компонент, 4 практики і 16 вибіркових компонент.

Фізична терапія та ерготерапія при порушеннях опорно-рухового апарату включає складову компонентів: *1. Загальні компетентності:* ЗК 01. Знання та розуміння предметної області та розуміння професійної діяльності. ЗК 03. Навички міжособистісної взаємодії. ЗК 04. Здатність працювати в команді. ЗК 09. Навички використання інформаційних і комунікаційних технологій. ЗК 10. Здатність до пошуку, оброблення та аналізу інформації з різних джерел. ЗК 11. Здатність вчитися і оволодівати сучасними знаннями. ЗК 12. Здатність застосовувати знання у практичних ситуаціях. *2. Спеціальні (фахові) компетентності:* СК 01. Здатність пояснити пацієнтам, клієнтам, родинам, членам міждисциплінарної команди, іншим медичним працівникам потребу у заходах фізичної терапії, ерготерапії, принципи їх використання і зв'язок з охороною здоров'я. СК 02. Здатність аналізувати будову, нормальний та індивідуальний розвиток людського організму та його рухові функції. СК 03. Здатність трактувати патологічні

процеси та порушення і застосовувати для їх корекції придатні засоби фізичної терапії, ерготерапії. СК 05. Здатність провадити безпечну для пацієнта/клієнта та практикуючого фахівця практичну діяльність з фізичної терапії, ерготерапії у травматології та ортопедії, неврології та нейрохірургії, кардіології та пульмонології, а також інших областях медицини. СК 06. Здатність виконувати базові компоненти обстеження у фізичній терапії та/або ерготерапії: спостереження, опитування, вимірювання та тестування, документувати їх результати (додаток 3). СК 09. Здатність забезпечувати відповідність заходів фізичної терапії та/або ерготерапії функціональним можливостям та потребам пацієнта/клієнта. СК 11. Здатність адаптовувати свою поточну практичну діяльність до змінних умов. СК 12. Здатність надавати долікарську допомогу під час виникнення невідкладних станів. СК 15. Здатність застосовувати методи оздоровлення при різних нозологічних станах в лікувально-профілактичних та санаторно-курортних закладах охорони здоров'я.

Значна увага, кафедрою фізичної реабілітації, зосереджується на практичній підготовці майбутніх фахівців, відтак зупинимось на особливостях клінічної практики у фізичній терапії, ерготерапії при захворюваннях та порушень опорно-рухового апарату (виробнича).

Відповідно до освітньої програми, вивчення дисципліни сприяє формуванню у здобувачів вищої освіти таких компетентностей.

1. *Загальних*: - здатність визначати мету та завдання власної та колективної діяльності, передбачати альтернативні рішення у професійній діяльності (ЗК-1); - здатність виявляти, формулювати і вирішувати проблеми пацієнтів, застосовуючи у практичній діяльності базові знання, клінічне та рефлексивне мислення (ЗК-2); - здатність оцінювати, критично обговорювати та застосовувати результати наукових досліджень у практичній діяльності (ЗК-3); - здатність ефективно працювати у складі мультидисциплінарної команди (ЗК-5); - здатність до подальшого навчання зі значним ступенем самостійності та саморегулювання (ЗК-9); - здатність діяти згідно професійного Етичного Кодексу фізичного терапевта, цінувати індивідуальні та культурні відмінності між пацієнтами/клієнтами, та фахівцями фізичної терапії (ЗК-10); - здатність відповідати за результати професійної діяльності (ЗК-11). 2. *Фахових*: - здатність пояснювати потребу у заходах фізичної терапії, принципи їх використання і зв'язок з охороною здоров'я (ФК-1); - здатність аналізувати будову, нормальний та індивідуальний розвиток людського організму та його рухові функції (ФК-2); - здатність розуміти складні патологічні процеси, які піддаються корекції заходами фізичної терапії (ФК-3); - здатність розуміти та пояснювати медичні, педагогічні, соціальні аспекти,

пов'язані з практикою фізичної терапії, ерготерапії (ФК-4); - здатність розуміти клінічний діагноз, перебіг захворювання та провадити безпечну практичну діяльність для пацієнта/клієнта та практикуючого фахівця (ФК-5); - здатність збирати анамнез, виконувати реабілітаційне обстеження, тестування, огляд та документувати їх результати (ФК-6); - здатність аналізувати, вибирати і трактувати отриману інформацію щодо реабілітаційних програм, їх ефективність (ФК-7); - здатність забезпечувати оптимальний рівень терапевтичного навантаження, контролювати відповідність реабілітаційних заходів функціональним можливостям та потребам пацієнта/клієнта (ФК-8); - здатність допомагати пацієнту/клієнту розуміти власні потреби, обговорювати та формулювати цілі, пояснювати програму фізичної терапії (ФК-9); - здатність контролювати та проводити оперативний, поточний та етапний контроль стану пацієнта/клієнта відповідними засобами й методами та документувати отримані результати (ФК-10); - здатність ефективно реалізовувати та прогнозувати результати фізичної терапії, формулювати цілі, складати, обговорювати та пояснювати програму фізичної терапії, або компоненти індивідуальної програми, які стосуються фізичної терапії (ФК-11); - здатність провадити професійну діяльність відповідно до потреб здоров'я, культурних цінностей та традицій населення з метою збільшення заняттєвої участі пацієнта/клієнта шляхом адаптації його в суспільство (ФК-12); - здатність навчати пацієнта/опікунів самообслуговуванню/догляду, профілактиці ускладнень, захворювань, травм та неповносправності, здоровому способу життя (ФК-13); - здатність застосовувати нетрадиційні методи оздоровлення при різних нозологіях (ФК-15); - здатність впроваджувати сучасні наукові дані у практичну діяльність (ФК-16).

Враховуючи реалії сьогодення епідеміологічні і військові виклики, змінюються підходи до підготовки фізичних терапевтів, які повинні відновлювати не тільки фізичну активність, а і психологічний стан поранених в умовах війни, яким необхідно довше повертатися до повсякденного життя.

Метою вивчення навчальної дисципліни «Клінічна психологія» є підготовка фахівців спеціальності 227 Фізична терапія, ерготерапія за освітнім ступенем бакалавра відповідно до державних стандартів, встановлених освітньо-кваліфікаційною характеристикою та освітньо-професійною програмою підготовки «Фізична терапія, ерготерапія»; розширення теоретичних уявлень про психологічні особливості осіб з різними нозологіями; ознайомлення із сучасними теоретичними аспектами психосоматичних та соматопсихічних взаємовпливів; розширення

наукових уявлення про види та методи промоції психічного здоров'я та психологічного благополуччя.

Отже, професійна підготовка як складна динамічна система інтегрує визначені структурно і функціонально взаємопов'язані і взаємодіючі компоненти, що відображають специфіку навчального процесу, результатом якого є готовність особистості до професійної діяльності.

Необхідність внесення змін в навчальні плани та програми підготовки майбутніх фахівців сфери фізичної реабілітації для реагування на нові виклики в системі охорони здоров'я, вимагає введення предметів та додаткових, особливих компетентностей пов'язаних з реаліями сьогодення.

Аналізуючи освітню програму, ми бачимо, що спеціальні фахові компетентності були розраховані на навчання під час мирного життя. Відтак, виникла потреба розширити і сформулювати нові, додаткові фахові компетентності в програмі бакалаврату 227. Фізична терапія, ерготерапія майбутніх фахівців для надання реабілітаційних послуг в умовах війни та поствійни. Ми пропонуємо додати: СК 17.Здатність забезпечувати відповідність заходів фізичної терапії та/або ерготерапії функціональним можливостям та потребам пацієнта/клієнта при специфічній патології поранень, завданих кулями, снарядами, вибухами і нетрадиційними видами зброї. СК18. Здатність враховувати медичні, психологопедагогічні, соціальні аспекти психічного здоров'я: посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), депресію та соматичні розлади.

Для збереження кількості кредитів, передбачених стандартом Міністерства освіти і науки України, ми звернули увагу на деякі компоненти, де можливо зменшити кількість кредитів і тим самим не порушувати дані нормативи (таб.1). Так, до прикладу: ОК 17 «Основи практичної діяльності у фізичній терапії (вступ до спеціальності)» та ОК 19 «Методи дослідження у фізичній терапії, ерготерапії» - по 5 кредитів; ОК 28 «Основи фізичної терапії» та ОК 30 «Фізична терапія та ерготерапія при захворюваннях нервової системи» - по 4 кредити; ОК 20 «Науково-дослідна робота у фізичній терапії» та ОК 23 «Фізична терапія та ерготерапія при порушеннях опорно-рухового апарату» - по 3 кредити. Відтак, нові, запропоновані компоненти можуть гармонійно доповнити освітню програму.

Таблиця 1. Фрагмент переліку компонентів освітньо-професійної програми та їх логічна послідовність (основні)

Код н/д	Компоненти освітньої програми (навчальні дисципліни, курсові проекти (роботи), практики, кваліфікаційна робота)	К-сть кредитів
ОК 17	Основи практичної діяльності у фізичній терапії (вступ до спеціальності)	5
ОК 19	Методи дослідження у фізичній терапії, ерготерапії	5
ОК 20.	Науково-дослідна робота у фізичній терапії	3
ОК 23.	Фізична терапія та ерготерапія при порушеннях опорно-рухового апарату	3
ОК 28.	Основи фізичної терапії	4
ОК 30.	Фізична терапія та ерготерапія при захворюваннях нервової системи	4
ОК 31.	Технічні засоби у фізичній терапії	3
ОК 36.	Фізична терапія та ерготерапія у педіатрії	4
ОК 37.	Ерготерапія в суспільстві	3
ОК 41.	Пропедевтична клінічна практика у фізичній терапії, ерготерапії (навчальна)	6
ОК 42.	Клінічна практика у фізичній терапії, ерготерапії при захворюваннях серцево-судинної та дихальної системи (виробнича)	6
ОК 43.	Клінічна практика у фізичній терапії, ерготерапії при захворюваннях та порушень опорно-рухового апарату (виробнича)	6
ОК 44.	Клінічна практика у фізичній терапії, ерготерапії при захворюваннях нервової системи (виробнича)	6

При формуванні компетентностей виникло питання додаткових компонентів освітньої програми, таких як: ОК(А) «Фізична терапія, ерготерапія при травмах після вогнепальних, мінно-вибухових поранень та контузій», ОК(В) «Фізична терапія, ерготерапія при розладах психічного здоров'я», і як наслідок сформувати оновлену матрицю відповідності програмних

компетентностей компонентам освітньої програми підготовки бакалаврів 227. Фізична терапія. Ерготерапія.

На прикладі фрагменту матриці відповідності програмних компетентностей і компонент з доповненням, які ми рекомендуємо включити у освітню програму, де жирним шрифтом і курсивом виділено, вказано наші пропозиції (таб.2).

Відтак, компетентності: СК 17.Здатність забезпечувати відповідність заходів фізичної терапії та/або ерготерапії функціональним можливостям та потребам пацієнта/клієнта при специфічній патології поранень, завданих кулями, снарядами, вибухами і нетрадиційними видами зброї; та СК18. Здатність враховувати медичні, психологопедагогічні, соціальні аспекти психічного здоров'я: посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), депресію та соматичні розлади, можуть бути додані у більшість наявних освітніх компонент.

Таблиця 2. Фрагмент переліку компонентів освітньо-професійної програми та їх логічна послідовність (основні)

Компоненти ОП	Програмні компетентності																	
	СК 01	СК 02	СК 03	СК 04	СК 05	СК 06	СК 07	СК 08	СК 09	СК 10	СК 11	СК 12	СК 13	СК 14	СК 15	СК 16	СК 17	СК 18
ОК 17	+	+	+		+	+			+			+	+					
ОК 19		+	+	+		+				+	+			+				
ОК20.	+	+	+	+		+				+	+			+				
ОК23.	+	+	+		+	+			+		+	+			+		+	
ОК28.	+	+	+			+		+	+	+				+	+			
ОК30.		+	+		+	+		+	+	+			+		+	+		+
ОК31.	+	+	+	+		+	+		+	+	+		+	+	+		+	
ОК36.	+	+	+	+	+			+	+	+						+	+	+
ОК37	+	+	+				+		+								+	+
ОК(А)																	+	+
ОК(В)																	+	+
ОК41.	+	+	+	+		+	+			+				+				
ОК42.	+		+	+	+	+	+	+	+	+	+			+				
ОК43.	+		+	+	+	+	+	+	+	+	+			+			+	+
ОК44.	+		+	+	+	+	+	+	+	+	+			+				+

Висновок:

Війна із російською федерацією обумовила формування нових глобальних викликів для системи охорони здоров'я на регіональному рівні України. Характер цих викликів в значній мірі залежить від регіону країни: території, які тимчасово окуповані російськими військами; території, які знаходяться в зоні активних бойових дій; території, які знаходяться поза межами тимчасової окупації та активних бойових дій, тому дана ситуація потребує формування нових компетентностей фахівців сфери охорони здоров'я (в тому числі реабілітаційної галузі) як в період воєнного стану так і особливо в післявоєнний період.

BIBLIOGRAFIA

КОПОЧИНСЬКА Ю. Понятійний апарат системи формування професійної ідентичності майбутніх фахівців з фізичної терапії, ерготерапії. *Український педагогічний журнал Інституту педагогіки НАПН України*. <https://doi.org/10.32405/2411-1317-2020-2-51-59>, 2020. Вип. 2. С. 51–59.

КОПОЧИНСЬКА Ю. В., ДМІТРІЄВА Н. С. Формування професійної ідентичності майбутніх фахівців з фізичної терапії, ерготерапії на основі синергетичного підходу. *Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова. Серія : Науково-педагогічні проблеми фізичної культури (фізична культура і спорт)*. Київ, 2020. Вип. 2 (122). С. 69–73.

ЛЯННОЙ Ю.О. Професійна підготовка майбутніх магістрів з фізичної реабілітації у вищих навчальних закладах : теоретико- методичний аспект : [монографія] / Ю. О. Лянной. – Суми : Вид-во СумДПУ імені А. С. Макаренка, ISBN 978-966-698-224-0, 2016. – 566 с.

БУРКА О.М. Підготовка майбутніх фізичних терапевтів до використання фізкультурно-оздоровчих технологій : монографія / О.М. Бурка. – Запоріжжя : НУ «Запорізька політехніка», ISBN 978-617-529-364-5, 2022. – 185 с.

Kontakt na autorov:

Huzak Oleksandra, PhD, ass. Professor

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

E-mail: olexandra.huzak@uzhnu.edu.ua

Prof. Myronyuk Ivan, MD, DSc.

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

E-mail: ivan.myronyuk@uzhnu.edu.ua

OSOBITOSTI OŠETROVATELSKEJ STAROSTLIVOSTI O UTEČENCOV

CHARACTERISTICS OF NURSING CARE FOR REFUGEES

Ivanková Viera¹, Belovičová Mária²

¹*VŠZaSP Sv. Alžbety Bratislava, n.o.*

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

²*VŠZaSP Sv. Alžbety Bratislava, n.o.*

ABSTRAKT

Vojna na Ukrajine vyhnala celosvetový počet vysídlených ľudí a utečencov na historické maximum. Väčšina vstúpila do susedných východoeurópskych krajín. Utečenci, ktorí utekajú z traumatických situácií, čelia po príchode sociálno-ekonomickým stresom a často zo zlým zdravotným stavom. Medzi najčastejšie zdravotné problémy novo prichádzajúcich utečencov patria náhodné zranenia, gastrointestinálne ochorenia, kardiovaskulárne príhody, komplikácie súvisiace s tehotenstvom a pôrodom, cukrovka, hypertenzia a tiež prenosné ochorenia. V dôsledku núteného vysídlenia a traumatických ciest, zažívajú utečenci psychické problémy, depresiu, úzkosť a posttraumatickú stresovú poruchu, ktoré môžu byť nedostatočne diagnostikované kvôli bariéram a stigme. Sestry sú pripravené na to, aby zmiernili rizikové faktory, poskytovali komplexnú ošetrovateľskú starostlivosť a zároveň poskytnúť príležitosti, aby utečenci identifikovali svoje vlastné zdravotné potreby a najlepšie spôsoby, ako tieto potreby riešiť. Prístup k pacientovi a jeho rodine, kladenie otvorených otázok a počúvanie rozprávania pacientov sú kroky k vytvoreniu prostredia podporovanej ošetrovateľskej starostlivosti.

Kľúčové slová: Utečenci. Zdravotné problémy utečencov. Rizikové faktory. Bariéry. Komplexná ošetrovateľská starostlivosť.

ABSTRACT

The war in Ukraine has driven the global number of displaced people and refugees to an all-time high. The majority entered neighboring Eastern European countries. Refugees fleeing traumatic situations face socio-economic stress and often poor health upon arrival. Among the most common health problems of newly arriving refugees are accidental injuries, gastrointestinal diseases, cardiovascular events, complications related to pregnancy and childbirth, diabetes, hypertension and also communicable diseases. As a result of forced

displacement and traumatic journeys, refugees experience psychological problems, depression, anxiety and post-traumatic stress disorder, which may be underdiagnosed due to barriers and stigma. Nurses are prepared to mitigate risk factors, provide comprehensive nursing care, and provide opportunities for refugees to identify their own health needs and the best ways to address those needs. Approaching the patient and family, asking open-ended questions, and listening to patients' stories are steps to creating a supportive nursing care environment.

Keywords: Refugees. Health problems of refugees. Risk factors. Barriers. Comprehensive nursing care.

Úvod

Vojna na Ukrajine vyhnala celosvetový počet vysídlených ľudí a utečencov na historické maximum. Podľa Svetovej zdravotníckej organizácie od začiatku ruskej invázie na Ukrajinu opustilo viac ako 8,2 milióna utečencov, väčšina z nich smerovala do Poľska (52 %), potom do Ruska (17 %) a Maďarska (10 %). Zahynulo viac ako 4 700 ukrajinských civilistov a 5 900 bolo zranených. Zatiaľ čo 6,2 milióna ľudí zostáva na Ukrajine vnútorne vysídlených, viac ako 5,5 milióna ľudí, ktorí opustili svoje domovy počas vojny, sa teraz vrátilo domov (WHO, 2022 Hraničnými priechodmi prešlo v novembri 2022 na vstupe do Slovenskej republiky 17 642 osôb. O dočasné útočisko požiadalo 704 žiadateľov. Naopak na výstupe zo Slovenska na Ukrajinu prešlo hraničnými priechodmi 17 810 ľudí. Podiel občanov Ukrajiny na celkovom počte cudzincov v SR je 33,7 % (IOM, 2022). Slovensko nepatrí k tradičným cieľovým krajinám migrantov. Je kultúrne homogénnou krajinou, ktorej sa dramatický nárast migrácie nedotkol. Až donedávna bola Slovenská republika takmer výlučne krajinou, z ktorej občania z rôznych dôvodov migrovali do cudziny.

Utečenci, ktorí utiekli zo svojej krajiny kvôli vojne zažívajú problémy s prístupom k službám, ktoré riešia ich individuálne a kultúrne potreby. Kultúrna kompetencia je všeobecne uznávaná ako kritická súčasť efektívneho a spravodlivého poskytovania služieb a bola navrhnutá na zníženie zdravotných rozdielov a zlepšenie prístupu k službám vrátane zdravotnej starostlivosti, sociálnych služieb, zamestnania a vzdelávania. Poskytovatelia zdravotníckych a sociálnych služieb sú často prvým kontaktným bodom pre presídlených utečencov a zohrávajú kľúčovú úlohu pri pomoci im prispôbiť sa životu v

novej krajine. Utečenci a žiadatelia o azyl majú jedinečné a zložité potreby súvisiace s ich skúsenosťami s núteným vysídlením (Lau et al, 2021).

Problematika utečencov v súčasnosti predstavuje nový fenomén, ktorý si bude vyžadovať čoraz väčšiu pozornosť ako zo strany sociálnych a zdravotníckych pracovníkov. Sestra ako dôležitá súčasť multidisciplinárneho tímu má v starostlivosti o tieto osoby významnú úlohu.

Utečenci

Utečenci sú osoby utekajúce pred ozbrojeným konfliktom alebo prenasledovaním. Ich situácia je často tak nebezpečná a neznesiteľná, že prekračujú národné hranice a hľadajú bezpečie v okolitých krajinách a tak sa stávajú medzinárodne uznanými "utečencami" s prístupom k pomoci od štátov, Úradu vysokého komisára OSN pre utečencov a ďalších organizácií. Utečenci sú v medzinárodnom práve zadefinovaní a chránení (UNHCR, 2021). Dohovor z roku 1951 definuje, kto je utečenec a načrtáva základné práva, ktoré by štáty utečencom mali poskytnúť. Jedným z najnákladnejších princípov stanovených v medzinárodnom práve je, že utečenci by nemali byť vyhnaní alebo vrátení do situácie, kde by boli ich život alebo sloboda opäť v ohrození. Úrad vysokého komisára OSN pre utečencov úzko spolupracuje s vládami a podľa potreby im radí a podporuje ich pri implementácii ich záväzkov (Edwards, 2015).

Vysídlenie v dôsledku vojny je najhoršou formou migrácie a sprevádza ho pojem žiadateľ o azyl/utečenec. Utečenec je človek, ktorý nedobrovoľne odchádza zo svojej rodnej krajiny alebo krajiny, kde žil, pretože je prenasledovaný, alebo je v krajine zlá politická situácia a vojna. Emigrant odchádza za lepšou možnosťou. Utečenec je nútený opustiť krajinu, lebo je v ohrození života. **Migranti** sa nerozhodli presťahovať kvôli priamej hrozbe prenasledovania alebo smrti, ale hlavne preto, aby si zlepšili svoj život, našli si prácu, prípadne v niektorých prípadoch kvôli vzdelaniu, opätovnému spojeniu s rodinou alebo z iných dôvodov. Na rozdiel od utečencov, ktorí sa nemôžu bezpečne vrátiť domov, migranti takéto prekážky v návrate domov nemajú. Ak sa rozhodnú vrátiť domov, naďalej môžu využívať ochranu svojej vlády (Edwards, 2015). Táto odlišnosť je pre jednotlivé vlády dôležitá. Krajiny riešia postavenie migrantov podľa svojich vlastných imigračných zákonov, postupov a na základe noriem ochrany utečencov a azylu, ktoré sú definované v národnej legislatíve aj medzinárodnom práve. Krajiny majú voči komukoľvek, kto žiada o azyl na ich území alebo na ich hraniciach, osobitné povinnosti. Úrad vysokého komisára OSN pre utečencov pomáha všetkým krajinám plniť si svoje povinnosti v oblasti azylu a ochrany utečencov (UNHCR, 2021).

Utečenci a migranti majú rôzne potreby fyzického a duševného zdravia, ktoré sú ovplyvnené skúsenosťami v krajine ich pôvodu, ich migračnou cestou, vstupnou a integračnou politikou hostiteľskej krajiny a životnými a pracovnými podmienkami. Tieto skúsenosti môžu zvýšiť zraniteľnosť utečencov a migrantov voči chronickým a infekčným chorobám.

Zdravotné riziká utečencov

Zdravotné riziká utečencov sú ovplyvnené epidemiológiou neprenosných a infekčných chorôb v krajine ich pôvodu, okolnosťami a podmienkami migračnej cesty a prekážkami prístupu k zdravotnej starostlivosti po príchode. Ukrajina má jednu z najvyšších celosvetových záťaží neprenosných chorôb a chronických infekčných chorôb, ako sú tuberkulóza (TBC), HIV a vírusová hepatitída a najnižšiu zaočkovanosť v Európe (Marchese, et al., 2022). Utečenci, ktorí utekajú z traumatických situácií, čelia po príchode sociálno-ekonomickým stresom

a prekážkam poskytovania služieb a ich zdravotný stav sa po presídlení môže aj dramaticky zhoršiť (Greenaway, et al., 2022). Ukrajinci vysídlení vojnou však nemusia mať rovnakú prevalenciu chorôb, ako sa uvádza medzi bežnou ukrajinskou populáciou. Medzi najčastejšie zdravotné problémy novo prichádzajúcich utečencov a migrantov patria podľa WHO náhodné zranenia, podchladenie, popáleniny, gastrointestinálne ochorenia, kardiovaskulárne príhody, komplikácie súvisiace s tehotenstvom a pôrodom, cukrovka a hypertenzia. Prioritou pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti utečencom je duševné zdravie. V dôsledku nebezpečenstva núteného vysídlenia a traumatických ciest, ktoré migranti a utečenci zažívajú, sú depresia, úzkosť a posttraumatická stresová porucha bežnými stavmi, ktoré môžu byť nedostatočne diagnostikované kvôli stigme a nedostatku zdrojov (WHO, 2021).

Utečenci z Ukrajiny, ktorí majú štatút azylanta, majú na plne preplácanú zdravotnú starostlivosť. Ako ostatní účastníci systému verejného zdravotného poistenia na Slovensku majú nárok na neodkladnú a potrebnú indikovanú zdravotnú starostlivosť. **V prípade zdravotných problémov sú ošetrení a dostávajú potrebnú zdravotnú starostlivosť. Žiadatelia o azyl a žiadatelia o dočasné útočisko majú nárok na neodkladnú a potrebnú indikovanú zdravotnú starostlivosť.** To znamená, aj takú zdravotnú starostlivosť, ktorú im odporučí lekár po vyšetrení. K dispozícii je ambulantná pohotovostná služba v príslušnom kraji či meste na Slovensku, alebo centrálny príjem nemocnice (MZSR, 2022). Cieľom presídlenia je pomôcť jednotlivcovi rýchlo dosiahnuť sebestačnosť. To znamená, že musia získať zamestnanie a byť schopní

integrovat' sa do miestnej spoločnosti. Hlavným prvkom sebestačnosti je zdravie, preto je utečencom v rámci procesu presídľovania poskytnuté počiatočné zdravotné hodnotenie počas prvých 90 dní po príchode. Toto hodnotenie je známe ako domáca zdravotná prehliadka. Táto zdravotná prehliadka je komplexnou skúškou, ktorá zahŕňa kontrolu akýchkoľvek zahraničných lekárskech záznamov dostupných v systéme elektronického oznamovania chorôb (EDN) Centra pre kontrolu a prevenciu chorôb (CDC) a slúži ako cesta k primárnej starostlivosti (Balcom et al, 2017).

Ošetrovateľská starostlivosť o utečencov

Populácia utečencov je zraniteľnou, no úžasne odolnou skupinou s biopsychosociálnymi a duchovnými potrebami, ktoré sa líšia medzi populáciami aj v rámci nich. Poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti o utečeneckú populáciu si vyžaduje znalosti a porozumenie týkajúce sa úlohy, ktorú hrá kultúra v rôznych skupinách obyvateľstva, aby bolo možné poskytnúť holistickú starostlivosť, ktorá komplexne rieši ich potreby (Balcom et al, 2017). Práca zameraná na kultúrnu starostlivosť bola predstavená teóriou transkultúrneho ošetrovateľstva Madeleine Leiningerovej. Koncepcia kultúrnej starostlivosti podľa Leiningerovej pomáha, podporuje, uľahčuje a umožňuje profesionálne činnosti, ktoré pomáhajú jednotlivcom určitej kultúry prispôbiť sa alebo vyjednávať s inými s cieľom dosiahnuť uspokojivé výsledky zdravotnej starostlivosti (Špirudová, Tomanová, 2006).

Riešenie existujúcich zdravotných problémov, vypracovanie plánov ošetrovateľskej starostlivosti, ako aj riešenie preventívnych zdravotných a ošetrovateľských intervencií si vyžaduje schopnosť komunikovať v jazykovom aj kultúrnom kontexte. Vyžaduje si to aj dobrú úroveň sofistikovanosti a prehľad o jedinečných sociálnych ujmach na zdraví, ktoré utečencov často sprevádzajú (Balcom et al, 2017).

Posúdenie je základným aspektom ošetrovateľstva, ktorého cieľom je viesť systematické a integrované hodnotenie. Vyžaduje znalosti a pochopenie súvislosti jednotlivých faktorov a holistický pohľad na utečenca. Komplexné posúdenie sestry napomáha odhaľovať skutočné i potenciálne problémy utečenca. Od sestier sa vyžaduje porozumenie životnému štýlu utečenca, rešpektovanie jeho hodnotového systému, pochopenie správania sa utečenca v zdraví a v chorobe a schopnosť komunikovať v jazykovom aj kultúrnom kontexte (Martinková, 2016).

Pri poskytovaní starostlivosti metódou ošetrovateľského procesu sa sústreďujeme na stanovenie sesterských diagnóz, ktoré vyplývajú z odlišnosti

kultúr, ako je napr.: Duchovné strádanie (00066), Nedostatočné znalosti (00126) Narušená osobná identita (00121) Stresový syndróm z premiestnenia (00114), Zhoršená sociálna interakcia (00052), Sociálna izolácia (00053) Bezmocnosť (00125), Úzkosť (00146), Strach (00148), Beznádej (00124).

Plány starostlivosti - vyžadujú koordináciu a zahŕňajú komplexnú starostlivosť, ktorá jednoznačne prevyšuje úroveň, ktorú vyžaduje väčšina pôvodných občanov (Balcom et al, 2017). Dôležitá je úloha tlmočníka, lebo od tlmočenia sa odvíja pochopenie utečenca a jeho problému a následne smer pomoci a zásahov. Sestry utečencom poskytujú príležitosti, aby povedali svoje vlastné príbehy, identifikovali svoje vlastné zdravotné potreby a najlepšie spôsoby, ako tieto potreby riešiť (Commodore-Mensah, et al, 2021).

Intervencie sestry zahŕňajú prevádzkové zmeny v súlade s potrebami utečenca a na riešenie existujúcich zdravotných problémov, uspokojovanie potrieb a preventívnych ošetrovateľských intervencií. Sestry v rámci intervencií zmierňujú rizikové faktory, poskytujú komplexnú ošetrovateľskú starostlivosť a zároveň poskytujú príležitosti, aby utečenci identifikovali svoje vlastné zdravotné potreby a najlepšie spôsoby, ako tieto potreby riešiť. Dôležitý je prístup multidisciplinárnej starostlivosti - lekár, sestra, konzília z rôznych odborov, vrátane sociálneho pracovníka, tlmočníka a psychológa (Martinková, 2016). Sestra je dôležitý článok multidisciplinárneho tímu a zohráva v starostlivosti o utečencov významnú úlohu, kde okrem dobrovoľníctva a jeho osvetu uplatňuje multikultúrne orientovanú ošetrovateľskú starostlivosť (Kabátová, Puteková, 2016). Súčasťou tejto starostlivosti je dodržiavanie ľudských práv a autonómie utečencov, kedy migranti a utečenci majú právo požiadať o lekára určeného pohlavia, žiadať väčšie súkromie a tlmočníka (Martinková, 2016).

Komunikácia s utečencami

Efektívna a rešpektujúca komunikácia je základom práce s vysídlenými osobami.

V prostredí ošetrovateľskej starostlivosti môže efektívna komunikácia vytvoriť terapeutické prostredie, čo vedie k lepším výsledkom a dosahovaniu cieľov. Dá sa to dosiahnuť rôznymi komunikačnými schopnosťami a technikami. Komunikáciu chápeme ako aktívny proces, pri ktorom si dvaja alebo viacerí jednotlivci vymieňajú správy. Pojem „efektívna komunikácia“ zahŕňa schopnosť počúvať, ako aj komunikovať s utečencami na základe vzájomného porozumenia, čo je nevyhnutné pre kultúrne citlivú starostlivosť (McGarry, Hannigan, De Almeida et al., 2020). Komunikácia predstavuje významný aspekt profesionality a kvality v ošetrovateľstve. Efektívna

komunikácia zvyšuje kvalitu starostlivosti o pacientov-utečencov. Pri verbálnej komunikácii sa používajú hovorené alebo písané výrazy. Pri neverbálnej komunikácii mimoslovné prostriedky napr. gestá, dotyky, pohľady (Ivanová, Špirudová, et al., 2005). Verbálna komunikácia v multikultúrnom ošetrovatelstve, môže predstavovať interkultúrnú komunikačnú bariéru. Medzi jednotlivými kultúrami, národmi alebo etnikami existujú určité rozdiely vo verbálnej komunikácii či už v spôsobe oslošovania alebo v slovnej zásoby (Zacharová, 2009). Pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti pacientovi inej kultúry by sestra mala dodržiavať tieto zásady:

- overiť jazyk dorozumievania a využiť tlmočníka,
- hovoriť pomaly, zreteľne, nezvyšovať hlas, voliť jednoduché vety,
- udržiavať zrakový kontakt,
- uplatňovať spoločenskú úroveň vzťahu pri prvom kontakte i rozlúčení,
- venovať pozornosť neverbálnym prejavom (mimika, gesta, pohľad...),
- vyhýbať sa odborným výrazom (Kutnohorská, 2003).

Pri pravidelnom kontakte s príslušníkmi určitej kultúry by sestra mala využívať tieto pravidlá:

- oslovenie a pozdrav v ich jazyku,
- pri nejasnosti informáciu zopakovať,
- navodiť príjemnú atmosféru,
- na zlepšenie pochopenia využívať obrázky, gestá, schémy, piktogramy,
- umožniť vyjadrenie pacienta kresbou, písmom,
- odporučiť najvhodnejší spôsob riešenia s ohľadom na etnické, etické a kultúrne zvláštnosti cudzinca (Zacharová, 2009).

Je dôležité, aby sestra už na začiatku starostlivosti si získala dôveru utečenca tým, že sa mu bude venovať. Pri kontakte s utečencom by sme mali počítať s tým, že budeme potrebovať viac času, zvlášť v situácii keď cudzí jazyk neovládame alebo ovládame čiastočne, aj keď cudzí jazyk ovládame nemali by sme sa nechať tlačiť časom a byť zbytočne nervózni, vyvoláva to dojem, že sa dotýčanému nechceme venovať. Ak utečenca doprevádza rodinný príslušník, mali by sme mu vysvetliť, či má čakať v čakárni, alebo či môže doprevádzať chorého do ordinácie (Špirudová, Tomanová, et al., 2006). Je dôležité sa predstaviť a zároveň predstaviť zdravotnícke zariadenie. Hlavná oblasť našej komunikácie je na neverbálnej úrovni a v tom prípade dôležitú úlohu zohráva náš výraz, mimika, gestikulácia a tón hlasu. Pri komunikácii sa pozeráme na chorého a snažíme sa zreteľne komunikovať, čo je pri kontakte s cudzincom mimoriadne dôležité (Kutnohorská, 2003).

Bariéry poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti utečencom

Poskytovanie zdravotnej a ošetrovateľskej starostlivosti o migrantov je zložitý proces. Utečenec alebo migrant z inej kultúry, iného vierovyznania, bez jazykových kompetencií a svojším postojom k svojmu zdraviu spôsobuje komplikácie pri poskytovaní starostlivosti. Medzi kľúčové problémy, ktoré komplikujú poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti, patrí nedostatok vedomostí o liečebnom režime, jazyková bariéra a rôzne kultúrne postoje k zdraviu. Sestry, ktoré pracujú s utečencami, majú povinnosť naučiť sa osvedčené postupy starostlivosti (Kabátová, Puteková, 2016).

Jazykové a kultúrne bariéry sú dve hlavné prekážky, ktoré sa bežne spájajú s nedostatočnou integráciou migrantov do miestnych komúní a systémov zdravotnej starostlivosti. Jazyková bariéra hlavnou prekážkou, s ktorou sa utečenci snažia získať prístup k zdravotnej starostlivosti. Schopnosť hovoriť jazykom a komunikovať v krajine presídlenia je veľmi dôležité, pretože jazyk a komunikácia ovplyvňujú všetky štádiá prístupu k zdravotnej starostlivosti (Morris, et. al., 2009). Schopnosť komunikovať je dôležitá pre získanie anamnézy, pochopenie a presné stanovenie diagnózy. Okrem toho neschopnosť komunikovať môže v čase núdze negatívne ovplyvniť všetky postupy na záchranu života. Rozsiahle dôkazy ukazujú, že používanie vyškoleného lekárskeho tlmočníka zlepšuje kvalitu a výsledky zdravotnej starostlivosti vo všetkých prostrediach zdravotnej starostlivosti (Napier, et al., 2014).

Jazykové bariéry môžu viesť k negatívnym zdravotným výsledkom, zníženiu dodržiavania liečebných plánov alebo neochote pacienta prijať liečbu. Komunikácia

a ťažkosti, ktoré vznikajú v dôsledku jazykových bariér, sú hlavnými a opakujúcimi sa problémami (Morris, et. al., 2009). Komunikácia by nemala poskytovať len informácie, ale aj príležitosť, kedy vysídlené osoby musia byť vypočuté a schopné rozprávať svoje príbehy a zúčastňovať sa na dialógu, ktorý im poskytuje fyzickú, sociálnu a psychosociálnu podporu a traumatické poradenstvo. Sestry potrebujú silné, kultúrne kompetentné komunikačné schopnosti, aby zabezpečili, že ich pacientom-utečencom bude poskytnutá primeraná ošetrovateľská starostlivosť. Komunikačné úsilie by malo zohľadňovať aj rozmanitosť utečencov, kedy rôzne metódy formálnej a neformálnej komunikácie môžu pomôcť prekonať bariéry efektívnej komunikácie s vysídlenými osobami (Hannides, Baileyová, Kaoukji, 2020).

Správanie utečencov sa môže líšiť od správania obyvateľov hostiteľskej krajiny z dôvodu jazykových bariér, kultúrnych scenárov a zdravotných presvedčení. V dôsledku toho utečenci nemusia navštíviť lekára, keď majú

zdravotné problémy, čo má za následok potenciálne oneskorenie stanovenia diagnózy a horšie zdravotné výsledky (Morris, et. al. 2009). Okrem toho sa uvádza, že dokonca aj v krajinách, kde sa poskytujú tlmočnicke služby a preložené materiály, môže rozdielna dostupnosť tlmočníkov a nepodporujúce sociokultúrne hodnoty, ako sú migranti, ktorí by sa mali asimilovať a prispôbiť učením sa jazyka hostiteľskej krajiny, brániť v prístupe k službám zdravotnej starostlivosti (Ahmed et al., 2018).

Nedostatok dôvery v služby a úradnú moc v krajine pobytu migranti, utečenci a neregulárni migranti môžu mať inherentnú nedôveru vo verejné služby a organizácie ich poskytujúce, čo môže mať pôvod v ich premigračnej anamnéze prenasledovania a/alebo strachu z toho, že budú udaní úradom. Takéto premigračné skúsenosti môžu sťažovať schopnosť dôverovať cudzokrajnému systému zdravotnej starostlivosti a zdieľať citlivé informácie o svojich zdravotných alebo duševných ťažkostiach (Hebebrand et al. 2016). Z dôvodu problematického legálneho statusu môžu obzvlášť neregulárni migranti mať ťažkosti s nadviazaním kontaktu a dôverou v štátne služby. Môžu sa často obávať, že ak navštívia lekára, tento ich nahlási príslušným úradom a to aj v krajinách, v ktorých to zákonná norma nevyžaduje, či dokonca by to mohlo byť považované za porušenie dôvernosti (Poduval et al. 2015).

Poskytnutie dostatočných a zrozumiteľných informácií o nárokoch na poskytnutie zdravotnej starostlivosti a miere, v ktorej je táto dostupná, ako aj o ostatných dostupných službách pre migrantov, utečencov a neregulárnych migrantov a v neposlednej rade aj pre zdravotníckych pracovníkov umožňuje adekvátny prístup k týmto službám. Často je problémom aj to, že zdravotnícki pracovníci nie sú informovaní o tom, na čo utečenci majú zákonný nárok (Morris, et. al., 2009). Ďalšou prekážkou je administratívna náročnosť procesu vykazovania zdravotnej starostlivosti a nedostatočné povedomie o službách a typoch podpory, ktoré sú lokálne k dispozícii pre tieto skupiny migrantov. Tieto informácie by preto mali byť verejne dostupné a sprostredkované už počas pregraduálneho alebo postgraduálneho vzdelávania a/alebo prostredníctvom odborných spoločností a asociácií súkromných lekárov a poskytovateľov zdravotnej starostlivosti (Chrenka, Brániková, Durkin, 2021).

Záver

Prístup k pacientovi a jeho rodine alebo systému podpory ako odborníci, kladenie otvorených otázok a počúvanie rozprávania pacientov sú kroky k vytvoreniu prostredia, kde je podporovaná spravodlivá ošetrovateľská starostlivosť. Sestry môžu pomôcť pri zmene paradigmy od kultúrnej

kompetencie ku kultúrnej pokore pri poskytovaní starostlivosti populácii migrantov a utečencov (Commodore-Mensah, et al., 2021). Ošetrovateľská starostlivosť o utečencov musí byť realizovaná v kontexte spravodlivosti a rovnosti. Riešenie štrukturálnych determinantov zdravia si vyžaduje povedomie sestier o zdrojoch v komunitách a zapojenie sa do nich, môžu spolupracovať s organizáciami pracujúcimi na uznaní a odstránení rasizmu a podpore ľudských práv utečencov (Commodore-Mensah, et al., 2021).

Zdravotnícke systémy v cieľových krajinách musia byť vybavené tak, aby zodpovedali potrebám migrantov a utečencov poskytovaním prekladateľských a tlmočnických služieb, pričom sa musí zabezpečiť, aby sestry boli primerane vyškolené na poskytovanie kultúrne kompetentnej starostlivosti (Giwa et al., 2020). Od sestier sa očakáva, že poznajú rôzne kultúry, sú pripravené komunikovať s príslušníkmi iných kultúr, ako aj posudzovať ich aktuálny zdravotný stav vrátane potrieb súvisiacich s odlišnou kultúrou. Poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti migrantom a utečencom si vyžaduje otvorenosť a pokorný postoj, ako aj aktívne uznávanie nerovnováhy v našich inštitúciách a implicitnej zaujatosti. Pri praktizovaní kultúrne špecifickej starostlivosti sestry vytvárajú interaktívny prístup a ochotu učiť sa a meniť naše predsudky a nesprávne vnímanie utečencov (Foronda et al., 2016).

BIBLIOGRAFIA

AHMED, R. 2018. Challenges of migration and culture in a public health communication context. In *J Public Health Res.* 2018 Nov 8;7(2):1508. doi: 10.4081/jphr.2018.1508. PMID: 30581809; PMCID: PMC6278873.

BALCOM D, CARRICO RM, GOSS L, SMITH M, VAN HEIDEN S, FORD RA, MUTSCH K, BOSSON RS.2017. The Role of the Nurse in the Care of Refugees: Experiences from the University of Louisville Global Health Program. In *Ky Nurse.* 2017 Jan;65(1):6-7. PMID: 30376243.

COMMODORE-MENSAH Y, SHAW B, FORD M. 2021. A nursing call to action to support the health of migrants and refugees. In *J Adv Nurs.* 2021 Dec;77(12):e41-e43. doi: 10.1111/jan.14970. Epub 2021 Jul 13. PMID: 34254703.

FORONDA, C., BAPTISTE, D. L., REINHOLDT, M. M., OUSMAN, K. 2016. Cultural humility: A concept analysis. *Journal of Transcultural Nursing*, 27(3), 210–217. [Internet] . [cited 2022 -11-20]. Available on:: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK534367/>

<https://doi.org/10.1177/1043659615592677>.

EDWARDS, A. 2015. UNHCR position: "Refugee" or "migrant" - Which is correct? Ženeva. [Internet]. [cit. 2022 -11-26]. Available on: <https://unis.unvienna.org/unis/sk/pressrels/2015/unisinf513.html>.

GIWA, O., SALAMI, B. O., O'ROURKE, T. 2020. A scoping review of nurse practitioner roles in immigrant health. In *The Journal for Nurse Practitioners*, 16(6), 428–432. [Internet] . [cited 2022 -10-06]. Available on: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK534367/>
<https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2020.03.012>.

GREENAWAY C, FABREAU G, POTTIE K. 2022. The war in Ukraine and refugee health care: considerations for health care providers in Canada. In *CMAJ*. 2022 Jul 11;194(26):E911-E915. doi: 10.1503/cmaj.220675. PMID: 35817429; PMCID: PMC9328477.

HANNIDES., T., BAILEYOVÁ. N., KAOUKJI, D. 2020. Voices of refugees Information and communication needs of refugees in Greece and Germany. Research report. BBC Action Media. [Internet] . [cit. 2022 -11-26]. Available on: <https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/voices-of-refugees-research-report.pdf>

HEBE BRAND, J. et al. 2016. A first assessment of the needs of young refugees arriving in Europe. What mental health professionals need to know. In *Eur Child Adolesc Psychiatry* 25 (1), pp. 1–6. DOI: 10.1007/s00787 - 015- 0807 - 0. CHRENKA, B. BRÁNIKOVÁ, K., DURKIN, J. 2021. Odporúčaný postup na výkon prevencie v súvislosti s mimoriadnymi situáciami a udalosťami v oblasti psychické ochorenia a mentálne zdravie. Zdravie a migrácia. [Internet]. [cit. 2022 -10-05]. Dostupné na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK534367/>-
https://www.health.gov.sk/Zdroje/?Sources/dokumenty/SDTP/standardy/Migracia/005_MIG_OP-prevencia-v-suvislosti-s-mimoriadnymi-udalostami-v-oblasti-psychicke-ochorenia-a-mentalne-zdravie.pdf.

IVANOVÁ, K. ŠPIRUDOVÁ, L. et al. 2005. Multikulturní ošetrovatelství I. 1.vyd. Praha: Grada, 2005. 248 s. ISBN 80-247-1212-1.

IOM. 2022. Migration in Slovakia. In *International Organization for Migration*. [Internet]. [cit. 2022 -11-26]. Available on: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK534367/>
<https://www.iom.sk/sk/migracia/migracia-na-slovensku.html>

KABÁTOVÁ O, PUTEKOVÁ S. 2016. Úloha sestry v starostlivosti o migrantov. In *Florence*. 2016;XII(3):32–33.

KUTNOHORSKÁ, J. 2003. Etické aspekty komunikace v multikulturním ošetrovatelsém prístupu. In *Sestra*, 2003, č. 5, s. 11.

LAU, L., S., RODGERS, G. 2020. Cultural Competence in Refugee Service Settings: A Scoping Review. In *Health Equity*. 2021 Mar 16;5(1):124-134. doi: 10.1089/heq.2020.0094. PMID: 33778315; PMCID: PMC7990563.

MARCHESE, V., FORMENTI, B., COCCO, N. et al. 2022. Examining the pre-war health burden of Ukraine for prioritisation by European countries receiving Ukrainian refugees. In *Lancet Reg Health Eur* 2022;15:100369.

MARTINKOVÁ, J. 2016. Ošetrovateľská starostlivosť o migrantov v utečeneckom tábore. In *Sestra*. 2016;15(9–10):18–19. ISSN 1335-9444.

McGARRY O, HANNIGAN A, D., E ALMEIDA M., M et al. 2020. What strategies to address communication barriers for refugees and migrants in healthcare settings have been implemented and evaluated in the WHO European Region? Thematic issues of migration and health, IX. 2020. [Internet]. [cit. 2022 -11-26]. Available on: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK534367/>.

MORRIS, M. et. al. 2009. “Healthcare Barriers of Refugees Post-resettlement. In *Journal of Community Health*. 34.6 (2009): 529-538.

MZSR. 2021. *Vojnoví utečenci z Ukrajiny majú zabezpečenú zdravotnú starostlivosť*. [Internet] [cit. 2022 -11-26]. Dostupné na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK534367/>.

NAPIER, AD , ANCARN, C. , BUTLER, B. , CALABRESE, J. , CHATER, A. , CHATTE
RJEE, H. , WOLF, K. 2014. Culture and health. In *The Lancet* , 384 (9954), 1607 – 1639 . doi: 10.1016/S0140-6736(14)61603-2 .

PODUVAL, S., HOWARD, N., J., L., MURWILL, P. McKEE, M., LEGIDO-QUIGLEY, H. 2015. Experiences Among Undocumented Migrants Accessing Primary Care in the United Kingdom. In *Int J Health Serv* 45 (2), pp. 320–333. DOI: 10.1177/0020731414568511.

UNHCR. 2021. Mid-year trends 2021. In *Copenhagen: United Nations High Commissioner for Refugees*. [Internet]. [cit. 2022 -11-26]. Available on: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK534367/>.

ŠPIRUDOVÁ, L., TOMANOVÁ, D. et al. 2006. Multikulturní ošetrovateľství II. 1.vyd.
Praha: Grada, 2006. 248 s. ISBN 80-247-1213-X.

WHO. 2021. Migration and health: key issues. World Health Organization. Retrieved. 2021. [Internet].[cit. 2022 -11-26]. Available on: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK534367/>.

WHO. 2022. *Emergency in Ukraine: external situation report #15*, published 16 June 2022: reporting period: 2–15 June 2022. [Internet]. [cit. 2022 -10-16]. Available on: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK534367/>.

ZACHAROVÁ, E. 2009. Specifika komunikace s etnickými skupinami v ošetrovateľskej péči. In *Zdravotnícké noviny MF*. ISSN 0044-1996, 2009, roč.58, č.49, s.30-31.

Kontakt na autorov:

PhDr. Viera Ivanková-študent doktorandského štúdia
VŠZaSP Sv. Alžbety Bratislava, n.o.
ÚSVaZ bl. P. P. Gojdiča a V. Hopku Spišská Nová Ves –Prešov
vierkai@centrum.sk

Prof. MUDr. Belovičová Mária PhD .
VŠZaSP Sv. Alžbety Bratislava, n.o.
mriab9@gmail.com

SOCIÁLNE SLUŽBY POSKYTOVANÉ ODÍDENCOM

SOCIAL SERVICES PROVIDED TO EXPATRIATES

Jurašek Martin¹, Levická Slávka

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

Abstrakt

Dočasné útočisko ako jednu z foriem medzinárodnej ochrany poskytuje Slovenská republika odídencom z Ukrajiny. V súvislosti s dočasným útočiskom je potrebné riešiť aj ďalšie otázky týkajúce sa ubytovania, zdravotnej starostlivosti, vzdelávania či zaradenia sa na trh práce. Príspevok sa zaoberá podmienkami udelenia dočasného útočiska a tolerovaného pobytu na území Slovenskej republiky, právami odídencom ako aj štatistikou udelených dočasných útočísk. Ďalej sa zaoberá sociálnymi službami poskytovanými odídencom pri hľadaní zamestnania, pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti ako aj pri poskytovaní finančnej pomoci odídencom.

Kľúčové slová: Dočasné útočisko. Odídenec. Sociálne služby. Vojnový konflikt.

Abstract

As one of the forms of international protection, the Slovak Republic provides temporary refuge to departed from Ukraine. In connection with the temporary refuge, other issues regarding accommodation, health care, education or inclusion in the labor market also need to be addressed. The article deals with the conditions for granting temporary refuge and tolerated stay on the territory of the Slovak Republic, the rights of emigrants as well as the statistics of granted temporary refuge. Furthermore, it deals with social services provided to emigrants in search of employment, in the provision of health care, as well as in the provision of financial assistance to departed.

Keywords: Temporary refuge. Departed. Social services. War conflict.

Vojna na Ukrajine postihla najmä civilné obyvateľstvo, nevynímajúc deti a seniorov. Ľudia boli nútení opustiť svoje domovy len s tým, čo si narychlo mohli zbalit' a cestovali do neznáma. Často si nestihli zobrať ani základné lieky či nevyhnutné hygienické potreby. Cestovali aj niekoľko dní, len aby sa dostali do bezpečia. Na hranice dorazili unavení, hladní a hlavne s obavami, čo s nimi bude ďalej, či budú mať kde spať a čo jesť. Všetky krajiny susediace

s Ukrajinou promptne začali riešiť situáciu a organizovali pomoc pre ľudí prichádzajúcich z Ukrajiny. Na slovensko – ukrajinských hraniciach v prvý deň vojny sa ľudia zhromažďovali a začali pomáhať prvým utečencom pred vojnou.

DOČASNÉ ÚTOČISKO

Od 1. marca 2022 poskytuje Slovensko ľuďom, ktorí opustili Ukrajinu v dôsledku vojny, osobitnú formu ochrany, tzv. štatút “dočasného útočiska”. Poskytnutím dočasného útočiska získajú ľudia, ktorí opustili Ukrajinu, tolerovaný pobyt na Slovensku a tým pádom možnosť pracovať, študovať ako aj prístup k zdravotnej starostlivosti (Ministerstvo vnútra SR, 2022).

O dočasné útočisko môžu požiadať občania Ukrajiny a ich rodinní príslušníci, pokiaľ rodina bývala na Ukrajine pred 24. februárom 2022:

- manželka/manžel občana Ukrajiny,
- maloleté deti občana Ukrajiny alebo maloleté deti jeho/jej manžela/manželky,
- rodičia maloletého dieťaťa, ktoré je občanom Ukrajiny,
- závislí členovia ich domácností (Ministerstvo vnútra SR, 2022).

O dočasné útočisko môžu požiadať aj cudzinci, ktorí nie sú občanmi Ukrajiny, ale vzťahuje sa na nich jedna z nasledovných podmienok:

- majú na Ukrajine udelený trvalý pobyt udelený pred 24. februárom 2022 a nemôžu sa za stabilných a bezpečných podmienok vrátiť do krajiny, alebo regiónu pôvodu,
- majú na Ukrajine azyl alebo medzinárodnú ochranu udelenú pred 24.2.2022. V tom prípade sa možnosť požiadať o dočasné útočisko vzťahuje aj na ich rodinných príslušníkov, pokiaľ bývali na Ukrajine pred 24.2.2022 – manžel/ka, maloleté deti, a závislí členovia domácnosti (Ministerstvo vnútra SR, 2022).

Žiadosť o dočasné útočisko sa v súčasnej dobe podáva vo veľkokapacitných centrách v Bratislave a Michalovciach alebo v odôvodnených prípadoch na oddeleniach cudzineckej polície. Registrácia je možná aj elektronicky pomocou QR kódu alebo prostredníctvom webu Ministerstva vnútra Slovenskej republiky. Po vyplnení elektronického formulára „Registrácia dočasného útočiska“ je potrebné ísť na oddelenie cudzineckej polície alebo do veľkokapacitného centra, kde bude vystavené Potvrdenie o udelení tolerovaného pobytu na území Slovenskej republiky s poznámkou v pravom hornom rohu: DOČASNÉ

ÚTOČISKO. Potvrdenie je cudzincovi vydané na počkanie (Ministerstvo vnútra SR, 2022).

Žiadosť je potrebné podať osobne z dôvodu snímania biometrických údajov. Pri podávaní žiadosti musia byť preto osobne prítomné aj maloleté deti. V prípade, ak žiadateľ vlastní cestovný, identifikačný alebo iný doklad, dočasné útočisko je poskytnuté na počkanie. V prípade, ak žiadateľ nevlastní žiadne doklady, o žiadosti o dočasné útočisko bude rozhodnuté Migračným úradom Ministerstva vnútra Slovenskej republiky do 30 dní. Zdravotná starostlivosť je k dispozícii už po podaní žiadosti (Ministerstvo vnútra SR, 2022).

Dočasné útočisko sa v súčasnej dobe poskytuje do 4. marca 2023, automaticky sa môže predĺžiť o 6 mesiacov, najdlhšie však o jeden rok, pokiaľ Rada Európskej únie nerozhodne inak.

Po poskytnutí dočasného útočiska je žiadateľovi vydané Potvrdenie o udelení tolerovaného pobytu na území Slovenskej republiky s poznámkou v pravom hornom rohu: DOČASNÉ ÚTOČISKO, obsahujúci základné údaje o žiadateľovi, adresu, číslo cestovného dokladu ako aj fotografiu. Doklad je potrebné uchovať pre potreby ubytovateľa, zamestnávateľa, či školy (Ministerstvo vnútra SR, 2022).

Po poskytnutí dočasného útočiska a tolerovaného pobytu je žiadateľ označovaný ako odídenec.

Práva odídenca na území Slovenskej republiky:

- odídenec získava tolerovaný pobyt s označením „DOČASNÉ ÚTOČISKO” (vydané preukazy s pôvodným označením „ODÍDENEK“ sa nebudú meniť a ostávajú naďalej platné),
- odídenec získava možnosť pracovať bez pracovného povolenia,
- odídenec získava možnosť sa zapojiť do vzdelávacieho procesu (na maloleté deti sa vzťahuje povinná školská dochádzka),
- odídenec získava prístup k zdravotnej starostlivosti (na základe preukazu žiadateľa o dočasné útočisko alebo dokladu o tolerovanom pobyte udelenom z dôvodu poskytnutia dočasného útočiska),
- odídenec získava prístup k ubytovaniu,
- odídenec získava možnosť získať dávku v hmotnej núdzi a súvisiace príspevky,
- odídenec nie je daňovníkom dane za psa a dane za ubytovanie, rovnako ako ani poplatníkom poplatku za komunálne odpady (IOM, 2022).

Tabuľka 1 Počet registrovaných odídencom podľa krajov - stav k 26. 10. 2022

kraj	počet registrovaných odídencom
Banskobystrický	5 767
Bratislavský	31 618
Košický	13 223
Nitriansky	8 799
Prešovský	7 403
Trenčiansky	7 100
Trnavský	8 484
Žilinský	9 578
SPOLU	91 972

Zdroj: <https://www.minv.sk/?docasne-utocisko>

Ministerstvo vnútra Slovenskej republiky vedie aj štatistiku vzdania sa dočasného útočiska u odídencom, ktorí opustili naše územie a túto skutočnosť oznámili príslušným úradom. Naposledy bola informácia o počte vzdaní sa dočasného útočiska publikovaná 4.8.2022, keď k uvedenému dátumu sa vzdalo dočasného útočiska 4 398 odídencom (Ministerstvo vnútra SR, 2022).

Dočasné útočisko môže zaniknúť napríklad uplynutím času určeného rozhodnutím vlády, smrťou odídenca, ak odídenec požiadal o udelenie azylu alebo sa mu na území Slovenskej republiky povolil prechodný pobyt či trvalý pobyt, písomným vyhlásením odídenca o vzdaní sa dočasného útočiska alebo ak odídencom poskytol dočasné útočisko iný štát.

V prípade, že sa odídenec s poskytnutým dočasným útočiskom rozhodne vzdať sa dočasného útočiska na území našej krajiny, je potrebné doručiť na Migračný úrad Ministerstva vnútra Slovenskej republiky vlastnoručne podpísané písomné vyhlásenie o vzdaní sa dočasného útočiska. Písomné vyhlásenie je možné podpísať na ktoromkoľvek veľkokapacitnom centre, kde sa registrujú žiadatelia o dočasné útočisko.

Ak sa osoby, ktorým bol na Slovensku poskytnutý štatút dočasného útočiska, rozhodnú opustiť naše územie na dlhší čas (teda ak odídu do inej krajiny, v ktorej chcú zostať, respektíve sa vrátia späť na Ukrajinu), odporúča sa im vzdať sa dočasného útočiska.

Osoby, ktoré sa štatútu dočasného útočiska vzdajú, nemusia mať obavu, že sa tým skomplikuje jeho opätovné získanie. Zákon č. 480/2002 Z. z. o azyle a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov nevymedzuje maximálne ani minimálne časové rozmedzie, ktoré by bolo nutné dodržať medzi vzdaním sa dočasného útočiska a možnosťou znovu oň požiadať.

SOCIÁLNE SLUŽBY PRI HĽADANÍ ZAMESTNANIA

Sociálna služba - súbor činností so zameraním na prevenciu i na riešenie vzniknutej nepriaznivej sociálnej situácie, na zachovanie, obnovu a rozvoj schopností viesť samostatný život a začleniť sa do spoločnosti, na zabezpečenie nevyhnutných podmienok pre život, na riešenie krízových sociálnych situácií, na prevenciu sociálneho vylúčenia (Briestenský a kol., 2018).

Sociálne služby sú špeciálny súbor činností, zameraných na uspokojovanie individuálnych ako aj kolektívnych potrieb, ktoré sa vykonávajú iným spôsobom ako je materiálny prevod statkov (Spišiaková a kol., 2011).

Po poskytnutí dočasného útočiska a tolerovaného pobytu na území Slovenskej republiky môže odídenc na Slovensku **pracovať bez potreby ďalších povolení**. Nemôže však podnikáť. Ponuky práce ako aj praktické informácie súvisiace s hľadaním práce pre odídenecov sú k dispozícii na viacerých internetových stránkach štátnych, ako aj mimovládnych organizácií, ako aj na internetových

portáloch: ISTP.sk, Profesia.sk, Kariera.sk alebo sluzbyzamestnanosti.gov.sk. Odídenec môžu pracovať na základe **pracovnej zmluvy** ako aj na základe **dohôd o práci vykonávanej mimo pracovného pomeru (UPSVR, 2022)**.

Pokiaľ sa odídenc chce zamestnať ako nekvalifikovaný zamestnanec, resp. pracovník s nízkou kvalifikáciou, napr. v oblasti záhradníctva, výroby, služieb, zamestnávateľovi predloží:

- potvrdenie o udelení dočasného útočiska
- v prípade niektorých profesií potrebuje napríklad zdravotný preukaz, hygienické minimum, kartu vodiča. O potrebe týchto dokladov informuje zamestnávateľ (UPSVR, 2022).

Ako vysokokvalifikovaný zamestnanec alebo v rámci regulovaných povolání, napr. v oblasti zdravotníctva, odídenc predloží zamestnávateľovi:

- potvrdenie o udelení dočasného útočiska
- nostrifikovaný doklad o vzdelaní. Nostrifikáciu – uznanie dokladov o vzdelaní vykonáva Ministerstvo školstva SR (UPSVR, 2022).

PROJEKT „POMÁHAME UTEČENCOM - PORADENSTVO“

V rámci tohto projektu sú služby úradu práce, sociálnych vecí a rodiny zamerané na poskytnutie základných informácií o slovenskom trhu práce so špecifickým zameraním na konkrétny región, v ktorom bude poradenstvo poskytované.

Obsah poradenstva:

- zisťovanie profesionálnych cieľov odídencov a párovanie s možnosťami trhu práce,
- informácie o spôsoboch a možnostiach komunikácie s potencionálnym zamestnávateľom,
- podpora pri kontakte s potenciálnym zamestnávateľom, neziskovými alebo inými organizáciami v rámci procesu integrácie odídencov do aktívneho života,
- pomoc pri vypracovaní základných dokumentov potrebných pri hľadaní zamestnania,
- informácie o aktívnych opatreniach na trhu práce, napr. o možnosti ďalšieho vzdelávania a podpora pri zaraďovaní do týchto opatrení,
- pomoc pri riešení prekážok brániacich integrácii na trh práce (UPSVR, 2022).

Poradenský proces pozostáva z troch osobných stretnutí, každé v rozsahu 3 hodiny, spolu v rozsahu 9 hodín pre jedného odídencov. Stretnutia môžu byť individuálne alebo v skupinách v závislosti od aktuálneho záujmu odídenecov a tiež od individuálnych potrieb odídenecov. Okrem toho môže byť odídencom v prípade záujmu poskytnuté aj dištančné poradenstvo - telefonicky alebo emailom (UPSVR, 2022).

Poradenstvo je určené pre štátnych občanov Ukrajiny a ich rodinných príslušníkov, ktorí majú v SR dočasné útočisko, t. j. osobám, ktoré:

- majú vydaný dokladom o tolerovanom pobyte na území SR s označením „ODÍDENEK“ alebo „DOČASNÉ ÚTOČISKO“,
- sú registrované na úrade práce, sociálnych vecí a rodiny ako odídenci hľadajúci si zamestnanie,
- prejavia záujem o poskytnutie poradenstva v rámci tohto projektu (UPSVR, 2022).

Za každú osobnú účasť na poradenstve na úrade práce, sociálnych vecí a rodiny získa odídenec príspevok na cestovné a stravné vo výške 4,46 eur, maximálne vo výške 13,38 eur (reálna výška príspevku závisí od počtu dní, počas ktorých sa odídenec osobne zúčastnil poradenstva) (UPSVR, 2022).

V rámci projektu pomáhame odídencom úrady práce, sociálnych vecí a rodiny zabezpečujú pre osoby, ktorým bolo v SR poskytnuté dočasné útočisko a ktoré

vyplnili Dotazník pre občana Ukrajiny na zistenie jeho zaradenia na trh práce, finančnú podporu vzdelávania odídencov (**UPSVR, 2022**).

Na webe Ústredia práce aj Informačný leták pre odídencov, ktorí majú záujem o poskytnutie finančného príspevku na dochádzanie do miesta výkonu zapracovania, alebo miesta výkonu dobrovoľníckej činnosti, alebo na dochádzanie do zamestnania.

ZDRAVOTNÁ STAROSTLIVOSŤ

Osoby, ktorým bolo poskytnuté dočasné útočisko a ktoré nemajú verejné zdravotné poistenie, majú právo na poskytnutie **neodkladnej zdravotnej starostlivosti a potrebnej zdravotnej starostlivosti**. Rozsah potrebnej starostlivosti je vymedzený Ministerstvom zdravotníctva Slovenskej republiky. Potrebná zdravotná starostlivosť zahŕňa aj ošetrovanie ambulanciou pohotovostnej služby, záchranej zdravotnej služby či konzultácie u praktického lekára, vrátane preventívnej zdravotnej starostlivosti a očkovania (IOM, 2022).

Na získanie neodkladnej zdravotnej starostlivosti stačí preukázať, že cudzinec je žiadateľom o dočasné útočisko alebo že mu už bolo poskytnuté. Na získanie potrebnej zdravotnej starostlivosti treba preukázať, že dočasné útočisko bolo poskytnuté (nie je potrebný preukaz poistenia) (IOM, 2022).

Žiadatelia o poskytnutie dočasného útočiska a osoby bez verejného zdravotného poistenia s bydliskom na území Ukrajiny, ktoré sa zdržiavajú na Slovensku sa môžu dať na Slovensku zaočkovať aj proti **COVID-19**.

Nárok na úhradu neodkladnej starostlivosti majú osoby, ktoré majú bydlisko na Ukrajine, už pred podaním žiadosti o udelenie azylu, o poskytnutie doplnkovej ochrany alebo o poskytnutie dočasného útočiska, najdlhšie však počas **30 dní odo dňa vstupu** na územie SR.

VZDELÁVANIE

Po udelení dočasného útočiska a tolerovaného pobytu majú deti povinnú školskú dochádzku na území Slovenskej republiky. V škole overia úroveň vzdelania a ovládania slovenského jazyka dieťaťa a zaradia ho do príslušného ročníka. Odídencom je zabezpečená aj výučba slovenského jazyka.

UBYTOVANIE A DOPRAVA

Ubytovanie je v prípade odídencov poskytované bezplatne v zariadeniach Migračného úradu Ministerstva vnútra Slovenskej republiky. Bezodplatne môže poskytnúť odídencom ubytovanie aj vlastník nehnuteľnosti, ktorý následne môže požiadať o príspevok za poskytnutie ubytovania vo výške:

- 10 € za jednu noc ubytovania, ak ide o fyzickú osobu, ktorá dovŕšila vek 15 rokov,

- 5 € za jednu noc ubytovania, ak ide o fyzickú osobu, ktorá nedovršila vek 15 rokov (IOM, 2022).

Maximálne výšky príspevkov v závislosti od počtu obytných miestností:

- jedna obytná miestnosť - max. 710 eur za kalendárny mesiac,
- dve obytné miestnosti - max. 1080 eur za kalendárny mesiac,
- tri obytné miestnosti - max. 1430 eur za kalendárny mesiac,
- štyri a viac obytných miestností - max. 1790 eur za kalendárny mesiac (IOM, 2022).

O príspevok možno požiadať na obci, ktorej musí predložiť zmluvu o poskytnutí ubytovania odídencovi a výkaz počtu nocí, počas ktorých bolo ubytovanie poskytované. Vzory výkazu existujú dva - podľa toho, či je vlastníkom fyzická alebo právnická osoba. Vzor zmluvy a výkazov sú dostupné na stránke Ministerstva vnútra Slovenskej republiky. Výkaz je potrebné predložiť do 5 pracovných dní po skončení kalendárneho mesiaca. Príspevok možno poskytnúť aj najviac za sedem nocí poskytovania ubytovania prechádzajúcich dňu poskytnutia dočasného útočiska odídencovi. Osoba, ktorej sa poskytuje ubytovanie, musí raz mesačne osobne oznámiť obci, že jej je poskytované ubytovanie.

Príspevky sa aktuálne poskytujú do 28. februára 2023.

Železničná spoločnosť SR zaviedla bezplatnú prepravu vo všetkých vlakoch pre občanov Ukrajiny, ktorí sa preukážu platným cestovným pasom alebo občianskym preukazom. Vo vlakoch s povinnými miestenkami je preprava umožnená aj bez platnej miestenky.

Viacere samosprávne kraje poskytujú bezplatnú autobusovú dopravu.

FINANČNÁ POMOC

Osoby, ktorým bolo **poskytnuté dočasné útočisko, mohli požiadať** o poskytnutie finančnej pomoci. Žiadosť o pomoc sa podával vo veľkokapacitných registračných centrách. Výška finančnej pomoci bola 80 € na dospelého, 160 € na dieťa do troch rokov a 60 € na dieťa vo veku 3 - 18 rokov. Výška pomoci pre jednu rodinu nemohla presiahnuť 380 €. Túto finančnú pomoc zastrešoval Úrad vysokého komisára OSN pre utečencov (UNHCR, 2022).

Dňa 13. septembra 2022 Ústredie práce, sociálnych vecí a rodiny SR zverejnilo oficiálnu tlačovú správu objasňujúcu niektoré kľúčové aspekty poskytovania finančnej pomoci ukrajinským utečencom - odídencom.

“(…) Tým, ktorí to potrebujú a splnia stanovené podmienky, bude v októbri finančnú pomoc v podobe dávok v hmotnej núdzi opäť vyplácať štát (v zmysle

nariadenia vlády SR č. 294/2022), konkrétne úrady práce, sociálnych vecí a rodiny.

Úrady práce, sociálnych vecí a rodiny budú pracovať s tromi kategóriami klientov:

- Odídenci, ktorým už bola poskytovaná pomoc v hmotnej núdzi z úradu práce, sociálnych vecí a rodiny by sa mali na úrade práce v mieste svojho pobytu hlásiť v mesiaci september, najneskôr do 7.10.2022.*
- Odídenci, ktorým bola poskytovaná finančná pomoc výlučne z UNHCR by sa mali na úrade práce v mieste svojho pobytu hlásiť do 30.9.2022.*
- Odídenci, ktorí nedostali finančnú pomoc od UNHCR, chcú požiadať o pomoc v hmotnej núdzi a tolerovaný pobyt (dočasné útočisko) im bol udelený v mesiaci september 2022, by sa mali hlásiť na úrade práce v mieste svojho pobytu v čo najskoršom možnom termíne.*

Dôležité informácie:

- Odídenci z Ukrajiny dostanú z Ústredia práce, sociálnych vecí a rodiny v najbližších dňoch sms správu v slovenskom a anglickom jazyku s odporúčaným termínom návštevy úradu práce v mieste svojho pobytu. V prípade, ak sa v uvedenom termíne nemôžu dostaviť, je možné tak urobiť do konca septembra.*
- V prípade ak odídenci z Ukrajiny neobdržia sms správu (napr. z dôvodu chýbajúcich údajov alebo zmeny telefónneho čísla) a majú záujem o poberanie dávky v hmotnej núdzi, môžu sa na príslušný úrad práce dostaviť v akomkoľvek termíne do 30.9.*
- Je postačujúce, ak sa na úrad práce dostaví len žiadateľ o dávku v hmotnej núdzi bez spoluposudzovaných osôb (členov domácnosti).*
- V Bratislave budú všetci odídenci z Ukrajiny vybavovaní v priestoroch veľkokapacitného Asistenčného centra pomoci na Bottovej ulici 7.*
- Odídencom, ktorí sa nedostavia na úrad, ktorí si našli zamestnanie resp. nesplnia ostatné podmienky pre čerpanie dávky, úrad dávku nevyplatí.*

Odídenci z Ukrajiny majú nárok na pomoc v hmotnej núdzi v rovnakom rozsahu a za rovnakých podmienok ako občania Slovenskej republiky. Žiadosť na posúdenie nároku na pomoc v hmotnej núdzi podáva odídenec na úrade, v

ktorého územnej pôsobnosti sa nachádza. Pri určovaní okruhu spoločne posudzovaných osôb sa za členov domácnosti budú považovať iba osoby, ktoré sa nachádzajú na území Slovenskej republiky. Deti odídencom z Ukrajiny môžu i naďalej získať dotácie na školské potreby a na stravu, za rovnakých podmienok, ako deti občanov SR. (...)” (Nariadenie vlády SR č. 294/2022).

ZÁVER

Vojna na Ukrajine ani po dlhých mesiacoch neutícha, ale každým dňom prichádzajú z Ukrajiny noví a noví utečenci. Týmto ľuďom je potrebné okrem materiálnej pomoci zabezpečiť aj iné formy pomoci, pocit bezpečia, spolupatričnosti a v neposlednej rade aj psychologickú pomoc. Naša krajina po prvýkrát po dlhých rokoch ocitla v situácii, keď sa mala vysporiadať s prílivom utečencov a zabezpečiť im základné životné podmienky. Ani táto snaha našej krajiny sa nezrealizovala za jeden deň, ľudia prejavili solidaritu ako aj empatiu a pomáhali utečencom vo všetkých oblastiach a to nielen na úrovni štátnej správy či samosprávy, ale aj mimovládnych a medzinárodných organizácií a v neposlednej rade veľkú pomoc poskytli aj obyčajní ľudia, ktorí mali chuť a ochotu pomáhať.

BIBLIOGRAFIA

BRIESTENSKÝ, L. a kol. 2018. *Miestna samospráva – základné princípy fungovania III*. Martin : Asociácia vzdelávania samosprávy. 2018. 281 s. ISBN 978-80-89703-56-2.

IOM, 2022. [online]. Citované 2022-11-01. Dostupné na internete: <https://iom.sk/sk/>.

Ministerstvo vnútra SR, 2022. [online]. Citované 2022-11-01. Dostupné na internete: <https://www.minv.sk/>.

Nariadenie vlády Slovenskej republiky č. 294 z 24. augusta 2022, ktorým sa dopĺňa nariadenie vlády Slovenskej republiky č. 93/2022 Z. z. o niektorých opatreniach v oblasti sociálnych vecí, rodiny a služieb zamestnanosti v čase mimoriadnej situácie, núdzového stavu alebo výnimočného stavu vyhláseného v súvislosti s hromadným prílevom cudzincov na územie Slovenskej republiky spôsobeným ozbrojeným konfliktom na území Ukrajiny v znení neskorších predpisov.

SPIŠIAKOVÁ, H. a kol. 2011. *Miestna samospráva – základné princípy fungovania*. Prešov : Asociácia vzdelávania samosprávy, 2011. 201 s. ISBN 978-80-970616-0-9.

UNHCR, 2022. [online]. Citované 2022-11-01. Dostupné na internete:
<https://www.unhcr.org/>.

UPSVR, 2022. [online]. Citované 2022-11-01. Dostupné na internete:
<https://www.upsvr.gov.sk/>.

Uznesenie vlády SR č. 185/2002 o poskytovaní dočasného útočiska.

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.

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

ENERGETICKÁ CHUDOBA AKO ŠTRUKTURÁLNY PROBLÉM SOCIÁLNEJ POLARIZÁCIE A VYLÚČENIA

ENERGY POVERTY AS A STRUCTURAL PROBLEM OF SOCIAL POLARIZATION AND EXCLUSION

Kenderešová Elena¹

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

Abstrakt

Pojmový ekvivalent „energetická chudoba“ je v súčasnosti bez univerzálnej definície a jednotnej metodiky, čo spôsobuje aj značnú komplikovanosť pri jej adekvátnom riešení. Komplikuje to aj samotné vyčíslenie počtu domácností, ktorých sa energetická chudoba týka. V súvislosti s vonkajšími a vnútornými determinantmi sú jednotlivé štáty v priamej konfrontácii s týmto fenoménom. K dispozícii máme určité ukazovatele, ktoré využívame na priblíženie daného javu a tejto staro-novej reality. Energetická chudoba je štrukturálny problém, ktorý môže vyústiť do sociálnej polarizácie. Odráža sa nielen v sociálnom vylúčení, ale aj v kvalite samotného bývania. V príspevku priblížime problematiku samotného fenoménu energetickej chudoby, najviac ohrozené skupiny, a predstavíme aj jednotlivé riešenia, ktoré prijímajú štáty pri boji s ňou.

Kľúčové slová

Energetická chudoba. Kvalita bývania. Polarizácia. Sociálne vylúčenie.

Abstract

The conceptual equivalent of "energy poverty" is currently without a universal definition and a uniform methodology, which also causes significant complications in its adequate solution. It also complicates the calculation of the number of households affected by energy poverty. In relation to external and internal determinants, individual states are in direct confrontation with this phenomenon. We have certain indicators at our disposal, which we use to bring the given phenomenon and this old-new reality closer together. Energy poverty is a structural problem that can lead to social polarization. It is reflected not only in social exclusion, but also in the quality of housing itself. In the article, we will approach the problems of the phenomenon of energy poverty itself, the most threatened groups, and we will also present the individual solutions adopted by the states in the fight against it.

Keywords

Energy poverty. Housing quality. Polarization. Social exclusion.

Úvod

Ak spoločnosť ponúka stabilné podmienky na prežitie je menej pravdepodobné, že sa v nej objavia spoločenské konflikty, ktoré za určitých okolností a pod vplyvom rozličných faktorov môžu vyústiť aj do násilných resp. občianskych nepokojov. Musíme si uvedomiť, že jedným z prírodných živlov je človek samotný. Ľudia sú spoločenské bytosti a bez vzájomných medziľudských vzťahov by nedokázali jestvovať. Fungujú v rozličných a mnohorakých vzťahoch hierarchií, moci, tradícií, v systémoch a štátoch. Príslušná konštelácia týchto vzťahov rozhoduje aj o tom, že keď dôjde k zmene v danom priestore a v podmienkach, nevyhnutných k dôstojnému životu, či sa spustia procesy tichej tolerancie, alebo prepukne vlna protestov respektíve vlna násilností a demonštrácií. H. Welzer (2022, s.7) tvrdí, že žiadne *“procesy ľudského spolužitia sa nikdy neodohrávajú podľa jednoduchej kauzality”*. Medzi základnú diferenčnú jednotku postpandemického sveta by sme mohli zaradiť rýchlosť, ktorou prebiehajú jednotlivé veličiny sveta. Všetko čo má svoj prirodzený cyklus a pridržiava sa prirodzených vlastností je predvídateľné do veľkej miery. No všetko, to čo je ovplyvnené neprirodzene môže v konečnom dôsledku priniesť udalosti, ktoré nás môžu vo veľkej miere zastihnúť úplne nepripravených v praktickej rovine. Tieto udalosti svojimi zásahmi menia pôvodnú štruktúru sveta, spoločností, ale aj výrazne poznačujú život jedincov a ich rodín. Budúcnosť je nejasná najmä kvôli skúške, ktorú zložil sám človek v dobe postpandemickej, v ktorej sa ešte viac ako kedykoľvek predtým prejavila vzájomná závislosť pod vplyvom krízy (Zakaria 2021). Ako naznačuje Kovár (2021, s.7) *„celosvetová finančná kríza, ktorá vznikla v roku 2008 v USA, dlhová kríza v Európe v roku 2009, arabské revolúcie so začiatkom v roku 2010 a celosvetová pandémia ochorenia COVID-19 nám umožnili sledovať kolaps zložitých spoločností v priamom prenose“*. Malý vírus Covid-19 dokázal spôsobiť pandémiu, ktorá jednotlivé spoločnosti zasiahla nepripravené. Po nej sme sa stali svedkami začínajúceho vojnového konfliktu za našimi hranicami, ktorý zastihol nepripravené štáty a vlády, dokonca aj svet a narušil celosvetovú prepojenosť, oslabil funkcie spoločnosti a prehĺbil staro-nový fenomén energetickej chudby.

Disparity v spoločnosti v kontexte prítomných determinantov

Každá éra si robí nároky na určitú jedinečnosť. Nateraz obdivuhodným úspechom ľudstva je bezprecedentné rozšírenie porozumenia svetu, v ktorom

žijeme. Samotná pandémia, ktorá nás postihla predstavila svet, ktorý bol poznačený nerozhodnosťou v zmysle nesúladu v komunite odborníkov pri elementárnych otázkach a rozhodnutiach. Rovnaký nesúlad vidíme aj na poli politiky, sociálnej a ekonomickej sfére, ktorá spôsobuje, že ľudia bez špeciálnych znalostí si nevedia vybrať z množstva protichodných názorov a zaujať pevné miesto zbavené politického nánosu. Atomizácia poznania, samozrejme, vôbec neľahčuje rozhodovanie vo verejných záležitostiach. Odborné dišputy sa zväčšia končia výrazným oklieštením predošlých tvrdení. Fungovanie moderného sveta je zatrešené zložitosťami, ktoré spôsobujú, že väčšina ľudí má povrchové poznatky o jeho fungovaní a rovnako ako o nie novej a (ne)vyhnutnej globalizácii. Na to aby sme mohli plynule prejsť k problematickému fenoménu, ktorý si vyžaduje adekvátne riešenia, ktoré sú už teraz opozdené, si musíme priblížiť vzťahové korelácie medzi pojmami ako sú energie, financie, dôstojnosť človeka (lebo ani jedna relácia nemôže prebiehať bez druhej, nakoľko žijeme vo vyspelých demokraciách).

V. Smil (2022, s. 11) uvádza kľúčové porovnanie „v roku 2020 nebola priemerná ročná spotreba energie na hlavu približne 40 percent svetovej populácie (3,1 miliardy ľudí, čo zahŕňa takmer všetkých ľudí v subsaharskej Afrike) vyššia ako zodpovedajúce hodnoty dosiahnuté v Nemecku a vo Francúzsku v roku 1860. Na to, aby sa týchto 3,1 miliardy ľudí priblížilo k prahu dôstojnej životnej úrovne, budú musieť aspoň zdvojnásobiť, alebo strojnásobiť – využívanie energie na hlavu a popritom znásobiť dodávky elektriny, výrazne posilniť produkciu potravín a vybudovať základnú mestskú, priemyselnú a dopravnú infraštruktúru“.

Vojnou zmietané a aj nepriamo ňou ovplyvňované štáty bojujú s fenoménami ako inflácia, energetické osamostatňovanie, neustály nárast cien za tovary a služby a na pozadí hrozba z pretrvávajúceho „ropného zlomu“. Zakotvenia nachádzajúce sa v našej kultúre o tom, že sa valíme do energetickej pohromy predostierajú vlny paniky. Lenže obavy majú svoju cenu. CH. C. Mann (2021, s. 271) poukazuje na to, že: „obavy z vyčerpania zásob sú zhubne prítomné už viac ako storočie, poháňajú imperialistické vpády, podnecujú nenávisť medzi národmi, vyvolávajú vojny a vzbury. Stálo to nespočetné množstvo životov. Rovnako problematické je aj to, že ropný zlom vytvoril súbor úplne mylných presvedčení o prírodných systémoch – presvedčení, ktoré opakovane zabránili enviromentálnemu pokroku. Vytvoril sa naratív, ktorý už roky zvádza aktivistov. Príliš často nám hovorí, že našu budúcnosť zničia krízy spôsobené nedostatkom energie, pričom problémy ktorým budú čeliť naše deti, budú dôsledkom jej prebytku“. Čo sa týka trhu, ekonomických cyklov, dopytu a ponuky, nárastom cien za energie pod vplyvom prebiehajúceho vojnového konfliktu, musíme opomenúť, že rozhodnutia podliehajú efektu spätnej väzby.

„Súčasnú očakávanie v skutočnosti nezodpovedajú budúcim udalostiam, skôr súčasnú očakávanie formujú budúce udalosti“ (Ferguson, 2011, s. 347). Medzi vnímaním a skutočnosťou neexistuje jednosmerný vzťah. Tento vzťah je za každých okolností dvojsmerný a reflexívny. Tento vzťah výrazne zasahuje do procesov konjunktúry a krachu. Existujú bubliny, ktoré sa vytvárajú a spočiatku majú posilňujúci charakter. V konečnom dôsledku tieto bubliny budú pôsobiť proti sebe, lebo každá bublina je zložená z mylnej predstavy a z trendu. Trend a predstava hoci je založená na omyle pôsobí reflexívnym spôsobom (Soros, 2008).

Ekonomické hľadisko spoločenskej katastrofy

Naše mentálne referenčné rámce sú výsledkom našej socializácie, nášho vzdelania a skúsenosti, preto je niekedy ťažké rozhodnúť, či sa nachádzame v kritickom bode istého vývinu, na akej úrovni sa naše rozhodnutia stávajú nezvratnými a v poslednom bode, v ktorom okamihu sledovania istej stratégie sa dostavuje katastrofa. Ak sa rozhodovanie spúšťa nesprávnym smerom môžeme predpokladať začiatok spoločenskej katastrofy. Posúvanie hraníc vo vedomí je naozaj inšpiratívny jav. Ľudia majú tendenciu pokladať za prirodzené stavy, ktoré aktuálne prežívajú. Čo sa týka zmien v spoločenských, ekonomických, sociálnych oblastiach nepovažujú ľudia za absolútne stavy, ale svojou optikou ich vidia ako javy s relatívnym charakterom, lebo vychádzajú z ich pozície pozorovateľov. Časové úseky, keď si ľudia nevšimajú zmeny nemusia siahať až tak ďaleko. Ak nastane zlom v podobe nečakanej udalosti, badáme, že rozhodnutia mali radikálne následky pre obyčajného človeka. Paradoxnou úlohou by bolo keby sme sa ohodlali zmerať to, čo za súčasných podmienok zostáva neviditeľným, no napriek tomu ovplyvňuje našu budúcnosť. V takom prípade môžeme hovoriť o určitej „heuristike budúcnosti“. Tlak spoločenského procesu akým je energetická chudoba vyplynul z jeho vlastnej dynamiky a nútil hľadať výsledky a riešenia. Sociálny vývin vyplýva zo zmien vo figuratívnych väzbách, do ktorých ľudia navzájom vstupujú. Včerajšie následky konania sú síce jeho dnešnými podmienkami, lenže tento vzťah nefunguje v opačnom poradí, a z následkov preto nesmieme vždy vyvodzovať podmienky (Diamond, 2021).

Vítaz Pulitzerovej ceny J. Diamond (2021) tvrdí, že každý národ sa od iného líši určitým špecifickým spektrom diferencií. Bohatstvo, alebo chudoba národov je zosobnená v jednom z ústredných problémov ekonómie. Toto zosobnenie nie je len akademickou témou, ktorá vyvoláva dišputy, ale je predovšetkým témou s veľkými politickými dôsledkami. Niektorí ekonómovia pripisujú národné bohatstvo tzv. ľudským inštitúciám. Z toho vzniká paralela, že niektoré inštitúcie motivujú jedincov, aby produkovali a tým podporovali národné

bohatstvo, a niektoré inštitúcie demotivujú jedincov a tým pádom prehľbujú národnú chudobu. V úplne zjednodušenom prípade môžeme deliť inštitúcie na dobré a na zlé. Dobré inštitúcie (ekonomické, sociálne, politické) motivujú jedincov pracovať určitým spôsobom, ktorý bude v konečnom dôsledku viesť k hromadeniu národného bohatstva. Bez poradia dôležitosti, môžeme začať od kontroly inflácie, efektívnosti vlády, vynucovania plnenia zmlúv, obchodných bariér, ekonomických sankcií, kovertibility meny až po vládu zákona a voľný tok kapitálu. Najbežnejšou pascou je však to, že máme tendenciu pre výber len jedného faktora, ktorý vysvetľuje časť výsledkov a potom tvrdíme, že vysvetľujeme daný jav komplexne.

Fenomén energetickej chudoby

Keď sa na to pozrieme cez optiku zahraničnej politiky, tak téma energetickej chudoby vykazuje znaky vcelku zmapovanej agendy s možnosťami adekvátnych riešení, ale na Slovensku predstavuje tabu. Ako demokratický štát nemáme kompetentný orgán, nemáme dáta, nemáme adekvátne riešenia. Dokonca môžeme hovoriť o absencii ucelenej definícii energetickej chudoby, hoci realita ukazuje, že tento jav bol a je prítomný pod vplyvom vyššie spomenutých vonkajších a vnútorných determinantov v našej spoločnosti. Neexistencia spoločnej metodiky a univerzálnej definície spôsobuje aj komplikovanosť v kontexte vyčíslenia počtu domácností, ktoré trápí energetická chudoba resp. nemôžeme hovoriť o nastavení adekvátnych riešení pre najzraniteľnejšie skupiny obyvateľstva. Objavujú sa tendencie túto situáciu riešiť a to napríklad vypracovaním návrhov zahrňujúc definície energetickej chudoby podložených štúdiami a analýzami dát prostredníctvom Slovenskej akadémie vied.

V prípade základného vymedzenia tohto slovného spojenia by sme mohli hovoriť o stave, ktorý je neželaný a v rámci ktorého sú ohrození jedinci a ich domácnosti, lebo nedisponujú dostatočnými financiami, ktoré by vedeli použiť na zabezpečenie vykurovania, svetla a vody. Najviac ohrozené skupiny sa musia rozhodovať či zaplatia účty za energie, alebo si kúpia stravu a lieky. Dôvody nemôžeme ohraničiť v zmysle nízkych príjmov, ale aj v neefektívnom spôsobe vykurovania resp. v nedostatočnej izolácii. Sadovská (2022) poukazuje na to, že štvrtinu z celkových výdavkov (spotrebných) domácností v SR tvoria náklady na bývanie a energie. 10% predstavujú náklady na elektrinu, plyn a teplo (z toho 3,7% výdavky na elektrinu, 3,3% výdavky na plyn a 2,8% na teplo). Je to najvyšší podiel v rámci krajín EÚ. Počas uplynulých štyroch rokov sme zaznamenalí nárast cien energií a to pod vplyvom pandémie, aj keď sme počas nej zaznamenali aj značný pokles cien na svetových trhoch. Pod vplyvom vojnového konfliktu na Ukrajine badáme výrazné ovplyvňovanie cien na svetových burzách. Ďalšie prudké zdražovanie by pre domácnosti malo doslova

devastačný koniec bez adekvátnych riešení.

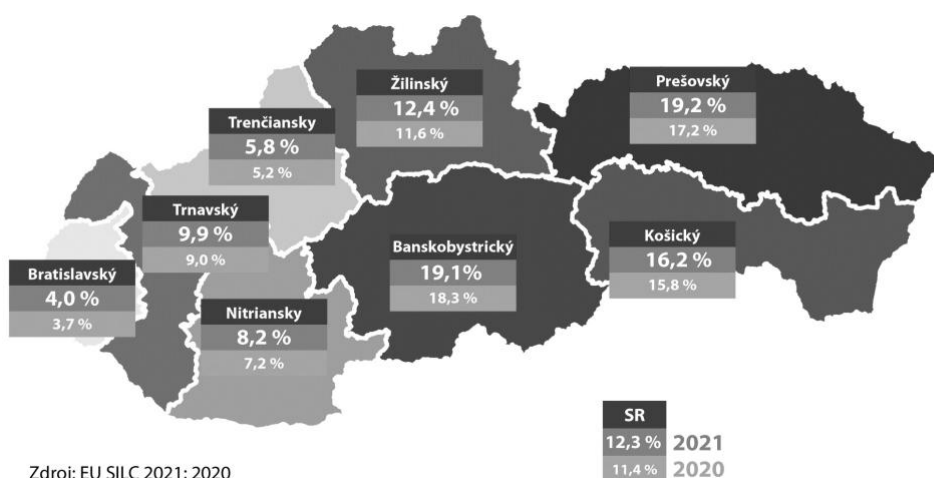
Vývoj cien energií v SR (2018 – 1H – 2022), r/r zmena v %

	1H-2022	2021	2020	2019	2018
Elektrina	11,7	-4,3	8,8	7,3	2,8
Plyn	19,8	-9,6	1,5	5,3	0,4
Teplo	14,4	-0,8	0,4	6,5	1,3

Zdroj: Prepočty WOOD & Company na základe údajov ŠÚ SR (Sadovská, 2022)

Energetická chudoba sa skloňuje aj pri formulovaní sociálnych a enviromentálnych politík v súvislosti s otvorenými výzvami. Energetickú chudobu preto nie je možné eliminovať len do kategórií energií, ale viaže sa k nej širší kontext, ktorý sa týka energetických služieb. Adekvátne riešenia sú výsledkom medzirezortnej rivality a v mnohých prípadoch je dokonca odrazom neochoty prekračovať vlastnú agendu. Aj keď sa vláda v SR zaviazala koncepcne na roky 2020-2024 zaoberať daným fenoménom, nebolo jasne stanovené aký bude spôsob definície a aké budú prístupy verejných politík. Napriek tomu vzťah medzi energetickou chudobou a sociálnymi nerovnosťami zostáva jasný, lebo sa v ňom premieta posilňovanie marginalizovaného postavenia ohrozených skupín obyvateľstva a absencia nástrojov v zmysle rešpektovania sociálnych a ľudských práv (Dokupilová, Gerbery, Filčák 2020, s. 6).

Podiel obyvateľov ohrozených príjmovou chudobou v regiónoch SR (Štatistický úrad SR, 2022) (% populácie kraja)



Z hľadiska dát medzi najviac ohrozené typy domácnosti budú patriť viacdtné rodiny. Druhú kategóriu budú tvoriť dôchodcovia s invalidnou penziou, dôchodcovia so starobnou penziou a s jedným závislým dieťaťom.

Modelové príklady domácností potencionálne ohrozené energetickou chudobou (Bakoš, 2022).

Rodina	Východiskový rok (2020)	v Eurách/mesiac
2 osoby s 1 závisl. dieťaťom	Celkový disponib. príjem	737
	Výdavky na energie a vodu	123,10
	Životné minimum	462,78
	1,5 násobok ŽM	694,17
	Rozdiel	-80,27
2 osoby s 2 závislými	Celkový disponib. príjem	707
	Výdavky na energie a vodu	140,93
	Životné minimum	560,86
	1,5 násobok ŽM	841,29
	Rozdiel	-275,22
2 osoby s 3 závislými deťmi	Celkový disponib. príjem	493
	Výdavky na energie a vodu	142,37
	Životné minimum	658,94
	1,5 násobok ŽM	988,41
	Rozdiel	-637,78
1 osoba–invalidn. dochôdca	Celkový príjem domácnosti na úrovni dávky v invalidite	227
	Výdavky na energie a vodu	58,52
	Životné minimum	214,83
	1,5 násobok ŽM	322,25
	Rozdiel	-153,77
1 osoba poberajúca starobný dôchodok s 1 záv. dieťaťom	Celkový disponib. príjem	327
	Výdavky na energie a vodu	82,07
	Životné minimum	312,91
	1,5 násobok ŽM	469,37
	Rozdiel	-224,43

Štát síce zastropil ceny energií a pomáha domácnostiam s vysokými cenami energií, ale adekvátne riešenia v súvislosti s problematikou energetickej chudoby chýbajú. Štátny regulátor chce zaviesť nižšie tarify, splátkové kalendáre, alebo poradenstvo, ako určité pomocné riešenia pri riešení energetickej chudoby. Dôležitý je presun kompetencií v zmysle riešení z Úradu vlády na jednotlivé ministerstvá (práce, financií, hospodárstva) a pracovnú skupinu (RTVS, 2023).

V Európe predstavuje energetická chudoba veľmi závažný fenomén a odhadom

sa dotýka minimálne 50 miliónov ľudí. Vláda SR schválila 26.1.2023 novú Koncepciu na ochranu spotrebiteľov. Na tejto koncepcii pracoval Úrad pre reguláciu sieťových odvetví. Na začiatok je nevyhnutné aby sa definovali domácnosti, ktoré patria do kategórie energeticky chudobných. Aj napriek absencii dát vieme vymedziť tieto domácnosti na základe pomeru medzi disponibilným príjmom a porovnaním s nákladmi na energie a vodu (voda v rámci SR predstavuje značné špecifikum). Uvažuje sa aj o použití identifikačného kódu (jedinečného) pre každého účastníka na trhu. Nadrezortná skupina, ktorá pracuje na vytvorení príslušnej legislatívy, považujeme samotné riešenie ako veľmi dlhý proces a to najmä z dôvodu, že Koncepcia, ktorá bola prijatá má len charakter odporúčaní (RTVS, 2023).

Riešenie energetickej chudoby v zahraničí

Súčasná situácia v Európe predznamenáva začiatky riešenia samotného fenoménu energetickej chudoby. 17 členských štátov má už vo svojej vnútroštátnej legislatíve ukotvené ustanovenia, ktoré pojednávajú o obmedzení odpojenia odberateľov, ktorí nemajú vyrovnané faktúry u svojich dodávateľov. Jedným z riešení je zlepšenie energetickej efektívnosti jednotlivých domácností. V tomto prípade je nevyhnutná kombinácia využívania národných a európskych zdrojov, či pomoc pri získavaní pôžičky, keďže sa predpokladá, že ohrozené skupiny obyvateľstva nedisponujú dostatočnými finančnými rezervami na renováciu svojich domácností. Ďalšími vhodnými formami sú aj podpory, benefity, zvýhodnenie na základe príjmu resp. aj geografickej polohy.

Napríklad štáty ako Švédsko, Holandsko, Bulharsko zakotvili, že ešte pred odpojením musia dodávateľia energií informovať sociálnu alebo opatrovateľskú službu. V Nórsku a Bulharsku sociálna alebo opatrovateľská služba poskytuje v takom prípade energetický príspevok. V iných štátoch napríklad vo Fínsku a Švédsku sociálna a opatrovateľská služba platí faktúry za energie. Slovinsko a Írsko má špecifickú formu ochrany v prípade chronicky chorých odberateľov. Tejto skupine je zakázané odpojenie od energií.

Existujú aj štáty, ktoré na riešenie alebo zamedzenie energetickej chudoby využívajú špeciálne tarify z iniciatívy energetických podnikov – Veľká Británia. Sociálne tarify majú aj štáty ako Belgicko, Španielsko, Taliansko, Francúzsko, Portugalsko a Rumúnsko (ÚRSO, 2016).

Kritéria štátov EÚ pre energetickú chudobu sú taktiež rôzne (ÚRSO, 2016 s. 9):

- určenie občana pre sociálnu službu (Maďarsko, Bulharsko)
- staroba a zdravotné postihnutie (Belgicko, Grécko, Ukrajina)
- nízky príjem rodiny (Česká republika, Francúzsko, Grécko, Veľká Británia)

- chronická choroba (Fínsko, Maďarsko, Ukrajina)
- mnoho početnosť rodín (Maďarsko, Francúzsko, Veľká Británia)
- nezamestnanosť (Fínsko)
- Predpisy a pomoc v zmysle dohody – Rakúsko, Chorvátsko, Maďarsko, Taliansko, Švédsko
- Predpisy týkajúce sa odláhlých častí – Dánsko
- Predpisy týkajúce sa prerušenia dodávok a odpojenia – Rakúsko, Estónsko, Maďarsko, Luxembursko, Rumúnsko, Holansko, VB
- Sociálne tarify a špeciálne zľavy pre zraniteľných odberateľov, dotácie – Rakúsko, Cyprus, Estónsko, Maďarsko, Taliansko, Luxembursko, Malta, Portugalsko, Rumúnsko, Španielsko, Švédsko, VB

Záver

Jednou z najdôležitejších funkcií každej verejnej politiky je identifikovať ohrozené skupiny v daných štátoch. Pri každej grantovej výzve v oblasti investícií v rámci energetickej efektívnosti je tiež nevyhnutné najprv definovať a špecifikovať cieľové skupiny. Z toho dôvodu je nevyhnutné aby sa vytvárali verejné politiky presne cielené a najmä prepojené so sociálnymi opatreniami. V neposlednom rade nesmieme zabúdať na potrebu adekvátnej definície energetickej chudoby a na apel v kontexte cielenej podpory pre zvyšovanie energetickej účinnosti (**Štatistický úrad SR, 2022**). Riešením energetickej chudoby sa bude riešiť aj problém sociálneho vylúčenia a polarizácie, nakoľko tie sú jej dôsledkom. Taktiež nesmieme zabúdať na podporu vedy a výskumu a najmä verejnej diskusie a sociálneho dialógu, lebo práve tieto aspekty predstavujú súčasť vyspelej demokratickej spoločnosti založenej na podpore a ochrane základných ľudských práv a slobôd v plnom rozsahu.

BIBLIOGRAFIA

BAKOŠ, T. 2022. ÚRSO ukázal, kto sa prepadne do energetickej chudoby. Odhady hovoria až o vyše 430-tisíc domácnostiach. [online]. [cit. 2022. 01. 29]. Dostupné na internete: <<https://ekonomika.pravda.sk/energetika/clanok/647989-urso-ukazal-kto-sa-prepadne-do-energetickej-chudoby-odhady-hovoria-az-o-vyse-430-tisic-domacnostiach-priklady/>>.

DIAMOND, J. 2021. Osudy ľudských spoločností. Bratislava: Premedia. Dejiny ľudstva, 558 s. ISBN: 978-80-8159-887-6.

DOKUPILOVÁ, D., GERBERY, D., FILČÁK, R. 2020. Energetická chudoba na Slovensku 2020: Od analýz k odporúčaniam pre verejné politiky. Bratislava:

Centrum spoločenských a psychologických vied SAV, 48 s. ISBN: 978-89524-48-8.

FERGUSON, N. 2011. Vzostup peňazí. Finačné dejiny sveta. Bratislava: Kalligram, 496 s. ISBN: 9788081014567.

KOVÁR, B., 2021. Sila zániku. Projekt VEGA 2/0124/20 Ekonomika stredoveku (6.–13. storočie). Archeologický ústav SAV. Bratislava: Premedia. 257 s. ISBN: 9788081598968.

MANN, CH. C. 2021. Prorok a čarodejník. Bratislava: Premedia. Životné prostredie, 593 s. ISBN: 978-80-8159-819-7.

RTVS. 2023. Štátny regulátor prichádza s receptom na energetickú chudobu. [online]. [cit. 2022. 01. 28]. Dostupné na internete: <<https://spravy.rtv.sk/2023/01/statny-regulator-prichadza-s-receptom-na-energeticku-chudobu/>>.

RTVS. 2023. Vláda schválila koncepciu na ochranu spotrebiteľov pred energetickou chudobou. [online]. [cit. 2022. 01. 28]. Dostupné na internete: <<https://spravy.rtv.sk/2023/01/vlada-schvalila-koncepciu-na-ochranu-spotrebitehov-pred-energetickou-chudobou/>>.

SADOVSKÁ, E. 2022. Energetická chudoba na Slovensku: Vieme, koho ohrozuje najviac. [online]. [cit. 2022. 01. 28]. Dostupné na internete: <<https://www.trend.sk/nazory-a-komentare/energeticka-chudoba-slovensku-vieme-koho-ohrozuje-najviac>>.

SMIL, V. 2022. Ako naozja funguje svet. Bratislava: Premedia, 336 s. ISBN: 9788082421098.

ŠTATISTICKÝ ÚRAD SR. 2022. EU SILC 2021: Pandémia zvýšila počet ľudí žijúcich pod hranicou príjmovej chudoby, nie však dramaticky. [online]. [cit. 2022. 01. 29]. Dostupné na internete: <https://slovak.statistics.sk/wps/portal/ext/aboutus/office.activites/officeNews/vsetkyaktuality/263c646d-6b4c-4c00-8234-12578065de96!/ut/p/z1/tVJNc5swFPwtPXCE94SEkHuTPRIDGndqN66NLh3A2Kg2yAHF1P8-cieHpNOkySE66Gv2vd3VChSsQbX5Se9yq02bH9w5U_znPE7FeEwk4uzLBF0aJvOxXBBGQlg9B4iviytMb-W36eKaEWQRqNfrf4ACVbb2aGvITNHntd_vfd1u_XxvPXSTPml7dut9fnAbD099ZfdPL0JOS874xucFK31WivoipMwnYRQL5NGmGvELy7HUG8jehF79z_bFFb4wJLp69QcymcqExTel4mYaYSqT5WI0pxQlfQS80iNzGuIXNSQEViddDbBsTde4pL6_02KCcA1KF00wIE2AARGCC4acRBGLyQj5Jfuwm01mO9c3t_UIFAPrv54f1m9ic730r7s7JV3YprXVbwvrD0zb0cm2oMJJ76pt1VVdcN-531xbe-w_e->

jhMAzBzpjdoQpK03j4r5La9E7mcyQcm2Uj6Nnfb2dXlKlM2Kg4D_LTAyRIir
4!/dz/d5/L2dBISEvZ0FBIS9nQSEh/>.

SOROS, G. 2008. The New Paradigm for Financial Markets: The Credit Crash of 2008 and What It Means. New York, 2008, p. X.

ÚRSO. 2016. Energetická chudoba a zraniteľní odberatelia v energetickom sektore v Európe. Prehľad výskumných projektov v európskych štátoch. Martin: Odbor regulácie kvality a analýz, 30 s.

WELZER, H. 2022. Klimatické vojny. Bratislava: Premedia, 283 s. ISBN: 978-80-8242-057-2.

ZAKARIA, F. 2021. 10 ponaučení pre postpandemický svet. Bratislava: N press, 328 s. ISBN: 978-80-99925-92-3.

Kontakt na autora:

Mgr. Elena Kenderešová, PhD.

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

Inštitút bl. Metóda Dominika Trčku Michalovce

e.kenderesova@gmail.com

PERCEPCIA SESTIER V OBLASTI BEZPEČNEJ ZDRAVOTNEJ TAROSTLIVOSTI

PERCEPTION OF NURSES IN THE AREA OF SAFE HEALTHCARE

Kilíková Mária,¹ Hulková Viera² Kalafutová, Klára³

¹ *Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce, n.o., Bratislava, pracovisko
Rožňava*

² *Fakulta zdravotníctva, Trenčianska Univerzita Alexandra Dubčeka v Trenčíne,
Trenčín*

³ *Nemocnica Svet zdravia Spišská Nová Ves*

Abstrakt

Ciele: Sestry musia vedieť predchádzať rizikám poškodenia zdravia a omylom, ktoré môžu ohroziť život pacienta. Bezpečná zdravotná starostlivosť je determinantom kvality poskytovanej zdravotnej starostlivosti. Cieľom príspevku je prezentovať výsledky prieskumu zameraného na percepciu sestier v oblasti bezpečnej zdravotnej starostlivosti.

Metodika: Na zber dát kvantitatívneho prieskumu sme použili dotazník vlastnej konštrukcie. Percepciu sme merali na 5 stupňovej Likertovej škále. Dáta sme vyhodnotili metódou analytickej štatistiky ANOVA. Výsledky prieskumu ilustrujeme v tabuľkách a grafoch. Do výberové súboru bolo zaradených 260 zámerne vybraných sestier.

Výsledky: Identifikovali sme sústavu intervencií s znakmi pozitívnej a negatívnej percepcie. Pozoruhodné sú zistenia o absencii intervencií, ktoré hodnotíme ako riziko bezpečnej zdravotnej starostlivosti.

Záver: Potreba monitorovania a hodnotenia bezpečnosti starostlivosti je prioritnou potrebou. Ide o dlhodobý proces a výzvu, ktorá sa dotýka všetkých povolání a foriem poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. Odporúčame realizovať výskumy tak, aby ich výsledky podporili kultúru bezpečnosti pacienta.

Kľúčové slová: Bezpečnosť. Pacient. Percepcia. Sestra. Zdravotná starostlivosť.

Abstract:

Aims: Nurses must be able to prevent health risks and mistakes that can endanger the patient's life. Safe healthcare is a determinant of the quality of the provided healthcare. The aim of the thesis is to present the results of the survey focused on the perception of health care provision.

Methods: We used a self-constructed questionnaire to collect the quantitative survey. We measured perception on a 5-point Likert scale. We evaluated the

data using the analytical statistics method ANOVA. We illustrated the survey results in charts and graphs. 260 purposefully selected nurses were included in the selection file.

Results: We identified a set of interventions with signs of positive and negative perception. The findings about the absence of interventions which we evaluate as a risk to safe health care, are noteworthy.

Conclusion: The need to monitor and evaluate the safety of care is a priority need. This is a long-term process and a challenge that affects all professions and forms of health care providers. We recommend conducting research so that its results can support a culture of patient safety.

Key words: Safety. Patient. Perception. Nurse. Health care.

Úvod

Bezpečná zdravotná starostlivosť je jednou z priorít politickej agendy štátov Európskej únie, ktorej súčasťou je aj Slovensko. Na bezpečnosť v zdravotníctve sa pozerá ako na dynamickú vlastnosť a schopnosť poskytovateľa služieb fungovať tak, aby minimalizoval riziká poškodenia pacienta. Manažment bezpečnosti pacienta je chápaný ako systémový a organizačný fenomén tvoriaci integrálnu súčasť manažmentu zdravotníckeho zariadenia (Kalafutová, 2022). Cieľom tohto systému je realizovať zodpovedný manažment potenciálnych rizík v procese zdravotnej starostlivosti (Macchi, 2011). Tvorba a implementácia bezpečných postupov do praxe je zložitý a dlhodobý proces, ktorý je podmienený individualitou konkrétneho zdravotníckeho zariadenia (Eliášová, Hadašová, Fedurcová, 2020). Súčasťou tohto procesu sú aj sestry, ktoré majú vedieť predchádzať rizikám a omylom. V tejto súvislosti Barteková (2012) uvádza, že zdravotnícki pracovníci sú plne zodpovední za bezpečnosť pacienta vo všetkých etapách zdravotnej starostlivosti. Preto je dôležité uviesť, že k základným pilierom stratégie bezpečnej starostlivosti a tým aj bezpečnosti pacienta patrí aktívne vyhľadávanie a hodnotenie rizík, systém dobrovoľného a anonymného hlásenia bezpečnostných incidentov, kultúra bezpečnosti, analýza hlásení a sťažností pacientov a tzv. kolektívne učenie sa z chýb. Ide sústavu vybraných foriem správania sa zdravotníckych pracovníkov, ktoré sú v praxi vnímané ako nepotrebné ev. nadbytočné úsilie hľadať a nájsť chybu za každú cenu. Na Slovensku sú procesy hodnotenia bezpečnosti pacienta regulované vyhláškou MZ SR č.444/2019 Z. z. o minimálnych požiadavkách na interný systém hodnotenia bezpečnosti pacientov (Eliášová, Hadašová, Fedurcová, 2020). Obsah tejto normy vnímame ako legislatívny nástroj na zmeny v podmienkach starostlivosti v ambulanciách praktických lekárov, u poskytovateľov ústavnej zdravotnej starostlivosti a u poskytovateľov záchrannej zdravotnej služby.

Ciele

Skúmať percepciu sestier v oblasti bezpečnej zdravotnej starostlivosti v podmienkach ústavných poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. Určiť, ktoré intervencie bezpečnej starostlivosti vnímajú sestry ako praktizované intervencie (pozitívna percepcia) a ktoré sú vnímané ako deficitné (negatívna percepcia). Určiť, či je miera senzibility v percepcii bezpečnej zdravotnej starostlivosti rozdielna vzhľadom na vzdelanie a dĺžku praxe v povolani.

Metodika a výberový súbor

Prieskumnou metódou bol dotazník vlastnej konštrukcie. Mieru percepcie sme merali na 5 stupňovej Likertovej škále. Zber dát sme uskutočnili priamo v teréne, a to v období od septembra 2021 do apríla 2022. Distribuovaných bolo 300 dotazníkov. Vrátilo sa nám 263 (87,6 %) dotazníkov. Z nich hodnotiteľných bolo 260 (100%). Na výpočet výsledkov prieskumu sme použili metódu lineárneho modelovania. Kľúčovými ukazovateľmi boli jednotlivé intervencie bezpečnej starostlivosti, vek a dĺžka praxe. Dáta sme spracovali v MS Excel, softvér Statistica a Gretl. Výsledky ilustrujeme v tabuľkách a grafoch. Prieskumný súbor tvorili sestry, ktoré svoje povolanie vykonávali u ústavných poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. Výber respondentov bol zámerný. Kritériom zaradenia do prieskumného súboru boli miesto výkonu povolania (sestra pri lôžku), forma poskytovateľa zdravotnej starostlivosti (ústavná) a ochota participovať v prieskume.

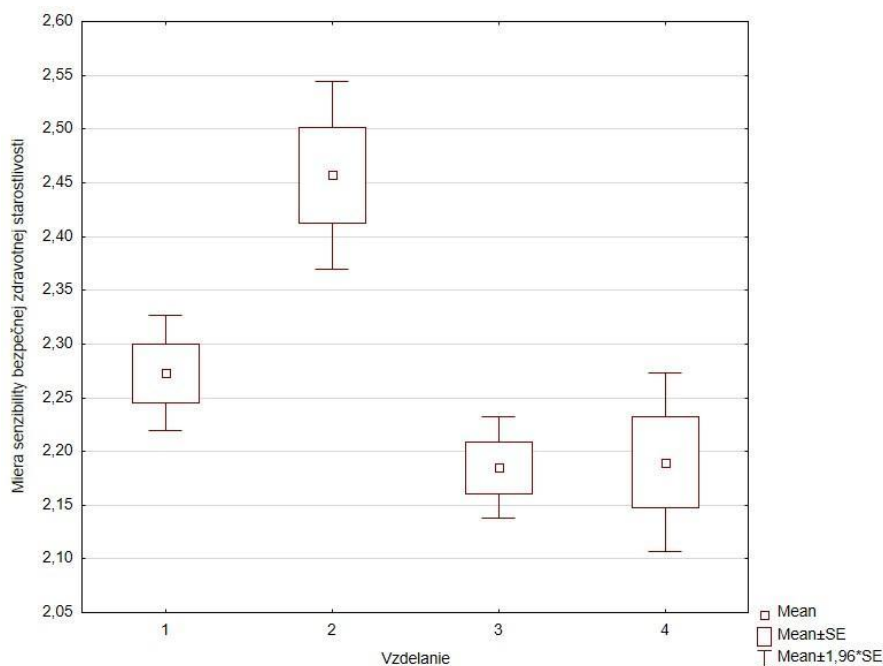
Výsledky

Interpretujeme výsledky percepcie intervencií v prospech bezpečnej starostlivosti. V sústave intervencií bezpečnej starostlivosti sme hodnotili percepciu 24 intervencií, z ktorých väčšina má legislatívnu podporu.

Tab.1 *Výsledky percepcie intervencií bezpečnosti starostlivosti v celom súbore*

Intervencie	Silne súhlasím		Súhlasím		Neviem		Nesúhlasím		Silne nesúhlasím	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Identifikácia pacienta	133	51,2	124	47,7	0	0,0	3	1,2	0	0,0
Dávkovanie, aplikácia liekov	42	16,2	198	76,2	20	7,7	0	0,0	0	0,0
Uschovanie liekov	74	28,5	163	62,7	23	8,8	0	0,0	0	0,0
Ošetrovanie podľa štandardu	91	35,0	169	65,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hygiena rúk	48	18,5	192	73,8	20	7,7	0	0,0	0	0,0
Bariérové ošetrovanie	8	3,1	209	80,4	43	16,5	0	0,0	0	0,0
Interpersonálna komunikácia	0	0,0	199	76,5	39	15,0	22	8,5	0	0,0
Interdisciplinárna spolupráca	0	0,0	213	81,9	12	4,6	35	13,5	0	0,0
Vstupné posúdenie rizika dekubitu	85	32,7	127	48,8	0	0,0	48	18,5	0	0,0
Priebežné posudzovania rizika dekubitov	42	16,2	170	65,4	5	1,9	43	16,5	0	0,0
Vzdelávanie v otázke KPR a PP	0	0,0	0	0,0	57	21,9	171	65,8	32	12,3
Hodnotenie nozokomiálnych nákaz	0	0,0	168	64,6	58	22,3	21	8,1	13	5,0
Prevenčia nozokomiálnych nákaz	5	1,9	247	95,0	8	3,1	0	0,0	0	0,0
Posúdenie rizika pádu	64	24,6	160	61,5	3	1,2	33	12,7	0	0,0
Identifikácia osoby s rizikom pádu	10	3,8	166	63,8	0	0,0	50	19,2	34	13,1
Prevenčia pádu	0	0,0	260	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Prevenčia imobilizačného syndrómu	29	11,2	231	88,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Nácvik sebestačnosti pacienta	25	9,6	235	90,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Verbálna komunikácia s pacientom	0	0,0	56	21,5	86	33,1	118	45,4	0	0,0
Používanie komunikačných piktogramov	0	0,0	99	38,1	82	31,5	79	30,4	0	0,0
Informovanie o právach pacienta	0	0,0	212	81,5	32	12,3	16	6,2	0	0,0
Ochrana práva pacientov	0	0,0	254	97,7	6	2,3	0	0,0	0	0,0
Hodnotenie spokojnosti pacientov	1	0,4	216	83,08	16	6,2	16	6,2	11	4,2

Pozitívna percepcia bola identifikovaná v oblasti ochrany práva pacientov (n=260). Sestry zaradené do výberové súboru majú pozitívnu percepciu v prevencii pádu. Realizujú prevenciu nozokomiálnych nákaz (n=252) a prevenciu imobilizačného syndrómu (n=260). Z prieskumu vyplýva zistenie, že sestry iba 4 intervencie vnímajú ako jednoznačne prioritné (vysoká hladina percepcie) v bezpečnej starostlivosti. Ostatné skúmané oblasti bezpečnej starostlivosti vykazujú nižšiu mieru pozitívnej percepcie. Napr. dávkovanie a aplikácia liekov, uschovanie liekov, bariérové ošetrovanie sú vnímané ako neurčité intervencie v procese bezpečnej starostlivosti. Vysoko deficitnou intervenciou bezpečnosti starostlivosti je sústavné vzdelávanie v otázke kardiopulmonálnej resuscitácie a poskytovaní prvej pomoci (n=203). Bezpečnosť starostlivosti je výrazne negatívne hodnotená v otázke bezpečnej komunikácie (n=118), špecificky v používaní komunikačných piktogramov.



Graf 1 Senzibilita percepcie bezpečnosti starostlivosti s ohľadom na vek respondentov

Miera senzibility v percepcii bezpečnej zdravotnej starostlivosti vzhľadom na vzdelanie respondentov je štatisticky významne rozdielna. Sestry s vysokoškolským vzdelaním majú vyššiu mieru senzibility v percepcii bezpečnej zdravotnej starostlivosti ako sestry bez vysokoškolského vzdelania 1. a 2. stupňa, (priemer 2,1848 a 2,1898, p-hodnota<0,05). Najnižšiu mieru senzibility v percepcii bezpečnej zdravotnej starostlivosti majú sestry s vyšším odborným vzdelaním (priemer=2,4573).

Tab.2 *Senzibilita percepcie bezpečnosti starostlivosti s ohľadom na dĺžku praxe*

Dĺžka praxe	Priemer	Počet	Smerodajná odchýlka
0 – 15 rokov	2,1100	117	0,2401
16 – 30 rokov	2,2836	105	0,2177
31 – 40 rokov	2,4666	26	0,1350
41 a viac rokov	2,6268	12	0,2638

Identifikovali sme signifikantné rozdiely v percepcii bezpečnosti starostlivosti s ohľadom na dĺžku praxe. Najvyššiu intenzitu senzibility v percepcii bezpečnej zdravotnej starostlivosti mali sestry s dĺžkou praxe od 0 do 15 rokov (priemer =2,1100). Najnižšiu intenzitu senzibility sme zistili u sestier s dĺžkou 41 a viac rokov praxe.

Diskusia

Výsledky prieskumov na Slovensku v troch nemocniciach preukázali, že percepcia bezpečnosti sa líši s ohľadom na konkrétne povolanie. Výrazne sa líšila percepcia lekárov a sestier v dimenziách – otvorená komunikácia, hlásenie nežiaducich udalostí, nemocničné preklady, manažérske činnosti podporujúce bezpečnosť. Lekári na rozdiel od sestier prezentovali viac pozitívne názory (Mikušová, 2012, Pokojová, 2018).

Kritickou oblasťou bezpečnej starostlivosti je deficitná komunikácia s pacientom. Z prieskumu vyplýva zistenie, že tento prvok negatívne vníma a hodnotí viac ako 45% respondentov. Existenciu tohto fenoménu potvrdzujú zistenia Čižmárikovej (2019), ktorá publikovala, že v priemere 60 % prípadov nahlásených Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou súviselo s zlou komunikáciou. Murková (2019) poukazuje na to, že komunikácia je priestorom, v ktorom prebieha odovzdávanie, spracovávanie, ale aj modifikácia a skresľovanie informácií. Práve modifikácia a skresľovanie informácií predstavuje riziká bezpečnej starostlivosti. Suchánová, Dimunová (2020) upozorňujú na potrebu dekódovania verbálnych, paralingvistických a neverbálnych prejavov pacienta zdravotníckym pracovníkom. Súhlasíme s názormi autoriek, že správne zvolené komunikačné taktiky a komunikačné stratégie považujú za nástroj bezpečnej starostlivosti. Kritickou oblasťou bezpečnej starostlivosti je schopnosť zdravotníckych pracovníkov poskytnúť prvú pomoc a zahájiť kardiopulmonálnu resuscitáciu pri stavoch ohrozujúcich život pacienta. Sestry kriticky reflektujú na nepripravenosť realizovať túto intervenciu z dôvodu absencie pravidelných školení, nácviku zručností v procese sústavného vzdelávania. Metodika kardiopulmonálnej resuscitácie je odporúčaním Európskej resuscitačnej rady z roku 2021. Odporúčaný postup KPR sa má praktizovať v naliehavých situáciách. Avšak úspech KPR je

podmieneny vedomosťami a praktickými skúsenosťami osoby, ktorá resuscituje. Rezervy v danej oblasti vyplynuli aj z výsledkov nášho prieskumu. Apelujeme na manažment zdravotníckych zariadení, aby do systému manažmentu kvality, krízového manažmentu bola etablovaná potreba sústavného vzdelávania v KPR. Na túto potrebu upriamuje pozornosť Perkins a kol., (2021). Kvalitu vzdelávania v KPR je možné zabezpečiť v podobe štúdia a cvičení odporúčaných pre klinickú prax, ktoré majú byť jasné, výstižné. Odporúčania so zrozumiteľnými algoritmami, dávajú osobám jasné inštrukcie krok za krokom. Výsledky nášho prieskumu preukázali rezervy v percepcii preventívnych intervencií na vznik nozokomiálnej nákazy. Štatistiky uvádzajú, že 60 - 80 % nozokomiálnych nákaz sa prenáša práve rukami zdravotníckych pracovníkov vrátane sestier. Ruky majú kontaminované nemocničnou mikrofórou. Odborníci apelujú na potrebu zvyšovania povedomia o správnej dezinfekcii rúk s cieľom zabrániť prenosu infekcií spojených so zdravotnou starostlivosťou alebo získaných počas poskytovania zdravotnej starostlivosti. Štefkovičová (2019) vyslovila názor, že dôsledná hygiena rúk je najjednoduchší, najlacnejší a najefektívnejší spôsob ochrany a prevencie šírenia nozokomiálnych nákaz a rezistencie na antibiotiká, avšak iba za predpokladu, že sa vykonáva správne a v správnom momente. Súhlasíme s výsledkami iných štúdií, ktoré potvrdili, že dodržiavanie zásad hygieny rúk významným spôsobom znižuje výskyt nozokomiálnych nákaz. Rozhodujúca je správna technika umývania rúk a výber dezinfekčného roztoku. Kováčová, (2022) uvádza, že dodržiavanie zásad hygieny rúk u sestier je cesta zvyšovania bezpečnosti pacienta, kvality poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti, ako i ochrany a bezpečnosti sestier. Hygiena rúk pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti je všeobecne uznávaná metóda v „evidence-base medicine“ na prevenciu prenosu nozokomiálnych infekcií. Podľa Penáka (2021) bezpečnú hygienu rúk je možné vykonať umývaním rúk v priemere 40-60 sekúnd a dezinfekciou alkoholovým prípravkom 20-30 sekúnd. Silnou stránkou sestier zaradených do nášho súboru sú intervencie, ktoré podporujú bezpečnosť zdravotnej starostlivosti. Pozitívne vnímajú význam identifikácie pacienta, vstupného a priebežného posudzovania riziká pádu a dekubitov ako intervencie, ktoré sú dôkazom bezpečnej zdravotnej starostlivosti. V oblasti informovanosti a ochrane práv pacientov sme identifikovali pozitívnu percepciu (n=2012, n=254). Naše zistenia sú v rozpore s výsledkami iných prieskumov. Napr. Barillová (2022) vo svojom výskume preukázala, že rešpektovanie základných práv pacientov v klinickej praxi je deficitnou záležitosťou. Sotnerová (2016) vo vzorke 500 sestier zistila iba priemernú (53,7%) znalosť práva pacientov. Čím je vyššia sebestačnosť pacienta, tým sú riziká pádu, úrazu a poškodenia pacienta nižšie. Nácvik a udržiavanie sebestačnosti pacienta počas

hospitalizácie je prioritnou oblasťou bezpečnej starostlivosti. Sestry v našom súbore signalizujú pozitívnu percepciu. Ide o jav signifikantného významu.

Záver

Zdravotná starostlivosť je vysoko riziková pre vznik nežiaducej udalosti. Bezpečná zdravotná starostlivosť by mala byť prioritnou požiadavkou a doménou starostlivosti o pacienta. Poznanie percepcie poskytovateľov starostlivosti má preventívny význam. Výsledky skúmania sú zdrojom poznania a cestou k redukcii omylov, pochybení. V danej téme ostáva veľa nepreskúmaných a nevyriešených problémov, ktoré by sa mali stať predmetom ďalšieho skúmania. Výsledky majú význam pre klinickú prax založenú na dôkazoch.

BIBLIOGRAFIA

BARILLOVÁ, G. 2022. *Pády pacientov ukazovateľ bezpečnej zdravotnej starostlivosti* : diplomová práca. Rožňava : VŠZ a SP sv. Alžbety, 2022. 86 s.

BARTEKOVÁ, A. 2012. Riadenie rizík pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti. In *Sestra a lekár v praxi*. ISSN 1335-9444, 2012. roč. XI č. 5-6, s. 34-35.

BARTEKOVÁ, A. Riadenie rizík pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti. *Sestra a lekár v praxi*. 2012; XI (5-6):34-35.

ELIAŠOVÁ, A., HADAŠOVÁ, L., FEDURCOVÁ, I. 2020. *Manažment kvality v zdravotnej starostlivosti*. Prešov : Vydavateľstvo Prešovskej univerzity v Prešove. 2020. 192 s. ISBN 978-80-555-2425-2.

KALAFUTOVÁ, K. 2022. *Bezpečná zdravotná starostlivosť ako priorita systému poskytovania zdravotníckych služieb* : rigorózna práca. Rožňava, VŠZ a SP sv. Alžbety, 2022, 89s.

MACCHI, L., PIETIKÄINEN, E., REIMAN, T. 2011. *Patient safety management: Available models and systems*. VTT Working Papers 169.

MIKUŠOVÁ, V., et al., 2012. Patient Safety Assessment in Slovak Hospitals [online].

International Journal of Collaborative Research on Internal Medicine and Public Health 4 (6), 1236–44, [cit. 2022-09-02]. Dostupné z:

[https://www.
publication/264852290_Patient_Safety_Assessment_in_Sl](https://www.researchgate.net/publication/264852290_Patient_Safety_Assessment_in_Sl)

researchgate.net/

ovak_Hospitals.

MURKOVÁ, K. 2019. *Bezpečná ošetrovateľská prax – prevencia výskytu poškodenia zdravia u hospitalizovaných pacientov* : diplomová práca. Rožňava, VŠZ a SP sv. Alžbety, 2019, 93s.

PENÁK, P. 2021. *Čisté ruky v nemocniciach: 30 sekúnd môže zachrániť život*. [online]. 2021, [cit. 2022-09-05]. Dostupné na internete: https://www.uvzsr.sk/index.php?option=com_content&view=article&id=4716-

POKOJOVÁ, R. 2018. *Bezpečnosť pacienta pri poskytovaní ošetrovateľskej péče* : dizertačná práca. České Budějovice: Jihočeská univerzita, 191 s.

PERKINS, D.G. A KOL. 2021. *Odporúčania Európskej resuscitačnej rady 2021 – Zhrnutie*. [online]. 2022, [cit. 2022-09-05]. Dostupné na internete: 2022-05-23 <http://www.srr.sk/wp-content/uploads/2021/10/Zhrnutie-odporu%CC%81c%CC%8Cani%CC%81-ERC-2021.pdf>.

SUCHÁNOVÁ, R.- DIMUNOVÁ, L. 2020. *Komunikácia v zdravotníckej praxi*. Košice : Lekárska fakulta Univerzity P.J. Šafárika, Ústav ošetrovateľstva. 2020, 102 s. ISBN 978-80-8152-958-0.

ŠTEFKOVIČOVÁ, A. 2019. *Svetový deň čistých rúk – zabráňme prenosu infekcií v zdravotníckych zariadeniach*. [online]. 2019, [cit. 2022-08-16]. Dostupné na internete: <https://www.health.gov.sk/Clanok?kampan-ciste-ruky>.

Vyhláška Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 444/2019 Z. z. o minimálnych požiadavkách na interný systém hodnotenia bezpečnosti pacienta.

Kontakt na autorov:

prof. PhDr. Mária Kilíková, PhD., MPH
vedúca detašovaného pracoviska
VŠZ a SP sv. Alžbety Bratislava, n. o.
Detašované pracovisko bl. Sáro Salkaházi
Kósu Schoppera 22
048 01 Rožňava
e-mail: m.kilikova@gmail.com

doc. PhDr. Viera Hulková, PhD., MPH
Katedra ošetrovateľstva
Fakulta zdravotníctva
Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka v Trenčíne
Študentská 2
911 50 Trenčín
e-mail: viera.hulkova@tnuni.sk

PhDr. Klára Kalafutová
Nemocnica Svet zdravia Spišská Nová Ves
Gynekologicko-pôrodné oddelenie

THE IMPACT OF THE WAR WITH RUSSIA ON THE MEDICAL AND DEMOGRAPHIC SITUATION IN UKRAINE

Mironyuk Ivan¹, Slabkiy Hennadiy², Bilak-Lukianchuk Victoria³, Lopit Victor⁴

ВПЛИВ ВІЙНИ З РФ НА МЕДИКО-ДЕМОГРАФІЧНУ СИТУАЦІЮ В УКРАЇНІ

Миронюк Іван¹, Слабкий Геннадій², Білак-Лук'янчук Вікторія³, Лопіт Віктор⁴

^{1,2,3,4}Faculty of Health and Physical Education of Uzhhorod National University, Uzhhorod, Ukraine

Резюме

Війна з РФ має негативний вплив на медико-демографічну ситуацію в Україні. Так, за час війни відмічається зростання рівня смертності населення в тому числі без отримання необхідної медичної допомоги. При цьому значно знижується рівень бажаної вагітності а і відповідно народжуваності дітей. В ході війни спостерігається ментальне виснаження із зростанням рівня психологічних та психічних проблем та відмічається підвищення рівня у населення саморуйнівної поведінки. Відмічається зростання захворюваності населення на соціально значущі хвороби: злоякісні новоутворення, туберкульоз, захворювання системи кровообігу, цукровий діабет, хвороби органів дихання, з збільшенням частки їх виявлення в занедбаних стадіях або при їх ускладненнях. Також відмічається загроза зростання ризику захворюваності населення на інфекційні та паразитарні хвороби включаючи: туберкульоз, ВІЛ/СНІД, гострі сезонні вірусні інфекції, в тому числі вакциноковані та епідемічні спалахи гострих кишкових захворювань. Для більшості населення відбувається зниження доступу до медичних послуг та лікарських засобів. У населення формується зниження рівнів відповідального відношення до здоров'я, як до особистого пріоритету.

Ключові слова: Україна, війна, медико-демографічна ситуація, вплив.

Abstrakt

The war with Russia has a negative impact on the medical and demographic situation in Ukraine.

Thus, during the war, an increase in the mortality rate of the population is registered, including those who could not receive the necessary medical care. At the same time, the level of the desired pregnancy and, accordingly, the birth rate

is significantly reduced. **In the course of the war, mental exhaustion is observed with an increase in the level of psychological and mental problems and an increase in the level of self-destructive behavior in the population is registered.** An increase is also found in the incidence of socially significant diseases of the population: malignant neoplasms, tuberculosis, diseases of the circulatory system, diabetes mellitus, respiratory diseases, with an increase in the proportion of their detection in neglected stages or with complications. There also exists a threat of an increase in the risk of the population's incidence of infectious and parasitic diseases, including: tuberculosis, HIV/AIDS, acute seasonal viral infections, including vaccine-controlled ones and epidemic outbreaks of acute intestinal diseases. For the majority of the population, access to medical services and medicines is declining. A decrease in the levels of responsible attitude to health, as a personal priority is forming in the population.

Keywords: Ukraine, war, medical and demographic situation, impact.

Вступ

Рік продовжується повномасштабна війна яку розв'язала рф з Україною і яка за визначення експертів може стати однією з найбільш кровопролитних у сучасній історії враховуючи те, що уже на цьому етапі масштаби втрат з обох боків вже значно вищі, ніж у типовій війні [1].

На теперішній час наслідки війни для України в основному оцінюються через аналіз економічних збитків, руйнувань інфраструктури та представлення кількості загиблих [2-4]. Необхідно зазначити, що кожна війна негативно впливає на стан здоров'я населення. В першу чергу це наявні поранення, контузії та травми, які в значній кількості будуть мати довгострокові наслідки і стануть причиною інвалідності. Наукові інформаційні джерела вказують також на те, що в результаті війни у майбутньому багато українців можуть зіткнутися з психологічними та психічними проблемами, а також із зростанням різних видів залежностей та загостренням деяких хвороб [5].

МОЗ України вказує на те, що війна матиме в першу чергу критичні наслідки для психічного здоров'я українців. При цьому вказується, що перебування в умовах війни може негативно вплинути на психічне здоров'я людей і тому професійна допомога знадобиться близько 15 мільйонам громадян, причому 3-4 мільйонам потрібно буде провести медикаментозне лікування. Також відмічається, що у 20-30% осіб, які пережили травматичні події, може розвинути посттравматичний стресовий розлад. Базуючись на досвіді країн, що воювали прогнозується,

що через 5-7 років очікується зростання кількості наркотичної, алкогольної та інших залежностей, а в структурі захворювань найчастіше зустрічатимуться захворювання системи кровообігу, діабет, артрити, астми, онкологічні захворювання. Провідні експерти акцентують на зростанні загроза поширення інфекційних захворювань [6].

Під час війни люди не займаються профілактикою захворювань, зміцненням персонального здоров'я, а здоров'я перестає бути особистим пріоритетом. Це в свою чергу призводить до погіршення здоров'я населення та зростання потреби в медичній допомозі.

МОЗ України відмічає, що за 8 місяців війни окупанти пошкодили більше 1000 об'єктів охорони здоров'я, 29 лікарів були вбитими, а більше 100 отримали поранення. Крім того значна кількість лікарів була мобілізована до лав ЗСУ [7].

Наведене вище зумовило актуальність даного дослідження.

Мета роботи: дослідити та проаналізувати вплив війни з рф на медико-демографічну ситуацію в Україні.

Матеріали та методи. Матеріалами дослідження стали дані наукової літератури та особистий практичний досвід з організації охорони здоров'я населення. В ході проведеного дослідження було використано бібліосемантичний метод та метод структурно-логічного аналізу. Методичною основою дослідження став системний підхід.

Результати.

В ході проведеного дослідження з метою проведення аналізу та узагальнення впливу війни з російською федерацією на медико-демографічну ситуацію в Україні нами за територіальним (регіональним) принципом Україну розділено на три категорії: регіони, які тимчасово окуповані російськими військами; регіони, які знаходяться в зоні активних бойових дій та регіони, які віддалені від зони активних бойових дій.

Узагальнені наслідки війни на медико-демографічну ситуацію в усіх регіонах, України представлено в табл.

При цьому необхідно зазначити, що загальним для всіх названих регіонів України є наступне:

- високий рівень вимушеної міграції населення на території підконтрольні України та в країни Європи;
- зниження економічного рівня забезпечення населення;
- постійний страх за життя та здоров'я рідних людей;
- зниження рівня постійного доступу до об'єктивної інформації;
- зниження якості умов проживання;

- зниження якості навколишнього середовища існування (екологічна складова);

- порушення комфортного стилю щоденного життя.

Аналіз наведених в таблиці узагальнених даних про вплив війни на медико-демографічну ситуацію в Україні вказує на те, що даний вплив є надзвичайно негативним і комплексним.

Негативні медико-демографічні наслідки проявляються зростанням захворюваності населення на соціально значущі хвороби такі як злоякісні новоутворення, захворювання системи кровообігу, цукровий діабет, хвороби органів дихання із збільшенням частки виявлення захворювань в занедбаних стадіях або при їх ускладненнях; ментальним виснаженням населення із зростанням рівня **психологічних та психічних проблем**, зростанням кількості нарко - , алкоголь- та інших залежностей та високим рівнем формування саморуйнівної поведінки; загрозою зростання ризику захворюваності населення на інфекційні та паразитарні хвороби включаючи: туберкульоз, ВІЛ/СНІД, гострі сезонні вірусні інфекції, в тому числі вакцинокеровані (результат зниження, а в окремих регіонах припинення вакцинації населення) та епідемічні спалахи гострих кишкових захворювань тощо.

Не говорячи про бойові втрати серед цивільного населення відмічається зростання рівня смертності в тому числі передчасної та насильницької в тому числі в частих випадках при відсутності необхідної медичної допомоги. Демографічна ситуація в окремих регіонах характеризується високим рівнем вимушеної міграції населення в безпечні зони проживання. Характерною рисою даної війни є депортація із окупованих росіянами територій як дорослого населення так і дітей в фр із незаконним всиновленням останніх росіянами.

Проведений детальний аналіз наведених в таблиці результатів дослідження вказує на те, що війна негативно вплинула на медико-демографічну ситуацію в усіх регіонах країни. Рівень даного впливу різний. В першу чергу це пов'язано з безпосереднім впливом війни на населення конкретного регіону.

Таблиця. Вплив війни з рф на медико-демографічну ситуацію в Україні

Регіони активних бойових дій	Регіони тимчасово окуповані російськими військами	Регіони віддалені від активних бойових дій
Зростання рівня смертності та інвалідності населення внаслідок низької доступності необхідної медичної допомоги	Зростання рівня смертності та інвалідності населення внаслідок відсутності необхідної медичної допомоги	Зростання рівня смертності та інвалідності населення внаслідок зниження звертальності за медичною допомогою
Зростання рівня передчасної смертності	Зростання рівня передчасної смертності	Зростання рівня передчасної смертності
Зростання рівня смертності населення без отримання медичної допомоги		
Значне зниження рівня бажаної вагітності	Значне зниження бажаної вагітності	Зниження рівня бажаної вагітності
Високий рівень бойового травматизму	Високий рівень насильницького травматизму	Повернення до дому поранених учасників бойових дій
Високий рівень розвитку посттравматичного стресового розладу	Високий рівень розвитку посттравматичного стресового розладу	Ментальне виснаження із зростанням рівня психологічних та психічних проблем
Підвищення рівня саморуйнівної поведінки при практичній відсутності до послуг із профілактики саморуйнівної поведінки та самогубств	Підвищення рівня саморуйнівної поведінки при недоступності послуг із профілактики саморуйнівної поведінки та самогубств	Підвищення рівня саморуйнівної поведінки
Зростання кількості нарко-, алкоголь- та інших залежностей	Зростання кількості нарко-, алкоголь- та інших залежностей	Зростання вживання психоактивних речовин
Зростання захворюваності населення на соціально значущі хвороби: злоякісні новоутворення, туберкульоз, захворювання системи кровообігу, цукровий діабет, хвороби органів дихання, з збільшенням частки їх виявлення в занедбаних стадіях або при їх ускладненнях.	Зростання захворюваності населення на соціально значущі хвороби: злоякісні новоутворення, туберкульоз, захворювання системи кровообігу, цукровий діабет, хвороби органів дихання, з збільшенням частки їх виявлення в занедбаних стадіях або при їх ускладненнях.	Зростання захворюваності населення на соціально значущі хвороби: злоякісні новоутворення, туберкульоз, захворювання системи кровообігу, цукровий діабет, хвороби органів дихання, з збільшенням частки їх виявлення в занедбаних стадіях або при їх ускладненнях.

Загроза зростання ризику захворюваності населення на інфекційні та паразитарні хвороби включаючи: туберкульоз, ВІЛ/СНІД, гострі сезонні вірусні інфекції, в тому числі вакциноковані та епідемічні спалахи гострих кишкових захворювань.	Загроза зростання ризику захворюваності населення на інфекційні та паразитарні хвороби включаючи: туберкульоз, ВІЛ/СНІД, гострі сезонні вірусні інфекції, в тому числі вакциноковані та епідемічні спалахи гострих кишкових захворювань.	Загроза зростання ризику захворюваності населення на інфекційні та паразитарні хвороби включаючи: туберкульоз, ВІЛ/СНІД, гострі сезонні вірусні інфекції, в тому числі вакциноковані та епідемічні спалахи гострих кишкових захворювань.
Зниження доступу до медичних послуг	Значне зниження доступу до медичних послуг	Доступність до медичних послуг зберігається
Зниження доступу до лікарських засобів	Значне зниження доступу до лікарських засобів	Зниження доступу до окремих лікарських засобів
Значне зниження рівня вакцинації населення	Відсутність вакцинації населення	Зниження рівня вакцинації населення
Відсутність умов для здорового способу життя	Відсутність умов для здорового способу життя	Зниження рівня здорового способу життя населенням
Низький рівень доступності послуг психологічної підтримки населення в критичних станах	Недоступність послуг психологічної підтримки населення в критичних станах	Зниження доступності до послуг психологічної підтримки населення в критичних станах
Зниження рівня санітарного благополуччя навколишнього середовища	Зниження рівня санітарного благополуччя навколишнього середовища	Зниження рівня санітарної культури населення
Високий рівень самолікування в тому числі при станах, що несуть загрозу життю.	Високий рівень звернення за допомогою при захворюваннях до цілителів	Зниження рівня своєчасного звернення за медичною допомогою в тому числі при станах, що несуть загрозу життю.
Зниження рівнів відповідального відношення до здоров'я, як до особистого пріоритету	Зниження рівнів відповідального відношення до здоров'я, як до особистого пріоритету	Зниження рівнів ставлення до здоров'я, як до особистого пріоритету

Якщо для регіону де йдуть активні бойові дії негативними комплексними проявами війни є життя в постійному страху із-за насильницьких дій окупантів, втрата власного житла, роботи, соціального статусу, зниження доступу до продуктів харчування та якісної питної води, обмежена можливість пересування в разі потреби, значне пошкодження інфраструктури системи енергопостачання та водопостачання, низький рівень мобільного зв'язку та інтернету або їх повна відсутність (вимушена інформаційна ізоляція), трагічна втрата близьких людей, вимушений

розрив сімей, втрата зв'язку з рідними то для регіону віддаленому від активних бойових дій негативними комплексними проявами війни є постійний страх обстрілів, зниження можливості працевлаштування, зниження доступу до продуктів харчування та якісної питної води, значне пошкодження інфраструктури системи енергопостачання та водопостачання, низький рівень мобільного зв'язку та інтернету, трагічна втрата близьких людей та втрата зв'язку з рідними, які проживають в зоні бойових дій або в окупації, значне зниження якості життя та порушення звичного алгоритму життя.

Висновки

Проведений аналіз впливу війни з рф на медико-демографічну ситуацію в Україні

вказує на те, що він є надзвичайно негативним і комплексним.

До основних негативних демографічних наслідків відносяться: зростання рівня загальної та передчасної смертності населення без отримання медичної допомоги з високим рівнем вимушеної міграції населення та вкрай низьким рівнем планованої бажаної вагітності.

До основних негативних медичних наслідків відносяться: зростання рівня захворюваності населення на соціально значущі та інфекційні хвороби; ментальне виснаження із зростанням рівня **психологічних та психічних проблем при** високому рівні розвитку посттравматичного стресового розладу з зростанням рівня самолікування при зниженні рівня відповідального відношення до здоров'я, як до особистого пріоритету.

Важливим є те, що для більшості населення країни відбувається значне зниження доступу до медичних послуг та лікарських засобів.

При цьому необхідно зазначити, що рівень негативного впливу війни на медико-демографічну ситуацію залежить від регіону. Найвищим він є в окупованих регіонах та регіонах активних бойових дій та значно меншим в регіонах віддалених від зони активних бойових дій.

Перспективи подальших досліджень будуть пов'язані із дослідженням конкретного деталізованого впливу війни на стан здоров'я населення кожного із зазначених вище регіонів.

BIBLIOGRAFIA

1. *Скільки військових та цивільних загинули в ході конфліктів після Другої світової війни* [online]. URL: https://www.slovoidilo.ua/2022/10/31/infografika/suspilstvo/skilky-vijskovyxta-cyvilnyx-zahynuly-xodi-konfliktiv-pislya-druhoyi-svitovoyi-vijny?utm_source=gravitec&utm_medium=push&utm_campaign=

2. *Як вижити в умовах блекауту без тепла, води, каналізації: лайфгаки від тренера -«екстремала»* [online]. URL: <https://tsn.ua/ukrayina/yak-vizhiti-v-umovah-blekautu-bez-tepla-vodi-kanalizaciyi-layfgaki-vid-trenera-ekstremala-2210272.html>

3. *Окупанти воюють проти електрики й тепла* [online]. URL: https://tsn.ua/ato/raketi-putina-znayshli-novu-mishen-v-ukrayini-yaki-naslidki-matimut-udari-po-gazoviy-infrastrukturi-2204125.html?utm_medium=referral&utm_source=idealmedia&utm_campaign=tsn.ua&utm_term=1294998&utm_content=10282210

4. *Російські обстріли можуть сильно натиснути на економіку України: як вони вже впливають на ціни.* [online]. URL: https://www.obozrevatel.com/ukr/topic/vojna-v-ukraine-2022/?_ga=2.161285237.954743355.1669904179-624245905.1642608186&_gl=1*1g7uo20*_ga*NjI0MjQ1OTA1LjE2NDI2MDgxODY.*_ga_JBX3X27G7H*MTY2OTkwNDE3OS45LjAuMTY2OTkwNDE3OS42MC4wLjA

5. ЧАБАН О.С., ХАУСТОВА О.О. (2022). Медико-психологічні наслідки дистресу війни в Україні: що ми очікуємо та що потрібно враховувати при наданні медичної допомоги. *Український медичний часопис*, 4 (150) С.1-11.

6. *ПТСР та загострення хронічних хвороб: як війна вплине на здоров'я українців* [online]. URL: https://www.slovoidilo.ua/2022/11/01/infografika/suspilstvo/ptsr-ta-zahostrennya-xronichnyx-xvorob-yak-vijna-vplyne-zdorovya-ukrayincziv?utm_source=gravitec&utm_medium=push&utm_campaign=

7. *Россияне целенаправленно разрушают больницы в Украине* [online]. URL: <https://socportal.info/ru/news/v-moz-nazvali-chislo-ubitykh-vrachei-okkupantami/>

REFERENCES

1. *Skilky viiskovykh ta tsyvilnykh zahynuly v khodi konfliktiv pislia Druhoi svitovoi viiny* [online]. Retrieved from https://www.slovoidilo.ua/2022/10/31/infografika/suspilstvo/skilky-vijskovyx-ta-cyvilnyx-zahynuly-xodi-konfliktiv-pislya-druhoyi-svitovoyi-vijny?utm_source=gravitec&utm_medium=push&utm_campaign= [in Ukrainian].

2. *Yak vyzhyty v umovakh blekautu bez tepla, vody, kanalizatsii: laifhaky vid trenera -«ekstremala»* [online]. Retrieved from <https://tsn.ua/ukrayina/yak-vizhiti-v-umovah-blekautu-bez-tepla-vodi-kanalizaciyi-layfgaki-vid-trenera-ekstremala-2210272.html>

vizhiti-v-umovah-blekautu-bez-tepla-vodi-kanalizaciyi-layfgaki-vid-trenera-ekstremala-2210272.html [in Ukrainian].

3. Okupanty voiuut proty elektryky y tepla [online]. Retrieved from https://tsn.ua/ato/raketi-putina-znayshli-novu-mishen-v-ukrayini-yaki-naslidki-matimut-udari-po-gazoviy-infrastrukturi-2204125.html?utm_medium=referral&utm_source=idealmedia&utm_campaign=tsn.ua&utm_term=1294998&utm_content=10282210 [in Ukrainian].

4. Rosiiski obstrily mozhut sylno natysnuty na ekonomiku Ukrainy: yak vony vzhe vplyvaiut na tsyny. [online]. Retrieved from https://www.obozrevatel.com/ukr/topic/vojna-v-ukraine-2022/?_ga=2.161285237.954743355.1669904179-624245905.1642608186&_gl=1*1g7uo20*_ga*NjI0MjQ1OTA1LjE2NDI2MDgxODY.*_ga_JBX3X27G7H*MTY2OTkwNDE3OS45LjAuMTY2OTkwNDE3OS42MC4wLjA [in Ukrainian].

5. CHABAN O.S., KHAUSTOVA O.O. (2022). Medyko-psykholohichni naslidky dystresu viiny v Ukraini: shcho my ochikuiemo ta shcho potribno vrakhovuvaty pry nadanni medychnoi dopomohy. *Ukrainskyi medychnyi chasopys*, 4 (150) S.1-11. [in Ukrainian].

6. PTSR ta zahostrennia khronichnykh khvorob: yak viina vplyne na zdorovia ukraintziv [online]. Retrieved from https://www.slovoidilo.ua/2022/11/01/infografika/suspilstvo/ptsr-ta-zahostrennya-xronichnyx-xvorob-yak-vijna-vplyne-zdorovya-ukrayincziv?utm_source=gravitec&utm_medium=push&utm_campaign= [in Ukrainian].

7. Rosyiane tselenapravleno razrushaiut bolnytsi v Ukrayne [online]. Retrieved from <https://socportal.info/ru/news/v-moz-nazvali-chislo-ubitykh-vrachei-okkupantami/> [in Ukrainian].

Контактна особа:

Миронюк Іван

доктор медичних наук, професор,

проректор з наукової роботи

Ужгородського національного університету

ORCID: 0000-0003-4203-4447

ivan.myronyuk@uzhnu.edu.ua

**AKTIVITY VŠZaSP sv. ALŽBETY – PRACOVISKO PREŠOV-
MICHALOVCE,
V POMOCI UTEČENCOM Z UKRAJINY**

**ACTIVITIES VŠZaSP St. ELIZABETH – WORKPLACE PREŠOV-
MICHALOVCE,
HELPING REFUGEES FROM UKRAINE**

Murgová Anna¹, Šulcová Jana², Nemčíková Miroslava³

*^{1,2,3}Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety Bratislava, n. o.
Inštitút sociálnych vied a zdravotníctva bl. P. P. Gojdiča*

Abstrakt

Byť strategickým partnerom s významnou mierou spoločenskej zodpovednosti, chrániacim hodnoty slobody, demokracie, rovnoprávnosti, kultúrnej rôznorodosti, interkultúrneho dialógu, dodržiavajúcim princípy ochrany životného prostredia vo všetkých svojich činnostiach, je jednou z vízií Vysokej školy zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety. Vojsko vždy znamená obeť, smrť, nútený odchod z krajiny, bolesť, smútok a utrpenie. Všetky vojny zanechávajú jazvy na duši. Súčasná situácia na Ukrajine je veľmi vážna. Vojsko zasiahlo milióny nevinných ľudí. Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce svätej Alžbety podporuje výzvy o solidaritu, ukončenie vojny a dosiahnutie mieru. Každý z vysokej školy prispieva nielen rukou ale i srdcom k spoločnému dielu.

Kľúčové slová

Vízia vysokej školy zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety. Aktivita. Vojsko. Pomoc.

Abstract

Being a strategic partner with a significant degree of social responsibility, protecting the values of freedom, democracy, equality, cultural diversity, intercultural dialogue, observing the principles of environmental protection in all its activities, is one of the visions of the College of Health and Social Work of St. Elizabeth. War always means victims, death, forced departure from the country, pain, sorrow and suffering. All of them wars leave scars on the soul. The current situation in Ukraine is very serious. The war affected millions of innocent people. Saint Elizabeth's College of Health and Social Work supports calls for solidarity, an end to war and the achievement of peace. Everyone from

the university contributes not only with their hands but also with their hearts to the common work.

Keywords

The vision of the College of Health and Social Work St. Elizabeth. Activities. The war. Help.

Úvod

Dňom, kedy vypukla vojna na Ukrajine, zmenil sa život celého sveta. Nechápeme, neveríme, že také niečo sa môže udiť v 21. storočí. Veď mier sme brali ako samozrejmosť! Ale realita je krutá! Počúvame a pozeráme ako ľudia utekajú pred vojnou do bezpečia. Našťastie, vidíme solidárnosť ľudí celého sveta, ako sa zapájajú do humanitárnej pomoci ľuďom postihnutých vojnou. Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, pracovisko Prešov a Michalovce, nie sú výnimkou. A to vďaka vízii Vysokej školy zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety a jednou z nich, je byť strategickým partnerom s významnou mierou spoločenskej zodpovednosti, chrániacim hodnoty slobody, demokracie, rovnoprávnosti, kultúrnej rôznorodosti, interkultúrneho dialógu, dodržiavajúcim princípy ochrany životného prostredia vo všetkých svojich činnostiach. Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety je zamestnávateľ poskytujúci možnosti realizácie, uplatnenia a rozvíjania schopností všetkých svojich zamestnancov, ako aj ochranu sociálne a zdravotne znevýhodnených osôb. Má svoje základné princípy a hodnoty.

Základné princípy VŠZaSP sv. Alžbety

- Obhajovať výskumné platformy, programy a politiku zdravých a zraniteľných komunít na miestnej, národnej, európskej a na medzinárodnej úrovni.
- Zdieľať výsledky výskumu so zainteresovanými stranami, komunitami, vládami a verejnosťou na podporu praxe a spravodlivých politík.
- Partnerstvo založené na etických princípoch: s komunitami, tvorcami miestnych, národných a globálnych politík a stratégií, mimovládny, neziskový a inými organizáciami, zainteresovanými stranami zo súkromného sektora a výskumníci z iných odborov s cieľom vybudovať kapacity a dosiahnuť spoločné ciele.
- Využiť vedecké a empirické znalosti a získať prístup k potrebným nástrojom a údajom na vybudovanie a zlepšenie podporných prostredí a udržateľných prístupov.

- Prinášať a prepájať inovatívne a prísne výskumné techniky a teoretické základy na usmernenie výskumu, politik, stratégií, implementácií a praxe.
- Spájať organizácie, ľudí, miesta/komunity, poznatky a výskum naprieč viacerými disciplínami a sektormi, tak na miestnej, národnej, medzinárodnej a globálnej úrovni.
- Mobilizovať výskum, komunitu a/alebo odborné prístupy založené na praxi, kvalite a bezpečnosti, pre vytváranie politik, stratégií, postupov a programov/služieb zameraných na akciu a efektívnu implementáciu.
- Zaoberať sa problémami komunity súvisiacimi s fyzickým, duševným, sociálnym, duchovným a environmentálnym zdravím, ako aj s vybudovaným prostredím a novými technológiami, ktoré ovplyvňujú zdravie, pohodu a kvalitu života (VŠZaSP sv. Alžbety, 2021).

Základné hodnoty VŠZaSP sv. Alžbety

Základné hodnoty vychádzajú z troch pilierov Európskej únie:

1. Európske a Rímske právo
2. Kresťanská filozofia
3. Univerzálna solidarita a charita

1. Otvorenosť a solidarita

Otvorenosť reflektuje diverzitu, rovnosť, inkluzívnosť a transparentnosť, ktoré sa prejavujú vo všetkých procesoch vysokej školy; s bezdomovcami, migrantmi, azyľantmi, seniormi, marginalizovanými komunitami.

Vysoká škola si vytvorila osobitne sociálno - zdravotnícke praktické a výskumné programy ako:

- zdravotno-sociálna práca s bezdomovcami (4 vlastné stacionárne útulky a DSS pre bezdomovcov), seniormi (2 zariadenia), migrantmi (2 polikliniky a ambulancie) na Slovensku;
- 23 v zahraničí, s podvýživou (antimalnutričné 3 programy: Rwanda, Keňa, Jemen);
- centrá pre azyľantov a migrantov (Bratislava, Pruské, Krupá, Lesbos, Grécko, Fier Albánsko, Vyšné Nemecké, Michalovce atď.);
- liečbu tropických chorôb v rámci Inštitútu misijnej práce a tropického zdravotníctva Jána Pavla II v 25 krajinách (projektoch), rómskej marginalizovanej komunity (projekt Jarovnice, Kojatice).

Z toho pramenia aj verejno-zdravotnícke a sociálne, ošetrovateľské a diagnostické programy:

- malnutricia a antimalnutričné programy;
- svetová migračná kríza a sociálna práca s utečencami;
- verejné zdravotníctvo a včasná diagnostika tropických chorôb, najmä malárie, helmintov, HIV, TB atď.;
- dentálne zdravie a fyzioterapia ako intervencia u seniorov a marginalizovaných komunit;
- humanitárna misijná a rozvojová práca a management;
- management katastrof v rámci urgentnej zdravotnej starostlivosti a misiologie humanitárnych misií.

2. Sloboda a zodpovednosť

Vysoká škola zdravotníctva a soc. práce sv. Alžbety v Bratislave, n.o. ochraňuje svoju autonómnosť, morálnu a vedeckú nezávislosť od politickej a hospodárskej moci a rešpektuje akademické slobody. Zodpovednosť sa prejavuje smerom dovnútra aj navonok. Smerom dovnútra ju chápeme ako uvedomelý a eticky zodpovedný prístup zamestnancov a študentov k plneniu svojich povinností a záväzkov k Vysokej škole zdravotníctva a soc. práce sv. Alžbety v Bratislave, n.o. aj voči sebe navzájom. Zodpovednosť navonok vyjadruje aktívnu úlohu vysokej školy, ktorá sa angažuje vo verejnej diskusii a prispieva k rozvoju občianskej spoločnosti a dosahovaniu cieľov dlhodobu udržateľného rozvoja.

3. Kresťanské hodnoty

Tieto hodnoty zahŕňajú sociálnu prácu a zdravotnú starostlivosť a charitatívnu činnosť pre všetkých bez rozdielu viery (kresťan na pracoviskách vysokej školy, animista v Subsaharskej Afrike, moslim na Blízkom Východe, budhista v juhovýchodnej Ázii). Ďalšie základné hodnoty sú založené na nasledujúcich princípoch:

- Spolupráca: Prijímame model spolupráce, ktorý čerpá zo širokej škály odborných znalostí a poznatkov založených na praxi a dôkazoch (tieto princípy sa v našej filozofii nevyklučujú ale synergicky dopĺňajú práve používaním inovatívnych vedeckých prístupov);
- Bezúhonnosť: Fungujeme úplne transparentne podľa princípov rovnosti, vzájomného rešpektu, komunikácie a dôvery s neakademickými a komunitnými partnermi. Dodržiavame najvyššie štandardy čestnosti, férovosti, rešpektu a profesionálnej a vedeckej etiky;

- Udržateľnosť: Podporujeme dlhodobú a zmysluplnú zmenu komunity popri starostlivosti o ľudskú dôstojnosť, bezpečné pracovné z životné prostredie;
- Excelentnosť výskumu: Snažíme sa dosiahnuť najvyššiu kvalitu vo všetkých snahách ako líder vo vykonávaní prísneho na dôkazoch založeného výskumu, ktorý podporuje zdravé a zraniteľné komunity, súvisiace stratégie, politiky a postupy;
- Zdravie a kvalita života: Uvedomujeme si, že zdravie jednotlivcov a populácie ovplyvňujú sociálne determinanty zdravia - s ohľadom na to sa naša práca uskutočňuje v rôznych sektoroch a prostrediach, ako sú komunity, školy, pracoviská a pod.;
- Rovnosť v zdraví a rozmanitosť: Naším cieľom je podporovať sociálne začlenenie a spolupatričnosť, integráciu, inklúziu a dosiahnuť pohodu pre všetkých členov komunít tým, že budeme brať do úvahy dôstojnosť, ľudské práva a rovnosť v zdraví, ako zdravých, tak aj zraniteľných, marginalizovaných a/alebo utláčaných jednotlivcov a komunít;
- Systémové prístupy: Uznávame, že komunitné zdravie je dynamické a zakorenené vo viacerých systémoch; preto uplatňujeme systémový prístup k riešeniu zložitých a komplexných problémov;
- Učenie. Venujeme sa objavovaniu a šíreniu poznatkov, ktoré zlepšia zdravotný a sociálny stav všetkých ľudí, najmä tých so zraniteľnými skúsenosťami;
- Spoločenstvo. Zaviazali sme sa k spolupráci a aktívnej snahe zapojiť komunitných partnerov do svojho vzdelávania, výskumu a verejnej služby;
- Rôznorodosť. Rozmanitosť je kľúčom k živému intelektuálnemu akademickému aj praktickému prostrediu. Rešpektovanie a začlenenie všetkých osôb a oceňovanie ich jedinečných skúseností a príspevkov je nevyhnutné na dosiahnutie nášho poslania;
- Rešpekt. Zaväzujeme sa udržiavať prostredie, ktoré uznáva prirodzenú hodnotu, prirodzený zákon a dôstojnosť každého človeka, a ktoré podporuje toleranciu, citlivosť, porozumenie a vzájomný rešpekt;
- Zodpovednosť. Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, n.o. sa venuje správe všetkých zdrojov, ktoré sú jej zverené, a podporuje verejné politiky, ktoré podporujú udržateľnosť vo všetkých ľudských činnostiach, vrátane ochrany život, prevencii utrpenia, násillia, sociálnej patológie, preventabilných ochorení a úmrtí, globálnych, medzinárodných, národných a miestnych stratégií zameraných na posilnenie a udržanie zdravia a zlepšenie determinantov zdravia (vrátaných tých sociálnych), rozvoja a zdravia komunity;

- Sociálna spravodlivosť. Všetky aktivity sú motivované záväzkom k sociálnej rovnosti a férovosti, duchom súcitu so všetkými osobami a túžbou aplikovať nástroje vedeckých poznatkov na naliehavé obavy o zdravie spoločnosti. Snaží sa zlepšovať podmienky, v ktorých každý žije (jednotlivec, aj komunita), a tým prispievať k formovaniu spravodlivej spoločnosti na základe princípov sociálnej náuky: solidarita a subsidiarita (VŠZaSP sv. Alžbety, 2021).

Vojna na Ukrajine

Vojna zasiahla milióny nevinných ľudí. A my sme doteraz vnímali mier ako samozrejmú! No, nie je tomu tak. Nechápali sme, neverili, že také niečo sa môže udiť v 21. storočí. Počúvame a pozeráme ako ľudia utekajú pred vojnou do bezpečia. Našťastie, vidíme solidárnosť ľudí celého sveta, ako sa zapájajú do humanitárnej pomoci ľuďom postihnutých vojnou. Preto veríme, že existuje nádej.

Aktivity VŠZaSP sv. ALŽBETY – pracovisko Prešov - Michalovce, v pomoci utečencom z Ukrajiny

Naša vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety sa na tejto pomoci podieľa od prvého dňa, kedy nastala potreba pomáhať. Náš zriaďovateľ, pán profesor Krčméry, ako prvý zmobilizoval pedagógov i študentov, z pracovísk Michalovce, Prešov, ktorí sú najbližšie situované k hraničným prechodom. Mali sme za úlohu zmapovať potrebu pomoci na všetkých priechodoch z Ukrajiny na Slovensko a poskytnúť potrebnú pomoc.

Aktivity pedagógov, študentov, zamestnancov VŠZaSP sv. Alžbety na hraničných priechodoch Ubl'a, Veľké Slemence a Vyšné Nemecké:

- Poskytovali sme v prvom rade ľudskú spolupatričnosť, ľudské teplo.
- Pomáhali sme pri priechodoch utekajúcim ľuďom z Ukrajiny s batožinou, s deťmi do bezpečia.
- Na hraničnom priechode v Ubli, sa zakúpili deky na zahriatie, ktoré sme rozdávali hneď na území nášho štátu, spolu s teplými nápojmi, čajom, kávou.
- Organizovali sme zbierky oblečenia, potravín, hygienických potrieb,...
- Keďže Červený kríž mal tam svoje stanovište, naši študenti katedry ošetrovateľstva, sa hneď hlásili ako zdravotníci a pomáhali ako vedeli.
- Študenti našej vysokej školy, z katedry ošetrovateľstva, sú zamestnancami aj v nemocnici v Snine, ktorá prebrala záštitu nad poskytovaním zdravotníckej starostlivosti ľuďom z hraničného prechodu

Ubl'a. Týmto spôsobom na poskytovaní starostlivosti participovali aj naši študenti.

- Podobná situácia bola na hraničnom priechode vo Vyšných Slemenciach. Študenti našej vysokej školy aj tu pomáhali ako vedeli. Keďže mali zmapovanú situáciu v centre diania, vedeli, čo ľuďom utekajúcim z Ukrajiny najviac chýba. Začali organizovať zbierky oblečenia, potravín, hygienických potrieb,...
- V spolupráci s Rádom Maltézskych rytierov sme zabezpečovali služby pomoci v nepretržitej prevádzke na hraničnom priechode Vyšné Nemecké. Striedali sa pedagógovia i študenti v denných i nočných službách, ktorí pomáhali s batožinou, registráciou, vybavovaním SIM kariet do telefónov, vybavovaním odvozu, transportu do iných miest autami, autobusmi, dodávkami ale aj poskytnutím odpočinku vo vyhrievaných stanoch a poskytnutím občerstvenia, jedla v stanoch, kde bolo zabezpečené jedlo a provizórne stolovanie.
- Na hraniciach je potrebné sa postarať aj o malé deti, ktoré majú svoje špecifické požiadavky. Pre tento účel bol zriadený kontajner pre matky s deťmi, kde si matky mohli oddýchnuť, postarať sa o svoje dieťa, či už dojčením, prípravou potravy pre dieťaťko, či prebaľiť, prezliecť, prípadne sme im poskytovali potrebnú ošetrovateľskú starostlivosť.
- Tento detský kontajner bol k dispozícii 24 hodín. Študenti katedry ošetrovateľstva zabezpečovali nepretržitý chod dennými a nočnými službami.
- Zabezpečovali sme dobrovoľnícku činnosť aj v hotspote v Michalovciach, kde sme zabezpečovali služby s lekármi z celej republiky pri poskytovaní zdravotníckej pomoci v stane zdravotníkov, tiež v denných i nočných službách. Teší nás, že lekári sú spokojní so spoluprácou s našou vysokou školou. Vyjadrujú sa o študentoch, že disponujú aj vedomosťami aj zručnosťami ale aj komunikáciou s pacientmi.
- Je veľkým prínosom aj to, že viacerí študenti i pedagógovia sú anglicky, nemecky, rusky a ukrajinsky hovoriaci a tak v mnohých prípadoch sú aj tlmočníkmi.
- Na podnet pána zriaďovateľa našej vysokej školy, pána profesora Krčméryho, boli poskytnuté priestory na našich pracoviskách na skladovanie liekov, potravín, hygienických potrieb a oblečenia.
- Boli v priestoroch školy zriadené ubytovacie priestory, hlavne na spanie.
- Boli pripravené priestory na ubytovanie pre ľudí zabezpečujúcich pomoc na hraniciach, ktorí participovali s našou vysokou školou na humanitárnej pomoci.

- Na pracovisku Prešov, sa organizovali zbierky potravín, šatstva, hygienických potrieb, ktoré sa potom v spolupráci s gréckokatolíckou charitou previezli na hraničné priechody a do ubytovní, kde boli ubytovaní ľudia z hraníc (Murgová a kol, 2022).

Vedúci pracovísk, pedagógovia, asistentky i pani upratovačka, zmobilizovali všetky sily, aby všetko potrebné bolo zabezpečené. Boli pohostinní, ústretoví, zabezpečovali odvozy študentov do služieb na hraniciach. Psychologička poskytovala psychologickú pomoc v tak ťažkej, psychicky náročnej situácii. Každý prispieval nielen rukou ale i srdcom k spoločnému dielu.

Záver

Ako sme už spomínali v úvode, vojna vždy znamená obeť, smrť, nútený odchod z krajiny, bolesť, smútok, utrpenie a všetky vojny zanechávajú jazvy na duši. Vnímate, že súčasná situácia na Ukrajine je veľmi vážna. Ale veríme, že existuje nádej. Veď za pokoj vo svete, za lídrov a za ukončenie vojny sa modlia ľudia, ktorí ponúkajú pomoc tým, ktorých nepoznajú. Svetoví lídri dlhodobo volajú po mieri, Svätý Otec, pápež František, vyzýva obe strany na zmierenie. Utrpenie musí skončiť! Aj Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce svätej Alžbety podporuje výzvy o solidaritu, ukončenie vojny a dosiahnutie mieru.

BIBLIOGRAFIA

VŠZaSP sv.Alžbety, 2021. *Dlhodobý zámer (vizia a misia / vision and mission) Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave na roky 2021 – 2026*. [online]. [citované 2022-10-24]. Dostupné na internete: <https://www.vssvalzbety.sk>

A.MURGOVÁ (ANNA MURGOVA), M. POPOVIČOVÁ (MÁRIA POPOVIČOVÁ), V.KRČMÉRY (VLADIMÍR KRČMÉRY), M. JURAŠEK (MARTIN JURAŠEK), P.VANSAČ (PETER VANSÁČ), D. BARKASI (DANIELA BARKASI), M. GULAŠOVÁ (MONIKA GULAŠOVÁ), A. KENDEREŠOVÁ (ALENA KENDEREŠOVÁ), M. DANCÁKOVÁ (MONIKA DANCÁKOVÁ), Z. TKÁČIKOVÁ (ZUZANA TKÁČIKOVÁ), M. MACKOVÁ (MÁRIA MACKOVÁ), G.ŠAMUDOVSKÁ (GABRIELA ŠAMUDOVSKÁ), M. JACKULÍKOVÁ (MÁRIA JACKULÍKOVÁ), J.ŠULCOVÁ, (JANA ŠULCOVÁ), V.IVANKOVÁ (VIERA IVANKOVÁ) T.HUDÁKOVÁ (TATIANA.HUDÁKOVÁ) 2022.The war in Ukraine and the participation of St. Elizabeth University of Health and Social Work in helping at border crossing points In *Clinical Social Work and Health Intervention*. ISSN 2076-9741/online ,Vol. 12 No. 3. 2022, pp 11-13.

Kontakt na autorov:

doc. PhDr. Anna Murgová, PhD. mim. prof.

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

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

annamurgov@gmail.com

PhDr. Jana Šulcová – študent doktorandského štúdia

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

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

janulasulcova@gmail.com

PhDr. Miroslava Nemčíková, PhD.

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

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

miroslava.nemcikova@gmail.com

VYUŽITIE NADSTAVBOVÝCH PRVKOV KONCEPTU BAZÁLNEJ STIMULÁCIE V OŠETROVATELSKEJ PRAXI

THE USE OF ADDITIONAL ELEMENTS OF THE CONCEPT OF BASAL STIMULATION IN NURSING PRACTICE

Nemčíková Miroslava¹, Murgová Anna²

^{1,2}*Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety Bratislava, n. o.
Inštitút sociálnych vied a zdravotníctva bl. P. P. Gojdiča*

Abstrakt

Teoretické východiská: Cieľom konceptu bazálnej stimulácie, je zabezpečiť individuálnu a kvalitnú starostlivosť pacientovi so zmenami v komunikácií, pohybe a vnímaní. Je potrebné umožniť mu prežiť život v čo najlepšej miere a v dôstojnosti. Nadstavbové prvky bazálnej stimulácie ako aj základné, podporujú vnímanie, pohyb a komunikáciu. Do nadstavbových prvkov BS patrí optická (zrková) stimulácia, auditívna (sluchová) stimulácia, stimulácia orálna (senzory dutiny ústnej a chuťové vnemy), olfaktorická (čuchová) stimulácia a poslednou je stimulácia taktilne haptická (hmat).

Cieľ: Naším cieľom je popísať bazálnu stimuláciu a jej nadstavbové prvky v teroetickéých východiskách a realizovať výskum, ktorého cieľom bolo zistiť a porovnať využívanie nadstavbových prvkov konceptu bazálnej stimulácie, faktory, ktoré ovplyvňujú ich využívanie medzi sestrami na nami vybraných oddeleniach v zdravotníckych/sociálnych zariadeniach na Slovensku i Českej republike.

Metódy:

Na zber dát sme použili dotazník vlastnej konštrukcie. pozostával z 33 položiek. Distribúcia dotazníka prebehla cez portál survio.com za pomoci SKSaPA a za pomoci riaditeľky a konateľky spoločnosti, odborného garanta akreditovaných vzdelávacích programov, certifikovaného lektora a supervízora s licenciou pre EÚ, Švajčiarsko a Nórsko, PhDr. Karolíny Maloň Friedlovej, PhD, ktorá nám umožnila jeho distribúciu cez INSTITUT Bazální stimulace podle Prof. Dr. FRÖHLICHA, s. r. o. Všetky odpovede z dotazníkov boli uložené do excel tabuľky pomocou softwaru Microsoft Office Excel 2010 a po enumerácii konvertované do programu SPSS IBM ver. 18. Pomocou metód deskriptívnej štatistiky sme odpovede spracovali do frekvenčných tabuliek a grafických prezentácii vo forme histogramov. Pracovné hypotézy sme testovali pomocou neparametrických testov Mann Whitney a Kruskal.

Výsledky: Úroveň BS sa štatisticky významne odlišuje podľa typu ZSZ. Využívanie konceptu BS je štatisticky významne rozdielne podľa typu oddelenia ZZ. V Čechách je koncept BS využívaný vo významnejšej miere.

Záver: Výsledky výskumu poukazujú na rozdiely vo využívaní, respíktive nevyužívaní konceptu BS medzi krajinami a realizáciou návrhov pre prax by sa mala implementácia konceptu prehodnotiť.

Kľúčové slová

Bazálna stimulácia. Nadstavbové prvky Bazálnej stimulácie. Pacient. Klient. Ošetrovateľská prax.

Abstract

Theoretical background: The goal of the concept of basal stimulation is to ensure individual and high-quality care for patients with changes in communication, movement and perception. It is necessary to enable him to live life to the best extent possible and in dignity. Additional elements of basal stimulation, as well as basic ones, support perception, movement and communication. The superstructure elements of BS include optical (visual) stimulation, auditory (hearing) stimulation, oral stimulation (sensors of the oral cavity and taste sensations), olfactory (smell) stimulation and the last one is tactile haptic (touch) stimulation.

Aim: Our goal is to describe basal stimulation and its additional elements in theroethical principles and to carry out research, the aim of which was to find out and compare the use of additional elements of the concept of basal stimulation, factors that influence their use among nurses in the wards selected by us in medical/social facilities in Slovakia and of the Czech Republic.

Methods: We used a questionnaire of our own design to collect data. consisted of 33 items. The distribution of the questionnaire took place via the survio.com portal with the help of SKSaPA and with the help of the director and executive of the company, the professional guarantor of accredited educational programs, a certified lecturer and supervisor with a license for the EU, Switzerland and Norway, PhDr. Karolína Maloň Friedlova, PhD, who allowed us to distribute it through the INSTITUTE of Basal Stimulation according to Prof. dr. FRÖHLICHA, p. r. about. All answers from the questionnaires were stored in an excel table using the Microsoft Office Excel 2010 software and after enumeration, converted to the SPSS IBM ver. 18. Using the methods of descriptive statistics, we processed the answers into frequency tables and graphic presentations in the form of histograms. We tested the working hypotheses using the non-parametric Mann Whitney and Kruskal tests

Results: The level of BS is statistically significantly different according to the type of ZSZ. The use of the BS concept is statistically significantly different according to the type of ZZ department. In the Czech Republic, the BS concept is used to a greater extent.

Conclusion: The results of the research point to differences in the use or non-use of the BS concept between countries, and the implementation of the concept should be re-evaluated by implementing suggestions for practice.

Keywords

Basal stimulation. Superstructure elements of Basal stimulation. Patient. The client. Nursing practice.

Úvod

Človeka vnímame ako celistvú bytosť s bio-psycho-sociálnymi a spirituálnymi potrebami, ktoré spolu úzko súvisia a vytvárajú jeho neoddeliteľnú súčasť (Šamánková 2011). Koncept Bazálnej stimulácie má za sebou roky skúmania, dokazovania a presvedčovania o jeho význame a účinnosti. Pracuje s najrôznejšími metódami a technikami, ktoré pacientovi pomáhajú prispôsobiť sa k súčasnému životu a využiť jeho predchádzajúce skúsenosti a návyky (Friedlová 2018). Úloha sestry v starostlivosti o pacienta je dôležitá, hlavne pre uspokojovanie pacientových potrieb, do ktorých môžeme zapojiť aj rodinných príslušníkov. Každý pacient vníma realitu okolo seba pomocou zmyslových orgánov, ktoré majú po celý jeho život veľký význam. Koncept bazálnej stimulácie je zameraný na vnímanie, komunikáciu, pohyb a ich vzájomne pôsobenie. Napomáha realizovať ošetrovateľskú starostlivosť zameranú na pacienta (Friedlová 2015). Koncept má okrem základných prvkov aj nadstavbové prvky. Patrí tam: optická stimulácia, auditívna, olfaktorická, orálna a taktilne-haptická. Obe skupiny prvkov majú široké uplatnenie nielen v ošetrovateľskej starostlivosti, ale aj v sociálnej a domácej starostlivosti (Cetlová, Nováková 2011). Koncept bazálnej stimulácie môžeme použiť u jedincov akéhokoľvek veku, a preto, ju môžeme aplikovať u novorodencov, detí, dospelých, či seniorov. Používa sa v paliatívnej, geriatrickej, pediatrickej, intenzívnej, neurologickej, neurochirurgickej a psychiatrickej starostlivosti. Bazálna stimulácia sa uplatňuje hlavne v starostlivosti o deti a dospelých s poruchou zmyslového vnímania, s ťažkými zmenami v oblasti hybnosti a komunikácie, u ľudí v kóme, u ľudí dlhodobo pripútaných na lôžko. Účinná je aj u nepokojných a dezorientovaných pacientov, pacientov hospitalizovaných v intenzívnej starostlivosti, geriatrických pacientov, pacientov po mozgovej mŕtvici (Opatřilová, Nováková 2012). Cieľom nadstavbových prvkov je zabezpečiť pocit istoty a bezpečia, podporiť vnímanie vlastnej autonómie a

pacientovi zaistiť podporu schopnosti, prípadne aspoň čiastočnú organizáciu svojho života.

Cieľ výskumu

Naším výskumným cieľom bolo zistiť a porovnať využívanie nadstavbových prvkov konceptu bazálnej stimulácie, faktory, ktoré ovplyvňujú ich využívanie sestrami na nami vybraných oddeleniach v zdravotníckych/sociálnych zariadeniach na Slovensku i Českej republike.

Charakteristika súboru a metodika

V našom výskume sme výber respondentov realizovali zámerným výberom. Kritériami boli ochota sestier spolupracovať, sestry, ktoré majú absolvovaný nadstavbový kurz bazálnej stimulácie. Výskumný súbor pozostával zo 602 sestier, ktoré majú ukončené minimálne stredoškolské vzdelanie ukončené maturitnou skúškou v odbore sestra. Sestry pracovali v súkromných a štátnych v zdravotníckych/ sociálnych zariadeniach na Slovensku a v Českej republike. Zisťovali sme využívanie nadstavbových prvkov konceptu bazálnej stimulácie v ošetrovateľskej praxi a rozdiel v ich poskytovaní v zariadeniach na Slovensku a v Čechách. Taktiež sme pátrali po faktoroch, ktoré ovplyvňujú ich využívanie medzi sestrami na špecifických oddeleniach. Údaje sme získali pomocou dotazníka vlastnej konštrukcie, ktorý dotazník pozostával z 24 položiek. Dotazníkové položky boli rôzneho druhu. Distribúcia dotazníka prebehla cez portál survio.com za pomoci SKSaPA a za pomoci riaditeľky a konateľky spoločnosti, odborného garanta akreditovaných vzdelávacích programov, certifikovaného lektora a supervízora s licenciou pre EÚ, Švajčiarsko a Nórsko, PhDr. Karolíny Maloň Friedlovej, PhD, ktorá nám umožnila jeho distribúciu cez INSTITUTE Bazální stimulace podle Prof. Dr. FRÖHLICHA, s. r. o. Všetky odpovede z dotazníkov boli uložené do excel tabuľky pomocou softwaru Microsoft Office Excel 2010 a po enumerácii konvertované do programu SPSS IBM ver. 18. Pomocou metód deskriptívnej štatistiky sme odpovede spracovali do frekvenčných tabuliek a grafických prezentácií vo forme histogramov. Pracovné hypotézy sme testovali pomocou neparametrických testov Mann Whitney a Kruskal.

Analýza a komparácia výsledkov výskumu

Tabuľka 1 Pohlavie sestier

Valid	Frequency	Percent
Žena	599	99,5
Muž	3	0,5
Total	602	100,0

V tabuľke 1 uvádzame pohlavie sestier. V našom výskume sa zúčastnilo 599 sestier (99.5%) ženského pohlavia a 3 (0.5%) sestry mužského pohlavia.

Tabuľka 2 Zariadenie kde sestry pracujú

Valid	Frequency	Percent
Súkromné	178	29,6
Štátne	424	70,4
Total	602	100,0

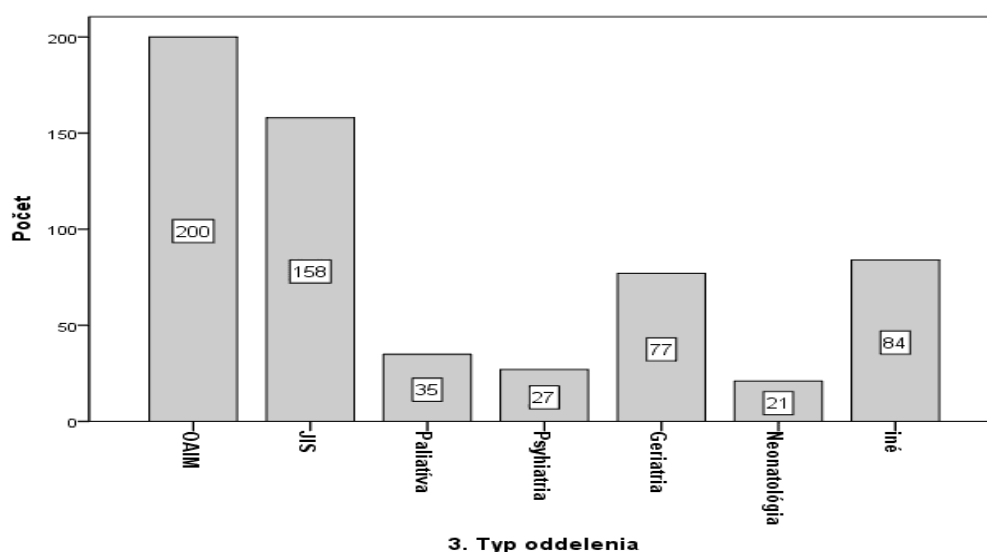
V tabuľke 2 uvádzame v ktorom zariadení sestry pracujú. Viac ako polovica sestier pracuje v štátnom zariadení a 178 (26.6%) sestier pracuje v súkromnom zariadení.

Tabuľka 3 Štát, v ktorom sestry pracujú

Valid	Frequency	Percent
SR	254	42,2
ČR	348	57,8
Total	602	100,0

Štát v ktorom pracujú sestry uvádzame v tabuľke 3. Na Slovensku pracuje 254 (42.2%) sestier a v Českej republike 348 (57.8%) sestier.

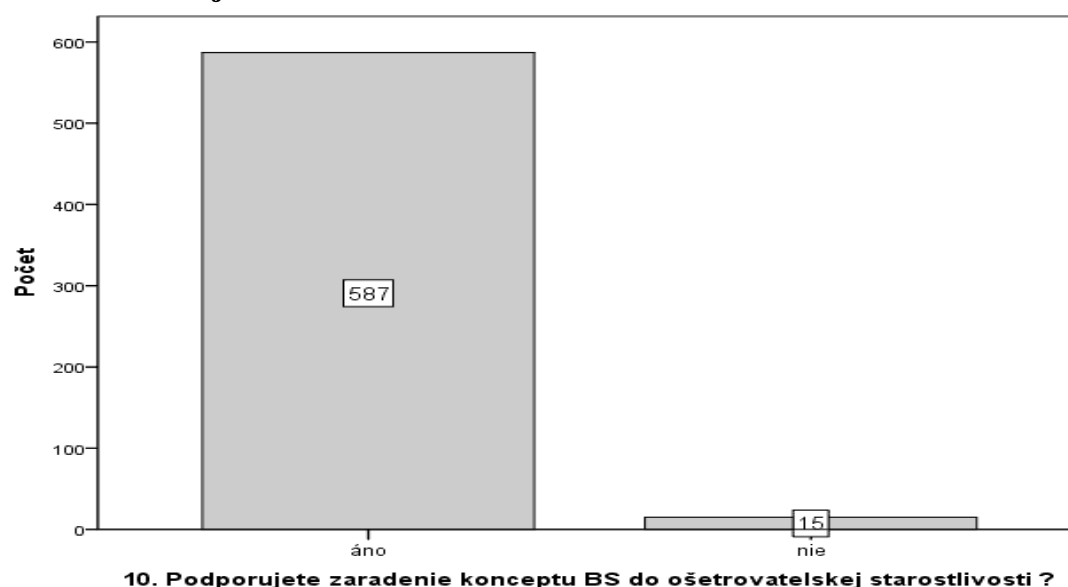
Dotazníková položka: Na akom oddelení pracujete?



Graf 1 Oddelenie kde pracujú sestry

Interpretácia grafu: Jedna tretina sestier pracuje na OAIM. Druhú najpočetnejšiu skupinu tvoria sestry pracujúce na JIS 158 (26.2%). V paliatívnej starostlivosti pracuje 35 (5.8%), na psychiatrii 27 (4.5%) a približne v rovnakom počte aj na neonatológii 21 (3.5%). Na geriatrii pracuje 77 (12.8%) sestier. Možnosť iné označilo 84 (14%) sestier. Najčastejšie odpovede boli oddelenie neurológie, neurochirurgie, DSS, ADOS, detské domovy pre mentálne postihnuté deti.

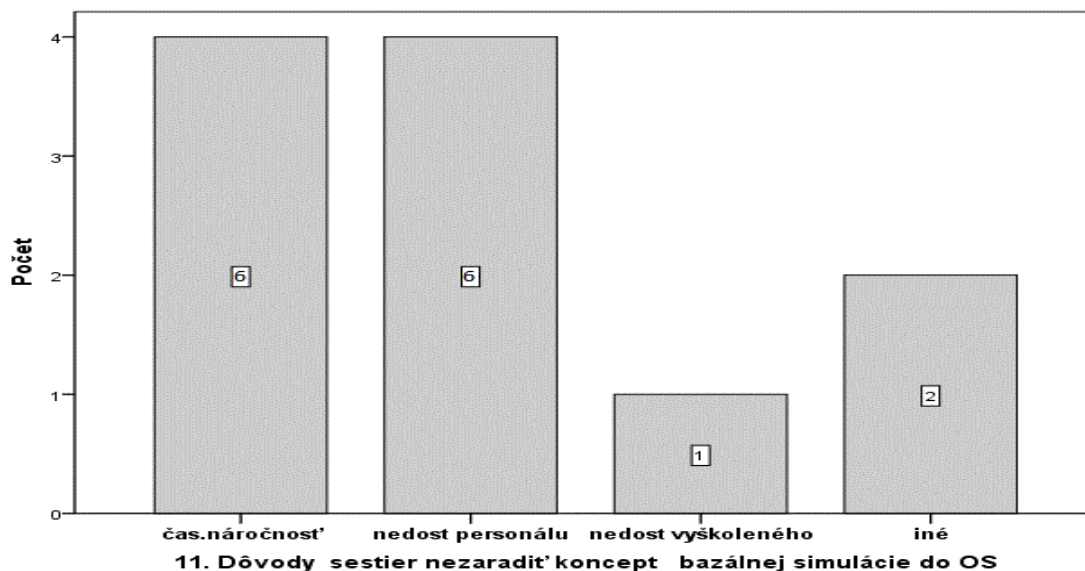
Dotazníková položka: Podporujete zaradenie konceptu BS do ošetrovateľskej starostlivosti?



Graf 2 Podpora zaradenia konceptu BS do ošetrovateľskej starostlivosti sestrami

Interpretácia grafu: Zaradenie konceptu do ošetrovateľskej starostlivosti podporuje 587 (97.5%) sestier. Negatívnu odpoveď uviedlo 15 (2.5%) sestier.

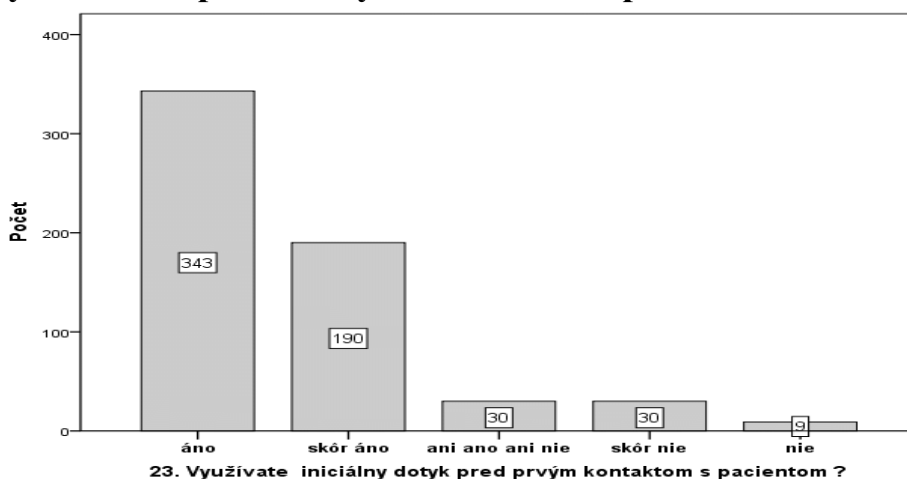
Dotazníková položka: Ak ste v predchádzajúcej otázke odpovedali nie, uveďte dôvod (možnosť výberu viacerých odpovedí).



Graf 3 Dôvod sestier, prečo nezaradiť koncept BS do ošetrovateľskej starostlivosti

Interpretácia grafu: Rovnaký počet sestier označilo možnosť časová náročnosť 6 (40.0%) a nedostatok personálu 6 (40.0%). 1 sestra (6.7%) označila možnosť nedostatok preškoleného personálu. Možnosť „iné“ označili 2 (13.3%) sestry s odpoveďou obava z nespolupráce s lekármi pri využívaní BS, neochota lekárov.

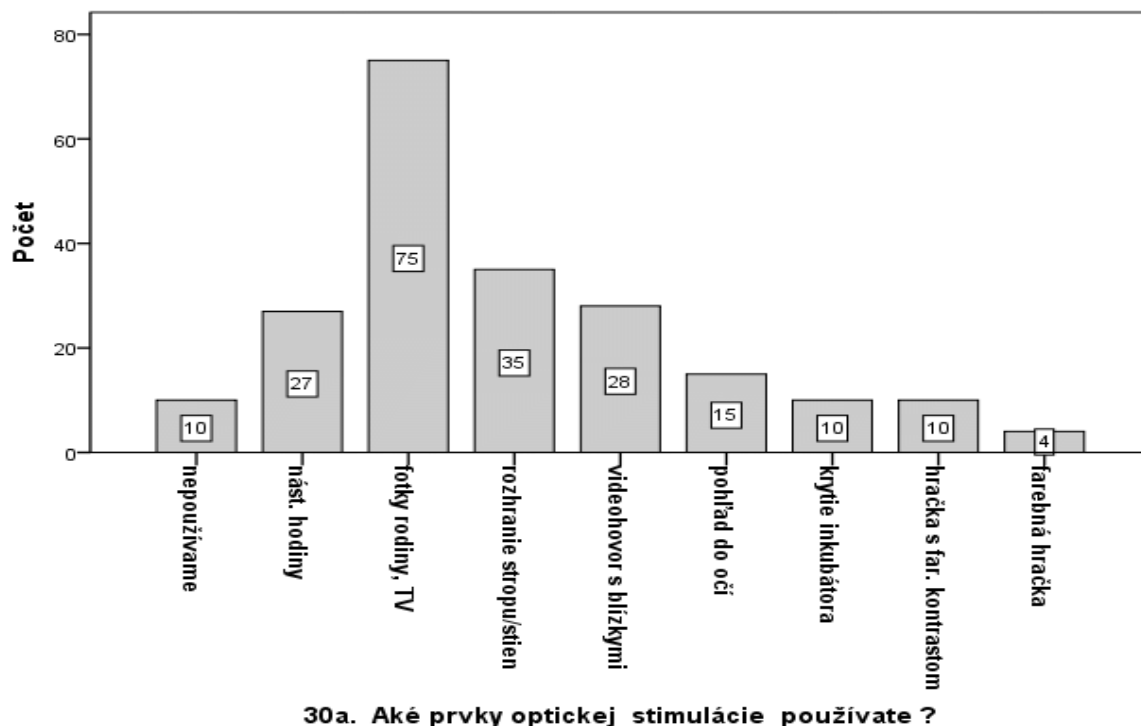
Dotazníková položka: Dôležitou súčasťou konceptu BS je iniciálny dotyk. Využívate ho pred každým kontaktom s pacientom?



Graf 4 Využitie iniciálneho dotyku pred kontaktom s pacientom

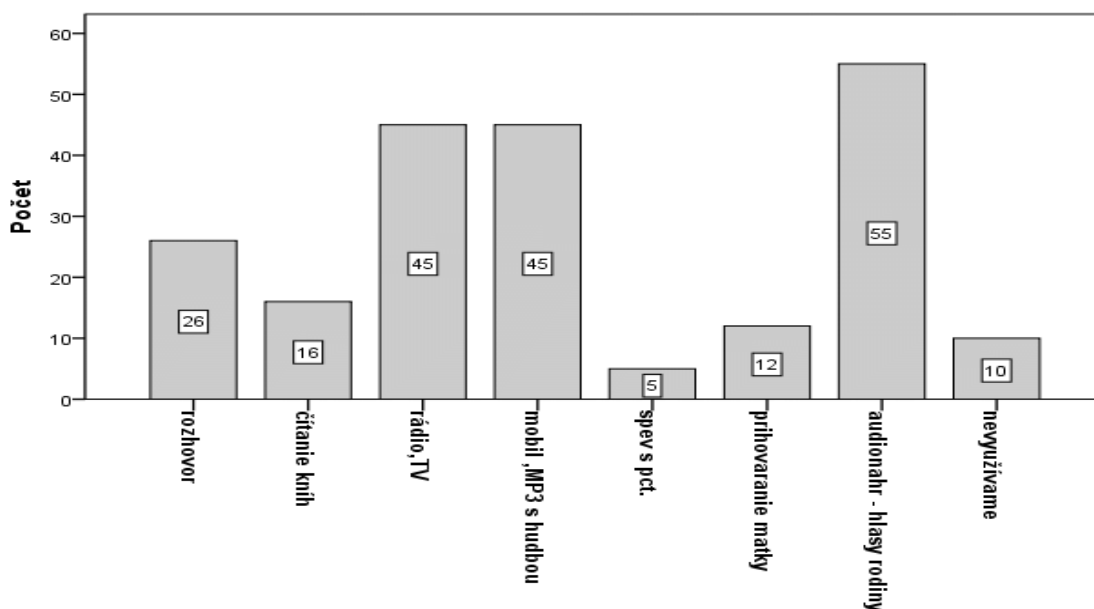
Interpretácia grafu: Viac ako polovica sestier uviedlo možnosť áno. Skôr áno 190 (31.6%) sestier. Rovnaký počet sestier označilo možnosť ani áno ani nie 30 (5%) a skôr nie 30 (5%). Zápornú možnosť označilo 9 (1.5%) sestier.

Aké prvky BS používate na Vašom oddelení? Napíšte minimálne 3



Graf 5 Optická stimulácia (stimulácia zraku)

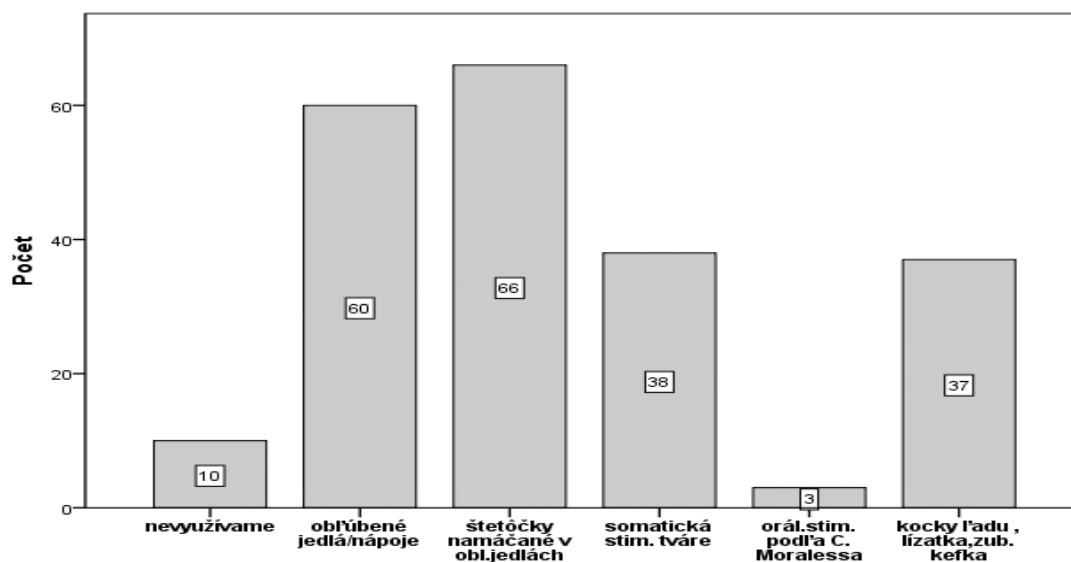
Interpretácia grafu: Najčastejšie používané sú fotky rodiny, TV, uviedlo 75 (66.4%) sestier. Rozhranie stropu/stien uviedlo 35 (31.0%) sestier. Žiadny prvok optickej stimulácie nevyužíva 10 (8.8%) sestier. Nástenne hodiny využíva 27 (23.9%). Videohovor s blízkymi uviedlo 28 (24.8%) sestier. Pohľad do očí uviedlo 15 (13.3%) sestier. V rovnakom počte sestier uviedlo krytie inkubátora 10 (8.8%) a hračku s farebným motívom 10 (8.8%). Len 4 (3.5%) sestier uviedlo farebnú hračku.



30b. Ktoré prvky auditívnej stimulácie používate ?

Graf 6 Auditívna stimulácia (stimulácia sluchu)

Interpretácia grafu: Rovnaký počet sestier uviedlo pri stimulácii sluchu rádio, TV 45 (39.8%) a mobil, MP3 s hudbou 45 (39.8%). Najviac sestier uviedlo audionahrávky-hlasy rodiny 55 (48.7%). Rozhovor využíva 26 (23.0%) sestier, čítanie kníh 16 (14.2%) sestier. Najmenej sestier uviedlo spev s pacientom v počte 5 (4.4%) sestier. 12 (10.6%) sestier uviedlo prihováranie matky a 10 (8.8%) sestier uviedlo, že nevyužíva žiadny prvok auditívnej stimulácie.

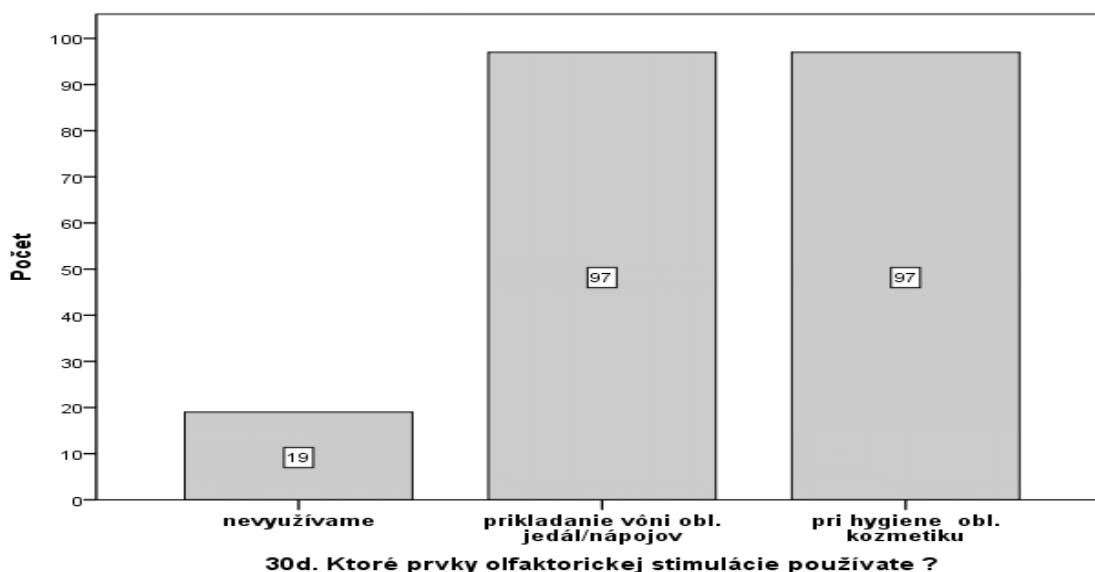


30c. Ktoré prvky orálnej stimulácie používate ?

Graf 7 Orálna stimulácia (stimulácia chuti)

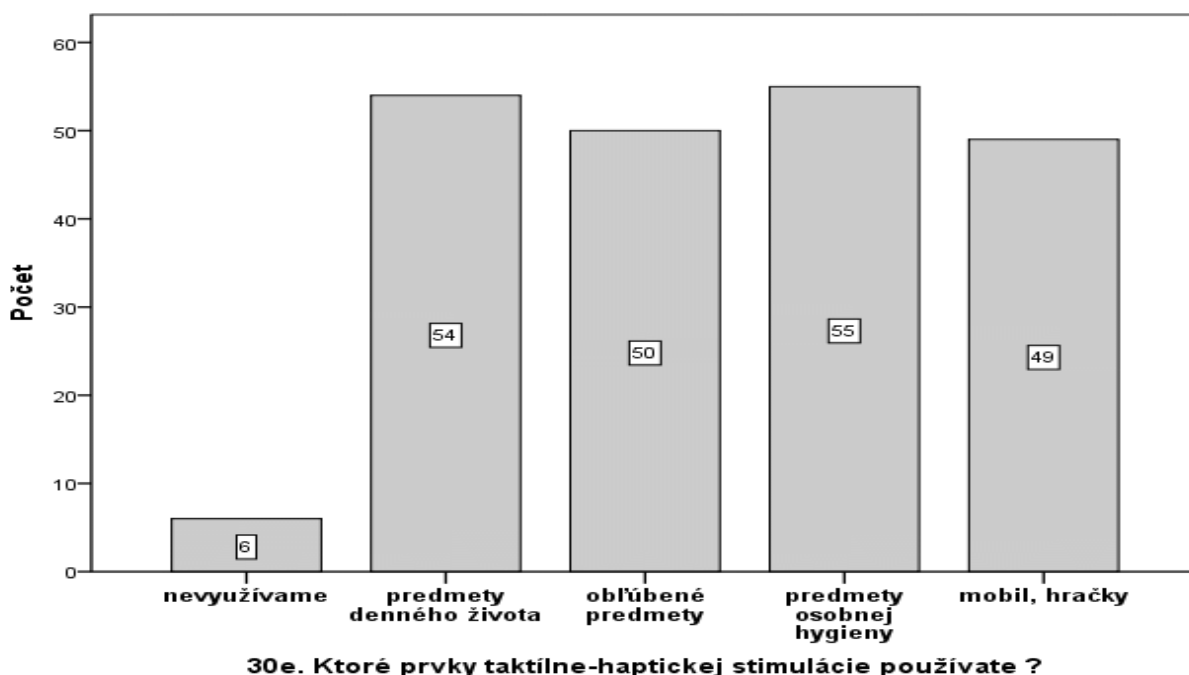
Interpretácia grafu: Na stimuláciu chuti využíva obľúbené jedlá/nápoje 60 (53.1%) sestier, približne v rovnakom počte sestier využíva štetôčky namáčané v obľúbených jedlách 66 (58.4%). 10 (8.8%) sestier uviedlo, že nevyužíva tento

druh stimulácie na svojom odd. Somatickú stimuláciu tváre využíva 38 (33.6%) sestier. Orálnu stimuláciu podľa C. Moralessa uviedlo 3 (2.7%) sestier. Kocky ľadu, lízatka, zubnú kefku uviedlo 37 (6.1%) sestier.



Graf 8 Olfaktorická stimulácia (stimulácia čuchu)

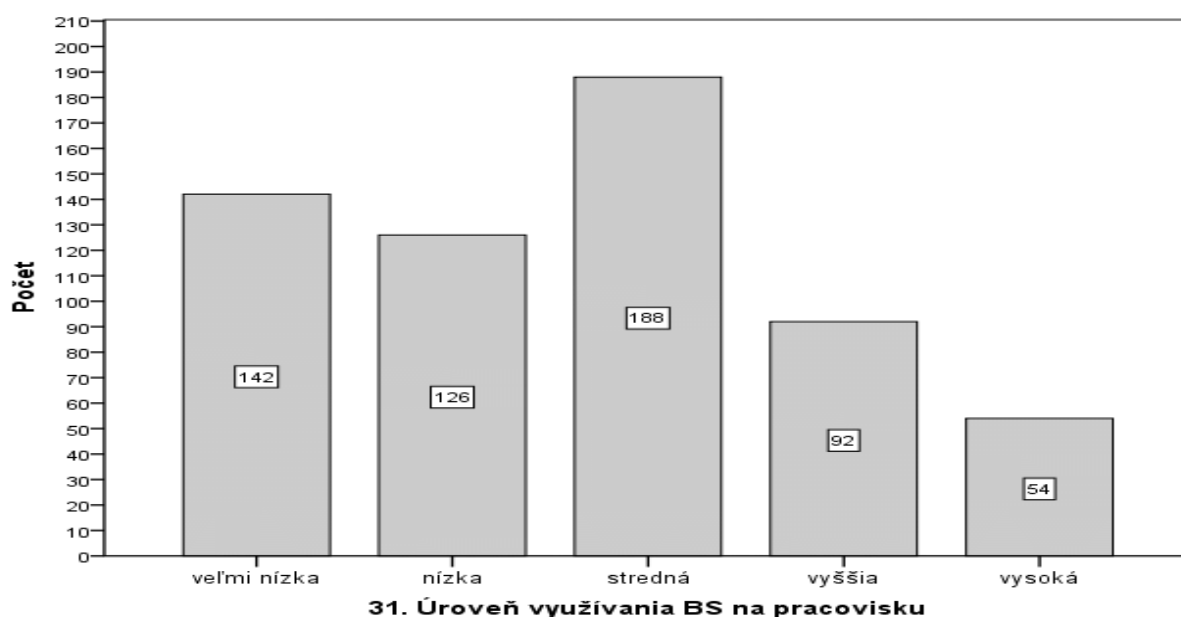
Interpretácia grafu: Rovnaký počet sestier uviedlo prikladanie vôni obľúbených jedál a nápojov 97 (85.8%) a taktiež pri hygiene obľúbenú kozmetiku 97 (85.8%). 19 (16.8%) sestier uviedlo, že túto stimuláciu nepoužíva.



Graf 9 Taktilne-haptická stimulácia (stimulácia hmatu)

Interpretácia grafu: Tento druh stimulácie na svojom oddelení nevyužíva 6 (5.3%) sestier 54 (47.8%) sestier využíva predmety denného života, obľúbené predmety uviedlo 50 (44.2%) sestier. Približne polovica sestier využíva predmety osobnej hygieny a ako stimul hmatu využíva 49 (43.4%) sestier mobil a hračky.

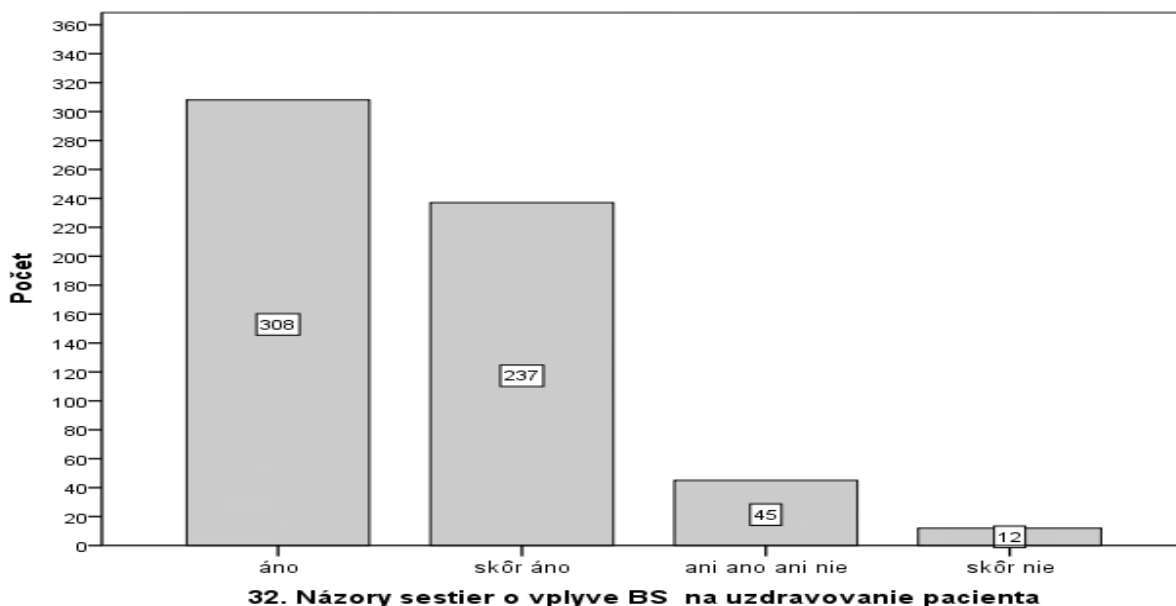
Dotazníková položka: Ako by ste hodnotili úroveň využívania konceptu bazálnej stimulácie na Vašom oddelení na stupnici od 1 do 5, pričom 1 je najnižšia úroveň a 5 najvyššia?



Graf 10 Zhodnotenie úrovne využívania konceptu BS sestier na oddelení

Interpretácia grafu: Približne jedna štvrtina sestier hodnotí úroveň využívania konceptu BS na oddelení za veľmi nízku, približne jedna tretina sestier hodnotí za strednú, 126 (20.9%) sestier hodnotí úroveň za nízku, 92 (15.3%) sestier označilo vyššiu úroveň využívania konceptu BS a 54 (9.0%) sestier za vysokú.

Dotazníková položka číslo 32. Váš názor: Využívanie konceptu BS u pacienta vplýva na jeho uzdravovací proces



Graf 11 Názor sestier, či ma vplyv koncept BS na uzdravovací proces pacienta

Interpretácia grafu: Viac ako polovica sestier vníma, že koncept BS vplýva na uzdravovací proces, viac ako jedna tretina označila možnosť skôr áno, možnosť ani áno ani nie označilo 45 (7.5%) sestier, skôr nie 12 (2.0%) sestier, a možnosť nie 0 sestier.

Diskusia

Aj napriek tomu, že v ošetrovatelstve pracuje viac žien ako mužov, príliv a odliv sa pre rodovú rovnosť vo všetkých profesiách mení. Je to hlavne kvoli istým výhodám, ktoré ošetrovatelstvo ponúka a patrí tam: istota zamestnania, flexibilita až odmena za pomoc ľuďom. Podľa článku z marca 2020 všetky štyri centrálné nemocnice v Ohio zaznamenali výrazný nárast počtu zdravotných sestier. Celoštátne podiel sestier mužského pohlavia v nemocniciach vyskočil o 66%, zatiaľ čo zdravotnícke centrum Wexner State University v Ohio zdvojnásobilo počet sestier za posledné desaťročie. Dopyt pre sestry mužského pohlavia v oblasti poskytovania zdravotnej starostlivosti vnímajú aj samotní poskytovatelia a pacienti. Výhodou je napríklad citlivosť niektorých výkonov u mužských pacientov. Pacient môže uprednostniť sestru určitého pohlavia napríklad pri zavedení močového katétra, pri hygienickej starostlivosti alebo podanie klystíru (Brusie 2020). V našom výskume sme zisťovali pohlavie sestier a výsledky sú nasledovné: v počte 599 (99.5%) sa zúčastnili sestry ženského pohlavia a 3 (0.5%) sestry mužského pohlavia. Treba upozorniť, že počet sestier

v danom pohlaví je ovplyvnení jedným z našich kritérií (absolvovanie kurzu BS).

V jednej z dotazníkových položiek sme zisťovali v ktorom zdravotníckom/sociálnom zariadení sestry pracujú. Viac ako polovica sester 424 (70.4%) pracuje v štátnom zariadení a 178 (26.6%) sester pracuje v súkromnom zariadení. V ďalšej dotazníkovej položke sme zisťovali v ktorej krajine sestry pracujú. V Českej republike pracuje 348 (57.8%) sester a na Slovensku pracuje 254 (42.2%) sester. Gurková a kol. 2012 vo svojej štúdií v ktorej zisťovali pracovnú spokojnosť a zámery odchodov slovenských a českých sester uvádzajú, že nedostatok zdravotníckych pracovníkov v Slovenskej a Českej republike je spojený s viacerými faktormi. Jedným z nich je migrácia sester, taktiež znížený počet absolventov ošetrovateľstva a starnutie populácie. Špecifickým problémom je odchod slovenských sester do Českej republiky, ktorý je motivovaný vyšším platom. Cieľom ich štúdie bolo preskúmať vzťah medzi zámermi fluktuácie a spokojnosťou s prácou medzi českými a slovenskými sestrami a zistiť, ako sa tieto súvisiace premenné líšia medzi týmito dvoma skupinami. Do štúdie bolo zapojených 1055 sester z oboch krajín. Zistili, že zámer opustiť pracovisko, zdravotnícke povolanie a prácu v zahraničí predpovedala miera spokojnosti sester s ich kontrolou/zodpovednosťou a rozvrhom. České sestry uviedli vyššiu spokojnosť vo všetkých subškálach spokojnosti s prácou a menej častý zámer pracovať v zahraničí. Bol potvrdený inverzný vzťah medzi vekom a zámermi obratu. Pracovná spokojnosť bola pozitívne spojená s vekom a rokmi skúseností. Pracovná spokojnosť sa líšila všetkými tromi zámermi obratu. Výsledky poukazujú na dôležitosť pochopenia zámerov sester a príbuzných faktorov a ich vplyvu na život sester v oboch krajinách, aby zdravotnícke organizácie mohli implementovať efektívne stratégie na zlepšenie udržania si sesterskej pracovnej sily (Gurková a kol. 2012).

V ďalšej dotazníkovej položke sme skúmali, na akom oddelení sestry pracujú. Najpočetnejšiu skupinu tvorili sestry pracujúce na OIAM 200 (33.2%). Jednu tretinu tvorili sestry z JIS 158 (26.2%). Na treťom mieste sú sestry, ktoré označili možnosť iné, kedy najčastejšími odpoveďami boli pracoviská neurológie, neurochirurgie, DSS, ADOS a detské domovy pre mentálne postihnuté deti v počte 84 (14%). Na geriatrii pracuje 77 (12.8%) sester, v paliatívnej starostlivosti pracuje 35 (5.8%), na psychiatrii 27 (4.5%) a na neonatológii 21 (3.5%). *„Bazálna stimulácia môže stimulovať všetky zmysly dotykom (hmatové), farbami (vizuálne), hudbou (sluchom), chutnými pokrmami (chuťou), voňavkami alebo vo vodných posteliach s reproduktormi, aby ste zažili rytmus hudby. Ciele týchto intervencií sa líšia a zahŕňajú relaxáciu, zníženie úzkosti, lepšie vedomie tela a lepší pocit seba a pohybov tela. Bazálna*

stimulácia pomáha pacientom sústrediť sa, dôverovať a cítiť sa bezpečne. Táto metóda bola úspešne implementovaná aj na jednotkách intenzívnej starostlivosti, iktových jednotkách“ (Ammende, Tewes 2019, s. 615).

Ťažiskom bazálnej stimulácie je jednotlivец a jeho stimulácia systémov ľudského zmyslového vnímania na rôznych úrovniachakými sú: zmysel pre chuť, napríklad prostredníctvom obľúbených jedál čuch, napr. prostredníctvom rôznych zdrojov zápachu, príchute, vône. Sluch, prostredníctvom obľúbenej hudby, zvukov prírody. Patrí tam aj vizuálny zmysel, napríklad prostredníctvom farieb, vzorov, obrázkov, rodinných fotografií. Pociť dotyku, napríklad perím, vlnou, masážnymi rukavicami a pod. Môžeme ho použiť u chorých, ťažko postihnutých ľudí alebo u osôb v bezvedomí. Jeden najdôležitejší a základný postoj opatrovateľa v koncepte bazálnej stimulácie je, že ľudská bytosť je vnímaná ako jedinečná bytosť (ZQP 2018). Preto, sme sa sestier v našom výskume, pýtali, či podporujú zaradenie konceptu do ošetrovateľskej starostlivosti. Kladne odpovedalo 587 (97.5%) sestier. Nezaradenie konceptu do ošetrovateľskej starostlivosti uviedlo 15 (2.5%) sestier. Nasledujúcou dotazníkovou položkou bolo, ak v predošlej otázke odpovedali nie, nech uvedú dôvod prečo. Možnosť časovú náročnosť označilo 6 (40.0%) sestier, nedostatok personálu takisto 6 (40.0%) sestier. Dôvodom nezaradenia konceptu do ošetrovateľskej starostlivosti uviedla 1 sestra (6.7%) nedostatok preškoleného personálu. 2 (13.3%) sestry označili možnosť „iné“. Odpoveďou bola obava z nespolupráce s lekármi pri využívaní BS a neochota lekárov.

„S konceptom bazálnej stimulácie sa dá dokázať, že život môže mať hodnotu v každej svojej fáze. Nejde len o etapy života (detstvo, dospelosť, starnutie), ale tiež o životné možnosti, kedy človek môže byť obmedzený v tom, čo tvorí základne prvky konceptu bazálnej stimulácie, a to v pohybe, vnímaní a komunikácie“ (Friedlová 2015, s. 133). V ďalšej dotazníkovej položke sme zisťovali využívanie iniciálneho dotyku pred kontaktom s pacientom. Väčšina sestier označila možnosť áno 343 (75.0%). Možnosť skôr áno označilo 190 (31.6%) sestier. Iniciálny dotyk nepoužíva 9 (1.5%) sestier. Možnosť skôr nie 30 (5%) sestier. Rovnaký počet sestier označilo možnosť ani áno ani nie 30 (5%). Kohler a kol. 2018 vo svojom výskume s názvom *Účinky iniciálneho dotyku na náročné správanie ľudí s demenciou pri podpore hygieny* uvádzajú nasledovné. Cieľom výskumu bolo zistiť vplyv iniciálneho dotyku, počas podpory osobnej hygieny na náročné správanie ľudí s demenciou v opatrovateľskom dome. Štúdia bola vykonaná na 5 oddeleniach u ľudí s demenciou v 3 domovoch dôchodcov v nemecky hovoriacom Švajčiarsku. Zúčastnilo sa 40 obyvateľov a 17 opatrovateľov. „Fyzickú agresiu“, „fyzicky neagresívne správanie“ a „napätie / nepokoj“ bolo možné po intervencii štatisticky pozorovať menej často. Na druhej strane „relaxácia / odpočinok /

bezpečnosť“ sa štatisticky významne zvýšila. Opatrovatelia tiež uviedli, že v dôsledku zásahu zažívali menej náročné správanie. V závere uviedli, že používanie iniciálneho dotyku počas osobnej hygieny má pozitívny vplyv na náročné správanie. „*Tvár, je schopná vyjadriť okrem siedmich základných emócií ďalšie nevyčísľiteľné množstvo emočných stavov. Človek však niekedy si ani nie je istý, ktorú emóciu práve prežíva a kedy by ju mal popísať, nedokázal by to. Tvár však odráža nielen vnútorné stavy, ale vyjadruje aj intenzitu*“ (Škvareninová 2014, s. 123).

Pre rozsiahlosť dotazníkových položiek, ktoré sa týkali nadstavbových prvkov BS na porovnanie uvádzame jednu kazuistiku v ktorej je popísané využitie základných nadstavbových prvkov BS. (Bonková a kol. 2019) vo svojom príspevku *Koncept Bazální Stimulace® Na Oddělení Dlouhodobé Intenzivní Péče*. Popisujú aj reakcie pacientov a ich zmeny v somatickom, kognitívnom a psychickom stave. My sme si vybrali jednu kazuistiku ktorú popísali podrobnejšie od biografickej anamnézy cez hodnotenie zdravotného stavu po určitých mesiacoch až následne hodnotenie po dvoch rokoch. Uvádzame s krátenej verzii.

Ide o 40 ročného muža, ktorý bol nájdený doma pri rotopede v bezvedomí. Pacient bol do času úrazu zdravý. Po príchode RLP prevezený do nemocnice, kde bolo vykonané CT mozgu, s výsledkom intracerebrálny hematóm a hemocefalus. U pacienta po 2 dňoch došlo k progresii stavu a rozvoju edému mozgu. Pacienta intubovali, napojili na UPV, následne zaviedli vonkajšiu komorovú drenáž, ICP čidlo. Obehovo nestabilný, na katecholamínoch. Na 4. deň bola vykonaná MR s výsledkom post hypoxických zmien mozgu. Pre predpokladanou dlhodobú UPV indikovaná tracheostómia. Pacient preložený do spádovej nemocnice na OAIM. Tam pacient stabilizovaný, dýchal spontánne cez tracheostómickú kanylu. U pacienta nebol možný príjem per os, preto zavedený PEG. Naďalej konzervatívna liečba. Na oddelení dlhodobej starostlivosti bol prijatý po mesiaci. Pri príjme bez farmakologického tlmenia, obraz decerebracie, izokorie bez fotoreakcie, centrálna kvadruplégia, neprehĺtal. Indikovaná intenzívnej ošetrovateľská starostlivosť, rehabilitácia a BS. Prognóza neistá. Žil s družkou, mal 2 dcéry vo veku 12 a 9 rokov.

Personál u pacienta zhotovil biografickú anamnézu BS. Pacient bol zvyknutý na rôzne oslovenie Tomi, Tom, tati, tatko, a pod. *Chuťová anamnéza* zahŕňala obľúbené jedlo ako napríklad, rezeň, zemiakový šalát, šunku, syr, vývar ostré chute, teplé jedlo, z tekutín obľuboval čaj s medom, káva s medom. Nemal rád mliečne výrobky, marmeládu a kôprovou omáčku. *Čuchová anamnéza*: neznášal marseilské mydla a mal rád vôňu áut a motorov. *Vibračná anamnéza* je neznáma, rodina nevedela udať. *Optická anamnéza*: nemal obľúbené relácie, problémy so zrakom nemal. V *taktilne-haptickej anamnéze* zistili, že obľuboval

rybárčenie, prácu za PC, v poslednej dobe šport – bicykel. Nasledujúce riadky budú venované hodnoteniu zdravotného stavu pacienta pri aplikácii konceptu BS v určitých mesiacoch. Kolektív autorov popisuje vedomie, pohyb, príjem potravy per os. V úvode by sme uviedli *hodnotenie po prvom mesiaci* od aplikácie prvkov BS. Čo sa týka vedomia, nereaguje, má zatvorené oči, bez známk pohybu, na bolestivé podnety reaguje - hyperextenziou. Pri odsávaní z DC otváral oči, občas zafixuje. Občas mal mimovoľné pohyby ľavej hornej končatiny. Stravu prijímal per os, prežúval ale neprehĺtal ani po orálnej stimulácii. Pacient mal denne návštevy do družky, dcér, kamarátov. Navštevovali ho rodičia a brat. Ďalšie *hodnotenie robili po dvoch mesiacoch* od aplikácie konceptu BS. Pacient bol vo vigilnej kóme, mal ťažkú kvadroparézu, triplegiu. Následne došlo k zhoršeniu stavu, pacient desaturoval. Bolo nutné pacienta zaintubovať a napojiť na UPV. Výraz tvare pacienta bol bolestivý, grimasa pri ošetrovaní očí, ktoré občas spontánne otváral. Stravu naďalej prijímal per os, prežúval ale neprehĺtal. Aj napriek orálnej stimulácii- podávaniu medu, slivovice, čaju, bol pacient bez reakcie. Pacienta stimulovali *taktilne-haptická stimulácie* vkladáním kľúčov od auta, volantu, hračiek od dcér alebo telefónu do ruky, taktiež bez reakcie. Neskôr sa pacienta podarilo prepojiť na spontánny režim ventilácie.

Uvádzame *hodnotenie po polroku* od poskytovania prvkov konceptu BS. „*Dekanylována TSK, spontánna ventiláciu zvládol. Trvá Kvadroparéza s pravostrannú prevahou, doporučená intenzívny RHB, logopédia. Vedomie: Pozitívne zmeny v správaní, chorý je pokojný, snaží sa vyhovieť výzvam. Pokus o zapojenie do pexesá - neudrží však pozornosť. Pohyb: Zvláda sed v kresle, zlepšuje sa svalová sila, nezvláda stoj pri lôžku - nadmerný tras dolných končatín*“ (Bonková a kol., 2019, s.65). V závere popísali hodnotenie zdravotného stavu pacienta po 2 rokoch. V súčasnosti sa o pacienta stará matka. Pacient sa dokázal sám najesť, prijímal stravu per os, pil s pomocou cumlíka. Nakoľko príjem stravy cez ústa bol postačujúci, PEG bol zrušený, v rámci pohybu sa sám pohyboval okolo posteli, zvládal aj vozík, ktorý sám manipuloval.

Záver

Cieľom nadstavbových prvkov je zabezpečiť pocit istoty a bezpečia, podporiť vnímanie vlastnej autonómie a pacientovi zaistiť podporu schopnosti, prípadne aspoň čiastočnú organizáciu svojho života. Pre *optickú stimuláciu* je zmena akejkolvek telesnej polohy aj keď ide len o malú zmenu polohy hlavy zmeníme tým pacientovi zorné pole a umožníme mu orientovať sa v svojom tele. Posilníme tým aj jeho pocit istoty a bezpečia a taktiež tým umožníme vestibulárnu a somatickú stimuláciu (Opatřilová 2010). V auditívnej

komunikácii sa snažíme stimulovať sluchové vnímanie a nadviazať kontakt. Každý slovný kontakt je potrebné podporiť fyzickým kontaktom. Vhodné je používať iniciálny dotyk. Pomocou auditívnej stimulácie môže sestra nadviazať kontakt s pacientom a umožniť mu vnímať poznatky o svojej osobe, tele a taktiež mu umožňuje pacientovi pomôcť rozlíšiť kedy hovorí s ním a kedy s niekým z okolia. Umožňuje aj pocit istoty, aktivizuje vnímanie spomienok a pacientovi umožňuje orientovať sa a naučiť nové slová (Malíková 2011). Sestra, v rámci orálnej stimulácie z biografickej anamnézy zistí, ako často a akými prostriedkami sa pacient staral o svoju dutinu ústnu, akým nápojom a surovinám dával prednosť a s touto informáciou pracuje pri starostlivosti o dutinu ústnu. *Olfaktorická stimulácia* u pacienta vzbudzuje pocit istoty a bezpečia a pomáha mu tiež v orientácii. Pred implementáciou tejto stimulácie do ošetrovateľskej starostlivosti, je potrebné zistiť, aké vône mal pacient rád, ktoré mu boli neprijemné. Poslednou stimuláciou je *taktilne-haptická stimulácia*. „*Koncept Bazálnej stimulácie chápe tieto aktivity ako symptóm nedostatku taktilne-haptickej stimulácie a incuficiencie vlastnej aktivity. Taktilne-haptická stimulácia umožňuje poskytnúť zmysluplnú stimuláciu ľuďom so zmenami v oblasti kognitívneho a pohybového obmedzenia*“ (Friedlová 2010, s.29-30). Základným pilierom konceptu je osobnosť človeka, zachovať k nemu rešpekt a úctu. Je potrebné aby sme k pacient poskytli vhodné stimuly, ktoré budú prispôsobené jeho potrebám.

BIBLIOGRAFIA

AMMENDE, R. - TEWES, R. 2019, Integrative nursing in Germany. In: KREITZER, M. J. – KOITHAN, M. 2019. Integrative Nursing. Sec. ed. OXFORD UNIVERSITY PRESS. ISBN 9780190851057. s. 615.

BONKOVÁ, L. - NEVŘELOVÁ, L.- FRIEDLOVÁ, K. 2019. Koncept Bazální stimulace na oddělení dlouhodobé intenzivní péče. In: *Zdravotnické listy*, ISSN 1339-3022, 2019, roč. VII., číslo 2. s. 61-67.

BRUSIE, CH. 2020. Nurse.org. *Why Nursing is a Great Career Choice for Men*. [online]. USA 16.06.2020. [citované 2020-06-12]. Dostupné na internete: <https://nurse.org/articles/Male-Nurses-And-The-Profession/>.

CETLOVÁ, L.- NOVÁKOVÁ, L. 2011. Využití prvků stimulace vnímání u pacientů s cévní mozkovou příhodou. In: *Prohuman*[online]. [cit.2022-12-06]. ISSN 1338-1415. Dostupné z: <http://www.prohuman.sk/zdravotnictvo/vyuziti-prvku-stimulace-vnimani-upacientu-s-cevnou-mozkovou-prihodou-pacientu-s-cevnou-mozkovou-prihodou>. ISSN 1338-1415.

GURKOVÁ, E. – SOÓSOVÁ, M.S - HAROKOVÁ, S. - ŽIAKOVÁ, K. - ŠERFELOVÁ, R. - ZAMBORIOVA, M. 2012. Nurses' Work-Life Experiences. Job satisfaction and leaving intentions of Slovak and Czech nurses In: *International Nursing Review*. [online]. Nursing Review 60, 112–121. 19.09. 2012. [citované 2022-12-08]. Dostupné na internete: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1466-7657.2012.01030.x>.

FRIEDLOVÁ, K. 2010g. Vibrační stimulace a nastavbové prvky v konceptu Bazální stimulace. In: *Sociální služby: odborný časopis*, ISSN 1803-7348, 2010g., XII(11), s.28-29.

FRIEDLOVÁ, K. 2015. *Bazální stimulace pro pečující, terapeutů, logopedů a speciální pedagogů: praktická příručka pro pracující v sociálních službách, dlouhodobé péči a ve speciálních školách*. 1.vyd. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR. 2015 s. 202. ISBN 978-80-907053-1-9.

FRIEDLOVÁ, K. 2018. *Bazální stimulace pro pečující, terapeutů, logopedů a speciální pedagogů: praktická příručka pro pracující v sociálních službách, dlouhodobé péči a ve speciálních školách*. Vydání 2. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR. s 216 . ISBN 978-80-904668-9-0.

KOHLER, M. – MULLIS, J. – BURGSTALLER, M. et.al. 2018. *Auswirkungen von Basaler Berührung auf das herausfordernde Verhalten während der Körperpflege bei Menschen mit Demenz: eine Mixed Methods Studie*. In *Klinische Pflegeforschung*. [online]. DOI:10.6094/KlinPfleg.4. [citované 2022-12-06]. s. 13-26. Dostupné na internete: <https://ojs.ub.uni-freiburg.de/klinische-pflegeforschung/article/view/965/951> ISSN:2365- 7863.

MALÍKOVÁ, E. 2011. Koncept bazální stimulace. In: *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1.vyd. Praha: Grada publishing a.s., 2011. ISBN 978-80-247-3148-3. s. 193-196.

OPATŘILOVÁ, D. 2010. *Pedagogická intervence v raném a předškolním věku u jedinců s mozkovou obrnou*. 2. přeprac. a rozš. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2010, 150 s. ISBN 978-80-210-5266-6.

OPATŘILOVÁ, D.- NOVÁKOVÁ Z. a kol., 2012. *Raná podpora a intervence u dětí se zdravotním postižením*. Brno: Masarykova univerzita, 2012. 321 s. ISBN 978-80-210-58804.

ŠAMÁNKOVÁ, M. 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu*. 1. vyd. Praha: Grada publishing a.s, 2011. 136 s. ISBN 978-80-247-3223-7.

ŠKVARENINOVÁ, O. 2014. *Rečová komunikácia*. 3. rozšírené vydanie. FMK, Trnava, 2014. 214 s. ISBN 978-80-8105-632-1.

Z Q P - Ü B E R S I C H T. 2018. Basale Stimulation®. Komplementäre pflege konzepte, february, 2018. [online].[citované 2022.12.10]. Dostupné na internete: https://www.zqp.de/wp-content/uploads/ZQP_Naturheilkunde_Basale_Stimulation.pdf.

Kontakt na autora:

PhDr.Miroslava Nemčíková, PhD.

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety

Bratislava, n. o. - Inštitút sociálnych vied a zdravotníctva bl. P. P. Gojdiča

Fakultná nemocnica J.A. Reimana Prešov-OAIM

E-mail: miroslava.nemcikova@gmail.com

SPIRITUÁLNA STAROSTLIVOSŤ V RÁMCI HUMANITÁRNEJ POMOCI UTEČENCOM Z UKRAJINY

SPIRITUAL CARE WITHIN HUMANITARIAN AID TO REFUGEES FROM UKRAINE

Noga Vladimír¹

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

Abstrakt

Pastoračná činnosť cirkvi má veľký význam v sociálnej oblasti. Učenie cirkvi nie je založené len na akomsi teoretickom základe, ale aj na uvádzaní tohto učenia do praktického života. Činnosť cirkvi tak nemožno oddeliť od činnosti na sociálnom poli. Svedčí o tom história i súčasná prax a v neposlednom rade náuka cirkvi, ktorá pobáda k vzájomnej pomoci i k skvalitneniu života okolo nás. Vypuknutie vojny na Ukrajine je krízovom udalosťou, ktorá priniesla obyvateľom Ukrajiny množstvo nepriaznivých sociálnych okolností. Mnohí z nich boli nútení utiecť pred vojnou. V týchto okamihoch bola dôležitá nielen humanitárna a psychologická pomoc, ale aj spirituálna. Poskytovateľmi tejto duchovnej pomoci bola a je aj v súčasnosti Gréckokatolícka cirkev na Slovensku. Príspevok predostrie význam duchovnej pomoci v takýchto situáciách a programy Gréckokatolíckej cirkvi určené utečencom.

Kľúčové slová

Vojna. Ukrajina. Utečenci. Pomoc. Spiritualita. Gréckokatolícka cirkev.

Abstract

The pastoral activity of the church is of great importance in the social field. The teaching of the church is not only based on some kind of theoretical basis, but also on putting this teaching into practical life. The activity of the church cannot be separated from the activity in the social field. This is evidenced by history and current practice, and last but not least, the teaching of the church, which encourages mutual help and the improvement of life around us. The outbreak of the war in Ukraine is a crisis event that brought many unfavorable social circumstances to the people of Ukraine. Many of them were forced to flee the war. In these moments, not only humanitarian and psychological help was important, but also spiritual help. The Greek Catholic Church in Slovakia was and still is the provider of this spiritual help. The article

highlights the importance of spiritual help in such situations and the aid programs of the help of the Greek Catholic Church for refugees.

Keywords

War. Ukraine. Refugees. Help. Spirituality. Greek Catholic Church.

Úvod

Teológia ako veda cirkvi, nie je len akousi teoretickou disciplínou. Je to veda, ktorá pobáda uskutočňovať hodnoty evanjelia, teda hodnoty lásky v praxi. Napriek tomu poznáme pojem praktická teológia, ktorý sa používa na tú časť teologických disciplín, ktoré sa v minulosti nazývali ako disciplíny pastorálnej teológie. Pastorálna teológia sa konštituovala v stredoeurópskom priestore v 18. storočí. Jej názov a obsah prešiel rôznymi vývojovými zmenami. Dalo by sa povedať, že táto praktická teológia sa zmenila z disciplíny, ktorá dávala predovšetkým návod ako uplatniť náboženský prístup v živote človeka v disciplínu, ktorá premýšľa o funkcii cirkvi vo svete až po disciplínu, ktorá si všíma súčasnú situáciu človeka. Táto disciplína je aj teológiou. Predovšetkým si všíma situáciu človeka z hľadiska vo vzťahu k Bohu. Jednotlivé životné situácie človeka vyžadujú svoje riešenia a práve pastorálna teológia v nich dáva námety k jednaniu a rozhodovaniu sa. Krízová situácia utečencov z Ukrajiny vyvolala vlnu solidarity a pomoci aj zo strany charitatívnych inštitúcií a veriacich Gréckokatolíckej cirkvi na Slovensku. Tá popri organizovaní a zabezpečovaní humanitárnej pomoci poskytovala i pomoc spirituálne. Išlo o prejav ľudskosti a blízkosti ľuďom utekajúcim pred vojnou z Ukrajiny. Aj na tejto situácii vidieť spoločný prvok teológie súvisiaci so sociálnou prácou (Krišťan, 2013).

Význam sociálneho rozmeru pastorácie cirkvi v rámci pastorálnej teológie

Pastorácia tak naznačuje súbor činností, ktorými cirkev realizuje svoje poslanie. Toto slovo etymologicky vzniklo odvodením z lat. *pastor* - pastier. Pastorácia v zmysle starostlivosti o členov kresťanského spoločenstva bola v centre pozornosti prvej cirkvi. Základnou pastoračnou činnosťou bolo ohlasovanie Božieho slova, náuka, zavádzanie organizačného poriadku, bohoslužby a služba blížnemu, kvôli ktorej bola zriadená funkcia diakonov. Činnosť cirkvi a jej náuka sú samozrejme smerované k výučbe, sláveniu bohoslužieb, či vedeniu kresťanskej obce. Niektoré otázky celospoločenskej problematiky sú v priamom záujme i pôsobení cirkvi. Preto viaceré prvky činnosti cirkvi patria do oblasti sociálnej práce. Predmetom záujmu cirkvi sú aj ľudia v zložitých situáciách. Cirkev preto potrebuje aj kontakt so sociálnou

prácou. Význam tejto pastoračnej činnosti v oblasti sociálnej práce možno zhrnúť do niekoľkých rovín:

- Pastorálna teológia je zdrojom a základnou motiváciou sociálnej práce. Cirkev má záujem o človeka s jeho chudobou a utrpením, smútkom a úzkosťou, preto je motivovaná angažovať sa na sociálnom poli. Autentické a dôsledné žitie kresťanstva nutne vedie k starosti o druhého človeka, ako to vyplýva z vnútornej povahy cirkvi. Tento záujem o druhého človeka v cirkvi smeruje k odbornej sociálnej práci. Učenie cirkvi zhrnuté v pastorálnej teológii tak poskytuje motiváciu a vnútorné ideovo-teoretické zakotvenie. Sociálna práca sa tak z tohto uhla pohľadu stáva prostriedkom pastoračnej práce a pomáha k dosiahnutiu niektorých pastoračných cieľov.
- Pastorálna teológia ako prostriedok sociálnej práce sa uskutočňuje rôznymi spôsobmi. Činnosť v sociálnej oblasti napomáha dosiahnuť aj vlastné ciele cirkvi.
- Pastorálna činnosť Cirkvi a sociálna práca si navzájom pomáhajú a naplňajú svoje ciele. Pokiaľ vnímame človeka v komplexnosti ako biologickú, psychologickú a spirituálnu jednotu, tak potom každá z uvedených dimenzií je predmetom vymedzených odborných disciplín. Teológia sa zaujíma o spirituálnu stránku človeka vo vedomí skutočnosti, že človek tvorí jednotu, možno predpokladať aj vplyv každej vednej disciplíny na všetky ostatné ľudské dimenzie (Krišťan, 2013).

Biblické základy sociálnej starostlivosti cirkvi

Láska k Bohu a k blížnemu bola uzákonená už v zmluvách Starého zákona (Dt 6, 4-9). V časoch Starého zákona jestvovali skupiny izraelského národa, ktoré boli chudobné. Mojžišov zákon kázal, aby ich bohatší členovia spoločnosti podporovali: „*A vôbec nech niet medzi vami chudobného ani žobráka, lebo Pán, Tvoj Boh ťa požehná v krajine, ktorú ti dá do vlastníctva... Chudobní už nebudú bývať v krajine, kde budeš bývať, preto ti nariaďujem, aby si otváral svoju ruku núdznemu a svojmu chudobnému bratovi, ktorý bude s tebou bývať v krajine*“ (Dt 15, 4. 11). Chudobní ľudia boli napriek tomu predmetom vykorisťovania a útlaku. V izraelskej spoločnosti bolo cítiť sociálnu nerovnosť. Sociálna spravodlivosť bola často vystavená tlaku vonkajších vplyvov a protichodných ideológií (Trstenský, 2010 a).

Pôsobenie Ježiša Krista a jeho učenie zmenilo dovedy známy svet. Jeho činnosť sa skladala z dvoch základných prvkov. Prvým bolo hlásanie príchodu Božieho kráľovstva a druhým bola charitatívna činnosť, ktorá sa dostávala všetkým

núdznym. „*Milovať budeš Pána svojho Boha, celým srdcom, celou dušou a celou myslou. To je veľké a prvé prikázanie. A druhé mu je podobné. Milovať budeš bližneho ako seba samého.*“ (Mt 22, 37-39) Ježiš týmito slovami evanjelia zakladá vykonávanie dobročinnosti. Láska k blížnemu a s tým spojené skutky milosrdenstva k veriacim nie sú vo svojej podstate len nejakým spoločenským javom, ale aj základom duchovného života človeka a cirkvi. Bez lásky nemôže byť človek - kresťan podobný Bohu, pretože by sa takto z neho vytrácala Božia podoba, na ktorú bol stvorený. Láska je základné východisko príčiny i zmyslu života vôbec (Gerka, 2007).

„*Nové a hlavné prikázanie vám dávam, aby ste sa milovali navzájom*“ (Jn 13,34). Ježiš Kristus označuje za najdôležitejšiu vec v živote človeka naplnenie tohto prikázania lásky. Lásku k Bohu a lásku k blížnemu je potrebné uskutočniť vo svojom živote. Zásada lásky k blížnemu sa stáva aj najdôležitejšou mravnou normou. V biblii nachádzame zvlášť osobitnú citlivosť k blížnym chudobným, chorým, posadnutým a hriešnym. Kristus nás pozýva k tomu, aby sme budovali Božie kráľovstvo založené na láske, teda na ich skutkoch, ako sám vraví: „*Milosrdenstvo chcem a nie obeť.*“ (Mt 9,13) Milosrdenstvo patrí k základným znakom kresťanstva, ktoré sa prejavuje skutkami lásky. Milosrdenstvo, čiže konkrétna láska k blížnym sa praktizuje v cirkvi už od počiatku. „*Podľa toho vás poznajú, že ste mojimi učeníkmi, že sa budete milovať navzájom.*“ (Jn 13, 35). Hoci by Kristus na tejto zemi nepovedal ani jedno slovo, príklad jeho chudoby, milosrdenstva či vlastnej obety na kríži by bolo najvýrečnejším spôsobom jeho posolstva lásky. Biblia nám však zachytáva jeho slová, ktoré zmenili beh dejín i ľudskú civilizáciu. Jeho slová ovplyvňujú i sociálne správanie sa človeka. Boh sa zjavuje v Ježišovej osobe a každému z ľudí sa ponúka. Ježiš chce všetky rany sveta vyliečiť a nie ich spôsobovať. Jeho cesta je cestou lásky a služby a nie násilia a nenávisti. V evanjeliu je príznačné Ježišovo zameranie sa na marginalizované sociálne skupiny, akými boli chudobní, mýtnici, ženy a pod. Ježiš nepatril k vysokým vrstvám spoločnosti. Práve naopak, pochádzal z chudobných pomerov. Veľmi dobre rozumel, čo je to chudoba a núdza. Samotné jeho narodenie v judskom Betleheme sa udialo v chudobných pomeroch. Ako novonarodeného ho položili do jednoduchých jasiel a na štyridsiaty deň po narodení ho prinášajú Jozef a Mária do chrámu, kde obetujú pár hrdličiek ako obetný dar chudobných rodín. Začiatok svojej činnosti ohlasuje citovaním slov z knihy proroka Izaiáša, ktoré sa pre neho stávajú určitým programovým vyhlásením: „*Duch Pána je nado mnou, lebo ma pomazal, aby som hlásal evanjelium chudobným. Poslal ma oznámiť zajatým, že budú prepustení a slepým, že budú vidieť, utláčaných prepustiť na slobodu.*“ (Lk, 4-18) (Trstenský, 2010 a).

Cirkev si veľmi vo svojej činnosti uvedomuje dôležitosť príkazu kresťanskej lásky. Myslí sa tým trpezlivá, dobrotivá kresťanská láska, ktorá neuráža a neponižuje chudobných, nie je predstieraná blahosklonnosť, ani povýšenosť. Túto lásku možno bádať už od počiatku kresťanstva (Divini redemptoris, čl. 46). Všetky prikázania vzhľadom k blížnemu mali veľmi veľkú silu v období prvého kresťanstva, ba čo viac, od čias Mojžiša sa zachovali až do súčasnosti. Cirkev a jej náuka je založená na morálnych zákonoch a solidarite. Preto tam, kde sa rodina nedokázala postarať o svojich členov, prevzala túto úlohu cirkev. Kresťanské učenie sa šírilo po celom svete. No je potrebné spomenúť aj iné náboženstvá, ktoré tak ako kresťanstvo vyznávajú pomoc blížnym. V Novom zákone pojem chudoby nadobúda okrem významu materiálneho nedostatku aj duchovný rozmer. Pod slovom chudobný rozumieme aj výraz zbožný a spravodlivý (Trstenský, 2010 a).

Cirkev a kresťania v prvých storočiach veľmi aktívne pomáhali každému, kto bol v núdzi, zvlášť chorým. Preto v cirkvi okrem diakonov a apoštolov boli aj ženy - diakonisy, ktoré s veľkou láskou pomáhali trpiacim. Boli to väčšinou vdovy a mladé dievčatá, ktoré napomáhali cirkvi v službách tým, ktorí to najviac potrebovali. Služba prvotnej cirkvi pokračuje a pretrváva naďalej až do dnešných čias (Gerka, 2007).

Svätý apoštol Pavol usporadúval veľké zbierky vo svojich bohatších obciach pre veriacich v Jeruzaleme. Zapájal do tejto činnosti laikov aj pohanov. Vďaka tomu môžeme vidieť univerzálnosť misijnej a charitatívnej činnosti cirkvi aj niekoľko rokov po Ježišovej smrti (Bujdová - Dancák, 2011).

Cirkev, ako aj jej jednotliví členovia, vždy v priebehu celého svojho jestvovania organizovali službu lásky v rozličných podobách. V starostlivosti o núdznych založením služby diakonov vidíme základy kresťanskej sociálnej starostlivosti, či práce. V staroveku sa význam pastorácie vzťahoval na starostlivosť o duše. Zodpovedný za cirkevné spoločenstvo bol biskup a k jeho pastoračným činnostiam od počiatku patrila starostlivosť o chudobných a núdznych – vdovy, siroty, cudzinci. Od 12. storočia táto starostlivosť patrila službe cirkvi, ktorej sa ujímalo jej rehoľné spoločenstvo, ba čo viac bola povinnosťou klerikov. V úzkom slova zmysle možno pokladať pastoračnú činnosť cirkvi ako zameranie sa na duchovnú dimenziu človeka, avšak širšie pojatá pastorácia je chápaná ako úsilie cirkvi smerujúce k plnému rozvinutiu človeka vo všetkých jeho dimenziách – biologickej, psychologickkej, sociálnej a spirituálnej (Krišťan, 2013).

Vybrané kapitoly sociálnej náuky cirkvi a ich aplikácia v minulosti i súčasnosti

V Ježišovom učení nájdeme usmernenia o etických a náboženských princípoch, ktoré sú hybnou silou v každej epoche ľudských dejín. Katolícku sociálnu náuku nemožno oddeliť od Kristovho evanjelia. Hovoriac o sociálnom charaktere a rozmere evanjelia však nie je možné myslieť na akýsi systematický program pre každý detail ľudskej aktivity. Je potrebné si uvedomiť, že Kristovo evanjelium bolo a je neustále platné a aktuálne aj pre náš dnešný svet (Trstenský, 2010 a).

Kresťanstvo v sebe nesie apel na morálny charakter jednotlivca, ale aj na sociálny rozmer našej spoločnosti. Byť kresťanom znamená preukazovať milosrdenstvo milovaním blížneho, pomáhaním núdznym a všímaním si marginalizovaných. Kresťanská viera nemôže byť len individuálnou zbožnosťou. Naša viera sa musí prejavovať v službe bratom a sestrám v cirkvi i mimo nej. Našou vierou nemožno milovať blížneho iba teoreticky, ale milovať v praktickom preukazovaní bratskej lásky. Inak by naše kresťanstvo a kult ako taký bez tohto sociálneho rozmeru bol v každodennom živote nezmyslom (Trstenský, 2010 b).

Katolícka cirkev je najväčšou kresťanskou cirkvou na svete. Okrem toho, že je prísne hierarchicky usporiadaná, spolupracuje a rozvíja rôzne úrovne spoločenského života v našej spoločnosti. Cirkev sa veľmi významným spôsobom podieľa aj na rozvoji sociálnej oblasti. Sociálnu prácu možno charakterizovať ako vedecký odbor zameraný na profesionálnu starostlivosť o človeka a jeho sociálne prostredie. Základ sociálnej práce vychádza z princípu ľudských práv a sociálnej spravodlivosti. Väčšina týchto princípov je vyjadrených v kresťanstve. Ježiš Kristus prichádzal k hriešnym ľuďom, chudobným, núdznym a chorým, ktorých sa väčšinou spoločnosť stránila. Od prvých časov kresťanov je zrejmý sociálny rozmer učenia – evanjelia Ježiša Krista. K dejinám kresťanstva sa tak viaže i sociálny rozmer prejavujúci sa vzťahom k chudobným a núdznym. Často krát sa to prejavilo v Cirkvi systematickou charitatívnou činnosťou. Katolícka sociálna náuka vyvinula sociálne princípy, ktorými chce podporiť sociálne hodnoty, cnosti, aby v súlade so svojím mravným základom ovplyvňovali a utvárali štruktúry spoločnosti. Týmito sociálnymi princípmi ponúka cirkev možnosť výstavby spoločnosti. Sú smernicami, podľa ktorých môžeme hodnotiť spoločenské konanie a štruktúry. Stávajú sa principiálnymi meradlami. Hlavné tri sociálne princípy sú: solidarita, subsidiarita a všeobecné dobro čiže spravodlivosť (Novák, 2013).

Sociálne postoje cirkvi sú pevne zakotvené v biblii a to najmä v evanjeliu Ježiša Krista. Druhý vatikánsky koncil priniesol obnovu celej morálnej teológie vrátane sociálnej morálky na základe evanjelia so zreteľom na požiadavky cirkvi

aj interpretácií aktuálnych sociálnych problémov. Benedikt XVI. vo svojej encyklike *Caritas in veria veritate* hovorí o nevyhnutnosti prijatia kresťanských hodnôt na budovanie dobrej spoločnosti a pravého integrálneho ľudského rozvoja (*Caritas in veritate*, čl.4).

Veľmi nádherná myšlienka je od Jána XXIII. v encyklike *Mater et magistra*, ktorá hovorí o praktickom svedectve lásky zo strany cirkvi: „*Niet sa čo čudovať, že katolícka cirkev podľa príkladu a príkazu Kristovho už dve tisíc rokov – totiž od ustanovenia dávnych diakonov a až po dnes – neprestajne udržiavala fakľu kresťanskej lásky, tak svojimi prikázaniami, ako aj mnohorakými príkladmi. Je to láska, ktorá v sebe zosúladzuje prikázania vzájomnej lásky a ich plnenie, a tým jedinečne uskutočňuje príkaz tohto dvojitého dávania, ktoré zahŕňa sociálne učenie a sociálnu činnosť cirkvi.*“ (*Mater et Magistra*, čl.4)

Pápež Benedikt XVI. v závere encykliky cituje slová Ježiša Krista, ktoré vyslovil tesne pred svojím odchodom: „*Ja som s Vami po všetky dni až do skončenia sveta.*“ Z týchto slov evanjelia pápež vyvodzuje povzbudenie do zápasu so sociálnymi problémami napriek tomu, že sa často javia ako veľmi rozsiahle, veľké, ba niekedy až neriešiteľné. Povzbudzuje k tomu, aby nás podporila viera v prítomnosť Boha tých, čo v jeho mene pracujú pre spravodlivosť. Jedine s vedomím, že sme povolani byť súčasťou Božej rodiny - jednotlivci i spoločenstvá, jedine vtedy budeme schopní vytvárať nové myslenie a prejavovať nové energie v službách druhým (*Caritas in veritate*, čl.78).

Cieľom kresťanského života je zaistiť si večný život a zároveň účinne podporovať núdznych ľudí. Tým pádom sa človek musí vrátiť k skromnejšiemu životu a zrieknuť sa určitej hojnosti, ktorú nám ponúka svet. Z lásky k bližnému musíme zabudnúť sami na seba (*Divini redemptoris*, čl. 48).

Vydaním Milánskeho ediktu v roku 313 bolo umožnené verejne vyznávať kresťanskú vieru a zároveň bolo umožnené vykonávať kresťanskú charitu bez strachu. Postupne sa začali vytvárať a stabilizovať cirkevné spoločenstvá, ale aj budovať prvé kláštory, ktoré prebrali na seba starostlivosť o chudobných, ktorým poskytovali pomoc. Pri týchto spoločenstvách postupne začali budovať charitatívne ústavy pre pomoc ľudí, ktorí to potrebovali. Tak vznikali prvé záznamy útulkov pre nevidiacich, mrzákov. V pustovniach vznikali ošetrovne pre chorých, vznikali cirkevné nemocnice, vykupovali sa zajatci. Postupom času sa z takejto pomoci cirkvi začala budovať organizovaná forma sociálnej pomoci, ktorú možno datovať od 9. storočia. Dochádzalo k vývoju organizovanej praktickej sociálnej práce zakladaním rádov, kláštorov až samotným vydávaním štátnych zákonov a nariadení. Významným progresívnym obdobím v tejto sociálnej starostlivosti a jej organizácií sa dá považovať hlavne 16. a 17. st. Avšak najvyšší rozmach sociálnej starostlivosti možno bádať v 18. a hlavne

v 19. st. Vývoj praktickej sociálnej práce bol ovplyvnený najmä kresťanstvom (Oláh – Schavel - Ondrušová, 2008).

Sociálna náuka Cirkvi sa tak rozvinula v 19. st., keď sa Kristovo evanjelium stretlo s modernou priemyselnou spoločnosťou a s novými spôsobmi výroby, novými formami práce a vlastníctva. Táto náuka cirkvi svedčí o trvalej a nemennej hodnote učenia cirkvi vôbec, ktorá čerpá zo stále živej a činnej tradície cirkvi. Obsahuje určité zásady pri morálnom uvažovaní i kritéria hodnotenia a smernice činnosti. Sociálna náuka cirkvi dnes ponúka návody na riešenie aktuálnych problémov. Je to teologická disciplína zaoberajúca sa dopadom učenia Ježiša Krista – evanjeliom na sociálne, politické a ekonomické štruktúry. Učiteľský úrad cirkvi vo svojom učení vypracoval normy, zásady a kritéria, ktoré napomáhali riešiť sociálne otázky spoločnosti. Základné sociálne princípy, ako základné kamene sociálnej náuky cirkvi, tak poskytujú spoločnosti mravnú orientáciu (Budajová – Bursová, 2016).

Pomoc Gréckokatolíckej cirkvi utečencom z východu v rokoch 2. svetovej vojny

Počas mohutnej ofenzívy sovietskych vojsk na východnom fronte sa v roku 1944 začal z územia ríšskeho komisariátu Ukrajiny a generálneho guvernátu t.j. dnešná oblasť východného Poľska a západnej Ukrajiny, masový odchod civilného obyvateľstva obávajúceho sa perzekúcií a prenasledovania či stalinských represálií. Prejavilo sa to prílivom utečencov rôznych národov aj na územie Prešovskej eparchie. Išlo o obyvateľov, ktorí sa hlásili k samostatnému ukrajinskému štátu bez boľševickej nadvlády. Medzi utečencami sa nachádzalo aj gréckokatolícke duchovenstvo spolu s rodinami. Preto sa biskup Gojdič spolu so svojimi kňazmi v eparchii snažil v tejto krajnej sociálnej núdzi pomôcť týmto utečencom. Konkrétna výzva biskupa Gojdiča je zachytená 2. augusta 1944. V nej vyzýva kňazov k zaangažovanosti sa pri organizovaní pomoci utečencom: *„Drahí oltárni spolubratia. Všetci vieme, že v posledných dňoch – následkom vojnových operácií na neďalekom fronte veľké množstvo ľudí bolo nútených opustiť svoju vlasť. Medzi týmito nešťastnými je nemálo kňazov, ktorí ku mne prichádzajú so slzami v očiach, hovoria o svojom nešťastí, žiadajú radu, podporu. Keď nebude možné zabezpečiť pre nich nejaké umiestnenie, vezmú ich do pracovných táborov. Aby sme ich zachránili pred týmto tvrdým spôsobom života, ktorý je pre kňazov nielen nedôstojný, ale z duchovného hľadiska aj nebezpečný, lebo ich pozbavuje možnosť viesť kňazský život (modliť sa, liturgizovať atď.), musíme sa postarať pre nich hlavne o bývanie. Na každej fare je 3-4-5 izieb, z ktorých aspoň jednu je možné prenechať takému nešťastnému oltárnemu spolubratovi, ktorý, ak by bolo potrebné, mohol by vám vypomôcť aj v dušpastierskej práci. Mám pevnú nádej, že pre takýchto kňazov podarí sa mi*

získať intencie tak, aby mohli dostávať mesačne aspoň 300-400 Ks., čo by znamenalo pre nich hoci minimálnu, ale predsa podporu. Vcítme sa, drahí oltárni bratia, do ich strašnej situácie, a to, čo by sme v takom položení žiadali pre seba, urobme teraz pre nich. Snád práve tento skutok milosrdenstva nás zachráni od podobného nešťastia. Keď sme doteraz hlásali lásku blížnemu slovami, preukážme ju teraz skutkami.“ (Borza, 2006, s. 183)

V tomto období od júla 1944 až do začiatku SNP, prišlo na naše územie podľa oficiálnych zdrojov 20 000 utečencov, ktorí boli oficiálne zaregistrovaní. S prosbou o pomoc sa na biskupa Gojdiča obrátilo približne 120 duchovných aj s rodinami. V priebehu mesiacov od augusta až do decembra 1944 sa biskupovi Gojdičovi 58 rodín takýchto kňazov podarilo umiestniť vo farnosti Prešovskej eparchie. Utečencom zabezpečil potrebné doklady, oblečenie, stravu a základné hygienické potreby. V archíve arcibiskupstva sa nachádza zoznam umiestnených duchovných – utečencov v Prešovskej eparchii (AGAP, f. PS, r. 1944, inv. č. 79, sign. 55).

V Strážskom pri Humennom sa nachádzal utečenecký tábor, v ktorom boli aj gréckokatolícki kňazi s rodinami. Na túto udalosť si spomína o. Marián Potaš OSBM, riaditeľ eparchiálnej zložky ústrednej charity takto: *„Jedného dňa prišla správa, že v Strážskom pri Humennom sa nachádzajú v tábore naši ľudia spolu s gréckokatolíckymi duchovnými a ich rodinami. Nasadli sme do auta a vyrazili na cestu. Za nami išlo nákladné auto naložené vrecami, v ktorých boli potraviny, odevy a zdravotnícke potreby. Dostali sme povolenie navštíviť tábor. Hneď sa zbehla a obstúpila nás hŕba detí. Vladyka všetkých obdaroval, čím len mohol a potešoval ich slovom lásky a pevnou nádejou, sľubujúc za prítomnosti žandárov, že urobí všetko, čo je v jeho moci, aby sa všetci s povolením kompetentných úradov dostali na slobodu. Strážcom poriadku sa to zrejme nie veľmi páčilo a preto ich veliteľ požiadal Vladyku, aby návštevu skrátil. Keď už odchádzal, odvážila sa jedna žena pribehnúť k nemu a so slzami v očiach prosila poslať trochu mydla na pranie. Otec biskup ihneď išiel k autu, vybral z kufríka svoje toaletné mydlo a cez ostnatý plot ho podal žene. Na druhý deň ma poslal do Strážskeho s niekoľkými kilogramami mydla pre internovaných. Pomoc biskupa Gojdiča utečencom pokračovala až do konca vojny v roku 1945, ale aj po jej skončení. Veľmi dôležitú úlohu v tomto sociálnom zabezpečení utečencom zohrala eparchiálna zložka ústrednej charity v Prešove. Na charitu sa obracali nielen gréckokatolícki veriaci z územia Slovenska, ale aj vlastní gréckokatolícki veriaci z území, kde už prebiehali boje a ich dediny boli zničené.“ (Borza, 2006, s. 170)*

Pomoc Gréckokatolíckej cirkvi utečencom z dnešnej Ukrajiny

Gréckokatolícka cirkev sa snažila a snaží uskutočniť prikázanie Ježiša Krista aj dnes. Keď Kristus vidí hladujúci zástup, sám zvoláva tieto slová: „*Lúto mi je zástupu.*“ (Mk 8,2) Týmto postojom dal Ježiš najavo, že okrem duchovných potrieb venuje svoju pozornosť aj pozemským potrebám ľudí. Kristus neostáva len pri slovách, ale dáva nám ľuďom a cirkvi príklad zo svojho života, keď nasycuje hladný zástup ľudí viacnásobným zázračným rozmnožením chleba (Mater et magistra, čl. 3).

Gréckokatolícka cirkev už od vypuknutia vojnového konfliktu koordinovane poskytovala humanitárnu, dobrovoľnícku, ale aj duchovnú pomoc utečencom. Nasledujúca tabuľka ukazuje pomoc Gréckokatolíckej cirkvi v období 7 týždňov od vypuknutia vojny.

Tab. 1 Pomoc Gréckokatolíckej cirkvi Ukrajine v období 7 týždňov od vypuknutia vojny

Dobrovoľnícka pomoc	Duchovná pomoc	Humanitárna pomoc
24 hodinové nepretržité služby na hraniciach a železniach	50 odslúžených bohoslužieb	1 900 ubytovaných ľudí (ľudia z UA a dobrovoľníci)>
pomoc poskytnutá 10000 utečencom na košickej železnici	720 hodín nepretržite modlitby	6 500 litrov horúceho čaju
1600 dobrovoľníkov zabezpečených cez náš registračný systém	170 zapojených kňazov a rehoľníkov	Rozdali sme: > 2 000 bagiet 25 000 croissantov a keksíkov > 10 paliet pollitrovej vody 6 500 litrov horúceho čaju
800 pretelefonovaných hodín	3 zriadené kaplnky na hranici Vyšné Nemecké, Košickej železnici a v Michalovskom hot spote	Zozbierané a distribuované potraviny: 135 ton Ukrajina 10 ton centrá pomoci v SR
30 000 najazdených kilometrov	8000 rozdanych kartičiek s modlitbami v ukrajinčine	105 firiem oslovených a prizvaných k spolupráci

(Zdroj: Vlastné spracovanie – podľa facebookovej stránky Košickej eparchie, 2022)

Dobrovoľnícka služba

Gréckokatolícka cirkev v Košickej eparchii zabezpečovala dobrovoľnícku činnosť a to buď priamo prostredníctvom svojho biskupského úradu, či jednotlivých farských úradov. Okrem toho k organizácii a koordinácii pomoci napomohla aj tzv. Komisia pre mládež Košickej eparchie, ktorá sa vo svojej pastoračnej činnosti dlhodobo venuje mladým v eparchii. Dobrovoľníci boli prítomní na dôležitých miestach kontaktu ukrajinských odídencom, kde ponúkali a ponúkajú materiálnu a sociálnu pomoc, občerstvenie, odpočinutie a sprostredkovali základné informácie o pomoci po prekročení hraníc. Priamo vo Vyšnom Nemeckom sa dobrovoľnícka služba vykonávala v tzv. **Caritas Point**. Išlo o zariadenie Gréckokatolíckej eparchiálnej charity Košice, ktoré bolo prvým kontaktným miestom pre ukrajinských odídencom. Jej pracovníci v ňom poskytovali humanitárnu pomoc a podávali základné informácie o pobyte na území Slovenskej republiky. Služba dobrovoľníkov bola rozdelená na dve zmeny a to rannú a poobednú. Gréckokatolícka eparchiálna charita Košice v Trebišove otvorila jedno zo svojich centier podpory na východnom Slovensku. Centrum tak zabezpečuje výdaj a distribúciu humanitárnej pomoci v tejto oblasti. Ďalšie centrum podpory sa nachádza v Michalovciach. To poskytuje humanitárnu pomoc a základné a špeciálne sociálne poradenstvo ukrajinským odídencom. V Košiciach sa nachádza Centrum podpory na Zborovskej ulici. Toto centrum slúži ako sklad a výdajňa humanitárnej pomoci. V auguste 2022 sa otvorilo i Centrum podpory na Dominikánskom námestí (Gréckokatolícka eparchia Košice, 2022).

Na začiatku vojny bola Gréckokatolíckou charitou Prešov zabezpečovaná služba prvého kontaktu pre utečencov v obci Ubl'a. K 31.03.2022 sa táto služba pozastavila, no v prípade potreby bude okamžite obnovená (Gréckokatolícka charita Prešov, 2022).

Humanitárna pomoc

Vďaka dobrovoľníkom sa realizovala i humanitárna pomoc ľuďom utekajúcim pred vojnou na Ukrajinu, no najmä Ukrajincom, ktorí ostali vo svojej vlasti. Zbieralo sa viacero potrieb - trvanlivé potraviny (ryža, cestoviny, olej, konzervy, kečup, strukoviny, cukor a pod.), ďalej hygienicky balené jedlo (croissanty, keksy, detské výživy, ovocné kapsičky, piškóty a pod.), **potreby pre deti** (plienky, vlhčené obrúsky, detský olej, detské kočíky atď.), hygienické potreby (mydlá, šampóny, hygienické vložky, zubné kefky, toaletný papier, prášok na pranie a pod.) a iné potreby (postel'ná bielizeň, deky, spacie vaky, podsedačky, sedacie vaky pre deti, otvorená šatníková skriňa alebo stojan na šaty, matrace, uteráky, textilné tašky, ruksaky, baterky, hrnce, detské spoločenské hry – napr. kartové hry, oblečenie – napr. nová dámska spodná bielizeň veľ. 34 – 40,

ponožky, pyžamá, papuče a iné, spotrebiče – napr. chladnička, práčka, sušička, mraznička, sporák). Časť vyzbieraných potravín, drogérie, či oblečenia bolo ponúkané ľuďom na kontaktných miestach prostredníctvom dobrovoľníkov. Väčšinu humanitárnej pomoci bola prepravovaná na Ukrajinu do Gréckokatolíckeho kňazského seminára v Užhorode, kde ju potom prerozdeľovali núdznym (Gréckokatolícka charita Prešov, 2022).

Gréckokatolícka charita Košice vytvorila sieť centrálnych skladov humanitárnej pomoci. Sklady sa nachádzajú v Sobranciach na Ulici Gorkého 337. Ide o pastoračné priestory miestneho gréckokatolíckeho skladu a pristaveného lodného kontajnera. Centrálny sklad bol otvorený pre zber humanitárnej pomoci každý deň. Ďalší Centrálny sklad humanitárnej pomoci bol v Trebišove na adrese Komenského 1963/10 v priestoroch SOŠ SaP sv. Jozafáta (Gréckokatolícka eparchia Košice, 2022).

Gréckokatolícka charita v Prešove zabezpečuje pomoc utečencom prostredníctvom Centra pomoci Prešov, ktoré koriguje humanitárnu pomoc. Prešovská charita má viacero skladov pomoci, ktoré slúžia aj ako zberné miesta:

- Pastoračné centrum farnosti Povýšenia sv. Kríža Prešov – Sekčov, Martina Benku 7, Prešov
- Domov Nádeje – centrum pre deti a rodiny, Jarková 79, Prešov
- Nízkoprahové denné centrum Prešov, Pod Táborom 33, Prešov
- Stará fara v obci Sačurov, Osloboditeľov 396, Sačurov (Gréckokatolícka charita Prešov, 2022).

Cirkev sprostredkovala i dlhodobejšie ubytovanie ľuďom utekajúcim pred vojnou a to prostredníctvom registračného na webovej stránke Košickej eparchie alebo Tlačovej kancelárie konferencie biskupov Slovenska. (Gréckokatolícka eparchia Košice, 2022. <https://pomahameukrajine.grkatke.sk/dobrovo%C4%BEn%C3%ADctvo>).

Prešovská eparchia ponúkala svoje vlastné priestory pre ubytovanie utečencov a to v Gréckokatolíckom mládežníckom centre Bárka v Juskovej Voli a v Pútnickom centre v Litmanovej (Gréckokatolícka charita Prešov, 2022, s. 219).

Duchovná Služba

V rámci humanitárnej pomoci cirkev poskytovala i duchovnú pomoc. V kontaktných miestach boli vytvorené tzv. Miesta pomoci. Tam sa dobrovoľníci, kňazi i zasvätené osoby snažili poskytnúť „ľudské slovo, otvorené srdce, načúvajúce ucho.“ Na týchto miestach bola možnosť prijať individuálnu

spirituálnu pomoc počas tejto neľahkej udalosti vojny. „*Odovzdávanie viery v malých skupinách. Tie uľahčujú osobný prístup pri odovzdávaní skúsenosti viery, lebo v nich sa všetci podieľajú na rovnakých udalostiach, ktoré sa vysvetľujú.*“ (Vansáč – Belovičová, 2018)

vo svetle evanjelia, pričom majú možnosť podeliť sa o vlastnú skúsenosť s Pánom.

Zároveň v týchto miestach bola zriadená kaplnka ako miesto stíšenia, modlitby a zakúšania Božej blízkosti. Vo Vyšnom Nemeckom bola v areáli pod colnou kontrolou zriadená kaplnka pre načerpanie síl, zvlášť tých duchovných. Ľudia utekajúci pred vojnou, ale aj dobrovoľníci v nej nachádzajú stíšenie, pokoj, priestor na osobnú modlitbu a pravidelné bohoslužby. Duchovná služba však spočívala i v blízkosti ľuďom. Kaplnka bola prístupná vždy od 8.00 do 20.00 hod. Vo Vyšnom Nemeckom bol pre duchovnú službu vyhradený vždy jeden kňaz Sobraneckého protopresbyterátu Košickej eparchie. K nemu sa mohli pridať ďalší kňazi alebo zaregistrované zasvätené osoby. V Michalovciach bola tiež vybudovaná dočasná kaplnka v Michalovskom HOT-SPOTE. Tá bola dostupná nonstop a duchovní sa striedali v štyroch 4-hodinových smenách. V Michalovskom HOT-SPOTE je pre duchovnú službu prítomný vždy jeden kňaz Michalovského protopresbyterátu Košickej eparchie. V Košiciach sa na 2. poschodí Železničnej stanice zriadila kaplnka, ktorá sa nachádzala v blízkosti detského kútika. Ľudia utekajúci pred vojnou a taktiež dobrovoľníci v nej nachádzajú stíšenie, pokoj, priestor na osobnú modlitbu, či duchovný rozhovor. Kaplnka bola k dispozícii verejnosti od 9:00 do 22:00. Pre duchovnú službu v spomínaných časoch bol prítomný vždy jeden kňaz Košického, Sečovského alebo Spišskonovoveského protopresbyterátu Košickej eparchie (Gréckokatolícka eparchia Košice, 2022).

Záver

Cirkev verná poslaniu evanjelia vždy stojí pri núdzných. Dokázala to už v priebehu svojej histórie. K človeku pristupuje podobne ako sociálna práca holistickým prístupom, napomáhajúc jeho telesnej psychologickú, no hlavne duchovnej stránke. Preto popri humanitárnej pomoci poskytuje vždy i duchovnú. Bolo tomu tak i pri vypuknutí vojnového konfliktu na Ukrajine. V určitej miere táto pomoc trvá dodnes. Angažovanie sa cirkvi na tomto sociálnom poli, zvlášť v krízovej nepriaznivej situácii má nezastupiteľné miesto.

BIBLIOGRAFIA

ARCHÍV GRÉCKOKATOLÍCKEHO ARCIBISKUPSTVA PREŠOV (AGAP),
f. PS, r. 1944, inv. č. 79, sign. 55

BENEDIKT VI. Caritas in veritate. 2009. [online]. 2022, [cit. 17.09.2022].
Dostupné na internete: <https://www.kbs.sk/obsah/sekcia/h/dokumenty-a-vyhlasenia/p/dokumenty-papezov/c/encyklika-caritas-in-veritate-laska-v-pravde>.

Biblia : Sväté písmo starého i nového zákona. 1.vyd. Trnava : 2012. 1885 s.
ISBN 978-80-7162-888-0.

BORZA, P. 2006. Dejiny Gréckokatolíckej cirkvi na Slovensku v období II.
svetovej vojny (1939-1945). 1. vyd. Prešov : Petra, 2006. 222 s. ISBN 80-
89007-80-5.

BUDAYOVÁ, Z. – BURSOVÁ, J. 2016. Charitatívna sociálna práca. 1. vyd.
Varšava : Szkola Wyższa im. Bogdana Jańskiego, 2016. 202 s. ISBN 978-83-
87897-15-4.

BUJDOVÁ, N. – DANCÁK, F. 2011. Služba v láske. 1.vyd. VŠZaSP sv.
Alžbety : Bratislava, 2011. 69 s. ISBN 97-80-8132-003-3.

EPARCHIA KOŠICE. 2022. 2022, [cit. 15.09.2022]. Dostupné na internete:
<https://www.facebook.com/photo/?fbid=2255936284557732&set=pb.100064435552700.-2207520000>.

GERKA, M. 2007. Sociálna služba v cirkvi : Sol' zeme. 1.vyd. Prešov :
Prešovská univerzita v Prešove, 2007. 260 s. ISBN 978-80-8068-639-0.

Gréckokatolícka eparchia Košice. [online]. 2022, [cit. 10.09.2022].Dostupné na
internet: <https://pomahameukrajine.grkatke.sk/>.

Gréckokatolícka charita Prešov. [online]. 2022, [cit. 10.09.2022].Dostupné na
internet: <https://gkcharita-po.sk/pomoc-ukrajine/>.

Ján XXIII. Mater et Magistra In *Dokumenty sociálnej náuky cirkvi*. Trnava :
Spolok sv. Vojtecha, 2007. ISBN 978-80-7162-694-7, s. 207 – 272.

KRISTĀN, A. 2013. Praktická teológia a sociálni práce. In MATOUŠEK, O.
a kol. 2013. Encyklopedie sociální práce. 1. vyd. Praha : Portál, 2013. 576 s.
ISBN 978-80-262-0366-7.

NOVÁK, V. 2013. Sociálne učenie Cirkvi ako forma pomoci sociálnej práce. In:
LACA, S. a kol. 2013. Dialóg pomáhajúcich profesii v kontexte sociálnej práce.

1. vyd. Brno : Institut medziodborových studií, 2013. s. 132 - 143. ISBN 987-80-87187-37-6.

OLÁH, M. – SCHAVEL, M. – ONDRUŠOVÁ, Z. 2008. Úvod do štúdia a dejín sociálnej práce. 2.vyd. Bratislava : VŠZaSP sv. Alžbety, 2008. 208 s. ISBN 80-969449-6-7.

PIUS XI. Divinis redemptoris In *Dokumenty sociálnej náuky cirkvi*. Trnava : Spolok sv. Vojtecha, 2007. ISBN 978-80-7162-694-7, s. 167 - 206.

TRSTENSKÝ, F. 2010. a Sociálne učenie v posolstve Lukášovho evanjelia. In *Nové aspekty v sociálnej práci I.*, Spišské Podhradie : Katolícka univerzita v Ružomberku, 2010. ISBN 978-80-8084-543-8, s. 7 – 17.

TRSTENSKÝ, F. 2010. b „A vy ste chudobného znevážili!“ (Jak 2,6) Osobitný dôraz Jakubovho listu na sociálne prostredie. In *Nové aspekty v sociálnej práci II.* Spišské Podhradie : Katolícka univerzita v Ružomberku, 2010. ISBN 978-80-8084-544-8, s. 427 – 440.

VANSAČ, P. – BELOVIČOVÁ, M. *The importance of dialogue and respecting anthropological and cultural aspects in the evangelisation of Roma*, In *Acta Missiologica*, vol. 13, no. 2, 2019, ISSN: 2453-7160 (online) (October 15, 2019)

Kontakt na autora:

PhDr. Vladimír Noga – doktorand

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

Inštitút bl. Metóda Dominika Trčku Michalovce

E-mail: noga.vladimir@gmail.com

VYSOKOŠKOLSKÝ ŠTUDENT V ÚLOHE DOBROVOĽNÍKA V PRÁCI S UTEČENCAMI Z UKRAJINY

UNIVERSITY STUDENT AS A VOLUNTEER AT WORK WITH REFUGEES FROM UKRAINE

Popovičová M¹., Jackulíková M.²

^{1,2}*Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety Bratislava, n. o.*

Abstrakt

Úvod: Vojna na Ukrajine je aktuálnou témou, ktorá ovplyvňuje životy všetkých obyvateľov Európy. Tento vojnový konflikt so sebou prináša množstvo negatívnych udalostí, medzi ktoré patrí aj migrácia osôb. Ľuďom, ktorých zasiahla vojna na Ukrajine, Slovensko ponúklo humanitárnu pomoc, organizovalo finančné aj materiálne zbierky, koordinovalo dobrovoľníkov a aj naďalej ponúka tieto a mnoho iných aktivít.

Jadro: Medzi prvými organizáciami na hraničných priechodoch bola aj Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety. Vzhľadom k tomu sme v našom príspevku predstavili projekty v ktorých boli zapojení študenti sociálnej práce a ošetrovateľstva Michalovce v úlohe dobrovoľníkov. K týmto projektom patrili, priamo na hraničnom priechode Vyšné Nemecké centrum pre kojace matky s deťmi, humanitárna lekáreň a primárna zdravotná starostlivosť zriadená vo veľkokapacitnom centre Michalovce.

Záver: Dobrovoľníctvo vychádza z najušľachtilejších vlastností ľudí, ako je humanita, solidarita. Ľudia, ktorí sa tejto činnosti venujú, sú nositeľmi vysokých morálnych kvalít a schopnosti empatie. Takýmito ľuďmi sú aj naši študenti, ktorí sa od prvých dní vojnového konfliktu na Ukrajine stali dobrovoľníkmi.

Kľúčové slová

Ukrajina. Študent. Ošetrovateľstvo. Vojnový konflikt. Pomoc Ukrajine.

Abstract

Introduction: The war in Ukraine is a topical issue that affects the lives of all Europeans. This war conflict brings with it a number of negative events, including the migration of people. To the people affected by the war in Ukraine, Slovakia offered humanitarian aid, organized financial and material collections, coordinated volunteers and continues to offer these and many other activities.

Core: Among the first organizations at the border crossings was the University of Health and Social Work St. Elizabeth. Due to this, in our contribution we

presented projects in which social work and nursing students from Michalovce were involved in the role of volunteers. These projects included, directly at the Vyšné border crossing, a center for nursing mothers with children, a humanitarian pharmacy and primary health care established in a large-capacity center in Michalovce.

Conclusion: Volunteerism is based on the noblest qualities of people, such as humanity, solidarity. People who engage in this activity are carriers of high moral qualities and the ability to empathize. Such people are also our students who have become volunteers since the first days of the war conflict in Ukraine.

Keywords

Ukraine. Student. Nursing. War conflict.. Aid to Ukraine.

Úvod

Utečenecká kríza predstavuje rozsiahly spoločenský problém, ktorý ovplyvňuje veľký počet vyspelých krajín. Táto problematika prepája konflikty iných štátov s ďalšími krajinami. Utečenecká kríza vyvolaná vojnou, podnietila vlnu solidarity a mobilizácie naprieč Európou, pričom EÚ a jej členské štáty poskytli núdzovú pomoc vysídleným osobám a podporu krajinám susediacim s Ukrajinou. Po prvotnom šoku z blízkeho kontaktu s vojnou na Ukrajine sa na Slovensku objavila veľká vlna solidarity. Pomáhať najskôr začali mimovládne organizácie, postupne sa do pomoci zapojil aj štát a v neposlednom rade začali mnohé **zbierky organizovať obyčajní ľudia, jednotlivci, aktivisti, či samosprávy**. Ľuďom, ktorých zasiahla vojna na Ukrajine na Slovensku ponúkajú humanitárnu pomoc, organizujú finančné aj materiálne zbierky, koordinujú dobrovoľníkov a mnoho iných aktivít. Medzi prvými organizáciami na hraničných priechodoch bola Maltéзка pomoc, Charita, Človek v ohrození, IPčko, Adra ale aj Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety.

Migrácia

Ľudia v pohybe nikdy nespádajú do jednej kategórie, môžu to byť imigranti, vnútorne presídlené osoby, interní migranti, utečenci, navrátilci, obeť obchodu s ľuďmi, žiadatelia o azyl, irregulárni migranti, vrátane zdravotníckych profesionálov (Gulášová, Babečka, 2017). Migrácia je vnímaná ako proces, prostredníctvom ktorého sa cez hranice jednotlivých štátov presúvajú osoby, ktoré menia svoje bydlisko na vopred neurčené časové obdobie, môže sa jednať o kratšiu alebo dlhšiu dobu. Pojem migrácie je determinovaný taktiež postojmi ľudskej komunity, ktorej výstupy poukazujú na konkrétne situácie v spoločnosti. Utečenec je osoba, ktorá má

opodstatnené obavy z prenasledovania z rasových, náboženských, národnostných a politických dôvodov, alebo pre príslušnosť k určitej sociálnej skupine a z dôvodu týchto obáv sa nemôže alebo nechce vrátiť do krajiny pôvodu, ani využiť ochranu tejto krajiny. Utečencom je tiež osoba bez štátnej príslušnosti, ktorá sa nemôže alebo nechce vrátiť do krajiny svojho obvyklého bydliska.⁷ Každá osoba, ktorá uteká pred prenasledovaním alebo vážnou ujmu, ktoré jej hrozia vo vlastnej krajine, má právo požiadať o medzinárodnú ochranu. Azyl je základné právo a jeho udelenie osobám, ktoré spĺňajú kritériá stanovené v Ženevskom dohovore o právnom postavení utečencov z roku 1951, je medzinárodnou povinnosťou štátov, ktoré ho podpísali, čiže aj členských štátov EÚ.

Migrácia vo vzťahu k Slovensku

Ak sa zaoberáme problematikou zahraničnej migrácie vo vzťahu ku Slovensku, táto téma nebola zatiaľ v centre pozornosti ani odbornej, ani laickej verejnosti. Veď my, Slováci - ako je všeobecne známe – sme boli v minulosti vždy skôr migrujúcimi zo svojej domoviny, než migrantov z iných krajín vo veľkých počtoch prijímajúcimi. Začiatkom minulého storočia, naši predkovia v časoch hospodárskej krízy utekali hlavne do Ameriky hľadať životné šťastie, alebo to bolo v povojnovom období, kedy Slováci migrovali v dvoch veľkých vlnách - po roku 1945 a po roku 1948. V období po roku 1968, kedy tiež došlo ku migrantskej vlne Slovákov na Západ. Boli sme skrátka vždy tou krajinou, z ktorej ľudia utekali do bohatších krajín za šťastím. Preto táto téma podľa ani nepatrila doteraz k nosným témam spoločenskovedného výskumu na Slovensku a bola u nás vnímaná iba ako niečo okrajové, nepodstatné, nezaujímavé. Stále sme zatiaľ krajinou pre migrantov prevažne tranzitnou, pre občanov z tretích krajín sme jednou zo vstupných brán do krajín Európskej únie (Divinský, 2005). Zmenu tejto problematiky prináša ruská invázia na Ukrajinu, ktorá spôsobila nútenú migráciu viac ako 7 miliónov osôb, ktorých bezpečným útočiskom sú krajiny Európskej únie vrátane Slovenska. Slovenská republika už nie je len tranzitnou krajinou pre utečencov. Slovenská republika je kvalitným členom Európskej únie a schengenského priestoru. Okrem iného to znamená, že súčasná nelegálna migrácia je témou spoločnou a riešenie otázok a problémov s ňou spojených je potrebné riešiť v súlade so záujmami všetkých členských štátov. Nelegálna migrácia prináša so sebou množstvo rizík, ktoré nemôžeme ignorovať. Boj proti nelegálnej migrácii si vyžaduje zladenie národných a nadnárodných prístupov v snahe eliminovať negatívne dopady na úrovni Európskej únie. To kladie zvýšené nároky na materiálne a ľudské zdroje, výmenu informácií a

spoluprácu partnerských služieb (Bárta, 2019).

Ruská invázia na Ukrajinu

Vojna na Ukrajine je aktuálnou témou, ktorá ovplyvňuje životy všetkých obyvateľov Európy a vyvolala skoro celosvetovú solidaritu. Ruská invázia na Ukrajinu od februára 2022 spôsobila jednu z najväčších humanitárnych kríz v Európe. Mnoho ľudí prišlo o život a táto vojna spôsobila deštrukciu a vyhostenie v rámci Ukrajiny a tiež mimo jej hraníc. Ukrajinské civilné obyvateľstvo čelí ostreľovaniu a násiliu, milióny ľudí museli ujsť zo svojich domovov do iných častí krajiny alebo do susedných krajín, najmä do Poľska, ale tiež Slovenska, Rumunska, Maďarska a Moldavska (Európsky parlament, 2022). Vojnový konflikt sa nezaobchádza bez straty životov, obydlií, zdravia, odlúčenia od príbuzných, priateľov a známych. Najviac ľudských životov vyhasína v civilnom obyvateľstve, ktoré nie je súčasťou ozbrojených zložiek. Vojnou sa strácajú životné istoty. Život každého človeka postihnutého vojnou sa mení na nepoznanie. Strach, obavy a neistota spôsobené vojnou majú za následok celoživotné traumy. Agresia Ruska voči Ukrajine trvajúca od roku 2014 prerástla do celoštátnych rozmerov. Za prvý týždeň vojny prešlo hranice milión utečencov z Ukrajiny. Približne 90 percent z týchto utečencov tvoria ženy a deti, keďže muži vo veku 18 – 60 rokov sú povinní slúžiť v armáde a nesmú opúšťať krajinu.



Zdroj: (autor)

V súčasnosti sa predpokladá, že v dôsledku vojny na Ukrajine opustilo svoj domov už viac ako desať miliónov ľudí, teda viac než štvrtina populácie žijúcej v regiónoch spravovaných vlády. Toto číslo zahŕňa Ukrajincov, ktorí sa uchýlili do zahraničia, i vnútorne vysídlené osoby na ukrajinskom území (UNHCR, 2022). Podľa Organizácie spojených národov utieklo na Ukrajinu do júla 2022 zo svojich domovov najmenej 12 miliónov ľudí. Viac ako 5 miliónov odišlo do susedných krajín, pričom sa stále predpokladá, že 7 miliónov ľudí je vysídlených v rámci samotnej Ukrajiny. OSN uvádza, že k 4. júlu bolo v celej Európe zaznamenaných viac ako 5,2 milióna utečencov z Ukrajiny.

Viac ako 3,5 milióna požiadalo o prechodný pobyt v inej krajine:

Poľsko	1 194 642
Moldavsko	82 700
Rumunsko	83 321
Maďarsko	25 800
Bielorusko	9 820
Slovensko	79 770

Ďalší sa presunuli do iných krajín, najmä tí, ktorí prišli pôvodne do Poľska, Maďarska a na Slovensko. Podľa OSN je v Nemecku viac ako 867 000 Ukrajincov, v Českej republike 382 768 a Taliansku v 141 562. V celej Európe bolo k 25.10.2022 zaznamenaných 7 751 169 utečencov z Ukrajiny a Utečenci z Ukrajiny a 4 426 745 požiadalo o dočasnú ochranu (UNHCR, 2022). Na pomoc prichádzali a prichádzajú profesionáli, ale aj dobrovoľníci, ktorí svojou činnosťou predstavujú prvotnú sociálnu prácu pre trpiacich Ukrajincov.

Vysokoškolský študent VŠZ a SP sv. Alžbety v úlohe dobrovoľníka

Dobrovoľníctvo vychádza z najušľachtilejších vlastností ľudí, ako je humanita, solidarita. Ľudia, ktorí sa tejto činnosti venujú, sú nositeľmi vysokých morálnych kvalít a schopnosti empatie, tj. schopnosti vcítiť sa do postavenia slabších a prenasledovaných. Svoju prácu nevykonávajú pre peniaze, alebo získanie postavenia vo spoločnosti, ale skutočne zo snahy pomôcť potrebným. Dobrovoľník je človek, ktorý vykonáva činnosť v prospech druhých, bez nároku na odmenu. Dôvody na dobrovoľníctvo sú väčšinou morálne, potreba pomáhať druhým, meniť svet k lepšiemu. Na pomoc prichádzali a prichádzajú profesionáli, ale aj dobrovoľníci, ktorí svojou

činnosťou predstavujú prvotnú pre trpiacich Ukrajincov (Bujda, 2022). Pomáhanie dobrovoľníkov môžeme prirovnať k prosociálnemu správaniu, ktoré je zamerané na pomoc inej osobe a je považované za pozitívny spôsob sociálneho správania, ktorým je poskytovaná pomoc inému človeku, nachádzajúcemu sa v núdzi. Je to správanie aktívnej pomoci jednej osoby voči druhej osobe na základe vcítania sa do jej situácie, vcítania sa do stavu osobe, ktorej je pomáhané (Barkasi, Leczová, 2019). Dobrovoľníkmi sa od prvých dní vojnového konfliktu na Ukrajine stali aj študenti Vysokej školy zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety. Pomáhali študenti sociálnej práce a ošetrovateľstva Michalovce - lokalizované blízko hraničného priechodu Vyšné Nemecké. Učenie sa zo skúsenosti je jednou z nekonvenčných didaktických stratégií na získavanie vedomostí a zručností. Podstatou tejto stratégie je nielen skúsenosť zažiť, ale je nutné pridať reflexiu samotnej skúsenosti, kedy je nutné nové skúsenosti posúdiť a reflektovať (Snopek, 2018).



Zdroj: (autor)

Študenti v roly dobrovoľníkov, poskytlí pomoc ľuďom utekajúcim z Ukrajiny na hraničných priechodoch od prvých dní konfliktu. Boli zabezpečené teamy zostavené z pedagógov a študentov v spolupráci s Maltézskym rádom. V prvej fáze k nám prúdila zdravá populácia primárne matky s deťmi, ktorí majú posttraumatický stresový syndróm. Bola zabezpečená predlekárska pomoc, nasmerovanie na tranzit, teplý čaj a teplé jedlo (Krčméry, 2022). Následne na základe prehodnotenia humanitárnych potrieb VŠZ a SP sv. Alžbety koordinovala projekty:

Centrum pre kojace matky s deťmi kde v spolupráci s Maltézsskou pomocou poskytovala pomoc priamo na hraničnom priechode Vyšné Nemecké, zabezpečovala miesto pre kojace matky s deťmi, prebaľovanie a dokrmovanie náhradnou výživou, teplé prikrývky a balíčky na ošetrovanie dieťaťa.



Zdroj: (autor)

Humanitárna lekáreň bola zriadená v priestoroch detašovaného pracoviska VŠZ a SP sv. Alžbety v Michalovciach, jej cieľom bolo zhromažďovanie liekov a zdravotníckeho materiálu, ktorí doniesli darcovia spolu s potravinami a humanitou.

Primárna zdravotná starostlivosť bola zriadená vo veľkokapacitnom centre Michalovce.



Zdroj: (autor)

Tab. 1 Počet vstupov do VKC Michalovce za obdobie od 14. marca do 31. mája 2022

obdobie	14 - 20	21 – 31	1– 30	1 – 31	SPOLU
	Marec	Marec	Apríl	Máj	
vstupy dospelí	5 552	2 825	5 889	4 175	18 961
vstupy deti	Nemerané	2 219	4 394	2 518	9131
vstupy deti + dospelí	5 552	5 044	10 283	6 693	27 572
CELKOVO	10 596		10 283	6 693	27 572

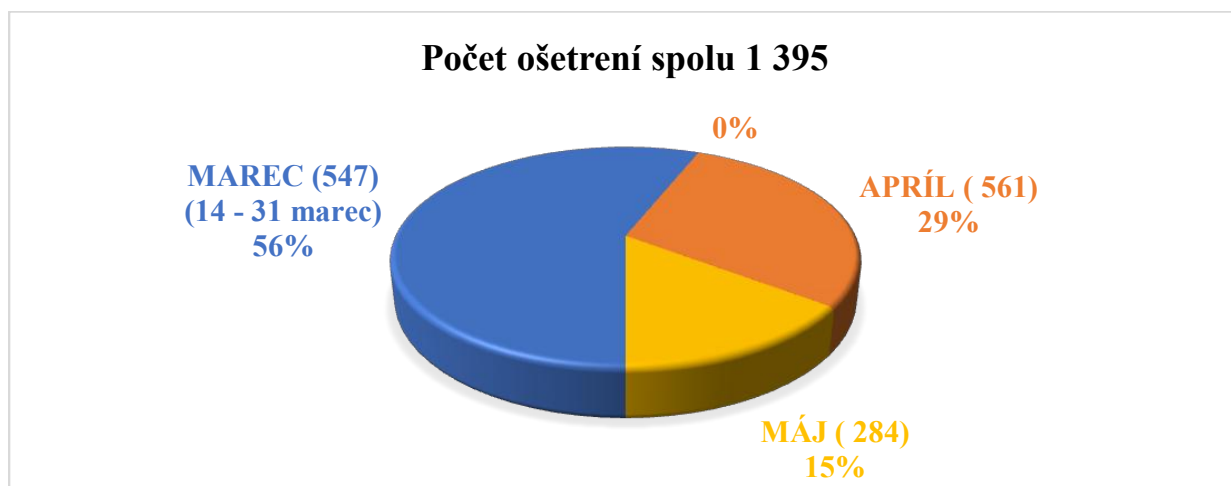
Zdroj : Lukáč, A. 31. Máj 2022. Dustream s. r. o., štátom poverená agentúra, VKC Michalovce

Tab. 2 Počet utečencov využívajúcich ubytovanie a oddychové priestory VKC a ETC Michalovce

obdobie (2022)	VKC Michalovce (Veľkokapacitné centrum pre utečencov)	ETC Michalovce (Dočasné núdzové ubytovanie pre utečencov)	SPOLU VKC+ETC
21 - 31 Marec	953	146	1099
01 – 30 Apríl	1280	1503	2783
01 – 31 Máj	367	1316	1683
Spolu	2 600	2965	5 565

Zdroj : Lukáč, A. 31. Máj 2022. Dustream s. r. o., štátom poverená agentúra, VKC Michalovce

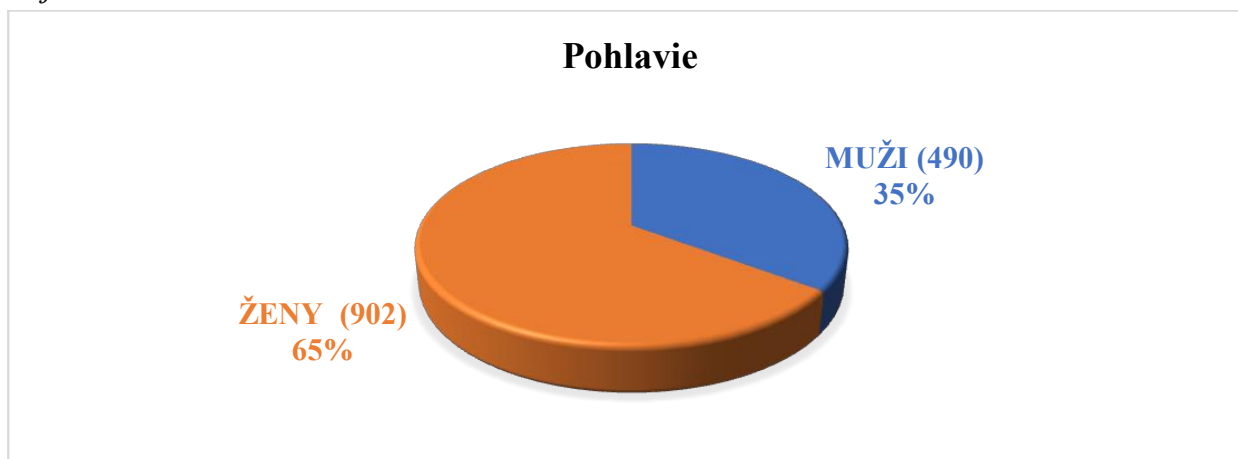
Graf 1 Počet ošetrovaných pacientov v PPK, VKC Michalovce od 14. marca do 31. mája. 2022



Zdroj: (autor)

Ošetrovaní pacienti v PPK vo VKC pre utečencov predstavovali najvyššie číslo v mesiaci marec, kedy bolo za pol mesiaca ošetrovaných 547 pacientov, čo je 56% z celkového počtu ošetrovaných pacientov. Najmenej pacientov 15% z celkového počtu bolo v mesiaci máj, čo bolo súviselo s klesaním počtu prílevu utečencov ako ukazuje tab.

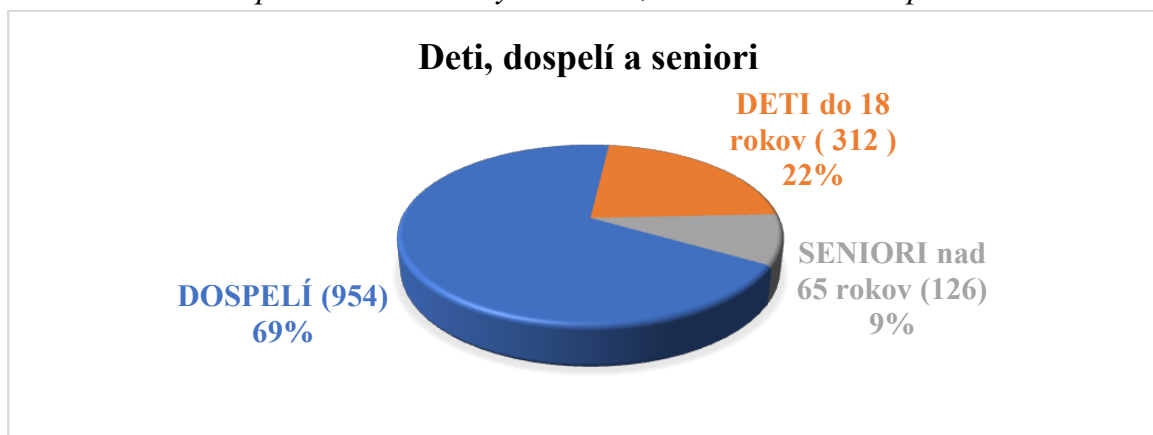
Graf 2 *Pohlavie ošetrovaných pacientov v PPK, VKC Michalovce od 14. marca do 31. mája. 2022*



Zdroj: (autor)

Graf 2 znázorňuje pomer žien a mužov z celkového počtu ošetrovaných pacientov, pričom mužské pohlavie prevažuje u detských pacientov (u chlapcov), dôvodom je všeobecná mobilizácia na Ukrajine a zákaz vycestovania ukrajinských mužov vo veku od 18 do 60 rokov, čoho vyplýva, že na Slovensko a do ďalších štátov EU imigrovali najmä ženy a deti.

Graf 3 *Rozdelenie pacientov ošetrovaných v PPK, VKC Michalovce podľa veku*



Zdroj: (autor)

Vek ošetrovaných pacientov v PPK vo VKC pre utečencov Michalovce poukazuje na to, že najviac pacientov z utečeneckého prostredia tvorili dospelí vo veku 18 – 65 rokov (69%), detí bolo ošetrovaných 22% a seniorov nad 65 rokov bolo 9%.

Tab 3 Rozdelenie ošetrovaných pacientov v PPK, VKC Michalovce podľa obdobia a veku

obdobie (2022)	Deti do 18 rokov	Dospelí od 19 do 64 rokov	Seniori od 65 rokov a viac	SPOLU
14 – 31 Marec	124	371	52	547
1 – 30 Apríl	130	377	54	561
1 – 31 Máj	58	206	20	284
SPOLU	312	954	126	1 392

Potrebu navštíviť PPK vo VKC pre utečencov Michalovce malo celkovo **1392** pacientov z utečeneckého prostredia, pričom najväčšia potreba zdravotnej starostlivosti bola zaznamenaná v mesiaci marec , kedy v období približne dvoch týždňov poskytla PPK ošetrovateľskú a zdravotnú starostlivosť 371 pacientom vo veku 19 – 64 rokov, 124 detským pacientom vo veku do 18 rokov a 52 seniorom vo veku nad 65 rokov.

Graf 4 *Pacienti – deti do 18 rokov ošetrované v PPK, VKC Michalovce, rozdelené podľa veku*



Detskí pacienti, ktorí tvorili 22% z celkovej populácie ošetrenej v PPK z ktorých bolo celkovo 6 % detí vo veku od 0 do 1 roka, 27% detí od 1 do 6 rokov a najviac ošetrovaných detí, 67% bolo vo veku od 6 do 18 rokov.

Záver

Vojnový konflikt so sebou prináša množstvo negatívnych udalostí, medzi ktoré patrí aj migrácia. Migrácia sa stáva celosvetovým javom, ktorý v globalizovanom svete nadobúda globálny charakter a prináša so sebou riziká v rôznych oblastiach života spoločnosti, do ktorej utečenci prichádzajú. V neposlednom rade ide aj o riziká zdravotné. Zdravotný stav migrantov a ich obranyschopnosť sa zhoršuje aj stresovými a hygienickými podmienkami, v ktorých sú často nútení byť v priebehu migrovania. Problematiku zdravotných ohrození zo strany migrantov nemožno preceňovať, na druhej strane však ani podceňovať. Veď dobré zdravie je pre každého človeka veľmi významnou hodnotou. Zároveň však je mimoriadne dôležité i celospoločensky – zdravie obyvateľov je základom ekonomického a sociálneho rozvoja každej spoločnosti, predpokladom jej konkurencieschopnosti, ekonomického rastu a blahobytu

(Belovičová, Vansáč, 2019). Prijatie takého veľkého počtu utečencov, ako sú ľudia odchádzajúci z Ukrajiny predstavuje pre Slovensko aj iné európske štáty množstvo výziev a preto je nesmierne dôležitá pomoc aj dobrovoľníkov už od prvých dní vojnového konfliktu na Ukrajine, ktorými sa stali aj naši študenti sociálnej práce a ošetrovateľstva Michalovce.

BIBLIOGRAFIA

BARKASI, D., LECZOVÁ, D. 2019. Motivácia k voľbe študijného odboru študentov pomáhajúcich profesií. 1. vyd. Michalovce : Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, n. o. v Bratislave, Ústav bl. Metoda Dominika Trčku v Michalovciach, 2019. 90 s. ISBN: 978-80-8132-210-5.

BÁRTA, R., TKÁČ, V., JURIŠ, P., NOVOTNÝ, M., 2019, Zdravotníctvo a sociálna práca – Health and social work, Medzinárodný vedecký časopis zdravotníctva a ošetrovateľstva, laboratórnych a vyšetrovacích metód, pedagogiky a sociálnej práce, Česká republika – SR, Analýza rizík nelegálnej migrácie na Slovensku spojená so sociálnou prácou v záchytnom tábore a útvare PZ pre cudzincov., 15 medzinárodná vedecko-odborná konferencia v Poľsku, ISSN 1336-9326.

BELOVIČOVÁ M, VANSÁČ P. 2019. Selected aspects of medical and social care for long-term ill persons. Towarzystwo Slowakow w Polsce. Krakow 2019, 153 s., ISBN 978-83-8111-109-6.

BUJDA, S. 2022. Dobrovoľníctvo pre ukrajinských utečencov pred vojnou na slovensko- ukrajinskompohraničí. In Prohuman. [online]. 2022. [citované 2023-01-15]. Dostupné na internete:<https://www.prohuman.sk/socialna-praca/dobrovolnictvo-na-slovensko-ukrajinskom-pohranici-ukrajinskym-utecencom-pred-vojnou>. ISSN 1338-1415.

DIVINSKÝ, B. 2005. Zahraničná migrácia v Slovenskej republike. Stav, trendy, spoločenské súvislosti. 1. vydanie. Bratislava : Výskumné centrum Slovenskej spoločnosti pre zahraničnú politiku, 2005. 218 s. ISBN 978-80-89149-04-9.

EURÓPSKY PARLAMENT. 2022. News. [online].[citované 2023-01-15]. Dostupné na internete: <https://www.europarl.europa.eu/news/en/headlines/world/20220324STO26151/the-eu-response-to-the-ukraine-refugee-crisis>.

GULÁŠOVÁ, I., BABEČKA, J. 2017. Transkultúrna ošetrovateľská starostlivosť. Áno, či nie? In: Logos polytechnikos. - ISSN 1804-3682. - Roč.8, č. 2 (2017) s. 68-76. Dostupné na internete: <https://www.vspj.cz/vyzkum-a-projekty/casopisy-vspj/logos-polytechnikos>

KRČMÉRY. V. 2022. In Hospodárske noviny. [online]. [citované 2023-01-27]. Dostupné na internete: <https://hnonline.sk/slovensko/23892579-krcmery-vedie-na-hraniciach-tim-v-druhom-slede-budu-podvyziveni-ludia-potom-pridu-vazne-zraneni>.

PLISKOVÁ, B. SNOPEK. 2018. Rozvoj klíčových kompetencí studentů ve zdravotnické problematice. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, 2018, online zdroj (104 stran). ISBN 9788074547768. Dostupné také z: <https://digilib.k.utb.cz/handle/10563/43761>

UNHCR. 2022. Ukraine refugee situation. [online]. [citované 2023-01-21]. Dostupné na internete: <https://data.unhcr.org/en/situations/ukraine>.

UNHCR. 2022. Ukraine refugee situation – Countries featured in refugee response plan. [online]. [citované 2023-01-27]. Dostupné na internete: <https://data.unhcr.org/en/situations/ukraine>.

Adresa autora:

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

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, Bratislava

email: maria.popovic911@gmail.com

HUMANITÁRNA ZBIERKA PRE UKRAJINU Z ROŽŇAVSKÉHO PRACOVISKA BL. SÁRY SALKAHÁZI

HUMANITARIAN COLLECTION FOR UKRAINE FROM THE WORKPLACE OF SÁRA SALKAHÁZI IN ROŽŇAVA

Ševčovičová Andrea¹, Hrindová Tatiana², Trnková Ľubica³

^{1,2,3}*Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety Bratislava, n. o.
Detašované pracovisko bl. Sára Salkaházi, Rožňava Kósu Schoppera 22,
Rožňava*

Abstrakt

Vojenský konflikt na Ukrajine vyvolal od svojho začiatku vo februári 2022 obrovskú vlnu solidarity a to nielen medzi občanmi okolitých štátov, ktorí reagujúc na aktuálnu situáciu prispeli k podpore vojnou sužovaného obyvateľstva Ukrajiny. Cieľom humanitárnej pomoci je zmiernenie utrpenia spôsobeného vojnou, prírodnými katastrofami alebo rôznymi krízovými situáciami a to poskytnutím materiálnej pomoci, finančných príspevkov alebo zabezpečením technickej a logistickej pomoci. Detašované pracovisko Vysokej školy zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, bl. Sára Salkaházi v Rožňave sa na podnet troch vyučujúcich zapojilo do realizácie potravinovej zbierky. Počas víkendovej výučby v apríli 2022 sa v priestoroch školy sústredila potravinová pomoc, ktorú podporili študenti, rodinní príslušníci a pedagogickí i nepedagogickí zamestnanci pracoviska. Po finalizovaní zbierky došlo k roztriedeniu jednotlivých druhov potravín a ich označeniu názvami v ukrajinskom jazyku, pre jednoduchšiu orientáciu pri jej neskoršej distribúcii. Zbierka potravín bola následne doručená na zberné pracovisko Nadácie Košického samosprávneho kraja do Michaloviec a odtiaľ sprostredkované presunutá do Užhorodu. Potravinová zbierka je prejavom solidarity s ľuďmi v núdzi. Realizovaná podpora humanitárnej krízy na Ukrajine svedčí o vysokom morálnom kredite všetkých zúčastnených. Okrem potravinovej pomoci sa jednotlivci hneď od začiatku vzniku konfliktu na Ukrajine podľa svojich možností a schopností angažovali aj realizovaním individuálnych foriem pomoci.

Kľúčové slová

Humanitárna pomoc študentov. Konflikt na Ukrajine. Výučbové pracovisko bl. Sára Salkaházi. Zbierka pre Ukrajinu.

Abstract

Since the beginning of military conflict in Ukraine in February 2022, it has caused a huge wave of solidarity, not only among the citizens of neighboring states, who responded to the current situation and contributed to the support of the war-torn population of Ukraine. The aim of humanitarian aid is to alleviate suffering caused by war, natural disasters or various crisis situations by providing material aid, financial contributions or providing technical and logistical assistance.

Detached department of Sára Salkaházi of the St. Elisabeth University of Health and Social Work joined the initiative of three teachers and participated in the realization of a food collection. During the weekend schooling in April 2022, food aid was concentrated in the school premises, which was supported by students, family members and teaching and non-teaching staff of the workplace. After the collection was finalized, individual types of food were sorted and labeled with names in the Ukrainian language, for easier orientation during its later distribution. The food collection was subsequently delivered to the collection site of the Foundation of the Košice' self-governing region in Michalovce from where it was indirectly moved to Uzhhorod. The food collection is an expression of solidarity with people in need. The implemented support for the humanitarian crisis in Ukraine testifies to the high moral credit of all involved participants. In addition to food aid, right from the beginning of the conflict in Ukraine, individuals have been involved in implementing individual forms of aid according to their possibilities and abilities.

Keywords

Humanitarian aid of students. The conflict in Ukraine. Teaching department of Sára Salkaházi. Collection for Ukraine.

Úvod

Európska únia a jej členské štáty sa poskytovaním humanitárnej pomoci usilujú o záchranu životov a zmiernenie ľudského utrpenia spôsobeného vojnami, konfliktmi, prírodnými katastrofami a inými krízovými situáciami. V závislosti od osobitných potrieb a charakteru každej krízy poskytujú:

- materiálnu pomoc, napr. potraviny, oblečenie, lieky, prístrešie, vodu, sanitáciu a pod.,
- hotovosť a/alebo poukazy, ktoré možno vymeniť za potraviny alebo iné položky,
- technickú a logistickú pomoc,
- financovanie infraštruktúry a personálu, napr. utečeneckých táborov, poľných nemocníc (Rada EÚ, 2015).

Táto humanitárna pomoc sa zakladá na štyroch medzinárodných humanitárnych zásadách, ktoré sú zakotvené aj v Európskom konsenze o humanitárnej pomoci z roku 2007 (Rada EÚ, 2015):

1. ľudskosť – ľudské utrpenie je potrebné riešiť všade, kde sa vyskytuje, mimoriadnu pozornosť je potrebné venovať najzraniteľnejším skupinám obyvateľstva,
2. nestrannosť – humanitárna pomoc sa musí poskytovať výlučne na základe potreby bez ohľadu na štátnu príslušnosť, vierovyznanie, pohlavie, etnický pôvod alebo politickú príslušnosť,
3. neutralita – humanitárna pomoc nesmie uprednostňovať žiadnu stranu v ozbrojenom konflikte ani v inom spore,
4. nezávislosť – humanitárne ciele sú nezávislé od politických, hospodárskych, vojenských alebo iných cieľov; ich jediným cieľom je zmierniť a predchádzať utrpeniu obetí v humanitárnych krízach.

Na poskytovaní humanitárnej pomoci sa podieľajú rôzne organizácie, ale aj jednotlivci, ktorých podpora sa odzrkadľuje v materiálnej a finančnej pomoci, prípadne poskytovaním dočasného ubytovania podľa individuálnych možností. Humanitárnu pomoc v podobe rôznych zbierok alebo iných foriem podpory poskytuje počas trvania konfliktov aj civilné obyvateľstvo z krajín bezprostredne nezasiahnutým konfliktom.

Humanitárna pomoc organizácií po začiatku vojenského konfliktu

Po začatí vojenského konfliktu na Ukrajine, ktorý 24. februára 2022 spustila Ruská federácia, pristúpili okrem EÚ a jej členských štátov k humanitárnej pomoci rôzne organizácie z celého sveta. Vzhľadom na geografickú vzdialenosť a spoločnú hranicu čelila Slovenská republika od začiatku konfliktu vlnu utekajúceho obyvateľstva, ktoré sa snažilo dostať z Ukrajiny do bezpečia. Príchod utečencov na Slovensko zmobilizoval humanitárne organizácie, dobrovoľníkov, príslušníkov pomáhajúcich profesií, charitatívne organizácie a cirkevné spoločenstvá, ktorí spoločne s príslušníkmi policajného zboru a Ozbrojených síl Slovenskej republiky zabezpečovali a koordinovali ich príchod, starostlivosť počas ich zotrvania na našom území, prípadne presun do ďalších krajín.

Jednou z humanitárnych organizácií, ktorá pomáha od začiatku zmierňovať utrpenie ľudí prichádzajúcich na Slovensko v dôsledku ozbrojeného konfliktu na Ukrajine je Slovenský Červený kríž (SČK). Spolu s dobrovoľníkmi tak pomáha od konca februára 2022 zmierňovať dôsledky humanitárnej krízy. Úlohou SČK je poskytnúť prvú pomoc, asistovať v prípade potreby prepravy imobilných osôb, pomáhať pri podporných službách a poskytovať v rámci svojho mandátu službu, tzv. Spájanie rodín v prípade, ak v dôsledku konfliktu stratia kontakt so

svojimi blízkymi. V prvých týždňoch krízy pôsobili v priestore troch hraničných priechodov (Ubl'a, Vyšné Nemecké, Veľké Slemence), vo veľkokapacitných centrách a zariadeniach núdzového bývania. Po celú dobu naďalej poskytujú odídencom pomoc aj v sídlach svojich územných spolkov po celom Slovensku. V spolupráci s Ukrajinským Červeným krížom sa v niekoľkých prípadoch realizovali v pohraničných oblastiach, aj keď Slovenský Červený kríž vykonáva svoju činnosť výlučne na území Slovenska (SČK, 2023a, 2023b).

Slovenska republika od začiatku vojnového konfliktu umožnila vstup na svoje územie všetkým osobám, ktoré utekali pred vojnou a po individuálnom posúdení aj osobám bez platného cestovného pasu (MV SR, 2022). Na štátnej hranici s Ukrajinou na sprístupnených prechodoch sa od začiatku zhromaždili ľudia utekajúci pred vojnou, ktorým pomoc poskytli aj ďalšie organizácie. Nadácia Points (2022) na svojej webovej stránke prezentovala ich činnosť. Organizácia Amnesty International Slovakia vyzývala na bezpodmienečné dodržiavanie ľudských práv a vyvodenie zodpovednosti voči všetkým jednotlivcom a inštitúciám, ktoré sú zodpovedné za zločiny počas prebiehajúcej invázie na Ukrajinu. ADRA Slovensko otvorilo centrum pomoci utečencom na hranici vo Vyšnom Nemeckom, kde postavili stan ako odpočinkovú zónu, ich „help team bus“ slúžil ako ambulancia pre zdravotníkov organizácie Equita a tiež na transport utečencov. Organizácia Človek v ohrození zriadila svoje stanoviská na slovenskej a ukrajinskej strane hranice v Ubl'i a vo Vyšnom Nemeckom. Vo vyhrievaných stanoch poskytovala humanitárnu pomoc a psychosociálnu podporu. Maltézska pomoc Slovensko zriadilo vo Vyšnom Nemeckom humanitárne stany a wifi hotspoty, pomáhali s nájdením ubytovania, zaisťovali bezpečnú a bezplatnú dopravu. Slovenská katolícka charita ponúkala utečencom občerstvenie, odvoz, ubytovanie a neskôr aj právne služby či preklady. Košická nadácia DEDO poskytovala na hraniciach nevyhnutnú zdravotnú starostlivosť. Pomoc poskytovalo v centre diania aj Ústredie Slovenského skautingu. UNICEF Slovensko dodalo rodinám na úteku viac ako 20-tisíc litrov pitnej vody. Na únikových trasách zriadili tzv. Modré centrá, kde poskytovali informácie a pôsobili ako bezpečné miesta pre matky s deťmi. Identifikovali aj nezaopatrené deti, snažili sa ich spojiť s rodinami a poskytnúť im ochranu. Mareena spustila v spolupráci s Ligou za ľudské práva informačný web pre ľudí z Ukrajiny a v hraničnej zóne pôsobila ako bod prvého kontaktu. Tím psychológov z IPčka poskytoval na hraniciach psychosociálnu podporu a krízovú intervenciu, trávili čas s deťmi a spustili tiež krízovú linku pomoci v ukrajinskom jazyku. Liga za duševné zdravie zriadila Linku dôvery Nezábudka v ukrajinskom jazyku a spracovala manuál odporúčaní týkajúcich sa vojny vo vzťahu k Slovákom aj Ukrajincom z rôznych hľadísk.

Nadácia Points (2022) prezentovala aj činnosť organizácii na pomoc zvieratám. Zvierací ombudsman zriadil na hranici tzv. hotspoty, kde poskytovali rady a pomoc majiteľom zvierat utekajúcim pred vojnou. Zabezpečili krmivo, prepravky a potreby pre zvieratá, nevyhnutnú veterinárnu starostlivosť či odchyt zvierat, ktoré sa na hraniciach objavili bez majiteľov. Pomáhali aj útulkom na západe Ukrajiny. V ordinácii útulku Slobody zvierat v Bratislave poskytovali bezplatné ošetrenie zvierat majiteľov prichádzajúcich z Ukrajiny.

Bezprostredne po pomoci, ktorá bola poskytnutá utečencom priamo na hranici sa podpora sústredila na tých, ktorí ostali istý čas na Slovensku, prípadne sa pre nich naša krajina stala cieľovou krajinou.

Karpatská nadácia spustila kampaň Máme radi Ukrajinu, z ktorej výťažok poputoval organizáciám na východnom Slovensku, aby utečencom zabezpečili základné životné potreby, právnu, sociálnu a psychologickú pomoc, prácu či vzdelávanie pre ich deti. Platforma rodín detí so zdravotným znevýhodnením spustila webovú stránku s dostupnými informáciami o službách, možnostiach podpory a poradenstva pre ľudí so zdravotným znevýhodnením z Ukrajiny. Občianske združenie Sme spolu, v ktorom pôsobia Ukrajinci a Ukrajinky žijúci na Slovensku, spustilo hotline na pomoc utečencom a koordináciu úsilia dobrovoľníkov a zorganizovali núdzovú zbierku obetiam vojny na Ukrajine. Nadácia Integra v spolupráci s ďalšími neziskovými organizáciami zabezpečila ubytovanie pre utečencov. Priamo na Ukrajine podporila dva utečenecké tábory v meste Ternopil a Chernivtsi. Dobrovoľná civilná obrana v súčinnosti s ďalšími organizáciami pomáhala so zberom a prevozom humanitárnej pomoci zo Slovenska na hranice, aj priamo na Ukrajinu. Slovenská humanitárna organizácia MAGNA začala s distribúciou liekov a zdravotníckeho materiálu zo svojich skladov na Ukrajine. Úsmev ako dar previezla kamión s 14,5 tonami humanitárnej pomoci do Užhorodu (trvanlivé potraviny a produkty detskej stravy). Organizácie Vagus a Depaul, ktoré v Bratislave pracujú s ľuďmi bez domova, zorganizovali materiálnu zbierku pre Depaul Ukrajina a organizácie pracujúce v Zakarpatí. Slovenské Post Bellum sa pridalo k svojej českej sesterskej organizácii, ktorá rozbehla v prvý deň konfliktu finančnú zbierku za účelom nákupu ochranných pomôcok (nepriestrelné vesty, prilby, rukavice, okuliare) a zdravotníckeho materiálu (potrebného pri vojnových zraneniach) pre ľudí brániacich svoju krajinu (Nadácia Points, 2022).

Uvedené organizácie sa od začiatku invázie na Ukrajinu snažili pomáhať občanom, ktorí prekročili naše hranice zabezpečením materiálnej pomoci, poradenstva, zdravotnej starostlivosti i poskytnutím starostlivosti o domáce zvieratá. V období bezprostredne po začiatku konfliktu sa do pomoci občanov

vo vojnu zmietanej oblasti zapojili občania Slovenskej republiky v snahe zmierniť utrpenie ukrajinského obyvateľstva.

Humanitárna zbierka na rožňavskom pracovisku bl. Sáro Salkaházi

Situácia na Ukrajine a jej dôsledky vyústili na detašovanom pracovisku Vysokej školy zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety bl. Sáro Salkaházi v Rožňave do realizácie potravinovej zbierky. Prvotná myšlienka osloviť študentov, pedagogických i nepedagogických zamestnancov školy dr. Ševčovičovej, si ihneď našla ďalších iniciátorov a podporovateľov samotnej zbierky. Dr. Trnková koordinovala doručovanie potravinovej pomoci do priestorov školy a označenie potravín. Docentka Hrindová sprostredkované organizačne zabezpečila presunutie zbierky na Ukrajinu.

Na podnet troch prednášajúcich – dr. Ševčovičovej, doc. Hrindovej a dr. Trnkovej sa tak v termíne od 7. do 9. apríla 2022 spustila výzva k humanitárnej zbierke na pomoc ľuďom vo vojnu zmietanej Ukrajine. Počas víkendovej výučby sa v priestoroch rožňavského detašovaného pracoviska VŠ ZaSP sv. Alžbety následne sústredila potravinová pomoc, ktorú prinášali jednotlivci i skupiny študentov. Po finalizovaní zbierky došlo k roztriedeniu jednotlivých druhov potravín a ich označeniu názvami v ukrajinskom jazyku, pre jednoduchšiu orientáciu pri jej neskoršej distribúcii. Potravinová pomoc bola následne v zastúpení doc. Hrindovou doručená na zberné pracovisko Nadácie Košického samosprávneho kraja do Michaloviec a odtiaľ sprostredkované presunutá do Užhorodu (Ševčovičová, 2022).



Obr. 1 a 2 Označenie potravín v ukrajinskom jazyku a ich príprava na transport študentami

Zdroj: súkromný archív Hrindová, 2022

Zbierku na základe výzvy podporili študenti, rodinní príslušníci a pedagógovia rožňavského pracoviska VŠ ZaSP sv. Alžbety. Potravinová zbierka je prejavom solidarity s ľuďmi v núdzi. Realizovaná podpora humanitárnej krízy na Ukrajine svedčí o vysokom morálnom kredite všetkých zúčastnených. Okrem potravinovej pomoci sa jednotlivci hneď od začiatku vzniku konfliktu na Ukrajine podľa svojich možností a schopností angažovali aj realizovaním individuálnych foriem pomoci.



Obr. 3

Doručenie zbierky do Michaloviec k jej ďalšej distribúcii na Ukrajinu

Zdroj: súkromný archív Hrindová, 2022

Záver

Kvôli vojenskému konfliktu, ktorému čelí Ukrajina od februára 2022, adresovalo pomoc obyvateľom na ukrajinskom území, ale aj tým, ktorí prekročili medzinárodné hranice okolitých štátov mnoho humanitárnych organizácií, ale do podpory ukrajinských občanov sa zapojilo aj civilné obyvateľstvo. Humanitárnu pomoc vo forme potravinovej zbierky s cieľom lepšie zvládnuť krízovú situáciu na Ukrajine poskytli v apríli 2022 aj študenti, vyučujúci a nepedagogickí zamestnanci detašovaného pracoviska VŠ ZaSP sv. Alžbety v Rožňave. Prejavom solidarity s ľuďmi v núdzi, reakciou na mimoriadnu udalosť tak prispeli k zmierneniu utrpenia občanov v susednej krajine zasiahnutou vojnou a jej dôsledkami.

BIBLIOGRAFIA

MV SR. 2022. *Aktualizácia: Situácia na hraničných priechodoch s Ukrajinou*. [online] 25.02.2022 [cit. 2023-01-31] Dostupné na internete: <https://www.minv.sk/?tlacove-spravy&sprava=aktualizacia-situacia-na-hranicnych-priechodoch-s-ukrajinou>

NADÁCIA POINTS. 2022. *Ako pomáhajú mimovládky Ukrajine? Prinášame prehľad pomoci priamo na hraniciach, ale aj na diaľku*. [online] 03.03.2022 [cit. 2023-01-31] Dostupné na internete: <https://www.nadaciapontis.sk/novinky/ako-pomahaju-mimovladky-ukrajine/>

RADA EÚ. 2015. *Humanitárna pomoc. Záchrana životov a zmiernenie ľudského utrpenia*. ISBN 978-92-824-5359-9, doi:10.2860/979717

SLOVENSKÝ ČERVENÝ KRÍŽ. 2023a. Konflikt na Ukrajine. [online] [cit. 2023-01-31] Dostupné na internete: <https://redcross.sk/ukrajina/>

SLOVENSKÝ ČERVENÝ KRÍŽ. 2023b. Ako pomáhame. [online] [cit. 2023-01-31] Dostupné na internete: <https://redcross.sk/ukrajina-ako-pomahame/>

ŠEVČOVIČOVÁ, A. 2022. *Humanitárna zbierka pre Ukrajinu*. [online] 17.04.2022 [cit. 2023-01-31] Dostupné na internete: <http://www.vssvalzbety-roznava.sk/?p=5902>

Kontakt na autorov:

PhDr. Andrea Ševčovičová, PhD., MPH.

doc. PhDr. Tatiana Hrindová, PhD.

PhDr. Mgr. Ľubica Trnková, PhD., MPH.

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

Detašované pracovisko bl. Sály Salkaházi, Rožňava

Kósu Schoppera 22, Rožňava

E-mail: ada.sevcovicova@gmail.com

hrindova.tatiana@gmail.com

dr.trnkovalubica@gmail.com

FYZICKÉ DÔSLEDKY VOJNOVÉHO KONFLIKTU – ČO ĎALEJ?

PHYSICAL CONSEQUENCES OF WAR CONFLICT – WHAT NEXT?

Šupolová Katarína¹, Barkasi Daniela²

^{1,2}*Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety Bratislava, n. o.
Inštitút bl. Metóda Dominika Trčku Michalovce*

Abstrakt

Konflikt na Ukrajine so sebou prináša nielen samotných utečencov pred vojnou. Na ľudí, ktorí sa do vojny aktívne zapojili, aby chránili svoju vlasť, zanecháva stopy nielen psychické, ale taktiež fyzické. Bezprostredné ošetrovanie sa deje v ukrajinských nemocniciach s cieľom stabilizácie zdravotného stavu a záchrany života. Čo však s následkami týchto zranení? Tie sú dlhodobé a je potrebná komplexná následná starostlivosť a liečba. Vzhľadom na neustále prebiehajúci vojnový konflikt, v niektorých oblastiach ukrajinského územia je to možné len v redukovanom rozsahu, inde úplne nemožné. Preto títo ľudia odchádzajú do susedných krajín za účelom ďalšej zdravotnej starostlivosti. V našom príspevku sa zaoberáme možnosťami zdravotnej starostlivosti, predovšetkým so zameraním na následnú zdravotnú starostlivosť na Slovensku, prípadne v iných krajinách.

Kľúčové slová

Vojnový konflikt. Ukrajina. Fyzické následky. Následná zdravotná starostlivosť.

Abstract

The conflict in Ukraine brings with it not only the refugees themselves from the war. On people who actively participated in the war to protect their homeland, it leaves traces not only psychological, but also physical. Immediate treatment takes place in Ukrainian hospitals with the aim of stabilizing the health condition and saving life. But what about the consequences of these injuries? These are long-term and require comprehensive follow-up care and treatment. Due to the ongoing war conflict, in some areas of the Ukrainian territory it is possible only to a reduced extent, in other places it is completely impossible. Therefore, these people go to neighboring countries for further health care. In our contribution, we deal with health care options, primarily with a focus on follow-up health care in Slovakia, or in other countries.

Keywords

War conflict. Ukraine. Physical consequences. Follow-up health care.

Úvod

Vojnový konflikt na Ukrajine so sebou priniesol utečeneckú krízu. Množstvo ľudí bolo nútených opustiť svoje domovy a hľadať útočisko v susedných krajinách a krajinách Európskej únie. Z dostupných dát Úradu vysokého komisára OSN pre utečencov, od začiatku vypuknutia konfliktu do 1. novembra 2022 celkový počet utečencov v Európe sa pohybuje na úrovni 7,7 milióna. Ľudí, ktorí sa registrovali v rámci dočasnej ochrany v Európe bolo na úrovni 4,5 milióna. Keď sa pozrieme na slovenské štatistiky, od začiatku konfliktu cez našu spoločnú hranicu prešlo 900 724 osôb. Z tohto počtu žiadosť o dočasné útočisko na Slovensku si podalo 99 393 osôb. Z celkového počtu tvorili ženy a deti 84%. Toto sú oficiálne čísla aktuálnej utečeneckej krízy. V týchto číslach sa ale skrývajú nielen ženy a deti utekajúce pred vojnou. Sú v nich zahrnutí aj tí, ktorí sa aktívne zapojili do konfliktu a šli chrániť svoju vlasť. Vojaci, ktorí dali všetko za obranu svojej krajiny. Avšak nemohli v bojoch pokračovať ďalej pre vojnové zranenie. Slovo veterán pochádza z latinského základu vetus, čo znamená starý. Pojmom veterán sa označuje osoba, ktorá má značné odborné znalosti a preukázateľné skúsenosti v určitej konkrétnej oblasti. Vojnový veterán je ten, kto slúžil priamo v boji a už neslúži v armáde. Veľa vojakov si odnáša zranenia fyzické aj psychické. Pri fyzickom zranení bezprostredné ošetrenie sa deje v ukrajinských nemocniciach či poľných nemocniciach za účelom záchrany života. Zranenia sú rôzneho druhu, od zlomenín, cez kranio-cerebrálne poranenia s vážnymi celoživotnými následkami až po ťažkého devastačné poranenia, kedy je nutné život zachrániť amputáciou. Okrem fyzických následkov u vojnových veteránov je zvýšený výskyt posttraumatickej stresovej poruchy a tiež zvýšený výskyt samovrážd. K týmto psychickým poruchám prispieva nielen samotná účasť v bojoch, ale aj problémy s následným začlenením do spoločnosti a tým spojenými ťažkosťami so ziskom adekvátneho bývania, práce a možnosti zabezpečenia rodiny.

Vojnové zranenia

Medzi fyzické dôsledky konfliktu patria rôzne zranenia. Môžu byť priame – vznikajúce priamo v mieste pôsobenia násilia alebo nepriame. Tie sa delia na deceleračné a akceleračné (translačné) poranenia, ktoré vznikajú kombináciou strižných, brzdných, podtlakových vektorov, kedy dochádza ku krvácaniu z pretrhnutých ciev, pomliaždeninám až rozdrveniu tkaniva. Zranenia môžu byť rôzneho charakteru. Zo všetkých vyberáme tie najvýraznejšie so zameraním na trvalé následky.

Kraniocerebrálne poranenia sú zranenia, kedy dochádza k poraneniu lebky a mozgu. Môžu byť zatvorené a otvorené, kedy dochádza ku komunikácii medzi atmosférickým vzduchom a intrakrániom. Lebečné kosti sú mozaikovitého tvaru a navzájom pospájané švami. Guľovitý tvar podmieňuje elasticitu lebky ako celku. V dôsledku týchto vlastností vznikajú typické lineárne praskliny, ktoré sa vyskytujú aj v inom mieste ako pôsobí násilie. Zlomeniny lebečnej bázy sú často bez klinických prejavov, ale sú sprevádzané hematómom v mieste pôsobenia podnetu. Fisúry môžu byť lineárne, hviezdicovité a impresívne, pri ktorých je kosť vpáčená do intrakránia. Závažnejším typom sú zlomeniny lebečnej bázy. Tie vznikajú nepriamym mechanizmom, preneseným násilím. Dochádza k prenosu vysokej energie k prednej, strednej alebo zadnej jame lebečnej. Tieto zlomeniny sú vždy spojené s poranením mozgu. Medzi zatvorené poranenia mozgu patria difúzne, fokálne a kompresívne poranenia. Difúzne poranenie je otras mozgu, kedy sa jedná predovšetkým o funkčný stav s prechodnou poruchou funkcie bunkových membrán. Druhý typ je difúzne axonálne poškodenie, kedy dochádza s samotnému poškodeniu nervových buniek v dôsledku akceleračného alebo deceleračného mechanizmu. Prejavy sú rôzne v závislosti od lokalizácie poškodenia možnosti funkčnej kompenzácie. Fokálne poškodenie sa môže prejavovať formou opuchu, krvácania alebo zmliazdenia. Kompresívne poranenie je spojené s intrakraniálnym krvácaním. V dôsledku týchto primárnych poranení môže vznikáť neskôr sekundárne poranenia ako dôsledok opuchu mozgu, ischemie, hypoxie. Neskoré následky týchto poranení môžu viesť k vzniku mozgovej atrofie, vzniku hydrocefalu, hydrómov. Otvorené poranenia mozgu sa delia podľa mechanizmu úrazu na bodné, sečné (poranenia mačetou ev. letiacimi rotujúcimi nástrojmi), strelné. Tu patria postrel, zástrel, priestrel. Pohyb strely v intrakrániu nemusí byť priamočiary. Môže sa po odraze cikcakovite meniť alebo dokonca obletieť ponad povrch mozgu. Rozsah poškodenia je priamo úmerný rýchlosti projektilu. Broky, nastreľovacie klince, sekundárne projektily sú pomaly letiace strely. Civilné zbrane dokážu vyvinúť rýchlosť projektilu cca 250m/sec. Vojenské zbrane dokážu vyvinúť rýchlosť až 750m/sec a viac. Hranica vysoko rýchlostnej traumy je považovaná rýchlosť zvuku, t.j. 320m/sec (Lohnert, 2007). Tieto poranenia sú skutočne vážne a život ohrozujúce. Ako jeden z následkov ovplyvňujúcich ďalší život jedinca je posttraumatická epilepsia. Už Hippokratovi lekári považovali záchvaty po poranení hlavy za zlý prognostický faktor ďalšieho vývoja stavu. Posttraumatická epilepsia môže byť včasná, kedy vzniká v období 1-7 dní od kraniocerebrálneho poranenia a môže zhoršovať aktuálny zdravotný stav. Neskorá posttraumatická epilepsia sa môže objavovať od týždňa od samotného poranenia, ale najčastejšie v období pol roka až 2 roky od úrazu (Klobučníková et al., 2013).

Ďalšie závažné poranenie je **poranenie chrbtice** a s ňou aj poranenia miechy. Pri týchto poraneniach môžu vzniknúť následné funkčné lézie, ovplyvňujúce celý ďalší život človeka. Pri najľahšom stupni nedochádza k poškodeniu miechy a nie je prítomná neurologická porucha. Neurologická porucha je od najľahšej monoparézy, kedy je porucha hybnosti jednej končatiny, cez hemiparézu, prípadne hemiplégiu, ktorá sa prejavuje poškodením hybnosti polovice tela alebo paraparézu, prípadne paraplégiu, kedy je prítomná ochrnutie oboch dolných končatín. Medzi najťažšie formy poškodenia chrbtice a miechy patria tetraparéza/plégia. Vtedy sú ochrnuté všetky končatiny. V prípade pentaplégie/parézy je odrhnutá aj bránica a na zachovanie dýchania je nutný dýchací prístroj (Lohnert, 2007).

Popáleniny sú termické traumy kože, slizníc a orgánov. Sú spôsobené nadprahovým účinkom tepla rôznej príčiny. Hlavné príčiny popálenín sú: obareniny, oheň (plamene, explózie), kontakt s predmetmi (trenie, horúci povrch), elektrina, chemikálie, radiácia. Reakcia organizmu na pôsobenie noxy je lokálna a môže prejsť do celkovej reakcie organizmu. Rozsah popáleniny je daný teplotou tkaniva, časovým pôsobením a miestom, kde noxa pôsobí. Lokálne dochádza k začervneniu, vzniká opuch, pľuzgiere až nekrózy. Celková reakcia je pri rozsiahlejších popáleninách a má 3 fázy: fáza popáleninového šoku (do 72 hodín od vzniku), fáza choroby z popálenia (72 hodín - týždne), fáza rekonštrukcie a rehabilitácie (mesiace). Čo sa týka rozsahu postihnutého povrchu tela, to sa určuje percentuálnym výpočtom. O dospelých sa využíva pravidlo deviatich. Hlava a krk tvoria 9%, trup (hrudník a brucho) predná strana 9%, zadná strana 9%. Každá horná končatina predstavuje tak isto 9% povrchu tela. Dolné končatiny taktiež osobitne predná, osobitne zadná plocha jednej končatiny predstavujú 9%. Zvyšné 1% predstavuje genitál. Závažnosť popálenín je závislá od viacerých faktorov. Dôležitý je rozsah a hĺbka popáleniny. Malé popáleniny predstavujú povrchové popáleniny v rozsahu menej ako 15% povrchu tela dospelého jedinca. V prípade hlbkej popáleniny sa jedná o rozsah menší ako 2% povrchu tela. Pri stredne ťažkých popáleninách povrchové zranenie predstavujú 15-25% povrchu tela. Hlboké popáleniny sú v rozsahu 2-10% povrchu tela bez poškodenia tváre, perinea, rúk a nôh. Ťažké popáleniny predstavujú

- povrchové poranenie v rozsahu viac ako 25% celkového povrchu tela,
- hlboké popáleniny v rozsahu viac ako 10% celkového povrchu,
- popáleniny tváre, rúk, nôh, perinea,
- popáleniny spôsobené chemikáliami, elektrickým prúdom vysokého napätia,

- popáleniny komplikované inhaláciou.

K vojnovým popáleninám sa radia popáleniny spôsobené bežnými zbraňami (napr. míny), ďalej popáleniny zapríčinené naplhom, čo je zápalná látka zložená z nafty a iných prísad a tiež popáleniny spôsobené jadrovými zbraňami (Kilian, Vajcziková, 2014).

Amputácie sú často život zachraňujúce pri ťažkých devastačných poraneniach končatín, bez možnosti ich záchranu. Taktiež traumatické amputácie vznikajú v dôsledku použitia rôznych zbraní.

Nesmieme zabúdať na poranenia hrudníka a brucha s poranením vnútorných orgánov ohrozujúcich život človeka.

Následná zdravotná starostlivosť o vojnových veteránov na Ukrajine

Ako príklad následnej zdravotnej starostlivosti na Ukrajine si môžeme uviesť rehabilitačnú starostlivosť sprostredkovanú cez americkú charitatívnu organizáciu Revived Soldiers Ukraine, ktorá v roku 2019 po vojne na Donbase založila prvé neurorehabilitačné centrum na Ukrajine NextStep Ukraine. Toto zariadenie je pre ľudí s traumou centrálného nervového systému, poraneniami mozgu a poraneniami miechy. Je vytvorené podľa vzoru amerického rehabilitačného centra NextStep Fitness.

Revived Soldiers Ukraine je nezisková organizácia, ktorá organizuje charitatívne podujatia a zbiera príspevky od súkromných darcov. Jej cieľom je poskytnutie potrebnej rehabilitácie ukrajinským vojakom. Zariadenie NextStep Ukraine bolo otvorené v roku 2019 v Irpini v kyjevskej oblasti. Odtedy poskytli adekvátnu rehabilitáciu 64 vojakom, ktorí boli zranení v zóne protiteroristickej operácie. Všetci aktívni príslušníci vojenskej služby majú možnosť požiadať o zaradenie do programu Revived Soldiers Ukraine. Každý vojak, ktorý požiada o zaradenie, musí doložiť dokumenty o statuse vojaka v aktívnej službe a dokumenty o zranení v zóne ATO (Anti-Terrorist Operation) prípadne doklad o traume spôsobenej vojnou. Pokiaľ je vojak zaradený do tohto programu, je hradená rehabilitácia, ubytovanie aj strava. Realizuje sa neurorehabilitácia za účelom zlepšenia samostatnosti, sebestačnosti a zlepšenia celkovej kvality života. Taktiež je to účinná prevencia proti vzniku dekubitov, prevencia následných infekcií, bolestí a spazmov. Je možné využívanie týchto služieb aj pre civilistov, avšak táto možnosť je spoplatnená. Využívajú sa moderné zariadenia ako elektrická stimulácia Xcite alebo prístroj na imitáciu chôdze NuStep. Tieto prístroje sú využívané posledných 10 rokov aj v Spojených štátoch. Pozitívne prostredie centra pôsobí na pacientov ako keby boli v telocvični eventuálne v posilňovni, čo je výrazný rozdiel oproti bežnému zdravotníckemu zariadeniu.

V súčasnosti po vypuknutí vojnového konfliktu na Ukrajine nezisková organizácia Revived Soldiers pokračuje ďalej vo svojom snažení. Rozšírila ale možnosti aktuálnej materiálnej pomoci vojnou zmietanej Ukrajine. Podľa oficiálnych zdrojov, vďaka štedrosti darcov za posledných sedem mesiacov do júla 2022 bolo použitých 4 550 685 USD. Tieto prostriedky boli použité nasledovným spôsobom:

- nákup sanitných vozidiel, pick-upov pre vojenské a civilné nemocnice,
- generátory pre nemocnice a protiletdecké kryty,
- nepriestrelné vesty a prilby štvrtej generácie pre zdravotný personál a civilistov pri evakuácii,
- komunikačné zariadenia pre zdravotníkov a civilistov v rámci územnej obrany,
- pick-upy a obrnené autobusy na rozvoz pomoci,
- osobné automobily na evakuáciu zranených vojakov a civilistov z bojísk,
- chladiarenské auto na prepravu padlých vojakov,
- ultrazvukové zariadenia Sonoscanner,
- prenosné RTG prístroje Micro-X,
- zdravotnícke drony na doručenie potrebných liekov na nedostupné územia pod kontrolou ruských jednotiek,
- prístroje na rázovú terapiu a regeneračnú terapiu,
- dodávky pomoci cez Európu,
- chod zariadenia NextStep Ukraine v Irpini.

Taktiež tieto financie boli použité na zdravotnú starostlivosť, ktorá bola poskytnutá vojnou raneným vojakom v Spojených štátoch amerických alebo na Ukrajine (Revived Soldiers Ukraine).

Zdravotná starostlivosť o utečencov na Slovensku

Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky určuje rozsah zdravotnej starostlivosti pre osoby prichádzajúce z Ukrajiny. Pre tranzitujúce osoby sa jedná len o neodkladnú zdravotnú starostlivosť, najviac na 30 dní od vstupu na územie Slovenskej republiky. **Neodkladná zdravotná starostlivosť** je taká zdravotná starostlivosť, ktorá sa poskytuje osobe pri náhlej zmene zdravotného stavu, ktorá bezprostredne ohrozuje jej život alebo niektorú zo základných životných funkcií. Ak nebude poskytnutá, môže dôjsť k vážnemu ohrozeniu zdravia, spôsobiť náhlu a neznesiteľnú bolesť alebo spôsobiť náhle zmeny správania a konania, pod vplyvom ktorých bezprostredne ohrozuje seba alebo svoje okolie.

Pokiaľ osoby prichádzajúce na Slovensko požiadajú o dočasné útočisko, môže im byť poskytnutá **potrebná zdravotná starostlivosť**. Tú Ministerstvo

zdravotníctva definuje ako zdravotnú starostlivosť, ktorú vyžaduje zdravotný stav jednotlivca, musí byť poskytnutá s ohľadom na povahu zdravotnej starostlivosti a očakávanú dĺžku pobytu osoby, tak aby sa daná osoba nemusela kvôli zdravotnému ošetrovaniu vracieť do svojej krajiny skôr, ako pôvodne zamýšľala. Táto potrebná zdravotná starostlivosť zahŕňa ošetrovanie ambulantnou pohotovostnou službou, a záchrannou zdravotnou službou. Taktiež pri chronických ochoreniach je povolená dialýza, oxygenoterapia, chemoterapia, špecifická liečba, napr. astmy, alebo iných autoimunitných ochorení. Ministerstvo zdravotníctva SR dôrazne upozorňuje, že do tejto kategórie nespadá odkladná (plánovaná) zdravotná starostlivosť a tiež kúpeľná starostlivosť.

V prípade žiadosti o azyl a doplnkovú ochranu, je poskytovaná potrebná zdravotná starostlivosť, pričom po udelení azylu alebo udelení doplnkovej ochrany vzniká nárok na plnú zdravotnú starostlivosť, čiže aj odkladnú.

Na Slovensku je verejné zdravotné poistenie poskytované tromi poisťovňami. Všetky tri na svojich stránkach podávajú rovnaké informácie, riadiac sa rozhodnutím Ministerstva zdravotníctva SR. Tak isto nás informujú o tom, že pokiaľ odídenec z Ukrajiny sa na Slovensku zamestná a je za svoju prácu platený aspoň vo výške minimálnej mzdy, čiže na rok 2022 platí minimálne 646 eur. Zamestnávateľom je hradené poistenie slovenskej zdravotnej poisťovne, ktorú si osoba vyberie. Zároveň ako zárobkovo činná osoba, môže poistiť aj svoje deti. Taktiež do zdravotnej poisťovne sa musia prihlásiť aj osoby, ktorým bol udelený azyl. V tomto prípade je následne poskytovaná **plná zdravotná starostlivosť** (Určenie rozsahu potrebnej zdravotnej starostlivosti, Ministerstvo zdravotníctva SR).

V roku 2015 sa Slovenská republika spolupodieľala na rekondícii a rehabilitácii ľudí, z oblastí postihnutých vojnou na Donbase. Podľa vyhlásenia veľvyslanectva Ukrajiny v Slovenskej republike bolo v čase od 15. júna do 18. septembra 2015 vo vojenskej zotavovni Granit na Zemplínskej Šírave rehabilitovaných v štyroch turnusoch od 14 do 19 osôb. Celkovo šlo o 65 ľudí - dobrovoľníkov, vojakov, účastníkov protiteroristickej operácie na východe Ukrajiny. Tí, ktorí absolvovali ozdravné a doliečovacie pobyty boli hosťami našej vlády. Hradená bola strava a adekvátne rehabilitačné procedúry. Zoznam vojakov ranených vo vojne odsúhlasovala Národná garda, ktorá je súčasťou ukrajinských ozbrojených síl. Následne boli vyberaní slovenskou stranou v spolupráci s koordinátorom projektu – charitatívnou asociáciou „Medzinárodná asociácia pre podporu Ukrajiny“. Tieto pobyty boli v trvaní dvoch týždňov a boli hradené z rozpočtu slovenskej rozvojovej pomoci (Rehabilitácia ukrajinských vojakov a dobrovoľníkov na Slovensku, Veľvyslanectvo Ukrajiny v Slovenskej Republike).

Taktiež v roku 2015 bolo na Slovensku 126 detí z východnej Ukrajiny. 86 detí bolo na pozvanie Národnej rady, druhá časť prišla na pozvanie Ukrajinsko-slovenskej iniciatívy. Tá sa zaoberá urgentnou humanitárnou pomocou, občianskym dialógom a participáciou na projektoch eurointegrácie a vzdelávania. Deti, ktoré absolvovali pobyty na Slovensku boli buď evakuované priamo z vojnových oblastí alebo žili v ich bezprostrednej blízkosti. Často zažívali trpeli stresovými zážitkami v dôsledku ostreľovania, prípadne straty alebo ťažkých zranení blízkych osôb (Na Zemplínskej šírave liečime ukrajinských vojakov).

Zdravotná starostlivosť o utečencov v Českej republike

V Českej republike po udelení víza dočasnej ochrany dostáva občan Ukrajiny aj preukaz zdravotného poistenia. Platnosť víza a zároveň zdravotného poistenia plateného štátom končí po 150 dňoch od udelenia. Následne prestáva platiť automaticky. Ukrajinec je povinný nahlásiť zmenu kým bude hradená zdravotná starostlivosť zdravotnej poisťovni. U ľudí, ktorí sú zamestnaní, túto povinnosť preberá zamestnávateľ. Štát hradí zdravotnú starostlivosť osobám, ktoré sú evidované na Úrade práce ČR, vykonávajú celodennú starostlivosť o nezaopatrené dieťa do 7 rokov života, resp. o dve a viac detí do 15 rokov života, tiež študentov na strednej, resp. vysokej škole atď. Osoby samostatne zárobkovo činné si zdravotné poistenie hradia sami a to výške minimálne 2627 Kč na mesiac. Pokiaľ osoba nespĺňa ani jedno z uvedených, nie je štátny poistenec, zamestnanec, osoba samostatne zárobkovo činná, zdravotné poistenie si hradí sám a to vo výške minimálne 2187 Kč mesačne. V prípade neuhrádzania vzniká dlh voči zdravotnej poisťovni, ktorý môže v krajných prípadoch skončiť až exekúciou (Úhrada zdravotného pojištění).

Ako príklad následnej zdravotnej starostlivosti o občanov Ukrajiny v Českej republike môžeme uviesť Nadační fond REGI Base I. Tento fond bol založený v roku 2011 Hynkom Čechom na pomoc novodobým veteránom. Jedná sa o neziskovú, neštátnu organizáciu, ktorá prostredníctvom charitatívnych a propagačných akcií, prednášok, verejných zbierok sa snaží dostať do povedomia širšej verejnosti a podporiť solidaritu s tými, ktorí pomáhali a teraz potrebujú pomoc spoločnosti. Inšpiráciou pre založenie fondu a jedným zo zakladateľov, bol nadpraporčík v.v. Jiří Schams (SOG). Podľa jeho prezývky Regi je fond zároveň pomenovaný. Bol príslušníkom jednotky Špeciálnych operácií Vojenskej polície SOG, ktorý po ťažkom zranení je pripútaný na invalidný vozík. Stal sa jednou z obetí útoku samovraždneho atentátnika počas misie v Afganistane. Cieľom nadácie bola pomoc nadpraporčíkovi Schamsovi nielen čo sa týka rehabilitácie za účelom zlepšenia sebestačnosti, ale taktiež pomoc pri možnostiach ďalšej zdravotnej starostlivosti, ako špeciálna terapia na

podporu mozgu alebo liečba na špecializovanej klinike na liečbu podobných zranení v Spojených štátoch amerických.

V súčasnosti Nadační fond REGI Base I. rozšíril svoju pôsobnosť nielen na novodobých veteránov, ale aj na všetkých členov záchranného integrovaného systému, ako sú hasiči alebo policajti. Okrem iného Nadační fond REGI Base I. zabezpečoval komplexnú rehabilitačnú liečbu vojnových veteránov z Ukrajiny. Prvýkrát sa to podarilo v roku 2018, kedy sprostredkovali liečbu 2 vojnových veteránov. Šlo o vojakov, ktorí utrpeli zranenia v bojoch na Donbase. Ich stav bol stabilizovaný, potrebná bola rehabilitačná liečba, pre ťažké poranenia rúk jedného a devastačné poranenia nôh druhého. Ten utrpel traumatickú amputáciu nohy a druhú mal ťažko poranenú. Okrem liečenia fyzických zranení, bola potrebná aj psychologická pomoc, pre lepší návrat do reálneho života. Výška nákladov spojených s liečením bola vo výške cca 200 tisíc korún. Ďalší takýto pobyt dvoch ukrajinských vojnových veteránov bol sprostredkovaný v septembri a októbri roku 2022. Fondom bol hrađený nielen pobyt ale aj prevoz vojakov. Jeden z vojakov utrpel poranenia nohy, druhý utrpel traumatickú amputáciu ruky. Po rehabilitáciách sa ich stav zlepšil nielen po fyzickej ale aj po psychickej stránke. Bola taktiež hrađená aj protetická starostlivosť a pokus o vybavenie protézou vojaka trpiaceho stratou hornej končatiny. Ten však nesúhlasil s navrhovanou protézou, trval na drahšej bionickej protéze, ktorá by pre neho nebola vhodná a nad limit možných finančných prostriedkov. Taktiež by nebolo možné zabezpečiť jej servis na Ukrajine. Po absolvovaní rehabilitácií obaja vojaci odcestovali do vlasti a plánovali návrat do armády. Finančné krytie týchto pobytov nebolo z fondu REGI Base, ale z špeciálneho daru súkromnej českej spoločnosti. Do budúca Nadační fond REGI Base I. plánuje vybudovať komplexné centrum pre vojnových veteránov, kde by mali možnosť sa liečiť veteráni zo štátov NATO a ostatných (Nadační fond REGI Base I.).

Zdravotná starostlivosť o utečencov v ďalších krajinách

Poľsko sa taktiež podieľa na pomoci ranených ukrajinským vojakom. Ako susediaca krajina poskytuje neodkladnú aj odkladnú zdravotnú starostlivosť. Poľské ministerstvo zdravotníctva zabezpečilo špeciálny zdravotnícky vlak, prostredníctvom ktorého sú ranení vojaci prevážaní do poľských nemocníc. Tam sú umiestňovaní podľa typov zranení a možnosti ďalšej liečby. Len v priebehu mesiaca júl 2022 prijali po celom území Poľska 90 ranených vojakov z Ukrajiny (Injured Ukrainian soldiers arrive in Poland for treatment). Prostredníctvom Poľska pomáha aj Veľká Británia. Zo svojho Fóra solidarity na pomoc pre ukrajinských utečencov poskytne Poľsku 10 miliónov libier. Peniaze budú vyplatené prostredníctvom Fondu solidarity, nadácii poľského ministerstva financií a budú použité na humanitárnu pomoc ukrajinským utečencom. Fond

solidarity dlhodobo podniká aktivity v oblasti rozvoja na medzinárodnej úrovni, so zameraním na krajiny Východného partnerstva (Poland, UK sign memorandum on aid to Ukraine).

V Nemecku prebieha pridelovanie vojnou ranených vojakov centrálne prostredníctvom Gemeinsame Lagezentrum v Berlíne. V okrese Fulda je nemocnica, v ktorej operujú ranených vojakov a následná starostlivosť prebieha na rehabilitačnej klinike vo Wüsthofene. Klinika poskytuje starostlivosť vojnovým veteránom, po operáciách vykonaných v Nemecku. Okrem rehabilitačnej starostlivosti poskytujú aj komplexnú protetickú starostlivosť. Od začiatku vojnového konfliktu bolo v nemocnici vo Fulde hospitalizovaných 70 pacientov z Ukrajiny, 96 pacientov bolo ošetrovaných ambulantne. Z nich 22 absolvovali aj operáciu. Náklady na liečbu pacientov z Ukrajiny hradí v plnej miere okres Fulda. Následne čaká na preplatenie týchto nákladov. Dôležité je, či osoby budú spôsobilé na prácu alebo nie. Od toho závisí, kým bude celá liečba uhradená (Reha-Klinik Wüsthofen behandelt drei Ukraine - Kriegsopfer).

Záver

Vojnový konflikt na Ukrajine trvá už pomerne dlho. Na začiatku bola naša pomoc intenzívna a významná. Postupne však prvotný šok prešiel. Avšak postupne sa menia aj potreby vojnou zmietanej Ukrajiny a jej obyvateľov. Preto je potrebné aby sme v našej pomoci nepoľavovali, ale upriamili svoju pozornosť na to, čo je aktuálne potrebné pre našich východných susedov. Či už je to pomoc materiálna, alebo pomoc so zlepšením kvality života vojnových utečencov a vojnových veteránov. Je dôležité aby sa čo najviac mohli priblížiť bežnému životu, napriek traumám, ktoré zažili. Preto dúfam, že bude schopní ako celok vytvoriť spoločenstvo, ktoré bude pomáhať vojnovým veteránom a civilistom, ktorí v tomto konflikte utrpeli zranenia na tele i duši.

BIBLIOGRAFIA

KERN, M. 2015. Na Zemplínskej šírave liečime ukrajinských vojakov. Dostupné online: <https://dennikn.sk/163452/ukrajincov-liecime-na-zemplinskej-sirave/> [cit. 12.12.2022]

KILIAN, M., VAJCZIKOVÁ, S., 2014. Všeobecná traumatológia dospelých. Bratislava: Herba, s. 175. ISBN 978-80-89631-17-9.

KLOBUČNÍKOVÁ, K., ČARNICKÁ, Z., KEMÉNYOVÁ, P., KOLLÁR, B., 2013. Posttraumatická epilepsia. In *Neurologie pri praxi*. ISSN 1803-5280, 2013, roč. 14, č. 2, s. 76-79.

LOHNERT J., 2007. *Základy traumatologie*. Nitra: Polygrafia Dominant, s. 360. ISBN 978-80-969451-6-0.

MZSR, 2022. Určenie rozsahu potrebnej zdravotnej starostlivosti. Dostupné online: <https://www.health.gov.sk/?urcenie-rozsahu-potrebnej-zdravotnej-starostlivosti> [cit. 12.12.2022]

Nadační fond REGI Base I. Dostupné online: <https://www.regibase.cz/> [cit. 13.12.2022]

NIES, V. 2022. Reha-Klinik Wüsthofen behandelt drei Ukraine – Kriegsopfer. Dostupné online: <https://www.fuldaerzeitung.de/fulda/ukraine-kriegsopfer-patienten-reha-klinik-wuesthofen-kartz-bogislav-baller-fulda-91661290.html> [cit. 11.12.2022]

Operational data portal Ukraine refugee situation. Dostupné online: <https://data.unhcr.org/en/situations/ukraine> [cit. 13.12.2022]

Rehabilitácia ukrajinských vojakov a dobrovoľníkov na Slovensku. Dostupné online: https://slovakia.mfa.gov.ua/sk/searchresult?&site_id=69&key=rehabilit%C3%A1cia [cit. 11.12.2022]

SZYMAŃSKY, L. 2022. Poland, UK sign memorandum on aid to Ukraine. Dostupné online: <https://www.thefirstnews.com/article/poland-uk-sign-memorandum-on-aid-to-ukraine-33918> [cit. 11.12.2022]

Revived Soldiers Ukraine. Dostupné online: <https://www.rsukraine.org/next-step-ukraine> [cit. 11.12.2022]

Úhrada zdravotního pojištění. Dostupné online: <https://www.nasiukrajinci.cz/cs/zdravotni-pojisteni/> [cit. 12.12.2022]

Ukrajinsko – slovenská iniciatíva. Dostupné online: <http://www.ukrajinskyweb.sk/> [cit. 12.12.2022]

Injured Ukrainian soldiers arrive in Poland for treatment. Dostupné online: <https://www.polskieradio.pl/395/9766/Artykul/3010479,Injured-Ukrainian-soldiers-arrive-in-Poland-for-treatment> [cit. 12.12.2022]

Kontakt na autorov:

MUDr. Katarína Šupolová - doktorand

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, Bratislava - študent
doktorandského štúdia

NRC Kováčová

E-mail: supolova.katarina@gmail.com

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

STAROSTLIVOSŤ O GERIATRICKÉHO PACIENTA/KLIENTA V ZARIADENÍ PRE SENIOROV V KONTEXTE ZABEZPEČENIA NUTRIČNEJ STAROSTLIVOSTI

Trnková Ľubica¹, Nemčoková Adriana², Želichovská Marta³, Halčinová
Magdaléna⁴

¹²³⁴*Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety
Detašované pracovisko bl. Sára Salkaházi v Rožňave*

Abstrakt

Výživa a hydratácia plní dôležitú úlohu v starostlivosti o seniorov. Ovplyvňuje celkový stav ich organizmu, telesnú a psychickú výkonnosť, ale i odolnosť voči infekciám a taktiež urýchľuje hojenie rán. Špecifiká výživy vo vyššom veku závisia jednak od starobných zmien, ale i pridružených ochorení.

V predkladanom príspevku približujeme problematiku nutričných špecifik v seniorskom veku a demonštrujeme výsledky realizovanej štúdie, ktorej cieľom bolo zmapovať nutričný stav a posúdiť faktory vedúce k malnutrícii klientov v domove sociálnej starostlivosti a upriamiť pozornosť na oblasti, ktoré by mohli prispieť k zlepšeniu starostlivosti o nutričný stav seniorov.

Kľúčové slová: Malnutricia. Staroba. Výživa. Nutričný skrining. Nutričná starostlivosť. Rizikové faktory.

Abstract

Nutrition and hydration play an important role in the care of seniors. It affects the overall condition of their body, physical and mental performance, but also resistance to infections and also accelerates the healing of wounds. The specifics of nutrition in old age depend both on age-related changes and associated diseases.

In the presented contribution, we approach the issue of nutritional specifics in the elderly and demonstrate the results of the conducted study, the aim of which was to map the nutritional status and assess the factors leading to malnutrition of clients in a social care home, and to draw attention to areas that could contribute to improving care for the nutritional status of seniors.

Key words: Malnutrition. Old age. Nutrition. Nutritional screening. Nutritional care. Risk factor

Úvod

„Každý starostlivý pozorovateľ chorých bude súhlasiť, že tisíce pacientov zomrú hladom uprostred hojnosti a blahobytu pre nedostatok pozornosti venovanej vyhľadaniu spôsobu, ktorý by im umožňoval prijímať potravu.“
(Florence Nightingale)

Rýchly nárast populácie starších pacientov so sebou priniesol zvýšenú požiadavku dlhodobej starostlivosti o seniorov. Na jednej strane sa zdravotná starostlivosť vďaka pokrokom vedy a výskumu čoraz viac skvalitňuje, na druhej strane sa stávame svedkami akejsi nerovnosti v oblasti zdravia zraniteľných skupín obyvateľstva, medzi ktorú patria aj seniori, pre ktorých sa často stáva dostupnosť niektorých zdravotníckych služieb problematická, dokonca v niektorých prípadoch až nemožná. Prevažne veľká časť seniorov trpí polymorbiditou, často sprevádzanou rôznymi poruchami výživy. Vzhľadom na tento problém je starostlivosť o výživu pacienta neoddeliteľnou súčasťou ošetrovateľskej starostlivosti. Výživa a primeraná hydratácia plnia podstatnú úlohu v starostlivosti o seniorov. Nedostatočná výživa znižuje odolnosť organizmu, ktorá sa stáva hlavnou príčinou mortality a morbidity seniorov. Adekvátny nutričný stav seniorov má zásadne veľký význam pre udržanie zdravia a podporu kvalitného života. Sestra vzhľadom na tieto skutočnosti zohráva kľúčovú úlohu v rámci prevencie a zaisťuje včasné intervencie pri výskyte akýchkoľvek problémov súvisiacich s výživou pacienta sledovaním rizikových oblastí a významných faktorov ovplyvňujúcich výživu a hydratáciu. Veľký prínos pre sestry a ošetrovateľskú prax majú dostupné hodnotiace techniky a posudzovacie škály, ktoré sú zároveň jedným zo základných nástrojov pri posudzovaní nutričného stavu pacienta. V starobe potrebuje človek stravu vyváženú, bohatú na vitamíny a minerálne látky. U seniorov sa často stretávame s rôznymi poruchami výživy ako je obezita, ale aj naopak - nedostatočná výživa, teda malnutrícia. V súčasnom uponáhľanom svete sa sledovaniu stavu výživy venuje malá pozornosť a to nie len to strany zdravotníckeho personálu. Výživa zohráva kľúčovú úlohu v starostlivosti o každého človeka. Významným spôsobom ovplyvňuje celkový stav organizmu a zároveň má obrovský význam pre existenciu a fyziologické funkcie človeka a všetky jeho aktivity. Výživa seniorov prispieva k ich zdraviu a pocitu pohody. Špecifiká výživy vo vyššom veku závisia od starobných zmien a pridružených ochorení.

Staroba

Populácia našej planéty starne a neostáva nám nič iné, len k tomuto celosvetovému fenoménu pristupovať aktívne. Predpokladá sa, že v roku 2050 bude každý piaty občan planéty starší ako 60 rokov. V celkovom prepočte to celosvetovo zodpovedá okolo dvom miliónom ľudí. Nie je to len výzva pre systémy zdravotnej starostlivosti, sociálnych služieb a pre opatrenia na politickej úrovni, ale je to predovšetkým výzva pre celú spoločnosť. Čím viac ľudí si uvedomí čo všetko súvisí s obdobím starnutia a z akých perspektív môžeme na toto obdobie pozerieť, tým skôr budeme schopní vytvoriť prostredie, kde sa nám bude starnúť dobre (Macháčová, Holmerová et al., 2019).

Staroba je všeobecné označenie neskorých fáz ontogenézy. Ide o poslednú vývojovú etapu, ktorá uzatvára a završuje život osobnostne, spirituálne, telesne aj duševne. Povaha staroby je dvojaká, spočiatku sa prelína s úbytkom síl a involúciou a neskôr sa biologické aspekty prelínajú so sociálnymi. Z hľadiska funkčných zdatností sa seniorská populácia rozdeľuje podľa nasledujúcich klasifikácií:

- ✓ elitní seniori sú schopní dosahovať nadpriemerné výkony aj vo vysokom veku,
- ✓ zdatní (fit) seniori zvládajú aj náročné životné podmienky, dokážu si zachovať fyzickú zdatnosť aktívneho dospelého človeka,
- ✓ nezávislí seniori zvládajú bežné denné aktivity v bezbariérových podmienkach, bez nejakých funkčných rezerv, v stresových či nejakých záťažových situáciách strácajú sebestačnosť a potrebujú podporu a pomoc,
- ✓ krehkí seniori vykazujú nízky zdravotný potenciál, odolnosť a adaptabilitu, nízku zdatnosť, nezvládajú bežnú záťaž a stres, často dochádza k funkčným a zdravotným dekompenzáciám, potrebujú pocit istoty a bezpečia,
- ✓ závislí seniori pri zmene mobility, stability, straty sebestačnosti, kognitívnych funkcií, orientácie i v mäkkých životných podmienkach vyžadujú často dlhodobú, trvalú podporu vrátane domácej starostlivosti a návštev opatrovateľskej služby,
- ✓ úplne závislí seniori sú pripútaní na lôžko alebo trpia poruchou kognitívnych funkcií, alebo seniori v pokročilom štádiu demencie, vyžadujúci dohľad a trvalú ošetrovateľskú starostlivosť druhej osoby a to aj v oblasti sebaobslužných činností, často je potrebná dlhodobá ústavná starostlivosť v ošetrovateľských a pobytových zariadeniach,
- ✓ umierajúci seniori vyžadujúci domácu alebo ústavnú paliatívnu starostlivosť (Čeledová a kol., 2016).

V období staroby delíme vek z viacerých hľadísk na chronologický, čiže kalendárny a biologický, ktorý zohľadňuje spôsob života, pôsobenie vonkajšieho prostredia a chorobné situácie. Funkčný vek definuje súhrn sociálnych, biologických a psychologických faktorov. Psychologický vek je daný osobnostnými, individuálnymi charakteristikami a vzniknutými zmenami. Sociálny vek zahŕňa stránky sociálneho života ako napríklad odchod do starobného dôchodku. Veková kategorizácia odporúčaná Svetovou zdravotníckou organizáciou (WHO) rozoznáva tieto obdobia staroby:

- 60 - 74 rokov včasná staroba, vyšší alebo starší vek, mladá staroba,
- 75 - 89 rokov vlastná staroba, nazývaná ako pravá staroba, sénium,
- 90 rokov a viac dlhovekosť.

Starobu a seniorský vek môžeme definovať ako obdobie konca prirodzeného vývinu človeka, pre ktoré je typický výskyt geriatrických syndrémov, postupné ubúdanie fyzických aj psychických síl, kedy postupne dochádza k strate záujmov a množstvu zmien vo všetkých systémoch ľudského organizmu (Zrubáková, Novysedláková, Bartošovič, 2018).

Štatistický úrad Slovenskej republiky vyhlásil rok 2018 za prelomový, keďže prvýkrát v histórii Slovenska prekročil podiel seniorov podiel detí.

Výživa u seniorov

Zdravá výživa a príjem tekutín ovplyvňuje zdravotný stav seniora a zlepšuje jeho kvalitu života (Martinková, 2015). Stránský (2015) uvádza, že z pohľadu výživy tvoria práve seniori veľkú rizikovú skupinu. Mnoho faktorov ovplyvňuje v tomto období jednak samotný prísun živín, ale aj ich vstrebávanie a využitie. Nedostatočná výživa však nie je a nemôže byť považovaná za prirodzený sprievodný znak starnutia. Špecifiká výživy vo vyššom veku sú ovplyvnené starobnými zmenami organizmu a pridruženými ochoreniami, potreba energie je ovplyvnená mierou pohybovej aktivity a znížením bazálneho metabolizmu. Počas starnutia klesá potreba energie o 2-3% za každé desaťročie. Biologickú a energetickú hodnotu prijímanej potravy zabezpečuje optimálny príjem nutričov. Odporúčaný denný príjem základných živín predstavuje 15% bielkovín, 30% tukov a 55% sacharidov. Príjem potravy má okrem biologického aj kultúrny a psychosociálny rozmer. Príjem potravy seniora môžu negatívne ovplyvňovať aj zmyslové zmeny súvisiace so starnutím, ako je zmena sluchu, zraku, chuti, či vnímanie vône (Stránský, 2015; Hegyi, Krajčík, 2015; Krajčík, Mikus, Bajanová, 2018; Zlatohlávek a kol., 2019; Macháčová, Holmerová et al., 2019).

Makronutrienty vo výžive seniora

Bielkoviny zohrávajú dôležitú úlohu v ľudskom tele, tvoria základnú stavebnú jednotku všetkých živých buniek. Sú dôležité pre stavbu buniek, orgánov a tkanív, podieľajú sa na metabolických procesoch, veľkú úlohu zohrávajú v obranyschopnosti organizmu, zaisťujú transport látok dôležitých pre telo. Ich základnou stavebnou jednotkou sú aminokyseliny. Bielkoviny majú tvoriť 15% celkového denného energetického príjmu, čo je približne 0,8 - 1,2 g/kg. Množstvo bielkovín nie je vhodné vo vyššom veku znižovať, práve naopak z dôvodu vyššej chorobnosti sa kladie dôraz na ich dostatočný príjem. Využitie proteínov je však v priebehu starnutia sťažené, preto je ich denná dávka odporúčaná na 1,0 - 1,2 g/kg, ktorá sa zvyšuje v závislosti od toho, či je osoba imobilná, s nejakou chronickou ranou, alebo je po operácii, či úraze. Adekvátny príjem bielkovín je vždy potrebné kombinovať s dostatočnou fyzickou aktivitou. Senior, ktorý je zdravý, ale nemá dostatok fyzickej aktivity stráca na svalovej hmote až 10% v priebehu desiatich dní. Inaktivita spôsobuje zníženie svalovej proteosyntézy, ktorá je v období starnutia pomalšia.

Sacharidy sú základným zdrojom energie. Ak je príjem sacharidov nadmerný, vytvára sa zásoba energie vo forme telesného tuku. V starobe spotreba energie klesá vplyvom zníženej fyzickej aktivity. Opakom je zvýšená spotreba vplyvom chronických ochorení. Množstvo sacharidov vo výžive seniora by malo zodpovedať najmenej 50% celkového denného energetického príjmu. Doporučený príjem je však individuálny a závisí od potreby energie a bielkovín. S pribúdajúcim vekom sa metabolizmus sacharidov stáva labilnejším, klesá tolerancia na glukózu. Pre udržanie konštantnej glykémie je vhodné preferovať takzvané komplexné sacharidy s nízkym glykemickým indexom (Stránsky, 2015; Kasper, 2015; Krajčík, Mikus, Bajanová, 2018)

Tuky zaraďujeme medzi makronutrienty s najväčšou energetickou hodnotou. Hlavnú úlohu zohrávajú v mechanickej a tepelnoizolačnej ochrane organizmu. Tuky sú skupina látok vyznačujúcich sa tým, že sú zle rozpustné vo vode. Sú to zlúčeniny glycerolu a mastných kyselín. Prítomnosť tukov v potrave ovplyvňuje chuť potravy, jej vôňu a konzistenciu. Taktiež sú potrebné pre vstrebávanie vitamínov rozpustných v tukoch. Rozlišujeme dva základné druhy tukov a to tuky rastlinné a tuky živočíšne. Výhodou živočíšnych tukov je vyššia stabilita, dobré chuťové vlastnosti, naopak nevýhodou je vysoký obsah mastných kyselín a cholesterolu. Nadmerný prísun tuku v potrave podporuje vznik srdcovocievnych chorôb, obezity a cukrovky. Ani opačný extrém však nie je dobrý. Nízky príjem tuku v potrave sa prejavuje nedostatkom vitamínov rozpustných v tukoch a nedostatkom mastných kyselín, čo má za následok zlé hojenie rán alebo poruchy srdcového rytmu. Do jedálneho seniorskeho by sme mali

zaradiť väčšie množstvo rastlinných olejov. Platí pravidlo, že tuky by mali tvoriť maximálne 30% celkového energetického príjmu (Stránský, 2015).

Pitný režim seniorov

U ľudí vyššieho veku sa veľmi často stretávame s dehydratáciou. Organizmus potrebuje vodu na výživu, odstraňovanie odpadových látok z organizmu kožou, pľúcami, obličkami a stolicou a na zabezpečenie biochemických pochodov. Zlým zavodením organizmu sa zvyšuje riziko trombózy, zápchy. Dehydratácia spôsobuje nepríjemný pocit v ústach, častejší výskyt infekcií močových ciest, vyvoláva zhoršené prekrvenie mozgu, čo môže spôsobiť poruchy vedomia. Príjem tekutín by mal byť rovnomerný po celý deň, nápoje podávané k hlavným jedlám by sa mali stať pravidlom a sú vhodné i pri zníženej produkcii slín a pri ťažkostiach s prehĺtaním. Množstvo prijímaných tekutín je potrebné u osôb s nízkym príjmom zvyšovať postupne. U starších zabúdajúcich osôb môžu byť umiestnené nápoje na ich viditeľných, obľúbených miestach napríklad pri televízore, alebo na nočnom stolíku. U seniorov je nutné sledovať rovnováhu medzi príjmom a výdajom tekutín. Ak telu dodáme dostatok tekutín, telo je schopné udržať funkciu obličiek a z organizmu sa tak vylučujú škodlivé látky, ktoré v tele vznikajú. Nedostatok tekutín spôsobuje aj bolesti hlavy, pokles fyzickej a psychickej výkonnosti, pocit slabosti, nevoľnosť. K vzniku dehydratácie môže prispieť aj užívanie niektorých liekov s diuretickým efektom. Ďalším problémom v rámci pitného režimu je príjem nevhodných nápojov. Často sú to sladené nápoje, sirupy, limonády, pozor je potrebné dávať aj pri príjme minerálnych vôd. Doporučený pitný režim seniora je 1,5 - 2 litre tekutín za deň (Matějovská, Kubešová, 2012; Stránský, 2015).

Metabolizmus u seniorov a jeho zmeny

V dôsledku zníženého metabolizmu v období staroby dochádza k zmenám a problémom zasahujúcim gastrointestinálny trakt. Podstatnú úlohu zohráva starnutie žalúdka, čo spôsobuje jeho pomalé vyprázdňovanie (Tomíková, 2021). Fyziologické zmeny tráviaceho traktu začínajú už stratou zubov, čo má vplyv na rozdrobovanie jedla a s tým súvisiace dôsledky, zaťažujúce ostatné časti tráviaceho systému. Prípadný defektný chrup negatívne ovplyvňuje schopnosť žuť a hrýzť prijímanú potravu, preto potraviny potrebné intenzívne hrýzť a žuť starší ľudia prestali konzumovať a často ich so svojho jedálnička vylučujú. Keďže chrup a nutričný stav spolu úzko súvisia, je potrebné aby starostlivosť o dutinu ústnu a stravovacie návyky boli správne (Chlebo a kol., 2020). S vyšším vekom sa znižuje aj tvorba slín, čo je hlavnou príčinou vzniku pseudobulbárneho syndrómu. Pri tejto poruche prehĺtania sa uplatňujú aj iné faktory, ako napr. vplyv liekov, ktorých vedľajšie účinky vedú k pocitu

zvýšeného sucha v dutine ústnej, hypohydratácií alebo až k dehydratácií. Vzhľadom na nižšiu pohyblivosť seniorov sa znižuje aj peristaltika čriev, preto seniorov často sprevádzajú poruchy vyprázdňovania ako je zápcha alebo hnačka (Hudáková, 2018). Tieto zmeny, ale i nechutenstvo, poruchy žuvania, poruchy prehĺtania, funkčné poruchy, obmedzená pohyblivosť, psychické poruchy, nedostatok financií, ovplyvňujú výživu seniora (Hudáková a kol., 2016). V otázke príjmu potravy zohráva aj psychika veľmi podstatnú úlohu, čo platí aj spätne, že príjem jedla má vplyv na psychiku človeka. Stres, stavy úzkosti a depresie taktiež prispievajú k vzniku zažívacích ťažkostí, ako je napr. hnačka, zvracanie, pálenie záhy alebo tlak v oblasti žalúdka. Strata životného partnera, osamelosť, deficit zmyslového vnímania, zhoršenie sluchu a zraku môže vyvolať stavy úzkosti ale aj zmeny nálad, čo často ovplyvňuje aj chuť k jedlu (Floriánková, 2014). S pribúdajúcim vekom sa znižuje obratnosť, rýchlosť, fyzická výkonnosť a tým aj výdaj energie. Úbytok svalovej sily má za následok zníženie pružnosti svalov a obmedzenie pohybu. Ubúda aj kostná hmota v dôsledku čoho môže ľahšie dôjsť k vzniku zlomenín (Hudáková, 2018). Niektoré ochorenia očí v starobe taktiež môžu spôsobovať problémy pri nakupovaní a príprave jedál. Strata sluchu môže mať za následok sociálnu izoláciu, ktorá patrí medzi hlavné rizikové faktory vzniku podvýživy. Zmenu chuti môžu spôsobovať niektoré užívané lieky, napríklad antidepresíva, antihistaminiká, ACE inhibítory, ktoré pôsobia na tvorbu slín a následne znižujú vnímanie chuti. Alzheimerová choroba, demencia alebo Parkinsonová choroba výrazne ovplyvňujú záujem seniora o jedlo, jeho sebestačnosť pri nákupoch a samotnej príprave stravy. U starších ľudí je nákup aj výber potravín ovplyvnený aj ich finančnou situáciou. Mnohokrát dávajú prednosť lacnejším potravinám, ktoré obsahujú vysoký podiel sacharidov, tuku a naopak menej bielkovín, vlákniny a vitamínov alebo dokonca siahajú po potravinách, ktorým končí záruka alebo sú preexpirované. Medzi kultúrne faktory ovplyvňujúce príjem potravy seniora môžeme zaradiť napríklad náboženské tradície, dodržiavanie pôstu, preferovanie niektorých jedál v danom regióne, alebo rodine. Ďalším dôležitým faktorom ovplyvňujúcim stravovanie seniorov najmä v civilizovaných krajinách je vzdelanie, miera dostupných informácií a samotná motivácia seniorov (Floriánková, 2014; Hoozová, 2015).

Poruchy výživy u seniorov

Starší ľudia sú podvýživou ohrození v dôsledku pôsobenia viacerých multifaktoriálnych rizík. Poruchy výživy považujeme za najčastejšie ťažkosti v seniorskom veku. Medzi časté poruchy výživy radíme malnutríciu, obezitu a dehydratáciu (Hudáková a kol., 2016b).

Malnutrícia alebo podvýživa je stav, kedy príjem živín dostatočne nepokryje potreby organizmu. Jedná sa o patologický stav vedúci vplyvom nedostatku živín k strate telesnej hmotnosti. Počas ochorenia narastajú nutričné nároky organizmu a klesá schopnosť prijímať potravu. K najčastejším príčinám podvýživy seniorov patrí nechutenstvo, poruchy prehĺtania, nadmerné užívanie liekov, problémy s chrupom a samotné starnutie organizmu, kedy dochádza k zhoršenému vstrebávaniu živín. Ďalšie negatívne faktory sú nízke dôchodky, sociálna izolácia, zhoršená mobilita (Hudáková, 2011). Malnutrícia sa vyskytuje u 19-80% hospitalizovaných pacientov, čím sa klasifikuje ako jedna z najčastejších situácií, s ktorými je možné stretnúť sa vo všetkých oblastiach zdravotnej starostlivosti po celom svete. Malnutrícia sa vyskytuje u 11% osôb starších ako 65 rokov a u 7% osôb mladších. Rizikovou skupinu ohrozenú malnutríciami v najvýznamnejšom zastúpení tvoria osoby s malígnymi nádormi, s ochorením tráviaceho traktu (dominujú pacienti s idiopatickými črevnými zápalmi, u ktorých výskyt presahuje až 85%). Seniori vo veku nad 75 rokov sú malnutríciami postihnutí v 50-80%. Voleková (2013) uvádza, že prevalencia výskytu podvýživy seniorov, ktorí majú zachovanú fyzickú a mentálnu aktivitu žijúcich v samostatnej domácnosti nepresahuje 10%. U seniorov v domovoch dôchodcov, spoločných medicínsko - sociálnych zariadeniach sa malnutrícia vyskytuje v 35-50%. Najvyšší výskyt bol zaznamenaný v nemocniciach, kde je až 65% hospitalizovaných seniorov malnutričných, čo predstavuje rizikový faktor vedúci k výskytu komplikácií a predlžovanie dĺžky hospitalizácie. Medzi časté infekčné komplikácie patrí sepsa, bronchopneumónia, zhoršené hojenie rán. Malnutrícia negatívne ovplyvňuje kardiovaskulárny systém, nakoľko pri strate hmotnosti srdca dochádza k zníženiu kontrakility srdcového svalu, poklesu minútového srdcového výdaja, spomaleniu srdcového rytmu a zníženiu tlaku krvi. K neinfekčným komplikáciám patrí srdcová zástava, srdcová arytmia a respiračné zlyhanie. Podvýživa je život ohrozujúci patologický stav, ktorý je potrebné včas diagnostikovať a liečiť. Dôležitú úlohu zohráva prevencia (Balková, 2010; Lukáš, 2014).

Tabuľka 1 Najčastejšie príčiny malnutrície u seniorov.

1	M	2	malabsorpcia, maldigestia pri ochoreniach GIT
3	A	4	anorexia, zníženie hmotnosti
5	L	6	lieky – polypragmázia, anorektický efekt niektorých farmák
7	N	8	nákup, nedostupnosť stravy, nevhodné stravovacie návyky
9	U	10	ústa (orálne zdravie, zubné náhrady), problémy s hryzením a prehĺtaním
11	T	12	tyreopatia (hypertyreóza)
13	R	14	R – rezidentná starostlivosť (chorí v dlhodobej ústavnej starostlivosti)
15	Í	16	IADL závislosť
17	C	18	cholesterol (nízky obsah cholesterolu v diéte)
19	I	20	inadekvátne emócie, depresie
21	A	22	absencia nákupu vhodných potravín, nedostatok financií

Zdroj: Kabátová, Gurínová, 2016.

Lukáš (2014) delí z patofyziologického hľadiska malnutríciu na marantickú, kwashiorkorovú a proteínoenergetickú, ktorá predstavuje kombináciu/prechodové štádium obidvoch predchádzajúcich. Z časového hľadiska rozoznávame malnutríciu akútnu, subakútnu a chronickú, podľa mechanizmu vzniku primárnu (nedostatočný príjem) a sekundárnu (symptomatickú). Pri prostom hladovaní je znížený prísun energie, čomu sa organizmus prispôbi spomalením bazálneho metabolizmu a postupným odbúraním tukových zásob na pokrytie potrebných energetických nárokov. Energetická bilancia je negatívna, syntéza a zásoby bielkovín sú dlho zachované, takže koncentrácie bielkovín vrátane albumínu môžu byť dlho bez poklesu, edémy nie sú prítomné. Stresové hladovanie vzniká v patologických situáciách rôznej etiológie, pri ktorých sú zvýšené energetické nároky a zároveň nedostatočný prísun živín (najmä bielkovín). Zmenené metabolické procesy sú súčasťou systémovej zápalovej odpovede organizmu na stres, ktorým môže byť akútny infarkt (ischémia, zápal, trauma, operácia, popáleniny) alebo chronické ochorenie. Utilizácia substrátov a tvorba energie sú podriadené procesom súvisiacim s ochorením a so snahou organizmu zabezpečiť energiu aj za cenu úplného vyčerpania zásob a straty homeostázy (Hoozová, 2015).

Tabuľka 2 Rozdelenie malnutrície podľa stupňa závažnosti

23	ľahká, klinicky bezvýznamná malnutrícia, BMI 18 – 20
24	↓telesnej hmotnosti do 10% z pôvodnej hmotnosti za posledných 6 mesiacov, bez somatických a funkčných porúch
25	stredne závažná malnutrícia BMI 16 – 18
26	↓telesnej hmotnosti 10% a viac z pôvodnej hmotnosti, ↓podkožného tuku, bez funkčnej poruchy
27	ťažká malnutrícia BMI menej ako 16
28	progredujúci ↓telesnej hmotnosti o 15%, ↓podkožného tuku, atrofia svalov, ↓svalová sila, opuchy, zlé hojenie rán, nízka vitálna kapacita

Zdroj: vlastné spracovanie podľa Topinková (2010).

Voleková (2013) uvádza, že malnutrícia u seniorov vzniká pri nedostatočnom príjme potravy, pri neadekvátnom spracovaní a vstrebávaní jednotlivých nutrientov, ale aj pri zvýšených požiadavkách organizmu a poruchách metabolizmu.

Obezita je chorobný stav, ktorý vzniká v dôsledku nadmerného ukladania tuku ako aj zásob energie, pričom je príjem energie vyšší ako jej výdaj. Podľa WHO má obezita rozmer epidémie po celom svete. Pokiaľ je človek obézny, určuje miesto uloženia tukového tkaniva veľkosť zdravotného rizika. Tuk uložený v oblasti brucha sa nachádza nielen v podkoží, ale aj medzi vnútornými orgánmi, čo ovplyvňuje ich funkciu, zvyšuje riziko srdcovo cievnych ochorení, diabetu, rakoviny prostaty, vaječníkov a mnoho ďalších ochorení. Obezitu s ukladaním tuku prevažne v oblasti brucha označujeme ako mužský typ (androidný), obezita typu „jablko“. Ukladanie tuku prevažne na stehnách a bokoch označujeme ako ženský typ obezity (gynoidný), obezita typu „hruška“. Riziká obezity predstavujú rad vážnych komplikácií, predovšetkým vysokú úmrtnosť, ICHS, náhle cievne mozgové príhody, respiračné poruchy, poruchy pohybového aparátu, kognitívne poruchy, kožné ochorenia, metabolický syndróm, nádory hrubého čreva, prsníka, pažeráka, stukovatenie pečene, gastroezofágový reflux, zhoršenie stresovej inkontinencie a sebestačnosti (Kunešová a kol., 2016; Krajčík a spol., 2018).

Dehydratáciu môžeme charakterizovať ako zmenšenie celkového množstva vody v našom organizme, ktoré môže, ale aj nemusí byť spojené so stratou elektrolytov. Dehydratácia sa vyskytuje vo veku 65 a viac rokov u hospitalizovaných pacientov približne od 6,7 až 12%. U ľudí, ktorí sú umiestnení v zariadeniach pre dlhodobo chorých je % výskytu dehydratácie vyššie. Dehydratáciu vo vzťahu k osmolalite séra rozdeľujeme na 3 formy:

Izotonická dehydratácia je zapríčinená rovnomerným poklesom vody a iónov napr. pri stratách tekutín v dôsledku hnačiek a vracania. Hypotonická dehydratácia vzniká ak straty minerálov prevyšujú straty vody. Tieto situácie nastávajú hlavne počas liečby diuretikami. Hypertonická dehydratácia sa vyskytuje najčastejšie a je spôsobená zvýšenou koncentráciou Na v plazme, ktorej hodnota je nad 150 mmol/l a osmolalita séra presahuje hodnotu 300 mmol (Krajčík a kol., 2018). Dostatočná hydratácia a zároveň rovnováha v príjme a výdaji tekutín patrí medzi významný faktor ovplyvňujúci celkový zdravotný stav jedinca. Naopak nadmerný výdaj, či nedostatočný príjem tekutín predstavuje problém ovplyvňujúci kondíciu seniora. Nedostatočná hydratácia je závažný a frekventovaný fenomén, ktorý je pre seniorov typický a patrí medzi hlavné príčiny častých hospitalizácií. Dehydratácia znižuje chuť k jedlu, výkonnosť, ospalosť, bolesti hlavy, poruchy koncentrácie, termoregulácie, zvyšuje telesnú teplotu, dráždivosť a frekvenciu pulzov. Pri dlhodobom nedostatku tekutín dochádza k vzniku zápchy, poruchám funkcie obličiek, časté sú aj infekcie močových ciest, ochorenia srdca a ciev. Už pri strate 1-5% sa hypohydratácia prejavuje stratou pocitu hladu, únavou, smädom, obmedzenou pohyblivosťou, zvýšenou frekvenciou srdca, nevoľnosťou a zvýšenou telesnou teplotou. Strata 6-10% spôsobuje bolesti hlavy, cyanózu, závrate, parestézie, ťažkosti s dýchaním, znižuje sa cirkulujúci objem krvi a zvyšuje viskozita, zastavuje sa produkcia slín, dochádza k poruchám rovnováhy a artikulácie. Pri strate 11-20% vznikajú poruchy prehltnutia, neostré videnie, kŕče, opuch jazyka, nedoslýchavosť, strata citlivosti kože, anúria, delírium až zástava srdca. Najtypickejším prejavom dehydratácie je smäd, ortostatická hypotenzia a znížený turgor kože. V období staroby sú najlepším ukazovateľom dehydratácie suché sliznice dutiny ústnej najviac viditeľné na spodnej strane jazyka a suchá koža v axilárnej jamke podpazušia, ktorá sa vyskytuje u 80-90% seniorov.

Tabuľka 3 Zmeny v starobe ovplyvňujúce výživu a výživový stav

29	Zloženie organizmu	30	↓denzita kostí; ↓svalovej hmoty, ↓telesnej bielkoviny; ↓telesnej tekutiny
31	Poruchy regulácie	32	vymiznutie pocitu smädu; ↓ chuti na jedlo
33	Trávenie	34	obmedzená stráviteľnosť (tuky, laktóza); sklon k obštipácii; ↓ vstrebávanie živín, napr. deficitom HCl, alebo sekrécie intrinsic faktoru sliznici žalúdka

35	Látková výmena	36	↓bazálny metabolizmus spojený so stratou svaloviny a bielkoviny; ↓produkcia hormónov; ↓oxidácia tukov; tolerancia glukózy; spomalená obnova telesnej bielkoviny; ↓epidermálna a renálna syntéza vitamínu D
37	Zvýšené nároky na energiu	38	<u>podmienené starobou</u> : vitamín D, Ca; <u>podmienené chorobami</u> : infekcie (vitamín C, Zn), dekubity (bielkoviny, Zn), diabetes mellitus (Zn);
		39	<u>podmienené liekmi</u> : napr. Mg, K, podmienené laxatívami
40	Znížené vnímanie, obmedzená pohyblivosť	41	chuť, vôňa, sekrécia slín; zrak; poruchy prehĺtania; manuálna zručnosť; poruchy pamäti; mobilita; funkcia pľúc, zvlášť pri záťaži; inkontinencia
42	Psychosociálne problémy	43	nízky dôchodok, chudoba; nepriaznivé podmienky bývania; samota, depresia; zabudlivosť, zmätenosť, demencia

Zdroj: Stránský, 2015.

Hodnotenie stavu výživy

Kým pri posudzovaní stavu výživy osôb mladších vekových kategórií väčšinou postačuje kritérium BMI, diagnostika u osôb 65 a viacročných je založená na viac dimenziálnom posudzovaní, ktorého súčasťou je aj zhodnotenie nutričného stavu a prítomnosti rizikových faktorov vzniku malnutrície. Skríning nutričného stavu a miery rizika vzniku malnutrície by mal byť štandardným úkonom pri vyšetrení každého seniora vždy pri prvom vyšetrení, ale aj v pravidelných intervaloch u pacienta dispenzarizovaného (Hoozová, 2015). Malnutríciu môžeme diagnostikovať niekoľkými spôsobmi. Medzi základné diagnostické postupy patrí nutričná anamnéza, fyzikálne vyšetrenie – aspexia (zistujú sa antropometrické ukazovatele, prítomnosť opuchov či ascitu), laboratórne parametre, ktoré odoberáme podľa ordinácie lekára. Pri prvotnej diagnostike vo všeobecnosti nie sú nutné laboratórne vyšetrenia, výsledky dotazníkov a antropometrických vyšetrení majú relevantnú výpovednú hodnotu o riziku malnutrície alebo riziku jej rozvoja (Paľko, 2011; Voleková, 2013; Hoozová, 2015).

Tabuľka 4 Hodnotenie stavu výživy metódou ABCD

44		46	zber antropometrických ukazovateľov
45	A	47	Antropometrické parametre vhodné na posúdenie aktuálneho nutričného stavu (ale aj na sledovanie efektu liečby) poskytujú informácie o veľkosti a zložení tela, sú v praxi jednoducho realizovateľné.
		48	1., Meranie telesnej výšky a telesnej hmotnosti.
		49	2., Meranie telesných obvodov a výpočet BMI.
		50	3., Meranie množstva tuku pomocou tukomera (merača tukov).
		51	4., Meranie obvodu svalov ramena (ukazovateľ telových proteínových rezerv).
		52	5., Hodnotenie habitu tela.
		53	6., Meranie kožných rias (výška kožnej riasy u starého človeka nemusí mať spoľahlivú výpovednú hodnotu. U mnohých starších osôb nemôžu byť správne určená, napríklad pre prítomnosť výpotkov, opuchov, porúch postoja, výraznej kyfózy/kyfoslózy, fraktúr stavcov či straty končatiny)
54		56	hodnotenie biochemických údajov
55	B	57	sestra odoberá vzorky biologického materiálu na zistenie látok, metabolitov v krvi a moči podľa ordinácie lekára. K základným laboratórnym parametrom na posúdenie stavu výživy patrí stanovenie hodnoty celkových bielkovín, albumínu a prealbumínu, celkového cholesterolu, hemoglobínu, hematokritu, sérového transferínu, celkového počtu leukocytov, dusíkovej bilancie a iné. Pri detailnom vyšetrení sa pátra po karencii jednotlivých mikronutrientov, dôležité sú aj údaje o stave obličkových a pečňových funkcií, koncentrácii CRP, hodnote kreatinínu (odráža aj stav svalovej hmoty)
58		60	hodnotenie klinických parametrov stavu výživy
59	C	61	Sestra v rámci hodnotenia klinických parametrov posudzuje: gastrointestinálny trakt: krvácanie z ďasien, nechutenstvo (anorexia), pocit nevoľnosti (nauzea), hnačky, zápcha, ťažkosti s trávením, telesná hmotnosť: zvýšená/znížená. koža: suchá, mastná, šupinatá, zhrubnutá, s vyrážkami, modriny, sliznicu dutiny ústnej: suchosť, opuchnutie, jazyk: suchý, začervenaný, vlasy: mastné, suché, lámavé, nerovnako dlhé, nechty: lámavé, kardiovaskulárny systém: hypertenzia, srdcový rytmus, varixy, kostrosvalový systém: svalstvo chabé (tonus znížený), mäkké, málo vyvinuté, oči: suché, začervenané, nervový systém: znížené reflexy, zvýšená dráždivosť, nepozornosť, zmätenosť, emočná labilita., vitalita: zníženie energie, únavnosť, apatia, spánok: problémy so spánkom
62		64	získanie výživovej anamnézy
63	D	65	Nutričnou anamnézou získame aspoň orientačné údaje o stravovaní seniora. Zameriava sa na posúdenie a zistenie stravovacích návykov, preferencii jedál, frekvenciu príjmu, intolerancie a alergie na potraviny, príjmu tekutín v priebehu dňa, užívania vitamínov a minerálov (doplňkov), obmedzenia v stravovaní, stravovacích problémov, zdravotnej anamnézy, sebestačnosti viazanej na nakupovanie a prípravu jedla.

Zdroj: vlastné spracovanie podľa Paľko, 2011; Voleková, 2013; Hoozová, 2015.

Podľa anamnestických údajov a celkového hodnotenia seniora vieme určiť, u ktorých seniorov môžeme predpokladať problémy v oblasti výživy. Sú to seniori, u ktorých je prítomný nedostatočný alebo nadbytočný príjem potravy; hladovanie, problémy v dutine ústnej, zmena v pohyblivosti, deficit sebaopatery, nedostatok finančných prostriedkov, osamelosť, anorexia, nauzea, zvracanie, hnačka, ochorenia pečene, pankreasu, obličiek, nádorové ochorenia, duševné choroby. Včasná identifikácia vysoko rizikových seniorov umožňuje zlepšiť ich nutričný stav a zabrániť komplikáciám a zhoršovaniu zdravotného stavu (Balková, 2010). Chuť do jedla pacienta možno zhodnotiť dotazníkom SNAQ (Simplified Nutritional Appetite Questionnaire), ktorého výsledok má aj prediktívnu hodnotu o strate hmotnosti v priebehu 6 mesiacov. Veľké množstvo hodnotiacich nástrojov bolo vytvorených za účelom identifikácie jedinca s malnutríciou alebo s rizikom jej vzniku. Mnohé sú špecifické pre určitú klinickú situáciu alebo vekovú skupinu. Napríklad dotazník MUST (The Malnutrition Universal Screening Tool) je všeobecne používaný ako jednoduchý nástroj na posúdenie stavu výživy pri ambulantnom aj nemocničnom vyšetrení. Jeho výhodou je rýchla realizácia, vysoká prediktívna hodnota nielen vo vzťahu k nedostatočnej výžive, ale aj k miere dĺžky hospitalizácie a mortalite starších (Hoozová, 2015). Pre populáciu starších je k dispozícii Škála pre hodnotenie stavu výživy alebo jej skrátená forma aj v našich podmienkach známa pod anglickou skratkou (MNA/ MNA – SF; The Mini – Nutritional Assessment/– Short Form), ktorý predstavuje komplexný nástroj na diagnostiku prítomnosti malnutrície alebo rizika jej vzniku.

Nutričná podpora

Cieľom nutričnej podpory seniora je poskytnúť potrebné živiny a energeticky vyvážený príjem potravy. Liečebná výživa pri malnutrícii by mala byť zahájená najneskôr do 48 hod od stanovenia diagnózy. Pri liečbe podvýživy máme dve možnosti podávania výživy. Enterálna výživa, kedy podávame stravu do tráviaceho traktu. Podmienkou je jeho zachovaná funkcia. Nutričnú podporu môžeme podávať ústami - popíjaním (angl. sipping). Aplikácia výživy vo forme sippingu je veľmi výhodná, keď pacient nie je schopný konzumovať dostatočné množstvo normálnej výživy, ale je schopný frekvenčným popíjaním malých objemov dosiahnuť čiastočný, eventuálne úplný denný prísun živín a tekutín. Enterálna výživa je okrem príjmu perorálne popíjaním aplikovaná najčastejšie do nazogastrickej alebo nazoenterálnej alebo jejunálnej sondy. Pri afunkčnom tráviacom trakte sa výživné roztoky podávajú parenterálne do periférnej alebo centrálne kanylovanej žily počas hospitalizácie v nemocnici, ale aj v domácom prostredí (Balková, 2010; Lehocká, a kol., 2019).

Problémom našej prieskumnej štúdie bola „Malnutrícia u seniorov v zariadení sociálnych služieb“. **Naším hlavným cieľom** bolo zistiť nutričný stav klientov v domove sociálnej starostlivosti. V rámci kvantitatívneho prieskumu sme pre posudzovanie nutričného stavu klienta použili antropometrické merania a hodnotenie výživovej anamnézy. Použili sme štandardizovaný Mini Nutritional Assessment (MNA) škála pre hodnotenie stavu výživy, tzv. malý výživový test. V teste sme sledovali šesť položiek, za každú odpoveď sme pridali prislúchajúce body a ich súčet vyjadril výsledok: 12-14 bodov normálny stav, 8-11 bodov v riziku podvýživy, 0-7 bodov podvýživa. Pre získanie antropometrických dát sme použili výpočet váhovo výškového indexu – BMI, meranie stredného obvodu paže a stredného obvodu svalstva paže. Pre diagnostiku podvýživy sa BMI samostatne nepoužíva. Dôvodom je úbytok svalstva spolu s podkožným tukom, ktorý sa manifestuje až k extrémnej vychudnutosti, ochablosti, prípadne vznikom edémov, dôsledkom čoho je hypoproteinémi (najmä u kwashiorkového typu malnutricie) a v strese často extrémna retencia sodíka so vznikom generalizovaných opuchov. Tie vytvárajú na prvý pohľad obraz dobre živeného pacienta (Kasper, 2015; Zadák, Havel, 2017). Z antropometrických parametrov pri predpoklade, že merané obvody sú reprezentatívne pre celé telo sa pre odhad množstva svalstva a telesného tuku v praxi využíva aj meranie obvodu paže. Úbytok množstva svalov (sarkopénia) je spojený v rámci malnutricie so všetkými vekovými skupinami, no najčastejší výskyt úbytku je v období starnutia. Príčinou je znížená proteosyntéza vo svaloch a znížená odpoveď na anabolické stimuly v organizme oproti mladším jedincom. Tento stav sa nazýva anabolická rezistencia svalov, výsledkom ktorej je svalový katabolizmus. Kwashiorkový typ malnutricie spojený s rozsiahlym čerpaním energie z proteínov (viscerálnych aj somatických) nevyužíva ako zdroj energie tukové tkanivo, čo na prvý dojem spolu s hromadením intersticiálnej tekutiny vytvára obraz dobre živeného pacienta. Obvod paže sa používa ako alternatíva k BMI u pacientov imobilných, resp. v prípadoch, ak je obtiažne stanovenie výšky a hmotnosti.

Tabuľka 5 Obvod paže pre vek 65+ (v cm)

66	Vek 65+	68	Muži	69	Ženy
67	Obvod paže (cm)				
70	Norma	71	29,3 cm	72	28,5 cm
73	Malnutrícia	74	18 – 20 cm	75	16 – 18 cm
76	Ťažká malnutrícia	77	19, 5 cm	78	15,5 cm
79	Obezita	80	nad 43 cm	81	nad 40 cm

Zdroj: vlastné spracovanie podľa Wierdsman et al., 2017.

Dodržali sme základné etické prístupy pre prieskum. Súhlas pre uskutočnenie prieskumu sme získali riaditeľa Domova Dôchodcov v Spišskej Novej Vsi, Ing. Štefana Šišku. Zber údajov sme vykonávali osobne v období od septembra 2020 do decembra 2020 u klientov ubytovaných na 1. oddelení Domova Dôchodcov v Spišskej Novej Vsi. Klientov zapojených do prieskumu odvážili na osobnej váhe, zmerali ich výšku, odmerali obvod paže. Merania sme vykonávali vždy 20. deň v mesiaci, používali sme stále ten istý meter a osobnú váhu. Výber súboru respondentov bol zámerný. Podmienky výberu prieskumnej vzorky respondentov boli nasledovné: vek 65 a viac rokov, pobyt v zariadení minimálne 1 týždeň, ochota spolupracovať. Pôvodne sme plánovali prieskum uskutočniť na vzorke 52 respondentov, avšak 5 respondenti počas realizácie prieskumu zomreli, jedna respondentka bola dlhodobo hospitalizovaná v nemocnici, jeden respondent bol presťahovaný na iné oddelenie domova dôchodcov a jedna respondentka nebola schopná spolupráce, pretože bola ležiaca a nebolo možné ju odvážiť. Prieskumný súbor teda tvorilo 43 klientov.

Tabuľka 6 Rozdelenie respondentov podľa veku a pohlavia

82	Vek	83 Ženy			84 Muži				
		85	n	86	%	87	n	88	%
89	65 – 75 rokov	90	5	91	12%	92	6	93	14%
94	76 – 85 rokov	95	13	96	30%	97	4	98	9%
99	86 – 96 a viac rokov	100	11	101	26%	102	4	103	9%
104	Spolu	105	29	106	68%	107	14	108	32%

n = absolútne čísla, % = percentuálne vyjadrenie

Zdroj: vlastné spracovanie

Interpretácia výsledkov prieskumu

V nasledujúcom texte uvádzame sledované antropometrické parametre u klientov Domova dôchodcov v sledovanom období.

Prvým sledovaným antropometrickým parametrom bola telesná hmotnosť klientov. Ako sme už v predchádzajúcom texte uviedli, samotný prírastok alebo úbytok hmotnosti za určité obdobie ešte neodráža zmenu množstva telesného tuku alebo zmenu proteosyntézy bielkovín vo svaloch. Napriek tomu môžeme konštatovať, že hmotnosť klientov domova dôchodcov bola v sledovanom období vyrovnaná a kolísala v priemere od -3 do 3 kg. Len u jednej klientky sa vyskytol vyšší úbytok hmotnosti a to -5 kg, čo by mohlo naznačovať riziko vzniku malnutrície.

Tabuľka 7 Telesná hmotnosť mužov v sledovanom období

109	110 9/2 020	111 10/ 2020	112 11/ 2020	113 12/ 2020	114 príra stok /úbytok 115 teles nej hmotnosti
116 Respo ndent č.1	117 64 kg	118 65k g	119 65k g	120 65k g	121 + 1kg
122 Respo ndent č.2	123 61	124 63	125 64	126 64	127 + 3 kg
128 Respo ndent č.3	129 84	130 85	131 86	132 85	133 + 1kg
134 Respo ndent č.4	135 82	136 82	137 81	138 81	139 -1kg
140 Respo ndent č.5	141 57	142 57	143 57	144 57	145 0
146 Respo ndent č.6	147 90	148 90	149 90	150 90	151 0
152 Respo ndent č.7	153 77	154 77	155 77	156 77	157 0
158 Respo ndent č.8	159 38	160 38	161 38	162 38	163 0
164 Respo ndent č.9	165 85	166 85	167 81	168 82	169 -3kg
170 Respo ndent č.10	171 77	172 77	173 77	174 76	175 -1kg
176 Respo ndent č.11	177 89	178 89	179 90	180 90	181 + 1kg
182 Respo ndent č.12	183 82	184 83	185 83	186 83	187 + 1kg
188 Respo ndent č.13	189 62	190 62	191 62	192 62	193 0
194 Respo ndent č.14	195 54	196 53	197 52	198 52	199 -2 kg

Zdroj: vlastné spracovanie

V sledovanom období došlo u štyroch (28,5%) respondentov k poklesu telesnej hmotnosti v rozmedzí od 1 do 3 kg. U piatich (35,7%) mužov došlo k miernemu zvýšeniu telesnej hmotnosti od 1 do 3 kg. Telesná hmotnosť ostala konštantná u piatich (35,7%) mužov.

Tabuľka 8 Telesná hmotnosť žien v sledovanom období

200		201 9 /2020	202 10 /2020	203 11 /2020	204 12 /2020	205 prírastok /úbytok 206 telesnej hmotnosti
207	Respondentka č.1	208 5 8 kg	209 58 kg	210 58 kg	211 58 kg	212 0 kg
213	Respondentka č.2	214 6 2,5	215 62	216 62	217 62	218 -1
219	Respondentka č.3	220 9 1	221 91	222 91	223 90	224 -1
225	Respondentka č.4	226 7 7	227 77	228 77	229 77	230 0
231	Respondentka č.5	232 8 9	233 90	234 90	235 89	236 0
237	Respondentka č.6	238 5 7	239 57	240 57	241 57	242 0
243	Respondentka č.7	244 6 0	245 60	246 60	247 61	248 1
249	Respondentka č.8	250 5 2	251 52	252 51	253 52	254 0
255	Respondentka č.9	256 7 1	257 71	258 71	259 71	260 0
261	Respondentka č.10	262 5 2	263 53	264 53	265 53	266 1
267	Respondentka č.11	268 4 5	269 45	270 45	271 45	272 0
273	Respondentka č.12	274 6 2	275 62	276 62	277 63	278 1
279	Respondentka č.13	280 4 9	281 48	282 47	283 48	284 -1
285	Respondentka č.14	286 6 1	287 61	288 61	289 61	290 0
291	Respondentka č.15	292 8 2	293 81	294 81	295 80	296 -2
297	Respondentka č.16	298 6 5	299 62	300 62	301 60	302 -5
303	Respondentka č.17	304 5 0	305 50	306 50	307 50	308 0
309	Respondentka č.18	310 5 7	311 57	312 57	313 57	314 0
315	Respondentka č.19	316 8 5	317 85	318 84	319 83	320 -2
321	Respondentka	322 8	323 85	324 86	325 86	326 1

ntka č.20	5					
327 Responde ntka č.21	328 7 6	329 75	330 74	331 74	332 -2	
333 Responde ntka č.22	334 7 8	335 78	336 78	337 78	338 0	
339 Responde ntka č.23	340 6 2	341 62	342 61	343 62	344 0	
345 Responde ntka č.24	346 7 4	347 74	348 74	349 74	350 0	
351 Responde ntka č.25	352 8 4	353 84	354 85	355 84	356 0	
357 Responde ntka č.26	358 7 0	359 69	360 68	361 68	362 -2	
363 Responde ntka č.27	364 4 9	365 49	366 49	367 49	368 0	
369 Responde ntka č.28	370 5 0	371 50	372 50	373 50	374 0	
375 Responde ntka č.29	376 4 4	377 44	378 44	379 44	380 0	

Telesnú hmotnosť uvádzame v kilogramoch kg

Zdroj: vlastné spracovanie

V sledovanom období došlo u 8 (27,5%) respondentiek k poklesu telesnej hmotnosti v rozmedzí od 1 do 5 kg. U štyroch (13,8%) žien došlo k miernemu zvýšeniu telesnej hmotnosti o 1 kg. Telesná hmotnosť ostala konštantná u 17 (58,6%) žien. Ďalším zo sledovaných antropometrických parametrov bola výška, na základe ktorej sme v pomere ku hmotnosti vypočítali hodnotu BMI. Zaujímavosťou je, že u všetkých klientov išlo pomerne o vyrovnané hodnoty, ktoré kolísali v rozpätí u mužov od - 0,97 do +1,5 a u žien boli trochu viac nevyvážené, v rozmedzí od -1,3 do + 1,82.

Tabuľka 9 BMI mužov v sledovanom období

381 Respo ndent	382 9/ 2020	383 10 /2020	384 11 /2020	385 12 /2020	386 zvýšenie/ zníženie hodnoty BMI
387 Respo ndent č.1	388 2 2	389 22	390 22	391 22	392 0,00
393 Respo ndent č.2	394 2 1	395 21, 8	396 22, 5	397 22, 5	398 1,50
399 Respo ndent č.3	400 2 8,34	401 28, 73	402 29, 07	403 28, 73	404 0,39
405 Respo ndent č.4	406 2 3,69	407 23, 69	408 23, 67	409 23, 67	410 -0,02
411 Respo	412 2	413 24,	414 24,	415 24,	416 0,00

ndent č.5	4,5	5	5	5	
417 Respo ndent č.6	418 3 0,07	419 30, 07	420 30, 07	421 30, 07	422 0,00
423 Respo ndent č.7	424 2 7,28	425 27, 28	426 27, 28	427 27, 28	428 0,00
429 Respo ndent č.8	430 1 3,15	431 13, 15	432 13, 15	433 13, 15	434 0,00
435 Respo ndent č.9	436 2 7,44	437 27, 44	438 26, 15	439 26, 47	440 -0,97
441 Respo ndent č.10	442 2 8,28	443 28, 28	444 28, 28	445 27, 92	446 -0,36
447 Respo ndent č.11	448 3 2,69	449 32, 69	450 33, 06	451 33, 06	452 0,37
453 Respo ndent č.12	454 2 8,37	455 28, 72	456 28, 72	457 28, 72	458 0,35
459 Respo ndent č.13	460 2 1,91	461 21, 91	462 21, 6	463 21, 6	464 -0,31
465 Respo ndent č.14	466 1 8,69	467 18, 34	468 17, 99	469 17, 99	470 -0,70

Zdroj: vlastné spracovanie

U 9 (64,3%) respondentov došlo k miernej zmene hodnoty BMI. U 4 (28,5%) respondentov sa táto hodnota veľmi mierne znížila a u 5 (35,7%) mierne zvýšila.

Tabuľka 10 BMI žien v sledovanom období

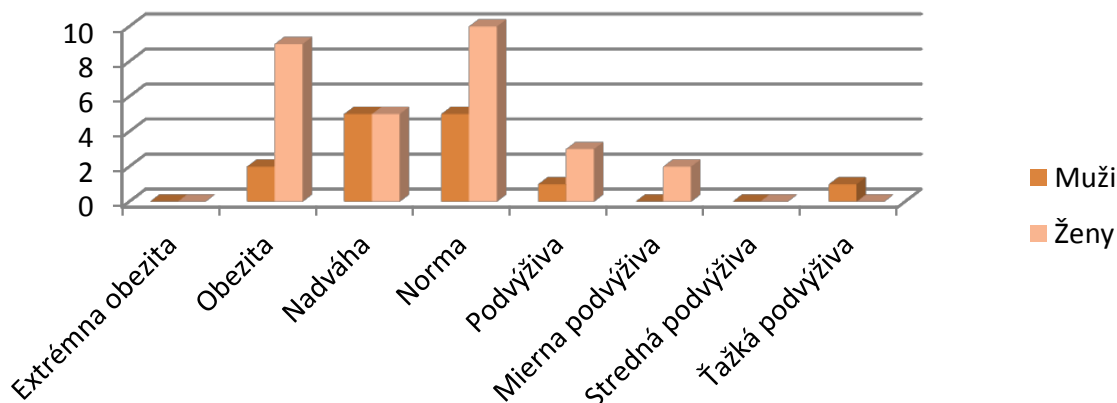
471 Respond entka	472 9 / 2020	473 10 /2020	474 11 /2020	475 12 /2020	476 zvýšenie /zníženie 477 hodnoty BMI
478 Respond entka č.1	479 2 2,94	480 22 ,94	481 22 ,94	482 22 ,94	483 0,00
484 Respond entka č.2	485 2 6,34	486 26 ,14	487 26 ,14	488 26 ,14	489 -0,20
490 Respond entka č.3	491 3 3,43	492 33 ,43	493 33 ,43	494 33	495 -0,43
496 Respond entka č.4	497 3 2,89	498 32 ,89	499 32 ,89	500 32 ,89	501 0,00
502 Respond entka č.5	503 3 4,77	504 35 ,16	505 35 ,16	506 34 ,77	507 0,00
508 Respond entka č.6	509 2 0,94	510 20 ,94	511 20 ,94	512 20 ,94	513 0,00
514 Respond entka č.7	515 2 6,67	516 26 ,67	517 26 ,67	518 27 ,11	519 0,44
520 Respond	521 1	522 19	523 18	524 19	525 0,00

entka č.8	9,1	,1	,73	,1		
526 Respond entka č.9	527 2 9,17	528 29 ,17	529 29 ,17	530 29 ,17	531 0,00	
532 Respond entka č.10	533 2 0,57	534 20 ,96	535 20 ,96	536 20 ,96	537 0,39	
538 Respond entka č.11	539 1 8,03	540 18 ,03	541 18 ,03	542 18 ,03	543 0,00	
544 Respond entka č.12	545 2 4,22	546 24 ,22	547 24 ,22	548 24 ,61	549 0,39	
550 Respond entka č.13	551 1 9,14	552 18 ,75	553 18 ,36	554 18 ,75	555 -0,39	
556 Respond entka č.14	557 2 3,83	558 23 ,83	559 23 ,83	560 23 ,83	561 0,00	
562 Respond entka č.15	563 3 1,25	564 30 ,86	565 30 ,86	566 30 ,48	567 -0,77	
568 Respond entka č.16	569 2 3,59	570 22 ,5	571 22 ,5	572 21 ,77	573 -1,82	
574 Respond entka č.17	575 2 0,81	576 20 ,81	577 20 ,81	578 20 ,81	579 0,00	
580 Respond entka č.18	581 2 1,99	582 21 ,99	583 21 ,99	584 21 ,99	585 0,00	
586 Respond entka č.19	587 3 4,5	588 34 ,5	589 33 ,65	590 33 ,25	591 -1,25	
592 Respond entka č.20	593 3 3,2	594 33 ,2	595 33 ,59	596 33 ,59	597 0,39	
598 Respond entka č.21	599 3 2,5	600 31 ,62	601 31 ,2	602 31 ,2	603 -1,30	
604 Respond entka č.22	605 3 1,64	606 31 ,64	607 31 ,64	608 31 ,64	609 0,00	
610 Respond entka č.23	611 2 4,22	612 24 ,22	613 23 ,83	614 24 ,22	615 0,00	
616 Respond entka č.24	617 2 7,51	618 27 ,51	619 27 ,51	620 27 ,51	621 0,00	
622 Respond entka č.25	623 3 4,96	624 34 ,96	625 34 ,96	626 34 ,96	627 0,00	
628 Respond entka č.26	629 2 9,14	630 28 ,72	631 28 ,3	632 28 ,3	633 -0,84	
634 Respond entka č.27	635 1 9,14	636 19 ,14	637 19 ,14	638 19 ,14	639 0,00	
640 Respond entka č.28	641 2 0,81	642 20 ,81	643 20 ,8	644 20 ,81	645 0,00	
646 Respond entka č.29	647 1 8,08	648 18 ,08	649 18 ,08	650 18 ,08	651 0,00	

Zdroj: vlastné spracovanie

Podľa kvantitatívnej klasifikácie nadváhy a obezity platí, že čím je vyššia alebo nižšia hodnota BMI, tým je horšia životná prognóza. Respondentov obidvoch pohlaví sme na základe získaných hodnôt BMI zaradili do jednotlivých skupín.

Graf 1 Zaradenie respondentov podľa hodnoty BMI



Zdroj: vlastné spracovanie

Obezitou trpí podľa nami zistených údajov až 31% žien, ale len 14% mužov a rovnako viac žien trpelo podvýživou (10%) oproti mužom (7%). Muži vykazovali odchýlky oproti ženám len v nadváhe (nadváha muži trpelo 36%, 17 % žien). Rovnako sa len u mužov vyskytol jeden prípad (7%) ťažkej podvýživy. Normálnu výživu podľa BMI malo v sledovanej vzorke 35% žien a 36% mužov. Posledným zo sledovaných antropometrických parametrov bol obvod paže. Ako sme už uviedli, ide o alternatívu ku parametru BMI, ktorá je najmä u seniorov lepšie merateľná a viac smerodajná, pretože úbytok množstva svalov je najčastejší práve v období starnutia. V sledovanom súbore sme zaznamenali kolísanie obvodu paže v rozmedzí od -1,5 cm do +2 cm u mužov a od -1cm do 0 cm u žien. Zaujímavosťou v sledovanom súbore bolo, že u žien sme zaznamenávali len úbytok svalovej hmoty, čo koreluje s tvrdením pri hodnotách BMI, že sú to práve ženy, ktoré viac trpia poruchami výživy ako muži.

Tabuľka 11 Obvod paže v cm u mužov v sledovanom období

652 Respo ndent	653 9/ 2020	654 10 /2020	655 11 /2020	656 12 /2020	657 prírastok /úbytok
658 Respo ndent č.1	659 2 4	660 24, 5	661 25	662 25	663 1,0
664 Respo ndent č.2	665 2 5	666 26	667 27	668 27	669 2,0
670 Respo ndent č.3	671 3 2	672 32, 5	673 33	674 33	675 1,0
676 Respo	677 2	678 29	679 29	680 29	681 0,0

ndent č.4	9					
682 Respo ndent č.5	683 2 5,5	684 25, 5	685 25	686 25	687 -0,5	
688 Respo ndent č.6	689 3 0	690 30	691 30	692 30	693 0,0	
694 Respo ndent č.7	695 2 8	696 28	697 28	698 28	699 0,0	
700 Respo ndent č.8	701 1 9	702 19	703 19	704 19	705 0,0	
706 Respo ndent č.9	707 3 4	708 34	709 32	710 32, 5	711 -1,5	
712 Respo ndent č.10	713 2 8,5	714 28, 5	715 28, 5	716 28	717 -0,5	
718 Respo ndent č.11	719 3 2	720 32	721 32	722 32	723 0,0	
724 Respo ndent č.12	725 3 1	726 31	727 31	728 31	729 0,0	
730 Respo ndent č.13	731 2 2	732 22	733 22	734 22	735 0,0	
736 Respo ndent č.14	737 2 5	738 25	739 25	740 25	741 0,0	

Zdroj: vlastné spracovanie

Obvod paže v cm u mužov sa v sledovanom období zvýšil u 3 respondentov, obvod paže sa zmenšil u troch respondentov. U ostatných 8 mužov sa hodnota obvodu paže nezmenila.

Tabuľka 12 Obvod paže u žien v cm v sledovanom období

742 Respond entka	743 9 /2020	744 10 /2020	745 1 1/020	746 12 /2020	747 prírasto k /úbytok
748 Respond entka č.1	749 2 5	750 25	751 2 5	752 25	753 0,0
754 Respond entka č.2	755 2 9	756 29	757 2 9	758 29	759 0,0
760 Respond entka č.3	761 3 3	762 33	763 3 3	764 33	765 0,0
766 Respond entka č.4	767 3 3	768 33	769 3 3	770 33	771 0,0
772 Respond entka č.5	773 4 3	774 43	775 4 3	776 43	777 0,0
778 Respond entka č.6	779 2 5	780 24	781 2 4	782 24	783 -1,0
784 Respond entka č.7	785 2 9	786 29	787 2 9	788 29	789 0,0

790	Respond entka č.8	791	2	792	28	793	2	794	28	795	0,0
796	Respond entka č.9	797	3	798	30	799	3	800	30	801	0,0
802	Respond entka č.10	803	2	804	25	805	2	806	25	807	0,0
808	Respond entka č.11	809	2	810	24	811	2	812	24	813	0,0
814	Respond entka č.12	815	2	816	28	817	2	818	28	819	0,0
		8,5		,5		8,5		,5			
820	Respond entka č.13	821	2	822	25	823	2	824	25	825	0,0
		5				5					
826	Respond entka č.14	827	2	828	28	829	2	830	28	831	0,0
		8				8					
832	Respond entka č.15	833	2	834	29	835	2	836	28	837	-0,5
		9				9		,5			
838	Respond entka č.16	839	2	840	25	841	2	842	25	843	-1,0
		6		,5		5,5					
844	Respond entka č.17	845	2	846	25	847	2	848	25	849	0,0
		5				5					
850	Respond entka č.18	851	2	852	25	853	2	854	25	855	0,0
		5,5		,5		5,5		,5			
856	Respond entka č.19	857	3	858	37	859	3	860	37	861	-1,0
		8		,5		7					
862	Respond entka č.20	863	3	864	35	865	3	866	35	867	0,0
		5				5					
868	Respond entka č.21	869	3	870	29	871	2	872	29	873	-1,0
		0				9					
874	Respond entka č.22	875	3	876	33	877	3	878	33	879	0,0
		3				3					
880	Respond entka č.23	881	3	882	33	883	3	884	33	885	0,0
		3				3					
886	Respond entka č.24	887	3	888	33	889	3	890	33	891	0,0
		3,5		,5		3,5		,5			
892	Respond entka č.25	893	3	894	36	895	3	896	36	897	0,0
		6				6					
898	Respond entka č.26	899	2	900	28	901	2	902	27	903	-1,0
		8				7					
904	Respond entka č.27	905	2	906	23	907	2	908	23	909	0,0
		3				3					
910	Respond entka č.28	911	2	912	23	913	2	914	23	915	0,0
		3				3					
916	Respond entka č.29	917	2	918	22	919	2	920	22	921	0,0
		2				2					

Zdroj: vlastné spracovanie

U nadpolovičnej väčšiny žien (55%) aj mužov (57%) k zmene výživového stavu nedošlo. Podľa hodnôt obvodu paže ženy trpia viac nadváhou a obezitou ako muži. Aj pri tomto parametre sme zaznamenali medzi mužmi jeden prípad ťažkej malnutrície.

Tabuľka 13 Výživový stav respondentov podľa obvodu paže rozdelený podľa pohlaví

922	923 Muži				924 Ženy			
	925	n	926	%	927	n	928	%
929 Obezita	930	0	931	0%	932	1	933	4%
934 Nadváha	935	5	936	36%	937	12	938	41%
939 Norma	940	8	941	57%	942	16	943	55%
944 Malnutrícia	945	0	946	0%	947	0	948	0%
949 Ťažká malnutrícia	950	1	951	7%	952	0	953	0%
954 Spolu	955	14	956	100%	957	29	958	100%

Zdroj: vlastné spracovanie

Tabuľka 14

Porovnanie sledovaných parametrov u mužov a žien

959 Resp 960 MUŽ	961 z mena 962 h motnost i	963 mena 964 MI	965 z mena 966 obvodu 967 p aže	968 Respon 969 ŽENA	970 z mena 971 h motnosti	972 mena 973 MI	974 mena obvod u paže
975 Resp 976 ondent č.1	977 1	978	979 1	979 Respon 980 dentka č.1	980 0	981	982
983 Resp 984 ondent č.2	984 3	985 ,5	986 2	987 Respon 988 dentka č.2	988 - 0,5	989 0,2	990
991 Resp 992 ondent č.3	992 1	993 ,39	994 1	995 Respon 996 dentka č.3	996 - 1	997 0,43	998
999 Resp 1000 ondent č.4	1000 - 1	1001 0,02	1002 0	1003 Respon 1004 dentka č.4	1004 0	1005	1006
1007 Resp 1008 ondent č.5	1008 0	1009	1010 - 0,5	1011 Respon 1012 dentka č.5	1012 0	1013	1014
1015 Resp 1016 ondent č.6	1016 0	1017	1018 0	1019 Respon 1020 dentka č.6	1020 0	1021	1022 1
1023 Resp 1024 ondent č.7	1024 0	1025	1026 0	1027 Respon 1028 dentka č.7	1028 1 ,44	1029	1030
1031 Resp	1032 0	1033	1034 0	1035 Respon	1036 0	1037	1038

ondent č.8				dentka č.8			
1039 Resp ondent č.9	1040 - 3	1041 0,97	1042 - 1,5	1043 Respon dentka č.9	1044 0	1045	1046
1047 Resp ondent č.10	1048 - 1	1049 0,36	1050 - 0,5	1051 Respon dentka č.10	1052 1	1053 ,39	1054
1055 Resp ondent č.11	1056 1	1057 ,37	1058 0	1059 Respon dentka č.11	1060 0	1061	1062
1063 Resp ondent č.12	1064 1	1065 ,35	1066 0	1067 Respon dentka č.12	1068 1	1069 ,39	1070
1071 Resp ondent č.13	1072 0	1073 0,31	1074 0	1075 Respon dentka č.13	1076 - 1	1077 0,39	1078
1079 Resp ondent č.14	1080 - 2	1081 0,7	1082 0	1083 Respon dentka č.14	1084 0	1085	1086
1087				1088 Respon dentka č.15	1089 - 2	1090 0,77	1091 0,5
				1092 Respon dentka č.16	1093 - 5	1094 1,82	1095 1
				1096 Respon dentka č.17	1097 0	1098	1099
				1100 Respon dentka č.18	1101 0	1102	1103
				1104 Respon dentka č.19	1105 - 2	1106 1,25	1107 1
				1108 Respon dentka č.20	1109 1	1110 ,39	1111
				1112 Respon dentka č.21	1113 - 2	1114 1,3	1115 1
				1116 Respon dentka č.22	1117 0	1118	1119
				1120 Respon dentka č.23	1121 0	1122	1123
				1124 Respon dentka č.24	1125 0	1126	1127
				1128 Respon dentka č.25	1129 0	1130	1131
				1132 Respon dentka č.26	1133 - 2	1134 0,84	1135 1
				1136 Respon dentka č.27	1137 0	1138	1139
				1140 Respon dentka č.28	1141 0	1142	1143
				1144 Respon dentka č.29	1145 0	1146	1147

Zdroj: vlastné spracovanie

Ak porovnáme zmeny sledovaných antropometrických parametrov v sledovanej skupine za vytýčené časové obdobie môžeme si všimnúť niekoľko skupín respondentov, u ktorých:

- ✓ prírastky resp. úbytky hmotnosti, BMI a obvodu paže navzájom korelujú, z čoho môžeme usúdiť, že klient naozaj schudol alebo pribral,
- ✓ prírastky, resp. úbytky sledujeme len v parametroch hmotnosti a BMI, ale nie pri obvode paže, z čoho vyplýva, že zmeny nesúvisia so zmenou proteosyntézy vo svalu, ale môžu súvisieť napr. s retenciou vody, alebo inými zdravotnými faktormi,
- ✓ zmenu hmotnosti ani BMI sme nezaznamenali, ale napriek tomu došlo k úbytku svalovej hmoty, čo môže súvisieť s malnutríciou.

Ďalším nástrojom, ktorý sme použili pre zhodnotenie rizika vzniku porúch výživy bol **Mini Nutritional Assessment**, čiže tzv. **malý výživový test**. V súbore respondentov bolo 44% s normálnym výživovým stavom, 56% respondentov bolo ohrozených rizikom podvýživy alebo už samotnou podvýživou trpia. Z pohľadu pohlavia je u mužov 64% v normálnom výživovom stave a 36% v riziku podvýživy, u žien je to rozmanitejšie, 38% žien má normálny výživový stav, 48% je v riziku podvýživy a 14% podvýživou trpí.

Tabuľka 15 Poruchy výživy podľa dotazníkového Mini Nutritional Assessment skóre

1148	1150	Muži		1151	Ženy	
1149 Dotazníkové skóre	1152 počet	1153	%	1154 počet	1155	%
1156 12 - 14 bodov normálny výživový stav	1157 9	1158	64%	1159 11	1160	38%
1161 8 - 11 bodov v riziku podvýživy	1162 5	1163	36%	1164 14	1165	48%
1166 0 - 7 bodov podvýživa	1167 0	1168	0%	1169 4	1170	14%
1171	1172 14	1173		1174 29	1175	
1176 Spolu	1177 43					

Zdroj: vlastné spracovanie

Tabuľka 16 Vyhodnotenie otázok dotazníka Mini Nutritional Assessment,

A Znížil sa príjem jedla v priebehu posledných 3 mesiacov, kvôli strate chuti k jedlu, tráviacim problémom, problémom zo žutím alebo prehltním?		
0 = výrazné zníženie príjmu potravy	4 klienti	9,30%
1 = mierne zníženie príjmu potravy	16 klienti	37,20%
2 = bez zníženia príjmu potravy	23 klienti	53,50%
B Úbytok váhy za posledné 3 mesiace		
0 = úbytok váhy väčší ako 3 kg	1 klient	2,33%
1 = nevie	0 klientov	0%
2 = úbytok váhy medzi 1 až 3 kg	9 klientov	20,93%
3 = žiaden úbytok váhy	33 klientov	76,74%
C Pohyblivosť pacienta		
0 = pripútaný na lôžko alebo invalidný vozík - imobilný	6 klientov	13,95%
1 = schopný vstať z lôžka/ vozíka, ale nie samostatnej chôdze	9 klientov	20,90%
2 = samostatná chôdza bez obmedzenia	28 klientov	65,12%
D Trpel pacient počas posledných 3 mesiacov stresom alebo závažným ochorením?		
0 = áno	11 klientov	25,58%
2 = nie	32 klientov	74,42%
E Neuropsychické ochorenia		
0 = závažná demencia alebo depresia	8 klientov	18,60%
1 = mierna demencia	14 klientov	32,56%
2 = bez psychologických problémov	21 klientov	48,84%
F1 Hodnota Body Mass Index (BMI) = (váha v kg) / (výška v m)		
0 = BMI menej ako 19	5 klientov	11,63%
1 = BMI od 19 a menej ako 21	5 klientov	11,63%
2 = BMI od 21 a menej ako 23	8 klientov	18,60%
3 = BMI od 23 a viac	25 klientov	58,14%

Zdroj: vlastné spracovanie

Pri zhodnotení všetkých dostupných výsledkov môžeme konštatovať, že v skupine mužov sa nachádzajú traja respondenti, ktorých podľa nameraných parametrov alebo ich zmien v sledovanom čase môžeme zaradiť medzi klientov ohrozených rizikom malnutrície. Ide o respondenta č. 8 s extrémne nízkym BMI aj obvodom paže a ku nim korelujúcim nízkym skóre v dotazníku a respondentov č. 13 a 14 s negatívnymi zmenami v rámci hmotnosti alebo BMI a ku nim korelujúcim nízkym skóre v dotazníku. V skupine žien sa nachádza šesť žien, ktoré podľa nameraných parametrov môžeme tiež zaradiť medzi klientky ohrozené rizikom podvýživy. U piatich respondentiek (č. 11, 17, 27, 28 a 29) ide o ženy s nameranými nízkymi hodnotami hmotnosti, BMI alebo obvodu paže spolu s korelujúcim nízkym skóre v dotazníku a u dvoch respondentiek (č.13 a 16) sa počas sledovaného obdobia zaznamenal úbytok hmotnosti aj BMI a rovnako dosiahli aj nízke skóre v dotazníku. Pri zhodnotení

nemôžeme opomenúť ešte štyri respondentky (č. 8, 10, 18 a 22), u ktorých sú všetky namerané hodnoty v norme, dokonca za celé sledované obdobie nevykazovali nijakú zmenu, čiže ani úbytok a napriek tomu tieto respondentky dosiahli nízke dotazníkové skóre. Toto však skôr pripisujeme vplyvu iného zdravotného problému, napr. psychickému stresu, neurodegeneratívnemu ochoreniu alebo inému závažnému problému.

Tabuľka 17 Celkové porovnanie sledovaných parametrov u mužov podľa veku

1178 Respondent	1179 vek	1180 zmena hmotnosti	1181 zmena BMI	1182 zmena obvodu paže	1183 dotazníkové skóre
1184 Respondent č.10	1185 4	1186 -1	1187 -0,36	1188 -0,5	1189 12
1190 Respondent č.1	1191 0	1192 1	1193 0	1194 1	1195 11
1196 Respondent č.7	1197 9	1198 0	1199 0	1200 0	1201 12
1202 Respondent č.6	1203 8	1204 0	1205 0	1206 0	1207 12
1208 Respondent č.8	1209 2	1210 0	1211 0	1212 0	1213 8
1214 Respondent č.14	1215 2	1216 -2	1217 -0,7	1218 0	1219 9
1220 Respondent č.13	1221 8	1222 0	1223 -0,31	1224 0	1225 9
1226 Respondent č.3	1227 7	1228 1	1229 0,39	1230 1	1231 14
1232 Respondent č.11	1233 4	1234 1	1235 0,37	1236 0	1237 12
1238 Respondent č.9	1239 2	1240 -3	1241 -0,97	1242 -1,5	1243 13
1244 Respondent č.4	1245 8	1246 -1	1247 -0,02	1248 0	1249 12
1250 Respondent č.2	1251 6	1252 3	1253 1,5	1254 2	1255 12
1256 Respondent č.5	1257 6	1258 0	1259 0	1260 -0,5	1261 12
1262 Respondent č.12	1263 5	1264 1	1265 0,35	1266 0	1267 11

Zdroj: vlastné spracovanie

Tabuľka 18 Celkové porovnanie sledovaných parametrov u žien podľa veku

1268 Respondentka	1269 vek	1270 zmena hmotnosti	1271 zmena BMI	1272 zmena obvodu paže	1273 dotazníkové skóre
1274 Respondentka č.2	1275 9	1276 - 0,5	1277 - 0,2	1278 0	1279 11
1280 Respondentka č.29	1281 9	1282 0	1283 0	1284 0	1285 5
1286 Respondentka č.28	1287 9	1288 0	1289 0	1290 0	1291 9
1292 Respondentka č.4	1293 9	1294 0	1295 0	1296 0	1297 13
1298 Respondentka č.18	1299 9	1300 0	1301 0	1302 0	1303 9
1304 Respondentka č.22	1305 9	1306 0	1307 0	1308 0	1309 11
1310 Respondentka č.21	1311 8	1312 -2	1313 - 1,3	1314 -1	1315 13
1316 Respondentka č.26	1317 8	1318 -2	1319 - 0,84	1320 -1	1321 10
1322 Respondentka č.3	1323 8	1324 -1	1325 - 0,43	1326 0	1327 11
1328 Respondentka č.19	1329 8	1330 -2	1331 - 1,25	1332 -1	1333 14
1334 Respondentka č.16	1335 8	1336 -5	1337 - 1,82	1338 -1	1339 8
1340 Respondentka č.1	1341 8	1342 0	1343 0	1344 0	1345 10
1346 Respondentka č.8	1347 8	1348 0	1349 0	1350 0	1351 8
1352 Respondentka č.5	1353 8	1354 0	1355 0	1356 0	1357 13
1358 Respondentka č.27	1359 8	1360 0	1361 0	1362 0	1363 6
1364 Respondentka č.7	1365 8	1366 1	1367 0,44	1368 0	1369 13
1370 Respondentka č.12	1371 8	1372 1	1373 0,39	1374 0	1375 11
1376 Respondentka č.17	1377 8	1378 0	1379 0	1380 0	1381 9
1382 Respondentka č.13	1383 8	1384 -1	1385 - 0,39	1386 0	1387 8
1388 Respondentka č.15	1389 8	1390 -2	1391 - 0,77	1392 - 0,5	1393 12

1394 Respondentka č.25	1395 8 0	1396 0	1397 0	1398 0	1399 13
1400 Respondentka č.20	1401 7 8	1402 1	1403 0,3 9	1404 0	1405 13
1406 Respondentka č.14	1407 7 7	1408 0	1409 0	1410 0	1411 13
1412 Respondentka č.24	1413 7 7	1414 0	1415 0	1416 0	1417 14
1418 Respondentka č.9	1419 7 5	1420 0	1421 0	1422 0	1423 12
1424 Respondentka č.10	1425 7 2	1426 1	1427 0,3 9	1428 0	1429 7
1430 Respondentka č.11	1431 7 2	1432 0	1433 0	1434 0	1435 6
1436 Respondentka č.23	1437 7 0	1438 0	1439 0	1440 0	1441 11
1442 Respondentka č.6	1443 6 9	1444 0	1445 0	1446 -1	1447 11

Zdroj: vlastné spracovanie

Diskusia

Pri včasnom diagnostikovaní rizika malnutrície môžeme pozitívne ovplyvniť zdravotný stav pacienta. Antropologickými metódami môžeme nielen stanoviť riziko malnutrície, ale dokážeme posúdiť, či intervencie starostlivosti boli správne. Pri vyhodnotení nami nameraných údajov sme zistili, že aj keď sa v našom súbore vyskytujú respondenti s podvýživou, alebo s rizikom vzniku podvýživy nezaznamenali sme v sledovanom období výrazný úbytok hmotnosti. Prvým pozitívnym faktorom je, že klienti dostávajú stravu pravidelne päť krát denne a to raňajky, desiatu, obed, olovrant a večeru, pričom klienti s diagnózou diabetes mellitus majú pridanú aj druhú večeru. Porcie podávané klientom zodpovedajú množstvu uvedenému v jedálnom lístku zaradenia. Sledovali sme množstvo stravy v takzvanej veľkej jedálni pre chodiacich, v malých jedálňach na oddeleniach pre čiastočne mobilných, ako aj na oddelení pre imobilných klientov. Pri zbere použitých riadov po podávaní stravy sme zaznamenali prípady, kedy klienti vrátili časť neskonsumovanej porcie s tým, že nevládu zjesť všetko, lebo im vraj bolo veľa. Druhým podľa nás veľmi významným faktorom zaznamenaným v sledovanom období je doba, v ktorej aktuálne žijeme. Merania sme vykonávali v čase pandémie. V novembri boli zaznamenané prvé pozitívne testy na Covid 19. Bol nariadený zákaz zdržiavania sa na chodbách a v spoločných priestoroch, zakázané boli návštevy príbuzných, aj stretávanie sa v kluboch a v kaplnke zariadenia. Obmedzil sa pohyb klientov, ale nie príjem stravy. Strava sa nosila na izby. Klienti verbalizovali málo

pohybu a veľa jedla. Opačný problém nastal v decembri, keď sa aj napriek všetkým opatreniam, dezinfekcii, používaniu ochranných pracovných pomôcok nákaza šírila po zariadení. U infikovaných klientov sme pozorovali stratu chuti, nechutenstvo a odmietanie stravy. U klientov pozitívnych na Covid 19, u ktorých sme zaznamenali príznaky ochorenia došlo k poklesu hmotnosti v priemere 1 kg. K ďalším skutočnostiam zaznamenaným v poslednom období bolo, že klienti si odhlasovali poberanie desiaty a olovrantu. Pri zisťovaní prečo je to tak, sme zaznamenali v odpovediach, že desiaty a olovranty nejedia. Zo 43 klientov malo odhlásené poberanie desiaty a olovrantu 5 klientov. Všetci odhlásení sú chodiaci a samostatní. Často uvádzaným dôvodom bol nedostatok financií., nakoľko ak si neplatia desiatu a olovrant, zostane im viac peňazí na cigarety a nákupy v bufete zariadenia. Iba jeden klient uviedol, že desiatu a olovrant jedáva často, ale ovocie a citrusové plody, najmä pomaranče a mandarínky nemôže, pretože má alergiu. Riziko malnutrície sa vyskytuje vo všetkých oblastiach zdravotnej starostlivosti po celom svete, vyhľadali sme informácie z odborných štúdií zo zahraničia. Naše výsledky sme porovnali s výsledkami zverejnenými na internete, porovnali sme štúdie, ktoré boli realizované v domovoch dôchodcov a v nemocniciach na geriatrických oddeleniach. V Čechách realizovali prieskum, v ktorom základný súbor tvorilo 82 klientov, z čoho 62% bolo žien a 38% mužov, vo veku od 65 do 89 rokov. Výsledky zverejnené v časopise Florens naznačujú, že 52 (63,4%) skúmaných seniorov vykazovalo veľmi dobrý stav výživy. Riziko podvýživy zistili u piatich (6,1%) seniorov a samotná podvýživa bola na základe škály MNA preukázaná u 25 (30,5%) pacientov vyššieho veku (Kabátová, Gurínová, 2016). Ďalej uvádzame údaje Belgickej štúdií vykonanej vo viacerých geriatrických oddeleniach Belgických nemocníc so vzorkou 2329 pacientov. Podľa výsledku tejto štúdie vykonanej pomocou dotazníka MNA 33% malo malnutríciu, 43% pacientov bolo v riziku malnutrície a 24% pacientov bolo dobre živých. Fínska prierezová štúdia vykoná naprieč všetkými domovmi dôchodcov v meste Helsinky so vzorkou 2424 subjektov realizovaná použitím MNA dotazníka vo svojich výsledkoch uvádza, že 29% skúmaných rezidentov trpelo malnutríciou a 60% bolo ohrozených rizikom vzniku malnutrície (Vandervee, Clays, Bockquart, Gobert, 2010). Podľa výsledkov výskumu (Lukáš, 2014) sa malnutricia vyskytuje u 19 – 80% hospitalizovaných pacientov, čím sa klasifikuje ako jedna z najčastejších situácií, s ktorými je možné stretnúť sa vo všetkých oblastiach zdravotnej starostlivosti po celom svete. Autor tiež následne uvádza, že v skupine seniorov nad 75 rokov je malnutríciou postihnutých 50 až 80% pacientov. V našom sledovanom súbore sa vyskytovalo 23% všetkých respondentov, ktorí sú podľa sledovaných parametrov ohrození malnutríciou. V prípade, že by sme sledovali len osoby

staršie ako 75 rokov, v tejto skupine by sa jednalo o 30% našich respondentov. Rozdiely môžu byť spôsobené podávaním stravy s vhodnou skladbou potravy, zníženým množstvom pohybu z dôvodu pandemickej situácie aj dostatočnou vhodnou starostlivosťou o seniorov v Domove dôchodcov. Lukáš, (2014) ďalej uvádza, že u 70% pacientov, ktorí prichádzajú do nemocnice už s rôznym stupňom malnutrície, sa v priebehu hospitalizácie stav malnutrície výrazne zhorší. U 3-4% hospitalizovaných je malnutricia natoľko závažná, že pokiaľ nie je včas liečená umelou výživou, vedie až k smrti pacienta. Podľa zistených výsledkov však môžeme konštatovať, že v sledovanom súbore sme zaznamenali len jedného respondenta s extrémne nízkymi hodnotami hmotnosti, BMI, obvodu paže aj dotazníkového skóre. U nikoho ďalšieho sa nevyskytuje ťažký stupeň malnutrície.

Úlohou sestry je upriamiť pozornosť aj na podávanie tekutín. V oblasti výživa sa sestry zameriavajú na pravidelné stravovanie podľa režimu zariadenia, podávanie liečebnej výživy. V sledovanom zariadení sa podáva strava hromadne pripravovaných diét. Podľa jednotného diétného systému sa pripravuje diéta č.3 racionálna, tú poberá najviac klientov domova dôchodcov, diéta č. 4 pri chorobách žlčníka, pankreasu a vírusovej chorobe pečene, diéta č.9 diabetická pri cukrovke a diéta č. 10 nesolená šetriaca pri ochoreniach srdca a ciev a pri opuchoch. Zo štandardizovaných diétnych postupov je to S / BLK – bezlaktózová diéta pri neznášanlivosti mlieka a S / BLP – bezlepková diéta.

Za veľmi dôležitý faktor pri starostlivosti o pacienta seniora s malnutríciou považujeme aj spoluprácu sestry s rodinnými príslušníkmi pacienta, lekármi, psychológmi a taktiež nutričnými terapeutmi. Za kľúčové považujeme aj samotnú prevenciu vzniku príčin a dôsledkov malnutrície. V rámci týchto opatrení je vhodné, aby boli predmetom diskusií súvisiacich s danou problematikou nasledovné otázky:

- Podpora seniorov v príjme zdravých potravín, predovšetkým zeleniny, ovocia a zároveň obmedzenie príjmu tukov, cukrov, alkoholických nápojov a pod., edukácia seniorov, rodinných príslušníkov a všetkých zainteresovaných v danej oblasti.
- Príprava chutnejších jedál, fenomén súčasnosti tzv. „healthy snacking“, ktorého základom sú menšie porcie jedál vždy pripravované zdravším spôsobom.
- V prípade potreby diskutovať s odborníkmi o možnosti zavedenia rôznych doplnkov výživy vhodných pre seniorov.
- Podporovať seniorov vo vhodných pohybových aktivitách s prihliadaním na ich aktuálny zdravotný stav a pohybové možnosti.

- Podporiť rôzne programy pre seniorov súvisiace so spoločnou prípravou zdravých jedál, umožniť im pripraviť si jedlo „sami“ a podporiť spoločné stravovanie so svojimi rovesníkmi, blízkymi.

V rámci diskusie pre ďalší prieskum by bolo vhodné zisťovať výskyt malnutrície u seniorov v závislosti od prostredia, v ktorom žijú, nakoľko niektoré výskumy potvrdili zaujímavú skutočnosť a to, že u seniorov žijúcich v domácom prostredí v kruhu rodiny bol zistení nižší výskyt malnutrície ako v prípade seniorov žijúcich v domovoch dôchodcov alebo v zdravotníckych zariadeniach (Paľko, 2011). Pokiaľ by sa táto skutočnosť potvrdila aj inými, rozsiahlejšími štúdiami je nevyhnutné, aby došlo k implementácii zmien v stravovaní seniorov v zariadeniach.

Záver

U seniora zohráva správna výživa kľúčovú úlohu nie len pre spokojné prežitie staroby, ale tiež aj pre potreby liečby a prevencie rôznych ochorení a problémov, ktoré vekom pribúdajú. Avšak aj napriek tomu môžeme tvrdiť, že výživa je jednou z oblastí, ktorá býva v starostlivosti o seniora najviac zanedbávaná. Zvyčajne platí, že porucha výživy sa priamoúmerne zvyšuje s narastajúcim vekom. Vek je považovaný za hlavný rizikový faktor, preto porucha výživy vzniká najčastejšie ako dôsledok prirodzeného fyziologického procesu, teda starnutia. Prejavuje sa najmä úbytkom fyziologických a psychologických schopností seniorov, ktoré následne vedú k nevhodnému stravovaniu. Nevhodné stravovanie pochopiteľne zhoršuje zdravotný stav, ktorý v mnohých prípadoch spôsobuje vznik malnutrície v starobe. Vo všeobecnosti môžeme povedať, že malnutricia najčastejšie vzniká nevhodným stravovaním a nevhodnou výživou, súvisí s nedostatočným príjmom energie a živín, čo v mnohých prípadoch vedie k závažným zdravotným komplikáciám. Faktom ostáva, že niektoré fyziologické prejavy nedokážeme ovplyvniť, avšak malnutricia k nim nepatrí.

BIBLIOGRAFIA

BALKOVÁ, D. 2010. Vplyv výživy na zdravie seniorov. In *Elen Vital v priestore medzigeneračných vzťahov*. 2010. Fakulta zdravotníctva, Prešov, Katedra ošetrovateľstva. s. 201-204. ISBN 978-80-555-0198-7.

ČELEDOVÁ, L., KALVACH, Z., ČEVELA, R. 2016. *Úvod do gerontologie*. 1. vyd. Praha: Karlova Univerzita, 2016. 152 s. ISBN 978-80-246-3404-3.

DÚBRAVA, M., JÁNOŠIOVÁ, J. 2014. Dehydratácia u hospitalizovaných seniorov. In *Geriatría*. [online]. XX. roč., č. 3/2014. [citované 2021-10-07]. s. 103-107. Dostupné na internete: <http://www.geriatrici.sk/wp-content/uploads/2017/06/Geriatrici_2014_3.pdf>. ISSN 1335 – 1850.

FLORIÁNKOVÁ, M. 2014. *Zdravý životní styl a jídelníček pro seniory*. 1. vyd. Praha: Fragment, s. r. o., 2014. 168 s. ISBN 978-80-253-2031-0.

HEGYI, L., KRAJČÍK, Š. 2015. *Geriatrici pre praktického lekára*. Bratislava: Herba, 2015. 408 s. ISBN 978-808963-13-15.

HOZZOVÁ, J. 2015. Malnutrícia u seniorov. In *Paliatívna medicína a liečba bolesti*. 2015. roč. 8., č. 1. s 6-12. ISSN 1339 – 4193.

HUDÁKOVÁ, A. et al. 2011. Riziká malnutície u seniorov. *Diagnóza v ošetrovatelství*, 2011. roč.7, č.2 (ARO,JIP), s. 34-36. ISSN 1801-1349.

HUDÁKOVÁ, A., NOVOTNÁ, Z., NÉMETH, F., ŠULIČOVÁ, A. 2016a. *Geriatrické syndrómy ako prediktory ošetrovatelstva v geriatricii*. 1. vyd. Prešov: Vydavateľstvo Prešovskej univerzity, 2016. 192 s. ISBN 978-80-555-1749-0.

HUDÁKOVÁ, A., KURIPLACHOVÁ, G., OBROČNÍKOVÁ, A. 2016b. *Vybrané ošetrovatel'ské postupy v odboroch vnútorného lekárstva*. 1. vyd. Prešov: A - print s. r. o., 2016. 164 s. ISBN 978-80-89721-20-7.

HUDÁKOVÁ, Z. 2018. *Pohybová aktivita a životný štýl vo vyššom veku*. 1. vyd. Břeclav: SOVENIO, s. r. o. 2018. 144 s. ISBN 978-80-907337-0-1.

CHLEBO, P. a kol., 2020. *Zdravie a výživa ľudí 3*. 2. vyd. Bratislava: CAD PRESS, 2020. 560 s. ISBN 978-80-88969-90-7.

KABÁTOVÁ, O., GURÍNOVÁ, M. 2016. Výskyt malnutrície u hospitalizovaných seniorov. In *Florence: odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky*, 2016, roč. 12, č. 5, s. 22-25. ISSN 1801-434X.

KASPER, H. 2015. *Výživa v medicíne a dietetika*. Praha: Grada, 2015, 592 s. ISBN 978-80-247-4533-6.

KRAJČÍK, Š., MIKUS, P., BAJANOVÁ, E. a kol. 2018. *Výživa vo vyššom veku*. Bratislava: HERBA. 2018. 192. ISBN 978-80-89631-84-1.

KUBEŠOVÁ, M. K. 2012. Dehydratace nejen u seniorů, pitný režim, návrat k vodě. In *Medicína pro praxi*, 2012. Roč. 9, č. 6-7. s 302 – 306. ISSN 1803-5310.

KUNEŠOVÁ, M. et. al. 2016. *Základy obezitologie*. Praha: Galén. 2016. 172 s. ISBN 978-80-7492-217-6.

LEHOCKÁ, L., FULMEKOVÁ, M., MASARYKOVÁ, L., OLEÁROVÁ, A. 2019. Význam enterálnej výživy u ambulantných pacientov. In *Via Practica*, 2019. Roč. 16, č. 2, s 61 – 66. ISSN 1336-4790.

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

MACHÁČOVÁ, K. - HOLMEROVÁ, I. et al. 2019. *Aktivní gerontologie aneb jak stárnout dobře*. 1. vyd. Praha: Mladá Fronta a. s., 2019. 247 s. ISBN 978-80-7571-037-6.

MARTINKOVÁ, J. 2015. Význam výživy u seniora s demenciou. In *Nové trendy v ošetrovatel'stve II*. Trnava: Trnavská univerzita v Trnave, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, 2015, s. 39-40. ISBN 978-80-8082-863-9.

MATĚJOVSKÁ KUBEŠOVÁ, H. 2012. Dehydratace nejen u seniorů, pitný režim, návrat k vodě. In *Medicína pro praxi*. 2012, roč. 9, č. 6, 7.s. 302–306. ISSN 1803-5310.

POKORNÁ, A. a kol. 2013. *Ošetrovatel'ství v geriatrii*. Praha: Grada, 2013. 202 s. ISBN 978-80-247- 4316-5.

PAĽKO, M. 2011. *Malnutrícia - závažný medicínsky problém*. [online]. Košice : Univerzitná nemocnica L. Pastera Košice, August 2011. [citované 2011-1-18]. Dostupné na internete: <http://www.unlp.sk/index.php?option=com_content&task=view&id=1342&Itemid=1>.

STRÁNSKÝ, M. 2015. Výživa ve stáří. In *Kontakt*. 2015. 17(3):163-170. ISSN 1804-7122.

TOMÍKOVÁ, E. 2021. Frailty syndróm ako stav komplikujúci starostlivosť o seniora. In *Sestra*. 2021, roč. XX., č. 1-2., s. 17-18. ISSN 1335-9444.

TOPINKOVÁ, E. 2010. *Geriatric pro praxi*. Praha: Galén, 2010. 270 s. ISBN: 978-80-7262-365-6.

VANDERVEE, K., CLAYS, E., BOCKQUART, I., GOBERT, M. 2010 Malnutrition and associated factors in elderly hospital patients: A Belgian cross-sectional, multi-centre study In *Clinical Nutrition*, 2010. Ročník 29., č 4, s. 469 – 476. ISSN 0261- 5614.

VOLEKOVÁ, M. 2013. Manuál enterálnej výživy pre ambulantnú prax. 1.vyd. Bratislava: HERBA. 2013. 13-102 s. ISBN 978-80-89631-04-9.

ZADÁK, Z., HAVEL, E. 2017. *Intenzivní medicína na principech vnitřního lékařství*. Praha: Grada, 2017. 448 s. ISBN 978-80-271-0282-2.

ZLATOHLÁVEK, L. a kol. 2019. *Klinická dietologie a výživa*. 2. vyd. Praha: Current Media, s. r. o., 2019. 520 s. ISBN 978-80-88129-44-8.

ZRUBÁKOVÁ, J., NOVYSEDLÁKOVÁ, M., BARTOŠOVIČ, I. a kol. 2018. Využitie nefarmakologickej liečby u terminálne chorých seniorov. In *Paliatívna medicína a liečba bolesti*. [online]. XI. roč. č.1-2e/2018. [citované 2021-11-07]. s. 44-47. Dostupné na internete: <www.solen.sk/casopisy/paliativna-medicina-a-liecba-bolesti/vyuzitie-nefarmakologickej-liecby-u-terminalne-chorych>. ISSN 1339-4193.

Kontakt na autorov

PhDr. Mgr. Ľubica Trnková, PhD., MPH, Bc. Marta Želichovská

PhDr. Adriana Nemčoková, PhD., Bc. Magdaléna Halčinová

VŠ ZaSP sv. Alžbety, Detašované pracovisko bl. Sály Salkaházi

Kósu Schoppera 22, 048 01 Rožňava

E-mail: dr.trnkovalubica@gmail.com adanemcokova@gmail.com

FAKTORY OVPLYVŇUJÚCE SPÁNOK PACIENTA POČAS HOSPITALIZÁCIE.

Trnková Ľubica¹, Pomietlová Nikola²

^{1,2}*Vysoká škola zdravotníctva asociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave
Detašované pracovisko bl. Sary Salkaháziovej v Rožňave*

Abstrakt

Spánok sa významne podieľa na kvalite života človeka. Patrí k dôležitým fyziologickým procesom, je základnou ľudskou potrebou, ktorá je neodmysliteľnou súčasťou života človeka.. Ovplyvňujú ho však viaceré biologicko - fyziologické, sociálno - kultúrne, psychicko - duchovné faktory. Počas hospitalizácie ovplyvňujú pacienta aj viaceré stresogénne faktory. Fyziologický spánok je potrebný pre regeneráciu psychických a fyzických síl, vytvorenie pamäťových stôp, pre kognitívne funkcie, množstvo metabolických pochodov, vylučovanie hormónov, ale aj pre imunitu. Nespavosť, nedostatočný spánok sú predispozíciou vzniku rôznych ochorení.

V prieskumnej štúdií sme pomocou neštandardizovaného dotazníka vlastnej konštrukcie určeného pre sestry na lôžkových oddeleniach získali informácie o faktoroch ovplyvňujúcich spánok pacienta počas hospitalizácie. Podľa 69,4% (n=68) respondentov narúša hospitalizácia spánok pacienta. Najčastejším vonkajším negatívnym faktorom, ktorí respondenti uvádzali boli prejavy iných pacientov v izbe a hluk na chodbe. Medzi vnútorné faktory negatívne vplývajúce na spánok hospitalizovaných respondenti uviedli bolesť, strach, neistotu. Väčšina sestier využíva pre skvalitnenie spánku pacienta pomoc pri zaujatí vhodnej polohy, no 30,6% (n=30) respondentov radšej uprednostňuje farmakoterapiu.

Bezpodmienečným predpokladom na udržanie a zachovanie duševného a telesného zdravia je odpočinok a spánok. Viac odpočinku a spánku potrebujú hospitalizovaní - chorí ľudia., pričom počas hospitalizácie ich ovplyvňujú viaceré stresogénne faktory

Kľúčové slová: Pacient. Hospitalizácia Poruchy spánku. Spánok. Faktory ovplyvňujúce spánok.

Abstract

Sleep plays a significant role in the quality of a person's life. It belongs to the important physiological ones process, is a basic human need that is an integral part of human life. However, it is influenced by several biological - physiological, social - cultural, psychological - spiritual factors. Several

stressogenic factors also affect the patient during hospitalization. Physiological sleep is necessary for the regeneration of mental and physical forces, creation memory tracks, for cognitive functions, a number of metabolic processes, excretion, hormones, but also for immunity. Insomnia, insufficient sleep are a predisposition to the development various diseases. In the research study, we use a non-standardized questionnaire of our own construction intended for nurses in inpatient wards, they obtained information about influencing factors patient's sleep during hospitalization. According to 69,4% (n=68) of respondents, hospitalization interferes patient's sleep. The most frequent external negative factor mentioned by the respondents there were expressions of other patients in the room and noise in the corridor. Among the internal factors negative affecting the sleep of hospitalized respondents mentioned pain, fear, uncertainty. The majority of nurses uses help in adopting a suitable position to improve the quality of the patient's sleep, but 30,6% (n=30) respondents prefer pharmacotherapy. An absolute prerequisite for maintaining and preserving mental and physical health is rest and sleep. Hospitalized - sick people need more rest and sleep. While several stressogenic factors affect them during hospitalization

Keywords: Patient. Hospitalization Sleep disorders. Sleep. Influencing factors sleep.

Spánok

Pre všetky živé bytosti je podľa psychológa Maslowa spánok spoločnou, základnou a nevyhnutnou potrebou pre život, ktorú ľudia v minulosti považovali za akýsi druh bezvedomia. Počas spánku si neuvedomujeme čo sa s nami deje a obvykle nad tým ani nerozmýšľame. U každého jedinca je potreba spánku individuálna a odvíja sa od jeho dennej aktivity (Trachtová a kol., 2013; Plháková, 2013; Griffeyová, 2017). Spánok pôsobí proti vysileniu organizmu, je obranným mechanizmom, má obnovovací a ochranný vplyv na organizmus a napomáha zachovať normálnu funkciu CNS. Zdravý človek má menšiu potrebu spánku ako človek indisponovaný. Idzikowski (2012) uvádza, že kým nás netrápia problémy so spánkom, považujeme spánok za samozrejmosť. Dĺžka spánku závisí od veku. Je rozdielna v dospelosti, u mladých ľudí a detí. Poznáme aj výnimky „krátkospáčov“, ktorým stačí štvorhodinový spánok a tzv. „dlhospáčov“, ktorí potrebujú desať až dvanásťhodinový spánok, aby dosiahli stav regenerácie a mali osviežujúci spánok. Okrem krátkospáčov a dlhospáčov poznáme ďalšie dva typy ľudí. Sú nimi škovránky a sovy. Sovy rady vstávajú neskoro, okolo deviatej, desiatej a pracujú do noci. Naopak škovránky si potrebujú skôr ľahnúť a vstávajú okolo piatej, šiestej ráno, pričom o tomto čase sú už vitálni (Mucska, 2020).

Tabuľka 1 Potreba spánku v rôznych vekových obdobiach

Novorodenec	18 - 20 hodín
Dojča	12 - 18 hodín
Batoľa	10 - 12 hodín
Predškolský vek	11 hodín
Školský vek	10 hodín
Dospievajúci	8,5 - 9 hodín
Adolescent	8 hodín
Dospelí	6 - 8 hodín
Starí	6 hodín a menej

(Trachtová a kol., 2013).

Spánok je definovaný ako stav relaxácie bez prítomnosti emočného stresu a uvoľnenia. Je možné ho charakterizovať rozličnou úrovňou vedomia, obmedzenými reakciami na vonkajšie podnety a zmenenými fyziologickými funkciami. Spánok si predstavujeme ako čas, v ktorom nič nerobíme, avšak opak je pravdou. Počas spánku v našich telách a myšliach prebieha veľa zložitých procesov. Znižuje sa telesná teplota, krvný tlak, srdcová frekvencia, bazálny metabolizmus, dochádza k svalovej relaxácii, celé telo okrem očí sa nehýbe. Nervová sústava a mozog sú z pohľadu spánku najzaujímavejšie a najdôležitejšie. Keď spíme, aktivita mozgu je veľmi výrazná, čo je v súčasnosti možné snímať rôznymi vyšetreniami. Funkcia spánku je regeneračná a očisťovacia. V medzibunkovom priestore sa medzi nervovými bunkami nachádzajú škodliviny, ktoré sa počas spánku z buniek vyplavujú do priestoru a následne sa dostávajú do lymfy. Ak nedôjde k dostatočnému vyplaveniu škodlivín, zvyšuje sa riziko neurodegeneratívnych ochorení (Kiliková, Leferovičová, 2013; Griffeyová, 2017). Nedostatok spánku spôsobuje starnutie, vyčerpanie, sklerotickosť, náchylnosť k infekciám, riziko vzniku cukrovky, stratu nadania, tvorivosti a organizovania, znížené sústredenie, zmeny v psychickom stave a obezitu (Hainer, 2011).

Poruchy spánku

Ak sa priebeh spánku opakovane alebo dlhodobo líši od objektívnej, či subjektívnej predstavy o normálnom priebehu hovoríme o poruchách spánku. Pokiaľ človek spí pokojne, občas dôjde k zmene polohy tela a dýcha pravidelne z objektívneho hľadiska to považujeme za normálne. Zo subjektívneho hľadiska pokladáme spánok za kvalitný vtedy, ak zaspávanie netrvá viac než polhodinu. Kvalitu spánku ovplyvňuje nepokoj pri zaspávaní, zmeny polohy tela,

nespavosť, nepravidelné dýchanie, napätie a stres. Terapia porúch spánku sa môže líšiť od rôznej spánkovej poruchy a jej príčiny. Súčasťou liečby sú zmeny v životnom štýle a súhrn rôznych liečebných postupov. Výsledkom dobrej životosprávy v súvislosti s nastavenou liečbou je zlepšená kvalita spánku. Ľudia z nedostatku spánku majú málo energie, sú unavení, nervózni, pociťujú nechúť stretávať sa s rodinou a venovať sa voľnočasovým aktivitám. Napriek tomu kontakty a socializácia pomáhajú mozgu zachovať správnu činnosť. Najčastejšie to trápí seniorov, u ktorých práve nedostatok kontaktu so spoločnosťou môže dôjsť k starnutiu mozgu (Amen, 2011; Plháková, 2013).

Faktory ovplyvňujúce spánok

Od najútlejšieho veku je potrebné si osvojiť pravidelný spánkový rytmus, teda rovnaký čas zaspávania a rovnaký čas vstávania (Smith a kol., 2015).

✓ Biologicko - fyziologické faktory

Počas života sa fáza spánku, hĺbka a dĺžka menia. Medzi najdôležitejšie faktory patrí vek, ktorý určuje kvalitu a kvantitu spánku. Nevyhnutnosť spánku je v rôznej vekovej kategórii individuálna. Veľký vplyv na spánok má taktiež konzumácia potravy. Na spánku sa odrážajú rozličné faktory, ako napríklad hladovanie a chudnutie, či naopak väčší príjem potravy až prejedanie sa. Problémy so zaspávaním, alebo časté prebúdzenie sú zapríčinené aj pitím alkoholu, kávy a zvýšeným príjmom tekutín pred spánkom. Prítomnosť choroby patrí medzi ďalšie faktory, ktoré ovplyvňuje kvalitu spánku. Zdravý človek má menšiu potrebu spánku ako chorý človek. V priebehu ochorenia sa môžu objaviť rôzne problémy v spánkovom režime zapríčinené strachom, úzkosťou, bolesťou. Ľahká únava je vyhovujúca pre spánok. Vďaka miernej únave je REM fáza spánku kratšia. Naopak zaspávanie komplikuje nadmerná fyzická záťaž. Pobyt na čerstvom vzduchu pred spaním ovplyvňuje zaspávanie a kvalitu spánku. Únava patrí medzi dôležité faktory, ktoré ovplyvňujú spánok.

Kvalitu spánku ovplyvňuje aj vlhkosť vzduchu a teplota. Zima a naopak extrémne teplo majú negatívny vplyv na kvalitu spánku. Je veľmi problematické zabezpečiť ideálnu teplotu vhodnú pre spánok, keďže ide o individuálnu potrebu každého jedinca. Nižšia vlhkosť vzduchu môže viesť k podráždenosti dýchacích ciest a naopak jej zvýšené hodnoty dokážu vyvolať nepríjemný pocit lepkavosti na pokožke. Taktiež zaujímavá je aj problematika hluku. Už v prenatalnom období vníma človek zvuky, no aj potom je nimi neustále obklopený. Práve preto tieto zvuky nevníma ako rušivé. Vedci pri skúmaní, keby boli jedinci na noc zatvorení do odzvučenej miestnosti, boli prekvapení, ako negatívne na človeka vplýva úplne ticho. Na hĺbku a kvalitu spánku vplýva akýkoľvek zvuk, či hluk. Nervové vnemy sú výsledkom premeny vonkajších zvukových vnemov, ktoré naše ucho premieňa, tie vedú do mozgu a následne ich rozpoznáva. Každý

jedinec okolo seba potrebuje počuť aspoň nejaké zvuky. Negatívny vplyv na spánok majú rušivé a nepríjemné zvuky, s ktorými sa človek často nestretáva, a tak nemá možnosť si na ne zvyknúť. Nepríjemné zvuky je potrebné redukovať. Pri zaspávaní priaznivo vplýva zvuk oceánu, ktorý má chladivý účinok. Takýto zvuk má pozitívny vplyv na kvalitu a hĺbku spánku a človek vie rýchlejšie zaspáť. Je to takzvaný biely šum (Idzikowski, 2012).

Ďalším faktorom ovplyvňujúcim kvalitu spánku je osvetlenie. Každý človek žije v rôznych svetelných podmienkach, preto je ťažké určiť, aký vplyv má svetlo na kvalitu jeho spánku.

Najvhodnejší typ osvetlenia je osvetlenie približujúce sa prirodzenému osvetleniu. Podstatné je však myslieť aj na svetlo, ktoré vstupuje z exteriéru do interiéru, napr. svetlo z kancelárskych budov, pouličné osvetlenie, rôzne vývesné obchodné tabule (Libra a kol., 2013, Hollan, 2013).

- ✓ Sociálne - kultúrne faktory, medzi ktoré patria problémy na pracovisku, zmena zamestnania, osamelosť, samota, náplň roly matky, nevyhovujúca finančná situácia, workoholizmus, nedostatočná socializácia, problémy vo vzťahoch.
- ✓ Psychicko - duchovné faktory, ako napr. negatívne emócie, stres, tieseň, skleslosť, zármutok, panika, duševné choroby.
- ✓ Životné prostredie taktiež vplýva na kvalitu života. Medzi faktory životného prostredia patrí tzv. mikrosociálne prostredie. Priestor, kde spíme zdieľame s ľuďmi, ktorí sú nám blízky. Vybavenie spálne, suchý vzduch v miestnosti, klimatické podmienky, nadmerné osvetlenie, alebo úplná tma v miestnosti sú taktiež faktory ovplyvňujúce odpočinok a spánok (Trachtová a kol., 2013).

Hospitalizácia a spánok

Viac odpočinku a spánku potrebujú hospitalizovaní chorí ľudia. Na zvládnutie každodenných činností potrebujú dostatočné množstvo energie k prinavráteniu a obnove zdravia. K najčastejším sťažnostiam hospitalizovaných patria práve problémy so zaspávaním. K nedostatočnému uspokojeniu potreby spánku patrí najmä stres, obavy, úzkosť, napätie, samotná hospitalizácia, nedostatok súkromia, pokoja. Kvalita spánku je veľmi individuálna najmä u hospitalizovaných pacientov. Problémy so spánkom udáva počas hospitalizácie 50-70% pacientov. Ťažšie zaspávanie, plytký spánok a prerušovaný spánok patria k najbežnejším problémom (Šamánková a kol., 2011; Otrubová, 2012; Kilíková, Leferovičová, 2013). Počas hospitalizácie ovplyvňujú pacienta rôzne stresogénne faktory ako napríklad zmenené stravovacie návyky, cudzie prostredie, nedostačujúca informovanosť, odlúčenie od blízkych, nenaplnené spirituálne potreby, nenaplnené súkromie, rušivé podnety, negatívne

zážitky z predchádzajúcej hospitalizácie, práceneschopnosť, znepokojenie z neschopnosti starať sa o seba po hospitalizácii (Vytejková, 2011).

Úloha sestry pri zabezpečovaní spánku hospitalizovaným pacientom

Narušený spánok vyplývajúci z telesného stavu chorého môže byť odstránený, alebo zmiernený. Sestra je v pozícii, kedy pomáha pacientovi tíšiť bolesť, včas podáva lieky, ktoré ordinuje lekár. Umožníme chorému zachovať jeho spánkové, alebo predspánkové rituály. Do rituálov môžeme zaradiť počúvanie rádia, prechádzku po chodbe, čítanie knihy. Chorému môže pomôcť rozhovor so sestrou o starostiach, ktoré trápia pacienta. Nie je vhodné, aby sestra pacienta odbila, ale mala by ho vypočuť a poskytnúť pomoc. Chorého sestra môže zbaviť aj menej významných starostí, ako napr. napísať list rodine, zavolať rodine, blízkym, či priateľom. Všetko, čo sestra pacientovi sľúbi, je povinná splniť. Niekedy môže pomôcť, keď presvedčíme pacienta, že sa má snažiť zlé myšlienky odstrániť z mysle a myslieť na niečo zaujímavejšieho, to pomôže pri zabezpečení pokojného spánku (Rěhová, 2011).

Prevenia porúch spánku

V dnešnej dobe má sledovanie spánku rôzne nové podoby. Rôzne mobilné aplikácie obsahujú denníky spánku s rôznymi funkciami a s manuálnym zadávaním dát. Súčasťou spánkových aplikácií je pasívne monitorovanie, mnoho špeciálnych funkcií a taktiež aktívne úpravy spánku. K pasívnym funkciám patrí monitorovanie zvuku v prostredí, pozorovanie spánku, prítomnosť chrápania, latencie spánku a v neposlednom rade aj analýza doby spánku. Aplikácie nadobudnú informácie, ktoré poskytnú podporu pre rôzne pracovnanie a hodnotenie spánku. Rôzne novšie aplikácie vedia zabrániť, aby nedošlo k zaspávaniu na gauči, majú možnosť kontrolovať prostredie, svetlo a teplotu v prostredí (Shelgikar, Anderson, Stephens, 2016). Pri diagnostike porúch spánku sú dotazníky a škály veľmi nápomocné. Pomocou dotazníkov a škál sledujeme pokroky v terapii. Kalendár, alebo spánkový denník sa považuje za jednu z najjednoduchších pomôcok, kde sa zapisujú hodiny, kedy človek bdie, alebo naopak spí a taktiež sa zaznamenávajú činnosti, ktoré osoba počas dňa vykonala. Pacientovi pomáha zlepšiť kvalitu spánku, spánková edukácia. Tiché prostredie, pohodlná posteľ a vyvetraná miestnosť sú veľmi podstatné. Dôležité je zaspávanie večer a vstávanie ráno vždy v rovnakom čase. Odporúča sa, aby sa spálňa využívala, iba na spanie, počas dňa sa neodporúča pospávať a ležať v posteli, alebo na realizáciu nejakej aktivity. Pre nerušený, kvalitný a zdravý spánok sú relaxačné cviky, teplý kúpeľ, meditácia, počúvanie hudby, či čítanie pred spaním veľmi účinne spôsoby, ktoré zabezpečia kvalitný spánok. Pred spaním sa neodporúča fajčiť, konzumovať korenisté a slané jedlá,

neodpočúča sa piť alkohol, čierny a zelený čaj, vynechanie kofeínu a kolové nápoje, ktoré narúšajú spánok a majú povzbudzujúci účinok. Je dôležité, aby sa pacient sústredil na pozitívne udalosti, ktoré nie sú príčinou nespavosti, narozdiel od pozitívnych spomienok, negatívne veľmi narúšajú kvalitu spánku. Nápomocné je venovať sa obľúbenej aktivite počas dňa, udržiavať pozitívny kontakt s rodinou a priateľmi (Plháková, 2013). Medzi subjektívne parametre patrí primeraná dĺžka spánku a kvalita spánku. Ich objektivizácia je ťažká. Podstatné je získanie informácií tiež od partnera/ky pacienta, taktiež informácie nám vedia poskytnúť ošetrojúce osoby. V spánkovom laboratóriu sú vyšetřovaní pacienti, u ktorých sme pri posúdení zistili, že pacient nereaguje na liečebné možnosti, no pacient je spolupracujúci. Z tohto dôvodu pacientov, ktorých obmedzuje nekvalitný spánok, nie je možné vyšetřiť.

Pri posúdení je dôležité sa zamerať na ťažkosti súvisiace so spánkom (prebúdzanie sa, sny, udržanie kvalitného spánku, únava), poruchy spánku neovládané vôľou (bruxizmus), bdenie, rytmus spánku, poruchy dýchania (chrápanie, prerušované dýchanie v noci), spánková hygiena (diéta, cvičenie, denné aktivity), frekvencia, dĺžka, kvalita spánku počas dňa, pospávanie v priebehu dňa, záľuby, užívanie medikamentózneho liečby, stres, psychiatrickú anamnézu (demencia, depresia, úzkosť) (Karbula, 2015).

Nefarmakologickým spôsobom liečby sa zaoberá kognitívno - behaviorálna terapia (KBT), ktorá sa zaoberá najmä správaním a premýšľaním pri nespavosti. Pri kognitívno - behaviorálnej terapii je dôležitá motivácia a spolupráca pacienta. Pri psychofyziologickej nespavosti zohráva významnú úlohu kognitívna časť. Úlohou je znížiť nepravdivé a negatívne postoje, ktoré spôsobujú insomniu. U pacienta vznikajú negatívne myšlienky o spánku náhle a sú dokonca veľmi intenzívne, ovplyvňujú správanie pacienta a emócie. Spúšťačom negatívnych myšlienok môže byť emócia, alebo určitá situácia, ktorá má súvis s danou situáciou. Napríklad sa pacient zaoberá myšlienkou, že sa mu nepodari zaspáť bez užívania lieku. Ak tieto myšlienky nastúpia pacient ich analyzuje, vymýšľa iné možnosti, spochybňuje ich. Cieľom kognitívnej zložky je hľadanie prijateľnejšieho myslenia, ktoré pri zaspávaní obmedzí úzkosť. Opakom kognitívnej časti je behaviorálna časť, ktorá sa zaoberá neprispôsobivým správaním, ktoré nie je zlúčiteľné s kvalitným spánkom. Medzi techniky behaviorálnej terapie patrí spánková reštrikcia. Spánková reštrikcia sa využíva najmä vtedy, keď pacienti trávajú na lôžku veľa času bez spánku. Cieľom reštrikcie je, aby sa skrátil čas strávený na lôžku, iba na čas spánku. Pacient si zrealizuje spánkový denník počas 7 až 14 dní. Zistí sa doba spánku z dĺžky spánku v priebehu jednotlivých nocí. Maximálna dovolená doba strávaná na lôžku je výsledkom priemernej doby spánku. Pacient sa nasledujúci týždeň snaží zostať na lôžku iba po dovolenú dobu. Poznáme taktiež kontrolu

podnetov, kedy dochádza k regulovaniu spánkového režimu. Tento proces sa drží zásad, ktoré spomínamé pri spánkovej hygiene, napr. chodiť spať a vstávať v tom istom čase, keď sa po 20 minútach neuskutoční spánok, pacient má vstať a realizovať inú činnosť. Ďalšou metódou je worrytime, kedy si pol hodinu pred spaním pacient zapíše problémy, ktoré ho trápia a znepokojujú a pri zaspávaní rozptyľujú. Pacient si dané riešenia problémov môže zapísať na papier. Relaxačné techniky si pri nespavosti môže pacient precvičovať. Napr. pri dýchaní sa pacientovi pri výdychu uvoľňujú svaly a naopak pri nádychu dochádza k zmršteniu svalov. Dôležité je, aby pacient túto techniku dokonale ovládal. Pri nedokonalnej technike môže dôjsť k zvýšeniu napätia a problémy so zaspávaním sa prehĺbia (Piško 2012; Fulmeková a kol., 2015). Súčasťou režimového opatrenia je spánková hygiena. Charakterizuje pacientove správanie pred spaním, ktoré pozitívne vplýva na spánok. Spánková hygiena je prvým krokom, ktorý sa používa pri liečbe insomnie (Fulmeková a kol., 2015).

Medz základné body spánkovej hygieny patrí pokojné prostredie, ideálna vlhkosť a teplota v priestore, tmavšia miestnosť, vhodná posteľ na spanie, spánkový režim - zaspáť a vstať v rovnaký čas, počas dňa sa vyhýbať spánku, spať len pri pociť spánku, keď sa spánok do 20 min. neprejaví, zaoberať sa inou aktivitou, pred spaním obmedziť predmety, ktoré nás vystavujú jasnému svetlu, pocit bezpečia v miestnosti, obmedziť psychostimulanty - nefajčiť pred spánkom a počas noci, nekonzumovať alkohol ani na navodenie spánku, nepiť pred spaním čierny čaj, alebo kávu, aktivita, prechádzky a cvičenie realizovať najmä ráno a v priebehu dňa (Račanská, 2014).

Cieľom nášho prieskumu bolo zistiť, ktoré faktory najčastejšie ovplyvňujú spánok pacienta počas hospitalizácie.

Metodika: Pre kvantitatívny prieskum sme zvolili metódu zberu údajou anonymným neštandardizovaným dotazníkom. Prieskum bol realizovaný v Univerzitnej nemocnici L. Pasteura v Košiciach. Zber údajov prebiehal od 1.2.2021 do 10.2.2021. Dotazník sme osobne distribuovali respondentom v priamom kontakte, vďaka čomu sme dosiahli vyššiu návratnosť. Zo 100 distribuovaných dotazníkov sa nám vrátilo 98 vyplnených dotazníkov, návratnosť dotazníkov teda predstavovala 98%. Pri konštruovaní prieskumného nástroja sme vychádzali z teoretických poznatkov a tiež z osobných skúseností. Dodržali sme základné etické prístupy pre prieskum a dotazníky sme distribuovali až po schválení etickou komisiou príslušného zariadenia. Získané dáta sme analyzovali a vyhodnocovali pomocou jednoduchej deskriptívnej štatistiky v počítačovom programe MS Excel.

Prieskumný súbor: Výber respondentov bol zámerný. Kritérium výberu boli sestry pracujúce v dvojsmennej prevádzke na lôžkových oddeleniach a klinikách (očná klinika, neurologická klinika, neurochirurgická klinika, I. interná klinika

a klinika dermatovenerológie). Do prieskumu sa zapojilo 98 respondentov, z toho 20 sestier z očnej kliniky, 14 sestier z neurologickej kliniky, 17 neurochirurgickej kliniky, 30 z I. internej kliniky a 17 z dermatovenerologickej kliniky.

Tabuľka 2 Demografické údaje respondentov

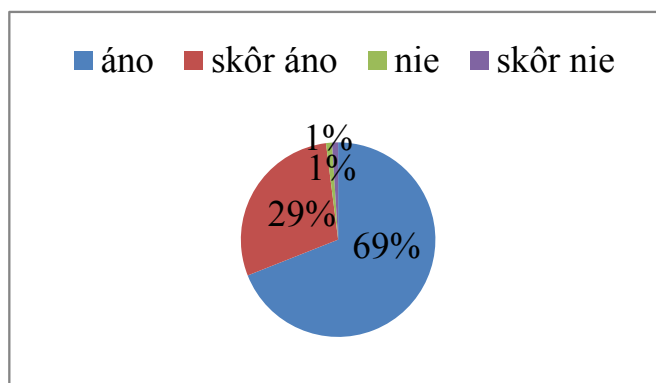
Pohlavie	(n)	(%)
Žena	98	98
Muž	0	0
Spolu	98	100
Vek	(n)	(%)
20 – 29 rokov	12	12,2
30 – 39 rokov	46	46,9
40 – 49 rokov	24	24,5
50 rokov a viac	16	16,4
Spolu	98	100
Najvyššie dosiahnuté vzdelanie	(n)	(%)
SZŠ	21	21,4
VOŠ/DVS	20	20,4
VŠ 1. stupňa (Bc.)	38	38,8
VŠ 2. stupňa (Mgr.)	18	18,4
VŠ 3. stupňa (PhD.)	1	1
Iné	0	0
Spolu	98	100
Dĺžka odbornej praxe	(n)	(%)
Menej ako 5 rokov	21	21,4
5 - 10 rokov	40	40,8
11 - 20 rokov	27	27,6
21 rokov a viac	10	10,2
Spolu	98	100

n– absolútne čísla, % - percentá

Zdroj: vlastné spracovanie

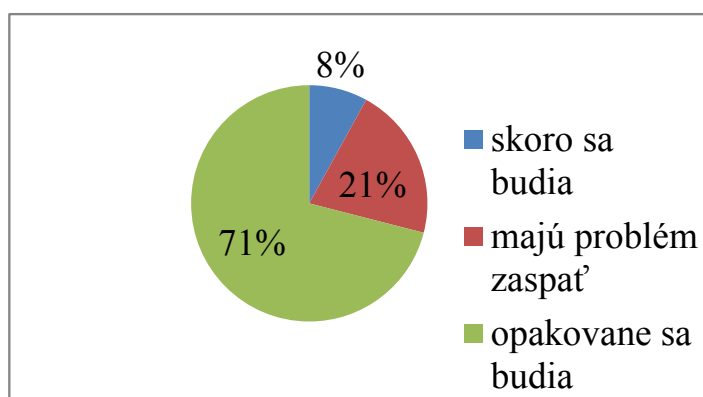
Po analýze získaných dát prinášame jednotlivé zistenia.

Graf 1 Vplyv hospitalizácie na spánok pacienta



Zdroj: vlastné spracovanie

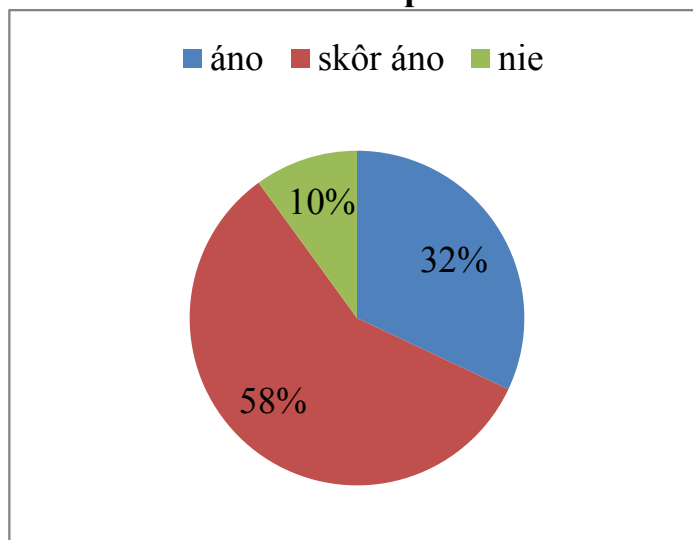
Graf 2 Najčastejšie problémy so spánkom u hospitalizovaných pacientov



Zdroj: vlastné spracovanie

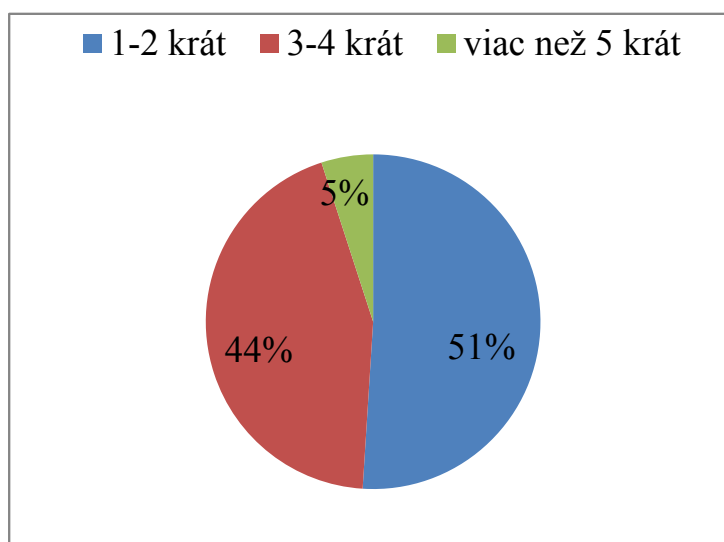
69,4% (n=68) sestier uviedlo, že hospitalizácia narúša spánok pacienta, len 1% (n=1) respondentov uvádza, že hospitalizácia nenarúša spánok pacienta. 71,4% (n=70) respondentom uvádza, že pacienti sa opakovane budia, 20,4% (n=20) tvrdí, že majú problém zaspáť a len 8,2% (n=8) uviedlo, že pacienti sa skoro budia.

Graf 3 Zobúdzanie sa pacientov v noci



Zdroj: vlastné spracovanie

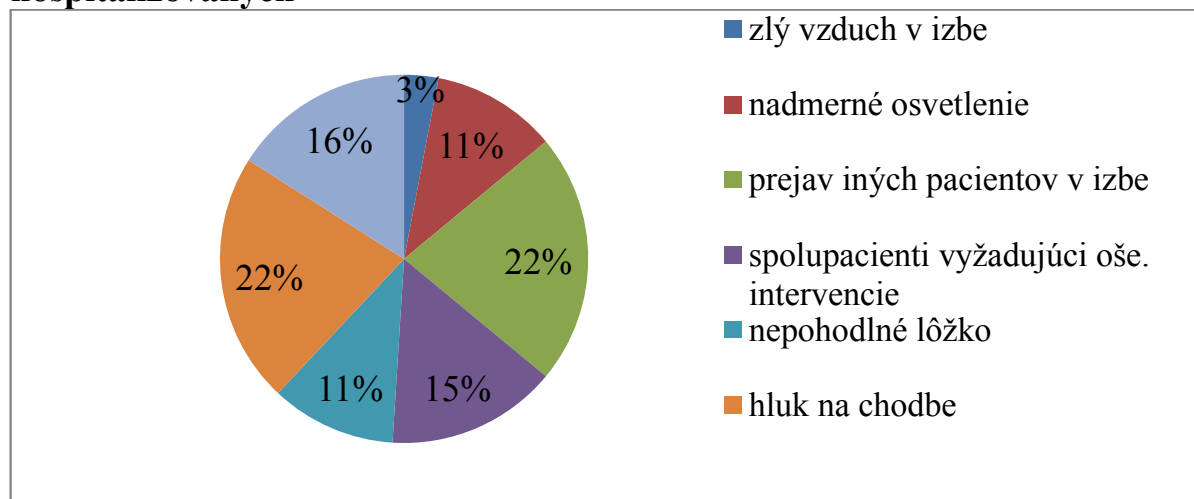
Graf 4 Frekvencia zobúdzania sa pacientov počas noci



Zdroj: vlastné spracovanie

Viac ako štvrtina respondentov 31,6% (n=31) uviedla, že pacienti sa počas hospitalizácie opakovane počas spánku budia, 10,2% (n=10) respondentov sa prikláňa k možnosti, že sa pacienti nezobúdzajú. Viac ako polovica respondentov 51% (n=50) potvrdila, že pacienti sa zobúdzajú 1 - 2 krát počas noci a 5,1% (n=5) respondentov sa prikláňa k názoru, že pacienti sa zobúdzajú počas noci viac než 5 krát.

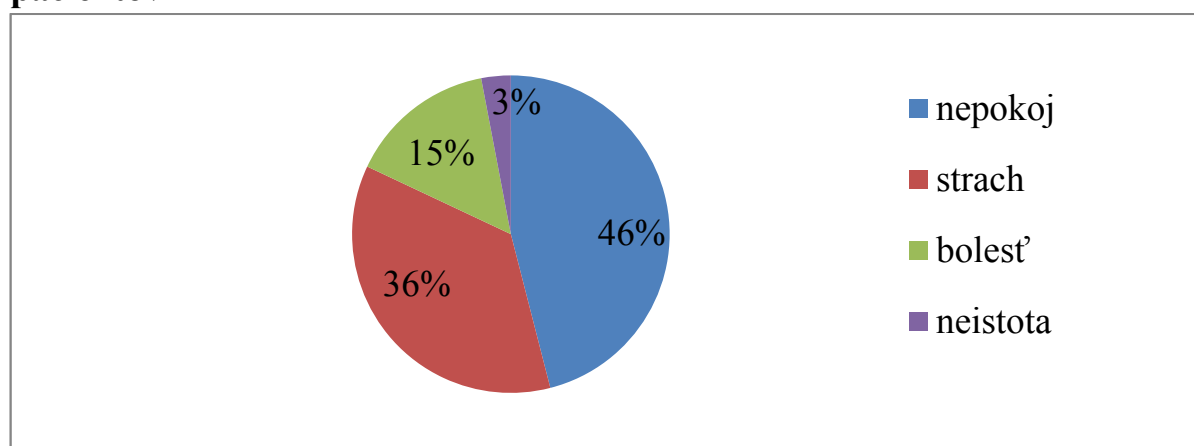
Graf 5 Vonkajšie faktory najčastejšie ovplyvňujúce spánok hospitalizovaných



Zdroj: vlastné spracovanie

21,4% (n=20) respondentov uviedlo, ako najčastejší rušivý faktor ovplyvňujúci ich spánok prejav iných pacientov v izbe, taktiež rovnaký počet respondentov 21,4% (n=20) uviedlo hluk na chodbe, iba 3,1% (n=3) uvádza zlý vzduch v izbe.

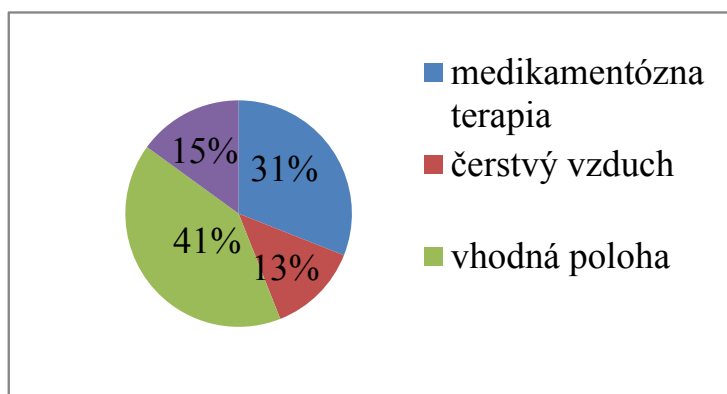
Graf 6 Vnútorné faktory negatívne ovplyvňujúce spánok hospitalizovaných pacientov



Zdroj: vlastné spracovanie

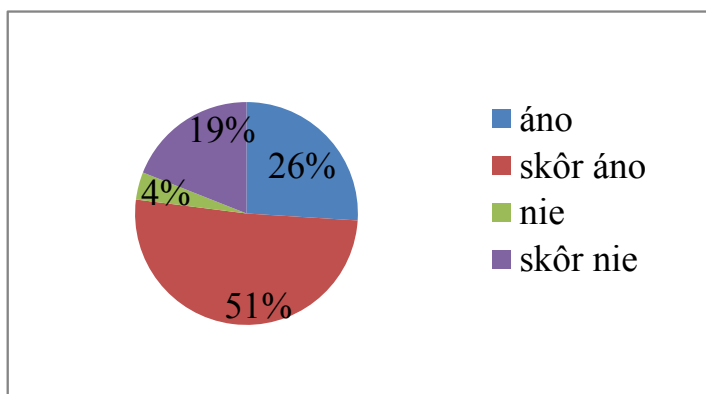
Najviac respondentov 45,9% (n=45) udáva vnútorný nepokoj za najviac narušajúci vnútorný faktor, ktorý ovplyvňuje spánok hospitalizovaných, 35,7% (n=35) respondentov uvádza strach a len 3,1% (n=3) respondentov uviedlo neistotu.

Graf 7 Najčastejšie aplikované odputávacie techniky pre skvalitnenie spánku pacienta



Zdroj: vlastné spracovanie

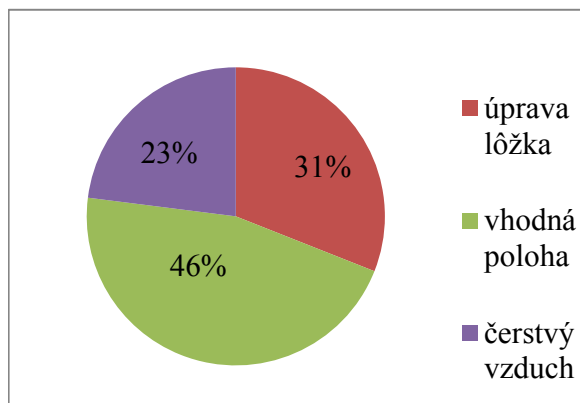
Graf 8 Navodenie pokojného spánku po vykonaní odputávacích techník



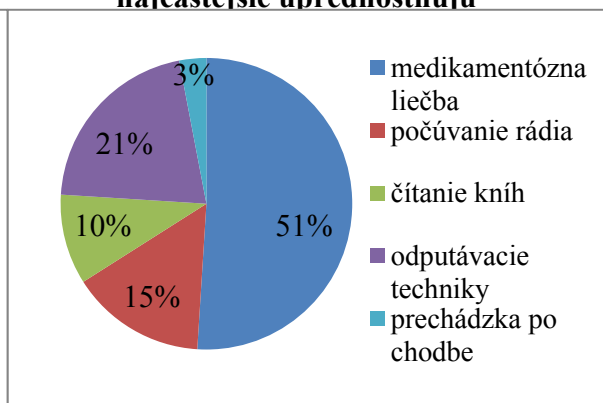
Zdroj: vlastné spracovanie

40,8% (n=40) respondentov uvádza vhodnú polohu pacienta ako najčastejšiu odputávaciu techniku zvolenú pre zlepšenie spánku pacienta, viac ako štvrtina respondentov (30,6%; n=30) udáva príslušnú farmakoterapiu, k úprave lôžka sa prikláňa 15,3% (n=15) respondentov a len 13,3% (n=13) udáva vetranie izby pre prísun čerstvého vzduchu. 51% (n=50) respondentov uvádza, že k navodeniu pokojného spánku dôjde po vykonávaní odputávacích techník, naopak 4,1% (n=4) respondentov tvrdí, že k navodeniu pokojného spánku nedôjde.

Graf 9 Odputávajúce techniky v praxi



Graf 10 Pri poruchách spánku pacienti najčastejšie uprednostňujú



Zdroj: vlastné spracovanie

Skoro polovica respondentov (45,9%, n=45) uvádza ako najefektívnejšiu odputávajúcu techniku, s ktorou majú v praxi najlepšiu skúsenosť, voľbu vhodnej polohy pacienta počas spánku, len 23,5% (n=23) respondentov uvádza ako pozitívne pôsobiacu odputávaciu techniku prísin čerstvého vzduchu v izbe pacienta. Pri poruchách spánku počas hospitalizácie viac ako polovica 51% (n=50) respondentov uvádza ako jednu z možností riešenia daného problému medikamentóznou liečbu, 20,4% (n= 20) respondentov uviedlo odputávacie techniky, len 3,1% (n=3) respondentov uviedlo prechádzku po chodbe.

Diskusia

K tomu, aby sme dokázali plynule „prepnúť“ z režimu bdlosti do režimu spánku“ je potrebné, aby boli splnené niektoré základné podmienky: musí byť vhodný čas na spanie, musíme byť ospalý, nesmú nás rušiť žiadne silnejšie zmyslové vnemy a nesmieme byť emočne rozrušený, pričom nezáleží len na intenzite rušivého podnetu, ale aj na jeho kvalite (Praško a kol., 2004). V predkladanom príspevku sa zaoberáme faktormi, ktoré ovplyvňujú spánok pacienta počas hospitalizácie. Z výsledkov našej prieskumnej štúdie vyplynulo, že hospitalizácia negatívne ovplyvňuje spánok pacienta. Najčastejším vonkajším faktorom negatívne vplyvujúcich na spánok pacienta počas hospitalizácie je prejav iných pacientov v izbe (chrápanie, telefonovanie, počúvanie rádia), rovnaký počet respondentov t. j. 22% z 98% uviedlo ako negatívny faktor hluk na chodbe. Pylypii (2020) vo svojej štúdii, ktorej sa zúčastnilo 70 respondentov taktiež sledoval vplyv nemocničného prostredia na spánok pacienta a uvádza, že 38% respondentov (z celkového počtu zúčastnených 70 respondentov) ruší chrápanie spolupacientov, 24% respondentov zlá kvalitu posteľe a matracov, 22% respondentov uviedlo ako rušivý faktor prítomnosť spolupacientov na izbe, rovnaký počet respondentov t. j. 22% vyrušuje hluk. Negatívne vplyva na kvalitu spánku pacientov aj zlý vzduch v miestnosti, nadmerné osvetlenie,

prítomnosť inej osoby v izbe, používanie mobilných telefónov, zvuk alarmu, hlasná konverzáciu sestier a klimatizáciu, ale aj skoré ranné ošetrovateľské intervencie. Výskumy všeobecne preukazujú aj na vplyv izbovej teploty na kvalitu spánku. Ideálna teplota pre pokojný spánok v izbe je 16⁰C a naopak teplota okolo 24⁰C skôr navodzuje nepokojný spánok (Idzikowski, 2012). Hudáková a kol. (2020) uvádzajú, že svetlo môže mať pozitívny aj negatívny vplyv na uspokojenie potreby spánku. Ďalšou oblasťou, ktorou sme sa zaoberali boli najčastejšie vnútorné faktory narúšajúce spánok pacienta počas jeho pobytu v nemocnici. 46% respondentov uviedlo nepokoj, 36% respondentov potvrdilo strach a 15% respondentov uviedlo bolesť. Medzi intervencie eliminujúce poruchy spánku 51% respondentov našej prieskumnej štúdie zaradilo medikamentóznú liečbu, 21% respondentov odputávacie techniky, počúvanie rádia 15% respondentov, 10% respondentov čítanie kníh a len 3% respondentov uviedlo prechádzku po chodbe. Pylypii (2020) tvrdí, že 34% respondentov, ktorí sú hospitalizovaní uprednostňujú pri navodení kvalitného spánku odputávajúce techniky, 24% respondentov z celkového počtu respondentov (n=70) uprednostňuje vetranie izby. Viacerí pacienti pred spánkom pozerá televízor, číta knihy, počúva uspávajúcu hudbu.

Jednotlivci hospitalizovaní v dôsledku zdravotných problémov majú ťažkosti s uspokojením potreby spánku v dôsledku zmien v ich postojoch, správaní a návykoch pri spánku a odpočinku.

V prípade, že pacient nevie zaspáť alebo sa v noci častejšie budí cíti sa často podráždené, dokonca môže dôjsť aj k jeho agresívnemu správaniu. V záujme sestier by teda malo byť aj monitorovanie spánku pacientov. Keďže spánok je nevyhnutný pre fyzické a psychické zotavenie, nedostatočný spánok môže spôsobiť život ohrozujúce poruchy. Stanovenie faktorov, ktoré narúšajú pacientov komfortný spánok a zabezpečenie pokračovania normálneho spánkového procesu odstránením týchto faktorov je dôležitou súčasťou procesu liečby a starostlivosti (Cicek et al., 2014). Sestry, ktoré sa starajú o pacientov so spánkovými problémami, majú dôležité úlohy a povinnosti, pokiaľ ide o včasnú diagnostiku porúch spánku, znižovanie súčasných stresových faktorov a poskytovanie nevyhnutných environmentálnych predpisov na vytvorenie terapeutického prostredia. Sestra počas hospitalizácie opakovane identifikuje problémy pacienta so spánkom a príčiny ich vzniku. **Poruchy spánku sú často sprevádzané depresivitou, úzkosťou a kognitívnymi zmenami.** Podľa Kilíkovej (2019) liekovú farmakoterapiu sestra stále podáva iba podľa indikácie lekára. Dávajú sa antihistaminiká, hypnotiká, anxiolytiká, trankvilizéry. Lieková závislosť sa vie vyvinúť nekontrolovateľne rýchlo, klienti sa potom dožadujú neustáleho navyšovania dávok. Sestra má povinnosť poučiť klienta o možnom vedľajšom účinku lieku a množstvom rizík spojených s dlhodobým užívaním

liekov od spania, upokojenia. Ľudia využívajú pred spánkom opakujúce sa návyky, ktoré im zabezpečujú stav relaxácie a pohody. Je na mieste ich naďalej podporiť a v prípade zabudnutia sebaopatery sestra pomáha s realizáciou týchto činností. Pohodlie a stav bezpečia sú predpokladom bezchybného a kvalitného spánku. Ak si to otočíme tak stres je spúšťačom narušenia spánku (Kilíková 2019). U mnohých pacientov navodí pokoj, istotu aj príjemný rozhovor so sestrou.

Záver

Po vyslovení slova spánok si každý predstaví príjemnú aktivitu, bez ktorej by sme dlho nevedeli vydržať a ktorá je v konečnom dôsledku dôležitejšia než jedlo. Existencia ľudí bez spánku nie je možná. Spánok sa významne podieľa na kvalite života človeka. Spánkom trávime asi tretinu života. Dĺžka a kvalita spánku sú ovplyvnené faktormi na individuálnej, sociálnej a spoločenskej úrovni. Dostatok kvalitného spánku je jednou zo základných potrieb človeka. Počas spánku v organizme prebieha mnoho dôležitých pochodov. Fyziologický spánok je potrebný pre regeneráciu psychických a fyzických síl, kognitívne funkcie, množstvo metabolických pochodov, vylučovanie hormónov, ale aj pre imunitu. Dlhodobá nespavosť, nedostatočný spánok sú predispozíciou vzniku rôznych ochorení. Viac odpočinku a spánku potrebujú hospitalizovaní chorí ľudia. Na zvládnutie každodenných činností potrebujú dostatočné množstvo energie k prinavráteniu a obnove zdravia. K častým sťažnostiam hospitalizovaných patria práve problémy so zaspávaním. Kvalita spánku hospitalizovaných pacientov je veľmi individuálna a k nedostatočnému uspokojeniu potreby spánku patrí najmä stres, obavy, úzkosť, napätie, samotná hospitalizácia, nedostatok súkromia, pokoja. Problémy so spánkom udáva počas hospitalizácie 50 -70% pacientov, pričom ťažšie zaspávanie, plytký spánok a najmä prerušovaný spánok patria k najčastejším problémom (Otrubová, 2012; Trachtová a kol., 2013; Plháková, 2013; Kilíková, Leferovičová, 2013).

BIBLIOGRAFIA

AMEN, G.D. 2011. *Změnětemozeg, změňte telo*. Praha: Ikar, 2011. 464s. ISBN 978-80-249-1730-6.

FULMEKOVÁ, M., a kol. 2015. Lékařenská starostlivost o pacientov s nespavostí. In *Praktické lékařnictvo*, roč. 5, 2015, č. 3-4, s. 80-86.

GRIFFEYOVÁ, H. 2017. *Chcem kvalitný spánok*. Bratislava: Ikar, 2017. 144 s. ISBN 978-80-551-5602-6.

HAINER, V., a kol. 2011. *Základy klinické obezitologie* 2. Přepřacované a doplněné vydání. Praha: GradaPublishing, a.s., 2011. 372 s. ISBN 978-80-247-32.

HOLLAN, J. 2013. Vliv světla a osvětlení na člověka. [online]. [2020-10-05]. Dostupné na: <http://www.cz.tzb-info.cz/1794-vliv-svetla-a-osvetleni-na-cloveka.htm>

HUDÁKOVÁ, T. a kol. 2020. Vplyv prostredia intenzívneho oddelenia na spánok pacienta. In *Ošetrovatelstvo a pôrodná asistencia*. Bratislava: SKSaPA. 2020. č.4. s. 20-23. ISSN 1339-5920.

IDZIKOWSKI, CH. 2012. *Zdravý spánok*. Bratislava: Slovart. 2012. 160 s. ISBN 978-80-556-0334-6.

KARBULA, I. 2015. *Geriatrická psychiatria*. Trnava: Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce Trnavskej univerzity v Trnave, 2015. 99 s. ISBN 978-80-8082-912-4.

KILÍKOVÁ, M., LEFEROVIČOVÁ, K. 2013. *Teória potrieb a ošetrovateľského procesu*. Bratislava: VŠZaSP sv. Alžbety, Detašované pracovisko bl. Sary Salkaháziovej, Rožňava, 2013. 228 s. 1. vyd. ISBN 978-80-8132-079-8.

KILÍKOVÁ, M. 2019. *Teória potrieb a ošetrovateľského procesu*. Rožňava: VŠZaSP sv. Alžbety. Detašované pracovisko bl. Sary Salkaházi. 2019. 211 s. ISBN 978-80-8132-204-4.

LIBRA, M., a kol. 2013. Světlo: *Fyzikální podstata světla*. [online]. [2020-09-01]. Dostupné na: <http://www.odbornecasopisy.cz/>.

MUCSKA, I. 2020. *Odborník na spánok: Za 100 rokov sme si skrátili spánok o viac ako hodinu*. [online]. [2020-12-13]. Dostupné na: <https://akobuk.sk/imrich-mucska-rozhovor-spanok/>.

OTRUBOVÁ, J. 2012. Poruchy spánku seniorov ako ošetrovateľský problém. In *Revue medicíny v praxi*. Roč. 10, č. 1, 42 - 43 s. ISSN 1336-202X.

PIŠKO, J. 2012. Chronická insomnia a psychické poruchy. In *Psychiatrie pro praxi*. [online]. 2012, č. 1, s. 10-12, [cit. 2020-10-05]. Dostupné na: <http://psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2012/01/03.pdf>

PLHÁKOVÁ, A. 2013. *Spánek a snění*. Praha: Portál, 2013. 264 s. ISBN 978-80-262-0365-0.

RAČANSKÁ, E. 2014. Špecifická farmakoterapie insomnie v staršom veku. 2014. In *Praktické lekárstvo* [online], roč. 4, 2014. č 1, 9-11 s. [cit. 2020-9-14].

SHELGIKAR, A., V., ANDERSON, P., F., STEPHENS, M., R. 2016. *SleepTracking, WearableTechnology and OpportunitiesforResearch and ClinicalCare*. Chest, 150, 732-743.

SMITH, M., a kol. 2015. *How to SleepBetter*. [online]. [cit. 2020-09-13]. Dostupné na :<http://www.helpguide.org/articles/sleep/how-to-sleep-better.htm>

ŠAMÁNKOVÁ, M., a kol. 2011. *Lidsképotřebyve zdraví a nemoci aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada, 2011. 134 s. ISBN 978-80-247-3223-7.

TRACHTOVÁ, E. a kol. 2013. *Potrěby nemocného v ošetrovateskémprosesu*. 3. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2013. 185 s. ISBN 978-80-7013-553-2.

VYTEJČKOVÁ, R. 2011. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné*, Praha: Grada, 2011. 228 s. ISBN 978-80-247-3419-4.

Kontakt na autorov:

PhDr. Mgr. Ľubica Trnková, PhD., MPH, Bc. Nikola Pomietlová
VŠ ZaSP sv. Alžbety, Detašované pracovisko bl. Sály Salkaházi
Kósu Schoppera 22, 048 01 Rožňava
E-mail: dr.trnkovalubica@gmail.com, nikolapomietlova@gmail.com

**HODNOTA ODBORNEJ PRÍPRAVY KREŠŤANSKÝCH SESTIER PRE
PALIATÍVNU A HOSPICOVÚ STAROSTLIVOSŤ
THE IMPORTANCE OF THE PARISH NURSES PROFESSIONAL
TRAINING FOR PALLIATIVE AND HOSPICE CARE
ЗНАЧЕННЯ ПРОФЕСІЙНОЇ ПІДГОТОВКИ ХРИСТІЯНСЬКИХ
МЕДИЧНИХ СЕСТЕР ДЛЯ НАДАННЯ ПАЛІАТИВНОЇ ТА
ХОСПІСНОЇ ДОПОМОГИ**

Tsarenko Anatolii¹, Dandre Pamela²

Царенко Анатолій,¹ Дандре Памела²

¹Shupyk National Healthcare University of Ukraine (Kyiv, Ukraine)

²*Faith Community Coordinator for Ukraine, Uzhhorod, Ukraine*

Abstract

The professional activity and training of Faith Community Nurses (Parish Nurses/ Christian Nurses) is based on a holistic view of a person which is of particular importance in relation to palliative patients at the end of life, including the elderly. Along with medical manipulations to control physical symptoms, in particular pain, shortness of breath, swelling, bleeding, bedsores, the Christian nurse together with the priest/medical chaplain, provides spiritual/religious support to the patients and their families. The Christian nurse has the most contact with the patient and his family members, therefore she knows the specifics of the development of the disease; psychological and emotional features, social conditions of the family. In many countries, the profession of "Parish Nursing/Christian nurse" is approved. Their professional training is carried out in medical colleges and universities.

Thanks to the cooperation of the NGO «Association for Christian Nurses and Volunteers „Blago"» with the Westberg Institute (USA), we received the foundations course which was adapted for the Ukrainian culture. Also, the Department for Palliative and Hospice Medicine of the Shupyk National Healthcare University of Ukraine cooperates with the Ministry of Health of Ukraine, to approve the profession of "Nurse of Mercy". This specialty, together with nursing medical education, receives an initial theological education, which can lay the foundation for the introduction of the specialty "Christian nurse" in Ukraine.

Kľúčové slová/ Keywords

Faith Community Nurse/ Parish Nurse/ Christian nurse; professional training; training curricula; palliative patients; elderly patients; spiritual/religious support; priest/medical chaplain.

Вступ.

У світі щороку понад 25,5 млн. людей помирають від тяжких невиліковних захворювань, і ще 35 млн. осіб живуть, страждаючи від небезпечних для життя захворювань, що разом становить майже 61 млн. осіб [1–5]. На жаль, значна частина таких пацієнтів закінчують своє життя у стражданнях і муках через нестерпний біль, важкі порушення функцій організму, загальну слабкість і безпорадність, неспроможність до самообслуговування, депресії тощо, що спричиняє значне зниження якості життя їх та їхньої родини. За оцінками експертів, щороку у світі, приблизно, від 26,8 млн. до 40 млн. таких пацієнтів потребують паліативної та хоспісної допомоги (ПХД) [1; 2; 6].

За даними експертів ВООЗ, дорослі пацієнти, які потребують паліативної і хоспісної допомоги (паліативні пацієнти – ПП), хворіють на хронічні хвороби системи кровообігу (38,5 %), злоякісні новоутворення (34,0 %), хронічні респіраторні захворювання (10,3 %), ВІЛ-інфекцію/СНІД (5,7 %), цукровий діабет (4,6 %) тощо. ПХД повинна надаватися також при багатьох інших небезпечних для життя захворюваннях, у т. ч. при хронічній нирковій і печінковій недостатності, розсіяному склерозі, хворобі Паркінсона, деменції, ревматоїдному артриті, важких формах неврологічних захворювань, вроджених і набутих вадах розвитку, хіміорезистентних формах туберкульозу тощо. Крім того, у світі відбувається швидке постаріння населення, що зумовлює збільшення поширеності асоційованих з віком тяжких небезпечних для життя хронічних захворювань і, відповідно, збільшення потреби у ПХД у глобальному масштабі [5–8]. Згідно з прогнозами деяких дослідників, до 2040 р. потреба у ПХД у світі може збільшитися на 25–47 % [3].

Важливу роль у наданні ПХД населенню відіграють середні медичні працівники, зокрема, медичні сестри та фельдшери. Особливо актуальним питанням є створення і оптимізація системи професійної до- і післядипломної підготовки медичних сестер з питань надання ПХД, а також розробка та впровадження інноваційних підходів до- і післядипломної медсестринської професійної освіти.

Зазначене вище визначило тему і завдання нашої роботи.

Мета роботи. Обґрунтування інноваційного напрямку професійної підготовки середніх медичних працівників, які залучаються до надання ПХД населенню – впровадження в Україні програми підготовки християнських медичних сестер.

Матеріали і методи. При виконанні роботи були використані нормативно-правові документи України та авторитетних міжнародних фахових організацій; наукові літературні джерела з використанням пошукових систем JAMA, Scholar та PubMed; дані офіційної статистики Міністерства охорони здоров'я України (МОЗ). У роботі ми використовували наступні методи дослідження: бібліосемантичний, системного підходу і системного аналізу.

Результати дослідження та обговорення.

Результати бібліосемантичного дослідження наукової літератури свідчать, що сьогодні та впродовж останніх шести десятиліть у багатьох країнах світу та в Україні створення і розвиток системи або служби ПХД населенню є одним з пріоритетних медико-соціальних та гуманітарних завдань урядів та суспільства, що зумовлено невідпинно зростаючою кількістю ПП. Актуальність цієї проблеми постійно зростає, що зумовлено низкою об'єктивних і суб'єктивних чинників: демографічних, медичних, соціально-економічних, політичних (а зараз в Україні ще й воєнних), морально-етичних тощо [1; 2; 5; 6; 8–20].

Важливою умовою забезпечення доступності, якості та ефективності ПХД є професійна підготовка та неперервний професійний розвиток з питань ПХД фахівців як медичного, так і немедичного профілю. На цьому наголошується в багатьох міжнародних документах, зокрема, у «Рекомендаціях 24 (2003) Комітету Міністрів Ради Європи з організації паліативної допомоги в державах-учасниках»; у посібнику «Паліативна допомога: рекомендації ВООЗ для здійснення ефективних програм» – Модуль 5 серії «Боротьба з раком: знання – в практику» (2007); у настанові ЕАРС «Біла книга стандартів і норм паліативної допомоги в Європі. Частина I і II» (2009, 2010), у Празькій хартії «Отримання паліативної допомоги – право людини» (2013) та інших.

Слід зазначити, що ВООЗ ще у 1990 р. рекомендувала:

- включити в навчальні програми підготовки всіх медичних працівників вивчення основних засад і положень ПХД та основних принципів і підходів контролю хронічного больового синдрому;
- проводити післядипломне навчання медичних працівників з питань ПХД на базі вищих медичних закладів освіти з видачею сертифіката, що засвідчує підвищення кваліфікації в даній галузі;

- у кожній країні залучати провідних фахівців у галузі ПХД для навчання практикуючих лікарів різних спеціальностей та студентів-медиків тощо. [20; 21].

Особливість медсестринської ПХД та догляду визначається її головною метою, а саме – забезпечити максимально можливу якість життя ПП і членів їх сімей, а також завданнями і функціями ПХД. Оскільки ПХД – це комплексна мультидисциплінарна допомога, яка об’єднує медичну допомогу, соціальну підтримку, психологічний і духовний/релігійний супровід, волонтерську службу, тому медсестринський паліативний догляд потребує спеціальних знань, вмінь, навичок.

Філософія медсестринського догляду визначена основоположницею сестринської справи Флоренс Найтінгел: «Медична сестра повинна мати потрібну кваліфікацію: серцеву – для розуміння хворих, наукову – для розуміння хвороб, технічну – для догляду за хворими». Це включає в себе функцію і завдання медсестринського догляду та сприяння зціленню людей у повному обсязі від народження до смерті. [22].

Спадщина Флоренс Найтінгел щодо цілісного медсестринства зумовлена необхідністю забезпечити потреби і надання догляду та комфорту пацієнтам. Ф. Найтінгел заохочувала медсестер враховувати культурну та релігійну різноманітність, а також цінності, потреби та турботи людей у їхній унікальності, не нехтуючи економічними та соціальними аспектами, які передбачають догляд. Холістична сестринська справа базується на медсестринських знаннях, теоріях, дослідженнях, діях, опосередкованих глибокими знаннями та досвідом. З цієї точки зору сестринська практика включає теорію, практику та суб’єктивні аспекти, а також інтуїцію та креативність, які є вирішальними у тому, як ця модель догляду буде створена [22 - 23].

Розвиток нових технологій у галузі охорони здоров’я зумовлюють зростаючі вимоги до якості і професійного рівня медичної допомоги. Медична сестра, яка залучена до надання ПХД, зустрічається з широким спектром найбільш важких і різноманітних симптомів, захворювань та станів. Перед нею постає нелегке завдання вміло поєднати використання сучасних медичних технологій з гуманним ставленням до ПП, що потребує мобілізації досвіду і знань, розвитку клінічного мислення, володіння багатьма компетенціями: професійною, комунікативно-психологічною, інформаційною, соціальною, етико-деонтологічною, особистісною, загальнокультурною [24].

Суть сучасної ПХД визначається філософією паліативної медичної допомоги і догляду, мета якої забезпечити максимально досяжну якість життя ПП і членів його родини, домогтися гармонії між професійною майстерністю і гуманним ставленням лікаря і медичної сестри до інкурабельного та помираючого пацієнта. Робота медичної сестри, що залучена до надання ПХД, супроводжується значним фізичним та психоемоційним навантаженням і не обмежується лише лікуванням. Важливими завданнями медичної сестри при наданні ПХД і догляду за ПП є:

- полегшити/усунути біль та інші тяжкі симптоми захворювання;
- навчити та підтримати здатність ПП вести активний спосіб життя;
- забезпечити навчання, пов'язане з поясненням розвитку симптомів і перебігу захворювання та особливостей і правил догляду за ПП;
- сприяти створенню в родині атмосфери любові і підтримки ПП під час його хвороби, щоб він не відчував себе тягарем;
- проявляти увагу до ПП і спілкуватися з ним;
- розуміти потреби ПП;
- сприяти формуванню та підтримці позитивної самооцінки ПП, у т. ч. залученню ПП до прийняття рішень (особливо при зростанні ступеня його залежності від оточуючих);
- забезпечити підтримку членів сім'ї після смерті ПП;
- забезпечити психоемоційну і духовну/релігійну підтримку ПП та членів його сім'ї.

У ПХД роль медичної сестри є надзвичайно важливою, навіть унікальною, оскільки саме вона найбільше контактує з ПП та членами його сім'ї, а кожен ПП, який потребує її допомоги, чекає від неї не тільки високих професійних навичок і вмінь, але й чуйного ставлення, душевного тепла, людського співчуття, які так необхідні у боротьбі з важкою недугою ПП та його родині. У багатьох хоспісах країн Європи, США і Канади саме медична сестра є головним координатором мультидисциплінарної команди та головною особою, яка приймає рішення щодо догляду за ПП. Метою догляду та головними завданнями медичної сестри при наданні ПХД є забезпечення максимально досяжної якості життя ПП до останнього подиху. Необхідно забезпечити присутність найближчих членів сім'ї за їх бажанням у будь-який час, дати можливість ПП висловити свої почуття та думки. Щоб запобігти відчуттю безпорадності та залежності, необхідно ставитися до ПП з розумінням і співчуттям.

Найчастіше домінуючим симптомом у ПП у процесі вмирання є втома. Тому медична сестра повинна виконувати медичні процедури, коли ПП почувається достатньо добре, щоб їх витримати. Медична сестра при

наданні ПХД повинна забезпечити головну умову – ПП не має страждати. При спілкуванні з ПП вона допомагає зменшити тривогу, сприйняти смерть як природний біологічний стан. Будь-який пацієнт з важкою і, особливо, невиліковною хворобою і обмеженим прогнозом тривалості життя вчиться жити з таким діагнозом. Отже, для медичної сестри, що надає ПХД, найсуттєвішим завданням є догляд за ПП у процесі його вмирання. Щоб здійснювати кваліфіковану паліативну медичну допомогу та догляд за ПП медичні сестри повинні володіти багатьма вміннями та практичними навичками:

- визначати потреби і проблеми ПП та членів його сім'ї, виділяючи з них пріоритетні, та знаходити оптимальний вихід у складних життєвих ситуаціях та забезпечити реалізацію цих потреб;
- кваліфіковано проводити сестринське обстеження, ставити сестринський діагноз, складати план догляду і реалізовувати його, якісно виконувати медичні маніпуляції згідно з протоколами, забезпечувати профілактику або лікування пролежнів, контролювати якість дихання, прохідність дихальних шляхів, за призначенням лікаря проводити кисневу терапію, володіти навичками догляду за ПП, що помирає, для полегшення страждань;
- за призначенням лікаря контролювати больовий синдром та інші тяжкі симптоми, спостерігати за їх динамікою, приймати самостійні, в межах медсестринської компетенції, рішення для їх полегшення;
- щоденно здійснювати оцінку можливих ризиків ускладнень та попереджати їх виникнення, знаходити оптимальний вихід у складних клінічних ситуаціях та приймати виважені рішення;
- володіти навичками інформування про стан ПП, в межах своєї компетенції, не порушуючи його прав на конфіденційність;
- забезпечити і контролювати харчування і питний режим ПП відповідно до призначень лікаря та стану пацієнта;
- проводити гігієнічний догляд за ПП, застосовуючи пристосування і засоби догляду для створення комфортних умов пацієнту та для полегшення його страждань;
- навчати основам догляду родичів ПП, вміти пояснити про зміни, що відбуваються в його стані, особливо в термінальній стадії, та координувати залучення родини ПП та його близьких до догляду, забезпечити можливість перебування родичів біля ліжка вмираючого;

- оцінити настрій ПП, надавати йому та його родині психоемоційну підтримку в період захворювання, особливо в термінальній стадії, бути опорою для вмираючого та його близьких, полегшити прийняття та сприяти адаптації родичів до вмирання рідної людини, забезпечити задоволення духовних потреб та духовний/релігійний супровід;
- співпрацювати з іншими членами мультидисциплінарної команди, раціонально розподіляти робочий час, планувати роботу, контролювати якість роботи молодшого медичного персоналу.

Таким чином, зазначене вище свідчить про необхідність професійної підготовки медичних сестер з паліативної та хоспісної допомоги. В Україні вивчення питань, що пов'язані з наданням медичної допомоги ПП та доглядом за інкурабельними пацієнтами, студенти медичних училищ та коледжів починають вивчати на II–III курсах, оскільки це потребує відповідних знань з клінічних та допоміжних дисциплін, що дозволить розуміти питання, пов'язані з потребами ПП, особливо в термінальних стадіях захворювань [25]. В Україні студенти медичних училищ та коледжів вивчають цю дисципліну з 2011 р. за навчальними програмами «Медсестринство в геронтології, геріатрії та паліативній медицині» [26]. При підготовці медсестер-магістрів у 2015 р. було запроваджено навчальну програму «Паліативна медицина» [27].

Післядипломна професійна підготовка медичних сестер з питань ПХД здійснюється згідно з «Програмою теоретичного удосконалення для медичних сестер первинної медико-санітарної допомоги» (2011 р.) в медичних коледжах та училищах і на циклах удосконалення кафедри паліативної і хоспісної медицини Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л.Шупика за навчальними програмами «Основи медсестринської допомоги в паліативній та хоспісній медицині» (2011 р.), «Медсестринська допомога паліативним пацієнтам у термінальних стадіях хронічних неінфекційних захворювань» (2013 р.) і «Медсестринство в паліативній і хоспісній допомозі» (2017 р.).

У 2011 р. в навчальний процес було впроваджено програму циклу спеціалізації «Медсестринство в паліативній і хоспісній допомозі» для слухачів відділень післядипломної освіти [28]. Позитивним є затвердження наказом МОЗ України від 10.11.2022 № 2016 спеціалізації медичних сестер з паліативної і хоспісної допомоги (термін підготовки 180 годин).

Контент-аналіз зазначених вище програм свідчить, що в цих програмах недостатня увага приділяється питанням духовної підтримки та релігійного супроводу. Духовна/ релігійна підтримка ПП і членів їх сімей

має багато аспектів. Насамперед, це ставлення до проблем, які постають перед ПП, а також перед їхніми близькими та персоналом закладів ПХД. Це питання про сенс страждань, про ставлення до смерті, про значення віри. По-друге, це власне форми і методи духовної/ релігійної підтримки, причому не тільки ПП, але й тих, хто перебуває поруч з ними і надає їм допомогу. Участь Церкви в наданні допомоги невиліковно хворим полягає, насамперед, у духовно-пастирській допомозі таким пацієнтам, їх духовному окормленні, прилученні хворих до благодатних і рятівних Таїнств Церкви. Разом з цим, піклування про таких хворих може і повинно розглядатися також і в аспекті соціального служіння Церкви, служіння, спрямованого на духовний розвиток і перетворення людини і суспільства. Організуючи або беручи участь в організації допомоги невиліковно хворим і у догляді за ними, Церква не тільки співчуває і допомагає хворій людині, але й надає можливість своїм чадам послужити ближньому.

У цьому плані корисним є досвід США, Німеччини, Фінляндії та інших країн, де затверджена спеціальність і вже впродовж багатьох років здійснюється підготовка «Християнських медсестер», які мають середню медичну/медсестринську і початкову богословську освіту. Впровадження в Україні спеціальності «Християнська медсестра» наразі є дуже актуальним, оскільки минулого року наказом МОЗ України від 30.09.2022 N 1782 посаду «Капелан в охороні здоров'я» включено до «Переліку посад професіоналів із вищою немедичною освітою», а професію «Капелан в охороні здоров'я» внесено до Класифікатора професій ДК 003:2010. Зазначеним наказом також визначено вимоги до спеціальності та спеціалізації медичних капеланів. Передбачається, що до роботи на посаді «капелан в охороні здоров'я» допускаються особи, які здобули вищу освіту не нижче першого (бакалаврського) рівня за спеціальністю «Богослов'я» або вищу духовну освіту еквівалентного рівня, які до 1 січня 2026 р. повинні одержати спеціалізацію за фахом «Клінічне душпастирство». При цьому капеланські служби формуються із обов'язковим дотриманням принципу міжконфесійності, а капеланські послуги пропонуються виключно на добровільній основі за потребою пацієнтів, членів їх родин, персоналу.

Без сумніву, прийняття МОЗ України наказу про затвердження професії «капелан в охороні здоров'я» – це новий важливий крок для утвердження і розвитку надзвичайно важливої складової паліативної та хоспісної допомоги – духовна/релігійна підтримка і супровід ПП, членів їх сімей та персоналу, який залучається до надання ПХД населенню. Християнська медсестра крім надання медичної допомоги пацієнтам могла

б також виконувати в закладах охорони здоров'я функцію помічника капелана.

Досвід підготовки християнських медсестер на рівні громадської організації є в ГО «Асоціація християнських медсестер і волонтерів «Благо», де з 2012 року для членів організації проводяться семінари і тренінги з питань догляду та духовної/релігійної підтримки тяжко і невиліковно хворих, осіб з інвалідністю та членів їх родин. До проведення цих семінарів і тренінгів залучаються священнослужителі різних конфесій, медики, психологи, філософи, соціальні працівники, науковці, волонтери.

У 2020 р. ГО «Асоціація християнських медсестер і волонтерів «Благо» одержала від Інституту Вестберга (США) навчальну програму підготовки християнських медсестер і дозвіл на її переклад та адаптацію до умов України. Керівники ГО «Асоціація християнських медсестер і волонтерів «Благо» проводять перемовини з медичними коледжами і духовними семінаріями про затвердження такої програми і впровадження пілотного проекту з підготовки християнських медсестер в Україні. Без сумніву, саме християнські медсестри будуть мати надзвичайно великий попит і значення для допомоги ПП, у тому числі постраждалим у визвольній війні України проти Російської Федерації, як зараз, так і після Перемоги України над державою-терористом.

Висновки:

1. Актуальність і значення ПХД зростає у всьому світі щороку, оскільки невпинно збільшується кількість людей похилого і старечого віку, у тому числі з асоційованими з віком захворюваннями, пацієнтів з важкими захворюваннями, що загрожують і обмежують життя, з вродженими і набутими вадами розвитку, після важких травм і поранень під час війни тощо. Зазначене збільшує потребу у ПХД, як в Україні, так і у глобальному масштабі.

2. Важливу роль у наданні ПХД населенню відіграють середні медичні працівники, зокрема, медичні сестри та фельдшери. Особливо актуальним питанням є професійна підготовка медичних сестер для надання якісної та ефективної ПХД, оскільки метою догляду та головними завданнями медичної сестри при наданні ПХД є забезпечення максимально досяжної якості життя ПП до останнього подиху, що потребує спеціальних знань і навичок.

3. Одним з інноваційних підходів до професійної до- і післядипломної підготовки медичних сестер з питань надання ПХД в Україні є затвердження МОЗ України спеціалізації або спеціальності «Християнська медсестра», яка має середню медичну/ медсестринську і початкову богословську освіту, що вже впродовж багатьох років

впроваджено в США та інших країнах. Впровадження в Україні спеціальності «Християнська медсестра» наразі є дуже актуальним, оскільки наказом МОЗ України від 30.09.2022 №1782 посаду «Капелан в охороні здоров'я» включено до «Переліку посад професіоналів із вищою немедичною освітою», а професію «Капелан в охороні здоров'я» внесено до Класифікатора професій ДК 003:2010. Християнська медсестра крім надання медичної допомоги пацієнтам могла б також виконувати в закладах охорони здоров'я функцію помічника капелана.

4. Особливо актуальною проблемою є створення і оптимізація системи професійної до- і післядипломної підготовки медичних сестер з питань надання ПХД, а також розробка та впровадження інноваційних підходів до- і післядипломної медсестринської професійної освіти. Саме таким інноваційним підходом є впровадження у вищих медичних закладах освіти професійної до- і післядипломної підготовки християнських медичних сестер, оскільки саме християнські медсестри будуть мати надзвичайно великий попит і значення для допомоги ПП, у тому числі постраждалим у визвольній війні України проти Російської Федерації, як зараз, так і після Перемоги України над державою-терористом.

Література.

1. 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.
2. 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.
3. 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>.
4. Knaul F. M. Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief-an imperative of universal health coverage: the Lancet Commission report / F. M. Knaul, P. E. Farmer, E. L. Krakauer, et al.// Lancet. – 2018. – 391(10128). – P. 1391-454.
5. 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.

6. WHO. Palliative care for noncommunicable diseases. A global snapshot. 2019 // [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.who.int/ncds/management/palliative-care/PC-infographic-rev-2018-final-for-web.pdf?ua=1>.
7. WHO. Palliative care. 19 February 2018 // [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>.
8. 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. [Електронний ресурс]. – Режим доступа: URL: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_31-ru.pdf.
9. Гойда Н. Г. Соціально-медичні аспекти розвитку паліативної та хоспісної допомоги в Україні в умовах реформування системи охорони здоров'я / Н. Г. Гойда, Ю. І. Губський, А. В. Царенко, Р. О. Моїсеєнко // Зб.: Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2014 рік. / За ред. О. Квіташвілі; МОЗ України; «ДУ УІСД МОЗ України». – К., 2015. – С. 284–298.
10. Гойда Н. Г. Соціально-медичні аспекти розвитку паліативної та хоспісної допомоги в Україні в умовах реформування системи охорони здоров'я / Н. Г. Гойда, Ю. І. Губський, А. В. Царенко // Реабілітація та паліативна медицина. – 2015. – № 2 (2). – С. 23–30.
11. 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.
12. Царенко А. В. Обґрунтування концептуальної моделі системи паліативної і хоспісної допомоги населенню на рівні первинної медичної допомоги / А. В. Царенко, Н. Г. Гойда, Ю. І. Губський // Здоров'я суспільства. – 2019. – Т. 8. – № 2. – С. 49–57.
13. Connor S. R. Hospice and Palliative Care: The Essential Guide / S. R. Connor. – New York, 2009. – NY: Routledge. – 262 p.
14. 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.
15. Council of Europe. European Declaration on Palliative Care. Launched in Brussels, October 2014. – Available at <http://palliativecare2020.eu/declaration/>.

16. 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.
17. Gomez-Baptiste X. Building Integrated Palliative Care Programs and Services / X. Gomez-Batiste and S. Connor, editor. – Barcelona: Liberdúplex. – 2017. – 384 p.
18. 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 Murray S.A., Thomas K., et al. // Journal of pain and symptom management. – 2017. – Vol. 53 (3). – P. 509–517.
19. WHO. Planning and implementing palliative care services: a guide for programme managers. – Geneva, Switzerland, 2016. – 92 P.
20. WHO. Integrating palliative care and symptom relief into primary health care: a WHO guide for planners, implementers and managers. – Geneva, Switzerland, 2018. – 88 P.
21. WHO. Strengthening of palliative care as a component of comprehensive care throughout the life course. The Sixty-seventh World Health Assembly. WHA67.19. EB134/28. – 24 May 2014. – 5 p. – http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_R19-en.pdf.
22. American Holistic Nurses Association (AHNA). What is Holistic Nursing. [Internet]. 2020. – 1(1)-1-2. – Available from: <http://ahna.org/about/whatis.html>.
23. Riegel F. and auth. Florence Nightingale's theory and her contributions to holistic critical thinking in nursing. / Fernando Riegel [et al.]. // Rev. Bras. Enferm. – 2021. – 74 (2) <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0139>. – Available from: <https://www.scielo.br/j/reben/a/hLkJwbxtP5hGFPJSpzP9RMd/?lang=en#>. – <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33950115>.
24. Литвинова А. Е. Формування компетентності медичних сестер. / А. Е. Литвинова // Медсестринство. – 2017. – № 4. – С. 17.
25. Бразалій Л. П. Професійна підготовка медичних сестер з питань надання паліативної і хоспісної допомоги у Черкаському медичному коледжі / Л. П. Бразалій // Реабілітація та паліативна медицина». – 2016. – No 1 (3). – С. 45–48.
26. Медсестринство в геронтології, гериатрії та паліативній медицині : програма для ВМ(Ф)НЗ I–III рівнів акредитації за спеціальністю 5.12010102 «Сестринська справа»/ уклад. М. Б. Шегедин та ін. – К., 2011.

27. Робоча програма «Паліативна медицина» / розробник: С. О. Ястремська, ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України», ННІ медсестринства. Освітньо-кваліфікаційний рівень: магістр. – Тернопіль, 2015. – 12 с.

28. Губенко І. Я. Медсестринство в паліативній і хоспісній допомозі: програма циклу спеціалізації для слухачів відділень післядипломної освіти / І. Я. Губенко, І. В. Радзієвська, Л. П. Бразалій. – К. : Медицина. – 2011. – 12 с.

Contact the authors

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

Pamela Dandre
Faith Community Coordinator for Ukraine
Legotzkoho, 80, Apt. 36, Uzhhorod, Ukraine, 88009.
E-mail: nurseinkiev@gmail.com

SUBJEKTÍVNE SKÚSENOSTI ŠTUDENTOV S ODÍDENCAMI Z UKRAJINY ZÍSKANE V PRVEJ LÍNII

SUBJECTIVE EXPERIENCES OF STUDENTS WITH REFUGEES FROM UKRAINE ACQUIRED ON THE FRONT LINE

Vansač Peter¹

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

Abstrakt

Teoretické východiská: Vojna, ktorá vypukla 24. februára 2022 sa dostala do Slovenských domácností nielen cez všadeprítomné správy v médiách ale aj cez osobnú skúsenosť mnohých dobrovoľníkov, ktorí pomáhali utečencom z Ukrajiny na hranici, v Hot-spotoch, vlakových a železničných staniciach ale aj vo svojich domácnostiach. Študenti Inštitútu Bl. M. D. Trčku v Michalovciach Vysokej školy zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave sa po vypuknutí vojny zapojil do pomoci utečencom z Ukrajiny takto:

1. Spoluprácou s Maltézskeho rádu na Slovensku na hranici Vyšné Nemecké.
2. Zabezpečovaním ošetrovateľskej starostlivosti v Hot spot/e v Michalovciach.

Cieľom výskumu bolo zistiť:

1. Koľko denných a nočných služieb vykonali študenti na hraničnom priechode Vyšné Nemecké alebo v Hot spot/e v Michalovciach
2. Aké skúsenosti získali študenti s odídenkami z Ukrajiny, ktorí utekali pred vojnou.

Metódy: Výskumnou metódou je obsahová analýza výrokov študentov, ktorí v otvorenej otázke č. 20 opísali osobnú skúsenosť s odídenkami z Ukrajiny. Kvalitatívny výskum sme realizovali prostredníctvom kódovania (otvorené, axiálne a selektívne).

Výsledky: Vo výsledkoch sme dali odpoveď na VO č. 1 a VO č. 2. Zistili sme, že študenti spolu odpracovali 447 denných a nočných služieb z toho 269 denných a 154 nočných služieb. 24 služieb sme neidentifikovali, nakoľko študenti uviedli len službu bez označenia denná alebo nočná.

Vo VO č. 2 sme popísali výsledky výskumu prostredníctvom troch kategórií praktická skúsenosť, pozitívne indikátory, negatívne indikátory.

Diskusia: Naši študenti v spolupráci Maltézskeho rádu na Slovensku začali vykonávať odbornú prax dva dni po vypuknutí vojny teda od 26. 02. 2022. Boli to 12 hodinové služby – denné a nočné. Tieto služby vykonávali do konca letného semestra. Obsahovou analýzou prostredníctvom zakotvenej teórie sme zistili, že ochotne a dokonca s dojatím poskytovali humanitárnu pomoc, ktorá

spočívala v poskytovaní občerstvenia, ošatenia, zabezpečovania ubytovania, odvozu odídencom na vlakovú respektíve autobusovú stanicu

Záver: Z analýzy výrokov študentov vyplýva, že aktívne sa zapojili do pomoci odídencom z Ukrajiny. Aktívne plnili všetky úlohy, ktoré boli na nich kladené v rámci Maltézskej pomoci. Svoju prácu vykonávali empatický a so súcitom

Kľúčové slová:

Humanitárna pomoc. Migrant. Odídenec. Odborná prax. Subjektívne skúsenosti.

Abstract

Background: The war that broke out on February 24, 2022 reached Slovak households not only through the ubiquitous reports in the media, but also through the personal experiences of many volunteers who have aided Ukrainian refugees at the border, in Hotspots, at train and rail stations, and even in their own homes. After the outbreak of the war, students at the Institute of Bl. M. D. Trčku in Michalovce and St. Elizabeth University of Health and Social Science in Bratislava became involved in aiding Ukrainian refugees as follows:

1. Through cooperation with the Order of Malta in Slovakia at the Vyšné Nemecké border crossing.
2. By providing nursing care at the Hotspot in Michalovce.

Methods: The research objective was to determine:

1. How many day and night shifts were worked by students at the Vyšné Nemecké border crossing and the Michalovce Hotspot.
2. What experiences the students had with the Ukrainian expatriates fleeing the war.

The research method is a content analysis of the statements of students who, in open question No. 20, described their personal experiences with the Ukrainian expatriates. Qualitative research was conducted by means of coding (open, axial, and selective).

Results: In the results, we provided an answer to Research Question (RQ) No. 1 and RQ No. 2. We found that students worked a total of 447 day and night shifts, 269 and 154 respectively. 24 shifts were unidentified on account of students omitting whether they were performed during the day or at night. In RQ No. 2 we described the research results through three categories: practical experience, positive indicators and negative indicators.

Conclusion: An analysis of the students' statements shows that they were actively involved in providing aid to the Ukrainian expatriates. They actively fulfilled all the tasks assigned to them within the framework of the Maltese Aid. They carried out their tasks with empathy and compassion.

Keywords: War in Ukraine – Humanitarian aid – Migrant – Expatriate – Subjective experience.

Úvod

Vojna na Ukrajine, ktorá vypukla 24. februára 2022 dala do pohybu množstvo ľudí na Ukrajine, ktorí hľadali pomoc v okolitých štátoch. Nakoľko Slovensko je bezprostredný sused Ukrajiny, je logické, že ľudia z Ukrajiny hlavne matky s deťmi a starší ľudia hľadali pomoc v našej krajine. Štátne, cirkevné a dobrovoľnícke inštitúcie na Slovensku na túto situáciu zareagovali veľmi pohotovo a ústretovo. Hraničné prechody Ubl'a, Vyšné Nemecké a Veľké Slemence sa stali miestami kde odídenci z Ukrajiny mohli nájsť bezpečie, prijatie, humanitárnu pomoc.

Inštitút Bl. M. D. Trčku v Michalovciach Vysokej školy zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave sa po vypuknutí vojny zapojil do pomoci utečencom z Ukrajiny v týchto oblastiach:

1. Zriadenie humanitárnej pomoci v priestoroch školy
2. Zriadenie dočasných lôžok pre utečencov z Ukrajiny
3. Poskytovanie ubytovania pre pracovníkov civilnej ochrany a dobrovoľníkov
4. Spolupráca študentov sociálnej práce a ošetrovateľstva Vysokej školy zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety s Maltézskeym radom na Slovensku na hranici Vyšné Nemecké
5. Zabezpečovanie ošetrovateľskej starostlivosti v Hot spot/e v Michalovciach. <https://www.minv.sk/?tlacove-spravy-6&sprava=v-michalovciach-zacalo-fungovat-multifunkcne-velkokapacitne-centrum-na-pomoc-utecencom>

V našom výskume sme sa sústredili na študentov ošetrovateľstva a sociálnej práce, ktorí v rámci odbornej praxe dobrovoľne poskytovali službu utečencom na hranici Vyšné Nemecké a v Hot spot/e v Michalovciach.

Naši študenti na hranici Vyšné Nemecké v spolupráci s Maltézskeym radom na Slovensku v nepretržitej prevádzke vykonávali asistenčné služby pre odídcov z Ukrajiny (napr. poskytnutie občerstvenia, pomoc s registráciou, zabezpečenie dopravy, vybavovanie sim kariet a iné) (Vansač, Guľašová, 2022).

V Hot spot/e v Michalovciach študenti ošetrovateľstva v spolupráci s lekármi poskytovali ošetrovateľskú starostlivosť. Odídenci z Ukrajiny prichádzali so zdravotnými problémami napr. bolesť hlavy, brucha, krvný tlak, problém s dýchaním, cukrovka, drobné poranenia a iné (Murgová a kol. 2022).

V súvislosti s našou témou sme presvedčení, že situácie, ktoré prežili študenti na hranici Vyšné Nemecké a v Hot spot/e v Michalovciach mali silný vplyv na formovanie ich osobnosti a budovanie sociálneho citu (Vansač, Guľašová, 2019).

Skúsenosť, utečenec a odídenec

V rámci nášho výskumu budeme charakterizovať pojmy, týkajúce sa priamo našej témy: skúsenosť, utečenec a odídenec.

So skúsenosťou sa stretávame predovšetkým v priestore nášho každodenného života. Bežne hovoríme o svojich skúsenostiach. Na základe skúseností sa rozhodujeme, niečo zariaďujeme. Tvrdíme, že skúsenosti nás robia múdrejšími, že vďaka skúsenosti sme niečo pochopili. V tomto zmysle sú napríklad: skúsený rodič, skúsený učiteľ, skúsený šofér, a pod., ľudia, ktorí rozumejú svojmu povolaniu alebo nejakej činnosti, pričom práve skúsenosť sa stáva kritériom, ktorým sa odlišujú od iných – od ľudí neskúsených alebo bez skúsenosti (Motyl, 2016).

V gréčtine skúsenosť označujeme slovom *empeireia*. Základ tohto slova tvorí *peira*, skúška. Človek nadobúda skúsenosť tak, že prejde nejakou skúškou. Zdá sa nám významná aj blízka významová súvislosť výrazu *peira* so slovom *peras*, t. j. hranica, medza. Na jednej strane hranica odkazuje na to, že skutočnosť je už nejakým spôsobom vymedzená. No pojem hranice predpokladá aj to, čo je za ňou. Prejsť za nejakú hranicu potom znamená, prekročiť oblasť známeho. V našom kontexte skúsenosť, ktorá sa môže rozširovať a prehľbovať, až na „hranicu“ našich možností (Motyl, 2016).

Význam gréckeho slova *peira*, je prítomný aj v latinskom ekvivalente *experientia*. V období renesancie a v počiatkoch novoveku môžeme sledovať ďalší významový posun pojmu *experimentum*. Bežne sa na označenie skúseného človeka používali výrazy ako „expert“, alebo „peritus“. Týmito slovami boli označovaní ľudia, ktorí nadobúdali poznanie za pomoci pokusu a omylu. Utvrďovali sa vo svojom poznaní takpovediac na vlastnom tele. Postupne však v novoveku dochádza k redukcii významu slova *experimentum*, len na jeho technický (inštrumentálny) charakter, ktorý sa stal určujúcim vo vedeckom skúmaní (Motyl, 2016).

Získať skúsenosť, znamená vstúpiť s niekým alebo s niečím do vzťahu. Skúsenosť je týmto vzťahom medzi tým, kto skúsenosť robí a tým, čo je zakúšané. Ak je skúsenosť vzťahom a sama participuje na vzťahoch v skutočnosti, otvára sa pred nami možnosť, aby sme skúsenosti rozumeli ako pôvodnému daniu. Ako daniu, ktoré nám umožňuje bezprostredný prístup ku

skutočnosti. Bernhard Welte v tomto zmysle vymedzuje skúsenosť ako „...bezprostrednú danosť zakusovaného“. V skúsenosti sa zakúšané samo bezprostredne ukazuje tomu, kto má účasť na skúsenosti (Motyl, 2016).

Utečenec, odídenec

Podľa *Dohovoru o právnom postavení utečencov* zo dňa 28. júla 1951 pojem utečenec sa vzťahuje na osobu, ktorá sa „*nachádza mimo svojho štátu a má oprávnené obavy pred prenasledovaním z rasových, náboženských a národnostných dôvodov alebo z dôvodu príslušnosti k určitej sociálnej skupine alebo zastávania určitých politických názorov, nemôže prijať alebo v dôsledku uvedených obáv odmieta ochranu svojho štátu; alebo osobe bez štátneho občianstva, ktorá sa nachádza mimo štátu svojho doterajšieho pobytu v dôsledku týchto udalostí a ktorá sa tam vzhľadom na uvedené obavy nemôže alebo nechce vrátiť.*“

Ústava Slovenskej republiky č. 260/1992 Zb. v čl. 53 uvádza, že „*Slovenská republika poskytuje azyl cudzincom prenasledovaným za uplatňovanie politických práv a slobôd. Azyl možno odoprieť tomu, kto konal v rozpore so základnými ľudskými právami a slobodami. Podrobnosti ustanoví zákon.*“

Zákon č. 480/2002 Z. z. o azyle a o zmene a doplnení niektorých zákonov v § 13 ods. 2. písm. i) uvádza, že „**azylantom** cudzinec, ktorému Ministerstvo vnútra Slovenskej republiky udelilo azyl.“ Podľa § 54 uvedeného zákona je upresnený vzťah pojmov „azylant“ a „žiadateľ o azyl“ a pojmov „utečenec“ a „žiadateľ o priznanie postavenia utečenca“, ktoré používal predchádzajúci zákon č. 283/1995 Z. z. o utečencoch a ktoré sa stále vyskytujú v ďalších vnútroštátnych a medzinárodnoprávných normách. Podľa § 54 ods. 4 zákona o azyle sa pod pojmom „utečenec“ rozumie pojem „azylant“. Podľa § 54 ods. 3 zákona o azyle sa pod pojmom „žiadateľ o priznanie postavenia utečenca“ rozumie pojem „žiadateľ (o azyl)“ (Jankuv 2020, s. 177).

Odídenec je cudzinec, ktorému ministerstvo na základe rozhodnutia vlády Slovenskej republiky poskytlo dočasné útočisko (*Zákon č. 480/2002 Z. z. o azyle a o zmene a doplnení niektorých zákonov* v § 13 ods. 2. písm. j). Podľa § 29, zákona č. 480/2002 Z. z. o azyle a o zmene a doplnení niektorých zákonov „**dočasné útočisko** sa poskytuje na účely ochrany cudzincov pred vojnovým konfliktom, endemickým násilím, následkami humanitárnej katastrofy alebo sústavným, alebo hromadným porušovaním ľudských práv v ich krajine pôvodu.“

V skutočnosti sa naši študenti stretávali:

- S ľuďmi, ktorých trápili zima, strach, hlad a neistota čo prinesie ďalší deň.
- S ľuďmi, ktorí už prežili bezsenné noci a ohlušujúce ticho prerušované sirénou, strelbou a explóziami bombardovania.
- S ľuďmi, ktorí si zobrali to najcennejšie a vydali sa na útek pred vojnou.
- S ľuďmi, ktorí prežili strastiplnú aby našli bezpečné útočisko mimo svojej domoviny.

Cieľ výskumu

Cieľom výskumu bolo zistiť:

1. Koľko denných a nočných služieb vykonali študenti na hraničnom priechode Vyšné Nemecké alebo v Hot spot/e v Michalovciach
2. Aké skúsenosti získali študenti s odídencami z Ukrajiny, ktorí utekali pred vojnou.

Na základe cieľa výskumu sme sformulovali dve výskumné otázky:

VO č. 1 Koľko denných a nočných služieb odpracovali študenti na hraničnom priechode Vyšné Nemecké alebo v Hot spot/e v Michalovciach?

VO č. 2 Aké skúsenosti získali študenti s odídencami z Ukrajiny?

Výskumné metódy

Ako výskumnú metódu sme si zvolili obsahovú analýzu výrokov a verbálnych opisov študentov, ktorí v otvorenej otázke č. 20 opísali osobnú skúsenosť s odídencami z Ukrajiny. Postupy pri analýze výskumných údajov budú nasledovné:

- Usporiadanie výrokov a verbálnych opisov a ich vhodná organizácia. V tomto bode zoradíme výroky podľa kritérií, ktoré nám diktuje cieľ výskumu.
- Čítanie výrokov – cieľom tohto kroku je dokonalé spoznanie zápisov.
- Identifikácia významových kategórii – tieto budú tvoriť základ teórie, ktorú postupne budeme tvoriť.
- Zoznam významových kategórii – tieto budú tematicky usporiadané.
- Vzťahy medzi významovými kategóriami – kategórie budú zoradené podľa významu a tesnosti vzťahov.
- Vysvetlenie hierarchie – budeme realizovať prostredníctvom kódovania (otvorené, axiálne a selektívne).

Výberový súbor bol tvorený celkovo 108 študentmi odborov ošetrovateľstvo a sociálna práca.

Z tabuľky č. 1 vyplýva, že na výskume participovalo 108 študentov. Z toho 51 študentov sociálnej práce tvorí 13,3% z celkového počtu študentov sociálnej práce v Inštitúte bl. M. D. Trčku v Michalovciach. Z celkového počtu študentov z katedry ošetrovateľstva Prešov, Košice, Michalovce participovalo 57 študentov, čo tvorí 24,8%.

Tabuľka č. 1 Početnosť sledovaných charakteristík výskumného súboru

		SP (n 51)	OŠE (n 57)
pohlavie	muž	17	8
	žena	34	49
vek	do 25 rokov	12	16
	26 – 30 rokov	6	5
	31 – 35 rokov	10	7
	36 – 40 rokov	9	13
	41 – 45 rokov	11	9
	46 – 50 rokov	2	4
	viac ako 50 rokov	1	3
štúdium	Bc denná forma	27	57
	Bc externá forma	2	0
	Mgr denná forma	11	0
	Mgr externá forma	11	0

Zdroj: Vlastné spracovanie

Analýza a interpretácia empirických dát výskumu

Cieľom nášho výskumu bolo zistiť:

3. Koľko denných a nočných služieb vykonali študenti na hraničnom priechode Vyšné Nemecké alebo v Hot spot/e v Michalovciach
4. Aké skúsenosti získali študenti s odídencami z Ukrajiny, ktorí utekali pred vojnou.

Odpoveď na VO 1 uvádzame v nasledovnej tabuľke.

Tabuľka č. 2 Početnosť priameho výkonu u študentov SP a OŠE

Počet denných služieb	269
Počet nočných služieb	154
Počet neidentifikovaných služieb (nočné a denné)	24
Spolu	447

Zdroj: Vlastné spracovanie 2022

Z tabuľky č. 2 nám vyplýva početnosť denných a nočných služieb študentov sociálnej práce a ošetrovateľstva. Študenti spolu odpracovali 269 denných služieb, 154 nočných služieb a štyria študenti uviedli počet služieb 24 bez identifikácie (nočné denné). Najviac denných služieb v počte 31 odpracoval jeden študent sociálnej práce a najviac nočných služieb v počte 24 odpracovala študentka ošetrovateľstva.

Odpoveď na VO 2 uvádzame v nasledovnej analýze.

Podrobnej analýze, identifikácii a interpretácii výskumných dát, prostredníctvom základného otvoreného, axiálneho a selektívneho kódovania, sa venujeme téme nášho výskumu. Údaje pre náš výskumu sme získali z výpovedí 108 respondentov, ktorí mali možnosť v otvorenej otázke č. 20 vyjadriť osobnú skúsenosť s odídcami z Ukrajiny. Túto možnosť využilo 82 študentov z celkového počtu 108 študentov. Analýzu realizujeme pomocou zakotvenej teórie.

Subjektívne skúsenosti študentov s utečencami z Ukrajiny

Naša výskumná oblasť má názov: „*Subjektívne skúsenosti študentov s utečencami z Ukrajiny*“. Cieľom bolo zmapovať skúsenosti študentov, ktorí v rámci praxe konali činnosť na hraničnom prechode vo Vyšnom Nemeckom a v Hot-spote v Michalovciach. Analýzou odpovedí študentov chceme dať odpoveď na základnú výskumnú otázku: Akú subjektívnu skúsenosť získali študenti s utečencami z Ukrajiny pri výkone odbornej praxe?

Základné otvorené kódovanie

Výskumná tabuľka č. 3 obsahuje 1 centrálny koncept, 2 koncepty, 6 kategórie a 16 kódov. Výsledky empirickej tabuľky boli získané z výskumných údajov odpovedí študentov na otvorenú otázku č. 20: *Moja osobná skúsenosť s odídcami z Ukrajiny s ktorou by som sa chcel/a podeliť*. Pod tabuľkou v nasledujúcej časti prekladáme a zrkadlíme slovnú interpretáciu získaných dát od participantov k nášmu základnému otvorenému kódovaniu.

Tabuľka č. 3 Subjektívne skúsenosti študentov s utečencami z Ukrajiny

Centrálny koncept	Koncept	Kategória	Kódy	Participantí
Subjektívne skúsenosti študentov s odídencami z Ukrajiny na hraničnom prechode Vyšné Nemecké	Subjektívne skúsenosti študentov s odídencami z Ukrajiny na hraničnom prechode Vyšné Nemecké	Praktická skúsenosť	Ľudské osudy	P26, P27, P40, P42, P46, P81
			Poskytnutie humanitárnej pomoci utečencom	P2, P3, P17, P19, P21, P22, P32, P36, P46, P54, P55, P57, P66, P68, P73, P75, P76, P81
		Pozitívne indikátory	Milí, prívetiví a zhovorčiví	P9, P22, P24, P33
			Dobrá skúsenosť	P14, P21, P25, P33, P42,
			Dobrý pocit	P19, P55,
			Motivácia - byť lepším človekom	P11
			Ľudia boli vd'ační	P19, P23, P48, P75
			Dojatie	P58, P61
		Negatívne indikátory	Zneužívanie humanitárnej pomoci	P15, P18, P21, P38, P39, P56, P57
	Subjektívne skúsenosti študentov s utečencami z Ukrajiny	Praktická skúsenosť	Ošetrovanie pacientov	P41, P54, P55,
		Pozitívne indikátory	Realizácia ošetrovateľskej starostlivosti	P55,
			Komunikácia s odídencami	P54,
			Dojatie	P34
			Dobrý pocit	P19
		Negatívne indikátory	Ošetrovanie drogovu závislej osoby	P49
			Obava z neporozumenia jazyka	P53

Zdroj: Vlastné spracovanie

Študenti, ktorí absolvovali odbornú prax na hraničnom prechode vo Vyšnom Nemeckom a v Hot-spote v Michalovciach vyjadrili v otvorenej otázke č. 20 aj svoju osobnú skúsenosť s ľuďmi, ktorí utekali pred vojnou. Z celkového počtu 108 účastníkov výskumu osobnú skúsenosť vyjadrilo 82 študentov čo tvorí 88,56%. Odpoveď P1 je reálna a veľmi výstižná: „*Moja osobná skúsenosť na*

ktorú si spomeniem, bola staršia pni (babka), ktorá utekala s dvoma malými vnúčatami a len ťažko zvládala ich živé povahy. Prišli bez jednej jedinej veci len s igelitkou v ruke , kde boli sladkosti a strava pre detičky.“

Centrálny koncept subjektívne skúsenosti študentov s utečencami z Ukrajiny sme rozdelili na dva koncepty:

1. Subjektívne skúsenosti študentov s odídenkami z Ukrajiny na hraničnom prechode Vyšné Nemecké.
2. Subjektívne skúsenosti študentov s odídenkami z Ukrajiny v Hot-spote v Michalovciach.

K obidvom konceptom sme vytvorili 3 kategórie:

1. Praktická skúsenosť.
2. Pozitívne indikátory.
3. Negatívne indikátory.

1. V kategórii praktická skúsenosť v rámci konceptu Subjektívne skúsenosti študentov s odídenkami z Ukrajiny na hraničnom prechode Vyšné Nemecké sme si určili kódy: ľudské osudy, poskytnutie humanitárnej pomoci utečencom. Tieto kódy sme vybrali na základe výpovedí študentov. Pojem osud osudy sa vyskytuje 6 krát vo výpovedí študentov a pojem pomoc 18 krát.

Pojem ľudské osudy vyslovovali študenti v týchto súvislostiach:

Spoznanie ľudských osudov a prejavovanie emócie (napr. plač) *Spoznala som veľmi veľa ľudí, veľa osudov.. Pri niektorých som si aj poplakala... P26 a P27.*

Poplakala som si aj ja keď som počula čo všetko zažili P46.

Prvé stretnutie s odídencom ako nová skúsenosť. *Nestretla som sa v živote s odídencom, je to pre mňa nová skúsenosť, pri ktorej som získala nový pohľad ako sa dokáže zmeniť osud človeka z minúty na minútu P40.*

Vnímanie ťažkých osudov odídencom ako obohacujúca skúsenosť. *Bola to pre mňa veľmi obohacujúca skúsenosť ktorá ma posunula ako človeka vo viacerých smeroch som za to veľmi vďačná i keď osudy týchto ľudí neboli vždy pozitívne P42.*

Pojem poskytnutie humanitárnej pomoci vyslovovali študenti v týchto súvislostiach:

Potreba zabezpečenia ubytovania a občerstvenia. *Väčšina z nich mala jasný smer konečnej destinácie, no veľa ľudí potrebovalo zabezpečiť ubytovanie, prechádzali hranicu s jednou taškou. P2, P21, P22.*

Odvoz odídenčov P46

Je to poslanie *Svoju prácu beriem aj ako poslanie, pomoc, súciti, solidarnosť v praxi realizujem každý deň... som rád, že som to mohol byť. P36.*

Prejavenie súcitu. *Mlada vystrašená mamička s dieťaťom, ktorej pomohlo i obyčajne objatie. P55, Bolo to veľmi emotívne a vidieť im priamo do očí sa nedalo. Plné žiaľu bolesti, videli v nás pomoc a útočisko, veľmi ochotné a bez toho aby som sledoval čas chcel pomôcť čo najviac ľuďom, deťom.. nejakým pekným slovom a rozveseliť ich aby len na nejaký čas zabudli nato čo ich postihlo. P66.*

Poskytnutie pomoci je to kresťanská povinnosť P73.

Poskytnutie nocľahu vo vlastnom dome. *V našom dome prenocovali jednu noc ťažko chorá mama a dve dcéry. P81.*

2. V kategórii pozitívne indikátory v rámci konceptu Subjektívne skúsenosti študentov s odídencami z Ukrajiny na hraničnom prechode Vyšné Nemecké sme si určili kódy:

Prvá časť sa týka toho ako pozitívne vnímali študenti odídenčov

Milí, prívetiví a zhovorčiví. *Milí, prívetiví a zhovorčiví ako väčšina ľudí. P9.*

Všetci boli milí ľudia, niekedy ani nechceli prijať pomoc (jedlo, pitie) ktorú sme im poskytovali. P22.

Milý ľudia, ktorý sa báli o svoje životy. Aj napriek ich situácii sa vedeli pekne usmiať a poďakovať. P24.

Moja skúsenosť bola väčšinou dobrá stretla som sa s milými a dobrými ľuďmi P33

Ľudia boli vd'ační. *Ľudia z Ukrajiny ktorých som počas praxe stretol boli veľmi milí, trpezliví a vd'ační. Potvrdilo to môj názor, že nadávajú iba tí čo neprichádzajú priamo do kontaktu s utečencami. P23.*

Stretla som skromných ľudí ktorí boli vd'ační za podporu ktorú sme im poskytli. P48.

Podľa mňa sú nám Slovákovi veľmi vd'ační za našu pomoc pre nich, za našu ochotu, za prostriedky a informácie, ktoré sme im vedeli poskytnúť. P75.

Druhá časť sa týka pozitívnych emócií študentov zo stretnutia s utečencami

Dobrá skúsenosť. *Bola to dobrá skúsenosť P14, P21*

Moja osobná skúsenosť odidencami z Ukrajiny bola veľmi dobrá, dostala som nové skúsenosti a videla som také životné udalosti, ktoré ešte dovtedy som nevidela. P25.

Moja skúsenosť bola väčšinou dobrá stretla som sa s milými a dobrými ľuďmi P33.

Bola to pre mňa veľmi obohacujúca skúsenosť ktorá ma posunula ako človeka vo viacerých smeroch som za to veľmi vďačná. P42.

Dobrý pocit. *Ľudia boli vďační za pomoc a mala som z toho dobrý pocit. P19.*

Motivácia - byť lepším človekom. *Posilnilo to môj charakter a dalo mi do života množstvo skvelých ľudí, solidárnych a vidieť od iných podanie pomocnej ruky. Motivovalo ma byť v tom viac lepší. P11.*

Dojatie. *Najviac ma dojala staršia pani ktorá pri úteku nemala to srdce nechať tam zvieratá ktoré cestou stretla bez majiteľa a cez hranicu prešla s 15 zvieratkami. P58.*

Hranica Vyšné Nemecké bola pre mňa výzva. Išla som tam s ochotou pomáhať, stretla som tam veľa matiek ktoré keď prešli hranicu otáčali sa a plakali veľmi ma to dojalo nechali tam domov, manželov. P61.

3. V kategórii negatívne indikátory v rámci konceptu Subjektívne skúsenosti študentov s odidencami z Ukrajiny na hraničnom prechode Vyšné Nemecké sme si určili kódy:

Zneužívanie humanitárnej pomoci. *Keďže pracujem na hranici a denno-denne vidím kto prichádza z UKR, môj postoj k nim sa rapídne zmenil. Už neutekajú, prevažne prichádzajú kvôli výberu dávok, či kvôli výberom z bankomatov. Len minimum ľudí hľadá ozajstnú pomoc P15.*

Počas mojej praxe som sa však nestretla s ľuďmi, ktorí potrebovali akútnu pomoc, ale v podstate prichádzali iba takí , ktorí z môjho pohľadu " zneužívajú systém a plne si to aj uvedomujú. P18.

Zarazili určité skutočnosti, ako rómski utečenci pendlujú každý večer na hranicu a naspäť chodia s nabalenými taškami, alebo ako chodia vyberať z bankomatov peniaze asi z 20 kariet. Nepáčilo sa mi, ako zneužívali systém, to už nemalo nič spoločné u utečencami. P21.

Stretla som sa s utečencami, ktorí prišli zneužiť status utečenca. P38.

Áno, stretla som sa s ľuďmi, ktorí tuto situáciu hlúpo zneužili čo sa týka utečencov P39.

Veľa ľudí z Ukrajiny aj využívalo systém a tak len prišli nabalili sa a išli naspäť na Ukrajinu P56, P57.

4. V kategórii praktická skúsenosť v rámci konceptu Subjektívne skúsenosti študentov s odídencami z Ukrajiny v Hot-spote v Michalovciach sme si určili kódy:

Ošetrovanie pacientov. *Mala som možnosť spozorovať prvý infarkt , následne realizovať ošetrovateľskú starostlivosť. P41*

Osobne som sa cítila väčším prínosom v hotspote ako vo Vyšnom Nemeckom. P54.

Staršia pani na vozíčku, ktorú sme ošetrovali s lekárom s ťažkou dyspnoe a hypoxiou. Aj také zážitky mňa ako študenta obohatili. P55.

5. V kategórii pozitívne indikátory starostlivosti v rámci konceptu Subjektívne skúsenosti študentov s odídencami z Ukrajiny v Hot-spote v Michalovciach sme si určili kódy:

Realizácia ošetrovateľskej starostlivosti *Staršia pani na vozíčku, ktorú sme ošetrovali s lekárom s ťažkou dyspnoe a hypoxiou. P55.*

Komunikácia s odídencami. *Osobne som sa cítila väčším prínosom v hotspote ako vo Vyšnom Nemeckom. Svojim spôsobom som sa dotkla reality a nie len tej ktorá sa týka utečencov. Všimla som si prácu organizátorov a komunikáciu medzi poskytovateľmi pomoci. P54.*

Dojatie. *Najviac ma dojalo až rozplakalo keď prišla babka s malou možno ročnou vnučkou do hotspotu v Mi. Prišli bosé len ľahko oblečené, nič iné zo sebou nemali, popri tom ako som im zabezpečila teplé oblečenie a obuv vypočula som si ich príbeh ako ich zobudili výbuchy, ako utekali a cestou zasiahla bomba jej dcéru a zaťá.... P34*

Dobrý pocit. *Staršia pani na vozíčku, ktorú sme ošetrovali s lekárom s ťažkou dyspnoe a hypoxiou. Aj také zážitky mňa ako študenta obohatili. Z maličkosti sú utvorené veľké veci. A dobrý pocit, ten je nadovšetko. P55.*

6. V kategórii negatívne indikátory starostlivosti v rámci konceptu Subjektívne skúsenosti študentov s odídencami z Ukrajiny v Hot-spote v Michalovciach sme si určili kódy:

Ošetrovanie drogovu závislej osoby. *Mám skúsenosť s odídencom z Ukrajiny, ktorý bol cigán, zdrogovaný, my sme sa o neho postarali, zariadili mu odvoz na urgent. P49.*

Obava z neporozumenia jazyka. *To sa ani nedá opísať aké pocity ste mohli cítiť strach, stres, že im nebudete môcť pomôcť alebo rozumieť čo chcú od vás ale na rozdiel niektorí vedeli aj anglicky jazyk. P53.*

Axiálne kódovanie

Pre skúmanú oblasť sme z výskumných údajov vytvorili paradigmatický model s názvom:

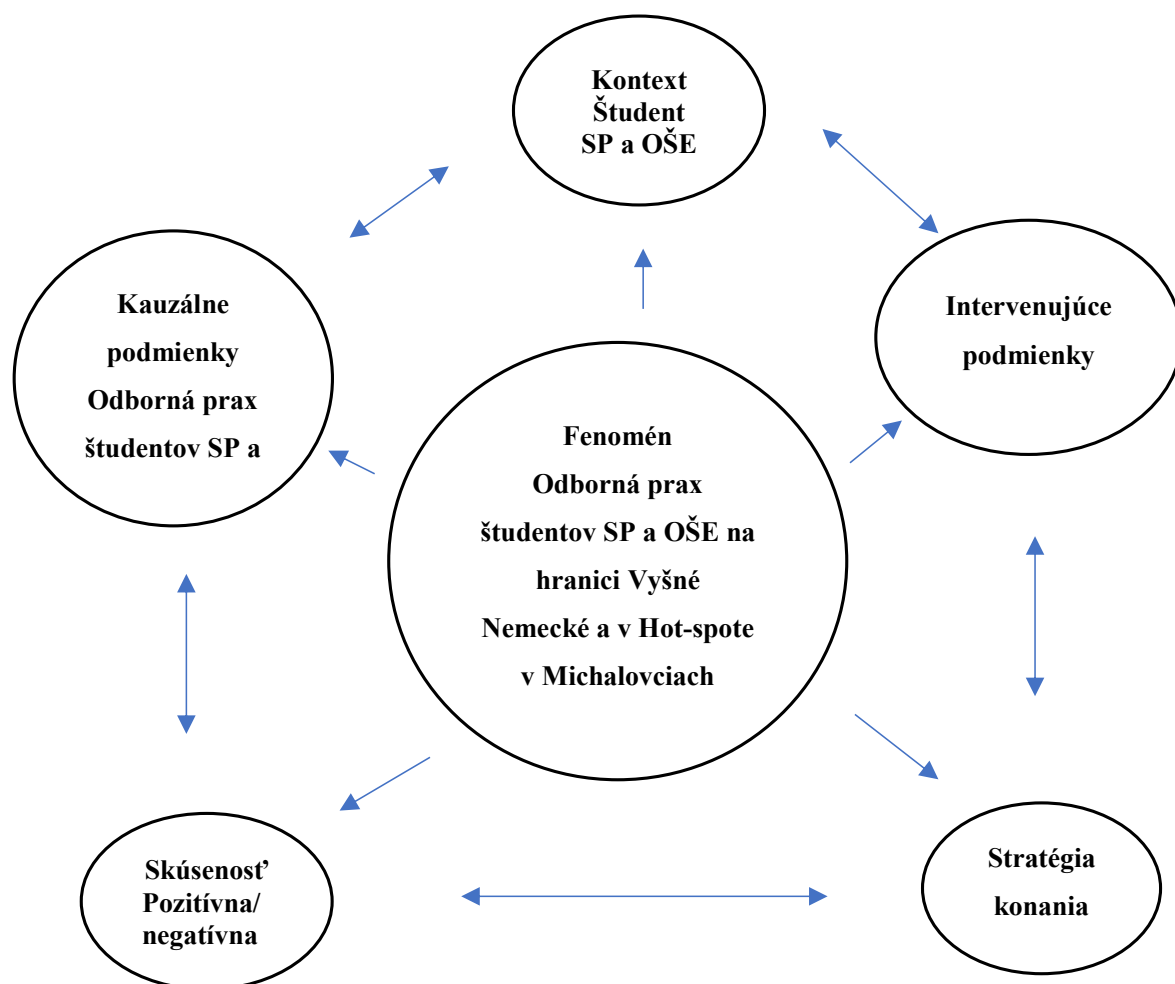
„Odborná prax študentov SP a OŠE na hranici Vyšné Nemecké a v Hot-spote v Michalovciach“. Pre danú schému sme vychádzali zo získaných výskumných dát z predchádzajúceho základného otvoreného kódovania.

Na začiatku axiálneho kódovania, sa pomocou vytvorenia paradigmatického modelu, zameriavame na kategóriu fenoménu odbornej praxe študentov SP a OŠE. Pre skúmanú oblasť sme sa zamerali na odbornú prax z pohľadu participantov. Okolo javu máme päť aspektov, ktoré na seba nadväzujú a to zn., že vytvárajú náš fenomén.

Kontext: Môžeme uviesť, že kontextom, prostredníctvom paradigmatického modelu, je študent/ka študijného programu SP a študent/ka študijného programu OŠE. Podľa opisu študijného programu SP absolvent je schopný vyhľadať, osloviť, motivovať klienta na spoluprácu a samostatne posúdiť životnú situáciu klienta s ohľadom na špecifiká a potreby príslušnej skupiny a určiť mieru sociálneho rizika jeho životnej situácie, naplánovať, zvoliť a využiť adekvátnu metodiku práce na svoju intervenčnú odbornú činnosť a vyhodnotiť účinnosť poskytnutej pomoci. Dokáže na základe analytického, kritického a koncepčného myslenia posúdiť a identifikovať povahu problému fyzickej osoby, rodiny, komunity, vie poskytnúť základné informácie o praktických možnostiach riešenia daného problému a podľa potreby aj odporúčanie a sprostredkovanie ďalšej odbornej pomoci. (<https://www.vssvalzbety.sk/o-nas/studijne-programy>) Absolvent študijného programu OŠE disponuje základnými a špecifickými informáciami a poznatkami sociálnych a behaviorálnych vied, ktoré majú vzťah k ošetrovateľstvu. Edukuje pacientov v podpore, ochrane a obnove zdravia, ovláda cudzie jazyky. Zvláda efektívnu komunikáciu a profesionálne správanie sa a konanie a poskytuje kvalifikovanú prvú pomoc pri úrazoch, stavoch ohrozujúcich zdravie a život, pri hromadných postihnutiach a zasiahnutí zbraňami hromadného ničenia. Dôsledne preventívne myslí a koná v otázkach

zdravia, zvláda manažment ošetrovateľstva. (<https://www.vssvalzbety.sk/onas/studijne-programy>)

Obrázok č. 1 Odborná prax študentov SP a OŠE na hranici Vyšné Nemecké a v Hot-spote v Michalovciach



Zdroj: Vlastné spracovanie 2022

Kauzálne podmienky: Odborná prax študentov SP a OŠE

Podľa opisu študijného programu SP **študent/ka** denného programu má absolvovať odbornú prax na zmluvných pracoviskách Inštitútu Bl. Metoda Dominika Trčku v Michalovciach v rozsahu 6 hodín týždenne počas semestra. 25% praxe je možné absolvovať formou dobrovoľníckej činnosti pre organizáciu poskytujúcu humanitárnu, charitatívnu pomoc alebo pracujúcu v sociálnej práci. V študijnom programe OŠE študenti majú vykonávať po

absolvovaní klinických cvičení súvislú odbornú prax každý semester. (<https://www.vssvalzbety.sk/o-nas/studijne-programy>)

Po vypuknutí vojny na Ukrajine 24. 2. 2022 v rámci spolupráce Maltézskym radom na Slovensku v súlade so študijným programom vykonávali naši študenti SP a OŠE asistenčné služby pre odídencom z Ukrajiny na hranici Vyšné Nemecké. Po zriadení multifunkčného veľkokapacitného centra v Michalovciach (16. 03. 2022) na pomoc utečencom študentky a študenti OŠE programu zabezpečovali spolu s lekármi ošetrovateľskú a zdravotnícku starostlivosť. <https://www.minv.sk/?tlacove-spravy-6&sprava=v-michalovciach-zacalo-fungovat-multifunkcne-velkokapacitne-centrum-na-pomoc-utecencom>

Intervenujúce podmienky: Intervenujúce vonkajšie podmienky sú v našom výskume skutočnosti, ktoré vznikli po vypuknutí vojny na Ukrajine 24. 2. 2022.

Invázia Ruska do Ukrajiny prinútila mnohých opustiť svoju krajinu. Veľa Ukrajincov mierilo na slovensko-ukrajinskú hranicu. Počty tých, ktorých na hraničnom priechode Vyšné Nemecké sa výrazne menili každú hodinu. Z tohto dôvodu bolo potrebné koordinovať humanitárnu pomoc.

Maltézska pomoc Slovensko bola jednou z prvých organizácií poskytujúcich pomoc ľuďom unikajúcim pred vojnou na Ukrajine priamo na hraničnom priechode Vyšné Nemecké. <http://www.orderofmalta.sk/maltezska-pomoc/> Maltézsky rad na Slovensku požiadal nášho zriaďovateľa prof. Vladimíra Krčméryho o pomoc študentov našej VŠZaSP sv. Alžbety. Takto naši študenti začali vykonávať asistenčné služby pre odídencom z Ukrajiny, priamo na hranici (Vansač, Guľašová, 2022).

Po zriadení multifunkčného veľkokapacitného centra v Michalovciach (16. 03. 2022) na pomoc utečencom študentky a študenti OŠE zabezpečovali v dvojsemenných službách ošetrovateľskú činnosť. <https://www.minv.sk/?tlacove-spravy-6&sprava=v-michalovciach-zacalo-fungovat-multifunkcne-velkokapacitne-centrum-na-pomoc-utecencom>

Stratégia konania: Pre humanitárnu pomoc odídencom na hranici Vyšné Nemecké a v Hot -spote v Michalovciach sme pre študentov zvolili takúto stratégiu:

- možnosť slobodného rozhodnutia o čom svedčí odpoveď P46 (*dobrovoľne som pomáhala odvážať odídencom na vlakovú stanicu*),
- možnosť výberu nočnej alebo dennej služby,
- možnosť vymeniť si službu,
- možnosť zrušiť službu.

Naša stratégia ďalej spočívala:

- v sprevádzaní študentov pedagógmi našej školy (nočné a denné služby),
- v získavaní spätnej väzby od študentov,
- v získavaní spätnej väzby od členov radu Maltézskych rytierov,
- vyhodnocovaní spätnej väzby.

Skúsenosť

Fotograf Andrej Bán v príspevku *Môj prvý utečenec* píše: „*Vojna sa do domácností Európanov dostala nielen cez všadeprítomné správy, či už v televízii, alebo v smartfónoch, cez neznesiteľnú úzkosť z ďalšieho bombardovania a útokov ruskej armády voči mestám a dedinám. Vojna je priamo v domácnostiach. Prekonala aj úzky kruh intimity, keďže Európania v úsilí všemožne pomôcť ponúkajú ukrajinským utečencom svoje príbytky. Niektorí voľné domy či byty, iní izbu v domácnosti, kde žijú. Utečenec tak prestáva byť iba objektom a „mernou jednotkou“ mediálneho spravodajstva. Osobná skúsenosť s ním takpovediac vyzlečie donaha predstavy o humanizme, aké o sebe a našej spoločnosti máme.*“ (Bán 2022).

V zmysle vyššie uvedených slov aj naši študenti zažívali na hranici osobné skúsenosti s odídencami z Ukrajiny. Osobné skúsenosti sme rozdelili do dvoch kategórii – pozitívne a negatívne. Zo selektívneho kódovania jednoznačne vyplýva, že pozitívne skúsenosti prevládajú nad negatívnymi skúsenosťami.

Selektívne kódovanie

Vo VO č. 2 sme vyhodnotili odpovede 82 participantov, ktorí odpovedali na otvorenú otázku č. 20: *Moja osobná skúsenosť s odídencami z Ukrajiny s ktorou by som sa chcel/a podeliť*. Vyskúmali sme, že študenti študijných programov SP a OŠE sa aktívne zapojili do humanitárnej pomoci, tak že:

- realizovali konkrétnu pomoc na hranici Vyšné Nemecké formou: *Zabezpečenia ubytovania P2, P21, poskytovanie stravy P22, odvážanie odídenecov P46, ošetrovanie utečencov s ťažkou dyspnoe a hypoxiou P55, venovanie sa deťom P66, poskytnutie nocľahu vo svojom dome P81.*
- zaujímali sa o osudy utečencov – *čas strávený s odídencami keď čakali na svoje rodiny P26, 27, spoznávanie dobrých ľudí dobrovoľníkov aj utečencov P42.*

Ďalej sme zisťovali pozitívne a negatívne vnímanie utečencov študentmi.

- Pri pozitívnom vnímaní utečencov sa objavili tieto formulácie:

Boli milí, prívetiví a zhovorčiví - P9, P22, P24, P33

Ludia boli vďační (za každú pomoc) P23, P48, P75

- Zisťovali sme aj pozitívne emócie študentov zo stretnutia s utečencami – objavili sa nám tieto formulácie:

Spoznal/a som veľmi veľa ľudí veľa ľudských osudov P26, P27, P40, P42, P45, P81

Dobrá skúsenosť P14, P21, P25, P33, P42,

Dobrý pocit P19, P55,

Motivácia - byť lepším človekom P11

- Pri negatívnom vnímaní utečencov sa objavili tieto formulácie:

Zneužívanie humanitárnej pomoci P15, P18, P21, P38, P39, P56, P57

Ošetrovanie drogovu závislej osoby P49

Obava z neporozumenia jazyka P53

Diskusia

Vo výskumnej otázke č. 1 sme zisťovali: *Koľko denných a nočných služieb odpracovali študenti na hraničnom priechode Vyšné Nemecké alebo v Hot spot/e v Michalovciach?* Na základe dotazníka sme zistili, že spolu študenti odpracovali 447 služieb z toho 269 denných 154 nočných a 24 služieb odpracovali, avšak neoznačili v dotazníku či to bola denná alebo nočná služba. Dotazník vyplnilo 108 študentov SP a OŠE.

Naši študenti v spolupráci Maltézskeho radu na Slovensku začali vykonávať odbornú prax dva dni po vypuknutí vojny teda od 26. 02. 2022. Boli to 12 hodinové služby – denné a nočné. Tieto služby vykonávali do konca letného semestra.

Vo výskumnej otázke č. 2 sme zisťovali: *Aké skúsenosti získali študenti s odídencami z Ukrajiny?* Túto výskumnú otázku sme skúmali metódou obsahovej analýzy výrokov a verbálnych opisov študentov, ktorí odpovedali na dotazníkovú otázku č. 20. Obsahovou analýzou prostredníctvom zakotvenej teórie sme zistili, že ochotne a dokonca s dojatím poskytovali humanitárnu pomoc, ktorá spočívala v poskytovaní občerstvenia, ošatenia, zabezpečovania ubytovania, odvozu odídcov na vlakovú respektíve autobusovú stanicu. *Komora mimovládnych organizácií Rady vlády SR Občianska platforma pre demokraciu (2022, s. 14)* vo výskume mimovládnych organizácií, ktorí sa realizovali humanitárnu pomoc na hranici Vyšné Nemecké uvádza organizácie, ktoré pomáhali pri príchode ľudí z Ukrajiny. Nižšie uvedené organizácie realizovali podobné aktivity ako naši študenti:

Človek v ohrození - poskytnutie zázemia, občerstvenia, psychosociálnej podpory, koordinácia dobrovoľníkov....

Mareena - Priama terénna práca prebieha na hraničnom priechode Vyšné Nemecké, kde pôsobíme od 26.2. a poskytujeme informácie ľuďom prichádzajúcim z Ukrajiny o ich právach a povinnostiach, orientácii v prihraničnej zóne a praktických aspektoch pobytu a pohybu na Slovensku.

Slovenský skauting - Koordinácia a priama terénna práca. Na hranici vo Vyšnom nemeckom a vo Veľkých Slemenciach sme koordinovali prácu dobrovoľníkov, ktorí prichádzali pomáhať na hranice.
<https://www.shr.sk/download/prieskum-nezikovky-pomahaju-statut.pdf>

Študenti v rámci svojej praxe sa aktívne zaujímali o osudy utečencov, ktorí utiekali pred vojnou. Mnohí študenti pritom prejavili emócie najčastejšie plač. Zaujímalo nás aké pozitívne znaky vnímali na utečencoch. Z výskumu sme zistili, že 22 študentov vyjadrili pozitívne vnímanie utečencov v týchto skutočnostiach: *Boli milí, prívetiví a zhovorčiví, Ľudia boli vďační (za každú pomoc).* Zisťovali sme aj pozitívne emócie študentov zo stretnutia s utečencami – objavili sa nám tieto formulácie: *Spoznal/a som veľmi veľa ľudí veľa ľudských osudov, Dobrá skúsenosť, Dobrý pocit, Motivácia - byť lepším človekom.*

Negatívne vnímanie utečencov účastníci výskumu vyjadrili výrokom: *Zneužívanie humanitárnej pomoci, respektíve zneužívanie statusu odídencu.*

Záver

Z výskumu vyplýva, že 108 študentov vykonávalo odbornú prax na Hranici Vyšné Nemecké a v Hot-spote v Michalovciach. Spolu odpracovali 447 služieb z toho 269 denných 154 nočných a 24 neidentifikovaných. Na jedného študenta vychádzajú 4 služby.

Z analýzy výrokov študentov vyplýva, že aktívne sa zapojili do pomoci odídencom z Ukrajiny. Aktívne plnili všetky úlohy, ktoré boli na nich kladené v rámci Maltézskej pomoci. Svoju prácu vykonávali empatický a so súcitom o čom svedčia niektoré výroky (napr. *Poplakala som si aj ja keď som počula čo všetko zažili*). Sedem študentov výslovne negatívne hodnotili zneužívanie humanitárnej pomoci niektorými odídencami. Výroky študentov svedčia o ich správnom vnútornom nastavení voči ľuďom, ktorí sa ocitli v krajnej núdzi.

BIBLIOGRAFIA

BÁN, A. Vojna na Ukrajine, Môj prvý utečenec, [citované 06. 11. 2022]
Dostupné na internete: <https://www.goethe.de/prj/jad/cs/the/pec/22810117.html>

JANKUV, J. *Medzinárodnoprávna úprava v oblasti azylu a utečenectva*. 1. vydanie. Praha: Leges, 2020. 198 s., ISBN 978-80-7502-450-3

KOMORA MIMOVLÁDNYCH ORGANIZÁCIÍ RADY VLÁDY SR
OBČIANSKA PLATFORMA PRE DEMOKRACIU, *Ako neziskovky pomáhali štátu a samosprávam zvládnuť prílev ľudí utekajúcich pred vojnou na Ukrajine 2022*, s. 14, [citované 06. 11. 2022] Dostupné na internete: <https://www.shr.sk/download/prieskum-nezikovky-pomahaju-statu.pdf>

MOTÝL, B. *Základné aspekty skúsenosti*. In: Ostium, roč. 12, 2016, č. 4. [citované 06. 11. 2022] Dostupné na internete: <https://ostium.sk/language/sk/zakladne-aspekty-skusenosti/>

MURGOVA A., POPOVICOVA, M., KRCMERY V., OLAH, M., JURASEK M., VANSAC P., D. BARKASI D., M. GULASOVA, KENDERESOVA A., KENDERESOVA A., DANCAKOVA M., TKACIKOVA Z., MACKOVA M., SAMUDOVSKA G., JACKULIKOVA M., SULCOVA, J., IVANKOVA V., HUDAKOVA T. *The War in Ukraine and the Participation of St. Elizabeth University of Health and Social Work in Helping at Border Crossing Points*, In: Clinical social work. ISSN 2076-9741/Online, 2022, No. 3, Vol.13, p. 67-69.

Ústava Slovenskej republiky č. 460/1992 Zb. (v znení č. 244/1998 Z. z., 9/1999 Z. z., 90/2001 Z. z., 90/2001 Z. z., 140/2004 Z. z., 323/2004 Z. z., 323/2004 Z. z., 463/2005 Z. z., 92/2006 Z. z., 210/2006 Z. z., 100/2010 Z. z., 356/2011 Z. z., 232/2012 Z. z., 161/2014 Z. z., 306/2014 Z. z., 427/2015 Z. z., 44/2017 Z. z., 71/2017 Z. z., 137/2017 Z. z., 40/2019 Z. z., 40/2019 Z. z., 99/2019 Z. z., 422/2020 Z. z.)

VANSAČ, P., GULAŠOVÁ M.: *Budovanie sociálneho citu k duchovným hodnotám u študentov sociálnej práce*, In: SCHAVEL M., GÁLLOVÁ, A. (eds.), Zborník vedeckých medzinárodných príspevkov Trendy a inovácie vo vysokoškolskom vzdelávaní v odbore sociálna práca, Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety Bratislava 2019, s. 157 – 168, ISBN 978-80-8132-202-0.

VANSAČ, P., GULAŠOVÁ M. *Subjective experiences of social work and nursing students with refugees from Ukraine at the Vyšné Nemecké border crossing and at the Hot spot in Michalovce*, In: Ukraine. Nation's Health № 3 (69), 2022 Scientific-and-practical journal, p. 66 -71, ISSN 2077-6594

Zákon č. 480/2002 Z. z. zákon o azyle a o zmene a doplnení niektorých zákonov(v znení č. 606/2003 Z. z., 207/2004 Z. z., 1/2005 Z. z., 692/2006 Z. z., 643/2007 Z. z., 451/2008 Z. z., 404/2011 Z. z.(nepriamo), 75/2013 Z. z., 305/2013 Z. z., 495/2013 Z. z., 131/2015 Z. z., 160/2015 Z. z.(nepriamo), 125/2016 Z. z., 198/2018 Z. z., 70/2019 Z. z., 70/2019 Z. z., 393/2020 Z. z., 55/2022 Z. z., 92/2022 Z. z., 124/2022 Z. z., 199/2022 Z. z.)

<https://www.minv.sk/?tlacove-spravy-6&sprava=v-michalovciach-zacalo-fungovat-multifunkcne-velkokapacitne-centrum-na-pomoc-utecencom>
<https://www.vssvalzbety.sk/o-nas/studijne-programy>

Kontakt na autora

Prof. ThDr. Peter Vansač, PhD.

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

Inštitút bl. Metóda Dominika Trčku, Michalovce

E-mail: vansac.p@gmail.com

POSTEROVÁ SEKCIA

BEZPEČNOSŤ PACIENTA AKO OBSAH DIDAKTICKEJ A EDUKAČNEJ POMÔCKY

Mária Kilíková¹, Adriana Nemčoková²

^{1,2} *Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety Bratislava,
Detašované pracovisko bl. Sáro Salkaházi Rožňava*

Úvod. Európska komisia (EC, 2015) charakterizuje absenciu systému bezpečnosť pacientov ako potenciálne riziko poškodenia pacienta v súvislosti s poskytovanou zdravotnou starostlivosťou. Od roku 2012 deklaruje, že v danej problematike by sa mala posilniť pozícia pacientov v zmysle zvýšenia ich informovanosti. Edukácia verejnosti o problematike bezpečnosti pacienta je nevyhnutnou potrebou vysokej priority. Uspokojiť túto potrebu je možné uplatnením edukačnej roly sestry. Sme toho názoru, že v danej oblasti sú určité rezervy ev. nehody. Preto téma bezpečnosti pacientov je pre nás výzvou na inovácie. Východiskom pre tvorbu didaktických pomôcok a edukačných materiálov je Vyhláška Ministerstva zdravotníctva č. 444/2019 Z. z. o minimálnych požiadavkách na interný systém hodnotenia bezpečnosti pacienta. Je účinná od 01.01.2020. Vyhláška obsahuje:

- rozsah hodnotenia bezpečnosti pacienta
- minimálne požiadavky na interný systém hodnotenia bezpečnosti pacienta u ústavného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti
- minimálne požiadavky na interný systém hodnotenia bezpečnosti pacienta u poskytovateľa ambulantnej zdravotnej starostlivosti
- minimálne požiadavky na interný systém hodnotenia bezpečnosti pacienta u poskytovateľa záchrannej zdravotnej služby.

Budovanie požadovaného systému vnímame ako dlhodobý proces podmienený poznaním zdravotníckej legislatívy a schopnosťou sestier tvorivo aplikovať legislatívu v klinickej praxi s cieľom poskytovať starostlivosť lege-artis.

Ciele a metodika. Cieľom posteru je prezentovať problematiku bezpečnosti pacienta ako obsah didaktickej a edukačnej pomôcky. Ilustrujeme 4 edukačné plagáty, ktoré môžu byť použité ako didaktická pomôcka pedagóga v procese vzdelávania zdravotníckych profesionálov. Edukačné plagáty sú výsledkom kreativity a projekcie autorov posteru. Po jazykovej, štylistickej a obsahovej stránke sme ich konštruovali tak, aby sme minimalizovali texty informatívneho charakteru. Sústredili sme sa na popis faktov, hesiel, myšlienok a údajov z praxe založenej na dôkazoch.

Výsledky. Pre zavedenie systému bezpečnosti pacienta v rôznych formách starostlivosti predkladáme 4 návrhy edukačných plagátov na:

- bezpečnú identifikáciu pacienta
- bezpečné používanie liekov
- optimálny postup hygieny rúk
- bezpečnosť v oblasti riešenia neodkladných stavov

Pre všetky výsledky práce je charakteristická vysoká originalita.

Diskusia. Kritickou oblasťou bezpečnosti pacienta je riziko zámeny pacienta, chyby v identifikácii pacienta. Potenciálne riziko, nehodu v danej oblasti je možné eliminovať dodržiavaním štandardizovaného postupu. Na túto skutočnosť upriamuje pozornosť Macková (2020) v národných štandardoch komplexného manažmentu pacienta. Náš návrh edukačného plagátu č.1 je vypracovaný v súlade s minimálnym štandardom MZ SR. Konštatujeme zhodu medzi kritériami štandardu a obsahom nášho edukačného plagátu v realizácii bezpečnej identifikácie pacienta. Bezpečné podávanie liekov v ambulancii sú zárukou prevencie potenciálneho poškodenia zdravia budúcich generácií (EC, 2015). Európska komisia uvádza, že niektoré nežiaduce udalosti sú spojené alebo podmienené nesprávnym uchovávaním alebo podávaním lieku. Týmto zlyhaniam v reťazci bezpečnej starostlivosti je možné sa vyhnúť. Náš návrh edukačného plagátu č.2 ilustruje bezpečnostné zásady s cieľom minimalizovať riziko zámeny lieku, vznik alergickej reakcie, podania nesprávnej dávky lieku alebo podanie expirovaného lieku. Máme za to, že po obsahovej stránke je tento edukačný plagát v zhode s minimálnym štandardom bezpečnosti pacienta. Nedodržiavanie hygieny rúk môže spôsobiť zvýšené riziko šírenia patogénov odolných voči antimikrobiálnym látkam. Európska komisia publikovala, že infekcie spojené so zdravotnou starostlivosťou patria k najčastejším a najfatálnejším príčinám neúmyselnej ujmy spôsobenej pacientom. Postihujú v priemerne 5 % ošetrovaných pacientov a preto predstavujú v krajinách Európskej únie veľký problém. Na túto skutočnosť upozorňujú aj výsledky štúdií Agentúry pre výskum a kvalitu zdravotnej starostlivosti (2020), ktorá apeluje na potrebu znížiť výskyt nemocničných infekcií. S cieľom riešiť výzvy oblasti optimálnej hygieny rúk sme vypracovali edukačný plagát č.3. Jeho obsah komunikuje texty motivujúce zdravotníckych pracovníkov praktizovať správny postup hygieny rúk s cieľom chrániť osoby, komunity pred potenciálnym poškodením zdravia. Metodika kardiopulmonálnej resuscitácie (KPR) je odporúčaním Európskej resuscitačnej rady 2021. Odporúčaný postup KPR sa má praktizovať v naliehavých situáciách. Perkins a kol., (2021) sú toho názoru, že postupy KPR

majú mať charakter odporúčania pre klinickú prax. Sú jednoznačným postupom so zrozumiteľnými algoritmami, ktoré určujú osobám jasné inštrukcie krok za krokom. V súlade s týmito odporúčaniami sme konštruovali edukačný plagát č.4. Konštatujeme harmonizáciu obsahu plagátu s odporúčaným postupom KPR podľa Európskej resuscitačnej rady. Zároveň sme dosiahli zhodu medzi požiadavkami a minimálnym štandardom bezpečnosti pacienta pri naliehavých stavoch.

Záver. Bezpečnosťou pacienta sa zaoberá aj niekoľko svetových organizácií ako Agentúra pre výskum kvality zdravotnej starostlivosti, Spoločná medzinárodná komisia v oblasti kvality a bezpečnosti pacienta, Centrum pre lekárske služby, Inštitút pre zlepšenie zdravotnej starostlivosti a i. Reprezentanti menovaných organizácií zdieľajú názor, že bezpečnosť pacienta je základných pilierov každého vysoko kvalitného systému zdravotníctva, v ktorom sestra vykonáva činnosti v rámci svojich kompetencií. Pracuje samostatne s prevzatou zodpovednosťou a chráni záujmy pacienta v manažmente bezpečnej starostlivosti (Barillová, 2022). Zároveň tvrdia, že ideálny model bezpečnosti pacienta v rôznych formách starostlivosti v podstate nie je, ale existujú krajiny ako napríklad Holandsko, ktoré sa k ideálu veľmi približujú. Prevenciu považujú za cestu k redukcii omylov, pochybení. procesov prevencie je kontinuálna edukácia a osobná zainteresovanosť všetkých členov ošetrovateľského tímu. Posterovou prezentáciou sme prispeli k realizácii istej forme prevencie poškodenia pacienta. Zároveň sme načrtli obsahy vybraných oblastí bezpečnosti pacienta z pohľadu pedagóga a sestry edukátorky.

BIBLIOGRAFIA

BARILLOVÁ, G. 2022. *Pády pacientov ukazovateľ bezpečnej zdravotnej starostlivosti* : diplomová práca. Rožňava : VŠZ a SP sv. Alžbety, 2022. 86 s.

EC. 2015. European Commission. *Public Consultation on Patient Safety and Quality of Care* [online]. 2015 [cit. 2016-12-16]. Dostupné na internete: <http://ec.europa.eu/health/patient_safety/consultations/patient_safety_quality_care_cons2013_en.htm>.

MACKOVÁ, A. 2020. *Komplexný ošetrovateľský manažment pacienta v súvislosti s diagnostickými vyšetreniami*. [online]. 2022, [cit. 2022-05-23]. Dostupné na internete: file:///C:/Users/Uzivatel/Downloads/3_Os_KOM_pacienta_v_suvislosti_s_diagnostickymi_vysetreniami.pdf.

PERKINS, D.G. A KOL. 2021. *Odporúčania Európskej resuscitačnej rady 2021 – Zhrnutie*. [online]. 2022, [cit. 2022-05-05]. Dostupné na internete: 2022-05-23 <http://www.srr.sk/wp-content/uploads/2021/10/Zhrnutie-odporu%CC%81c%CC%8Cani%CC%81-ERC-2021.pdf>

Vyhláška Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 444/2019 Z. z. o minimálnych požiadavkách na interný systém hodnotenia bezpečnosti pacienta.

Kontakt na autorov:

Mária Kilíková, prof. PhDr., PhD., MPH

Adriana Nemčoková, PhDr., PhD.

Kósu Schoppera 22

04801 Rožňava

ISBN: 978-83-964214-5-6

