

**Supplement vybraných kapitol vo vedných
odboroch sociálna práca a ošetrovatel'stvo VI.**

© Autori: Kolektív autorov

Zostavovatelia:

prof. PhDr. Mária Kilíková, PhD.

doc. ThLic. Peter Laca, PhD.

**Názov: Supplement vybraných kapitol vo vedných odboroch
sociálna práca a ošetrovatel'stvo VI.**

Recenzenti:

doc. PhDr. Mária Zamboriová, PhD., mim. prof.

doc. PhDr. Dagmar Kalátová, PhD., mim. prof.

doc. PaedDr. Slavomír Laca, PhD.

Vydavateľ: Ústav sv. Jana Nepomuka Neumanna Příbram (Česká republika).

Vydanie: prvé

Rok vydania: 2018

Náklad: 250 kusov

Počet strán: 243

Tlač: Petr Dvořák - Tiskárna a grafické studio Dobříš, (Česká republika).

ISBN 978-80-88206-12-5. (brož.)

Jazyková úprava: Texty neprešli jazykovou úpravou. Za jazykovú úpravu a obsahovú stránku diela sú zodpovední jednotliví autori.

ZOZNAM AUTOROV

ANDRAŠČÍKOVÁ Ľudmila PhDr. Bc.,

Prešovská univerzita v Prešove

Fakulta zdravotníckych odborov v Prešove

Katedra dentálnej hygieny

Partizánska 1

080 01 Prešov.

DIMUNOVÁ Lucia, doc. PhDr., PhD.

LF UPJŠ v Košiciach

Ústav ošetrovateľstva

Tr. SNP 1, 040 01 Košice.

HULKOVÁ Viera, doc., PhDr., PhD.

VŠZ a SP sv. Alžbety Bratislava

Ústav sv. Jana Nepomuka Neumanna

Jiráskovy sady 240, 261 01 Příbram.

HULKA Jozef, Mgr.

VŠZ a SP sv. Alžbety Bratislava

Ústav sv. Jana Nepomuka Neumanna

Jiráskovy sady 240, 261 01 Příbram.

KAROĽOVÁ Ľubomíra, PhDr.

VŠZ a SP sv. Alžbety Bratislava

Detasované pracovisko bl. Sára Salkaházi

Kósu Schopera 22, 048 01 Rožňava.

KILÍKOVÁ Mária, prof., PhDr., PhD.

VŠZ a SP sv. Alžbety Bratislava

Detasované pracovisko bl. Sára Salkaházi

Kósu Schopera 22, 048 01 Rožňava.

KOLTÁŠ Marek, PhD., doktorand.
VŠZ a SP sv. Alžbety Bratislava
Detašované pracovisko bl. Sály Salkaházi
Kósu Schopera 22, 048 01 Rožňava.

LACA Peter, doc., ThLic., PhD.
VŠZ a SP sv. Alžbety Bratislava
Detašované pracovisko bl. Sály Salkaházi
Kósu Schopera 22, 048 01 Rožňava.

RAKOVÁ Jana, PhD., PhD.
LF UPJŠ v Košiciach
Ústav ošetrovateľstva
Tr. SNP 1, 040 01 Košice.

ŠEVČOVIČOVÁ Andrea, PhD., doktorandka.
VŠZ a SP sv. Alžbety Bratislava
Detašované pracovisko bl. Sály Salkaházi
Kósu Schopera 22, 048 01 Rožňava.

TRNKOVÁ Ľubica, PhD., Mgr. doktorandka.
VŠZ a SP sv. Alžbety Bratislava - doktorandka
Palackého 1
80000 Bratislava.

OBSAH

ÚVOD	8
1 VNÍMANIE DETERMINANTOV ZDRAVIA Z POHĽADU RÔZNYCH KULTÚR.....	9
1.1 Determinanty zdravia.....	11
1.2 Cieľ a metodika výskumu.....	13
1.3 Analýza výsledkov výskumu.....	14
1.4 Diskusia.....	17
1.5 Záver.....	20
2 PERCEPCIA ZDRAVIA A CHOROBY U VYBRANÝCH KULTÚR Z OŠETROVATEĽSKÉHO ASPEKTU.....	22
2.1 Percepcia zdravia a choroby u Moslimov.....	22
2.2 Percepcia zdravia a choroby u Židov.....	25
2.3 Percepcia zdravia a choroby u Vietnamcov.....	27
2.4 Závěry a odporúčania.....	31
3 RIZIKOVÉ SPRÁVANIE DETÍ VO VZŤAHU K ZDRAVIU A MOŽNOSTI PÔSOBENIA OŠETROVATEĽSTVA.....	32
3.1 Ciele práce a metodika.....	33
3.2 Výsledky analýzy.....	33
3.2.1 Zdravotné dôsledky obezity.....	34
3.2.2 Typy obezity a hodnotenie stupňa obezity	35
3.2.3 Komplexná liečba obezity.....	36
3.2.4 Príčiny vzniku obezity u detí a adolescentov.....	37
3.3 Aktivity v oblasti prevencie obezity.....	41
3.4 Edukačná rola sestry v manažmente starostlivosti o detského pacienta s nadváhou a obezitou.....	46
3.5 Záver.....	51

4 POSTOJ RÓMSKEJ POPULÁCIE K VLASTNÉMU

ZDRAVIU.....	53
4.1 Rómska populácia na Slovensku.....	54
4.2 Rómovia ako minorita v kontexte témy.....	55
4.3 Vzťah rómskej populácie k zdraviu.....	57
4.4 Zdravotný stav rómskej populácie.....	58
4.5 Orálne zdravie rómskej komunity.....	62
4.6 Problémy rómskej komunity z hľadiska výchovy k zdraviu.....	64
4.7 Ošetrovateľstvo pri podpore zdravia Rómskej populácie.....	66

5 KLASIFIKAČNÝ SYSTÉM OMAHA - NÁSTROJ PODPORY

ZDRAVIA.....	69
5.1 Prvky klasifikačného systému.....	77
5.1.1 Schéma klasifikácie problémov.....	77
5.1.2 Schéma klasifikácie intervencií.....	82
5.1.3 Ratingová stupnica pre hodnotenie výsledkov.....	86
5.2 Starostlivosť o novorodenca v komunite.....	87
5.3 Starostlivosť o novorodenca v domácom prostredí.....	90
5.4 Metodika práce	93
5.5 Výsledky	96
5.6 Diskusia	126
5.7 Odporúčania pre prax.....	131

6 VÝZNAM JEDNOTLIVÝCH MAKRO

A MIKRONUTRIENTOV V OBDOBÍ TEHOTENSTVA PRE MATKU A PLOD	133
6.1 Význam potravy v jednotlivých trimestroch gravidity.....	135
6.2 Makronutrienty vo výžive tehotnej ženy.....	138
6.2.1 Význam jednotlivých mikronutrientov.....	144
6.3 Záver.....	157

7 ANALÝZA INTERVENCIÍ TERÉNNÉHO SOCIÁLNEHO PRACOVNÍKA V PODPORE ZDRAVIA ZRAKOVO POSTIHNUTÉHO KLIENTA.....	158
7.1 Komunita zrakovo postihnutých.....	161
7.2 Metódy podpory zdravia zrakovo postihnutých	162
7.2.1 Rehabilitácia zrakovo postihnutých.....	165
7.3 Metodika výskumu.....	169
7.3.1 Charakteristika particpanta.....	169
7.3.2 Literárna kazuistika.....	172
7.4 Výsledky výskumu	175
7.5 Záver.....	180
8 PODPORA ZDRAVIA A AKTÍVNY PRÍSTUPU K SPIRITUÁLNEJ DIMENZII SOCIÁLNYCH PRINCÍPOV V ŽIVOTE BL. SÁRY SALKAHÁZI.....	182
8.1 Zo života blahoslavenej Sary Salkaházi.....	184
8.2 Praxeologický kontext terénnej sociálnej práce.....	195
8.3 Paradigmy v sociálnej práci.....	199
8.4 Zdravie v metaparadigme ošetrovateľstva	203
8.5 Charakteristika spirituality.....	205
8.6 Záver.....	207
ZÁVER.....	214
ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV.....	215

ÚVOD

Metaparadigmou vedeckej monografie je zdravie, vnímanie zdravia s ohľadom na kultúrne odlišnosti a špecifiká starostlivosti o osoby kultúrne odlišnej komunity. Definície zdravia sú všeobecné známe. Aplikácia, analýza a vedecký výskum dimenzií zdravia sú novými nezodpovedanými otázkami, ktoré majú byť predmetom vedeckej diskusie.

Cieľom autorského kolektívu je priniesť nové výsledky štúdií v problematike zdravia. V jednotlivých kapitolách prezentujú výsledky teoretických štúdií realizované metódou obsahovej analýzy dostupných slovenských a zahraničných zdrojov. Zároveň, dôraz kladú na prezentáciu výsledkov vedeckých štúdií, ktoré boli realizované v kultúrne odlišných komunitách a v marginalizovaných komunitách. Tieto ciele autori dosiahli v dvoch vedných odboroch, v ošetrovatelstve a v sociálnej práci.

Učiť o ochrane zdravia populácie patrí k základným prioritám spomínaných vedných odborov. Ide o dlhodobý proces edukácie populácie rôznych vekových skupín, pohlavia a kultúr. Aj to sú dôvody na koncipovanie obsahu monografie.

Vedecká monografia je určená odbornej verejnosti, akademickým funkcionárom, študentom, ktorí sú oprávnení časti obsahu Supplementa VI. korektne citovať alebo parafrázovať.

1 VNÍMANIE DETERMINANTOV ZDRAVIA Z POHĽADU RÔZNYCH KULTÚR

Najznámejšiu definíciu zdravia publikovala Svetová zdravotnícka organizácia (World Health Organization – Constitution of WHO, 1946) takto: „Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease and infirmity” – Zdravie je stav úplnej fyzickej, psychickej a sociálnej pohody. Nie je to len neprítomnosť choroby alebo slabosti.“

Chápanie pojmu zdravia ako všeobecne uznávanej hodnoty závisí od spoločnosti, jej kultúry a od stupňa jej rozvoja (Zamboriová, Simočková, 2014). Zdravie je predpokladom akejkoľvek miery kvality života, je podmienkou vyváženej a harmónie pri spolupôsobení fyzickej, mentálnej a psychosociálnej stránky osobnosti človeka. Dosahovanie cieľov je určujúcim spôsobom determinované úrovňou zdravia. Zdravý organizmus umožňuje adaptívne zmeny a prístupy bez obmedzenia alebo poškodenia výkonnosti (Uher, 2014, s.). Křivohlavý (2001) uvádza usporiadanie teórií zdravia:

a) zdravie ako prostriedok k dosiahnutiu cieľa - je dobré byť zdravý, pretože tak sa ľahšie dosahuje vytýčených cieľov,

b) zdravie ako cieľ sám o sebe - dôležitá/najdôležitejšia hodnota pre daného človeka. Uvedené rozdelenie ďalej obohacuje o sedem skupín teórií zdravia práve na základe spomínaného jednoduchého rozdelenia na poňatie zdravia ako cieľa, alebo ako prostriedku k jeho dosiahnutiu:

1. Zdravie ako zdroj fyzickej a psychickej sily – jedná sa o silu, ktorá človeku pomáha prekonať najrôznejšie ťažkosti, silu zvíťaziť nad chorobou, ktorá človeka momentálne ohrozuje.

2. Zdravie ako metafyzická sila – predstava zdravia ako niečoho, čo človeku umožňuje dosahovanie vyšších cieľov, než je samo zdravie. Je to schopnosť odolávať tlakom negatívnych životných podmienok a pozitívne reagovať na životné problémy.

3. Salutogenéza – jedná sa o individuálne zdroje zdravia. K ponímaniu tohto zdravia ako holistickej osobnostnej charakteristiky má blízko termín „hardiness“ (odolnosť, nezdolnosť, tvrdosť a pod.).

4. Zdravie ako schopnosť adaptácie – schopnosti upraviť si prostredie alebo zmeniť vlastný spôsob života.

5. Zdravie ako schopnosť dobrého fungovania – taktiež ľudovo vyjadrená ako „byť fit“, sa v odbornej literatúre vyjadruje ako „stav optimálneho fungovania človeka vzhľadom k efektívnemu plneniu role a úloh, ku ktorým bol socializovaný“.

6. Zdravie ako tovar – dnes sa stále častejšie predstavuje zdravie ako niečo, čo je možné si kúpiť na trhu, ako komoditu, zameniteľný produkt, vec existujúcu mimo človeka. Tento pohľad vedie k pasívnemu postojú v starostlivosti o vlastné zdravie, ktoré do značnej miery vylučuje osobné úsilie o údržbu dobrého súčasného zdravotného stavu.

7. Zdravie ako ideál – v súčasnej dobe najrozšírenejšia definícia pochádza od Svetovej zdravotníckej organizácie (WHO, 1946).

Zdravie je determinované neovplyvniteľnými faktormi ako sú vek, pohlavie, genetika a vonkajšími vplyvmi, ktoré sú ovplyvniteľné ako napr. životný štýl, životné prostredie, zdravotnícka starostlivosť.

Na komplexnosť zdravia a prepojenosť jeho zložiek poukazujú viaceré prístupy, ktoré uvádza Uher (2014):

- holistický, ktorý nazerá na človeka ako na nedeliteľný a integrovaný celok s akceptovaním biologických, psychologických a sociálnych zložiek;
- dynamický, ktorý analyzuje premenlivosť zdravotného stavu v čase a zdravie chápe ako premenlivý jav, ktorý sa presadzuje v celoživotnej perspektíve;
- sociálny, ktorý zaraďuje človeka do širšej siete vzťahov rodinných a skupinových a uvažuje o zdraví v sociálnych súvislostiach;

- interaktívny, ktorý sleduje človeka v jeho širšom prostredí (prírodnom i spoločensko-politickom).

Zdravie možno vnímať ako rovnovážny stav vo vzťahu k biologickým, fyzikálnym a sociálnym faktorom prostredia; je to dynamický proces so schopnosťou adaptácie sa na meniace sa podmienky prostredia.

1.1 Determinanty zdravia

Zdravie je ovplyvňované viacerými faktory, ktoré sú označované ako determinanty zdravia. Podľa Svetovej zdravotníckej organizácie sú hlavnými determinantmi zdravia:

1. životný štýl (50 %) do tejto kategórie sa radí spôsob života, stravovanie, fyzická aktivita, režim práce a odpočinku, vzdelanie, socioekonomický status a rizikové správanie sa (napr. fajčenie, konzumácia alkoholu, závislosť na sociálnych sieťach a pod.);
2. genetický profil (20 %) okrem vrodenej predispozície je to aj vek, pohlavie, rasa;
3. životné a pracovné prostredie (20 %) zahŕňa environmentálne faktory ako voda, ovzdušie, ďalej zamestnanie a pracovné podmienky, sociálnu podporu a sociálne siete, kultúru, zvyky a tradície vo vzťahu k uchovaniu zdravia;
4. zdravotná starostlivosť (10 %) v zmysle dostupnosti a kvality.

Národný inštitút zdravia SR (NZI, 2018) označil skupiny determinantov zdravia, ktoré sú ovplyvniteľné, čiastočne ovplyvniteľné alebo neovplyvniteľné ako: genetické faktory; životný štýl; životné a pracovné prostredie; sociálne a ekonomické faktory.

Kříž (2011) uvádza ako determinanty zdravia: vrodené vlastnosti, sociálne a ekonomické prostredie, životné a pracovné prostredie, individuálne charakteristiky človeka, jeho správanie, životný štýl a zdravotnú starostlivosť.

Možno konštatovať, že viaceré relevantné zdroje uvádzajú totožné faktory vplývajúce na zdravie ako najvyššiu hodnotu človeka.

Kultúra predstavuje systém hodnôt, sociálnych noriem a pravidiel, ktoré sú typické pre danú spoločnosť a ktoré sa prenášajú z generácie na generáciu prostredníctvom kultúrnych prvkov, ako sú jazyk, symboly, história, hodnoty, normy a pod. Človek si tieto hodnoty, ktoré sú základom spoločensko-kultúrneho systému, osvojuje v procese socializácie v rámci spoločnosti, v ktorej žije (Delgadová, 2011). Kulturológia patrí medzi integrované vedné disciplíny, ktorá svoj predmet skúmania „kultúru“ konkretizuje a špecifikuje v kontexte spoločenských potrieb a identifikovaných problémov (Gázová, 2005). Poukazuje rovnocennosť všetkých kultúr a na nutnosť zohľadňovania existencie ich rozmanitosti (Slušná, 2015). Kultúra je zložitý celok, ktorý rozvíja poznanie. Medzi základné determinanty kultúry patrí:

1. história a jej obdobia, ktoré priamo vplývajú na rozvoj jednotlivých súčastí,
2. náboženstvo a viera,
3. zemepisné a podnebné pásmo formujú životný štýl, spôsob života a jeho zabezpečovanie,
4. rodina realizuje vedomí i nevedomí prenos hodnôt, noriem, skúseností a správania sa,
5. výchova a vzdelávanie,
6. politika, štátna moc, spoločenská hierarchia
7. vnímavosť na vplyvy iných kultúr (Líšková, a kol., 2006).

Národy v svojich kultúrach majú svoj vlastný systém hodnôt so zameraním sa na základné atribúty, kde radíme aj „zdravie a jeho determinanty.“ Každá kultúra má svoje poňatie fyzického i duševného zdravia, ktoré sa prevažne kreje pod vplyvom rodiny, spoločenských, sociálnych a ekonomických javov.

Súčasnú kultúrnu situáciu poznamenali globalizácia, prehlbujúca sa individualizácia, konzumizmus, strata záujmu o verejnú občiansku sféru, či rôzne formy eskapizmu (Slušná, 2015).

Vnímanie „zdravia ako hodnoty“ je u každého jedinca ovplyvnené jeho kultúrou vychádzajúc z náboženských, rodinných, spoločenských, politických, ekonomických a politických súvislostí (Pavlíková, 2007).

1.2 Cieľ a metodika výskumu

Cieľom kvalitatívnej štúdie bolo analyzovať pojmy zdravie a jeho determinanty. Zistiť ako vnímajú oslovení respondenti z rôznych kultúr zdravie a jeho determinanty - genetiku, životný štýl, životné a pracovné prostredie, zdravotnú starostlivosť. Na splnenie stanoveného cieľa sme uplatnili deskriptívny kvalitatívny prístup s využitím ohniskovej diskusie a tematickej analýzy. Základnou metódou zberu dát bola organizovaná ohnisková diskusia - focus groups. Táto metóda je založená na skupinovej diskusii, moderovanej „moderátorom“ (výskumníkom). Podstatou je skupinová interakcia, počas ktorej sú získavané názory, postoje a perspektívy účastníkov. Otázky, ktoré sme položili v rámci ohniskovej diskusie sme rozdelili do 2 celkov: vnímanie pojmu zdravia a determinanty zdravia. Ohniskovú diskusiu sme zaznamenávali priebežne písomne formou poznámok a súbežne aj na diktafón z dôvodu overenia a upresnenia poznámok. Pri výbere respondentov sme zvolili metódu zámerného výberu. **Súbor** tvorilo 55 študentov vysokej školy v Košiciach študujúcich v anglickom jazyku. Študenti pochádzali z rôznych krajín v nasledujúcom zložení: Grécko (n=6); Izrael (n=13); Nemecko (n=10); Poľsko (n=12); Španielsko (n=8); Švédsko (n=6).

Zber dát bol realizovaný formou diskusie, zapísania poznámok a prostredníctvom diktafónu. Zber dát prebiehal u študentov pochádzajúcich z rôznych krajín v anglickom jazyku. Do výskumu

sme zaradili respondentov, ktorí preukázali ochotu spolupracovať a zúčastniť sa na výskume.

1.3 Analýza výsledkov výskumu

Analýzu získaných údajov sme realizovali prostredníctvom metódy tematickej analýzy (Braun, Clarke, 2006). Analýza sa uskutočňuje v šiestich fázach: zoznámenie sa s dátami; generalizovanie iniciálnych subtém; hľadanie tém; preskúmanie tém; definovanie a pomenovanie tém; zhrnutie výsledkov. V prvej fáze analýzy sme prepis ohniskovej diskusie niekoľkokrát prečítali, aby sme sa uistili, že vyjadrené pojmy sú správne preložené do slovenského jazyka. V tejto fáze sme sa snažili čítať dáta aktívnym spôsobom – všímať si určité spoločné body, znaky v dátach. Významné dáta sme následne preniesli do programu MS Excel (pre lepšiu manipuláciu s dátami sme si vytvorili kľúčové slová k textom). Spojením prvých extraktov vznikli predbežné subtémy. Subtémy sme následne zoskupovali do tém na základe podobnosti a významovej prepojenosti. Vo finálnej fáze sme identifikovali päť nosných tém, ktoré dopĺňajú výpovede respondentov. Na základe výsledkov tematickej analýzy sme identifikovali dva celky.

Prvý „**Vnímanie pojmu zdravia**“ a druhý „**Determinanty zdravia**“ (genetika, životný štýl, životné a pracovné prostredie, zdravotná starostlivosť) z pohľadu rôznych kultúr. V rámci spracovania údajov k stanoveným témam sme doplnili samostatnú kategóriu, v ktorej respondenti odôvodňovali svoje postoje k zvoleným témam (resp. stanoveným pojmom zdravie a jeho determinanty).

V rámci prvého celku – **Vnímanie pojmu zdravia** odpovedali respondenti na otázku: „*Ako vnímate pojem zdravie, čo to pre Vás znamená?*“

Študenti zo všetkých šiestich krajín (Grécko, Izrael, Nemecko, Poľsko, Španielsko, Švajčiarsko) odpovedali zhodne. Považujú

zdravie za to najcennejšie čo majú. V ich vyjadreniach je to stav psychickej a fyzickej pohody, keď sa človek cíti dobre. Je to pre nich základ fungovania a naplnenia cieľov. V rebríčku hodnôt je na najvyššej pozícii.

V rámci **druhého celku** zameraného na **determinanty zdravia** boli ich odpovede rozdielne. V nasledujúcej časti interpretujeme výpovede respondentov podľa jednotlivých krajín a teda aj kultúr v abecednom poradí.

Grécko - hlavným determinantom zdravia je životný štýl, strava a pozitívne myslenie. Najmä Gréci sú presvedčení, že pozitívne vnímanie života pomáha udržať človeka v dobrej fyzickej a psychickej kondícii. Táto skupina študentov považuje za dôležitý determinant zdravia aj intervencie štátu a teda reformy sociálneho a zdravotného systému, zvyšovanie kvality života v oblasti zdravia zo strany štátu. Uvedomujú si, že stres z toho, že človek nemá dostatok finančných prostriedkov na zabezpečenie kvalitnej zdravotnej starostlivosti pre seba a svojich blízkych môže byť príčinou vzniku rôznych zdravotných komplikácií. Považujú štátnu politiku za dôležitú pre pohodu a rozvoj obyvateľstva.

Izrael – determinantom zdravia je predovšetkým životné prostredie a životný štýl. V nadväznosti na tieto determinanty považujú najmä finančnú situáciu za ďalší dôležitý faktor, nakoľko sú presvedčení, že financie im zabezpečia najkvalitnejšie služby v rámci zdravotnej starostlivosti napr. kvalitnejšiu vyšetrovaciu techniku, rýchlejšie a presnejšie určenie diagnózy. Finančné zabezpečenie má vplyv aj na životný štýl a životnú úroveň, kedy si pri dobrom finančnom zabezpečení môžu dovoliť kvalitnú stravu, športové aktivity, doplnky výživy atď. Sú presvedčení, že finančný status im umožní robiť veci, ktoré ich bavia, naplňajú a aj takáto forma psychohygieny je podľa nich determinant zdravia. Ako ďalší významným determinant identifikovali vzdelanie. Konštatujú, že vzdelaní ľudia vedia kde a ako

hľadať informácie napr. o zdraví, životnom štýle. U tejto skupiny respondentov bol pohľad na determinanty zdravia zameraný cez sociálne a životné prostredie.

Nemecko – respondenti vnímajú životný štýl ako vzťah k sebe samému, k svojmu zdraviu, životu atď. Všetci sa zhodli v názore, že strava a dostatok času pre seba (voľný čas) dokáže zlepšiť zdravotný stav človeka a následne kvalitu života. Na druhom mieste uvádzali genetické predispozície, v rámci ktorých človek môže určité choroby získať aj na genetickom základe. Za obzvlášť dôležitý determinant považujú investície štátu do oblasti zdravotníctva a stotožňujú sa v názore, že pokiaľ je zdravotníctvo kvalitne financované a teda poskytuje kvalitnú zdravotnú starostlivosť, rastie nie len kvalita života ale aj dĺžka života obyvateľstva, ktorá zas naopak je ukazovateľom kvalitnej zdravotnej starostlivosti.

Poľsko - hlavný determinant zdravia je životný štýl a podpora rodiny. Životným štýlom rozumejú vzťah k sebe samému a k svojmu telu. Ako sa človek správa v zmysle udržania priaznivého zdravotného stavu. Podľa nich fajčenie, pitie alkoholu, užívanie drog a nesprávna strava negatívne ovplyvňujú zdravie človeka. Za pozitívny determinant uviedli pestrú stravu, voľnočasové aktivity, šport a iné. Za veľmi dôležitý determinant zdravia považujú podporu rodiny, priateľov, sociálne zázemie. Všetci participanti sa vyjadrili, že najmä viera v Boha je pre nich determinantom zdravia, lebo ak človek v niečo verí má nádej, ktorá ho núti pozitívne myslieť. Vnímajú to ako faktor sociálneho prostredia. Významnosť pripisujú aj úrovni medziľudských vzťahov. Ďalším determinantom sú faktory prostredia ako je práca, peniaze, a ekonomická situácia. Zastávajú názor, že financie sú potrebné k zabezpečeniu kvalitnejšej zdravotnej starostlivosti či liekov.

Španielsko - za hlavný determinant je považovaný životný štýl, genetika a finančné zázemie. Hovoria o dôležitosti finančných

prostriedkov ako jedného zo zdrojov kvalitného, plnohodnotného života, ktorý im zabezpečí kvalitnú zdravotnú starostlivosť. Respondenti sa vyjadrili, že aj faktory prostredia, v ktorom žijú veľmi ovplyvňujú zdravie. Je to úroveň bývania, lokalita. Ďalej uvádzajú, že spokojnosť so životom prispieva k psychickému zdraviu a teda aj to je determinant zdravia. Pracovné prostredie považujú za významný determinant, nakoľko všetci sa zhodli v názore, že pokiaľ človek robí to čo ho baví a napĺňa nie je pod stresom z pracovného prostredia a vykonávanej práce (job performance) žije sa mu lepšie a tým ho obchádzajú choroby zo stresu, nespokojnosti, ktoré sa podľa nich podpisujú na fyzickom zdraví.

Švédsko – dominantnými determinantmi je životný štýl a socio-ekonomický status. Dôraz v súvislosti s kvalitou života kladú na oblasť prevencie, za ktorú nesie zodpovednosť štát. Uviedli, že kvalitná prevencia je vo veľmi veľkej miere determinantom zdravia, nakoľko odhaľuje rôzne choroby už v ich začiatkoch a tým môže prispieť k zvýšeniu kvality života.

1.4 Diskusia

Chápanie pojmu zdravia závisí od spoločnosti, v ktorej človek žije, súvisí so vzdelaním, hodnotovým systémom človeka a z toho vychádzajú aj očakávania vo vzťahu k zdravotnej starostlivosti (Hulková, Hulka, 2015). Blaxter (1990) skúmal názory na vnímanie zdravia u 9000 osôb, ktoré zhrnul do ôsmich oblastí:

1. zdravie ako nie-choroba,
2. zdravie ako prežívaný stav navzdory ochoreniu,
3. zdravie ako rezerva, kapacita zdravia,
4. zdravie ako fyzická zdatnosť,
5. zdravie ako energia, vitalita,
6. zdravie ako sociálne väzby,
7. zdravie ako funkcia – schopnosť vykonávať určitú aktivitu,

8. zdravie ako psycho-sociálna pohoda.

V nami sledovanom súbore sa preukázalo, že zdravie ako najvyššiu hodnotu vnímali všetci opýtaní, pohľady na determinanty zdravia však už totožné neboli. Svoje postoje, presvedčenie a názory vyjadrovali respondenti z rôznych krajín pod vplyvom kultúry, výchovy, vzdelania či politickej situácie. Preferovali finančné zabezpečenie, ktoré dávali do kontextu s možnosťou kvalitnej zdravotnej starostlivosti. Významne hodnotili vplyv politiky štátu, ktorá by mala byť zameraná predovšetkým na prevenciu. Uvádzali svoju spoluzodpovednosť za vlastné zdravie a taktiež vysoko hodnotili možnosti vzdelávania.

Odpovede respondentov odrážali zdravotné uvedomenie, ktoré možno hodnotiť ako určitý stupeň vedomostí súvisiacich so zdravím. Je to vzťah jedinca a spoločnosti k ochrane zdravia premietnuté v konkrétnom konaní. „Zdravotné uvedomenie ako súčasť zdravotnej kultúry predstavuje súbor subjektívnych faktorov, ktoré sa utvárajú v rámci vzdelania, výchovy, kultúry, tradície, svetového názoru, náboženstva, politického presvedčenia“ (Závodná, 2006). Formovanie zdravotného uvedomenia podmieňujú faktory subjektívne (typ vyššej nervovej sústavy, genetická súvislosť, regulačné mechanizmy, morálka, charakter, vzdelanie, vôľové vlastnosti osobnosti) a objektívne (prírodné, sociálne, ekonomické, spirituálne prostredie). Proces zdravotného uvedomovania je ovplyvnený kvalitou informácií, komunikáciou, motiváciou, spôsobom presvedčania, procesom rozhodovania, dodržiavaním žiaduceho správania. Uvedomelé správanie jedincov vo vzťahu k zdraviu si vyžaduje vhodné podmienky na rozvoj pozitívnych oblastí života (Líšková, 2011).

To aký spôsob života človek vedie a aké správanie vzhľadom k svojmu zdraviu zvolí, je definované i jeho osobnosťou (Račková, 2016). K podobným záverom dospeli v longitudinálnej štúdii autori Caspi et al. (2005), ktorí uvádzajú, že samotná osobnosť jedinca sa

podieľa na podnecovaní choroby a reakcie na ňu. Fergusson (2013) vo svojej štúdií uvádza, že osobnosť zahráva kľúčovú úlohu pri porozumení významu zdravia.

V diskusii by sme chceli vyjadriť svoje presvedčenie, že vnímame zdravie ako najvyššiu ľudskú hodnotu a jeho podporu a ochranu k jednoznačným prioritám zdravotnej starostlivosti. Ako jednu z možných a efektívnych ciest vidíme rozvoj *zdravotnej gramotnosti* v spoločnosti.

Svetová zdravotnícka organizácia definovala pojem „zdravotná gramotnosť“ (Health Literacy) ako „kognitívne a sociálne zručnosti, ktoré určujú motiváciu a schopnosť jednotlivcov získať prístup k pochopeniu a používaniu informácií spôsobom, ktorý podporuje a udržiava dobrý zdravotný stav“ teda schopnosť človeka vyhľadať, pochopiť a využiť informácie o zdraví a zdravotníckych službách (World Health Organization, 1998). Autor Liba (2016) uvádza, že ide o komplex vedomostí, zručností a spôsobilostí získať, analyzovať, porozumieť a evalvovať zdravotnícke informácie a tieto využívať pre správne rozhodovanie o svojom zdraví.

Zastávame názor, že sa jedná o schopnosť jednotlivca kompetentne a primerane aplikovať vedomosti a zručnosti v konkrétnych zdravotných situáciách, o schopnosť realizovať a aplikovať účinné preventívne opatrenia intervenujúce do životného štýlu v smere podpory zdravia. Spôsoby zvyšovania zdravotnej gramotnosti je možné realizovať v rámci vzdelávania v predškolských a školských zariadeniach, v rámci edukácie, výchovy k zdraviu či v sociálnej politike. Zdravotná gramotnosť zohráva kľúčovú úlohu v oblasti podpory zdravia a efektívneho poskytovania zdravotnej starostlivosti (Čepová a kol., 2017).

Zdravotná gramotnosť sa stala kľúčovou témou a je v centre záujmu vedcov zaoberajúcich sa zdravím, lekárov, poskytovateľov služieb v oblasti zdravia, politických činiteľov a

samozrejme ľudí angažujúcich sa v oblasti zdravia a zdravotníckych služieb. Jej hlavným cieľom je zvýšenie podielu človeka na starostlivosti o vlastné zdravie (Dimunová, 2018).

Smerovanie zdravotnej politiky na Slovensku predstavuje základný dokument „Strategický rámec starostlivosti o zdravie pre roky 2013-2020“. V piatej časti tohto dokumentu sú identifikované základné nástroje, ktorými je možné optimalizovať zdravotný stav populácie. Dokument sa zaoberá piatimi celkami a to: zdravotným stavom obyvateľstva, podporou verejného zdravia, všeobecnou/ambulantnou starostlivosťou, elektronickým zdravotníctvom a ústavnou zdravotnou starostlivosťou. Na potrebu interakcie ošetrovateľstva a zdravotnej politiky poukazujú aj autori Jankechová a kol. (2011). Zvyšovanie zdravotnej gramotnosti je v rukách medicíny, ošetrovateľstva, verejného zdravotníctva i sociálnej práce. Priamo je pôsobením politickej, ekonomickej, sociálnej a zdravotnej roviny.

1.5 Záver

Zdravie je ovplyvňované mnohými faktormi, počnúc genetickou výbavou, ktorá je nám daná, až po faktory, ktorými vieme svoje zdravie ovplyvniť (Hulková, 2018). Zdravie možno vnímať ako najväčšiu a najvzácnejšiu hodnotu pre človeka. V živote populácie je mnoho rizikových faktorov, ktoré negatívne ovplyvňujú zdravie (Zamboriová, Simočková, 2017). Samotný postoj, ktorý jedinec zaujme na jeho zachovanie býva ovplyvnený najmä výchovou a hodnotovým rebríčkom. Na zdravie vplývajú rôznym podielom viaceré faktory, ktoré ho výrazne ovplyvňujú ako napr. vzdelanie, hodnotový systém, etické normy, aktuálne spoločenské problémy, environmentálne prostredie a iné. Zdravotné determinanty sú významne ovplyvňované komplexným prostredím, tak sociálnym ako aj environmentálnym (Rimarová, 2017).

Na základe predložených výsledkov môžeme konštatovať, že na rozdielnosť postojov k zdraviu ako hodnote, a zdravotným determinantom má významný vplyv etnická, demografická a kultúrna odlišnosť. Fenomén zdravia je možné skúmať v kontexte medicínskych, sociologických, historických i kultúrnych súvislostí. Kapitulu ukončíme otázkou: Čo je to zdravie, akú má pre nás hodnotu a čo pre nás znamená? ...

2 PERCEPCIA ZDRAVIA A CHOROBY U VYBRANÝCH KULTÚR Z OŠETROVATELSKÉHO ASPEKTU

Pre pochopenie zdravia a choroby v kultúrnom kontexte je nevyhnutné hlbšie porozumenie životu ľudí v odlišných kultúrnych a sociálnych podmienkach, nakoľko podstatne determinujú vnímanie, prežívanie a informovanie o zdravotných problémoch, interpretáciu príznakov, prejavy kultúrneho šoku. V príspevku autori prezentujú vnímanie zdravia a choroby u Moslimov, Židov a Vietnamcov.

Pre poskytovanie kvalitnej ošetrovateľskej starostlivosti je dôležité rešpektovať u každého pacienta/klienta jeho etnické a kultúrne hodnoty, názory a praktiky, ktoré sú spojené so zdravím i s poskytovaním zdravotnej a ošetrovateľskej starostlivosti. Vyhľadávať a uspokojovať potreby chorých je jedným z charakteristických znakov moderného multikultúrneho ošetrovateľstva. Sestry môžu poskytovať minoritám kultúrne diferencovanú starostlivosť rešpektujúc holistickú teóriu za predpokladu, že budú dôkladne poznať všetky ich zvláštnosti vyplývajúce z ich odlišného kultúrneho a sociálneho statusu v súvislosti s uspokojovaním potrieb. Individuálne kultúrne hodnoty, viera a postoje majú veľký význam pre zdravie každého jedinca (Špidurová, 2006).

2.1 Percepcia zdravia a choroby u Moslimov

Pre zabezpečenie kvalitnej ošetrovateľskej starostlivosti Moslimom sú nevyhnutné vedomosti sestier o kultúrnych, komunikačných, náboženských, hodnotových a iných špecifikách tejto kultúry. I keď existujú rozdiely v praktizovaní Islamu, tak zásadným spôsobom ovplyvňuje každodenný život Moslimov, ich postoje k vlastnému zdraviu, chorobe a smrti.

Islam povoľuje ošetrojúcim používať všetky prostriedky k záchrane života Moslima, ale nie za cenu predĺženia pacientovho utrpenia. V určitých prípadoch je teda možné odpojiť pacienta od prístrojov. Islam nepovoľuje eutanáziu (Ivanová, Špirudová, Kutnohorská, 2005). Transfúzia krvi je povolená a darcom krvi môže byť aj človek nevyznávajúci toto náboženstvo. Rovnaká podmienka platí aj v prípade transplantácie orgánov, avšak nesmie sa použiť orgán od mŕtveho darcu.

Islam chápe existenciu a život človeka ako ľudskú prirodzenosť, ktorú rozdeľuje na vonkajšiu a vnútornú. Pri ich poruche vznikne choroba. Ľudský život je posvätný a je nutné ho chrániť. V Koráne sa uvádza, že život je dar od Alaha a človek by nad ním nemal mať absolútnu moc. Je však povinný upevňovať svoje zdravie a využívať ho k službe pre Boha. Pre poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti je dôležité dodržiavanie etických princípov, najmä rešpektovanie autonómie človeka a poskytnutie pomoci. Moslim ako pacient má právo o sebe rozhodovať, ak je schopný porozumieť svojmu zdravotnému stavu. „Moslimovia prijímajú chorobu a smrť trpezlivo a s modlitbami. Ochorenie považujú za skúšku a útrapy s tým spojené za pokanie za svoje hriechy. Vyhľadávajú kvalifikovanú lekársku a ošetrovateľskú starostlivosť v zdravotníckych zariadeniach“ (Lorenzová, 1999, s.13).

Podľa Koránu človek prichádza na svet bez hriechu a od Alaha dostal darom intelekt, rozum, preto Islam nedovoľuje ovplyvňovať intelektovú stránku človeka, zakazuje konzumáciu alkoholu a používanie narkotík. Rovnako chápe islam aj telo, že je darom od Alaha, preto je zakázané jeho poškodzovanie v podobe piercingu, tetovania, plastických operácií a pod. Plastická chirurgia by mala iba napravovať zdravotné, nie kozmetické defekty. Telo musí byť rešpektované počas života i po smrti. Človek ako dočasný „správca“ tela je povinný dodržiavať hygienu, konzumovať vhodnú

stravu, dopriať si odpočinok. Preto tiež islam zakazuje pitvu a transplantácie od mŕtvych darcov. Duchovnou podstatou a centrom tela je podľa Islamu srdce. Ak je choré srdce, znamená to, že človek je arogantný, nespokojný, pohŕda vierou. Choroba je chápaná ako skúška zo strany Alaha a je vlastne pre človeka požehnaním. Mnoho Moslimov sa často domnieva, že ak sú dlhšiu dobu zdraví, že ich Alah opustil. Ochorenie nie je u Moslimov chápané ako trest za hriech, ale ako príležitosť uvedomiť si rôzne veci (Hájek, Bahbouh, 2016, s. 27-30).

Pacient – Moslim má právo byť úplne informovaný o svojom zdravotnom stave, vyjadriť sa k nemu a urobiť dôležité rozhodnutia. Ak to jeho zdravotný stav nedovoľuje, alebo sa jedná o ženu či dieťa, preberá túto zodpovednosť muž rodiny (Kutnohorská, 2013).

Ako už bolo uvedené, život Moslimov ovplyvňuje Korán. Sú v ňom predpisy, zákazy a povolenia pre každodenný život, a tým utvára ich životný štýl. Činnosti sú rozdelené do piatich kategórií: zaväzujúce, odporúčacie, ľahostajné, nežiaduce, zakázané. Podľa Islamu sú život a smrť, zdravie a choroba Alahovou vôľou. Islam Moslimom prikazuje, aby liečili chorých a urobili všetko pre prevenciu choroby. Korán prikazuje chorým, aby verili liekom. Vo všeobecnosti ale zastávajú názor, že prevencia je lepšia než liečba. Veľký vplyv má rodina. Všetci príbuzní sa chcú o chorého člena starať, chcú byť informovaní o jeho stave. Pri návštevách je potrebné poskytnúť príbuzným súkromie pri modlitbách za uzdravenie chorého. V moslimských krajinách je zvykom, že sa diagnóza najprv oznamuje rodinným príslušníkom, najmä manželovi alebo otcovi. Závažné diagnózy rodina pred príbuzným tají, tým ho chráni, aby nestrácal nádej (Ivanová, Špirudová, Kutnohorská, 2005).

Pre Moslimov je veľmi dôležitá výživa a všetko, čo je s ňou spojené, najmä zo zdravotného hľadiska. Strava posilňuje dušu a telo udržiava čisté a zdravé. Islam zakazuje určité druhy jedál a prikazuje

postit' sa. V tradičnej liečbe a ošetrovaní Islam odporúča konzumáciu medu k liečbe a prevencii rôznych chorôb, tiež d'atle, najmä pre ženy po pôrode. Univerzálnym islamským liekom sú tzv. „čierne zrná“, semená čiernuchy, ktorá je liekom na všetko okrem smrti.

2.2 Percepcia zdravia a choroby u Židov

Židia si veľmi cenia svojho zdravia a snažia sa spolupracovať so zdravotníkmi. Podľa židovského zákona musia vyhľadať kvalifikovanú zdravotnú starostlivosť. Liečebné zákroky a starostlivosť môžu počas sabatu, t.j. od piatkového západu slnka do sobotného a tiež počas hlavných židovských sviatkov, ak tieto zákroky nie sú nevyhnutné pre záchranu života. Zdravotníci sú pre nich autoritami. Vzťah k lekárovi je založený na dôvere. Ľudský život má pre Židov nesmiernu hodnotu, preto viacej využívajú zdravotnícke služby a preventívne programy. Od zdravotníckeho zariadenia a zdravotníckych pracovníkov očakávajú vysoko kvalitné služby. Zdravotníkov informujú o svojich fyzických, psychických, ale i emocionálnych problémoch. Podľa judaizmu nesmie chorý a zomierajúci človek ostať sám, potrebuje mať pri sebe najbližších členov rodiny. Židia považujú starostlivosť o chorých za svoju povinnosť. Pri návšteve chorého príbuzného by ho mali niečím potešiť napr. úprimnou modlitbou, povzbudením. Chorého nesmú návštevníci obťažovať, znepokojovať, alebo mu svojím správaním nejako zhoršiť zdravotný stav. Pre Židov patrí zdravie a rodina k najvyšším hodnotám, v ťažkých životných situáciách sa modlia. K rituálnemu správaniu patrí aj zaklínanie zlých duchov pri narodení dieťaťa, rituály na podporu plodnosti, dodržiavanie pôstu po prebudení zo zlého sna, zmena mena smrteľne chorého alebo umierajúceho s nádejou na vyzdravenie (Hendrychová, 2013).

Židia môžu prijímať krv, lieky, vakcíny a môžu podstúpiť amputáciu a biopsiu. Pre ortodoxných Židov je veľmi dôležité, aby im

zdravotnícke zariadenie vrátilo amputované končatiny alebo orgány k pochovaniu (Ivanová, Špirudová, Kutnohorská, 2005). Darcovstvo transplantátov je u ortodoxných Židov neprijateľné. Na návštevy za pacientom najčastejšie chodia rodinní príslušníci a priatelia zo synagógy. Každý človek ma právo umierať dôstojnom spôsobom. Eutanázia je u Židov neprijateľná. Pred pohrebom je telo rituálne umyté. Potom sa telo ovinie bielym plátom. Kozmetické úpravy tela nie sú povolené. Verejné vystavenie tela sa považuje za neúctu k mŕtvemu. Telo by malo byť pochované čo najskôr. Kremácia nie je povolená. S rodinným životom úzko súvisí problematika užívania niektorej z foriem antikoncepcie. V tejto oblasti sa názory Židov rôznia, ortodoxní Židia používajú antikoncepciu iba zriedkavo, reformovaní Židia sú viacej benevolentní. Dojčiace ženy, mladé dievčatá alebo choré ženy, ktoré mali problémy počas tehotenstva, môžu používať pesar alebo kondóm. Ortodoxné židovské páry konzultujú používanie antikoncepcie s Rabínom. Pri ohrození fyzického alebo psychického zdravia ženy je povolené terapeutické prerušenie tehotnosti. Menštruujúce ženy majú prísne zakázaný pohlavný styk vrátane 12 hodín pred menštruáciou a sedem dní po jej skončení. Počas menštruácie ženy spia oddelene od mužov. Pohlavný styk so ženou, ktorá sa neočistí, je považovaný za ťažký náboženský prečin. U židovských žien je zaznamenaný nižší výskyt rakoviny krčka maternice (Ivanová, Špirudová, Kutnohorská, 2005). Umelé prerušenie tehotenstva je dovolené len za predpokladu ohrozenia fyzického a psychického zdravia matky. Potraty a vazektómia na požiadanie ženy sú neprípustné. V prípade, že žena počala dve deti, môže využívať antikoncepciu žena aj muž. Kontrola počatia detí je povolená len u tradičných a liberálnych Židov. Asistovaná reprodukcia/umelé oplodnenie je za určitých okolností prijateľná. Rozdielne názory majú Židia v otázkach antikoncepcie a umelého oplodnenia. Ortodoxní Židia odmietajú interrupciu, je povolená iba

v prípade, že je ohrozený život matky alebo sa u embrya objavilo závažné postihnutie, žena bola znásilnená alebo dieťa bolo počaté incestom. Antikoncepciu nepovoľujú u mladistvých. Veľkú pozornosť venujú tehotným ženám, ktoré nemusia dodržiavať pôst. Ak má žena počas tehotenstva chuť na jedlo, ktoré nie je košer, tak je jej dovolené toto pravidlo porušiť. Život matky má prednosť pred životom plodu a to až do objavenia hlavičky dieťaťa pri pôrode.

2.3 Percepcia zdravia a choroby u Vietnamcov

Životnou filozofiou Vietnamcov je jin (tma, chlad, vlhko) a jang (svetlo, teplo, sucho), rovnováha a harmónia. Veria, že nerovnováhou týchto síl si spôsobia ochorenie. Zdravotnícke zariadenie navštevujú v nutných prípadoch, uprednostňujú domácu liečbu. Preventívne opatrenia v prospech zdravia neodmietajú. V prípade choroby rozhoduje rodina spoločne (Sedláková, 2006). Dodržiavajú správnu životosprávu, nefajčia, nepijú alkohol, absolvujú preventívne prehliadky, zúčastňujú sa očkovania. V prípade hospitalizácie príslušníka vietnamského etnika je nutné vysvetľovať procedúry a testy čo najpresnejšie a najjednoduchšie (z povahy ich kultúry vyplývajú tieto problémy pre ošetrovateľskú starostlivosť). Najvýraznejším osobnostným rysom je ich uzavretosť. Pri príchode k nám zažívajú kultúrny šok, ktorý pramení z veľkej odlišnosti kultúr. O chorého člena rodiny sa starajú ženy. Závažnosť zdravotného stavu sa najprv skonzultuje s hlavou rodiny – otcom alebo najstarším synom. Rodina nechce, aby chorý bol v strese zo svojho ochorenia. U príslušníkov vietnamského etnika musíme rešpektovať intimitu, najmä u žien. Osobná hygiena je pre nich veľmi dôležitá a ak si ju nemôžu zabezpečiť sami, preferujú pomoc rodinného príslušníka rovnakého pohlavia. Ázijské minority majú vysoký prah bolesti. Majú strach zo závislosti a vedľajších účinkov liekov, boja sa užívania analgetík a sedatív, preto väčšina z nich nepožiadala pri bolesti o lieky.

Počas hospitalizácie je dôležité im vysvetliť jednotlivé diagnostické a liečebné postupy zrozumiteľným spôsobom a žiadať, aby zreprodukovali poskytnuté informácie, nakoľko im ich náboženstvo prikazuje, aby nikoho neuvádzali do rozpakov a hoci nerozumejú, prikývnu, že pochopili. Vietnamci sú veľmi hanbliví, preto počas vyšetrení a ošetrovaní rešpektujeme ich súkromie. Sestra má problémy pri získavaní informácií o zdravotných problémoch vietnamského klienta, nakoľko sú diskrétni, pasívni, zriedkavo vyjadrujú svoje pocity (Tóthová a kol., 2010).

Sestra, ošetrojúca Vietnamského pacienta, by mala poznať základné špecifiká poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti týkajúce sa napríklad vplyvu proxemiky, osobitosti pri vyšetrovaní panvovej oblasti u žien, dotýkania sa hlavy. Ak sa sestra dotkne hlavy vietnamského klienta na jednej strane, musí sa dotknúť aj na druhej strane, aby sa zabránilo úniku životnej sily.

Návštevy príbuzných sú pre Vietnamského klienta veľmi dôležité. Rodina sa počas návštev snaží navodiť pokoj a dobrú náladu, ktorá prispieva k rýchlejšiemu uzdraveniu (Tóthová, 2010). Pacient i príbuzní majú rešpekt pred zdravotníkmi, riadia sa ich pokynmi. Je potrebné im zdôrazniť najmä rozvrh užívania liekov. Ak pacient potrebuje transfúziu krvi, členovia rodiny ochotne darujú krv. O pitve rozhoduje celá rodina (Nováková, 2009).

Väčšina Vietnamcov vyznáva budhizmus, preto veria v konanie dobrých skutkov, čím dosiahnu vyšší stupeň nirvány, a to im umožňuje ostať zdravými a šťastnými. Táto filozofia sa zameriava na celistvosť, holizmus. Ak nastane disharmónia, spôsobí chorobu a neschopnosť.

Budhizmus hlása tzv. štyri ušľachtilé pravdy:

1. existuje utrpenie,
2. existuje príčina utrpenia,
3. utrpenie je možné ukončiť,

4. existuje cesta vedúca k zániku utrpenia.

Vietnamci, ktorí vyznávajú budhizmus, sa riadia piatimi pravidlami tohto náboženstva:

1. zdržať sa zabíjania a zraňovania živých bytostí,
2. zdržať sa brania vecí, ktoré nie sú dávané,
3. zdržať sa nesprávneho sexuálneho správania,
4. zdržať sa nepravdivých a zraňujúcich slov,
5. zdržať sa užívania omamných látok (Nováková, 2007).

Spiritualita má veľký vplyv na vnímanie zdravia a choroby u Vietnamcov. Okrem rešpektovania princípov jin a jang je ďalším dôležitým aspektom harmónia s prírodou, ostatnými ľuďmi, inštitúciami. V správaní Vietnamcov sa tento aspekt prejaví úslužnosťou, úprimnosťou, benevolenciou k druhým, vystíhaním sa silných emócií a negativizmu. Vietnamci sa snažia vyhýbať všetkým extrémom v živote, človek sa nemá prejedat', rozčuľovať a vlastniť veľký majetok. Ešte dnes sú v tradičnej vietnamskej kultúre vyhľadávaní liečitelia, aby poskytli lieky a bylinky, poprípade spirituálne liečebné obrady. Medzi metódy tradičnej čínskej medicíny patrí akupunktúra, akupresúra, liečba pomocou bylín, bankovanie, moxovanie, liečba pomocou správnej výživy a cvičenie, napríklad Tai Chi, ktoré je založené na kombinácii presných pohybov tela, hlbokom dýchaní a využívaní energie jin a jang. K tradičným ľudovým ošetrovateľským a liečebným postupom patrí meranie pulzu a používanie bylín. Pre Vietnamcov a podobne aj pre ostatných Aziatov je západná medicína veľmi silná, horúca, používa chemické lieky, zameriava sa na liečbu príznakov. Psychiatrické choroby Vietnamci vnímajú ako vplyv zlých duchov, preklatie, ktoré vrhá hanbu na celú rodinu a nesmie sa o nej hovoriť, držia ju v tajnosti. Vietnamci nepôjdu k psychológovi, psychiatrovi a nebudú o tom ani hovoriť (Nováková, 2007).

Sestry ošetrojúce vietnamského pacienta by mali byť oboznámené, že jedným z dôvodov disharmónie je tzv. „studený vietor“, ktorý vstupuje do tela a spôsobuje respiračné ochorenia, napríklad kašeľ, bolesti svalov a hlavy, infekcie prenášané vzduchom, ale aj nádorové ochorenia. Tieto tzv. „veterné choroby“ narúšajú holistické zdravie a môžu spôsobiť až smrť. Vietnamci veria, že telo je vystavené alebo otvorené studenému vetru najmä pri pôrode a operáciách. Sestry tak musia zabrániť prievanu, resp. prúdeniu studeného vzduchu, aby boli v rovnováhe teplé a studené sily. Rovnováhu a harmóniu organizmu narúša tiež žiarlivosť, zlosť, nervozita, obavy, nenávisť, ale aj nadmerná radosť. Vietnamci sú veľmi citliví na posmech a zosmiešňovanie. Svoje deti učia ako ovládať emócie, zachovať rozvahu a pokojný výraz tváre, udržať harmóniu v rodine (Nováková, 2007).

Princíp jin a jang je dôležitý aj v príjme potravy, lebo Vietnamci veria, že jedlo má studené a teplé vlastnosti. Nerovnováha môže viesť k chorobe a smrti. K studeným jedlám Vietnamci zaraďujú ovocie, zeleninu, džúsy, riasy. K teplým jedlám patrí kuracie, bravčové a hovädzie mäso, smažené jedlá, zázvor, korenie, alkohol, káva. Tehotná žena má v poslednom trimestri gravidity zakázané jesť teplé jedlá, napríklad plody mora, jahňacie a králičie mäso, nesmie užívať železo. Teplé jedlá musí jesť mesiac po pôrode a naopak má zakázané studené jedlá. S princípom jin a jang súvisia aj orgány v tele, pečeň, srdce, pľúca, pankreas a obličky sú studené, žlčník, žalúdok, hrubé a tenké črevo sú teplé. Oba princípy sa navzájom dopĺňajú a musia byť v rovnováhe, preto si Vietnamci pripravujú špeciálne jedlá, aby ochoreniu predchádzali alebo aby ho vyliečili. U Vietnamcov sa vyskytuje intolerancia laktózy, mlieko a mliečne výrobky konzumujú veľmi obmedzene. Preferujú jedlá s vysokým obsahom nátria, takže majú problémy s vysokým tlakom krvi.

2.4 Závěry a odporúčania

Neoddeliteľnou súčasťou súčasného zdravotníctva je multikultúrne ošetrovatel'stvo. Nová generácia sestier má vedomosti o jednotlivých kultúrach, sestry sú schopné pochopiť potreby, hodnoty, spôsob komunikácie ich príslušníkov a vytvoriť im vhodné podmienky v ústavných zdravotníckych zariadeniach. Vzájomný vzťah ošetrojúceho a ošetrovaného by mal byť založený na dôvere (Špidurová, 2006). Kultúrna spôsobilosť je rozhodujúcim faktorom pre poskytovanie kultúrne vhodnej starostlivosti založenej na rešpektovaní kultúrnej jedinečnosti jednotlivcov. Ich názory a percepcia zdravia a choroby je produktom minulých skúseností, hodnôt, noriem a kultúrne citlivého prostredia.

3 RIZIKOVÉ SPRÁVANIE DETÍ VO VZŤAHU K ZDRAVIU A MOŽNOSTI PÔSOBENIA OŠETROVATELSTVA

Moderné zdravotníctvo, ktorého významnou súčasťou je aj odbor ošetrovateľstvo a profesia sestry, vníma zdravotnú starostlivosť v širšom kontexte, teda nie len ako poskytovanie zdravotníckych služieb chorým a na pomoc odkázaným ľuďom, ale sústreďuje sa najmä na zdravotnícke intervencie smerované k podpore zdravia, prevencii chorôb a modifikácii determinantov zdravia s cieľom, dosiahnuť lepšie parametre zdravia jednotlivcov a populácie. Oblasť posilňovania a rozvoja zdravia sú stále vo väčšej miere považované za najdôležitejšiu komponent celkového zdravotného rozvoja. Zdravie človeka môže byť podporované, ale i ohrozované širokou škálou faktorov – behaviorálnych, ekonomických, politických, kultúrnych, sociálnych i biologických.

Životný štýl ako jeden z determinantov zdravia zahŕňa formy dobrovoľného správania v daných životných situáciách, ktoré sú založené na individuálnom výbere z rôznych možností (Máchová, Kubátová a kol., 2015). Podľa Mirowskeho, Rossa (2003) sa životný štýl nevytvára iba na základe individuálnej voľby. Jeho voľba je podmienená sociálno-ekonomickou pozíciou človeka a možnosťami, ktoré z nej vyplývajú. Životný štýl je teda i dôsledkom životných podmienok a životnej situácie jednotlivca. Zdraviu prospešné aktivity si volíme vtedy, ak máme vedomosti o tom, čo naše zdravie podporuje a upevňuje, ale rovnako by nám malo byť známe, čo je pre naše telo i dušu škodlivé. S uvedeným súvisí potreba a nevyhnutnosť poskytovania poznatkov, rozvíjania zručností, návykov tiež formovania postojov v oblasti životného štýlu ako súčasť výchovy dieťaťa v rodine už od útleho veku i v predprimárnom a primárnom vzdelávaní. Naše zdravie je najviac poškodzované tzv. **faktormi životného štýlu** (tiež ich nazývame aj behaviorálne rizikové faktory),

medzi ktoré radíme: fajčenie, nadmernú konzumáciu alkoholu, zneužívanie drog a iných omamných látok, nevyváženú stravu, nízku pohybovú aktivitu až inaktivitu, nadmernú psychickú záťaž a rizikové sexuálne správanie. Väčšina z uvedených faktorov nepôsobí izolovane, ale v nadväznosti na iné faktory.

3.1 Ciele práce a metodika

Naším cieľom v rámci predkladanej prehľadovej štúdie je analyzovať ovplyvniteľné rizikové faktory – nevhodnú výživu a nízku pohybovú aktivitu až inaktivitu, ktoré sú uvádzané ako najčastejšie príčiny chronických neprenosných ochorení a poukázať na ich konkrétny súvis so vznikom nadváhy a obezity s ohľadom na detský vek. Na základe kritického a analytického myslenia je naším zámerom predostrieť sumárny pohľad na problematiku vychádzajúc z dostupných literárnych prameňov a aktuálnych odborných odporúčaní i usmernení. Rovnako chceme venovať pozornosť možnej prevencii vzniku nadhmotnosti a obezity u detí v kontexte preventívnych programov a kampaní realizovaných v rámci predmetnej témy na Slovensku.

3.2 Výsledky analýzy

Nadhmotnosť spolu s obezitou sú celosvetovým zdravotným problémom, ktorý má rozmer epidémie. Nadmerná telesná hmotnosť je spôsobená hlavne nerovnováhou medzi príjmom a výdajom energie. Vznik obezity nie je dodnes do všetkých podrobností úplne objasnený. Obezita je multifaktoriálne podmienená metabolická choroba s individuálne geneticky podmienenou náchylnosťou k hromadeniu tukových zásob pri pozitívnej energetickej bilancii. Ak sa vyskytuje obezita u jedného z rodičov, potom býva 48-50% obéznych detí, ak sú obézny obaja rodičia, potom je obéznych 70-80% detí. Dedičnosť je tu

síce významný faktor, ale oveľa dôležitejší je vplyv vonkajšieho prostredia, predovšetkým časté prekrmovanie, prívod vysokoenergetickej potravy spojený s fyzickou inaktivitou, sedavým spôsobom života, psychologickými faktormi a socioekonomickými faktormi (WHO, 2018; Béderová a kol., 2018; SACHO, 2013). Nadhmotnosť a obezita sa väčšinou prejavia vyššou telesnou hmotnosťou ako majú príslušní jedinci v danom veku, daného pohlavia a určitej telesnej výšky. Obezita ako komplikované chronické ochorenie predstavuje podľa Kabrnevej, Hainera (2006) viac ako problém vzhľadu, keďže je rizikom pre vznik ďalších závažných zdravotných následkov.

3.2.1 Zdravotné dôsledky obezity

Nárast hmotnosti a vznik obezity u detí a mladých ľudí je negatívny fenomén vzhľadom k silnej väzbe medzi prebytkom nahromadeného tukového tkaniva a škodlivými zdravotnými a psycho-sociálnymi dôsledkami v neskoršom živote jedinca. Obezita je ovplyvňujúci rizikový faktor aterosklerózy u detí i u dospelých. U obéznych jedincov sa môžeme stretnúť s rôznymi poruchami metabolizmu lipidov a lipoproteínov. Dyslipoproteinémie sú u detí a adolescentov považované za najskôr zachytiteľný rizikový faktor kardiovaskulárnych ochorení, ktorého včasnou diagnostikou a liečbou môžeme dosiahnuť prevenciu a spomalenie aterosklerotického procesu, ako aj zníženie kardiovaskulárnej morbidita a mortality v dospelosti (Fábryová, Hlavatá, 2011). K mechanickým komplikáciám obezity patrí: osteoartróza a osteoartritída, syndróm spánkového apnoe, gastroezofageálny reflux. Ku kardiometabolickým komplikáciám radíme metabolický syndróm, na pozadí ktorého je inzulinorezistencia, viscerálna obezita, prítomnosť ektopického tukového tkaniva, systémový subklinický zápal a poruchy koagulácie a fibrinolýzy. S obezitou je asociovaná artériová hypertenzia, ktorá

vedie k zvyšovaniu kardiovaskulárnej morbidity a k poškodeniu centrálného nervového systému a obličiek (Fábryová, 2015; WHO, 2012). Rovnako sú s obezitou spojené aj psychologické a sociálne problémy, prežívanie telesnej a duševnej nepohody a sociálna stigmatizácia jedinca. Pri uvedení si týchto faktov by nemal zostať nik zo zdravotníckych profesionálov ani nik z tých, ktorých sa to týka ľahostajný a pasívny. Každé ochorenie a najmä chronické je pre človeka obmedzujúce a mení jeho kvalitu i dĺžku života.

3.2.2 Typy obezity a hodnotenie stupňa obezity

Pre posúdenie zdravotných rizík vyplývajúcich z obezity je nutné zohľadniť rozloženie tuku. Z hľadiska distribúcie tuku v organizme rozoznávame 2 **typy obezity**. *Gynoidná obezita* (gluteo-femorálna, tvaru hrušky) s kumuláciou tuku v oblasti stehien a bokov je z hľadiska vzniku kardiometabolických komplikácii menej riziková. *Androidná obezita* (centrálna, abdominálna, viscerálna, tvaru jablka) je charakterizovaná zmmnožením viscerálneho tuku (nahromadenie v oblasti brucha), ktorý zohráva dôležitú úlohu pri rozvoji kardiometabolických komorbidít obezity.

Množstvo intraabdominálneho tuku môžeme zhodnotiť meraním obvodu pása, ktorý veľmi úzko koreluje s celkovým objemom vnútrobrušného tuku (Kabrnová, Hainer, 2006).

Na hodnotenie **stupňa nadváhy a obezity** sa používajú rôzne kritériá. V praxi je najvyužívanejšou variantou výpočet váhovo-výškových indexov, najčastejšie **Body Mass Index (BMI)**. V detskom veku sa na hodnotenie používajú **percentilové grafy**, pričom u detí do 3 rokov sú to grafy vyjadrujúce pomer medzi hmotnosťou a výškou pre dané pohlavie, u detí od 3 rokov sa používa graf BMI v závislosti od veku a pohlavia dieťaťa. Hodnoty v rozmedzí 90. – 97. percentil sú interpretované ako nadhmotnosť, a nad 97. percentil ako obezita (Vestník MZ SR, 2012). Podľa odporúčaní „Centers for Disease

Control and Prevention“ (CDC) sa nadhmotnosť u detí a adolescentov definuje ako BMI na úrovni ≥ 95 . percentilu s ohľadom na vek a pohlavie. BMI medzi 85. a 95. percentilom radí deti do kategórie s rizikom vzniku nadhmotnosti.

3.2.3 Komplexná liečba obezity

Liečba obezity u detí vychádza z jej príčin a rozsahu. Vo všeobecnosti sa podľa Krahulca a kol. (2013) stavia na štyroch základných pilieroch:

1. diétoterapia,
2. pohybová aktivita,
3. farmakoterapia,
4. zmena životného štýlu.

Hlavnou zásadou liečby obezity v detskom veku je udržanie hmotnosti pri pokračujúcom raste, vďaka čomu postupne dosiahneme zníženie stupňa nadhmotnosti. Drastické dietetické opatrenia v tomto veku nie sú vhodné. V prípade adolescentov po ukončení rastu je možné prikrčiť aj k aktívnej redukcii hmotnosti (Vršanská, 2017). V súvislosti s celkovou zmenou životného štýlu úzko súvisí psychologický prístup a kognitívno-behaviorálna psychoterapia. **Behaviorálny program** je zameraný na odstránenie alebo zmiernenie nevhodných stravovacích a pohybových návykov a prejavov chorobných príznakov cez **kognitívny prístup**, ktorým sa modifikujú postoje človeka k prejedávaniu sa a k nízkej telesnej aktivite. Berie sa do úvahy aj štruktúra osobnosti a myslenie, ktoré sú naučené a udržiavané a zároveň sú ovplyvnené vonkajšími alebo vnútornými faktormi. Pod vedením psychológa v rámci kognitívno-behaviorálnej terapie sa obézni pacienti naučia prijať a osvojiť si správne stravovacie návyky, ktoré spôsobia zmeny v ich životnom štýle (Krahulec a kol., 2013).

3.2.4 Príčiny vzniku obezity u detí a adolescentov

Dôležitými faktormi zdravia sú vyvážená strava a aktívny životný štýl. U dieťaťa s potvrdenou nadhmotnosťou alebo obezitou uvedené faktory pôsobia záporne. Vadovičová, Fatrcová-Šrámková (2011) identifikujú dnešnú modernú spoločnosť ako „prostredie vhodné pre vznik obezity,“ ktoré podporuje správanie jedincov zvyšujúce jej vznik. Na jednej strane konzumujeme nezdravé, vysoko-energetické a sladké jedlá a na druhej strane stojí nedostatočná pohybová aktivita vzhľadom na aktívne využívanie informačno-komunikačných technológií u detí, adolescentov, ale i dospeljej populácie.

Prvým faktorom životného štýlu spojeným s výskytom nadváhy a obezity u detí je **nesprávna výživa**. V tab. 1 približujeme nutričnú anamnézu, ktorej súčasťou sú údaje poukazujúce na rizikové správanie dieťaťa vo vzťahu k výžive a zachytávajúce negatívne až zlomové informácie svedčiacie pre sklon k nadhmotnosti a vzniku obezity.

Tab. 1 Nutričná anamnéza (Zdroj: Kissová, 2016, s. 13).

anamnéza telesnej hmotnosti	<ul style="list-style-type: none">• vek prvého výskytu obezity• najvyššia/najnižšia hmotnosť v detstve• cykly vzostupu/poklesu telesnej hmotnosti• faktory prostredia podnecujúce vzostup telesnej hmotnosti• podnety na excesívne jedenie• podnety na poruchy stravovania
anamnéza predchádzajúcich diét	<ul style="list-style-type: none">• počet a typy doterajších diét a ich dĺžka• dosiahnutý úbytok telesnej hmotnosti• lieky na pokles telesnej hmotnosti• komplementárne a alternatívne postupy
aktuálne	<ul style="list-style-type: none">• druh a množstvo jedla za deň

stravovacie zvyklosti	
aktuálny nutričný príjem	<ul style="list-style-type: none"> • energetická hodnota jedál • výživové doplnky
environmentálne faktory	<ul style="list-style-type: none"> • jedla konzumovane mimo domu • frekvencia „fast food“ jedál • lokálne typy jedál • vynechávanie jedla • najväčšie jedlo počas dňa • počet tzv. „snacks“ (maškrtenie) • prekážky v stravovaní • finančne obmedzenia pri životnom štýle
anamnéza fyzickej aktivity	<ul style="list-style-type: none"> • aktuálna denná/týždenná fyzická aktivita • fyzická aktivita v nedávnej minulosti • prekážky v cvičení
motivácia a pripravenosť na zmenu stravovania	<ul style="list-style-type: none"> • očakávaný výsledok plánovaného programu • pripravenosť na zmenu v osobnom živote • ochota podstúpiť námahu

Problematikou výživy a stravovacích návykov sa zaoberajú mnohí autori doma i v zahraničí.

Tab. 2 prináša pohľad na sumárne spracovanie doterajších prieskumných a výskumných štúdií uskutočnených v SR a zachytávajúcích parciálne (lokálne, regionálne, krajské), ale aj celoplošné (národné) výsledky poukazujúce na pravdivosť tvrdení o hrozivom vplyve nevyváženej stravy a pasívneho životného štýlu na problémy súvisiace so zvýšenou hmotnosťou a obezitou ako aj na ich druhotný dopad na zdravie detí a adolescentov.

Tab. 2 Skúmaná problematika výživy a stravovacích návykov v detskom veku na Slovensku za obdobie rokov 2011-2018.

Kőszeghyová, V. a kol. (2011)	Prevalencia obezity a hodnotenie stravovacích návykov u žiakov stredných škôl vo veku 15 až 18 rokov v Bratislavskom samosprávnom kraji
Regecová, V., Šimurka, P., Baráková, A. (2012)	Overweight and cardio-metabolic risk markers in adolescents of Slovakia
Avdičová, M. a kol. (2013)	Monitorovanie rizikových faktorov chronických chorôb v SR
Kožuchová, M., Bašková, M. (2013)	Výskyt nadhmotnosti a obezity u detí v školskom veku a adolescencii v oblasti stredného Slovenska
Gregušová, A., Fatrcová-Šrámková, K., Pešeková, K. (2013)	Vybrané exogénne faktory a ich vplyv na telesný rast a vývoj detí predškolského veku
Kollárová, R. a kol. (2013)	Prevalencia nadhmotnosti a obezity u študentov bratislavských stredných škôl - predbežné výsledky štúdie „Rešpekt pre zdravie“
Kožuchová, M., Bašková, M. (2014)	Nutritional behavior in relation to overweight in population of school-aged youth
Kožuchová, M., Bašková, M. (2015)	Vybrané faktory životného štýlu vo vzťahu k nadhmotnosti v populácii školskej mládeže
Dobiášová, E., Vojteková, I. (2015)	Formovanie životného štýlu podporujúceho zdravie u detí a dospievajúcich

Madarasová Gecková, A., Dankulinová, Z. (2015)	Národná správa o zdraví a so zdravím súvisiacom správaní 11-, 13- a 15-ročných školákov
Hirošová, K. a kol. (2016)	Prevalencia nadváhy a obezity u adolescentov a jej asociácia s kardiometabolickými rizikovými faktormi a životným štýlom
Kačmáriková, M., Machajová, M., Rybanská, D. (2017)	Obezita ako závažný zdravotný problém u detí a mládeže
Grendová, K., Bohušová, N. (2017)	Nadváha a obezita u detí – pretrvávajúci verejno-zdravotnícky problém
Mederiová, T., Rešovský, J. , Mišenda, P. (2017)	Stravovanie a pitný režim vo vzťahu k hodnoteniu vybraných ukazovateľov zdravia stredoškolákov
Kačmáriková, M., Kantová, P. (2018)	Hodnotenie výživy, stravovacích návykov a pohybovej aktivity u žiakov 6. a 7. ročníka na vybraných základných školách
Regecová, V., Tichá, E., Hamade, J. (2018)	Hodnotenie nadváhy a obezity u 7- až 8-ročných detí na Slovensku v rámci iniciatívy Svetovej zdravotníckej organizácie pre sledovanie obezity detí (COSI)
Tichá, E. et al. (2018)	Prevalence of overweight/obesity among 7-year-old children—WHO Childhood Obesity Surveillance Initiative in Slovakia, trends and differences between

Pohybová aktivita je podľa základných európskych zdravotných ukazovateľov jeden z najdôležitejších determinantov zdravia. **Nedostatočná pohybová aktivita až fyzická inaktivita je druhým faktorom životného štýlu**, ktorý zohráva dôležitú rolu pri vzniku nadhmotnosti a obezity. Myslíme si, že deti nutne potrebujú kompenzovať čas strávený sedavou aktivitou. Potvrdzuje to aj Bielik a kol. (2017) keď uvádza, že slovenské deti takmer všetok popoludňajší čas až do večerných hodín venujú sedavej činnosti, čo vplýva na zhoršenie ich pohybovej výkonnosti oproti predchádzajúcim generáciám. Úbytok pravidelnej telesnej aktivity súvisí najmä so zmenou denného režimu pri nástupe do povinnej školskej dochádzky. Pravidelná telesná aktivita realizovaná už od mladšieho školského veku neovplyvňuje len telesnú zdatnosť, ale v prvom rade podporuje zdravý rast a vývin organizmu, znižuje riziko nadváhy a obezity v dospelom veku. Pravidelný pohyb rozvíja zručnosti, sociálne spávanie dieťaťa, podporuje rodinný život a priaznivo ovplyvňuje psychosociálne zdravie. Marinov, Marinová (2017) prízvukujú, že zdravý životný štýl a výživové návyky sa rozvíjajú od útleho detstva, ale len celá rodina môže meniť postoje a spôsob životného štýlu, ktorým sa dá predchádzať vývoju nevhodných stravovacích zvyklostí, nesprávnemu vzťahu k jedlu a pohybovému režimu.

3.3 Aktivity v oblasti prevencie obezity

Informačné kampane, programy a výchova k zdraviu

Napriek súčasnému pokroku v manažmente obezity naďalej rastie jej prevalencia, čo vyvoláva potrebu preventívnych a intervenčných stratégií nielen na individuálnej, ale aj na komunálnej úrovni a v

populácii ako celku (Tsigos et al., 2009). Silne podnetným je aj vyjadrenie Fábryovej (2017) o tom, že potrebujeme funkčné národné preventívne programy, zahŕňajúce vzdelávacie iniciatívy a aktivity všetkých zložiek spoločnosti, ktoré majú čo povedať k problematike obezity (lekárske, ale i nelekárske profesie).

Za posledné obdobie bolo predložených a schválených viacero významných programov a projektov na národnej i medzinárodnej úrovni, ktoré sú nasmerované na ozdravenie stavu výživy obyvateľov ako aj na prevenciu najčastejšie sa vyskytujúcich chronických ochorení. Priblížime krátke charakteristiky niektorých z nich ako aj ich ciele a smerovanie.

Zdravie 2020: Európsky politický rámec na podporu vládnych a spoločenských aktivít pre zdravie a prosperitu

Program Zdravie 2020 poskytuje víziu, strategickú cestu, vytyčuje priority a podáva mnoho návrhov na účinné opatrenia overené výskumom a skúsenosťami mnohých krajín (Holčík, 2014). Strategickými cieľmi dokumentu prijatého v roku 2012 sú: zlepšovanie zdravia pre všetkých a znižovanie nerovností v oblasti zdravia a zlepšovanie vedúcej úlohy v oblasti zdravia a participatívneho riadenia zdravia.

Politika Zdravie 2020 je založená na 4 prioritných oblastiach politických opatrení: investovanie do zdravia počas celého životného cyklu a vytváranie možností pre posilňovanie zodpovednosti občanov za zdravie; **riešenie najväčších zdravotných výziev v regióne - prenosných a neprenosných ochorení**; posilňovanie zdravotníckych systémov, v centre záujmu ktorých sú ľudia, posilňovanie kapacít verejného zdravotníctva a pripravenosti, surveillance a schopnosti reagovať na núdzové situácie; vytváranie zdravých komunít a podporného prostredia pre zdravie ľudí.

V súlade s cieľmi európskeho politického rámca bol v roku 2013 na Slovensku prijatý **Strategický rámec starostlivosti o zdravie pre roky 2013 – 2030**, ktorý by mal v strednodobom a dlhodobom horizonte určovať smerovanie zdravotnej politiky na Slovensku.

Viedenská deklarácia o výžive a neprenosných ochoreniach v kontexte Zdravia 2020

Deklarácia platná od roku 2013 sa zameriava na dosiahnutie zníženia predčasnej úmrtnosti o 25% vzhľadom na NCD. Smerovaním je vytvorenie prostredia pre zdravé potraviny a nápoje a podpora fyzickej aktivity pre všetky vekové skupiny populácie, zníženie marketingového tlaku na deti v oblasti potravín, využívanie ekonomickej podpory a iniciatív zdravého jedinca ako aj reorientácia a posilnenie medzisektorovej spolupráce.

Spoločná aktivita k výžive a fyzickej aktivite (JANPA - „*The Joint Action on Nutrition and Physical Activity*“) je európsky projekt zameraný na zastavenie nárastu nadváhy a obezity u detí a adolescentov do roku 2020. ÚVR SR bol ako jediný riešiteľ za SR v projekte, ktorý začal v septembri 2015, s dĺžkou trvania 27 mesiacov.

Akčný plán pre potraviny a výživu na r. 2017 – 2025

Hlavným zámerom Akčného plánu je postupne znižovať záťaž a predchádzať neprenosným ochoreniam súvisiacim s výživou, obezitou a ako aj všetkými formami podvýživy, ktoré stále prevládajú v európskom regióne. Akčný plán bude pokračovaním spoločných aktivít a intervencií zameraných na ozdravenie výživy a postupné zlepšovanie zdravia obyvateľov SR.

EU Akčný plán detskej obezity 2014-2020

Tento dokument vstúpil do platnosti v roku 2014 a zaoberá sa komplexnými fenoménmi, ktoré si budú vyžadovať dlhodobé prístupy, aby priniesli zmenu. Jeho cieľom je podieľať sa na záväzku členských štátov EÚ riešiť obezitu u detí. Vychádza z ôsmich kľúčových oblastí: podporovať zdravý štart do života, podporovať zdravšie prostredie, najmä v školách a predškolských zariadeniach, zdravá voľba ako jednoduchšia možnosť, obmedzenie marketingu a reklamy pre deti, informovanie a posilnenie rodiny, podporovať fyzickú aktivitu, monitorovať a hodnotiť a rozšíriť výskum.

Národný akčný plán v prevencii obezity na roky 2015 – 2025

Národný akčný plán vychádza tematicky z *Národného programu prevencie obezity* (2008) a jeho prioritné oblasti sa týkajú dvoch hlavných rizikových faktorov chronických neprenosných ochorení, ktorými sú výživa a fyzická aktivita. SR v súlade s *Európskou chartou boja proti obezite* (2006) deklarovala záväzok, že posilní v našej krajine aktivity v boji proti obezite, pričom zámerom Národného akčného plánu je vytvoriť spoločensky prospešný systém, ktorý povedie k zníženiu incidencie a prevalence nadhmotnosti a obezity v populácii a eliminuje ich epidemický výskyt.

Národný akčný plán pre podporu pohybovej aktivity predpokladá úspešnú medzirezortnú spoluprácu a zvýšenie pohybovej aktivity ako ochranného faktora v oblasti verejného zdravia. Cieľom tohto akčného plánu je podpora udržania primeranej formy pohybovej aktivity v priebehu celého života a relatívne zníženie prevalence nedostatočnej pohybovej aktivity o 10% (NAPPPA, 2017).

Celonárodná kampaň „**Do školy na bicykli**“ má za cieľ hravou formou upriamiť pozornosť na alternatívne druhy dopravy, najmä

cyklistickú dopravu, zvýšiť záujem o šport a v neposlednom rade priniesť radosť z cesty do školy. Zámerom kampane je zabezpečiť čo najvyššiu mieru bezpečnosti a komfortu detí, ktoré dochádzajú spôsobom, ktorý je zdraviu prospešný a nevytvára vysoké nároky na rozpočet. Projekt začal nultým ročníkom v roku 2015 v trvaní 27 mesiacov.

Program „**Školské ovocie**“ sa začal uplatňovať v školskom roku 2009/2010. Jeho primárnym cieľom je zvýšiť konzumáciu ovocia a zeleniny u detí, vplývať na zmenu ich stravovacích návykov a predchádzať chorobám z nadhmotnosti a obezity. Cieľovou skupinou sú deti v materských školách a žiaci na základných školách a školách so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami, vo veku 3 až 15 rokov.

Projekt „**Viem, čo zjem**“ je 2. ročník celosvetového programu „*Nestlé Healthy Kids*“ realizovanom na Slovensku. Jeho cieľom je motivovať žiakov základných škôl vo veku 8 – 11 rokov k vyváženému životnému štýlu, správny stravovacím návykom a podporiť ich záujem o pohybové aktivity. Do celosvetového programu sa od roku 2009 zapojilo už 84 krajín, vrátane krajín Európskej únie. Doposiaľ sa ho zúčastnilo približne 8 miliónov detí. Projekt reaguje na aktuálny výskyt problémov slovenských detí súvisiacich s nesprávnou výživou, akými sú nedostatky živín či obezita. Projekt je iniciovaný spoločnosťou Nestlé Slovensko, ktorá verí, že vďaka projektu si deti osvoja zásady zdravej výživy a nadobudnuté informácie budú pre ne prospešné nielen teraz, ale aj v budúcnosti.

Program „**Školské mlieko**“ sa začal na Slovensku realizovať vstupom do Európskej únie v školskom roku 2004/2005. Cieľom programu je zvýšiť spotrebu mlieka a mliečnych výrobkov u detí a žiakov, a tak

prispiet' k zabezpečeniu zdravej výživy a vytvárať zdravé stravovacie návyky. V rámci programu sa poskytujú deťom a žiakom mliečne výrobky za cenovo výhodnejších podmienok.

Celonárodný integrovaný program intervencie proti neinfekčným chorobám (CINDI - *Countrywide Integrated Non-communicable Disease Intervention Programme*)

Slovensko je platným členom tohto programu od r. 1993.

Ide o program riadený WHO, pričom jeho činnosť je koncentrovaná na znižovanie prevalencie osôb s rizikovými faktormi životného štýlu, ktoré majú vzťah k rozvoju chronických neinfekčných ochorení. Pre zvládnutie úloh stanovených v programe bolo postupne vypracovaných viacero projektov. Jedným z nich je projekt „**Zdravé materské škôlky**“ smerovaný na výchovu najmladšej časti populácie, ako si osvojiť zdravý životný štýl. Projekt bol po dohode s WHO a pracovnou skupinou pre túto problematiku rozšírený a premenovaný na projekt „**Zdravé deti v zdravých rodinách.**“ Ako súčasť programu CINDI vznikli na Slovensku aj *Poradenské centrá podpory zdravia* (Poradne zdravia) určené všetkým obyvateľom v SR, ktorí prejavia záujem o svoje zdravie a chcú poznať svoje individuálne riziká vzniku chronických neinfekčných ochorení.

Zmyslom stratégií pre rozvoj zdravia uvádzajú Zamboriová, Simočková (2014) je zachovať ľudí a spoločenstvo zdravé a to posilňovaním zdravia, predchádzaním ochoreniam a poraneniam, poskytovaním zdravotnej starostlivosti.

3.4 Edukačná rola sestry v manažmente starostlivosti o detského pacienta s nadváhou a obezitou

Zdravotná výchova patrí medzi najvýznamnejšie stratégie, ktoré vychádzajú z edukačného úsilia o zmenu životného štýlu. Je tiež

predpokladom efektívnej orientácie v oblasti informácií o zdraví a zdravom spôsobe života (Hegyí, Rovný, 2008, Čeledová, Čevela, 2010). Edukácia, podpora motivácie a úprava životného štýlu sú podľa mnohých klinických štúdií jednoznačne efektívne a dostupné prostriedky na prevenciu resp. zníženie zdravotných rizík spojených s obezitou (Ukropcová, Sedliak, Ukropec, 2015). Redukcia telesnej hmotnosti u detského pacienta a aj u dospelých je zložitý proces, ktorý by mal byť realizovaný vždy pod dohľadom odborníkov. V tomto kontexte si dovoľíme priblížiť činnosť sestier a ďalších členov zdravotníckeho tímu (lekár, fyzioterapeut, nutričný terapeut, psychológ) v rámci kooperácie na špecializovanom ambulantnom programe s názvom „Škola obezity“. Tento program prebieha v jednom z krajských miest na Slovensku a je určený pre detských pacientov trpiacich nadváhou alebo obezitou a ich rodičov/rodinných príslušníkov (stará mama, súrodenec), ktorí na základe odporúčania lekára – špecialistu prejavia záujem o účasť na šesť mesačnom kurze. Cieľom redukčného intervenčného programu je pod vedením zdravotníckych profesionálov podporovať detského pacienta (vo veku od 3 – do 18 rokov) formou nefarmakologických a individualizovaných intervencií. Počas stanoveného časového obdobia má rodič spolu s dieťaťom možnosť pravidelnej účasti na edukačných stretnutiach. Témy stretnutí sú zamerané na problematiku ochorení v dôsledku obezity, na správne stravovacie návyky, zdraviu prospešné aktivity a vhodné športy pre voľný čas dieťaťa. Vytvára sa aj priestor pre otázky vynárajúce sa pri boji s nadhmotnosťou a obezitou v domácom, či školskom prostredí. Na konci kurzu sa očakávaná zmena môže, ale nemusí prejaviť na hmotnosti dieťaťa vzhľadom k tomu, že dieťaťu okrem toho, že má modifikovaný jedálničiek a pravidelne cvičí, zároveň spevnie ochabnuté svalstvo a tiež môže narásť do výšky. Pozitívne výsledky napr. zlepšenie laboratórnych parametrov a funkcií niektorých orgánov môžu

signalizovať zníženie rizika komplikácií obezity a zlepšenie psychickej pohody dieťaťa. Prioritou je dosiahnuť dlhodobý benefit pod gesciou nefarmakologických intervencií, čo je možné očakávať len za predpokladu dlhodobo udržiavaného, vhodného životného štýlu detského pacienta aj po ukončení programu.

Edukačná rola sestry sa v rámci primárnej i sekundárnej prevencie obezity sústreďuje predovšetkým na kognitívnu oblasť a získanie poznatkov detského pacienta o **zdravých trendoch v stravovaní** a objasnení významu **zvýšenia pohybovej aktivity na odporúčanú úroveň**. Ďalším cieľom pri edukácii je **afektívna oblasť** dieťaťa a **motivácia k zmene**, ktorá má byť postupná, individuálne prispôbená, ale pre dieťa dostatočne silná k tomu, aby bola trvalá. V neposlednom rade sestru zaujíma aj **oblasť zručností** alebo tzv. **behaviorálna oblasť**, kedy sa dieťa spolu s rodičom naučí pripraviť zdravé, chutné a cenovo dostupné pokrmy a nadobudne praktickú zručnosť pri cvičení a vhodnej pohybovej aktivite určenej pre dieťa s nadhmotnosťou a obezitou v koordinácii skúseného fyzioterapeuta alebo športového trénera. Edukačné pôsobenie sestry sa podľa Sováριοvej Soósovej, Hrehovej (2014) prejaví vo zvýšenej osobnej zodpovednosti za zdravie, lepšej adherencii pacienta k navrhovanému životného štýlu v oblasti stravovania, i pohybovej aktivity, čo by malo mať následne pozitívny dopad na celkový zdravotný stav. Výživa je jedným zo základných faktorov ovplyvňujúcich životný štýl a zdravie konkretizujú Dimunová, Mechírová (2013). Dlhodobá podpora a vedenie pacienta erudovanými zdravotníckymi pracovníkmi sú podľa Minárika, Belovičovej, Minárikovej (2018) v mnohých prípadoch nevyhnutnými opatreniami na to, aby nutričná intervencia v rámci komplexného manažmentu obéznych pacientov mala nádej na trvalý úspech.

Krahulec a kol. (2013) zdôrazňujú, že pri edukácii obézneho pacienta je optimálne snažiť sa ovplyvniť dva parametre – redukovat

čas strávený sedením a zvýšiť mieru cielene vykonávanej aktivity. Nechceme preto opomenúť **odporúčania k aktívnemu životnému štýlu**, ktoré pokladáme za mimoriadne podstatné v rámci starostlivosti o detského pacienta s obezitou. Dostatok pohybovej aktivity je nutnosťou dnešnej tak pretechnizovanej doby pre zachovanie svojho zdravia. Prečo by deti mali cvičiť? Koľko pohybu a pohyb akej intenzity sa odporúča? Telesná aktivita je komplexný a zároveň univerzálny prostriedok v rámci primárnej i sekundárnej prevencie s možnosťou ovplyvnenia viacerých rizikových faktorov súčasne. Pravidelný pohyb rozvíja nielen zručnosti, ale aj sociálne správanie dieťaťa, podporuje rodinný život a priaznivo pôsobí aj na psychosociálne zdravie (Bielik a kol., 2017). WHO odporúča deťom vo veku 5-17 rokov 60 minút telesnej aktivity denne so strednou až vyššou intenzitou. Fyzická aktivita pre deti a mládež zahŕňa hry, šport, chôdzu, prácu, rekreáciu, telesnú výchovu alebo plánované cvičenie v rámci rodinných, školských a komunitných aktivít (WHO, 2011). Na kompenzáciu sedavého spôsobu života a prevencie pred chronickými neprenosnými ochoreniami sa odporúča denne 90 minút fyzickej aktivity (Bielik a kol., 2017; Sigmundová, Sigmund, Šnoblová, 2012). V praxi sa pri hodnotení intenzity zaťaženia používa test rozprávania, prípadne hodnotenie vonkajších prejavov (spôsob a rytmus dýchania, sčervenanie pokožky, potenie a strata koordinácie pohybov). Na obr. 1 zobrazujeme odporúčanú pohybovú aktivitu z hľadiska jej intenzity a trvania. **Pri pohybovej aktivite nízkej intenzity** je dôležité uviesť, že dieťa nie je zadýchané, môže bez problémov rozprávať alebo spievať, frekvencia srdca je menej ako 65 % z maximálnej hodnoty a príkladom takejto aktivity je napr. bicyklovanie po rovine, jazda na kolobežke, skatebode, peši presun do školy alebo prechádzka. **Pohybová aktivita strednej intenzity** sa spája s tým, že dieťa je zadýchané, môže rozprávať 4-5 viet, ale nie spievať. Srdcová frekvencia je v rozmedzí viac ako 65 a menej ako 85% z maximálnej

hodnoty. K pohybovým aktivitám v tejto kategórii patrí bicyklovanie po mierne členitom teréne, korčuľovanie, rýchla chôdza, pešia a vodná turistika, hry vo vode, volejbal. Pri **vysokej intenzite pohybovej aktivity** je dieťa zadýchané do väčšej miery a sústredí sa len na samotné dýchanie a nie je schopné povedať viac ako pár slov. Frekvencia srdca sa rovná alebo presahuje 85 % z maximálnej hodnoty. Príkladom pre aktivity v tejto skupine pohybových aktivít je atletický beh, športové hry (basketbal, futbal, hokej), bežecké lyžovanie, športové plávanie, spoločenské tance, „detské naháňačky“ (Bielik a kol., 2017).



Obr. 1 Intenzita pohybovej aktivity u detí a mládeže.

Optimálne množstvo pohybovej aktivity je predpokladom fyzického a psychického zdravia. Sigmundová, Sigmund, Šnoblová (2012) súhlasne so zahraničnými autormi Oja et al. (2010) interpretujú štyri základné princípy spojené s realizáciou pohybovej aktivity pre podporu zdravia:

- vykonávanie akejkoľvek pohybovej aktivity je prínosnejšie ako žiadna pohybová aktivita,

- zdravotné pozitíva pohybovej aktivity značne prevažujú nad ich rizikami,
- zdravotný prínos z pohybovej aktivity sa zvyšuje pri vyššej intenzite aktivity, častejšej frekvencii alebo dlhšej dobe realizácie,
- zdravotný prínos z pohybovej aktivity je do značnej miery nezávislý od veku, pohlavia, rasy a národnostnej príslušnosti jedinca.

Pri preskripcii „na mieru šitej“ pohybovej aktivity je nutné dbať na individuálny prístup rešpektujúci osobnosť dieťaťa, jeho sociálne a ekonomické zázemie, celkový zdravotný stav, pretože všetky tieto faktory môžu výrazne zvýšiť compliance, ktorá je pre dlhodobú zmenu jeho pohybovej aktivity nutná (Marinov, Pastucha a kol., 2012).

3.5 Záver

Najdôležitejšiu rolu v predchádzaní problémov s nadhmotnosťou a obezitou zaujíma prevencia. Prevencia obezity je finančne menej náročná ako jej samotná liečba, preto je dôležité u detí už od útleho veku pestovať správne stravovacie návyky a pozitívny vzťah k fyzickej aktivite. Belovičová a kol. (2014) vyjadrujú názor, že v súčasnosti sa práve prevencia vzniku obezity javí ako jediná účinná liečba obezity. Prevalencia detskej obezity je veľkou výzvou pre multidisciplinárny rozmer jej riešenia. V prvom rade rodičia, by mali byť pre svoje deti príkladom. Z komplexného prístupu je možné zmenu nepriaznivého trendu vo výskyte obezity v populácii dosiahnuť primárne preventívnymi opatreniami. Je zrejmé, že aktuálne všeobecne prevláda obezitogénne prostredie. Pokladáme za dôležité podporovať ozdravenie stravovania, obmedzenie solí a nasýtených mastných kyselín v priemyselne spracovaných potravinách, reguláciu

cien „zdravých potravín“, rozšírenie možností športu na školách ako aj vytváranie podmienok pre rekreačné trávenie voľného času v mestách a obciach, keďže pravidelná pohybová aktivita by mala byť súčasťou životného štýlu populácie. Takéto zmeny si vyžadujú spoločné úsilie viacerých zložiek spoločnosti - politikov, priemyslu, masmédií, zdravotníckych profesionálov a v neposlednom rade je potrebná aj osobná zainteresovanosť jedincov, rodín a komúnit. Významné miesto pre efektívne intervenčné pôsobenie sa vytvára aj pre profesiu sestry, keď v kooperácii s inými členmi zdravotníckeho tímu je schopná, opierajúc sa o poznatky a prax založenú na dôkazoch, poskytovať poradenstvo, vytvárať a realizovať edukačné programy a pomáhať pacientovi dosahovať vyššiu zdravotnú gramotnosť v oblasti podpory zdravia, prevencie chorôb ako aj v oblasti zdravotnej starostlivosti.

4 POSTOJ RÓMSKEJ POPULÁCIE K VLASTNÉMU ZDRAVIU

Zdravie je základnou paradigmou ošetrovateľstva. Svetová zdravotnícka organizácia ho definíciou z roku 1947 charakterizuje ako „*celkový stav telesnej, duševnej a sociálnej pohody, a nie iba neprítomnosť choroby alebo slabosti*“ (in Hanzlíková a kol., 2006, s. 14). V Zákone č. 272/1994 Z. z. o ochrane zdravia ľudí je zdravie vo vzťahu k prostrediu definované ako „*výsledok vzťahov medzi ľudským organizmom a sociálno-ekonomickými, fyzikálnymi, chemickými a biologickými faktormi životného prostredia, pracovného prostredia a spôsobom života*“. V súvislosti so zdravím sa spájajú pojmy ako zdravotný stav, názory na zdravie, zdravý spôsob života či individuálny zdravý spôsob života. Chápanie zdravia závisí od spoločnosti, stupňa jej rozvoja a jej kultúry. Ďalej závisí od človeka, ktorý v nej žije. Súvisí s jeho vzdelaním či hodnotovým systémom (Liba, 2010; Liba, 2016; Farkašová a kol., 2005; Hanzlíková a kol., 2006).

Postoj človeka k zdraviu je prejavom žiadanej úrovne kvality života, ktorú Liba (2010, s. 14) opisuje ako „*celkovú spokojnosť so životom a všeobecný pocit osobnej pohody*“. Vzťah kvality života a kvality zdravia je podľa Křivohlavého (in Liba, 2010) odzrkadľovaný spokojnosťou s vlastným zdravotným stavom, sociálnymi a rodinnými vzťahmi, finančnou situáciou, náboženstvom, voľnočasovými aktivitami, životným prostredím, zamestnaním, školou, právnym vzťahom či bezpečnostnou situáciou. Postoj rómskej populácie k vlastnému zdraviu sú v porovnaní s majoritnou skupinou rozdielne. Zamboriová a Simočková (2017) uvádzajú, že postoje Rómov k zdraviu sa líšia od majoritnej spoločnosti v spôsobe prežívania vlastného zdravia. Rómovia chápu zdravie ako možnosť fungovať bez obmedzenia a chorobu vnímajú ako niečo zlé a nežiaduce. Viacerí autori sa zhodujú v tom, že Rómovia praktizujú

nezdravý spôsob života, čomu nasvedčujú zlé stravovacie návyky, fajčenie, užívanie alkoholu, nízka úroveň fyzickej aktivity, ako aj nízky vek rodičiek. Značné rozdiely boli oproti majorite zaznamenané aj v priemernej dĺžke života. Podľa WHO sa stredná dĺžka života u rómskych mužov pohybuje vo veku 55,3 a u žien 59,5 rokov (in Havelková, Hulanská, 2007). Z prieskumu Regionálneho úradu verejného zdravotníctva v Poprade realizovaného v roku 2008 vyplýva, že priemerná dĺžka života je oproti majorite o 10 až 15 rokov nižšia. Najvyššou úmrtnosťou sú ohrozené deti do 14 rokov života. Najčastejšou príčinou úmrtia sú vrodené chyby (28 %) a vonkajšie príčiny (14 %). Syndróm náhleho úmrtia dojčiat je 13-krát častejší ako u majority (Popper, Szeghy, Šarkozy, 2009). Šupínová, Hegyi a Klement (2015) počas sledovania rómskej pôrodnosti v rokoch 2007 až 2015 zistili 20% výskyt úmrtnosti dojčiat. Problémom u sledovaných rómskych žien bol aj veľmi nízky vek pôrodu pod hranicou 18-tich rokov.

4.1 Rómska populácia na Slovensku

Z celkového počtu 5,5 milióna obyvateľov Slovenska dnes tvorí rómske etnikum 8 až 9 % obyvateľstva. Ide o tretiu najväčšiu etnickú skupinu po slovenskom a maďarskom obyvateľstve. Od roku 1991 tvoria Rómovia druhú najväčšiu národnostnú menšinu. Žijú na celom území Slovenska, ale najvyššia koncentrácia rómskeho obyvateľstva je na východnom Slovensku a juhu stredného Slovenska (Šupínová, Hegyi, Klement, 2015). Rómovia sa samy medzi sebou delia na mestských a dedinských, na čistých Rómov (žúžo) a špinavých Rómov (degeši).

Autori Bartošovič a Hegyi (2010) delia Rómov podľa spôsobu života na tri skupiny:

1. sociálne najvyspelejší, najvzdelanejší a pracovne najkvalifikovanejší, ťažko odlišiteľní od majority (20 %),

2. čiastočne integrovaní Rómovia približujúci sa k hraniciam životných podmienok tretej skupiny (30 %),
3. neprispôsobiví Rómovia žijúci v lokalitách, osadách alebo až úplne izolovaní od majority (50 %).

Rómovia z tretej skupiny žijú v chatrčiach s nízkym štandardom, bez vody a elektriny. Ďalšia časť žije v mestských getách sústredení na jednom mieste. Ide o ľudí žijúcich na hranici alebo pod hranicou chudoby, z dávok hmotnej núdzy a štátnych dávok.

Vo vzťahu k majoritnej skupine obyvateľstva sa rómske komunity rozdeľujú na:

- separované – rómske ulice alebo štvrte lokalizované na okraji obce,
- segregované – vzdialené alebo oddelené od obce (rómske osady), kde sú životné podmienky najhoršie,
- žijúce medzi majoritným obyvateľstvom (Amari Luma, 2012).

Po roku 1989 sa postavenie Rómov v spoločnosti zhoršilo, keďže prichádzali o prácu a čoraz viac sa dostávali na okraj spoločnosti. V súčasnosti sú Rómovia dlhodobo nezamestnaní, pričom v mnohých osadách je nezamestnanosť je takmer 100% (Popper, Szeghy, Šarkozy, 2009).

4.2 Rómovia ako minorita v kontexte témy

Transkultúrne ošetrovateľstvo vzniklo v 80.-tych rokoch minulého storočia z iniciatívy Madeleine M. Leiningerovej – autorky modelu „vychádzajúceho slnka“ založenom na holistickom prístupe k ľuďom z rôzneho kultúrneho zázemia (Košková, Eliášová, 2006). Moderná slovenská spoločnosť potrebuje sociálnu a ekonomickú integráciu menšín a cudzincov, s ich zvýšenou participáciou na riešení sociálnych, ekonomických a politických problémov. Horňák (2005) uvádza, že po roku 1989 a neskôr po vstupe Slovenska do Európskej

únie sa v roku 2004 začala vynárať otázka integrácie minoritných skupín do majoritnej skupiny. Zintenzívnila sa aj problematika vzdelávania detí (žiacov) z minority. Multikultúrne a transkultúrne ošetrovatelstvo a výchova ponúkajú informácie ako pristupovať k jednotlivcom a skupinám rôznych národností. Ivanová, Špirudová a Kutnohorská (2005) chápu koncept transkulturalizmu ako obojsmernú interakciu medzi majoritou a minoritou. Minorita je vo všeobecnosti definovaná ako akákoľvek skupina ľudí s nejakým sociologicky významným spoločným znakom (náboženská menšina, národnostná komunita, rasová skupina, a podobne). Ide o skupinu, ktorá sa počtom ľudí v skupine nevyrovná väčšine – majorite. Menšina je skupina, ktorá sa od majority vyčleňuje fyzickými alebo kultúrnymi charakteristikami. Dominantná skupina sa k nej správa nerovným spôsobom a minorita má často pocit sociálneho znevýhodnenia. Členstvo v minorite sa prenáša dedične, má skupinové väzby, pravidlá a svoje spoločenské zvyky. Menšinová skupina sa často stáva marginálnou skupinou, ktorá stojí na okraji majority. Minoritná skupina Rómov má svoje špecifiká a charakteristiky. Sociálne štruktúry Rómov sú založené na pokrvných väzbách – dôležitosť tradícii v rómskej komunite, komunitný spôsob života, nerozlišovanie súkromného od verejného, nestálosť obydliia, mnohodetnosť, zreteľnosť deľby práce u muža a ženy. Názory na rómsku komunitu sú rôzne a ich správanie je predmetom mnohých diskusií v spoločnosti. Rómovia sa často správajú ako ohrozená komunita. Už od čias socializmu sa k Rómom začal budovať neprirodený vzťah, kedy celú starostlivosť na seba prevzal štát. Rómovia tak postupne strácali slobodu myslenia, ale postupne aj zodpovednosť postarať sa o seba, svoje zdravie, bývanie, rodinu a materiálne zabezpečenie. Tento postoj štátu viedol k segregácii, izolácii a netolerancii. V majoritnej spoločnosti rástol pocit

nespravodlivého preferovania a zvýhodňovania členov rómskej populácie (Kušnieriková, 2007).

Pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti je nevyhnutné poznať odlišnosti menšinovej skupiny obyvateľstva s ohľadom na ich kultúrne a etnické hodnoty, názory, praktiky vzťahujúce sa k postojom na svoje vlastné zdravie a prijímanie zdravotnej starostlivosti. Pri ošetrovaní sa zohľadňuje aj model rodiny, jazyk, náboženská príslušnosť, spôsob stravovania a akceptácia zdravotnej starostlivosti.

4.3 Vzťah rómskej populácie k zdraviu

Postavenie rodiny je pre Rómov najvýznamnejším indikátorom rešpektu v komunite. Postavenie ženy v rómskej populácii závisí od veku (12 – 14 ročná je považovaná za dospelú). Od obdobia, kedy je považovaná za dospelú, žije s partnerom v jeho rodine a je pod ich ochranou. Úlohou takejto ženy je otehotnieť a starať sa o dieťa a partnera. Jej pozícia v rómskej spoločnosti závisí od počtu detí. Čím má detí viac, tým je považovaná za váženejšiu. Kušnieriková (2007) uvádza, že o počte detí rozhoduje žena, partner a rodina, čo súvisí aj s výškou finančných príspevkov za každé dieťa. Deti sú pre rómsku komunitu najväčším bohatstvom. Problémom je skutočnosť, že Rómovia odmietajú dávať deti do predškolských zariadení a neučia ich ani samostatnosti a zodpovednosti. Pri výchove zohľadňujú pohlavie dieťaťa a podľa toho ich učia rodovému postaveniu v komunite.—Tradíciou je práca tehotných žien v starostlivosti o rodinu až do poslednej chvíle pôrodu a následne rodenie v domácom prostredí. Napriek zaužívaným tradíciám došlo zo strany Rómov k čiastočnému podvoleniu sa majoritnej spoločnosti v tom, že ženy začali rodiť v pôrodniciach. Tu im však chýba pozornosť a podpora rodiny, preto často vidieť členov rodiny v blízkosti pôrodnice. Status ženy sa neskôr zvyšuje až v období

menopauzy. Používanie antikoncepcie neprichádza do úvahy, rovnako ako rozhovory o pohlavných chorobách a ich prenose, čo je považované za „nečisté“ tak, ako nečistou je menštruujúca žena.

Preveniu ochorení podľa Kušnierikovej (2007) sťažuje životný postoj k životu. Rómovia žijú pre súčasnosť a minimálne sa zameriavajú na budúcnosť. Keď sa jednému členovi rodiny zhorší zdravie, vyžadujú okamžitú nápravu a riešenie situácie, preto aj najviac využívajú lekársku prvú pomoc. Lekára považujú za niekoho, kto je vzdelaný a kto im pomôže, no na druhej strane je pre nich aj nositeľom zlých správ (oznámenie zlej diagnózy a podobne). Návšteva lekára v rámci prevencie je pre nich absolútna zbytočnosť, keďže v danej chvíli im nič nie je. Preventívna prehliadka znamená pre nich skôr ohrozenie zdravia až života. V rómskej komunite dominuje názor, že chorý človek je niečo neprijateľné. Rómovia sa boja nákazy. Starostlivosť o zdravie je v kompetencii žien. Samotné zdravie rómskych žien je v pozadí vlastnej pozornosti i pozornosti členov rodiny. Náhle odchody z pôrodnice krátko po pôrode teda súvisia aj so starostlivosťou o ostatné deti a partnera.

4.4 Zdravotný stav rómskej populácie

Ukazovatele spôsobu života poukazujú na fakt, že rómske etnikum sa z ekonomického, sociálneho a kultúrneho pohľadu odlišuje od majoritnej skupiny. Ich hodnotová a kultúrna situácia je v porovnaní s majoritou horšia. Z demografického hľadiska sú Rómovia charakterizovaní vysokou pôrodnosťou, ale aj úmrtnosťou. S vyššou úmrtnosťou súvisí zlý životný štýl, sociálne zázemie, vysoká koncentrácia obyvateľov na jednom mieste, nízka vzdelanostná úroveň, zlá dostupnosť k zdravotnej starostlivosti (Šuvada, 2015).

Často sa vyskytujú kožné ochorenia ako svrab a vši (Šuvada, 2015). S ohľadom na hygienické návyky a spôsob bývania ohrozuje

Rómov výskyt črevných infekčných ochorení (Ivanová, Špirudová, Kutnohorská, 2005). Pre rómsku komunitu je vo vysokej miere príznačný výskyt infekčných chorôb ako tuberkulóza, salmonelóza, hepatitída či syfilis. Pohlavne prenosné ochorenia úzko súvisia s vysokou promiskuitou a neviazaným sexuálnym životom, najmä u rómskych žien (Šuvada, 2015).

Rómovia vo všeobecnosti praktizujú nezdravý spôsob života. Charakteristickou je vysoká hmotnosť, zlé stravovacie návyky, užívanie alkoholu, tabaku a iných návykových látok už v nízkom veku a nízka fyzická aktivita. Strava obsahuje veľa cukrov, tučného mäsa, rastlinných tukov, s minimálnou konzumáciou ovocia a zeleniny (Ivanová, Špirudová, Kutnohorská, 2005). Rómovia sú ohrození obezitou, cukrovkou, poruchami kardiovaskulárneho systému či karcinómom pľúc. Výskyt týchto chorôb súvisí najmä s nepravidelným stravovaním, ktoré je najlepšie iba niekoľko dní po výplate sociálnych dávok. U olašských Rómov platí, že čím tučnejší je človek, tým je viac bohatý. Olašské deti sú často kŕmené iba sladkosťami (Šuvada, 2015).

Mnohí autori zaoberajúci sa problematikou rómskej populácie na Slovensku aj s ohľadom na zdravie sa zhodujú v tom, že trend vo vývoji zdravotného stavu rómskeho obyvateľstva je veľmi nepriaznivý. Nedostatočná hygiena, nízka úroveň vzdelania, nevhodné zloženie stravy, fajčenie a užívanie návykových látok, absencia očkovania, katastrofálne životné podmienky, vysoký výskyt infekčných ochorení, nízke zdravotné uvedomenie, nesprávny postoj k vlastnému zdraviu či vysoká úmrtnosť u detí, sťažujú prácu aktívnych členov majoritnej skupiny obyvateľstva zlepšiť podmienky v jednotlivých determinantoch zdravia rómskej populácie. Šprocha (2011) uvádza, že Rómovia hodnotia subjektívne svoj zdravotný stav ako veľmi dobrý až dobrý. Ženy vnímajú úroveň vlastného zdravia ešte pozitívnejšie. Možno predpokladať, že za subjektívnym

pozitívnym hodnotením zdravia je nízka vzdelanostná úroveň u Rómov, nevedomosť o úrovni svojho zdravotného stavu, ťažší prístup k zdravotnej starostlivosti a nevhodné životné podmienky. Rómovia sú presvedčení, že ak lekárom nemajú diagnostikovanú a potvrdenú žiadnu chorobu, sú zdraví. V rokoch 2007 – 2008 bol na Slovensku prostredníctvom komunitných pracovníkov zdravotnej výchovy realizovaný Program podpory zdravia znevýhodnenej Rómskej komunity. Jeho cieľom bolo zlepšenie zdravotného vzťahu a zvýšenie zodpovednosti za vlastné zdravie u segregovaných alebo separovaných rómskych komunit. V záverečnej správe sa uvádza, že pracovníci Regionálneho úradu verejného zdravotníctva (RÚVZ) realizovali v segregovaných a separovaných rómskych osadách antropometrické merania (výška, váha, obvod pásu a bokov), meranie prístrojom Reflotron (cholesterol celkový a HDL, glukóza, triacylglyceroly), meranie tlaku krvi a BMI index. Do meraní bolo zapojených 2014 rómskych obyvateľov, z toho 941 mužov a 1073 žien vo veku 18 a viac rokov. Pri zisťovaní úrovne zdravotného stavu a životného štýlu pracovníci RÚVZ narazili na značný problém v komunikácii a spolupráci najmä rómskych komunit žijúcich mimo mesta či obce. Nakoniec výsledky monitoringu ukázali, že až 34 % sledovanej rómskej populácie nemá ukončené ani len základné vzdelanie, 48 % respondentov má ukončenú základnú školu a iba 8 % z respondentov dosiahlo stredoškolské vzdelanie. S tým súvisí aj vysoká nekvalifikovanosť a ťažkosti súvisiace s uplatnením sa na trhu práce. V oblasti výživy a stravovacích návykov má až 11 % respondentov „dni bez jedla“. Trikrát denne prijíma stravu 44 % Rómov a 16 % iba 1 až 2-krát denne. V strave uprednostňujú údeniny, biele pečivo, múčne jedlá, limonády a sladkosti. Nemajú veľmi radi mlieko a mliečne výrobky, ovocie a zeleninu. U sledovanej vzorky Rómov boli namerané aj vysoké hodnoty LDL cholesterolu, ktorý má priamy súvis s vznikom ischemickej choroby srdca (ICHS).

V hodnotiacej správe Programu podpory zdravia znevýhodnenej Rómskej komunity je uvedené, že 25 % rómskych mužov a 24 % rómskych žien je ohrozených vznikom ICHS. Zhoršením celkového zdravotného stavu a výskytom chronických ochorení je najviac ohrozená veková skupina nad 45 rokov (RÚVZ SR, 2008).

Šprocha (2011) prináša údaje o výskyte chronických ochorení v minoritnej komunite. Podľa autora trpí až 44 % Rómov chronickými ochoreniami ako je vysoký krvný tlak (34 %), kardiovaskulárne ochorenia (11%), ochorenia chrbtice (15 %), diabetes (9 %) a tráviace ťažkosti (5 %). Vychádzajúc z hodnôt BMI viac ako polovica sledovanej rómskej populácie trpí nadváhou. Výskyt extrémnej obezity sa každoročne zvyšuje, ale medzi Rómami sa vyskytuje aj podvýživa (21 %). Nárast hmotnosti nastáva u žien po 35. roku života, a u mužov po 25. roku života. Spotreba liekov na Slovensku zaznamenala za posledné roky stúpajúcu tendenciu. Podobná situácia je aj medzi rómskou populáciou, kde sa spotreba užívania liekov na lekársky predpis a v rámci samoliečby tiež zvyšuje. Lieky proti bolesti užíva 39,2 % Rómov, lieky na príznaky chrípky 32,1 %, vitamíny a minerálne látky 22,6 % a antibiotiká užíva pätina rómskej populácie. Alarmujúci je údaj o užívaní liekov na spanie a relaxantov (7,8 %) na utlmenie detí, aby si rodičia od nich oddýchli. Konzumácia liekov na liečbu vysokého krvného tlaku, srdcové ochorenia a vysoké hladiny cholesterolu narastá po 30. roku života a intenzívnejšie stúpa po 45. roku (Popper, Szeghy, Šarkozy, 2009).

4.5 Orálne zdravie rómskej komunity

Na základe výsledkov rôznych analýz zdravia a života rómskeho obyvateľstva je dôležité upriamiť pozornosť na skutočnosť, že neexistujú konkrétne údaje o stave ich chrupu a orálneho zdravia. Dostupné sú informácie týkajúce sa preventívnych prehliadok a pravidelných návštev zubných lekárov. Až 59 % detí vo veku od 0. do 9. rokov ambulanciu zubného lekára nikdy nenavštívilo, podobne ako 10,6 % detí vo veku 10. až 15. rokov. Preventívne zubné prehliadky neabsolvuje až 68 % dospelých Rómov vo veku 30. až 44. rokov. Z uvedených údajov vyplýva, že stav chrupu u detí i dospelých bude veľmi zlý, až alarmujúci. Najlepším ukazovateľom stavu chrupu je výskyt zubného kazu (u polovice detí), počet extrahovaných zubov (u štvrtiny detí) a výplní (u štvrtiny detí). Dospelí majú 68,7 % výskyt zubných kazov, až 71,4 % výskyt extrahovaných zubov a 60,4 % výskyt zubných výplní. Iba tretina Rómov má všetky pôvodné zuby (Popper, Szeghy, Šarkozy, 2009).

Uvedené výsledky sú obsahom Analýzy situácie Rómskej populácie a zdravia na Slovensku za rok 2009. Novšie údaje k stave orálneho zdravia u Rómov nie sú dostupné a to aj napriek tomu, že sa naďalej realizuje projekt Zdravé komunity zameraný na podporu zdravia rómskej populácie na základe spolupráce s Ministerstvom vnútra Slovenskej republiky, Úradom splnomocnenca vlády SR pre rómske komunity a Platformou na podporu zdravia znevýhodnených skupín v roku 2014. Cieľom projektu je zvýšiť počet zdravotných asistentov v teréne, ktorí sú vybraní priamo z rómskej komunity, zaškolení a aktívne zapájaní do programu. Zdravotní asistenti poskytujú informácie týkajúce sa zdravia, liečby a prevencie. Zabezpečujú komunikáciu minority s lekármi, sestrami, pôrodnými asistentkami a zubnými lekármi. Ďalším cieľom projektu je podporovať prístupnosť k zdravotnej starostlivosti s dôrazom na deti a ženy. V oblasti ústneho zdravia šíria zdravotní asistenti informácie

o nutnosti absolvovania preventívnych prehliadok a zubnej hygieny, ale nepodporujú Rómov materiálnym vybavením k ústnej hygiene (Cifruš, 2014).

Na veľmi zlý stav ústnej hygieny u Rómov upozorňuje Cifruš (2014). Ako zubný lekár ordinujúci v Rimavskej Sobote a okolí uvádza, že denne ošetroval asi 40 pacientov, z toho 99,5 % tvorili Rómovia. Okrem problémov s platením za zrealizované výkony sa stretával so zlým stavom osobnej hygieny a hygieny ústnej dutiny. Uvádza, že z 35 ošetrovaných pacientov extrahoval zuby 34 pacientom. Vychádzajúc zo svojej praxe poukazuje na veľmi zlý stav chrupu u detí do 15. rokov. Väčšina 6-ročných rómskych detí má zubný kaz na trvalých šiestkách a všetkých predných zuboch. Aj napriek pravidelným zubným prehliadkam na školách a apelovaniu na preventívne prehliadky či ústnu hygienu, zubnú ambulanciu detí takmer vôbec nenavštevujú. Rómski rodičia odmietajú platiť za plomby najmä vtedy, keď doma majú ďalších 6 -7 detí. Radšej dajú zuby vytrhnúť ako adekvátne ošetriť. Pätnásťročné rómske deti majú takmer úplne zdevastovaný chrup, v 20-tich rokoch už často majú len približne jeden až dva zuby. Keď Róm príde o všetky zuby alebo ich väčšinu, zubného lekára nebude žiadať o čiastočné alebo totálne zubné náhrady. Každý občas SR má právo a povinnosť raz ročne navštíviť zubného lekára; u detí je to dvakrát ročne. Viac ako polovica rómskych detí (59 %) v rámci povinnej školskej dochádzky neabsolvuje preventívnu prehliadku u zubára ani len raz do roka. V hodnotiacej správe Programu podpory zdravia znevýhodnenej Rómskej komunity sa ďalej uvádza, že zuby si podľa odpovedí neumýva 12 % Rómov a niekedy si ich umýva 19 %. Zvyšok si zuby umýva. Na prostriedky a pomôcky k ústnej hygiene si prevažná časť Rómov umývajúcich si zuby, nevyhradzuje finančné prostriedky na ich nákup (RÚVZ SR, 2008). Realita a štatistiky zo zubných ambulancií však vôbec nenasvedčujú výpovediam Rómami

prezentovanej starostlivosti týkajúcej sa umývania zubov. Zubný kaz patrí medzi globálne problémy na celom svete. Jeho následky zasahujú so zdravotnej, sociálnej a ekonomickej oblasti jednotlivca. Svetová Aliancia pre budúcnosť bez zubného kazu stanovila cieľ, aby deti narodené v roku 2026 a neskôr boli po celý život bez zubného kazu (Markovská, 2017). Markovská (2018) tvrdí, že hlavnú zodpovednosť za ústne zdravie detí od narodenia po dospelosť majú predovšetkým rodičia. Aj napriek aktívnej snahe zubných lekárov a dentálnych hygienikov, je veľmi náročné motivovať rómskych rodičov k zodpovednosti a starostlivosti o orálne zdravie. Základnými preventívnymi opatreniami ako správna ústna hygiena, regulovaný príjem cukrov, ovplyvnenie prenosu kariogénnych baktérií z matky na dieťa alebo medzi súrodencami, pravidelnou profesionálnou a individuálnou fluoridáciou, ale aj pečatením zubov (najmä trvalých premolárov a molárov) sa môže zabrániť vzniku a šíreniu zubného kazu, ale aj predchádzať jeho následkom.

4.6 Problémy rómskej komunity z hľadiska výchovy k zdraviu

Z psychologického pohľadu sú Rómovia veľmi emotívni, temperamentní, „žijú pre daný moment“, spoliehajú sa na pomoc iných, majú nízku motiváciu k výkonu, málo rozvinutú vôľu a sebaovládanie, nepodporujú osobné ambície, sú výbušní, nie sú schopní dodržiavať obmedzenia, majú demonštratívne sklony. Najvyššou hodnotou v hierarchii hodnotového systému je život. Všetko čo vedie k jeho zachovaniu, rozmnoženiu i pokračovaniu, má prioritu. Jedným z najviac pozitívnych rysov rómskej kultúry je úcta k starším a k rodičom. Čím vyšší vek, tým vyššia úcta. Bartošovič a Hegyi (2010) uvádzajú ako príklad situáciu, že ak by horel dom, najprv by zachraňovali matku a otca, až potom deti a ostatných.

Lukáč (2013) zvyrazňuje fakt, že v rómskej komunite je výchova tak pestrá, ako je pestrý ich život a charakteristika rómskej populácie. Výchovné štýly, komunikácia, delenie rolí, spôsoby rodinného života či sociálno-ekonomické životné podmienky rozlične vplyvajú na pohľad a postoj k zdraviu. Rómske deti sú vedené k samostatnosti a štýl výchovy je liberálny. Deti okolitý svet objavujú samé, experimentujú a učia sa pozorovaním bežných denných činností ich komunity. Tento spôsob výchovy v rómskej komunite budí dojem bezstarostnosti u rómskych detí, ktoré majú menej vnútorných konfliktov a tabuizovaných tém. Nie sú im vštepované presné normy a formy správania, teda ani správne postoje k zdraviu. Výchovné pôsobenie vo vzťahu k zdraviu v rómskej komunite sa značne odlišuje od edukačného pôsobenia majoritnej spoločnosti. Vzniká fenomén tzv. zdvojenej socializácie, čím je ohrozená integrácia minoritnej komunity do majoritnej. Vyššie uvedené charakteristiky Rómskej komunity sťažujú komunikáciu s členmi komunity najmä v oblasti poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti. Ošetrovanie Róma je pre každého zdravotníckeho pracovníka veľmi náročné; komunikácia s rodinou rómskeho pacienta ešte viac zložitejšia. Smrť je pre Rómov asi najviac emotívna situácia v ich živote, majú z nej strach a ťažko znášajú bolesť. Pri ošetrovaní sa vyžaduje individuálny prístup, snaha o vysvetlenie príčiny a vývoja choroby. Základom úspechu je získanie si dôvery. Ošetrojúci personál nesmie Róma nikdy kritizovať na verejnosti pred svedkami. Vychovávať rómskych obyvateľov k zodpovednosti za vlastné zdravie predstavuje dlhú a náročnú cestu pre zdravotníckych i sociálnych pracovníkov. Aj napriek záujmu štátu o odstránenie značných rozdielov v zdraví a vnímaní zdravia, výsledky parciálnych prieskumov a výsledky prác terénnych pracovníkov poukazujú na zlý zdravotný stav rómskej populácie. Lukáč (2013) vyjadruje názor, že integrácia rómskeho obyvateľstva a zlepšenie postoja k vlastnému zdraviu i zdraviu vlastných detí, bude

úspešná len za predpokladu, ak sa Rómovia pri zabezpečení vhodných podmienok na život nebudú spoliehať na majoritu. Naďalej je nevyhnutné aktívne výchovné zdravotné pôsobenie na dospelých Rómov a najmä na rómskych rodičov, k zodpovednosti za vlastné zdravie a zdravie svojich detí.

4.7 Ošetrovatel'stvo pri podpore zdravia Rómskej populácie

S rozvojom spoločnosti sa pozornosť ošetrovatel'stva zameriava na starostlivosť o zdravie, jeho podporu a ochranu, čo sa premieta do foriem a rozsahu poskytovanej ošetrovatel'skej starostlivosti prevažne v primárnej starostlivosti (napr. komunitné ošetrovatel'stvo, multikultúrne ošetrovatel'stvo, ošetrovatel'ská starostlivosť v zdraví pri práci) (Liba, 2010; Liba, 2016; Farkašová a kol., 2005; Hanzlíková a kol., 2006). Primárna ošetrovatel'ská starostlivosť v sebe zahŕňa preventívnu, liečebnú a podpornú starostlivosť, vrátane sprostredkovania spolupráce s odborným ambulanciami, ústavným zariadením, rýchlou zdravotnou službou, návštevou službou a lekárskou službou prvej pomoci. Ošetrovatel'stvo v primárnej starostlivosti má plniť predovšetkým preventívnu funkciu a podporno-edukačnú úlohu v zmysle ochrany zdravia a prevencie vzniku choroby. Ide o syntézu ošetrovatel'skej praxe, verejnej zdravotnej a sociálnej starostlivosti zameranej na ochranu zdravia populácie. Pri upevňovaní zdravia je hlavnou úlohou ošetrovatel'stva dávať vzor zdravého spôsobu života, povzbudzovať ľudí v procese upevňovania zdravia, radiť im, pomáhať jednotlivcom, rodinám a komunitám. Medzi ďalšie úlohy možno zaradiť poradenstvo pri efektívnom využívaní zdravotnej starostlivosti, usmerňovať ľudí v správnom konaní zameranom na uchovanie a prinavrátanie zdravia, vychovávať ich k zdraviu (Hanzlíková a kol.,

2006). Primárnu starostlivosť zabezpečujú lekári na všeobecnej ambulancii pre dospelých, všeobecnej ambulancii pre deti a dorast, gynekológovia, zubní lekári a dentálni hygienici.

Jednou z úloh zdravotníckych pracovníkov je čiastočne prebrať zodpovednosť za ochranu či prinavrátanie zdravia tých, ktorí sa nemôžu, nechcú alebo nevedia oň postarať. Jednotlivé úlohy ošetrovateľstva v ochrane zdravia sa stupňovito členia podľa potrieb pacienta/klienta. Najnižším stupňom je podporné pôsobenie a najvyšším stupňom je poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti v plnom rozsahu. Podporné pôsobenie sa realizuje na úrovni podpory zdravotného uvedomenia a zodpovednosti za vlastné zdravie, kedy je korekcia pri zodpovednosti minimálna. Klient má dostatočné vedomosti o správnom zdravotnom štýle, no nedisponuje dostatkom pevnej vôle ho realizovať. Edukačná (výchovná) úloha ošetrovateľstva pri podpore zdravia nadobúda význam pri nevedomosti pacienta/klienta pri starostlivosti o vlastné zdravie, má chybné alebo nepostačujúce vedomosti, zručnosti a schopnosti. Starostlivosť v plnom rozsahu sa aplikuje u pacientov, ktorí stratili akúkoľvek nezávislosť v starostlivosti o vlastné zdravie (Hanzlíková a kol., 2006).

Druhá etapa Programu podpory zdravia znevýhodnených komunít na Slovensku na roky 2009-2015 (RÚVZ SR, 2015) bola zameraná predovšetkým na zdravotnú výchovu, zlepšenie zdravia a hygienických podmienok v segregovaných a separovaných komunitách formou poradenstva a prednášok v oblasti základných hygienických návykov, pri bežných ochoreniach a ošetrovaní drobných poranení, v oblasti zvyšovania informovanosti o zdravotnej starostlivosti, právach a povinnostiach pacienta. Program Zdravé komunity zamestnával 208 asistentov zdravotnej osvetly v 194 lokalitách na Slovensku. Do projektu je zapojených viac ako 230 tisíc

Rómov s cieľom integrácie marginalizovaných rómskych komunít do spoločnosti.

Z pohľadu ošetrovateľstva je z hľadiska prevencie a udržania zdravia v rómskej komunite dôležité apelovať na pravidelnú účasť na preventívnych prehliadkach u všeobecných lekárov, lekárov pre deti a dorast, u gynekológov, zubných lekárov a dentálnych hygienikov. Zamboriová a Simočková (2017) uvádzajú, že pre poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti je nevyhnutné poznať špecifiká rómskej populácie pre efektívny manažment rizík. Poznanie základných znakov a špecifik je základom pre vzťah založený na vzájomnej úcte a rešpekte. Autorky poukazujú na to, že v živote rómskej populácie je mnoho rizikových faktorov s negatívnym dopadom na ich zdravie. Ako možné spôsoby riešenia zlého zdravotného stavu Rómov vidia predovšetkým motiváciu a vzdelávanie zdravotníckych pracovníkov v rómskej otázke, realizáciu prieskumu zdravotného stavu obyvateľov v rómskych osadách, ovplyvňovanie rizikových faktorov prostredia, zdravotno-výchovné aktivity, vyššie spomínané preventívne prehliadky, zvýšenie očkovania detí žijúcich v rómskych osadách a tiež zriadenie štatútu rómskeho zdravotno-sociálneho asistenta.

5 KLASIFIKAČNÝ SYSTÉM OMAHA - NÁSTROJ PODPORY ZDRAVIA

„Systém Omaha je komplexná taxonómia založená na výskume, ktorá bola navrhnutá s cieľom získať údaje, týkajúce sa zvyčajnej alebo zaužívanej dokumentácie starostlivosti o klienta“ (Vörösová, 2007, s.67). Na Slovensku je málo dostupných literárnych zdrojov, ktoré podrobne rozoberajú klasifikačný systém Omaha, zameraný na komunitnú ošetrovateľskú starostlivosť. V zahraničí je klasifikačný systém prepracovaným návodom na zabezpečenie jednotného typu starostlivosti s ohľadom na potreby ako aj rozdiely v jednotlivých komunitách. Analýze klasifikačných systémov v odborných publikáciách sa venovala Vörösová (2007) a popisuje klasifikačný systém Omaha ako využívaným systémom pre multidisciplinárne zdravotnícke tímy. Poskytuje účinný základ na dokumentovanie starostlivosti, komunikáciu, koordináciu starostlivosti a merania výsledkov. Jeho cieľom je zlepšenie praxe, dokumentácie a manažmentu v domácej a komunitnej starostlivosti popísaním a dokumentovaním problémov, intervencií a očakávaných výsledkov starostlivosti. Beňová (2017) podľa KarenMartin, ktorá je významnou osobnosťou pri uplatňovaní Omaha klasifikačného systému uvádza, že významným nástrojom regulácie ošetrovateľskej praxe je dokumentovanie ošetrovateľských dát. Omaha systém bol vyvinutý pre potreby komunitnej praxe. Je prostriedkom na prípravu dokumentácie, posúdenie klienta, skupiny, komunity, identifikáciu problémov a rizík, realizáciu a hodnotenie ošetrovateľského procesu v komunitnej starostlivosti. Ich zdrojom je zrozumiteľná, jasná štandardizovaná terminológia, ktorá zaručuje kvantifikované a štatisticky spracovateľné validné záznamy ošetrovateľskej diagnostiky, plánovanie starostlivosti, realizácia činností a hodnotenie efektu ošetrovateľskej starostlivosti. Vznik a vývoj Omaha systému sa

uvádza v období 70. rokov 20. storočia. Odborníci predpokladali zmeny v oblasti zdravotnej starostlivosti, potreby praxe, dokumentovania starostlivosti a informácií, ktoré by sa zaoberali týmito zmenami. Pod vedením DeLanneSimmonovej vypracovali akčný plán. Všetky tieto plány a výskumy súviseli s rozvojom domácej starostlivosti, so spoluprácou verejnými zdravotníckymi agentúrami, odborníkmi v oblasti zdravotnej starostlivosti s cieľom zabezpečiť kontinuitu, zlepšovať kvalitu, poskytovať najlepšiu možnú starostlivosť o klientov. Vyvinuli víziu vybudovania systému, ktorý bude využívať štandardizovanú terminológiu na opis a operatívnosť ošetrovateľského procesu. V rokoch 1975 - 1986 financovala divízia ošetrovateľstva U.S. Department of Health and Human Services tri výskumné projekty. Ich cieľom bolo vyvinúť štruktúru, zdokonaľiť obsah schémy a rozsah problémov klientov, ako podklady pre Národný inštitút výskumu ošetrovateľstva, Národný inštitút zdravotníctva, ako aj využiteľnosť celého systému Omaha. Členovia výskumného tímu vytvorili metódy a postupy, ako aj nástroje na zhromažďovanie údajov, ktoré boli použité v rámci výskumných projektov (Martin, 2005). Výskumný tím VNA začal zhromažďovať a analyzovať záznamy pacientov, aby pripravili pre prax návod, metódu dokumentácie, systém informačného manažmentu. Informácie odovzdávali formou prednášok, článkov v odborných časopisoch (Vörösová, 2007, Boledovičová a kol. 2009, Karol'ová, 2013). Výskumníci, pedagógovia a manažéri z rôznych odborov zdravotnej starostlivosti získali niekoľko grantov na ďalšie rozvíjanie a rozšírenie platnosti, užitočnosti a spoľahlivosti tohto systému. Systém Omaha vyvinuli odborníci ako súčasť federálne financovaných výskumných projektov, ktoré sa uskutočnili v rokoch 1975 - 1993. Národný inštitút pre výskum v ošetrovateľstve a Národný inštitút zdravia v rámci grantu v rokoch 1989 - 1993 podporili štvrtý výskumný projekt zameraný na testovanie reliability, validity a na využiteľnosť systému

Omaha (Beňová, 2017). Americká asociácia zdravotných sestier uznala tento systém ako štandardizovanú terminológiu na podporu ošetrovateľskej praxe v roku 1992. V roku 2014 sa Minnesota stala prvým štátom, ktorý odporučil, aby sa terminológia uznaná ANA použila vo všetkých elektronických zdravotných záznamoch. Dôkazom, ktorý sa stal základom tohto rozhodnutia bol realizovaný prieskum, ktorý ukázal, že Omaha systém bol použitý v 96,5% okresov v Minnesote. V roku 2009 sa klasifikačný systém Omaha stal členom Aliancie pre ošetrovateľskú informatiku. V roku 2007 prešiel Omaha systém kritériami Tier 2 zdravotníckej informačnej technológie. Je v súlade s referenčným terminologickým modelom pre Medzinárodnú organizáciu pre normalizáciu. Vývoj klasifikačného systému Omaha ovplyvnilo niekoľko teoretických východísk ako sú napr. model kvality zdravotnej starostlivosti Donabedianovej, systémový model Betty Neumannovej. Štruktúra klasifikačného systému podporuje proces kritického myslenia, začína získavaním informácií, opisom existujúcej situácie, pokračuje v identifikácii problému, končí hodnotením efektívnosti použitých krokov. Systém sa skladá z troch vzťahových, spoľahlivých a validných zložiek:

- schéma klasifikácie problémov,
- schéma intervencií,
- škála posudzovania problémov pre výsledky.

Tieto zložky podľa Vörösovej (2007) poskytujú štruktúru pre dokumentáciu klientových potrieb a zdrojov, spájajú klinické intervencie a merajú jednoduchým ale komplexným spôsobom výsledky klienta. V publikácii NANDA International (2013) je charakterizovaný Omaha klasifikačný systém ako klasifikácia klinického/ ošetrovateľského rozhrania z hľadiska využívania starostlivosti a čiastočne je využiteľnosť ako referenčnej terminológie. Ošetrovateľské diagnózy sú popísané názvom a definíciou a obsahujú

určujúce znaky/symptómy, súvisiace faktory v nich však chýbajú. Čiastočne je popísaný stupeň/závažnosť ošetrovateľskej diagnózy. Ošetrovateľské intervencie sú popísané názvom a definíciou, pojem ošetrovateľských intervencií nie je špecifikovaný podľa činností. Rovnako nie je popísaný pridelený čas pre ošetrovateľské intervencie, ako aj potrebná kvalifikácia pre danú prácu, alebo úroveň vzdelania pre prácu s ošetrovateľskými intervenciami. Ošetrovateľské výsledky, ako uvádza Beňová (2017) sú čiastočne popísané názvom a definíciou, rovnako kritérium funkčnosti výsledkov prostredníctvom indikátorov a škál merania výsledkov je čiastočne naplnené.

K ďalším charakteristikám patrí, že klasifikácia čiastočne definuje fyziologické, psychosociálne, spirituálne, funkčné a environmentálne domény. Omaha klasifikačný systém je rešpektovaný a uznávaný hlavne preto, že prešiel a prechádza výskumom. Ako uvádzajú viacerí autori jeho silnou stránkou je, že je podložený výskumom, vytvorený konkrétne pre potreby komunitného ošetrovateľstva, je možné použiť ho v elektronickej dokumentácii. Ako uvádza Martin (2005), je systém Omaha logicky konzistentný, ľahko zrozumiteľný pre zdravotníckych pracovníkov a širokú verejnosť. Na základe vývoja a organizácie systému má definované kritériá pre triedy, podtriedy. Podmienky sú určené pre jednotlivcov, rodiny, a komunity, klientov všetkých vekových skupín. Od samého počiatku vývoja systému bol vyvíjaný tak, aby bol čo najkompletnejší, zrozumiteľný, pružný, aby bol prínosom pre sestry, ako aj členov multidisciplinárneho tímu vo viacerých prostrediach. Klasifikačný systém Omaha sa vyznačuje vlastnosťami:

- štruktúra, terminológia a definície klasifikačného systému Omaha sú prístupné potenciálnym používateľom,
- nepredstavujú novú, ale systematickú organizáciu a definovanie starostlivosti pre zdravotníckych pracovníkov,

ktorý potrebujú starostlivosť poskytovať, poznať, a komunikovať navzájom,

- klasifikačný systém, ako model predstavuje cyklus dynamický, procesy pre riešenie problémov klienta, rozvoj kritického myslenia zdravotníckych pracovníkov, klinické rozhodovanie, zlepšovanie kvality starostlivosti, aj pre začínajúcich odborníkov,
- pokúša sa zobrazit' komplexnú zmes umenia a vedy, ktorá charakterizuje vynikajúcu zdravotnícku prax založenú na dôkazoch a neustále rastúci dôraz na vedomosti a prácu zdravotníckych pracovníkov.

Pri vývoji tohto klasifikačného systému, výskumný tím, ako aj účastníci druhej výskumnej štúdie, ako uvádza Martin (2005), predpokladali že :

- veľká časť poskytovateľov má zručnosti, ktoré sú potrebné pre identifikáciu problémov klientov, meranie pokroku po poskytnutých intervenciách, dokumentovať starostlivosť presne a dôsledne,
- poukazujú na nevyhnutnosť vzájomných vzťahov medzi zdravotníckymi pracovníkmi navzájom, ako aj klientmi, ktoré sú pre identifikáciu problémov, intervencií a dôkladné dokumentovanie potrebné,
- tieto aktivity ovplyvňujú zdravotný stav klientov, čo uznávajú aj lekári,
- väčšina jednotlivcov, rodín, komunít má záujem zvýšiť svoju kompetenciu, posilniť kontrolu nad kvalitou svojho života a udržiavať ju na čo najvyššej možnej úrovni. Ak nie sú schopní vykonávať tieto činnosti, ošetrojúci identifikujú

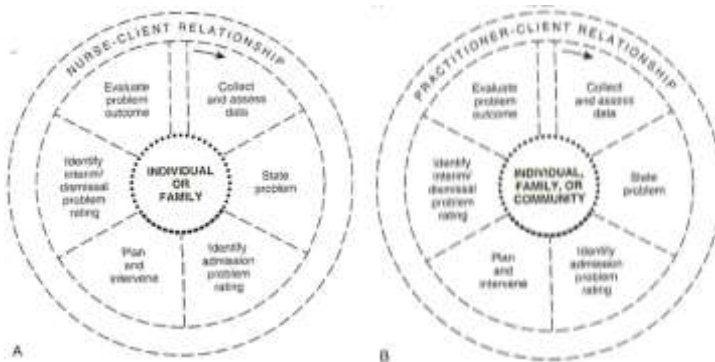
problémy a poskytujú starostlivosť v najlepšom záujme klientov, pri ich maximálnej bezpečnosti,

- systém ako aj záznamy orientované na problémy sa prispôsobujú potrebám klientov a zabezpečuje tak efektívny prístup pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti.

Odborníci v Omaha systéme uznávajú potrebu identifikovať a dokumentovať silné a aktívne hodnoty klienta. Väčšina odborníkov, ako predpokladajú členovia výskumných tímov disponuje odbornými znalosťami a spoľahlivým organizovaným systémom riadenia praxe, dokumentáciou, ako aj potrebnými informáciami. Zdravotnícki pracovníci, manažéri a administrátori môžu implementovať spomínaný klasifikačný systém v rôznych nastaveniach a identifikovať tak benefity pre používateľov, klientov, externých pracovníkov, ako aj verejnosť. Napriek tomu, že zdravotnícki pracovníci poskytujú kvalitnú starostlivosť, tradične orientovanú starostlivosť jednotlivcom, rodinám, komunitám, stále aktuálnejším sa stáva komunitné ošetrovatel'stvo.

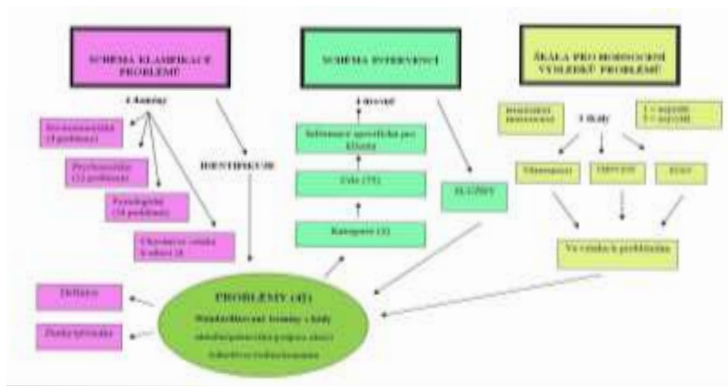
Ako je uvedené na obr. č. 2 systém Omaha je komplexný, všetky časti na seba nadväzujú a sú prepojené do jedného celku. Jeho šesť klinov, ako uvádza Martin (2005), poskytuje pre zdravotníckych pracovníkov metódu v rôznych prostrediach, operatívny proces riešenia problémov a procesy kritického myslenia, sledovanie rozdelenia starostlivosti od začiatku, do ukončenia. Celý proces začína zberom údajov a hodnotením klienta, rodiny, či komunity. Po nich nasleduje identifikácia problémov, alebo ošetrovatel'ská diagnostika, ako ekvivalent k systému klasifikácie problémov. Pre úspešnú starostlivosť je dôležitá a rozhodujúca presná identifikácia problému klienta, rodiny, komunity. Pre dosiahnutie najlepších možných výsledkov pri poskytovaní starostlivosti je kladený dôraz práve na skúsenosti ošetrovateľov pri výbere a realizácii optimálnych postupov.

Intervencie by mali byť založené na vedeckých dôkazoch. Záverečnou fázou, ako možno vidieť na obrázku je vyhodnotenie na základe stupnice. Bez skúmania výsledkov poskytovanej starostlivosti počas realizácie, vyhodnotenie po ukončení nie je možné vyhodnotiť jej efektívnosť ako aj účinnosť.



Obr. 2 Model Omaha systému A originál, B revidovaný (Martin, 2005, s.33).

Podrobne a prehľadne prezentuje prepojenie celého klasifikačného systému ako celku modifikovaná schéma systému podľa KarenMonsen (2009), ktorá je uvedená na obr. č. 3. Jednotlivé komponenty klasifikačného systému, ako môžeme vidieť na spomínanom obrázku na seba navzájom nadväzujú a sú prepojené do jedného celku. Táto schéma môže byť pomôckou pri plánovaní jednotlivých krokov pri programoch a plánoch na podporu a rozvoj zdravia v komunite.



Obr. 3 Modifikovaná schéma systému Omaha podľa KarenMonsen (Beňová, Boledovičová, Pokorná, 2015, s.34).

Klasifikačný systém Omaha je predmetom štúdia pri príprave sestier v Slovenskej republike. Používanie spomínaného klasifikačného systému je v Slovenskej republike vo svojich začiatkoch, nie je podložené rozsiahlejším výskumom. Rovnako je tomu aj v Českej republike. Ako uvádzajú Beňová, Boledovičová, Pokorná (2010) v podmienkach českej komunitnej starostlivosti nie je klasifikačný systém Omaha veľmi rozšírený. Práve poznanie zahraničných výskumných prác, ich zameranie a výstupy môžu byť podľa autoriek základným kameňom pre jeho budúce efektívne využitie.

5.1 Prvky klasifikačného systému

Klasifikačný systém Omaha je zložený z troch prvkov (komponentov), ktoré sú relatívne, spoľahlivé a platné, navrhnuté na spoločné používanie:

- schéma klasifikácie problémov (hodnotenie klienta),
- intervenčná schéma (plány starostlivosti a služby),
- ratingová stupnica (škála) pre hodnotenie výsledkov problému (zmena/hodnotenie klienta).

Jednotlivé komponenty podľa Martin (2005) predstavujú koncepciu alebo štruktúru pre posúdenie potrieb klienta, popisujú intervencie a hodnotia výsledky poskytovanej starostlivosti. Využitím jednotlivých prvkov je možné prepojenie týchto údajov s demografickými, ekonomickými, administratívnymi a osobnými údajmi (Beňová, 2017). „Spojenie zložiek možno prirovnať k zloženiu skladačky, výsledkom použitia systému Omaha môže byť realistický opis klientových potrieb, poskytnutie zdravotníckych služieb a výsledky týchto služieb“ (Vörösová, 2009,s.67).

5.1.1 Schéma klasifikácie problémov

Schéma klasifikácie problémov predstavuje štruktúru, pojmy a systém ukazovateľov pre štandardizované posúdenie jednotlivcov, rodín a komunit. Pomáha odborníkom zhromažďovať, triediť, dokumentovať, klasifikovať, analyzovať, vyhľadávať údaje o klientovi. Ako uvádza Martin (2005), jedná sa o komplexnú, usporiadanú taxonómiu s možnosťou ďalšieho doplnenia informácií. Poskytuje štruktúru, podnety a návody, ktoré pomáhajú ošetrovujúcim, poskytovateľom starostlivosti zhromažďovať, triediť, dokumentovať, klasifikovať, analyzovať, opakovane overovať a komunikovať klientove potreby a požiadavky. Je určená na zhrnutie subjektívnych

a objektívnych údajoch o klientovi (Beňová, 2017). Schéma klasifikácie problémov vychádza z týchto predpokladov:

- ošetrojúci vytvárajú a udržiavajú zodpovedajúce interpersonálne a komunikačné zručnosti pri starostlivosti o rozširujúce sa spektrum starostlivosti o jednotlivca, rodiny a komunity, s rozdielmi v sociálnej, kultúrnej, spirituálnej oblasti, regionálnej, politickej a ekonomickej oblasti,
- potreby, či problémy sú stanovené z pohľadu klienta-reflektujú jednotlivca, rodinu, komunitu. Starostlivosť je zameraná na jednotlivca, rodinu, či komunitu a ich aktuálne, potenciálne problémy, alebo podporu zdravia a vychádza z koncepcie holizmu,
- pohľad na priority v starostlivosti sa môže odlišovať u príjemcu starostlivosti a klient by mal mať snahu o zmenu,
- lekárske diagnózy, laboratórne testy a etiologické, či kauzálne faktory choroby nie sú v klasifikácii zahrnuté, ale musia byť brané do úvahy, pokiaľ je schéma použitá,
- schéma nenahrádza inú použitú terminológiu, dopĺňa ju a je kompatibilná s bežnou odbornou terminológiou lekárskou a ošetrovateľskou,
- zdravotníci by mali mať dostatočné vedomosti a zručnosti k odlišeniu podpory zdravia, potenciálnych a aktuálnych problémov, problémov v rodine, či v komunite,
- identifikácia problémov je východiskom pre realizáciu intervencií- jednotlivé problémy sú základnou zložkou komponentu Omaha systému,
- v prípade vysokej priority problému musí ošetrojúci vytvoriť plán starostlivosti, identifikuje hodnotenie a aktívne spolupracuje s klientom na riešení problému,

- v prípade identifikácie problému nízkej priority stačí zaznamenať údaje, nie je potrebné zahájiť bezprostrednú starostlivosť, ale vždy je potrebné rozhodnutie racionalizovať a obhájiť (Beňová, 2017, Martin, 2005).

Systém klasifikácie problémov pozostáva zo štyroch úrovní. Jedná sa o domény, problémy, modifikanty (prívlastky), znaky a príznaky. Systém klasifikácie pozostáva zo štyroch úrovní abstrakcie. Prvú úroveň klasifikácie problémov tvoria štyri **domény**, ktoré predstavujú oblasti profesionálneho záujmu v súvislosti so zdravím klienta. Tieto domény sú zamerané na najdôležitejšie oblasti záujmu, ktoré súvisí so zdravím klienta.

Environmentálna doména zahŕňa materiálne zdroje klienta, vonkajšie a vnútorné prostredie klienta, ako aj širšej komunity. Nachádza sa na prvom stupni schémy klasifikácie problémov, nakoľko prostredie a podmienky klienta predstavujú dôležitú oblasť pre podporu a udržiavanie zdravia. V tejto doméne sa nachádzajú: *materiálne zdroje* - príjem klienta, zdroje financovania, *hygiena* - možnosti udržiavania hygieny, stav hygieny klienta, *bydlisko* - kde klient býva, susedia, pracovisko, *bezpečné prostredie* - bezprostredné okolie klienta, pracovisko a iné.

Psychosociálna doména je zameraná na vzorce správania sa, emócie, komunikáciu, vzťahy a vývoj. V psychosociálnej doméne sa zameriavame na posúdenie klienta v oblastiach: *komunikácia* - vzťahuje sa aj na spôsob, prostriedky komunikácie v rámci komunity, sociálny a spoločenský kontakt, *zmena rolí v živote* - vyrovnávanie sa s novými rolami, *medziľudské vzťahy* - udržiavanie vzťahov, trvácnosť vzťahu,

vierovyznanie - duchovný život, *smútok, zármutok* - vyrovnávanie sa s emóciami, zvládanie emócií, *mentálne zdravie* - emocionálna stabilita, *sexualita* - sexuálna orientácia, zneužívanie dieťaťa,

dospelého, *rast a vývoj* - prospievania dieťaťa, rodičovská rola, opatrovníctvo - spôsob starostlivosti, sebaopatera a iné.

Fyziologická doména sledujeme, všímame si funkcie a procesy, ktoré vedú k udržaniu a zachovaniu zdravia a života: *Zrak* - všímame si stav zraku klienta, okuliare, šošovky. *Sluch* - ako reaguje klient na otázky, či má v poriadku sluch, *jazyk a reč* - spôsob, ako komunikuje, *orálne zdravie* - hodnotíme stav dutiny ústnej, stav chrupu, poznávanie, *bolesť* - reakcia na bolesť, zvládanie bolesti, *vedomie* - hodnotíme stav vedomia klienta, *koža* - v akom stave je koža, hodnotíme hydratáciu kože, zmeny na koži, *stavba tela* - sledujeme držanie, stavbu tela, *dýchanie* - hodnotíme stav dýchania, všímame si kvalitu dýchania, apnoe a iné odchýlky, *cirkulácia* - prekrvenie kože, krvný tlak, *trávenie, hydratácia* - dostatočný príjem potravy, tekutín, dostatočnú hydratáciu, *močenie, odchod stolice* (kvalita množstvo moču, stolice, pravidelnosť), *reprodukcia* - močovo pohlavná funkcia, *tehotenstvo* - stav súvisiaci s tehotenstvom,

prenatálne a postnatálne popôrodné obdobie - hodnotíme adaptáciu dieťaťa po pôrode, *prekonané infekčné ochorenia* - aké infekčné ochorenia prekonal, resp. kontakt, iné.

Doména správania vo vzťahu k zdraviu - sledujeme správanie ovplyvňujúce zdravie. Jej súčasťou sú tie aktivity, ktoré udržiavajú alebo podporujú zdravie, blaho, uzdravenie sa, zvyšujú v najvyššej možnej miere rehabilitačný potenciál, podporujú obnovu organizmu a znižujú riziko ochorenia: *výživa* - stravovacie návyky, druh, kvalitu, množstvo stravy, *vzory spánku a odpočinku* - príprava na spánok, kvalita spánku, *fyzická aktivita* - druh, rozsah fyzickej aktivity, *osobná starostlivosť* v zmysle osobnej hygieny, udržiavanie hygieny, *používanie návykových a omamných látok* - druh, množstvo, spôsoby užívania návykových látok, *plánovanie rodičovstva* t.j. či bolo rodičovstvo plánované, neplánované, resp. plánovanie, *liečebný režim*

- či dodržiava liečebný režim v zmysle predpísanej liečebnej životosprávy, *dohľad nad lekárskou starostlivosťou* v zmysle odporúčaných zdravotných prehliadok, *technický postup a iné* (Vörösová, 2009, Martin, 2005).

Druhú úroveň klasifikácie problémov tvoria *pojmy*. Tieto pojmy predstavujú problémy, či ošetrovateľské diagnózy, oblasti potrieb, schopnosti jednotlivca, rodiny, komunity. V revidovanej verzii klasifikácie z roku 2005 ich bolo 42 priradených k doménam, ktoré odrážajú špecifické oblasti súvisiace so zdravím klientov. Aby sme boli schopní naplánovať a poskytovať ošetrovateľskú starostlivosť, je potrebné špecifikovať problém, či sa jedná o aktuálny, potenciálny, problém v oblasti podpory zdravia, či sa jedná o problém jednotlivca, rodiny, alebo komunity. Tretiu úroveň problému tvoria modifikanty - súbor prívlastkov (modifikantov).

Podpora zdravia, ako prvý modifikant predstavuje pozitívny stav a absenciu rizikových znakov, príznakov. Prítomnosť príznaku špecifického problému poukazuje na výskyt aktuálneho problému jednotlivca, rodiny, či komunity. Potenciálny problém existuje vtedy, ak sa vyskytne špecifický problém.

Vlastník problému, ako druhý modifikant nám hovorí, koho sa konkrétny problém týka. Či sa jedná o jednotlivca, rodiny, či komunity (Martin, 2005, Beňová, 2017). Poslednú úroveň v hierarchii schémy tvoria *súbor znakov a príznakov*. Tieto identifikujú aktuálny problém, prípadne rizikové faktory, poukazujú nám na výskyt potenciálneho problému. Táto úroveň je najmenej kompletnou úrovňou, je pripravená k tomu, aby mohla byť dopĺňaná (sú v nej možné zmeny). K jednotlivým problémom sú navrhnuté lekárske diagnózy, ktoré sa nachádzajú v Medzinárodnej klasifikácii chorôb, u ktorých je možné predpokladať výskyt príslušného problému.

5.1.2 Schéma klasifikácie intervencií

Schéma intervencií je navrhnutá tak, aby slúžila k popisu aj komunikácii medzi členmi multidisciplinárneho tímu, ktorého cieľom je predchádzanie ochorení, zlepšenie, prinavrátenie zdravia, zabezpečenie pokojného umierania a smrti. V praxi ju odborníci používajú na opísanie plánov zdravotnej starostlivosti a služieb pre jednotlivcov, rodiny a komunity. Schéma intervencií, rovnako ako všetky prepracované zložky systému je komplexná, usporiadaná klasifikácia, ktorá sa využíva k popísaniu aktivít a činností. Tieto činnosti sú nezávislé alebo autonómne. Zároveň sú aj súčinné a smerujú k dosiahnutiu cieľov ošetrovateľskej starostlivosti podľa plánu, ako aj dokumentovaniu ošetrovateľských intervencií. Sú vyvinuté pre konkrétny špecifický problém a vytvárajú premostenie medzi ošetrovateľskými diagnózami a hodnotením výsledkov starostlivosti. Používanie schémy intervencií vychádza z predpokladov:

- poskytovatelia starostlivosti vyberajú najlepšiu kombináciu intervencií,
- intervencie prispôbujú klientovým potrebám,
- efektívne plánujú starostlivosť.

Tento organizovaný systém je koncipovaný tak, aby pomenoval pomerne podrobne špecifické problémy, sesterské diagnózy.

„Pretože schéma intervencií je základom, umožňuje profesionálom opísať ich a premietnuť do plánovania a realizácie v podobe intervencií vrátane zlepšenia, udržiavania alebo obnovenia zdravia a predchádzania ochoreniam“ (Vörösová, 2007, s.68). Intervencie vychádzajú na základe výsledkov praxe založenej na dôkazoch. Možno je tieto schémy využiť aj pri tvorbe štandardizovaných plánov. Výber intervencií rešpektuje hodnoty, priority a potreby klienta. Je

založený na partnerskom vzťahu s klientom. Klient, rodiny, komunity majú právo zúčastňovať sa na rozhodovacom procese v plánovaní starostlivosti. Použitie intervenčnej schémy spolu so schémou klasifikácie problémov a stupňom hodnotenia problémov vytvára komplexný model riešenie problémov pre prax, vzdelávanie a výskum. Schéma intervencií obsahuje tri úrovne: *kategórie, ciele a informácie špecifické pre klienta*. Kategórie tvoria prvú úroveň schémy intervencií- profesionálnych činností a aktivít, ktoré sa vzťahujú k špecifickým problémom, ako uvádza autorka (Martin, 2005). Jedná sa o oblasti:

- edukácia, vedenie a poradenstvo,
- liečba a terapeutické postupy,
- prípadový management,
- sledovania, dohľad.

Edukácia, zdravotná osveta, vedenie a poradenstvo- obsahuje aktivity, ktoré sú určené na prípravu a poskytovanie informácií, predvídanie problémov klienta, podpora aktivít, ktoré vedú k prebratiu zodpovednosti klienta v starostlivosti o seba samého, pomoc pri rozhodovaní a riešení problémov jednotlivcovi, rodine a komunite. Všetky tieto činnosti sú činnosťami sestier, všetky sú navzájom poprepájané a prispôsobujú sa podľa toho, aké má pacient schopnosti sám seba riadiť.

Liečba a terapeutické postupy obsahuje konkrétne praktické činnosti sestier, ako sú napríklad starostlivosť o ranu, odbery biologického materiálu, podávanie liekov, zníženie alebo zmiernenie príznakov ochorenia jednotlivcom, rodine, komunite.

Prípadový manažment obsahuje aktivity ako sú koordinácia multidisciplinárnej starostlivosti, zlepšenie komunikácie medzi poskytovateľmi služieb, podporujú asertivitu a usmerňujú jednotlivca,

rodinu, komunitu. Sú to činnosti sestier, ktoré pomáhajú klientovi používať primerané komunikačné prostriedky a zručnosti.

Sledovanie, pozorovanie, dohľad obsahuje aktivity ako sú detekcia, merania, kritická analýza, monitorovanie stavu jednotlivca, rodiny, komunity vo vzťahu ku konkrétnym daným podmienkam, alebo stavu. *Ciele* v uvedenom prepracovanom systéme predstavujú ďalšiu úroveň v hierarchii schémy intervencií a tvoria 75 cieľov intervencií.

Tab. č. 3 Schéma intervencií (Vörösová, 2007).

1. Anatómia, fyziológia	29. Laboratórne nálezy
2. Modifikácia správania	30. Právny systém
3. Starostlivosť o vyprázdňovanie mechúra	31. Lekárska, dentálna starostlivosť
4. Utváranie citových zväzkov	32. Indikácie liekov, vedľajšie účinky
5. Starostlivosť o vyprázdňovanie čriev	33. Podanie lieku
6. Hygiena dýchacích ciest	34. Príprava liekov
7. Starostlivosť o srdce	35. Mobilita, transfer
8. Opatrovateľské a rodičovské zručnosti	36. Doplnková ošetrovateľská starostlivosť
9. Pomoc, podpora	37. Výživa
10. Komunikácia	38. Odborník na výživu
11. Zvládanie hnevu (koping)	39. Starostlivosť o stómiu
12. Denné aktivity, oddych	40. Iné komunitné prostriedky
13. Disciplína	41. Osobná starostlivosť
14. Starostlivosť o rany, výmena obvazov	42. Polohovanie
15. Záručná doba lekárskeho prístrojov	43. Rehabilitácia

16. Vzdelanie	44. Relaxácia, dychové cvičenia
17. Zamestnanie	45. Oddych, odpočinok, spánok
18. Prostredie	46. Bezpečnosť
19. Cvičenie	47. Skrining
20. Plánovanie rodičovstva	48. Choroba, starostlivosť pri poranení
21. Stravovacie návyky	49. Znamy, príznaky psychické, emocionálne
22. Peňažné prostriedky	50. Znamy, príznaky fyzické
23. Strava	51. Starostlivosť o kožu
24. Návčik chôdze	52. Sociálna práca, poradenstvo
25. Rast, vývoj	53. Zber vzoriek
26. Vedenie domácnosti	54. Duchovná starostlivosť
27. Bývanie	55. Stimulácia, podporovanie
28. Vzájomné ovplyvňovanie	56. Manažment stresu a iné

Informácie špecifické pre klienta tvoria tretiu úroveň informácie. Na stránke omahaorg, ako aj v publikácii sú uvedené prípadové štúdie použitia schémy. Na základe týchto odporúčaní sú uvedené v klinickej praxi významy:

- vytvorenie plánu intervencií ošetrovateľskej starostlivosti,
- *dokumentovanie realizovanej starostlivosti „legeartis“* v súvislosti s autonómiou ošetrovateľskej profesie, zodpovednosti a kompetenciám sestier.

Podľa závažnosti a aktuálnosti problémov klienta sa odvíja aj časové naplánovanie ošetrovateľských intervencií. Následne sa jednotlivé intervencie dokumentujú, v zmysle platnej legislatívy a tie sa dokumentujú v jednotlivých častiach a to: *kategórie, cieľ, informácie špecifické pre klienta.*

5.1.3 Ratingová stupnica pre hodnotenie výsledkov

Tento vzorec hodnotenia výsledkov problému, prezentuje systematický, celok, ktorým vykonávame hodnotenie, resp. meranie (objektívizáciu, kvantifikáciu) pokroku klienta vo vzťahu k identifikovanému špecifickému problému, ako aj vo vzťahu k efektívne plánovaných intervencií v plánovaní starostlivosti. Pri stanovení počiatočných hodnôt pri práci s klientom si ošetrujúci vytvorí vlastnú nezávislú základňu, aby zachytil stav klienta v danom sledovanom okamihu. Vyvára premostenie medzi klientovými problémami a poskytovanou starostlivosťou, zároveň poskytuje praktický návod pre ošetrujúcich v praxi (Martin, 2005). Spomínaná stupnica poskytuje kvantitatívnu metódu dokumentovania starostlivosti o klienta. Je príznačná tým, že je možné použiť ju rýchlo a je zrozumiteľná a čitateľná a to vo všetkých fázach ošetrovateľského procesu. Škála pre hodnotenie výsledkov problému uvádza dimenzie pomocou stupnice Likertovej škály, ktorá je päť bodová:

- *vedomosti*
- *správanie*
- *stav.*

Vedomosti - v tejto oblasti ratingovej stupnice hodnotíme, resp. cieľom je určiť, v akom rozsahu si klient/ pacient zapamätal, porozumel a následne interpretoval informácie, ktoré sme mu poskytli. *Správanie, chovanie klienta* hodnotíme klientove reakcie, resp. činnosti, aktivity, prípadne zručnosti klienta. *Stav* - v tejto dimenzii hodnotíme, posudzujeme, do akej miery sa zlepšil stav klienta, či sa stabilizoval, alebo zhoršil. Hodnotíme na základe subjektívnych a objektívnych charakteristík, znakov, príznakov. Hodnotenie v tejto škále je uvedené bodovo a slovne. Vhodné je vykonávať hodnotenie pred realizáciou intervencií a po vykonaní ako hodnotenie

dosiahnutých úspechov a plánovania ďalších krokov starostlivosti o pacienta v komunite.

5.2 Starostlivosť o novorodenca v komunite

Komunitné ošetrovateľstvo v starostlivosti o novorodenca v období transformácie zdravotníctva, sledovania ekonomických ukazovateľov v poskytovaní starostlivosti bude zohrávať významnú úlohu. „Starostlivosť o dieťa po narodení patrí vo všetkých vyspelých krajinách medzi najdôležitejšie zdravotnícke projekty s vysokou celospoločenskou a ekonomickou návratnosťou“ (Krištová- Nádáská-Semanišinová, 2009, s.128-129). Ako ďalej uvádzajú spomínané autorky “úlohy detskej sestry v komunite vychádzajú z Európskej stratégie starostlivosti o deti a dorast obsahujúcej sedem priorít: zdravie matky a novorodenca, výživa, infekčné choroby, úrazy a násilie, životné prostredie, dorastový vek, psychosociálny rozvoj a mentálne zdravie“. V zahraničí sa „detská“ sestra stáva tou, ktorá ochraňuje zdravý vývoj každého dieťaťa. Neustále rastúci trend skrátenia hospitalizácie a prenášania starostlivosti o pacienta do domáceho, komunitného prostredia ovplyvňuje aj dĺžku hospitalizácie novorodenca.

Podľa GlorieLeifer (2004) starostlivosť orientovaná na rodinu uznáva autoritu a nedotknuteľnosť rodiny, ako základ pre plánovanie a realizáciu zdravotnej starostlivosti. Rodinní príslušníci, ako osoby, ktoré sa starajú a rozhodujú sú neoddeliteľnou súčasťou pôrodnického a pediatrického ošetrovateľstva. Filozofia, ciele, kultúrne a etnické praktiky prispievajú k ich schopnosti prijať zdravotnú starostlivosť o svojich členov a usmerňovať ju. Úlohou ošetrujúcich, ktorí sa starajú o matku a dieťa, v rámci starostlivosti orientovanej na rodinu je nadviazanie kontaktu, prípadne partnerskej spolupráce s rodinou s cieľom dosiahnutia zdravotných cieľov pre členov rodiny. Sestry, ktoré zabezpečujú ošetrovateľskú starostlivosť o dieťa sú často tie,

ktoré spolu s matkou chránia záujmy dieťaťa. V zahraničí pri podstatne kratšej dĺžke hospitalizácie matky s dieťaťom, ako je to na Slovensku, preberajú starostlivosť o novorodenca spolu s lekárom aj sestry, špecialistky. Komunita dnes predstavuje veľmi významné prostredie pre poskytovanie zdravotnej starostlivosti všetkým klientom, poskytovanie bezpečnej, láskavej, úspornej a kvalitnej starostlivosti matkám, dojčatám a rodinám. Táto významná úloha vyžaduje od sestier, aby boli advokátkami pacienta a snažila sa pôsobiť na vlády, podnikateľskú sféru a komunitu tak, aby ich získali na podporu preventívnej starostlivosti o klientky z rady rodičiek a malých detí. Len tak bude zabezpečená pre budúcnosť zdravá populácia. K základným zručnostiam, ktoré sa vyžadujú od sestry, ktorá poskytuje starostlivosť o matku, dieťa v komunite patrí kreativita, umenie riešiť problémy, koordinovať prácu poskytovateľov starostlivosti z rôznych odborov, prípadový manažment, vyhodnocovanie a schopnosť rozhodnúť, ku ktorému odborníkovi matku poslať (Leifer, 2004). Komunita je pre novorodenca a rodičov prirodzené prostredie, ktoré potrebujú pre svoju podporu a rozvoj, či sa jedná o zdravý vývoj novorodenca, či osobnostný rast rodičov za podpory komunity. Hlavnými úlohami komunitnej detskej sestry, ako uvádza Boledovičová, Zrubcová et al. (2009) bude podpora a ochrana zdravia novorodenca zameraná na:

- zabezpečenie správnej výživy, presadzovanie a podpora čo najdlhšieho dojčenia,
- hodnotenie psychomotorického vývoja novorodenca,
- udržiavanie zdravia a bezpečnosti dieťaťa,
- včasné odhaľovanie anomálií v telesnom a duševnom vývine,
- účasť na skriningových vyšetreniach a povinných preventívnych prehliadkach,

- zhodnotenie účasti na povinných očkovaníach,
- včasné odhalenie negatívnych faktorov z prostredia novorodenca, zhodnotenie sociálnych vzťahov v rodine - pocit bezpečia a istoty je pre dieťa jedným zo základných predpokladov zdravého vývoja.

Pri komunitnej ošetrovateľskej starostlivosti o novorodenca sú intervencie sestry zamerané na podporu zdravia novorodenca, podpora normálneho rastu a vývoja dieťaťa. Komunitná ošetrovateľská starostlivosť je zameraná na podporu uspokojovania potrieb novorodenca. K základným biologickým potrebám podľa Sikorovej (2012) patria hlavne:

- potreba príjmu stravy,
- potreba základných hygienických požiadaviek- dostatok tepla, čistoty a ochrany,
- potreba dostatku adekvátnych stimulov, ktoré podporujú nervový systém novorodenca,
- potreba zdravého vývoja, súčasťou je komplexná liečebno-preventívna starostlivosť.

Z psychických potrieb, ktoré majú vplyv na citové prežívanie novorodenca je potrebné spomenúť tie, ktoré umožňujú dieťaťu podporiť rozvoj intelektu, citov, interakciu s okolím:

- potreba zabezpečenia dostatku podnetov- stimulácia v pravý čas, dostatočnej kvalite,
- potreba istoty a bezpečia - uspokojovaná matkou, resp. osobou, ku ktorej si dieťa vytvára vzťah,
- emocionálne podnety,
- potreba vlastnej identity.

Pri socializácii dieťaťa, ako aj jeho ďalšom rozvoji je dôležité zamerať sa na uspokojovanie sociálnych potrieb, ku ktorým patria:

- potreba lásky,
- potreba prijatia dieťaťa,
- potreba rozvoja síl a schopností dieťaťa.

Pri komunitnej ošetrovateľskej starostlivosti o novorodenca metódou ošetrovateľského procesu je vhodné použiť niektorý z klasifikačných systémov ošetrovateľskej praxe. Klasifikačný systém Omaha, ako uvádzajú Beňová, Boledovičová (2015) je možné považovať za vhodný prostriedok plánovania, realizácie a hodnotenia ošetrovateľského procesu v jednotlivých vývojových obdobiach detského veku v primárnej starostlivosti. Implementácia štandardizovanej terminológie v komunitnej ošetrovateľskej starostlivosti je z hľadiska dokumentovania poskytovanej starostlivosti o novorodenca kľúčová.

5.3 Starostlivosť o novorodenca v domácom prostredí

Novorodenec je na základe rozhodnutia neonatológov prepustený do domácej starostlivosti. Podľa účinnej právnej úpravy, ako uvádza Seneši (2015), má zdravotnícke zariadenie povinnosť najneskôr nasledujúci deň po prepustení dieťaťa povinnosť preukázateľne odoslať prepúšťaciu správu lekárovi, ktorého uviedol zákonný zástupca dieťaťa. Zákonný zástupca uzatvorí s uvedeným lekárom pre deti a dorast dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Súčasťou dokumentácie pri prepustení novorodenca je aj sesterská prepúšťacia správa.

Domáci pôrod je v súčasnosti aktuálny a veľmi často diskutovaný hlavne odbornou verejnosťou. Všeobecný lekár pre deti a dorast, ako aj sestra sa stretnú v ambulancii s novorodencom, narodeným

v domácom prostredí často až na ďalší deň po pôrode a sú odkázaní na informácie ohľadom pôrodu a adaptácie novorodenca po pôrode od rodičov. Právny poriadok na Slovensku neupravuje inštitút plánovaného domáceho pôrodu. Seneši (2015) uvádza, že problematikou domácich pôrodov sa zaoberal aj Európsky súd pre ľudské práva. „Európsky súd pre ľudské práva poukázal aj na to, že napriek tomu, že v súčasnosti bezpečnosť domáceho pôrodu v porovnaní z pôrodom v nemocničnom zariadení je predmetom odborných diskusií, treba aby matka mohla svoju voľbu miesta pôrodu vykonať s istotou, že táto voľba bude legálna a svedomím, že táto voľba nebude predmetom žiadnych sankcií“ (Seneši, 2015, s.221). S podobnou problematikou sa stretávame aj v Českej republike. Ako uvádza Straňák (2008), v súčasnej dobe v Čechách pribúda žien, ktoré uprednostňujú ambulantný pôrod. Chcú s dieťaťom opustiť nemocnicu niekoľko hodín po pôrode. Neonatológovia v Čechách sú pripravení na požiadavku skrátenia dĺžky hospitalizácie, avšak upozorňujú na riziká, ktoré sú spojené so skorým prepustením. Ako ďalej uvádza, tehotné ženy majú veľké množstvo informácií o výhodách prirodzeného pôrodu. Existuje však minimum rodičov, ktorí sú schopní pripustiť, že sa môžu vyskytnúť neočakávané komplikácie nielen počas pôrodu, ale aj v niekoľkých nasledujúcich dňoch (Straňák, 2008). Rovnako v Čechách, tak aj na Slovensku sa čoraz častejšie diskutuje o príprave podmienok, ktoré by zabezpečili adekvátnu starostlivosť o novorodencov v teréne. V súčasnosti sa aj na Slovensku znižuje dĺžka hospitalizácie, čo je často diskutovanou témou aj medzi gynekológmi a neonatológmi.

Do domácej starostlivosti sú prepustení aj novorodenci narodení predčasne, ak sú v dobrom klinickom stave a rodičia zvládajú starostlivosť o svoje dieťa. Sestra, ktorá preberá do ošetrovateľskej starostlivosti dieťa, musí mať dostatok informácií, ako aj vedomostí v starostlivosti o novorodencov, vrátame nezrelých,

rovnako aj neočakávané situácie u novorodenca a edukovať aj rodičov. Vzhľadom k tomu, že na Slovensku stúpa počet predčasne narodených novorodencov, táto skupina si vyžaduje zvýšenú pozornosť po prepustení do domáceho prostredia. Ako uvádza Chovancová (2010) aj napriek tomu, že na Slovensku bývajú novorodenci hospitalizovaní dlhšie, ako v USA, po prepustení z nemocnice práve hranične zrelým novorodencom je potrebné venovať zvýšenú pozornosť. „Problém môže vzniknúť aj tam, kde na oddelení prehliadnu, že dieťa je narodené v 35.-36. týždni, je prepustené domov z oddelenia rooming-in, pretože sa javí ako bezproblémové“ (Chovancová, 2010, s.9).

Starostlivosť o hranične zrelého novorodenca by sa mala riadiť zásadami:

- návšteva v domácom prostredí do 48 hodín po prepustení,
- dôsledné zoznámenie sa s anamnézou, postnatálnou adaptáciou a komplikáciami dieťaťa po narodení,
- špecifické posúdenie úrovne výživy dieťaťa pediatrom: spôsob výživy - formula, dojčenie- počet a dĺžka dojčenia, spôsob dokrmovania (odstriekaným materským mliekom, ev. formulou) - lyžičkou, pomocou prsta a striekačky, z fľaše a pod.,
- hodnotenie klinického stavu dieťaťa - vitalita: spavý, dráždivý, sám sa hlási na jedlo, stav hydratácie, údaje o hmotnosti dieťaťa, posúdenie intenzity žltacky,
- informácie o stolici (počet a vzhľad stolíc) a diuréze (počet mokrých plienok),
- zhodnotenie tvaru a stavu bradaviek, posúdenie psychického stavu matky,
- pozorovanie dieťaťa počas dojčenia (Chovancová, 2010).

K dôležitým oblastiam, ktorým by mala sestra venovať pozornosť v prirodzenom domácom prostredí novorodenca, podporovať a edukovať rodičov patria:

- udržiavanie telesnej teploty,
- SIDS- syndróm náhleho úmrtia,
- zabezpečenie správnej výživy- posúdenie a výživové poradenstvo,
- uspokojovanie potrieb novorodenca.

Ošetrovateľská starostlivosť o novorodenca v domácom prostredí na Slovensku, ako aj v Čechách prechádza vývojom. Sestry, ako uvádza Vaňková (2009) zohrávajú kľúčovú úlohu v rámci primárnej starostlivosti a ich pozícia sa bude ďalej upevňovať v rámci zvyšujúcich sa nárokov na zdravie.

5.4 Metodika práce

Predmetom výskumu je otázka návrhu využitia klasifikačného systému Omaha, metódou ošetrovateľského procesu v ošetrovateľskej starostlivosti o novorodenca z pohľadu komunitnej sestry.

Ciele a úlohy práce

- a) Charakterizovať a definovať potreby sledovanej skupiny novorodencov.
- b) Identifikovať najčastejšie ošetrovateľské diagnózy uvedenej skupiny novorodencov.
- c) Definovať a navrhnúť výkony a metódy komunitnej ošetrovateľskej starostlivosti o novorodencov využitím Omaha klasifikačného systému.

- d) Vypracovať štandardizovaný plán ošetrovateľskej starostlivosti z pohľadu komunitného ošetrovateľstva.
- e) Spracovať dokumentáciu s využitím klasifikačného systému Omaha v starostlivosti o novorodenca v komunitnej ošetrovateľskej starostlivosti.

Pri oboznámení sa s uvedenou problematikou bola využitá literárna metóda štúdia odborných a vedeckých prác v SR a v zahraničí. Základnými výskumnými metódami boli: Obsahová analýza dokumentov a metóda konštrukčnej projekcie. Obsahová analýza dokumentov mala retrospektívny charakter. Retrospektívna obsahová analýza dokumentácie novorodencov bola realizovaná na novorodeneckom oddelení Nemocnice Košice- Šaca, 1. súkromná nemocnica v časovom horizonte od decembra 2017 do konca mája 2018 v celkovom počte 724. V dokumentácii novorodencov boli vyhľadávané tie spoločné znaky, respektíve tie skupiny novorodencov, ktoré sú z hľadiska následnej starostlivosti pre sestry dôležité a vyžadujú si dohľad po prepustení do domáceho prostredia.

Prvú skupinu novorodencov v počte 140 tvorili novorodenci s lekárskou diagnózou *novorodenecká žltacka*. Táto skupina novorodencov si vyžaduje dohľad aj po prepustení do domáceho prostredia. Najväčším problémom u spomínanej skupiny z pohľadu komunitnej ošetrovateľskej starostlivosti je *prospievanie novorodenca, dohľad nad dojčením*. Problematika sledovania dojčenia a prospievania novorodenca, ako aj žltacka sa v každej sledovanej skupine novorodencov prelína.

Ďalšiu skupinu novorodencov tvorili novorodenci *hranične zrelí*, narodení do 37. týždňa gestačného veku. V sledovanej vzorke ich bolo 58. V tejto skupine, v počte 9 sa nachádzajú aj *novorodenci narodení z viacpočetnej gravidity - dvojčatá*. Táto skupina novorodencov si vyžaduje zvýšenú pozornosť po prepustení do domáceho prostredia

vzhľadom k možným zmenám v zdravotnom stave a problémoch pri dojčení, kŕmení. Osobitnú kategóriu novorodencov tvorili novorodenci zo *sociálne slabšieho prostredia*. V tejto skupine boli zastúpení hranične zrelí novorodenci, predčasne narodení novorodenci, ako aj *novorodenci mladistvých matiek*. Táto skupina novorodencov je z pohľadu komunitnej ošetrovateľskej starostlivosti dôležitá nie na základe frekvencie jej výskytu, ale závažnosti. K spomínaným najčastejším problémom novorodencov je potrebné zahrnúť problémy ako hygiena, prostredie a zabezpečenie psychických a sociálnych potrieb novorodenca. Starostlivosť o novorodencov si vyžaduje komplexnú multidisciplinárnu starostlivosť a podporu. Zo strany komunitnej ošetrovateľskej starostlivosti si vyžaduje od sestry, ktorá ju realizuje pokračovanie v ošetrovateľskom procese aj po prepustení z nemocničného zariadenia. Na základe analýzy získaných údajov boli identifikované najčastejšie problémy/ ošetrovateľské diagnózy spomínaných novorodencov. Pre jednoduchšiu orientáciu v problematike bol vytvorený návrh ošetrovateľskej starostlivosti o novorodenca v komunite využitím klasifikačného systému Omaha, metódou ošetrovateľského procesu. Vypracovaný návrh bol spracovaný v tabuľkovej forme ako formulár na presné a prehľadné vedenie dokumentácie pre komunitnú sestru, prípadne pre odbornú ošetrovateľskú verejnosť na ďalší výskum. Pri analyzovaní problémov sledovanej skupiny novorodencov a následnom spracovaní podľa klasifikačného systému Omaha sa javilo z hľadiska tvorby plánov ošetrovateľskej starostlivosti ich vypracovať jednotlivo podľa domén. Prvou spracovávanou doménou bola fyziologická doména. Bol vytvorený plán komunitnej ošetrovateľskej starostlivosti podľa klasifikačného systému Omaha metódou ošetrovateľského procesu. Na základe najčastejších problémov sledovanej skupiny novorodencov boli zadané oblasti, na ktoré je potrebné získať

informácie o novorodencovi. Následne boli stanovené sesterské diagnózy, v zmysle platnej legislatívy. Nakoľko problematika prijmu potravy- dojčenia, kŕmenia je najsledovanejšou a najrozsiahlejšou, tabuľkovo bolo spracované zvlášť posúdenie sestrou a zvlášť plán ošetrovateľskej starostlivosti. Plán komunitnej ošetrovateľskej starostlivosti podľa klasifikačného systému Omaha je spracovaný v tabuľkovej forme, ako možný návrh dokumentácie. Súčasťou pri plánovaní komunitnej ošetrovateľskej starostlivosti o novorodenca je zhodnotenie úrovne schopností, vedomostí rodičov novorodenca, aby vedela sestra poskytujúca komunitnú ošetrovateľskú starostlivosť naplánovať postup pri určovaní svojich intervencií. Pri spracovaní sa javilo prehľadnejšie a praktickejšie tabuľkové spracovanie. Pre vyhodnotenie posúdenia, ako aj vyhodnotenie poskytnutých intervencií bola využitá ratingová stupnica hodnotenia- škála pre posudzovanie problémov pre výsledky hodnotenia. Hodnotia sa vedomosti, správanie a stav novorodenca, matky. Bodové hodnotenie je vyjadrené od čísla 1- po číslo 5. Podľa rovnakého stanoveného algoritmu, ako pri fyziologickej doméne boli spracované aj ostatné domény Omaha systému: psychosociálna doména, doména správania vo vzťahu k zdraviu a environmentálna doména. Pomôckou pri spracovaní problematiky využitia klasifikačného systému Omaha v starostlivosti o novorodenca bola Karen Martin (2005).

5.5 Výsledky

Pri analyzovaní problémov špecifickej skupiny novorodencov sa javilo z hľadiska postupu pri tvorbe plánu ošetrovateľskej starostlivosti po prepustení novorodenca do domácej starostlivosti každú doménu vypracovať jednotlivo a následne prepojiť v ošetrovateľskej dokumentácii novorodencov.

FYZIOLOGICKÁ DOMÉNA

1. fáza ošetrovateľského procesu - posudzovanie.

Zo sledovaného súboru novorodencov si v oblasti fyziologickej domény vyžaduje táto skupina pozornosť sestry, ktorá realizuje komunitnú ošetrovateľskú starostlivosť z dôvodu častej frekvencie a výskytu problémov u novorodencov. Hranične zrelí novorodenci sledovanej skupiny si vyžadovali dohľad nad starostlivosťou na úseku rooming-in, vzhľadom k ich zrelosti. V tejto skupine je dôležitý monitoring telesnej teploty, prekrvenia, sledovanie fyziologických funkcií. Už počas hospitalizácie sestry venovali zvýšenú pozornosť matkám, nakoľko si vyžadujú individuálny prístup a opakovanú edukáciu, vzhľadom k veku a úrovni komunikácie. Bolo potrebné venovať zvýšený dohľad aj nad udržiavaním hygieny dieťaťa zo strany matky na úseku rooming-in, nakoľko mladistvé matky zo sociálne slabšieho prostredia si neuvedomovali dôležitosť týchto činností.

Opakované edukácie viedli k nácviku zručností v udržiavaní hygieny novorodenca, udržiavaníu termoneutrálneho prostredia pre dieťa, dojčenie, dohľadom nad príjmom stravy. Z najdôležitejších oblastí u sledovanej skupiny novorodencov je oblasť príjmu potravy. Táto oblasť je kľúčová, z hľadiska prospievania novorodenca po prepustení do domácej starostlivosti. Väčšia časť hranične zrelejších novorodencov, ako aj dvojčiat si v prvých dňoch vyžadovala dohľad nad dojčením a následne po dojčení dokrmovanie vlastným materským mliekom, prípadne formulou. V prípade dojčenia dvojčiat sa realizuje edukácia a nácvik tandemového dojčenia **detí, ako edukácia v dokrmovaní**. Mladistvé matky, prevažne z rizikového prostredia sa často dožadovali umelej výživy, ktorá nezodpovedala gestačnému veku a hmotnosti novorodenca. Dohľad nad dojčením bolo potrebné realizovať aj z dôvodu toho, že nevenovali dostatočnú pozornosť dobe dojčenia, hygieny, ako aj potrebám dieťaťa. Komunikácia počas

hospitalizácie prebiehala aj s členmi rodiny/ komunity v snahe zabezpečiť dohľad nad dieťaťom a matkou po prepustení. Matky boli poučené o tom, že po prepustení do domáceho prostredia sa majú hlásiť u svojho lekára pre deti a dorast, ako aj o potrebnej starostlivosti o dieťa. Pri prepúšťaní novorodenca sestra upozorní matku na konkrétne oblasti, na ktoré sa má zamerať pri starostlivosti o svoje dieťa, ako aj o potrebe navštevovať poradne pre novorodencov a v prípade potreby kontaktovať svojho lekára, prípadne neonatologickú ambulanciu. Po prepustení novorodenca do domácej starostlivosti je dôležité nadviazať na ošetrovateľskú starostlivosť, hlavne v prvých týždňoch po prepustení.

Vyhodnotenie: Vyhodnotenie intervencií a efektivity ošetrovateľskej komunitnej starostlivosti je realizované pomocou hodnotiacej tabuľky.

Tab. 4 Hodnotiaca škála.

<i>ŠKÁLA POSUDZOVANIA PROBLÉMOV PRE VÝSLEDKY</i>					
<i>Pojem</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>
<i>Vedomosť matky- rodičov zapamätať a interpretovať informácie</i>	žiadna vedomosť	minimálna vedomosť	základná vedomosť	primeraná vedomosť	vyššia vedomosť
<i>Správanie matky- rodičov</i>	neprimerane extrémne	zriedkavo vhodné	striedavo vhodné	zvyčajne vhodné	jednoznačne vhodné
<i>Stav matky/ novorodenca</i>	znaky príznaky	závažné znaky príznaky	mierne znaky príznaky	minimálne znaky príznaky	žiadne znaky príznaky

Aby mohla sestra posúdiť novorodenca v oblasti fyziologickej domény podľa klasifikačného systému Omaha v domácom prostredí a následne vykonať sesterskú diagnostiku, mala by pri posudzovaní novorodenca kontinuálne pokračovať v ošetrovateľskej starostlivosti po ukončení ústavnej starostlivosti a sledovať všetky procesy

a potreby, ktoré vedú k udržiavaniu a zachovaniu zdravia a života dieťaťa. Postupuje podľa algoritmu, ktorý si stanoví, aby neobišla žiadnu oblasť na základe klasifikačného systému Omaha. Je dôležité zistiť rozhovorom s matkou, pozorovaním a z dokumentácie pri prepustení dieťaťa:

- gestačný týždeň novorodenca,
- spôsob ukončenia pôrodu,
- adaptácia novorodenca bezprostredne po pôrode,
- stav dieťaťa pri prepustení - príslušné odporúčania v starostlivosti,
- zrak- prítomnosť sekretov v očiach, známky zápalu,
- stav dutiny ústnej - myslieť na možnú kvasinkovú infekciu,
- stav kože - či nie je začervenalá koža v záhyboch a okolo genitálií,
- vedomie- prejavy dieťaťa, tras, kŕče, pohyby očí,
- držanie tela dieťaťa- správne symetrické držanie tela, prípadný opistotonus,
- dýchanie - kvalitu dýchania, apnoické pauzy, stonkanie dieťaťa,
- prekrvenie dieťaťa - akrálne časti teplota, ich prekrvenia, sledovať známky periorálnejcyanózy,
- telesná teplota dieťaťa - vo vzťahu k termoregulácii hranične zrelého novorodenca,
- stolica, močenie - počet mokrých plienok, kvalita a množstvo stolice,
- genitálie u novorodenca - vzhľad, hygiena,
- postnatálnu adaptáciu novorodenca v domácom prostredí,
- príjem potravy - spôsob, množstvo,
- priebeh dojčenia,
- známky dostatočného príjmu potravy novorodenca,

- nevhodné náhrady umelého mlieka,
- doba prikladania dieťaťa k prsníku, frekvencia kŕmenia,
- neutíšiteľný plač dieťaťa,
- deficit v znalostiach o výžive novorodenca,
- prípadný kontakt s infekčnými ochoreniami v rodine, komunite.

2. fáza ošetrovateľského procesu- diagnostika.

Na základe platnej legislatívy v Slovenskej republike pracuje sestra, ktorá realizuje ošetrovateľskú starostlivosť metódou ošetrovateľského procesu. Ošetrovateľské diagnózy boli stanovené na základe najčastejších problémov sledovanej rizikovej skupiny novorodencov počas hospitalizácie s následnou starostlivosťou v domácom prostredí v zmysle Vyhlášky MZ SR č. 306/2005, ktorou sa ustanovuje zoznam sesterských diagnóz. K rizikovým faktorom Syndrómu náhleho úmrtia novorodenca patrí hraničná zrelosť novorodenca, mladistvá matka. V diagnostike v NANDA doménach je Riziko náhleho úmrtia novorodenca - 00156 štandardizovaným názvom ošetrovateľského problému dieťaťa, ktoré je ohrozené pre prítomné rizikové faktory do veku jedného roku. V sesterských diagnózach, ktoré sú legislatívne platné na Slovensku sa táto diagnóza nevyskytuje.

V súvislosti s príjmom potravy boli stanovené ošetrovateľské diagnózy:

D 110 Neúčinné dojčenie novorodenca.

D 110 Neúčinné dojčenie novorodenca v súvislosti s viacpočetnou graviditou.

D 112 Prerušené dojčenie.

D 113 Riziko prerušeného dojčenia.

D 111 Riziko neúčinného dojčenia.

V 120 Zmenená výživa- menší príjem ako telesná potreba prejavujúca sa poklesom hmotnosti.

V 123 Riziko menšieho príjmu potravy ako telesná potreba.

V 138 Riziko zníženého príjmu tekutín.

V súvislosti s dýchaním boli stanovené ošetrovateľské diagnózy:

D 120 – Neúčinné dýchanie.

D 121 – Neúčinné čistenie dýchacích ciest.

D 123 – Riziko dusenia.

D 124 – Riziko hypoxie.

Riziko Syndrómu náhleho úmrtia novorodenca.

Tab. 5 Príjem potravy- posúdenie, diagnostika.

<i>PRIJEM POTRAVY</i>	<i>PLÁN KOMUNITNEJ OŠETROVATEESKEJ STAROSTLIVOSTI</i>
<i>POSÚDENIE, DIAGNOSTIKA</i>	
<p>Meno dieťaťa: Dátum posúdenia: Meno matky: Doména: FYZIOLOGICKÁ</p>	
Ošetrovateľská diagnóza - kód	Znaky, príznaky
	<p>pokles hmotnosti novorodenecká žltáčka správna technika dojčenia spavosť dieťaťa hranične zrelý novorodenec dvojčatá menej ako 5 mokrých jednorázových plienok za 24 h. nedostatočná tvorba mlieka nesprávne prisatie pije s chuťou</p>
Prívlastok:	<p>zvracanie</p>
<p>jednotlivec komunita aktuálny potenciálny health promotion</p>	<p>dokrmovaný druh umelej výživy kŕmený z fľaše stravu ordinoval lekár matka ovláda prípravu umelého mlieka správna poloha dieťaťa na prsníku dojčený 8 -12 x za 24h správna poloha pri kŕmení z fľaše neutíšiteľný plač sací reflex prehltací reflex pravidelné sanie a prehltanie dieťaťa hmotnosť dieťaťa zodpovedá veku dieťa po dojčení pokojné matka verbalizuje spokojnosť Istota matky</p>
Iné zistenia, poznámky	<p style="text-align: right;">Meno a podpis sestry:</p>

3. a 4. fáza ošetrovateľského procesu - plánovanie a realizácia.

Plánovanie vychádza z využitia intervenčnej schémy na základe kategórii v súlade s klasifikačným systémom Omaha. Edukácia, vedenie, poradenstvo, liečba a terapeutické postupy, prípadový manažment, sledovanie a dohľad. Jednotlivé kategórie boli spracované a následne uvedené v tabuľkovej forme.

PRÍJEM POTRAVY

Kategória: Edukácia, vedenie poradenstvo.

Cieľ: Kŕmenie, príprava stravy.

Cieľ: Rodičovské zručnosti.

Informácie špecifické pre klienta:

- sledovanie dojčenia - naučiť matku rozoznať satie a prehĺtanie dieťaťa,
- frekvencia dojčenia 8 - 12 krát za 24 hodín,
- u dvojčiat pokračovanie v tandemovom dojčení, režim dojčenia- vysvetliť prečo je vhodné dojčenie oboch detí na prsníku, naplánovať režim dojčenia detí,
- naučiť matku sledovať charakter stolice- smolka, prechodná, riedka, zelená stolica,
- naučiť matku sledovať počet mokrých plienok- prvých 6- 8 týždňov 5- 6 jednorazových plienok za 24 hodín, moč číry, jasnožltý,
- udržiavanie hygieny prsníkov,
- naučiť matku správnu polohu pri dojčení,
- naučiť matku správnu polohu dieťaťa pri dojčení,
- vysvetliť matke, členom rodiny potrebu podávať vhodnú náhradu materského mlieka podľa ordinácie lekára,
- naučiť matku sledovať teplotu mlieka,

- naučiť matku kŕmenie dieťaťa z fľaše,
- naučiť matku dbať na odgrgnutie dieťaťa,
- poučiť matku o správnej výžive počas dojčenia dieťaťa,
- oceniť matku, pochváliť ju za dosiahnuté úspechy v dojčení,
- sledovať hmotnostnú krivku dieťaťa,
- akceptovať rozhodnutia komunity v oblasti dojčenia.

Cieľ: Rodičovské zručnosti.

Informácie špecifické pre klienta:

- naučiť matku správnej starostlivosti o hygienu dutiny ústnej,
- naučiť matku ako pripraviť bezpečne stravu pre dieťa,
- naučiť matku, ako správne umyť a sterilizovať pomôcky na prípravu stravy pre dieťa,
- naučiť matku ako si odstriekavať materské mlieko,
- naučiť matku, ako sa starať o prsníky po dojčení.

Katégória: *Liečba a liečebné postupy*

Cieľ: Rast a vývoj.

Informácie špecifické pre klienta:

- prevážiť dieťa, porovnať hmotnostnú krivku po prepustení do domácej starostlivosti,
- zistiť charakter stolice dieťaťa,
- zistiť stav dutiny ústnej,
- skontrolovať a korigovať prisávanie dieťaťa- ústa dieťaťa sú naširoko otvorené,
spodná pera je vyvrátená, viac areoly vidieť na ústami,
sledovať hlboké satie, prehĺtanie s pauzami,
- v prípade prirastenej uzdičky po jazykom a problémom so satím dieťaťa konzultácia s lekárom pre deti a dorast,
následne podstrihnutie pod jazykovej uzdičky,

- pri poklese hmotnosti vykonať skúšku dojčenia,
- pri nedostatočnom príjme materského mlieka zväžiť formulu, prípadne fortifikovať materské mlieko.

Katégória: *Prípadový manažment.*

Cieľ: Rodičovské zručnosti.

Cieľ: Kŕmenie, príprava stravy.

Cieľ: Odborník na výživu.

Informácie špecifické pre klienta:

- komunikovať s ostatnými členmi komunity matky: otec, stará matka ohľadom potreby správnej výživy dieťaťa,
- v spolupráci s komunitným pracovníkom zabezpečiť podporu matky pri podávaní umelej výživy pre rizikového novorodenca,
- zabezpečiť pre dieťa v spolupráci s lekárom vhodnú náhradu umelého mlieka,
- zabezpečiť návštevu profesionálnej laktačnej konzultantky, prípadne možnosť konzultácie,
- odporučiť matke podporné skupiny pre dojčenie, kontakt,
- zabezpečiť pomoc pri starostlivosti o kŕmenie dieťaťa pri viacpočetnej gravidite spolu s terénnymi komunitnými pracovníkmi,
- pri žltom sfarbení dieťaťa zistiť hodnotu bilirubínu u dieťaťa perkutánnym meraním, prípadne zabezpečiť odber krvi na vyšetrenie novorodeneckej žltacky.

Katégória: *Sledovanie, pozorovanie dohľad.*

Cieľ: Rast, vývoj.

Informácie špecifické pre klienta:

- návšteva v poradni 1- krát do týždňa,

- návšteva a dohľad nad výživou dieťaťa do úpravy hmotnosti 1- krát v týždni, ak sa matka nemôže dostaviť,
- pokračovať v sledovaní prospeievania dieťaťa po úprave výživy prvých 6 týždňov veku týždenne,
- komunikovať s členmi rodiny, komunity o potrebe podpory a pomoci matke dieťaťa.

Príjem potravy a hodnotenie, samotné hodnotenie sestrou a následné naplánovanie starostlivosti je dôležité u všetkých skupín novorodencov. Pri hodnotení komunitnou sestrou je potrebné sledovať množstvo ukazovateľov, prehľadnejšie sa javilo spracovanie v dvoch samostatných tabuľkách.

Tab. 6 Príjem potravy - Plán starostlivosti.

<i>PRÍJEM POTRAVY</i>		<i>PLÁN KOMUNITNEJ OŠETROVATEĽSKEJ STAROSTLIVOSTI</i>		
Meno dieťaťa:		Dátum :		
Meno matky:				
Problém: potenciálny, aktuálny, health promotion		Sesterská diagnóza		
Doména: FYZIOLOGICKÁ				
Hodnotenie pri prijatí klienta:				
Želaný výsledok :		vedomosti:	správanie:	stav:
		vedomosti:	správanie:	stav:
Katégoria	Cieľ	Intervencie sestry:	Informácie špecifické pre klienta	
E-V-P	kŕmenie	sledovanie dojčenia naučiť matku polohy pri dojení naučiť matku tandemovo dojiť u dvojčiat frekvencia dojčenia 8-12 kŕmení za 24 hod sledovať sanie, prehltanie dieťaťa sledovať močenie -počet mokrých plienok inštruovať matku správne prisatiu dieťaťa naučiť matku prípravu mlieka inštruovať matku správnej technike dokrmovania dieťaťa inštruovať matku - starostlivosť o sterilné pomôcky na prípravu stravy		
L-LP	rast-vývoj	prevážiť dieťa zistiť charakter stolice zistiť charakter moču, počet mokrých plienok skontrolovať podjazykovú uzdičku u dieťaťa vykonať skúšku dojčenia fortifikovať materské mlieko		
PM	odborník na výživu	profesionálny laktačný konzultant podporné skupiny dojčenia správna umelá formula		
S-P-D	rast, vývoj	návšteva v poradni týždenne návšteva a dohľad doma, ak sa matka nemôže dostaviť týždenne pokračovať v sledovaní do 6 týždňov pomoc rodiny, komunity zabezpečovať		
Poznámky:				
Meno a podpis sestry:				

DÝCHANIE

Katégória: Edukácia, vedenie, poradenstvo.

Cieľ: Starostlivosť o dýchanie, hygiena dýchacích ciest dieťaťa

Informácie špecifické pre klienta:

- naučiť matku udržiavať voľné dýchacie cesty,
- naučiť matku, ako polohovať dieťa, aby boli dýchacie cesty voľné,
- naučiť matku sledovať charakter dýchania novorodenca,
- pochváliť, podporiť matku pri starostlivosti o dýchacie cesty,
- naučiť matku manipulovať s monitorom dýchania novorodenca,
- naučiť matku reagovať pri apnoickej pauze dieťaťa- skontrolovať prekrvenie dieťaťa, stimulácia, potreba polohovania, odsatia dýchacích ciest,
- poučiť matku a ostatných členov domácnosti o potrebe vyhľadať lekársku pomoc v prípade apnoe,
- poučiť matku o Syndróme náhleho úmrtia dieťaťa- SIDS,
- poučiť matku o polohovaní novorodenca na boku (nie brucho), ako prevencia SIDS,
- poučiť členov komunity o potrebe zdravého prostredia dieťaťa.

Katégória: Liečba a terapeutické postupy.

Cieľ: Podávanie liekov.

Informácie špecifické pre klienta:

- aplikácia fyziologického roztoku do nosa, prípadne podľa terapie lekára,
- inštruovať matku o správnej aplikácii liekov do nosa,,
- odsatie nosa a dutiny ústnej odsávačkou
- zvlhčovanie prostredia dieťaťa.

Kategória: Prípadový manažment.

Cieľ: Vedenie, podpora.

Informácie špecifické pre klienta:

- zabezpečenie monitoru dýchania pre novorodenca v spolupráci s ďalšími členmi tímu,
- nácvik používania monitoru dýchania pre novorodenca, v prípade dvojčiat pre obe deti,
- spolupráca s komunitnými pracovníkmi, sociálnym pracovníkom pri zlepšení prostredia dieťaťa,
- komunikácia s členmi komunity pri zabezpečení vhodného nefajčiarskeho prostredia dieťaťa.

Kategória: Sledovanie dohľad.

Cieľ: Zmeny správania, modifikácia správania.

Informácie špecifické pre klienta:

- kontrola prostredia ovzdušia v okolí dieťaťa,
- kontrola funkčnosti prístrojov na odsávanie, sledovania dýchania,
- kontrola stavu dieťaťa,
- komunikácia s matkou a členmi domácnosti o potrebe vhodného prostredia pre dieťa.

Tab. 7 Dýchanie - Plán starostlivosti.

<i>DÝCHANIE</i>		<i>PLÁN KOMUNITNEJ OŠETROVATEĽSKEJ STAROSTLIVOSTI</i>		
Meno dieťaťa:		Dátum :		
Meno matky:				
Doména: FYZIOLOGICKÁ				
Problém: potenciálny, aktuálny, health promotion				Sesterská diagnóza
Hodnotenie pri prijatí klienta:		vedomosti:	správanie:	stav:
Želaný výsledok :		vedomosti:	správanie:	stav:
Katégoria	Cieľ	Intervencie sestry:		Informácie špecifické pre klienta
E-V-P	Starostlivosť o dýchanie Hygiena dýchacích ciest	inštruovať matku o udržiavaní voľných dýchacích ciest inštruovať matku o polohovaní dieťaťa inštruovať matku - sledovanie kvality dýchania pochváliť matku za starostlivosť o dýchacie cesty dieťaťa inštruovať matku ohľadom prvej pomoci pri apnoe novorodenca inštruovať matku o riziku Syndrómu náhleho úmrtia novorodenca inštruovať matku o potrebe bezpečného prostredia pre dieťa inštruovať členov komunity o potrebe bezpečného prostredia pre dieťa		
L-LP	Podávanie liekov	aplikácia fyziologického roztoku do noštek inštruovať matku o správnej aplikácii liekov do nosa odsávanie nosa zvlhčenie prostredia dieťaťa		
PM	Vedenie, podpora	zabezpečenie monitoru dýchania pre novorodenca nácvik používania monitoru dýchania novorodenca spolupráca - komunitný pracovník, rodina pri zlepšení prostredia dieťaťa		
S-P-D	Zmena správania modifikácia správania	kontrola prostredia dieťaťa kontrola funkčnosti prístrojov kontrola stavu dieťaťa komunikácia s členmi rodiny o potrebe vhodného prostredia dieťaťa		
Poznámky:				
Meno a podpis sestry:				

DOMÉNA PSYCHOSOCIÁLNA

1. fáza ošetrovateľského procesu - posudzovanie.

Na základe klasifikačného systému Omaha sestra poskytujúca ošetrovateľskú starostlivosť v komunite na základe ošetrovateľskej prepúšťacej správy a rozhovorom s matkou, starou matkou, ako aj členmi rodiny posudzuje:

- *medzilidské vzťahy v rodine*- mladistvá matka býva často s rodičmi partnera,
- *prítomnosť matky s dieťaťom v nemocnici*- matka opustí nemocničné zariadenie novorodenca ponechá na oddelení, pred plánovaným prepustením prichádza do nemocnice,
- *spôsob komunikácie s matkou a členmi komunity,*
- *mentálne zdravie matky a je emocionálnu stabilitu,*
- *vyrovnanie sa s rodičovskou rolou,*
- *rast a vývoj dieťaťa,*
- *vierovyznanie, duchovný život.*

2. fáza ošetrovateľského procesu - diagnostika.

Na základe najčastejších problémov v sledovanej skupine novorodencov boli stanovené ošetrovateľské diagnózy v súlade s platnou ktorou sa ustanovuje zoznam sesterských diagnóz.

V súvislosti s adaptáciou novorodenca boli stanovené ošetrovateľské diagnózy:

A 100 Narušená adaptácia novorodenca v súvislosti so zmenou prostredia.

A 101 Riziko narušenej adaptácie novorodenca.

A 102 Narušená adaptácia rodiny.

A 103 Riziko narušenej adaptácie rodiny.

V súvislosti s edukáciou matky a vedomosťami boli stanovené ošetrovateľské diagnózy:

E100 Nedostatok informácií ohľadom starostlivosti.
o novorodencaprejavujúci sa nedodržiavaním.
liečebného režimu.

E 101 Riziko deficitu informácií.

E103 Nedostatok vedomostí v starostlivosti
o novorodenca v súvislosti s nízkym vekom matky.

E 104 Riziko nedostatku vedomostí.

V súvislosti s plnením rodičovskej roly boli stanovené ošetrovateľské diagnózy:

R 122 Narušené plnenie roly.

R 123 Riziko neplnenia roly.

R 124 Odmietanie plnenia roly.

**3.a 4. fáza ošetrovateľského procesu - plánovanie
a realizácia.**

Katégória: Edukácia, vedenie a poradenstvo.

Cieľ: Stimulácia, podporovanie.

Cieľ: Rodičovské (opatrovateľské) zručnosti.

Cieľ: Zmeny správania, modifikácia správania

Informácie špecifické pre klienta:

- viesť matku, členov komunity vhodnej organizácii a usporiadaniu starostlivosti o novorodenca,
- podporiť u matky opatrovateľské zručnosti,

- pochváliť a podporiť matku v zlepšení organizácie starostlivosti,
- podporovať u matky (zapojiť členov komunity) držanie dieťaťa v náručí- zabezpečiť bonding,
- vysvetliť matke potreby novorodenca predsunúť pred vlastné potreby,,
- vysvetliť rodine potrebu interakcie s dieťaťom
- edukovať matku a členov komunity o potrebe vytvoriť pre adaptáciu novorodenca vhodné prostredie.

Kategória: *Liečba a terapeutické postupy.*

Cieľ: Rast a vývoj.

Informácie špecifické pre klienta:

- realizovať bonding,
- sledovať adaptáciu novorodenca po pôrode, zhodnotiť vitálne funkcie, prekrvenie novorodenca, hmotnostný prírastok, celkový stav novorodenca.

Kategória: *Prípadový manažment.*

Cieľ: Pomoc, podpora

Cieľ: Služby komunitného terénneho pracovníka

Informácie špecifické pre klienta:

- v spolupráci s komunitným pracovníkom zlepšiť domáce prostredie novorodenca,
- zabezpečiť kontakt s podpornou skupinou pre mladistvú matku,
- zapojiť komunitu do starostlivosti o novorodenca a matku,
- v prípade dvojčiat zabezpečiť pomoc a podporu pri starostlivosti o deti.

Kategória: *Sledovanie, pozorovanie a dohl'ad.*

Cieľ: rast, vývoj

Informácie špecifické pre klienta:

- komunikovať s terénnym sociálnym pracovníkom,
- sledovať novorodenca týždenne,
- zabezpečiť pravidelné prehliadky u lekára pre deti a dorast minimálne 1x do mesiaca, v prípade zhoršenia stavu ihneď.

Vyhodnotenie ošetrovateľského procesu.

Vyhodnotenie komunitnej ošetrovateľskej starostlivosti je zabezpečené pomocou hodnotiacej tabuľky.

Tab. 8 Adaptácia novorodenca, rola matky - Plán starostlivosti.

<i>ADAPTÁCIA NOVORODENCA ROLA MATKY</i>		<i>PLÁN KOMUNITNEJ OŠETROVATEĽSKEJ STAROSTLIVOSTI</i>		
Meno dieťaťa:		Dátum :		
Meno matky:				
Doména: PSYCHOSOCIÁLNA				
Problém: potenciálny, aktuálny, health promotion				Sesterská diagnóza
Hodnotenie pri prijatí klienta:		vedomosti:	správanie:	stav:
Želaný výsledok :		vedomosti:	správanie:	stav:
Katégoria	Cieľ	Intervencie sestry:	Informácie špecifické pre klienta	
E-V-P	Rodičovské zručnosti Stimulácia podpora Zmena správania - modifikácia správania	edukácia matky, členov rodiny organizácii a starostlivosti o novorodenca podporiť u matky zručnosti v starostlivosti psychická podpora a pochvala matky za dobrú starostlivosť zabezpečiť bonding - zapojiť otca vysvetliť matke potreby novorodenca - reakcia na potreby podporovať interakciu matky, rodiny s dieťaťom dôležité pre citový rozvoj vytvárať pre dieťa vhodné prostredie v súlade s kultúrou komunity		
L-LP	Rast, vývoj	zabezpečiť bonding - matka, otec sledovať adaptáciu novorodenca - vitálne funkcie, hmotnostný prírastok, správanie dieťaťa, celkový stav		
PM	Pomoc, podpora Služby terénneho komunitného pracovníka	zlepšenie prostredia novorodenca podporné skupiny pre matku podporiť matku pri udržiavaní vhodného prostredia		
S-P-D	Rast, vývoj	sledovanie novorodenca prehliadky u lekára pre deti a dorast		
Poznámky:				
Meno a podpis sestry:				

DOMÉNA SPRÁVANIA VO VZŤAHU K ZDRAVIU

1. fáza ošetrovateľského procesu - posudzovanie.

Aby bol zabezpečený rast a vývoj novorodenca na potrebnej úrovni je potrebné podporovať a viesť rodičov, komunitu k aktivitám, ktoré tieto podporia. Pri posudzovaní v domácom prostredí sestra pokračuje v aktivitách, ktoré vplývajú na zabezpečenie pokračujúcej starostlivosti o hranične zrelého novorodenca mladistvej matky. Fajčenie matky a pobyt novorodenca v zafajčenom prostredí je rizikovým faktorom, spolu s hraničnou zrelosťou novorodenca, ako aj nezrelosťou matky pri Syndróme náhleho úmrtia novorodenca. V anamnéze pri prijatí a pri prepustení novorodenca je uvedené používanie návykových látok, liekov. Sestra, ktorá edukuje matku ohľadom významu dojčenia poskytuje matke, ako aj rodine informácie o vlastnostiach návykových látok a ich vplyve na zdravie dieťaťa.

Na základe konceptu klasifikačného systému Omaha, na podklade prepúšťacej ošetrovateľskej dokumentácie, pozorovania a rozhovoru s rodičmi sledujeme:

- *výživu* matky, jej stravovacie návyky, dojčenie, prípadne náhradné umelú formulu,
- *spánok a odpočinok dieťaťa* ako je novorodenec pripravený na spánok, kvalita, dĺžka spánku,
- *osobná starostlivosť matky* - osobná hygiena, dodržiavanie a udržiavanie hygieny,
- *používanie návykových látok* - druh, množstvo užívania matky,
- *dodržiavanie liečebného režimu*,

- *oddržiavanie odporúčaných lekárskeho kontrol- návšteva poradne.*

2. fáza ošetrovateľského procesu - diagnostika.

Rovnako, ako pri ostatných doménach podľa klasifikačného systému Omaha, aj v doméne správania k zdraviu boli stanovené najčastejšie možné ošetrovateľské diagnózy podľa Vyhlášky MZ SR. Niektoré diagnózy, ktoré sa nenachádzajú vo Vyhláške MZ SR sú uvedené názvom diagnózy bez kódu.

V súvislosti so správaním novorodenca boli stanovené diagnózy:

A 100 Narušená adaptácia novorodenca v súvislosti s užívaním návykovej látky matky, prejavujúca sa dráždivosťou dieťaťa.

P 103 Riziko zmeny psychického stavu novorodenca súvisiace s nadmerným fajčením matky.

S 140 Narušený spánok novorodenca.

Nedostatočné dodržiavanie liečebného režimu zo strany matky

Dodržiavanie liečebného režimu zo strany matky

Nadmerné užívanie návykových látok.

3. a 4. fáza ošetrovateľského procesu – plánovanie a realizácia.

Kategória: *Edukácia, vedenie a poradenstvo.*

Cieľ: Rast a vývoj novorodenca.

Informácie špecifické pre klienta:

- informovať matku, ako aj členov komunity o účinkoch alkoholu na organizmus dieťaťa: alkohol potláča hladinu oxytocínu, novorodenec vypije menej mlieka v dôsledku alkoholovej chuti,

- informovať matku, ako aj členov komunity o účinku nikotínu na novorodenca: nikotín má vplyv na zníženie hladiny prolaktínu, môže dôjsť k znižovaniu prietoku krvi v prsnej žľaze a množstva kyslíka. Nikotín môže vplývať na pokles produkcie mlieka, novorodenec nebude mať pokrytú dennú potrebu mlieka, vplýva rovnako aj na zmeny správania dieťaťa: dráždivosť, poruchy spánku, viac detských kolík, nikotín je rizikový faktor pri Syndróme náhleho úmrtia novorodenca,
- naučiť matku používať relaxačné techniky pre novorodenca pri nepokoji,
- zapojiť rodičov matky do procesu starostlivosti o novorodenca (o novorodencov v prípade dvojčiat),
- podporiť matku v dojčení novorodenca.

Kategória: *Liečba a terapeutické postupy*

Cieľ: Manažment stresu u novorodenca.

Informácie špecifické pre klienta:

- sledovať prejavy účinkov návykových látok na novorodenca,
- pokračovať v behaviorálnej starostlivosti o novorodenca: ticho, pokojné prostredie, termomanžment, polohovanie v hniezde,
- sledovať hmotnostnú krivku novorodenca, vzhľadom k možnému poklesu tvorby materského mlieka,
- konzultovať s lekárom, prípadne klinickým farmakológom vplyv látok na organizmus novorodenca, ako aj koncentráciu látok v materskom mlieku.

Kategória: *Prípadový manažment.*

Cieľ: Užívanie látok.

Informácie špecifické pre klienta:

- zabezpečiť rodine dostatok informácií ohľadom účinkov návykových látok,
- kontaktovať podporné skupiny v prípade záujmu rodičov o pomoc,
- zabezpečiť pravidelné kontroly zdravotného stavu dieťaťa.

Kategória: *Sledovanie, pozorovanie, dohľad.*

Cieľ: Manažment stresu u novorodenca.

Informácie špecifické pre klienta:

- kontrola hmotnosti u rizikového novorodenca minimálne týždenne,
- sledovanie prejavov správania novorodenca v prípade pretrvávania dráždivosti dieťaťa kontaktovať lekára pre deti a dorast,
- sledovanie účinku relaxačných techník u dráždivého novorodenca.

Vyhodnotenie ošetrovateľského procesu

Vyhodnotenie intervencií sestry poskytujúcej komunitnú ošetrovateľskú starostlivosť je realizované na základe škály pre hodnotenie výsledkov problému v tabuľke.

Tab. 9 Užívanie návykových látok. Plán starostlivosti.

Užívanie návykových látok		PLÁN KOMUNITNEJ OŠETROVATELSKEJ STAROSTLIVOSTI	
Meno dieťaťa:		Dátum :	
Meno matky:			
Doména: SPRÁVANIA VO VZŤAHU K ZDRAVIU			
Problém: potenciálny, aktuálny, health promotion			Sesterská diagnóza
Hodnotenie pri prijatí klienta:		vedomosti:	stav:
Želaný výsledok :		vedomosti:	stav:
Katégoria	Cieľ	Intervencie sestry:	Informácie špecifické pre klienta
E-V-P	Rast a vývoj novorodenca Oddych, spánok novorodenca Modifikácia správania matky	poukázať na účinky alkoholu na dieťa: potláča hladinu oxytocínu, menšia tvorba a tým menší príjem mlieka, ako požiadavky na rast poukázať na účinky nikotínu na dieťa: zníženie prolaktínu, zníženie prístoku v mliečnej žľaze, menšia tvorba mlieka, novorodenec odmieta mlieko inštruovať matku, komunitu o vplyve na správanie dieťaťa: dráždivosť, poruchy spánku, nevie zaspávať, koliky, riziko Syndrómu náhleho úmrtia inštruovať matku o relaxačných technikách pre dieťa podporiť matku v dojčení	
L-LP	Manažment stresu u novorodenca	sledovať prejavy účinku návykových látok na novorodenca pokračovať v behaviorálnej starostlivosti: ticho, pokojné prostredie, poloha v hniezde, nenatrasať s novorodencom sledovať hmotostnú krivku, množstvo mlieka u matky konzultovať s lekárom, farmakológom u možnosti zníženia vplyvu stresu na dieťa	
PM	Užívanie látok Zmena správania, modifikácia správania	zabezpečiť dostatok informácií ohľadom účinkov liekov podporné skupiny, pochváliť matku za malé úspechy, podporiť v dojčení	
S-P-D	Manažment stresu u novorodenca	sledovanie prospievania novorodenca sledovanie či postačujú relaxačné techniky na zníženie stresu dieťaťa	
Poznámky:			
Meno a podpis sestry:			

ENVIRONMENTÁLNA DOMÉNA

1. fáza ošetrovateľského procesu - posudzovanie.

Pre vhodné podmienky pre zabezpečenie zdravého vývoja a prosperovania novorodenca je jeho vhodné prostredie. Nemenej dôležité sú podmienky na zabezpečenie podpory a udržiavania zdravia novorodenca. Novorodenec potrebuje vo svojom prostredí dostatok stimulov, aby sa mohol vyvíjať a prosperovať po pôrode. Matka počas hospitalizácie je edukovaná o potrebe zabezpečovať pre svoje dieťa dostatok podnetov v bezprostrednom okolí dieťaťa. O potrebe vytvárať bezpečné prostredie pre dieťa pri prepustení mladistvej matky sú edukovaní členovia rodiny (starí rodičia).

Mladistvé matky zo sociálne slabšieho prostredia nemajú vytvorené dostatočné podmienky na zabezpečenie zdravého vývoja svojho dieťaťa. V tejto komunite sa kladie menší dôraz prostrediu, či už vonkajšiemu, alebo v domácnosti, ako je tomu v iných komunitách. V sledovanej vzorke sa nachádzali mamičky, ktoré mali vytvorené a mali záujem podporovať prípravu a udržiavanie vhodného prostredia pre svoje dieťa, aj s dvojčatami, mali podporu a pomoc rodiny. U tejto skupiny je vhodné pokračovať a viesť rodinu k zlepšovaniu podmienok pre dieťa a zabezpečiť im dostatočnú podporu a pomoc. S ohľadom na rešpektovanie klienta a jeho komunitu pri posudzovaní sestra berie ohľad na komunitu, v ktorej sa nachádza a pomáha rodičom vytvárať pre novorodenca čo najbezpečnejšie prostredie. V tejto fáze ošetrovateľského procesu v environmentálnej doméne podľa klasifikačného systému Omaha posudzujeme:

- spôsob ukončenia pôrodu,
- gestačný týždeň,
- viacpočetná gravidita,
- vek matky,
- bydlisko matky,

- sociálno- ekonomické podmienky,
- fungovanie rodiny,
- pomoc najbližšej rodiny,
- bezprostredné okolie dieťaťa- postieľka,
- stav hygieny matky,
- možnosti, zručnosti matky pri udržiavaní hygieny dieťaťa,
- podmienky na zabezpečenie hygieny dieťaťa.

2. fáza ošetrovateľského procesu - diagnostika.

V koncepte klasifikačného systému Omaha, ošetrovateľských diagnózach v NANDA doménach je venovaná pozornosť prostrediu, komfortu prostredia. Sociálny komfort je štandardným pomenovaním ošetrovateľských problémov v oblasti pohody a kľudu človeka v sociálnom prostredí. Stav matky a jej správanie ovplyvňuje aj rizikového novorodenca. Rovnako aj bezpečné prostredie s dostatkom stimulov je pre hranične zrelého novorodenca dôležité pre podporu jeho rozvoja, ako aj predchádzaniu ochorení. V koncepte klasifikačného systému Omaha, ako aj NANDA sa uvádzajú v ošetrovateľskom procese aj pozitívne zistenia sestry a tieto diagnózy sa štandardne uvádzajú v dokumentácii. Edukáciou a podporou môžeme situáciu viac vylepšiť. V sesterských diagnózach vo Vyhláske MZ SR z roku 2005 by bolo možné nájsť v súvislosti s psychickými procesmi u novorodenca (dvojčiat) možné sesterské diagnózy pre komunitnú ošetrovateľskú starostlivosť:

P 106 Citová tieseň novorodenca v súvislosti s nedostatočnou podporou okolia prejavujúca sa zaostávaním vo vývoji

I 111 Riziko sociálnej izolácie. Ochota k zlepšeniu prostredia. Ochota k zlepšeniu sociálno-ekonomických podmienok rodiny. Riziko narušenia sociálnej interakcie novorodenca v súvislosti s nevhodným prostredím.

3. a 4. fáza ošetrovateľského procesu - plánovanie a realizácia.

Kategória: Edukácia, vedenie a poradenstvo.

Cieľ: Rast, vývoj.

Informácie špecifické pre klienta:

- rešpektovať rodinné prostredie komunity,
- inštruovať rodičov o možnom zlepšení prostredia pre novorodenca,
- poučiť rodičov o možnom riziku infekcie, ak nebude dodržiavaná dostatočná hygiena,
- poučiť rodičov o udržiavaní vhodnej teploty u rizikového novorodenca,
- inštruovať o podpore vývoje novorodenca vhodnými stimulmi z prostredia,
- podporovať citovú väzbu matka, dieťa, rodina.

Kategória: Liečba a terapeutické postupy

Cieľ: Bezpečnosť.

Informácie špecifické pre klienta:

- sledovať bezpečné prostredie pre dieťa,
- sledovať prejavy infekcie.

Kategória: Prípadový manažment

Cieľ: Služby komunitného terénneho pracovníka

Informácie špecifické pre klienta:

- komunikovať s komunitnými pracovníkmi,
- podporné skupiny.

Kategória: Sledovanie, pozorovanie a dohľad

Cieľ: Rast a vývoj novorodenca

Informácie špecifické pre klienta:

- sledovať rast a vývoj dieťaťa s ohľadom na komunitné prostredie.

Vyhodnotenie ošetrovateľského procesu pomocou ratingovej hodnotiacej škály pred a po intervenciách sestry.

Tab. 10 Prostredie - Plán starostlivosti.

<i>Prostredie dieťaťa</i>		<i>PLÁN KOMUNITNEJ OŠETROVATEĽSKEJ STAROSTLIVOSTI</i>		
Meno dieťaťa:		Dátum :		
Meno matky:				
Doména: Environmentálna				
Problém: potenciálny, aktuálny, health promotion				Sesterská diagnóza
Hodnotenie pri prijatí klienta:		vedomosti:	správanie:	stav:
Želaný výsledok :		vedomosti:	správanie:	stav:
Kategória	Cieľ	Intervencie sestry:	Informácie špecifické pre klienta	
E-V-P	Rast a vývoj novorodenca	rešpektovať rodinné prostredie komunity inštruovať rodičov o možnosti zlepšenia prostredia novorodenca poučiť rodičov o možnom riziku infekcie pri nedodržíavaní hygieny poučiť rodičov o vhodnej teplote pre dieťa inštruovať rodičov o podpore vývoja novorodenca vhodnými stimulmi z prostredia podporovať citovú väzbu dieťa, matka, rodina		
L-LP	Bezpečnosť	sledovať bezpečné prostredie pre dieťa sledovať prejavy infekcie u dieťaťa		
PM	Služby komunitného terénneho pracovníka	komunikovať s komunitnými pracovníkmi podporné skupiny		
S-P-D	Rast a vývoj novorodenca	sledovať rast a vývoj novorodenca s ohľadom na komunitné prostredie		
Poznámky:				
Meno a podpis sestry:				

5.6 Diskusia

Klasifikačný systém Omaha, rovnako ako klasifikačné systémy v ošetrovateľstve sa stávajú základným pilierom kvality poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti. Rastúci záujem o používanie klasifikačného systému Omaha poskytuje pre sestry vedomosti, ako aj odpovede na otázky ohľadom prehľadného dokumentovania starostlivosti. Klasifikačný systém Omaha je prepracovaný pre potreby komunitného ošetrovateľstva. Slúži na dokumentovanie poskytnutej ošetrovateľskej starostlivosti, čo je pre zabezpečenie prehľadu, ako aj kvality veľmi dôležité. Ako uvádza Martin (2005), Rastúci záujem o prijatie klasifikačného systému Omaha v praxi a vzdelávacích inštitúciách, ako aj následný výskum poskytne užitočné informácie pri riešení nezodpovedaných otázok. Ďalej uvádza, že čoraz viac praktických lekárov podporuje klasifikačný systém Omaha na dokumentovanie starostlivosti, pretože poskytuje prehľadné zdokumentovanie starostlivosti, presné a merateľné výsledky práce. Odporúča pedagógom rozšíriť medzi študentami využívanie klasifikačného systému Omaha a zverejňovať ich skúsenosti z výskumu, aby sa stal Omaha systém nástrojom pre zlepšenie kvality. Vývojom a výskumom klasifikačného systému Omaha sa v zahraničí zaoberalo mnoho autorov. V roku 2013 spracovali Topaz, Golfenshtein a Bowles štúdiu zameranú na analyzovanie publikácií o klasifikačnom systéme Omaha. Analyzovali 56, ako uvádzajú autori kvalitných publikácií. V závere zistili, že klasifikačný systém Omaha má vysoký potenciál poskytovať zmysluplné a vysoko kvalitné informácie o komplexných službách ošetrovateľskej starostlivosti. Monsten et al. (2015) overovali použiteľnosť klasifikačného systému Omaha v akútnej ošetrovateľskej starostlivosti. Z ich výsledkov vyplynulo, že 86% systémových pojmov klasifikačného systému Omaha bolo

použiteľných pre akútnu ošetrovateľskú starostlivosť. Uvádzajú, že používanie klasifikačného systému Omaha ako multidisciplinárnej terminológie môže preklenúť akútnu a komunitnú starostlivosť a môže slúžiť ako stratégia na výmenu informácií o ošetrovateľskej starostlivosti. Na Slovensku a v Českej republike sa problematikou využitia klasifikačného systému Omaha zaoberalo málo autorov. Beňová, Boledovičová spracovali od roku 2012 do roku 2017 množstvo prác. Venovali sa vývoju a charakteristike klasifikačného systému Omaha, jeho využitiu v komunitnej ošetrovateľskej starostlivosti, ako aj v primárnej starostlivosti. Ako uvádzajú vo svojej práci Beňová, Boledovičová, Pokorná (2015) komunitné ošetrovateľstvo je prioritou WHO a v Českej republike je podporované aj koncepciou ošetrovateľstva. Podľa nich implementácie štandardizovanej terminológie Omaha klasifikačného systému v komunitnom ošetrovateľstve prezentuje podiel ošetrovateľstva na dosiahnutých výsledkoch klienta (jednotlivca, rodiny, skupiny, komunity), zlepšuje narastajúcu multidisciplinárnu koordináciu, umožňuje rozvoj elektronických informačných systémov. Tieto slúžia na zber informácií, analyzovanie údajov, hodnotenie výsledkov pacienta vo vzťahu k jeho špecifickému problému, ako aj pre vyhodnotenie efektivity ošetrovateľskej starostlivosti. V apríli 2017 sa uskutočnila medzinárodná konferencia ohľadom Omaha klasifikačného systému, na ktorej Monsten, Martin (2017) vo svojej správe z konferencie analyzovali pokroky v používaní, skúmaní systému, vývoj softvéru. Začína sa, ako uvádzajú autorky proces skúmania termínov, definícií na revidovanie terminológie klasifikačného systému Omahy, ktorá bude zverejnená v 3. vydaní knihy. Popisujú využívanie klasifikácie v zahraničí, ako napríklad v Holandsku v súčasnosti využíva klasifikačný systém 20 000 sestier. Autorky sú nadšené z transformačných zmien, ku ktorým došlo od vývoja systému Omaha. Podporujú ďalší vývoj a výskum

klasifikačného systému Omaha, aby využili spätnú väzbu na jeho aktualizáciu.

Cieľom práce bolo vypracovať návrh využitia klasifikačného systému Omaha metódou ošetrovateľského procesu v komunitnej ošetrovateľskej starostlivosti o novorodenca. Komunitná ošetrovateľská starostlivosť o novorodenca má svoje opodstatnenie, nakoľko sa neustále skracuje dĺžka hospitalizácie novorodencov, ktorí sú následne prepustení do domáceho prostredia. Cieľom bolo zmapovať a popísať najčastejšie problémy novorodencov, ktorí sú prepustení do domácej starostlivosti, ako pomôcku pre sestru, ktorá kontinuálne pokračuje v ošetrovateľskej starostlivosti o novorodenca. K ďalším cieľom patrili definovanie a návrh výkonov ošetrovateľskej starostlivosti o novorodenca pomocou klasifikačného systému Omaha, vytvorenie štandardizovaného plánu komunitnej ošetrovateľskej starostlivosti o novorodenca, ako aj navrhnuť možnú dokumentáciu s využitím spomínaného klasifikačného systému Omaha. Spracovaniu plánu ošetrovateľskej starostlivosti o novorodenca prepusteného do domáceho prostredia predchádzala analýza a štúdium dostupných zdrojov ohľadom klasifikačného systému Omaha, publikovaných odborných a vedeckých prác v SR a zahraničí. Na zmapovanie a stanovenie najčastejších problémov novorodencov bola využitá metóda retrospektívnej analýzy dokumentácie novorodencov. Za sledované obdobie od decembra 2017 do mája 2018 boli vyhľadávané tie skupiny novorodencov, ktoré sú dôležité pre sledovanie sestrou, ako aj následné poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti o novorodenca po prepustení do domáceho prostredia. Prvú skupinu novorodencov tvorili novorodenci s lekárskou diagnózou novorodenecká žltáčka. Z pohľadu ošetrovateľskej starostlivosti v domácom prostredí si vyžaduje táto skupina novorodencov dohľad nad príjmom stravy, dojčením,

kŕmením. Ďalšiu skupinu tvoria novorodenci hranične zrelí, narodení do 37. týždňa gestačného veku. Táto skupina novorodencov si vyžaduje dohľad, vzhľadom k svojmu gestačnému veku. Ako upozorňujú aj odborníci, hranične zrelým novorodencom je potrebné venovať zvýšenú pozornosť. Chovancová (2010) popisuje, že táto skupina novorodencov má predispozíciu k problémom s dojčením, koordinácia satia, dýchania, prehĺtania, sú termolabilné, s predispozíciou k syndrómu dychovej tiesne. V tejto skupine sa nachádzajú aj novorodenci so sociálne slabšieho prostredia, ako aj novorodenci mladistvých matiek. Táto skupina je z pohľadu komunitnej ošetrovateľskej starostlivosti o novorodenca dôležitá nie z hľadiska frekvencie výskytu, ale závažnosti. Vyžaduje si dohľad a dozor po prepustení novorodenca do domáceho prostredia. Starostlivosť o novorodencov si vyžaduje komplexnú multidisciplinárnu starostlivosť a podporu. Zo strany komunitnej ošetrovateľskej starostlivosti si vyžaduje od sestry, ktorá ju realizuje pokračovanie v ošetrovateľskom procese aj po prepustení z nemocničného zariadenia. Na základe analýzy údajov boli stanovené najčastejšie možné diagnózy a následne vypracovaný návrh ošetrovateľského procesu využitím klasifikačného systému Omaha. Vzhľadom k tomu, aby bola zabezpečená postupnosť a prehľad sa javilo praktickejšie vypracovať jednotlivé domény zvlášť a spracovať ich ako návrh plánu komunitnej ošetrovateľskej starostlivosti tabuľkovo. Na vyhodnotenie bola spracovaná stupnica pre posúdenie výsledkov v bodovom hodnotení od 1-5 bodov. V návrhu plánov komunitnej ošetrovateľskej starostlivosti je odporúčané vyhodnotenie realizovať pred a po realizácii jednotlivých intervencií. Nakoľko príjem potravy a prospievania novorodenca je kľúčový v každej kategórii novorodencov bolo posúdenie a návrh intervencií spracované tabuľkovo zvlášť, vzhľadom k svojej rozsiahlosti. Podľa algoritmu vypracovaného v doméne fyziologickej, bolo postupované

aj u ostatných domén. Najviac problémov sa vyskytlo vo fyziologickej doméne. Jednalo sa o problémy s príjmom potravy, dojčenie, kŕmenie novorodenca, dýchanie, termomanažment, hygiena kože dutiny ústnej. Sesterské diagnózy boli stanovené v zmysle platnej legislatívy SR. Niektoré diagnózy, ktoré neboli uvedené vzhľadom k tomu, že sa v zozname sesterských diagnóz nenachádzajú a sú dôležité svojou závažnosťou boli uvedené slovné ako napríklad Syndróm náhleho úmrtia. Najviac intervencií pre sestry v pláne komunitnej ošetrovateľskej starostlivosti o novorodenca boli plánované v kategórii edukácia, vedenie a poradenstvo, nasleduje sledovanie, pozorovanie, dohľad. Z uvedeného vyplýva, že matky po prepustení do novorodenca do domácej starostlivosti potrebujú v prvých týždňoch po narodení dieťaťa od sestry pomoc a podporu na úrovni vedenia, vzdelávania, dohľadu nad prospievaním dieťaťa a zručnosťou matky postarať sa oň. Fyziologická doména vzhľadom k výskytu problémov je doménou, kde sa problémov nachádzalo viac, ako tomu bolo v ostatných spomínaných doménach. Viacero autorov vo svojich prácach uvádza fyziologickú doménu ako doménu, kde sa nachádza najviac problémov pacientov. Aktas (2016) v Turecku analyzoval potreby jednotlivcov, prijímajúcich ošetrovateľskú starostlivosť v domácom prostredí aplikáciou klasifikačného systému Omaha. Do výskumnej štúdie bolo zahrnutých celkovo 50 pacientov. Na identifikáciu problémov bola použitá schéma klasifikácie problémov klasifikačného systému Omaha. Podľa jeho štúdie väčšina identifikovaných problémov súvisela s fyziologickou doménou, čo sa potvrdilo aj v tejto práci. Rovnako aj Beňová, Boledovičová, Bowles (2016) sledovali najčastejšie problémy pacientov s vybranými gastroenterologickými ochoreniami pomocou klasifikačného systému Omaha v klinickej praxi. Uvádzajú, že najčastejšie problémy podľa klasifikácie boli práve z fyziologickej domény, ako tomu bolo aj u sledovanej skupiny novorodencov tejto práce. Komunitná

ošetrovateľská starostlivosť o novorodencov na Slovensku, nie je tomu inak ani v Českej republike nie je rozvinutou oblasťou. Napredovanie výskumu v ošetrovateľstve, znižovanie dĺžky hospitalizácie napomáhajú jeho rozvoju. Nezanedbateľný je aj fakt, že na Slovensku, ako uvádza Seneši (2015) začínajú byť aktuálnou témou domáce pôrody. Odborníci z neonatológie už dlhšiu dobu upozorňujú na potrebu zabezpečiť kontinuálnu starostlivosť o novorodenca v domácom prostredí. Preto je komunitná ošetrovateľská starostlivosť o novorodenca, z pohľadu budúceho zdravia populácie vysoko aktuálnou a má v rámci ošetrovateľstva svoje miesto. Pomocou klasifikačného systému Omaha, ktorý je prehľadnou klasifikáciou môže byť realizovaný a dokumentovaný ošetrovateľský proces o novorodenca jednotne, kvalitne a kontinuálne po prepustení do domáceho prostredia.

5.7 Odporúčania pre prax

Na základe výsledkov výskumu z návrhu plánu ošetrovateľského procesu s využitím klasifikačného systému Omaha sú predložené návrhy a odporúčania pre ošetrovateľskú starostlivosť o novorodenca:

Pre sestry poskytujúce komunitnú ošetrovateľskú starostlivosť o novorodenca:

- pokračovať vo výskume klasifikačného systému Omaha v komunitnej ošetrovateľskej starostlivosti o novorodencov,
- vypracovať elektronicky návrh dokumentácie ošetrovateľského procesu s využitím klasifikačného systému Omaha s starostlivosťou o novorodenca,
- overiť používanie elektronicky vedenej dokumentácie v praxi,

- oboznámiť sestry s návrhom ošetrovateľskej dokumentácie klasifikačného systému Omaha v starostlivosti o novorodencov a zistiť ich názory,
- oboznámiť sestry s klasifikačným systémom Omaha prostredníctvom odborných seminárov,
- participovať na výskume overovania klasifikačného systému Omaha v praxi,
- vypracovať a overiť v praxi štandardy ošetrovateľskej starostlivosti s využitím klasifikačného systému Omaha,
- participovať na podpore a rozvoji komunitnej ošetrovateľskej starostlivosti o novorodenca po prepustení do domáceho prostredia.

Pre sestry poskytujúce ošetrovateľskú starostlivosť o novorodenca v nemocnici:

- vypracovať návrh ošetrovateľskej prepúšťacej dokumentácie s využitím klasifikačného systému Omaha
- doplniť v prepúšťacej ošetrovateľskej správe informácie, na ktoré oblasti konkrétne sa komunitná sestra má zamerať, aby bola zabezpečená kontinuita starostlivosti,
- participovať na organizovaní spoločných vzdelávacích aktivít so sestrami z ambulancií a neonatologických pracovísk, zameraných na pokračovanie starostlivosti o novorodenca po prepustení a vedení dokumentácie pomocou klasifikačného systému Omaha.

6 VÝZNAM JEDNOTLIVÝCH MAKRO A MIKRONUTRIENTOV V OBDOBÍ TEHOTENSTVA PRE MATKU A PLOD

Tehotenstvo je považované za jedno z najkrajších období v živote ženy. Fyziologické tehotenstvo trvá priemerne 280 dní, t.j. 10 lunárnych mesiacov. Toto obdobie delíme na tri trimestre, počas ktorých sa ženský organizmus stále mení a prispôsobuje potrebám vyvíjajúceho sa plodu. Ide predovšetkým o zvýšenie plazmatického objemu so zvýšeným množstvom hemoglobínu, vývin matkiných telesných zásob a prsníkových žliaz. Dochádza k zväčšovaniu maternice a placenty a tvorbe tekutiny v amniónovom vaku. Mení sa hormonálna regulácia, zvyšuje sa plazmatický objem, čo vedie k zmene koncentrácie albumínov, lipidov, vitamínov a iných látok v krvi. Mení sa aj regulácia glukózy. Zvyšuje sa vstrebávanie železa a vápnika, je prítomná pozitívna dusíková bilancia. Narastá záťaž srdcovo-cievneho systému, pľúc, obličiek a zhoršuje sa motilita tráviacich orgánov aj odvodných močových ciest. Tehotenstvo kladie na organizmus ženy vyššie nároky, preto je potrebné dbať na správnu životosprávu. Metabolická adaptácia sa počas celého tehotenstva prehľbuje. V metabolických zmenách zohráva dôležitú úlohu placenta produkujúca hormóny, ktoré ovplyvňujú metabolizmus jednotlivých živín. Približne o 15-20 % stúpa bazálny metabolizmus, zvyšuje sa účinnosť vstrebávania jednotlivých živín v čreve, znižuje sa strata živín pri prechode tráviacim traktom a obličkami (Hájek, Čech, Maršál a kol., 2014).

Životosprávu je potrebné chápať ako súhrn navzájom sa doplňujúcich niekoľkých faktorov. Základom je dodržiavanie zásad zdravej výživy, adekvátna pohybová aktivita, dostatok spánku, telesná a psychická hygiena. Zdravá výživa je významnou zložkou životosprávy a má veľký význam pre celkový telesný a duševný vývoj človeka. Má podiel na obranyschopnosti voči chorobám, ovplyvňuje výkonnosť

človeka, ale i dĺžku života. Výživové odporúčania platné v súčasnosti zahŕňajú poznatky o nedostatkoch a trendoch vo výžive. Podľa viacerých prieskumov zameraných na výživu nášho obyvateľstva sa ukázalo, že stravovacie návyky nezodpovedajú novému životnému štýlu. Výživa je energeticky nadmerná a nevyvážená v zastúpení jednotlivých makro a mikronutrientov. Hlavným problémom je nepomer medzi príjmom a výdajom energie (Fabiánová, 2012).

Tehotenstvo sprevádzajú zmeny metabolizmu živín, vitamínov, minerálov a stopových prvkov. Vzhľadom k zrýchlenému bazálnemu metabolizmu, prírastku tuku, ostatných tkanív a výžive vyvíjajúceho sa plodu sa zvyšuje energetická potreba. Je potrebné, aby tehotná žena všetky tieto zložky prijímala v správnom pomere a množstve. Nutričný stav významne ovplyvňuje nielen priebeh tehotenstva, zdravotný stav tehotnej ženy, ale je determinantom podmieňujúcim vývoj plodu a zdravotný stav dieťaťa, vrátane ovplyvnenia rizika vzniku mnohých vrodených chýb. Vytvorenie podmienok pre optimálny vývoj plodu a zachovanie dobrého zdravotného stavu matky sú hlavné atribúty zdravej výživy ženy počas tehotenstva. V období plánovaného rodičovstva sa vhodné stravovacie návyky týkajú aj budúcich otcov (Hronek, 2004; Hlúbik, Střítecká, 2004; Müllerová, 2004; Pokorná a kol., 2008). Tehotné a dojčiacie matky sú jednou zo skupín najviac ohrozených nedostatočnou, chybnou výživou, čo môže mať za následok vznik rôznych ochorení tehotných žien, riziko vzniku komplikácií v gravidite, ako aj riziko komplikácií v súvislosti s vývojom plodu. Taktiež sa výrazne zvyšuje výskyt komplikácií pri pôrode. Už v prenátalnom období rastie riziko pre vznik ochorení v dospelosti. Je potrebné vyhnúť sa jednak karenčnej výžive, ako aj nadmernému príjmu energie, ktorý presahuje dennú energetickú potrebu. Podvýživa, nadváha alebo až obezita budúcej mamičky často ovplyvňujú veľkosť dieťaťa, zdravotný stav matky aj dieťaťa počas tehotenstva, ale i po ňom. Medzi rizikové

rodičky vyžadujúce zvláštne výživové nároky patria ženy podvýživené na začiatku alebo počas tehotenstva, adolescentné, obézne, s viacpočetným tehotenstvom, s tehotenstvom prekrývajúcim sa s dojčením predchádzajúceho dieťaťa, ženy sociálno-ekonomicky slabšieho prostredia, s nižším stupňom vzdelania, závislé na drogách, alkohole, fajčení, ale i ženy stravujúce sa niektorým z alternatívnych spôsobov (Jarolímková, Peterka, 2003; Müllerová, 2004; Kasper, 2015).

6.1 Význam potravy v jednotlivých trimestroch gravidity

Príjem potravy sa líši aj vzhľadom k aktuálne prebiehajúcejmu trimestru. Energetický príjem by sa nemal odlišovať od stavu pred otehotnením počas 1. trimestra. Je dôležité neprejedat' sa, ani nehladovať. Plod podvýživenej matky je v 1. trimestri ohrozený vývojom kongenitálnej malformácie, predčasným pôrodom, ale i častou perinatálnou morbiditou a mortalitou. Optimálny váhový prírastok počas prvých troch mesiacov by sa mal pohybovať v rozmedzí 1,5 – 2 kg (Capoušková, 2005).

V 2. a 3. trimestri podvýživa matky nesie so sebou riziko nízkej pôrodnej hmotnosti, nezrelosť plodu a vysokú mortalitu. Nadváha a obezita matky predstavuje dôležité markery, ktoré slúžia ako ukazovatele hodnotenia rizika možného vzniku komplikácií počas tehotenstva. Negatívne pôsobí nielen na matku a jej reprodukčné zdravie, ale i na zdravotný stav a vývoj dieťaťa. Názory autorov na optimálny váhový prírastok sa líšia, zhodujú sa však na jeho závislosti na nutričnom stave matky pred otehotnením. Prírastky sú samozrejme vyššie pri mnohopočetnom tehotenstve. V poslednom trimestri môžu byť skreslené zadržiavaním vody v tele matky.–U tehotných žien sa neodporúča redukcia telesnej hmotnosti, ale obmedzenie hmotnostných prírastkov. Pri komplexnom hodnotení nutričného stavu

tehotných žien vychádzame z anamnestických údajov týkajúcich sa hodnotenia stravovacích zvyklostí. Objektívne meriame a hodnotíme antropometrické údaje, vybrané biochemické parametre, poprípade aj parametre imunologické. Stav saturácie objektívne odráža hladiny vitamínov v plazme alebo v moči (Hlúbik, Strítecká, 2004).

Počas tehotenstva sa hmotnosť tela matky prirodzene zvyšuje, čo je spôsobené vyššie uvedenými zmenami v tele matky, rastúcim plodom, možnými narastajúcimi zásobami tuku v tele matky, retenciou tekutín v tele. Na rýchlosti a konečnom množstve hmotnostného prírastku sa podieľa v prvom rade *výživa matky, jej počiatočný výživový stav, genetická predispozícia, etnická príslušnosť, vek matky, jej prípadné chronické ochorenia, abúzus alkoholu, nikotínu, drog a iné* (Müllerová, 2008; Beňo, 2008; Grofová, 2010; Jorda, Ufberg, 2013).

Ideálne zvýšenie hmotnosti počas tehotenstva v závislosti na hmotnosti ženy pred otehotnením by sa malo pohybovať v rozmedzí 7 – 18 kg, pričom najnižší váhový prírastok by mal byť u žien obéznych pred graviditou a to 7 – 11,5 kg pri BMI >26. Naopak najväčší prírastok cca o 12,5 až 18 kg u žien s BMI < 19,8. Tieto ženy majú síce hmotnostné prírastky vyššie, ale organizmus nevie adekvátne vykompenzovať negatívny vplyv počiatočnej nízkej hmotnosti ženy na vývoj plodu. Priemerné zvýšenie telesnej hmotnosti o 11,5 – 16 kg počas tehotenstva sa odporúča ženám s BMI v štádiu normálnej hmotnosti 19,6 – 26. Fyziologický nárast hmotnosti u ženy v období gravidity je v priemere 12 - 12,5 kg, z čoho tuk tvorí približne 3 - 6 kg. Hmotnostný prírastok sa počas tehotenstva odporúča pravidelne sledovať. Primeraný hmotnostný prírastok tehotnej ženy je najdôležitejším prostriedkom k zaisteniu adekvátneho rastu plodu. Je mylné sa domnievať, že tehotná žena potrebuje zjesť „za dvoch.“ Pôrodná hmotnosť jej jedným z najlepších indikátorov celkového

stavu výživy dieťaťa (Hronek, 2004; Kudela, 2008; Müllerová, 2008; Kudlová, 2009; Grofová, 2010).

Vplyvom nesprávnych stravovacích návykov a sedavého spôsobu života je počas tehotenstva 20 - 40% žien obéznych. *Nadváha a obezita sú pre matku a plod rizikové.* U matky môže vzniknúť hypertenzia, diabetes mellitus, trombembolická príhoda, gestózy, alebo znížená produkcia mlieka. Štatisticky horšie perinatologické výsledky začínajú od hodnoty BMI 28. Aktuálne štúdie poukazujú, že obezita matky vplýva aj na vývoj autizmu a oneskorený vývoj dieťaťa. Boj proti obezite by mal začať už v tehotenstve, v období vnútromaternicového vývoja plodu, kedy dochádza k programovaniu mnohých budúcich ochorení (Krahulec a kol., 2013).

Základom správneho priebehu tehotenstva je optimálny príjem potravy z hľadiska potrieb energie, základných živín, vitamínov a minerálnych látok. Odporúča sa denný energetický príjem cca 1600 kcal. K zaisteniu správneho rastu maternice, placenty a plodu je potrebné počas tehotenstva asi 80 000 kcal, čo zodpovedá zvýšeniu príjmu asi o 300 kcal a 30 g bielkovín nad dennú energetickú potrebu. Podľa WHO a FAO by mal byť energetický príjem navýšený v prvom trimestri o 20 kcal/deň, v druhom trimestri o 85 kcal/ deň a v treťom trimestri až o 310 kcal/deň. Müllerová (2008) tvrdí, že vzhľadom k spoločnej výžive dvoch jedincov nie je jednoduché stanoviť jednoznačné odporúčania denného príjmu jednotlivých živín a množstva energie. Odporúčania sú často založené na faktoriálnych odhadoch, teda navýšení dávky netehotnej ženy o odhad potreby plodu a to bez ohľadu na možné zmeny metabolickej účinnosti počas tehotenstva. Táto situácia je podmienená vstupným nutričným stavom matky pred a na začiatku tehotenstva. Je dôležité neprejedat' sa, ani nehladovať. Dlhšie trvajúca malnutrícia môže spôsobiť potrat a vnútromaternicovú retardáciu plodu. Podvýživné ženy potrebujú pre optimálny vývoj svojho dieťaťa pribrať viac. Preto potrebujú prijať

potravou v porovnaní so ženami s priemerným stavom výživy alebo obéznymi ženami vyššie energetické dávky. Všeobecné výživové odporúčania pre tehotné ženy sa teda líšia. Meradlom dostatočného energetického príjmu je optimálny hmotnostný prírastok v jednotlivých obdobiach tehotenstva. Dôležité je konzumovať pestrú a vyváženú stravu, pričom s pribúdajúcimi mesiacmi je výhodnejšie jesť menšie porcie a zvýšiť frekvenciu prijímania potravy, čím sa odľahčí gastrointestinálny systém pri zvyšovaní objemu v abdominálnej oblasti (Jarolímková, Peterka, 2003; WHO, FAO, 2004; Capoušková, 2005; Müllerová, 2008; Grofová, 2010).

6.2 Makronutrienty vo výžive tehotnej ženy

Bielkoviny predstavujú hlavnú stavebnú zložku jednotlivých orgánov a tkanív. Zabezpečujú špecifické funkcie ako hormóny, transportné zložky, enzýmy a protilátky. Hoci sú zdrojom energie, neukladajú sa do zásob. Dôležité sú pre rast a vývoj plodu, placenty, zmeny maternice a prsníkov. Obvykle sa odporúča príjem 1g/kg telesnej hmotnosti na deň. Počas tehotenstva sa zvyšujú nároky na príjem bielkovín a súčasne dochádza k adaptácii materského metabolizmu na tieto nároky. Dochádza tiež k zníženej produkcii a vylučovaniu odpadových látok ich metabolizmu. Ide predovšetkým o močovinu, ktorá je počas celého obdobia tehotenstva znížená. V prípade, že tehotná žena neprijíma dostatočné množstvo bielkovín, zvyšuje sa ich katabolizmus. Takto získané bielkoviny sú transportované cez placentu k plodu. V energetickom príjme prijímanej potravy tehotnej ženy tvoria bielkoviny 15%. Podľa Kudelu (2008) by tehotná žena mala prijať minimálne 85 g a v poslednom trimestri až 120 g bielkovín za deň, inak dochádza k negatívnej dusíkovej bilancii. Príjem proteínov je zabezpečovaný predovšetkým zo živočíšnych zdrojov. Bielkoviny s najvyššou biologickou hodnotou

sa nachádzajú v rybách, mäse, vajciach. Vhodné sú aj mliečne výrobky, ktoré predstavujú zdroj fosforu a vápnika. V prvých mesiacoch gravidity sa odporúča aj príjem rastlinných bielkovín, predovšetkým strukovín, zemiakov. Pomer príjmu rastlinných a živočíšnych bielkovín by mal byť 1:1. V období očakávaného pôrodu nie je kvôli možnému meteorizmu vhodné prijímať strukoviny. *Nedostatočný príjem bielkovín v tehotenstve* môže spôsobiť hypoproteinémiu sprevádzanú opuchmi u matky, intrauterinnú rastovú retardáciu plodu a placenty a nízku pôrodnú hmotnosť novorodenca. Narúša metabolické, reparačné enzýmové a detoxikačné pochody, objavujú sa anémie, celková slabosť, únava, lámavosť nechtov, poruchy telesného a psychického vývoja, zníženie imunity, priberanie na váhe na vrub vyššieho príjmu tukov a cukrov. Naopak *pozitívna dusíková bilancia* negatívne ovplyvňuje činnosť čriev a obličiek. Nadmerný príjem bielkovín predstavuje záťaž pre pečeň a obličky (Šramková, 2001; Hronek, 2004; Müllerová, 2008; Pokorná et al., 2008; Kudela, 2008; Sabersky, 2009; Grofová, 2010).

Sacharidy predstavujú pre organizmus zdroj energie a vlákniny, ktorá tvorí nezastupiteľné miesto v prevencii obstipácií. Cukry sú počas tehotenstva najväčším a najlepšie spracovateľným zdrojom energie. Glukóza je jedným z najdôležitejších monosacharidov predstavujúcich zdroj energie pre plod, ku ktorému je transportovaná cez placentu. Do plodu sa dostane približne 28% glukózy, ktorá prestúpila placentou. Určitú časť glukózy absorbovanej placentou spotrebuje placenta samotná a uterus k syntéze glykogénu a lipidov. Transport glukózy placentou je závislý na prítomnosti kyslíka. Už ľahká hypoxia matky môže spôsobiť inhibíciu transportu. Prenos nie je závislý na inzulíne. V strave tehotnej ženy by mali sacharidy pokryť asi 50 – 55 % denného energetického príjmu. Pri ich nízkom príjme počas tehotenstva (pod 40 %) sa rýchlo navodí ketóza poškodzujúca plod. Naopak pri vyššom príjme sacharidov s vysokým

glykemickým indexom vzniká hyperglykémia a následná hyperinzulinémia matky aj plodu, čo môže viesť k potratom alebo nutnosti viesť pôrod cisárskym rezom. Odporúča sa príjem potravín s nízkym glykemickým indexom. Ženy trpiace tehotenskou cukrovkou by mali byť opatrné v konzumácii ovocia. Glukóza predstavuje hlavný energetický zdroj pre plod, kryje až 80% jeho dennej energetickej potreby. Vysoký príjem cukru predovšetkým v začiatkoch tehotenstva vedie v kombinácii s nízkym príjmom bielkovín k potlačeniu rastu placenty, čo prispieva k nižšej pôrodnej hmotnosti dieťaťa. Nadmerný príjem nerozpustnej vlákniny (otruby, ovocie, zelenina) znižuje vstrebávanie vápnika, železa, zinku a medi (Hronek, 2004; Müllerová, 2004; Grofová, 2010; Pařízek, 2012; Hronek, Barešová, 2012; Samohýl, Rams, Hirošová a kol., 2016).

Tuky sú nositeľom energie, ktorá sa ukladá do zásob. Predstavujú tiež tepelný izolátor. Do 30. týždňa tehotenstva sa v tele tehotnej ženy ukladá asi 4 kg podkožného tuku prednostne v oblasti zadku, brucha, stehien a slúži ako zásoba energie. Placentou prechádza väčšina mastných kyselín. Voľné mastné kyseliny môžu byť v placentе syntetizované, čím sa ich prísun do plodu zvyšuje. Triacylglyceroly placentou neprechádzajú. U matky stúpa hladina voľných mastných kyselín, triacylglycerolu a cholesterolu. Tuky by mali tvoriť 30-35% denného energetického príjmu. Optimálny príjem je v pomere zloženia 1/3 tukov s nasýtenými mastnými kyselinami, 1/3 s mononenovými a 1/3 s polyenenovými kyselinami. Podľa odporúčaných výživových dávok v tehotenstve by mal byť priemerný denný príjem tukov 75 gramov. Ich príjem je vhodné regulovať vo vzťahu so zvyšovaním sa telesnej hmotnosti a stupňa fyzickej aktivity (Vestník MZ SR, 2015). Dôležitejšia je však kvalita, ako kvantita prijímaných tukov. Ide najmä o esenciálne mastné kyseliny, bez ktorých sa správne nevyvinie CNS a pri prvom vdychu dieťaťa sa neudržia pľúčne mechúriky rozopnuté a skolabujú. Esenciálne mastné

kyseliny by mali tvoriť 4 – 6 % z celkového príjmu energie. Vhodná je konzumácia rastlinných olejov a rýb, predovšetkým morských. Je potrebné zabezpečiť adekvátny príjem omega-3 a omega-6 mastných kyselín, kyseliny dokosahexaenovej (DHA), nakoľko v priebehu tehotenstva dochádza k jej poklesu. Množstvo DHA je podstatne vyššie u prvorodičky ako u žien viackrát tehotných. Dostatočné zásobenie plodu omega-3 mastnými kyselinami zabezpečí dostatočne zásobená matka. Esenciálne mastné kyseliny rady n-3 ovplyvňujú dobu pôrodu a sú potrebné predovšetkým v poslednom trimestri tehotenstva pre rozvoj neuronálnych štruktúr. V prípade ich nepostačujúceho príjmu hrozí neadekvátny vývoj funkcií centrálného nervového systému. Taktiež je negatívne ovplyvnený vývoj kognitívnych funkcií. DHA je esenciálna pre rast a funkčný vývoj mozgu, ale aj pre normálne funkcie mozgu u dospelých. Deti matiek, ktoré v druhej polovici tehotenstva až po tretí mesiac po pôrode denne konzumovali rybí tuk bohatý na EPA a DHA mali v štyroch rokoch života vyšší inteligenčný kvocient ako kontrolná skupina. Štúdie taktiež potvrdzujú lepší psychomotorický vývoj pri suplementácii kyseliny dokosahexaenovej. Konzumácia rýb a suplementácia DHA znižuje počet predčasne narodených detí a incidenciu detí s nízkou pôrodnou hmotnosťou. Denná odporúčaná dávka predstavuje u tehotných žien 100 – 3000 mg DHA. Podľa aktuálnych poznatkov by mal byť ideálny pomer omega-3 a omega-6 1:2 až 1:4, čo platí celkovo pre populáciu, tehotné nevynímajúc. Nedostatočný príjem tukov počas tehotenstva spôsobuje intrauterinnú rastovú retardáciu plodu, skracaje dobu tehotenstva, prispieva k nízkej pôrodnej hmotnosti novorodenca. Vysoký príjem vedie k ukladaniu tukov a tým k vyššej pôrodnej hmotnosti a predlžovaniu doby tehotenstva. Rizikové sú aj toxické lipofilné látky, ktoré predstavujú po prechode transplacentárnou bariérou zvýšenú záťaž pre plod. Dôležitou látkou pre vývoj plodu je cholesterol. Hypocholesterolemia u vyvíjajúceho sa

plodu sa prejavuje spomalením rastu a vývoja plodu, čo vedie k ťažkým vývojovým chybám postihujúcich mozog, tvárovú časť hlavy, končatiny a genitál u plodu mužského pohlavia. Podľa pravidiel racionálnej výživy by mal byť celkový príjem cholesterolu do 300 mg na deň (Cvengroš, 2001; Jarolímková, Peterka, 2003; Hronek, 2004; Müllerová, 2004; Grofová, 2007; Müllerová, 2008; Svačina, 2008; Svačina, Müllerová, Bretšnajdrová, 2012; Kasper, 2015).

Tabuľka 11 Odporúčané výživové dávky pre tehotné ženy od II. trimestra (Zdroj: Kajaba, I., Štencl, J., Ginter, E., Šašinka, M.A., Trusková, I., Gazdíková, K., Hamade, J., Bzdúch, V. Odporúčané výživové dávky pre obyvateľstvo Slovenska 9. revízia. Vestník MZ SR. 2015).

Energia kJ	10900 2600	Vitamín K µg	60	Fosfor mg	900
kcal		Vitamín D3 µg	17	Vápnik mg	1400
Bielkoviny g	80	Vitamín B12 µg	2,6	Horčík mg	350
Tuky g	87	Vitamín A µg	700	Meď µg	1100
MK n-6 (kys. linolová) g	7,6	Vitamín B1 mg	1,4	Chróm µg	50
MK n-3:ALA g EPA+DHA mg	1,4 400	Vitamín B2 mg	1,6	Selén µg	70
MK n-3 spolu g	1,8	Vitamín C mg	120	Jód µg	250
Cholesterol mg	300	Vitamín E mg	16	Zinok mg	11
Vláknina g	26	Vitamín PP mg ekviv. niacínu	18	Železo mg	30
Sacharidy	375	Vitamín B6	1,9		

g		mg		
		B- karotén mg	8	
		Kyselina. pantoténová mg	6	

6.2.1 Význam jednotlivých mikronutrientov

Vitamíny sú organické látky, ktoré si organizmus nevie vytvoriť, alebo ich tvorí len v nepostačujúcom množstve. Podieľajú sa na metabolických procesoch v organizme, ovplyvňujú činnosť jednotlivých orgánov, sú zložkou koenzýmov. Označujú sa aj ako ochranné faktory. Prímeraná konzumácia esenciálnych nutrientov – **vitamínov** pozitívne vplyva na zdravie tehotných, vývoj plodu a zdravotný stav novorodenca. Naopak neadekvátny príjem vybraných vitamínov môže negatívne vplyvať na zdravotný stav tehotnej a spolupodieľať sa na vzniku malformácií uplatnením toxických, teratogénnych efektov nadmerného prísunu. (Hlúbik, Střínecká, 2004; Šulcová, Čížnár, Fabiánová a kol., 2012).

Minerálne látky sú tak ako vitamíny **esenciálnou zložkou potravy**. Tvoria približne 4% celkovej telesnej hmotnosti. Počas tehotenstva sa môže v potrave vyskytnúť ich nedostatok alebo nadbytok. Pri ich nedostatku sa najčastejšie vyskytuje zníženie hodnôt železa a kyseliny listovej, čo spôsobuje anémiu. Častý je aj deficit vápnika a fosforu spôsobujúci metabolické osteopatie. Oslabenie imunity sa vyskytuje u tehotných žien so zníženými hodnotami vitamínu C a zinku. Nadbytok vitamínu A pôsobí teratogénne, vedie k poruchám rastu, očným vadám, môže vyvolať spontánny potrat. Taktiež nie je vhodný nadbytok zinku.

Vitamín A (retinol) patrí do skupiny vitamínov rozpustných v tukoch. V potrave je prijímaný priamo alebo vo forme provitaminu β -karoténu. Zasahuje do množstva fyziologických pochodov v organizme, má významný vplyv na rast a vývoj plodu. Nachádza sa v mlieku, masle, pečeni, mrkve, kele, tekvici, špenáte, marhuliach, paradajkách. Predávkovanie vitamínom A podobne ako vitamínom D spôsobuje hypervitaminózu. Vysoké dávky sú toxické. U ľudí sa vyskytuje vzácné v súvislosti s nesprávnym užívaním koncentrovaných vitamínových preparátov. Horná tolerateľná hranica príjmu vitamínu A je 3000 $\mu\text{g}/\text{deň}$ pre mužov a ženy, vrátane tehotných. Prebytok vitamínu A sa prejavuje praskaním a krvácaním pier, svrbením pokožky, podráždenosťou, poruchou videnia. U plodu sa môžu objaviť kraniofaciálne malformácie. Nároky na vitamín A počas tehotenstva u dobre živých žien nestúpajú. Dôležité je udržiavať optimálnu hladinu príjmu. Pre budúce matky je ideálny príjem vitamínu A v podobe β - karoténu (mrkva, špenát, hlávkový šalát), pretože telo si spracuje toľko provitaminu koľko potrebuje. Zvýšený príjem karotenoidov môže spôsobiť oranžové sfarbenie pokožky, pričom skléry sú biele. Hypervitaminóza vyvoláva zvracanie, nauzeu, obrnu hlavových nervov a vyklenutie fontanely u dojčiat. Pri nedostatku vitamínu A môže vzniknúť suchá až šupinatá pokožka, vyšší výskyt infekcií, narušenie zubnej skloviny. Hrozí tiež malformácia plodu ako sú rázštedy pery a mikrocefálie. Bolo preukázané, že hladina retinolu v sére novorodenca s nízkou pôrodnou hmotnosťou a výškou je v porovnaní s donosenými deťmi nižšia (Hlúbik, Střínecká, 2004; Müllerová, 2004, 2008; Pokorná a kol. , 2008; Kotrbová, 2009; Kasper, 2015).

Tiamín – vitamín B₁ je potrebný predovšetkým v počiatkovej fáze tehotenstva. Ovplyvňuje metabolizmus cukrov, z ktorých organizmus získava energiu, je potrebný pre zdravý vývoj a funkcie mozgu, srdca a ciev. Müllerová (2008) udáva, že nedostatok vitamínu

B₁ počas tehotenstva sa prejavuje ťažkou kardiálnou dekompenzáciou u matky aj dieťaťa. Tiamín sa v hrachu, sóji, fazuli, šošovici. Jeho využiteľnosť sa zvýši v kombinácii týchto potravín s cibuľou. Tiamín je obecné netoxický, až pri dávkach nad 400 mg podaných parenterálne sa môžu prejaviť príznaky anorexie, letargie, stredného stupňa ataxie.

Ribofavín - vitamín B₂ nemá výrazný vplyv na vývoj plodu a jeho nedostatok sa v tehotenstve preukáže veľmi vzácné (ragády v kútikoch úst, zápal jazyka a iné). Je dôležitý pre oxidáciu mastných kyselín. Nachádza sa napríklad v pečeni, sušených hriboch, droždí.

Na biosyntéze steroidov a mastných kyselín sa podieľa **vitamín B₃ - niacín**. Vývoj plodu zásadne neovplyvňuje.

Kyselina pantothenová – vitamín B₅ sa zúčastňuje pri tvorbe koenzýmu A, ktorý je potrebný pre enzymatické reakcie, avšak jeho hypovitaminóza ani hypervitaminóza neovplyvňujú vývoj plodu. Pyridoxín - **vitamín B₆** je dôležitý pre adekvátne rastové procesy a správne fungovanie CNS. Pozitívne vplyva na metabolizmus neurotransmiterov, zosilňuje teratogénne účinky vitamínu A. Pri vyššom príjme tohto vitamínu počas tehotenstva sa môžu po pôrode objaviť u dieťaťa kŕče. Jeho hypovitaminóza zvyšuje pravdepodobnosť predčasného pôrodu. Tehotenstvo vplyvom estrogénov zvyšuje konverziu tryptofanu na niacin. Spolu so železom, vitamínmi B₁₁ a B₁₂ je dôležitý pre tvorbu červených krviniek. Nachádza sa v kuracom mäse, v pečeni, makrelách (Hronek, 2004; Pokorná et al. 2008).

Kyselina listová (vitamín B₉) patrí **v období tehotenstva** medzi **najdôležitejšie vitamíny**, je vhodné dbať na jej dostatočný príjem už pred tehotenstvom. Kyselina listová bráni vzniku defektov nervovej trubice. Denná doporučená dávka je počas tehotenstva 600µg, pričom jej významným zdrojom je zelenina. Mnohé tehotné ženy užívajú výživové doplnky obsahujúce kyselinu listovú. Kyselina

je labilná, ničí sa teplom a oxiduje pri styku s kovom. Väčšinou konzumácia zeleniny ako zdroj nie je dostačujúci a pre riziko deficitu sa odporúča suplementácia. Kyselina listová patrí medzi vitamíny rozpustné vo vode. Nehrozí jej kumulácia, prebytočné množstvo sa vylúči močom. Na základe poznatkov viacerých štúdií sa odporúča podávať vysoké dávky kyseliny listovej (cca 4 mg denne) ešte pred otehotnením ženám, u ktorých došlo v predchádzajúcom tehotenstve k malformácii plodu. Nervová trubica sa počas embryonálneho vývoja uzatvára medzi 22. a 28. dňom tehotenstva, kedy žena ešte väčšinou nevie, že je tehotná. Pri nedostačujúcom príjme kyseliny listovej môže vzniknúť spina bifida, meningokéla, anencefalia a ďalšie malformácie centrálneho nervového systému, ale i vznik rázštepov a vrodených srdcových väd. Nedostatok tohto vitamínu spôsobuje potraty, predčasné pôrody, rôzne deformácie, mozgové retardácie. Je potrebná aj pre správnu krvotvorbu, rast a delenie buniek. Potraviny obsahujúce kyselinu listovú by mali konzumovať všetky ženy, hlavne v surovom stave, keďže ju tepelná úprava ničí. Vhodné sú orechy, cereálie, strukoviny, vajcia, špenát, špargľa, brokolica, karfiol, šalát, ale i pomaranče, banány a pivovarské kvasnice.

Nedostatok vitamínu B₁₂ sa vyskytuje hlavne u vegetariánov a vegánov. Jeho hladinu v organizme znižuje aj fajčenie. Hypervitaminóza nie je známa, jeho nedostatok však prispieva k vzniku defektov neurálnej trubice, inzulínovej rezistencie a nízkej pôrodnej hmotnosti. Vitamín B₁₂ prispieva k využitiu kyseliny listovej pre syntézu DNA pre správnu rýchlosť rastu plodu, má veľký význam pre správny vývoj mozgu plodu a je aj významný antioxidant (Hronek, 2004, Kasper, 2015).

Vitamín C je esenciálny, vo vode rozpustný mikronutrient potrebný pre mnoho biochemických pochodov v organizme. Jeho zásoby sú v ľudskom organizme nerovnomerne rozložené v tkanivách. Klinické prejavy nedostatku vitamínu C sa prejavajú, ak jeho hladina

poklesne pod 300 mg. Jeho **koncentrácia vo vnútornom prostredí je plne závislá na perorálnom príjme**. Pri vyššom príjme stravou sa absorpcia podstatne znižuje. Fajčenie znižuje vstrebávanie vitamínu C a pri náraste voľných radikálov zvyšuje jeho spotrebu. Teplom sa vitamín C ničí. Aj keď hypervitaminóza prakticky neexistuje, u plodu vystaveného jeho vysokým dávkam sa môže rozvinúť podmienená hypovitaminóza. Vzniká závislosť na vysokom príjme vitamínu C, ktorá sa u novorodenca prejaví jeho hypovitaminózou. Nedostatok kyseliny askorbovej počas tehotenstva môže vyvolať predčasné prasknutie chorioamniotických membrán, čo býva dôvodom predčasného pôrodu. Vitamín C je nevyhnutný pre vývoj plodu, ovplyvňuje mnohé enzymatické pochody, má antioxidantné účinky, čím chráni tkanivá a zlepšuje imunitu. Vitamín C je potrebný aj na výstavbu spojivového tkaniva a v neposlednom rade pozitívne ovplyvňuje vstrebávanie nehemového železa. Podieľa sa aj na odbúravaní cholesterolu. Nachádza sa hlavne v čiernom ríbezlí, jahodách, citrusových plodoch, chrene, kapuste, pažitke, paprike (Hlúbik, Střítecká, 2004; Kasper, 2015).

Tokoferol – vitamín E sa uplatňuje ako antioxidant, chráni tuky, hormóny, enzýmy, bunkové membrány. Tokoferol výrazne zlepšuje pohyblivosť spermií, indikuje sa pri liečbe infertility. K jeho regenerácii je potrebný adekvátny príjem vitamínu C. Hypervitaminóza nespôsobuje teratogénne, mutagénne ani karcinogénne účinky. Významným zdrojom tohto vitamínu sú orechy a sója. Cez placentu je transportovaný difúziou. Zásoby vitamínu E sa u plodu vytvárajú počas poslednej štvrtiny tehotenstva, preto je u predčasne narodených detí vyššia pravdepodobnosť jeho nízkych zásob a hrozí tak vznik nielen hemolytickej anémie, ale aj bronchopulmonálnej dysplázie a intraventrikulárneho krvácania reagujúceho na podanie vitamínu E (Fall et al. 2003; Svačina et. al. 2008).

Placentou sa do plodu dostáva **vitamín K** - Fyllochinon, ktorého hypovitaminóza je pomerne vzácna. Je potrebný pre optimálnu funkciu zrážacích faktorov krvi, prevenciu krvácajúcich stavov plodu, metabolizmus niektorých xenobiôtík, rast a transformáciu buniek. Tak ako pri vitamíne E, aj pri vitamíne K platí, že zásoby sa tvoria v neskoršom štádiu tehotenstva, preto u nedonosených detí hrozí ako následok nedostatočnej zásoby intrakraniálne krvácanie. Vitamín K sa nachádza v strukovinách, špenáte, paradajkách, zemiakoch, mrkve, v pečeni (Hronek, 2004; Müllerová, 2008).

Vitamín D podporuje vstrebávanie vápnika, fosforu a napomáha ich ukladaniu do kostí. Medzi vitamínmi má zvláštne postavenie, nakoľko môže byť v tele syntetizovaný a nie je nutné ho vždy dodávať potravou. Pri adekvátnej expozícii slnečným žiarením nie je potrebný perorálny prísun. Mnohé obézne ženy majú sklon k zníženiu hladiny tohto vitamínu, preto sa v niektorých krajinách odporúča suplementácia vitamínom D 400 IU denne u všetkých žien v s prekonceptným BMI ≥ 30 . Pri nedostatku vitamín D vzniká krivica. Vysoké dávky vitamínu D sú toxické, pričom predávkovanie vedie u žien k hyperkalcémii. Intoxikácia môže vzniknúť len z perorálneho príjmu, nie z prílišného opaľovania.

Prekročenie odporúčanej dávky môže vyvolať zvracanie, bolesť hlavy, kŕče, poruchy srdcového rytmu. Vitamín D a jeho metabolity prechádzajú placentou do plodu a môžu spôsobiť poruchy kognitívnych funkcií, stenózy aortálnych chlopní, idiopatickú hyperkalcémiu so škriatkovitým výrazom tváre, mentálnou a rastovou retardáciou, skorým vývojom sekundárnych pohlavných znakov u dievčat a kryptorchizmom u chlapcov. Naopak jeho nedostatok v tehotenstve vedie u matky k poruchám metabolizmu vápnika, k neonatálnej hypokalcémii a tetánii, osteomalácii a deformitám panvy. Na strane dieťaťa hrozí neúplné vyvinutie zubnej skloviny

a spomalenie rastu (Šramková, 2001; Hronek, 2004; Hlúbik, Střítecká, 2004; Krahulec a kol., 2013).

Konzumácia multivitamínových preparátov u tehotných žien nie je vhodná, nakoľko nie je možné odhadnúť nežiadúce účinky ostatných vitamínov.

Počas tehotenstva je zvýšená potreba príjmu **železa**, ktoré je nevyhnutné pre správny rast, neurologický vývoj plodu a novorodenca, krvotvorbu, zásobenie plodu živinami a kyslíkom. Jeho nedostatok spôsobí vznik sideropenickej anémie u matky aj plodu. Pravdepodobnosť vzniku anémie je vyššia u žien s nedostatočnými zásobami železa už pred otehotnením, t.j. u vegetariánok, dospievajúcich a podvyživených s nízkym kalorickým príjmom a pri zvýšenej potrebe pri mnohopočetnom tehotenstve. Príznakmi nedostatku železa sú únava, zimomravosť, bledosť kože, slizníc, dýchavičnosť, ospalosť, palpitácie, slabosť nechťov, popraskané ústne kútiky, zmeny na jazyku. Anémia tehotnej ženy nesie so sebou riziko predčasného pôrodu a nízkej pôrodnej hmotnosti. Jeho nedostatok môže spôsobiť aj prenatálnu hypoxiu ako dôsledok neefektívneho transportu kyslíka k plodu, negatívne vplyva na inteligenciu a behaviorálny vývoj plodu. Počas tehotenstva dochádza k jeho zvýšenej črevnej absorpcii. Vstrebávanie železa, ktoré nie je naviazané na hem je znižované prijatými oxalátmi (špenát, rebarbora, fazuľa), polyfenolmi (orechy, strukoviny), vysokými koncentraciami vápenatých a horečnatých solí, zvýšenou konzumáciou kávy, čaju a proteínov zo sóje. Naopak jeho vstrebávanie pozitívne podporuje vitamín C, bielkoviny živočíšneho pôvodu a organické kyseliny. Tehotná žena by mala denne prijať 27 - 30 gramov železa. Doporučený denný príjem je často nedosiahnutý, preto je vhodné suplementovať železo, nakoľko je prakticky nemožné, aby ho tehotná žena získala len zo stravy. Niektorí autori naopak uvádzajú, že suplementácia železa bez preukázateľnej anémie nie je vhodná. Príliš

vysoká hladina hemoglobínu v tehotenstve ohrozuje plod, hrozí spomalenie rastu, zvyšuje sa riziko rastovej retardácie. Toxická dávka železa je 100 mg. Príliš vysoké dávky železa vedú k jeho nahromadeniu v organizme, ktorý nevie také množstvo vylúčiť, následkom čoho môže dôjsť k poškodeniu buniek parenchymatóznych orgánov (Pokorná et al. 2008; Végh, 2013; Kasper, 2015).

Nároky na spotrebu **horčika** potrebného pre stavbu orgánov, tvorbu kostí a vývoj CNS v období tehotenstva stúpajú. Vrodené vady a syndróm náhleho úmrtia novorodenca môže súvisieť práve s jeho nedostatkom. S dlhodobým nedostatkom horčika sa zvyšuje riziko predčasných kontrakcií, potratu, predčasného pôrodu, placéntarnej insuficiencie, rozvoja gestózy u matky, zvyšuje sa tiež riziko astmy či ekzému u novorodenca. Nedostatok horčika môže spôsobiť kŕče v lýtkach, rôzne nervové poruchy. Nachádza sa v mandliach, banánoch, maku, kakau, orieškoch, špenáte, šošovici. Jeho významným zdrojom sú aj niektoré minerálne vody, mlieko a mliečne výrobky, mäso, celozrnné potraviny, ryby, citrusy. Je potrebné ho prijímať spolu s vápnikom v pomere 2:1 v prospech vápnika (Kotrbová, 2009).

Vápnik je považovaný za základný stavebný prvok plodu. Je nevyhnutným minerálom pre plod, ale i pre matku. Pre jeho adekvátne vstrebávanie je potrebný horčik v správnom pomere. Pri nedostatočnom príjme odčerpáva plod vápnik z tela matky, hlavne z kostí a zubov, čo môže spôsobiť vznik osteoporózy a kariézneho chrupu matky. Počas druhej polovice tehotenstva sa zdvojnásobuje absorpcia vápnika z potravy, čím sa kompenzujú vysoké nároky plodu a zároveň si matka pripravuje zásoby na obdobie laktácie. Adekvátny príjem vápnika pozitívne vplýva na krvný tlak, znižuje riziko vzniku gestóz, zmiernuje vznik tehotenských kŕčov v dolných končatinách, pomáha odstraňovať únavu a popôrodnú depresiu, je vhodný ako prevencia preeklampsii. V tehotenstve sa odporúča prijať 1500 mg

vápnika na deň, v opačnom prípade je potrebná suplementácia. K znižovaniu jeho absorpcie dochádza pri príjme potravy s vyšším obsahom vlákniny. Vhodné je konzumovať viac mliečnych produktov, mak, sardinky (Kasper, 2015).

Nedostatok **zinku** podporuje vznik malformácií a má inhibičný vplyv na vývoj centrálného nervového systému. Je dôležitý pre správny rast plodu, metabolizmus bielkovín, imunitné reakcie, syntézu DNA, zvyšovanie aktivity inzulínu. Nedostatočný príjem zinku býva u vegetariánok a žien s nízkym energetickým príjmom. Jeho vstrebávanie znižuje prívod železa. Nachádza sa v mliečnych produktoch, sóji, morských plodoch, rybách, v mäse, strukovinách. Pri jeho deficite môže dôjsť k rastovej retardácii plodu vzhľadom na gestačný vek a nízkej pôrodnej hmotnosti, predčasnému pôrodu či potratu (Pokorná et al., 2008; Müllerová, 2008).

Chróm reguluje hladinu tukov v krvi, pôsobí ako glukózový tolerančný faktor. Zvýšený príjem cukrov v potrave sa podieľa na zvýšenom vylučovaní chrómu, čo spôsobuje jeho nedostatok. Obsahuje ho čierny čaj, niektoré syry, zemiaky. Jeho nadbytok sa nevyskytuje.

Med' pozitívne vplýva na vývoj kostí, adekvátny rast, hemoglobín. Nedostatok medi sa prejavuje redukciou tvorby myelínu v mozgu, poruchou glukózovej tolerancie. Nachádza sa v kakau, šošovici, fazuli.

Selén zohráva významnú úlohu vo vývoji kostrového svalstva, znižuje riziko potratov, pozitívne vplýva na imunitu. Patrí medzi účinné antioxidanty. Počas tehotenstva sa zvyšuje jeho spotreba. Vo vyšších dávkach je karcinogénny a toxický (Hronek, 2004).

Prevažne v kostiach sa spolu s vápnikom vyskytuje **fosfor**, pre ktorého vstrebávanie je potrebný vitamín D. Podieľa sa na energetickom metabolizme buniek, správnej funkcii nárazníkových systémov intra

a extracelulárnej tekutiny. Hypofosfátémiu spôsobuje znížené vstrebávanie z čreva, často pri nedostatku vitamínu D alebo pri malabsorbcii.

Jód je dôležitý pre optimálny vnútromaternicový vývoj plodu a dojčaťa. Potreba príjmu jódu u tehotnej ženy je 230µg. Počas tehotenstva dochádza k vyšším stratám jódu obličkami a k prestupu z krvi matky do krvi plodu, ktorý od 12. týždňa tehotenstva syntetizuje hormóny štítnej žľazy. Nedostatok jódu sa môže na plode prejavíť už od 8. týždňa tehotenstva, následkom čoho môže byť potrat, kretenizmus, novorodenecký hypotyreoidizmus a nízka pôrodná hmotnosť spojená s vyššou pôrodnou úmrtnosťou. Nedostatok hormónu štítnej žľazy počas vnútromaternicového vývoja ovplyvňuje psychický aj telesný vývoj dieťaťa, zvyšuje počet potratov a pôrodov mŕtveho dieťaťa. Hypotyreóza vedie k vrodenému kretenizmu. Pri výraznom nedostatku jódu môže plod syntetizovať vlastné tyroidálne hormóny, čím dochádza k hypothyreoidizmu, nesprávne sa diferencujú neuróny, neskôr dochádza k demyelinizácii nervových vlákien a je narušené ich zrenie. Častý je aj výskyt mentálnej retardácie, hluchonemoty, spastickej parézy či plégie, znížená činnosť štítnej žľazy, škuľavosť. Odporúča sa konzumovať jodizovanú kuchynskú soľ, morské ryby, vhodné sú aj niektoré minerálne vody (Hronek, 2004; Kotrbová, 2009; Kasper, 2015).

Kuchynskú soľ v dennom príjme eliminujeme u tehotných žien v prípade opuchov, hypertenzie a pri chorobách obličiek.

Pitný režim

Súčasťou správnej výživy je aj optimálny **pitný režim** priebežne počas dňa. Tehotná žena by mala prijať približne 1470 ml vody vo forme nápojov a v tuhej potrave asi 840 ml počas dňa. Odporúča sa zvýšiť príjem tekutín na 30 - 45 ml/kg. Vyvodzovať jednoznačné odporúčania je náročné, nakoľko pre každú ženu je potreba príjmu tekutín individuálna, v závislosti od mnohých

vnútorných a vonkajších faktorov (teplota prostredia, fyzická aktivita, skladba stravy a iné). Pre každodenný príjem je vhodné piť čistú vodu z vodovodu, vody balené, ale aj slabo mineralizované vody. Stredne a silne mineralizované vody sú vhodné len ako doplnok v objeme do 500 ml za deň. Nie sú vhodné nápoje obsahujúce oxid uhličitý, ktorý môže u tehotných spôsobiť pálenie záhy, zvracanie, zvýšenú peristaltiku tráviaceho traktu. Čaj obsahuje kofeín ovplyvňujúci nervový systém matky a plodu a má diuretický efekt. Taktiež obsahuje triesloviny znižujúce vstrebávanie železa. Ovocné čaje tieto látky neobsahujú, no ich negatívum je obsah pridaných aróm a farbív. Bylinkové čaje je nutné vyberať opatrne tak, aby nemali negatívny vplyv na vývoj plodu. Čaje by počas tehotenstva nemali tvoriť základ pitného režimu. Veľké množstvo vitamínov, minerálov, antioxidantov, vlákniny obsahujú džúsy. Ich nevýhodou je prítomnosť aditív, organických látok a monosacharidov. Ovocné džúsy je vhodné riediť vodou v pomere 1:1. Pre tehotnú ženu nie sú vhodné sladené tekutiny, kolové nápoje obsahujúce kofeín a kyselinu fosforečnú a tonik s obsahom chinínu ovplyvňujúci svalovinu maternice. Či je pitný režim u ženy dostatočný je možné odhadnúť podľa farby moču, ktorý by mal byť svetložltý. Pri dehydratácii organizmu sa objavuje tmavožltý až oranžovo sfarbený moč. Tekutiny je potrebné prijímať priebežne počas dňa. Nedostatočný pitný režim môže viesť k vzniku zápchy, opuchov, bolestiam hlavy, závratom, poklesu psychickej a fyzickej výkonnosti predovšetkým v druhej polovici tehotenstva. Počas tehotenstva sa zvyšuje objem plazmy, vyvíja sa hemodilúcia so znížením koncentrácie hemoglobínu v krvi a dochádza tak k lepšiemu prekrveniu placenty. Pôsobením hormónov môže u tehotnej ženy dôjsť ku vzniku opuchov. Pri ich vzniku nie je potrebná reštrikcia príjmu tekutín, vhodné sú ovocno-ryžové dni a redukcia príjmu kuchynskej soli. Podávanie diuretik je v tomto prípade kontraindikované (Hronek, 2004; Pokorná et al., 2008; Kasper, 2015).

Súčasťou stravy sú nie len látky, ktoré telo potrebuje, ale aj látky, ktoré môžu byť pre matku a plod škodlivé.

Plod počas vnútromaternicového vývoja chráni pred toxickými vplyvmi placenta, no niektoré látky sú schopné placentou prechádzať. Toxické látky ako **alkohol, fajčenie, kofeín, drogy** a taktiež vysoké neprimerané dávky vitamínov a minerálov škodia predovšetkým plodu. Je mimoriadne dôležité odstrániť príjem týchto návykových látok (Beňo, 2008).

V počiatočnej fáze tehotenstva môže zvýšená **konzumácia alkoholu** spôsobiť embryofetálny alkoholový syndróm charakterizovaný abnormálnymi tvárovými rysmi, oneskoreným rastom, poruchami nervového systému plodu. Deti s touto poruchou mávajú problémy so sluchom, zrakom, pozornosťou, učením, komunikáciou, ale i pamäťou. Alkohol zvyšuje počet potratov. Niekoľko štúdií potvrdilo zvýšený počet potratov pri miernej konzumácii alkoholu denne, čo predstavuje asi jeden drink. Štúdie prevádzané na vzorke viac ako 5000 tehotných potvrdili zvýšený výskyt potratov pri konzumácii troch a viac drinkov alkoholu týždenne počas prvého trimestra tehotenstva. Príležitostná mierna konzumácia alkoholu od štvrtého mesiaca tehotenstva sa považuje za prípustnú, iní autori však tvrdia, že účinky nízkych dávok alkoholu počas tehotenstva zostávajú nejasné (Kasper, 2015). V roku 1980 Us Food and Drug Administration odporučila v tehotenstve znížiť **konzumáciu kávy**, nakoľko existujú údaje hovoriace, že kofeín prestupuje placentou a tak ovplyvňuje srdcovú a dychovú frekvenciu plodu. Vyšší príjem kávy denne (viac ako 2 šálky) nesie so sebou riziko nižšej pôrodnej hmotnosti novorodenca. Tehotným ženám je doporučená opatrná konzumácia kávy a iných potravín obsahujúcich kofeín. Tehotenstvo výrazne spomaľuje počas rozpadu kofeínu. Kofeín má močopudné účinky. Odporúča sa obmedziť príjem skorice, čierneho korenia, mäty, karí korenia, zeleru a petržlenu nakoľko spôsobujú prekrvenie

panvy. V priebehu tehotenstva môže byť plod negatívne ovplyvnený aj vplyvom **matkou užívaných liekov**, čo môže mať za následok vznik a rozvoj rôznych malformácií. Je preto vhodné poradiť sa pri užívaní liekov vždy s lekárom. Najcitlivejším obdobím je prvý trimester, kedy je embryo najviac ohrozené negatívnymi účinkami konzumovaných liekov. Dôležité je dbať aj na správnu hygienu a tepelnú úpravu potravín. Pre stravovanie tehotných platia všeobecné zásady zdravého stravovania, t.j. zásady chrániace nutričnú hodnotu a obmedzujúce riziko toxických látok vzniknutých pri nevhodnom technologickom spracovaní napr. prepaľovaním tukov počas dlhodobého smaženia pri vysokej teplote.

Vplyvom hormonálnych zmien v tomto období sa menia aj funkcie tráviacich orgánov a metabolizmus.

Hyperplázia gingivy spôsobuje krvácanie z ďasien a problémy pri žuvaní. Progesteron tlmí motilitu žalúdka, žlčníka, tenkého a hrubého čreva. Znižuje sa tonus dolného sfinktera pažeráka, čo súvisí s gastrointestinálnym diskomfortom, napríklad pálenie záhy, nevoľnosť, pocit plnosti. Častá je aj atonická obstipácia následkom zvýšenej sekrécie progesteronu. Strava bohatá na balastné látky a dodržiavanie pitného režimu je vhodnou prevenciou vzniku zápchy. Asi u 2% tehotných žien sa v prvom trimestri vyskytuje hyperemesis gravidarum (zvracanie a nevoľnosť s elektrolytovou a vodnou disbalanciou, stratou hmotnosti a nedostatočným pokrytím potreby jednotlivých živín). Ak sa tieto problémy nedajú ovplyvniť farmakologicky, je indikovaná nutričná intervencia na úpravu vodného a elektrolytového hospodárstva použitím umelej výživy. Menej často je nutná aj parenterálna výživa. Všetky dnes používané prípravky pre enterálnu alebo parenterálnu výživu sú bezpečné aj pre tehotné ženy. Počas prvého trimestra tehotenstva dochádza k zvýšenej sekrécii inzulínu. Je teda potrebné predchádzať stavom hypoglykémie dostatočným príjmom sacharidov (Kasper, 2015).

6.3 Záver

Tehotné a dojčiace matky sú jednou zo skupín najviac ohrozených nedostatočnou, chybnou výživou, čo môže mať za následok vznik rôznych ochorení tehotných žien, riziko vzniku komplikácií v gravidite, ako aj riziko komplikácií v súvislosti s vývojom plodu. **Správna výživa je jeden z faktorov, ktoré zásadným spôsobom ovplyvňujú priebeh tehotenstva, zdravotný stav matky, plodu a novorodenca.** Negatívne účinky na plod spôsobené nesprávnou výživou matky počas vnútromaternicového vývinu sa môžu prejaviť ešte pred pôrodom či počas neho, niekedy až v dospelosti.

7 ANALÝZA INTERVENCIÍ TERÉNNÉHO SOCIÁLNEHO PRACOVNÍKA V PODPORE ZDRAVIA ZRAKOVĽO POSTIHNUTÉHO KLIENTA

Únia nevidiacich a slabozrakých Slovenska na svojom webovom sídle uvádza, že podľa Svetovej zdravotníckej organizácie žije na svete 285 miliónov ľudí so zrakovým postihnutím, z toho 39 miliónov je nevidiacich a 246 miliónov slabozrakých. Okolo 90 % z celkového počtu žije v podmienkach s nízkym príjmom a 82 % nevidiacich má 50 a viac rokov. Nárast a starnutie populácie však do roku 2020 určite poženú tieto čísla prudko nahor. Svetová zdravotnícka organizácia pritom odhaduje, že až 80 % zo všetkých poškodení zraku je možné predísť. Veľmi často úplne jednoducho – prevenciou. Hlavnou príčinou vážnych zhoršení zraku sú totiž nekorigované refrakčné poruchy, v krajinách so strednými a nízkymi príjmami zapríčiňuje slepotu najmä šedý zákal. Slepotu patrí do kategórií zrakového postihnutia, ktoré je definované predovšetkým mierou zníženia dvoch základných zrakových funkcií, a to zorného poľa a zrakovej ostrosti. Vrabel (2015) na základe porovnania rôznych zdrojov uvádza nasledujúce kategórie zrakového postihnutia:

- zdravý zrak - zraková ostrosť lepšia ako 6/18,
- stredná slabozrakosť (low vision) - zraková ostrosť 6/18 až 6/60,
- ťažká slabozrakosť (low vision) - zraková ostrosť 6/60 - 3/60,
- ťažko slabý zrak (low vision) - zraková ostrosť 3/60 - 1/60 a koncentrické zúženie zorného poľa pod 20 ° u oboch očí, resp. pod 45 ° u jedného oka (bez dôrazu na zrakovú ostrosť),
- praktická slepota - zraková ostrosť horšia ako 1/60 a zorné pole do 5 ° (bez dôrazu na zrakovú ostrosť),
- absolútna (úplná) slepota - od zachovaného svetlocitu bez schopnosti určiť svetelnú projekciu po úplnú stratu svetlocitu.

Slowík (2007) zrakové poruchy klasifikuje takto:

Postihnutia zrakových funkcií:

- zníženie zrakovej ostrosti,
- obmedzenie zorného poľa,
- poruchy farbocitu,
- poruchy akomodácie,
- poruchy okulomotoriky,
- poruchy zrakovej adaptácie,
- poruchy okoohybnej aktivity,
- poruchy spracovávanía zrakových vnemov a iné.

Podľa stupňa zrakového postihnutia:

- poruchy binokulárneho videnia,
- slabozrakosť,
- zvyšky zraku,
- slepota.

Podľa doby vzniku:

- vrodené, dedičné,
- získané.

Podľa dĺžky trvania:

- krátkodobé (akútne),
- dlhodobé (chronické),
- opakované (recidivujúce).

Podľa etiológie:

- orgánové,
- funkčné.

V súlade s Medzinárodnou klasifikáciou chorôb (ICD - International Classification of Diseases) je slepota definovaná ako zraková ostrosť s

najlepšou možnou korekciou menšou ako 3/60 (Cattaneo, Vecchi, 2011). Úplná slepota je trvalá strata zraku, kedy postihnutý jedinec vôbec nevníma svetlo. Ako praktická (čiastočná) slepota sa označuje podstatné zníženie zrakových funkcií. U nevidiacich detí je tiež potrebné rozlišovať, či je slepota vrodená alebo získaná v priebehu života. Vrodená slepota je najčastejšie spojená s prenatálnom obdobím, poškodením či ochorením plodu alebo tiež následkom dedičnosti (Lechta, 2016). Získané slepota potom vzniká najčastejšie ako následok ochorenie zrakového aparátu, centrálnej nervovej sústavy, komplikácií pri infekčných ochoreniach, úrazoch a pod. Pri získané slepote v neskoršom veku sú práve pre pedagogickú prácu dôležité zachované vizuálne predstavy.

Finková a kol. (2012) uvádza, že z hľadiska vývoja osobnosti jedinca so zrakovým postihnutím je veľmi podstatným rysom práve doba vzniku postihnutia. V prípade vrodeného zrakového postihnutia sa menia komplexne podmienky vývoja, celkový vývin osoby je podmienený jeho zrakovým postihnutím. Najskôr dôjde k sensorickej deprivácii, kvantita aj kvalita prijímaných informácií je veľmi odlišná, predstava o svete bude ďalej skreslená a taktiež menej presná. Charakteristickým rysom sa stáva tiež nedostatok niektorých skúseností umožňujúcich možný optimálny rozvoj osoby. Vrodené postihnutie znamená väčšiu záťaž pre psychický vývoj, ktorého následkom býva odlišná socializácia a možné získavanie odlišných skúseností (Matoušek a kol., 2005).

Naopak, získané postihnutie, ako uvádza Finková a kol. (2012), ukazuje na veľký psychický šok, ktorý môže byť spojený s depresiami. Osoba so získaným zrakovým postihnutím prestáva byť samostatná, je závislá na svojom blízkom i cudzom okolí, čo pre ňu môže predstavovať úplne novú neznámu situáciu. Nastáva radikálna zmena doterajšieho života, ktorá býva sprevádzaná stratou zamestnania, rozpadom partnerského vzťahu, záujmových aktivít s

narušením rovnováhy vo vlastnej rodine. Dochádza k narušeniu integrity dospeljej osoby, ktoré je určované rodičovskou, partnerskou a pracovnou rolou. Na druhej strane má osoba už zrakovú skúsenosť, ktorá je užitočná pri rehabilitácii s kompenzáciou jedinca. Jakubovičová (2011) za osobitný typ slepoty považuje tzv. kôrovú slepotu, kedy má postihnutý zachovanú reakciu na jednotlivé zrakové podnety, no nie je schopný diferencovať – vidí, ale nepoznáva.

7.1 Komunita zrakovo postihnutých

Do tejto komunity patria osoby s najzávažnejším postihnutím zrakového vnímania. Podľa Novohradskej (2009) sa jedná o orgánové poškodenie, ktoré sa prejavuje stratou funkcie zrakového analyzátora, narušením nervových dráh alebo zrakového centra v mozgovej kôre. „Z oftalmologického hľadiska sa prejavuje ako strata funkcie zrakového analyzátora, t.j. sietnice, nervových dráh alebo mozgového centra“ (Keblová, 2001, s. 44). S vymedzením slepoty ako „ireverzibilného procesu centrálnej zrakovej ostrosti pod 3/60 až svetlocit“ sa stotožňuje Sosna (2016, s. 233). Rozlišuje slepotu na praktickú, ktorá je vymedzená poklesom zrakovej ostrosti v rozmedzí 3/60 – 1/60 vrátane alebo ako poškodenie zorného poľa 5-10 stupňov a slepotu totálnu. Z hľadiska špeciálnopedagogickej starostlivosti je podľa Čajku (In Regec, 2010) slepota definovaná ako absolútna strata zraku alebo tak závažne znížená zraková ostrosť, že v obidvoch prípadoch je nevyhnutná kompenzácia a socializácia, aby bola znížená, resp. odstránená defektivita (t. j. porucha celistvosti človeka, ktorá sa reflektuje do vzťahov ku spoločnosti, vzdelávaniu a výchove a podobne) zrakovo postihnutého jednotlivca. Dôležité je, aby si nevidiaca osoba vytvárala o vnímanom jave adekvátnu predstavu, pričom je potrebné využívať viacero zmyslov a vyšších kompenzačných činiteľov (najmä myslenie, pamäť, predstavivosť).

Dôsledkom slepoty nemôžu nevidiace osoby pracovať s bežnou čiernotlačou a z uvedeného dôvodu sú v rámci špeciálnopedagogickej starostlivosti vedení k používaniu Braillového písma. Strata zraku rovnako vplýva na priestorovú orientáciu a samostatný pohyb, sebaobsluhu, komunikáciu a na celkový proces socializácie osoby so zrakovým postihnutím (Regec, 2010). Za dôležitú u nevidiacich považuje Novohradská (2009) včasnú intervenciu v oblasti rozvoja zachovaných zmyslov a využívaní kompenzačných pomôcok, ktoré pomáhajú prekonávať informačný deficit.

7.2 Metódy podpory zdravia zrakovo postihnutých

Jenou z metód, ktoré môže sociálny pracovník v praxi aplikovať je sociálna rehabilitácia. Sociálna rehabilitácia podľa Neubauerovej a kol. (2011) predstavuje súbor určitých špecifických činností, ktoré sú aktívnymi nástrojmi určenými na zníženie stupňa závislosti u zdravotne postihnutých osôb. Konečným výsledkom procesu sociálnej rehabilitácie je dosiahnutie čo najvyššej miery sebestačnosti, rovnako tak ako samostatnosti, ktorá spočíva predovšetkým v schopnosti rozhodovať o vlastnom živote a v dosahovaní zvolených cieľov. Je súčasťou komplexnej rehabilitačnej činnosti, ktorú tvorí liečebná, výchovná, pracovná a sociálna rehabilitácia. Sociálnu rehabilitáciu môžeme charakterizovať aj ako schopnosť ľudí zlepšiť jedincovo blaho tým, že budeme podporovať jeho zapojenie do spoločenských komunít, pomôžeme mu získať nové schopnosti, či vylepšiť jeho súčasné schopnosti, aby mohol plnohodnotne fungovať vo svojom živote (Neumann, In Prudnikova a Zogla, 2017). Z nášho pohľadu, aby sa mohlo jedincovo blaho zlepšiť, je dôležitý, aby bol dobrý vzťah medzi pomáhajúcim (sociálnym pracovníkom) a príjemcom pomoci (klientom). K tomu

môže prispieť okrem iného aj kvalitná spätná väzba v komunikácii medzi nimi, ktorej Mikuláščík (2010) pripisuje veľkú dôležitosť. Spätná väzba by mala byť od jedinca vyžadovaná (klient), ale zároveň by mala byť jedincovi tiež poskytovaná. Úsilie, ktoré sa vloží do poskytovania a vyžadovanie spätnej väzby, sa prejaví zvýšenou dôverou, lepšími pracovnými vzťahmi, zníženým množstvom konfliktov a zvýšením produktivity práce. Avšak mnoho ľudí sa bojí (z rôznych dôvodov) povedať druhému človeku, ako ho vnímajú v určitom kontexte, prípadne spätnej väzbe nepripisujú dostatočný význam a dôležitosť. To má za následok, že komunikácia nemusí byť efektívna, čím môže dôjsť k horším pracovným vzťahom a zníženej produktivite práce (Mikuláščík, 2010). Sebestačnosť je dôležitým predpokladom pre bezprostredne nasledujúcu pedagogickú a pracovnú rehabilitáciu (Neubauerová a kol., 2011). Najvyššiu miery sebestačnosti klienta je možné zabezpečiť podľa Šmidovej (2012), len v prostredí ľudí, ktorí ju chápu a snažia sa ju podporiť a vytvoriť podmienky pre jej uskutočnenie. Podľa Votavu (2003) je sociálna rehabilitácia proces, pri ktorom zdravotne postihnutý dosahuje maximálne možnej miery samostatnosti a sebestačnosti za účelom dosiahnutia najvyššieho stupňa integrácie. Úlohou sociálnej rehabilitácie je dosiahnuť u postihnutého človeka to, že prijme svoje postihnutie alebo znevýhodnenie, a v maximálnej miere sa postupne integruje do spoločnosti (Neubauerová a kol., 2011). Máme za to, že sociálna rehabilitácia má prispievať k tomu, aby sa zabránilo ďalšiemu zhoršovaniu zdravotného stavu klienta a aby jej poskytovanie smerovalo k vyvolaniu pozitívnych zmien v živote klienta. Sociálnu rehabilitáciu v rámci sociálnych služieb legislatívne definuje zákon 448/2008 Z. z. v znení neskorších predpisov, ktorý ju upravuje ako *„odbornú činnosť na podporu samostatnosti, nezávislosti, sebestačnosti fyzickej osoby rozvojom a nácvikom zručností alebo aktivizovaním schopností a posilňovaním návykov pri*

sebaobsluhy, pri úkonoch starostlivosti o domácnosť a pri základných sociálnych aktivitách s maximálnym využitím prirodzených zdrojov v rodine a komunite.“ V prípade, ak je klient odkázaný na pomoc inej fyzickej osoby sa pod sociálnou rehabilitáciou rozumie najmä „nácvik používania pomôcky, nácvik prác v domácnosti, nácvik priestorovej orientácie a samostatného pohybu, výučba písania a čítania Braillovho písma, nácvik zrakového vnímania a sociálna komunikácia.“

Cangár (2017, s. 6) sociálnu rehabilitáciu chápe ako „základný proces plánovania, kde v prvom rade musíme identifikovať potreby a problematické oblasti v živote prijímateľa sociálnych služieb, následne definovať konkrétne ciele sociálnej rehabilitácie a vhodné opatrenia.“ Dodáva, že ďalej je potrebné plánovať konkrétnu implementáciu a koordinovanie zapojených zložiek a aktérov a v konečnom dôsledku je dôležité vyhodnotiť aj efektivitu sociálnej rehabilitácie.



Obr. 4 Základný model procesu sociálnej rehabilitácie (Cangár, 2017).

7.2.1 Rehabilitácia zrakovo postihnutých

Rehabilitáciou sa rozumie poskytovanie nových schopností, ktoré sú osobne a spoločensky dôležité pre výkon občianstva, uľahčenie a podporu sociálnej integrácie osôb so zrakovým postihnutím. Rehabilitačné služby, ktoré sú poskytované špecializovanými inštitúciami, zahŕňajú nielen tréning zrakovo postihnutých ľudí, aby sa vyrovnali so svojím prostredím, ale aj intervencie uľahčujúce ich integráciu, fungovanie a výkonnosť v spoločnosti (Aciem a Mazzotta, 2013). Najintenzívnejšie sa tyflorehabilitáciou (rehabilitáciou osôb so zrakovým postihnutím) zaoberal už v minulom storočí profesor Jesenský. Sociálna rehabilitácia predstavuje pomerne veľmi zložitý súbor aktivít, ktorý má rozvinúť určité schopnosti človeka so zrakovým postihnutím a umožniť mu tak plnohodnotnú existenciu v spoločnosti rovnako postihnutých, ako aj v spoločnosti intaktných. Jej základným cieľom sa stáva dosiahnutie životnej pohody klienta (Jesenský, 2007). Preferuje tzv. ucelenú tyflorehabilitáciu (komprehenzívnu), ktorá sa skladá z týchto zložiek:

- poškodenie zraku a jeho akceptácia - psychoterapeutické služby,
- spoločenský status a osobnosť,
- komunikácia osôb so zrakovým postihnutím,
- utváranie imidžu osôb so zdravotným postihnutím,
- funkčná gramotnosť (sebaobsluha),
- samostatný pohyb a priestorová orientácia,
- technológia reedukačného typu a informačné techniky,
- ergoterapia (pracovná rehabilitácia) a pracovne profesijné výkon,

- sociálna rehabilitácia,
- pedagogická rehabilitácia.

Tyflorehabilitácia sa stáva, podobne ako učenie, celoživotnom procesom, tzn., že tento proces je trvalý, otvorený a k jeho uzatváranie dochádza len pri určitej konštelácii podmienok a spravidla iba dočasne. Jedným z cieľov tyflorehabilitácie sa stáva aj seberehabilitácia osôb so zrakovým postihnutím, ktorá býva vlastne najvyšším štádiom, ktoré sa pri rehabilitácii môže dosiahnuť. V súčasnosti sa uplatňuje nové smerovanie tyflorehabilitácie, venuje sa pozornosť nielen poškodeniu zraku a samotnej funkcii videnia, ale aj celej osobnosti človeka so zrakovým postihnutím, kvalitám jeho života a aj spoločensko-kultúrnemu prostrediu. Podľa Kimplovej (2010) spočíva podstata rehabilitácia ako odbornej činnosti v dvoch funkciách. Po prvé sa osobe, ktorá stratila zrak, sprostredkováva repertoár zvláštnych kompenzačných zručností a pomôcok, ktoré boli pre zrakovo postihnutých vytvorené. Po druhé sa priamo alebo nepriamo ovplyvňujú postoje zrakovo postihnutej osoby. Najzávažnejšie prekážkou, ktorá blokuje učenie nových zručností a osvojovanie si príslušných pomôcok, je odmietanie zo strany rehabilitovanej osoby, nie však nedostatok schopnosti naučiť sa nové zručnosti a osvojiť si používanie kompenzačných pomôcok. Růžičková (2011) hovorí, že akceptácia zrakovej poruchy je základným predpokladom rozvoja osobnosti, integrácie, inklúzie a je jedným z čiastkových cieľov rehabilitácie. Neprijatie svojho postihnutia zrakovo postihnutým, ktoré sa vyznačuje odmietaním prijímať nové zručnosti a pomôcky, má aktívny ráz, pretože rehabilitované osoby ich odmietajú a bránia sa im z toho dôvodu, že ich považujú za symboly slepoty. Najčastejšie sa bránia chôdzi s bielou palicou a používania Braillovho bodového písma. Problematika priestorovej orientácie a samotného pohybu pomocou dlhej bielej

palice je kľúčovou zručnosťou, ktorá zrakovo postihnutému otvára rad ďalších podstatných možností. Biela palica je na pohľad nápadná, čo je účelový signál pre ostatných chodcov a účastníkov cestnej premávky. U zrakovo postihnutých osôb nápadnosť bielej palice vyvoláva pocit hanby a pocit toho, že ich neustále niekto pozoruje. Je ale pravdou, že výhody relatívnej pohybovej nezávislosti, ktorú biela palica umožňuje, prevyšujú pomyselnú ujmu, ktorá údajne vzniká na spoločenské prestíži a úcte. K pocitu hanby často prispievajú tiež rodinní príslušníci zrakovo postihnutých. Sami cítia hanbu za to, že ich príbuzný používa pri chôdzi bielu palicu. Dôsledkom toho je, že zrakovo postihnutý sa vo svojom pocite hanby za využívanie kompenzačných pomôcok utvrdzuje. Proti závažným formám neprijatia postihnutia sa počas rehabilitačného procesu odborne pôsobí ako nepriamo, tak aj priamo. Nepriame pôsobenie spočíva v tom, že sa počas výučby a výcviku zrakovo postihnutá osoba presvedča o výhodách nových zručností a pomôcok. Priame pôsobenie sa vykonáva pomocou psychologických postupov, špecializovaného poradenstva, sociálneho výcviku a ďalších (Kimplová, 2010). Rehabilitácia by mala prispieť k zníženiu izolácie, ktorá je často spôsobená zrakovým postihnutím. Mala by u zrakovo postihnutých zvýšiť bezpečnosť vo vzťahu k svetu a ľuďom prostredníctvom autonómnych a nezávislých činností, ako je orientácia a mobilita, ktoré napríklad umožňujú bezpečnú a účinnú prepravu. Sociálne väzby, ktoré sú prítomné v rehabilitačnom procese, môžu výrazne zmeniť a premeniť socializáciu osôb so zrakovým postihnutím (Aciem a Mazzotta, 2013). Autonómia (sebestačnosť) zrakovo postihnutých zahŕňa nielen prekonanie dopadov a nedostatkov spôsobených zrakovým postihnutím (úplná alebo čiastočná strata zraku), ale aj prekonanie sociálnej stigmatizácie súvisiacej so stavom zraku. Pre osoby so zrakovým postihnutím môže byť autonómia interpretovaná ako samospráva pri vedení svojho osobného a spoločenského života

(Aciem a Mazzotta, 2013). Ďalším faktorom súvisiacim s autonómiou je spoločenský život počas rehabilitácie v špecializovaných inštitúciách, kde sa využívajú obdobné životné skúsenosti tých, ktorí tieto inštitúcie navštevujú (Amiralia a Galvan In Aciem a Mazzotta, 2013). Autonómia osôb so zrakovým postihnutím môže byť hodnotená v činnostiach každodenného života, v spôsobe trávenia voľného času, v emočnom živote, v nezávislosti prichádzať a odchádzať (schopnosť samostatného transportu), v profesijnom živote a v ďalších aspektoch (Aciem a Mazzotta, 2013). Votava (2003) pojem autonómie chápe ako stav, keď sú ľudia so zdravotným postihnutím schopní uplatňovať svoje práva, napĺňať svoje potreby a presadzovať svoje záujmy. Dodáva, že aby toho boli subjekty schopné, musia im byť dostupné dôležité informácie, z toho dôvodu zaraďuje medzi súčasť sociálnej rehabilitácie aj poradenstvo.

7.3 Metodika výskumu

Hlavným cieľom výskumu bola identifikácia intervenčných postupov, možností a foriem pomoci zo strany terénneho sociálneho pracovníka smerom ku klientovi so zrakovým postihnutím. Parciálne ciele, ktoré boli skúmané v nadväznosti na hlavný výskumný cieľ, boli realizované na konkrétnom reálnom prípade maloletého klienta s indikovaným zrakovým postihnutím (kazuistika). Prostredníctvom nich boli sledované: ciele a hodnoty terénnej sociálnej práce, etické princípy s akcentom na ľudské práva a dôstojnosť zrakovo postihnutého. Ďalej boli identifikované možnosti a postupy terénneho sociálneho pracovníka so zameraním na uľahčenie života klientovi, sprevádzanie v jeho ťažkej životnej situácii a zmierňovanie dopadov celkovej sociálnej situácie: slepota, psychické problémy, sociálne vylúčenie. Ďalším čiastkovým cieľom bolo realizované preskúmanie vzťahov a postojov ostatných spolupracujúcich subjektov smerom ku klientovi a súčasne aj analyzovanie postojov rodiny.

7.3.1 Charakteristika participanta

Výber participanta pre účely výskumu bol zámerný. Podľa Gavoru (2010, s. 61) je takto koncipovaný výber charakteristický aj tým, že „*vybrané osoby poskytujú bohaté a autentické údaje na generovanie teórie alebo nových otázok.*“ V kvalitatívnom prístupe ide o hlboký a spravidla aj intenzívny výskum. Ako ďalej dodáva Gavora (2010), nemusí ísť o väčší počet osôb, ale dôležité je, aby boli starostlivo vybrané. Výberový súbor musí poskytnúť množstvo údajov, ktorými sa potom plne nasýtia významové kategórie, na základne ktorých vznikne nová teória. Naše rozhodovanie ovplyvňovali dve hlavné *kritériá*, ktoré participant: musí byť z marginalizovanej komunity v meste Rožňava. A participant musí byť z marginalizovanej komunity v meste Rožňava a zároveň musí mať zrakové postihnutie.

Práve druhé kritérium výrazne zúžilo základný súbor, ktorý zahŕňal každého klienta z marginalizovanej komunity v meste Rožňava. Pre náš výskum sme si zámerne zvolili konkrétneho participanta, ktorý od svojho narodenia býval v segregovaných komunitách, toho času na periférii mesta Rožňava, je úplne nevidiaci.

Hlavná výskumná otázka:

Aké postupy a intervencie uplatňuje terénny sociálny pracovník v procese riešenia sociálnej situácie klienta so zrakovým postihnutím?

Parciálne výskumné otázky:

Akým spôsobom boli v rámci sieťovania do riešenia problémov klienta zapojené ďalšie subjekty?

Ako je zabezpečovaná pomoc zo strany rodinných príslušníkov?

Ako sa správa klient počas poskytovaného poradenstva?

Ako je realizovaná sociálna rehabilitácia?

Všetky výskumné otázky sme formulovali tak, aby boli dostatočne široké. Pri ich zostavovaní sme použili kritérium

všeobecného konceptu a zároveň sme sa prostredníctvom nich nepýtali na početnosť javov a ani na silu vzťahov. Formulovali sme ich tak, aby sme pomocou nich mohli ďalej detailne skúmať povahu a dôsledky zrkovného postihnutia klienta, a to nielen z perspektívy širších a užších sociálnych vzťahov, ale aj sociálneho pracovníka. V rámci kvalitatívneho prístupu sme pre potreby výskumu zvolili design **prípadovej štúdie**. Zamerali sme sa na podrobnú deskripciu prípadu, prostredníctvom ktorej je možné získať nové dáta v nových súvislostiach pre ďalšie použitie. Podľa Dismana (2011) je cieľom kvalitatívneho výskumu porozumenie, ktoré si vyžaduje náhľad do čo najväčšieho množstva dimenzií študovaného problému. V rámci prípadovej štúdie sme zvolili typ - metodika skúmania udalostí, rolí a vzťahov, a to z dôvodu, že sa budeme zaoberať špecifickými situáciami, ktoré vznikajú ako interakcie nielen v správaní a konaní klienta samotného, ale aj medzi klientom a jeho rodinou. Zároveň sme pozornosť upriamili aj na rolu a kompetencie intervenujúceho odborníka – sociálny pracovník v pozícii terénneho sociálneho pracovníka.

Pre zber výskumných dát sme použili najmä metódu obsahovej analýzy dokumentov (produktov), prostredníctvom ktorej sme získavali väčšinu potrebných údajov. Okrem toho sme využívali metódu – pozorovanie. Aplikované bolo počas rozhovorov s klientom a s jeho matkou, ktoré realizoval terénny sociálny pracovník počas poskytovania poradenstva a návštev v prirodzenom rodinnom prostredí. Pri zúčastnenom pozorovaní, ako tvrdí Miovský (2006) sa pozorovateľ pohybuje priamo v priestore, kde sa vyskytujú javy, ktoré pozoruje. Výhodou takéhoto pozorovania je aj to, že pozorovateľ má bezprostrednú skúsenosť so situáciou a javmi, ktoré práve skúma a pozoruje. Pozorovateľ má „*možnosť zapojiť sa do interakcií medzi účastníkov a tým lepšie pochopiť a opísať čo, ako a prečo robia, aká je ich perspektíva pohľadu na skúmaný jav a podobne.*“ (Miovský,

2006, s. 146). V symbióze s pozorovaním sme používali aj metódu rozhovoru (interview), prostredníctvom ktorého sme diagnostikovali klienta, a to kladením otvorených otázok. Švaříček, Šed'ová (2014) uvádzajú, že najmä pomocou otvorených otázok v rámci hĺbkového rozhovoru môže bádateľ lepšie porozumieť konaniu iných ľudí, ako by ich mal obmedzovať vo vyjadrovaní sa napríklad dotazníkom. Práve hĺbkovým rozhovorom je možné najlepšie zachytiť autentičnosť výpovede a význam slov v ich prirodzenej a bezprostrednej podobe. Vo výskume bol použitý diagnostický, anamnestický a psychogenetický rozhovor. Použili metódu kazuistiky, kde sme využívali hlavne kauzistické záznamové háčky do ktorých sme kategorizovane zaznamenávali rozbor prípadu a vypracovávali neskôr komplexný opis participanta formou literárnej kazuistiky. V rámci zisťovania základných údajov sme realizovali sociálnu, psychologickú, pedagogickú a medicínsku diagnostiku.

V rodinnej anamnéze sme sa zamerali na niekoľko kategórií ako napríklad vzťahy v rodine, napĺňanie rodičovského poslania, zlomové a traumatické zážitky v rodine, autorita v rodine, vzdelanie a zamestnanie rodičov a podobne. V osobnej anamnéze sme pracovali s kategóriami ako napríklad prenatálny vývin, emocionálny vývin, vývoj postoja k hodnotám, trávenie voľného času, sociálno-patologické prejavy, záujmy a záľuby a ďalšie. V časti školská anamnéza sme kategorizovali niekoľko jednotiek, napríklad povinná školská dochádzka, úroveň vedomostí, úroveň vyjadrovania, slovné zásoby a komunikačných zručností, motorická zložka, fyziologická zložka a iné. V sociálnej anamnéze sme sledovali kategórie ako ekonomické zabezpečenie rodiny, bytové pomery, hygienické podmienky, kontakty s užšou a širšou rodinou a ďalšie.

7.3.2 Literárna kazuistika

N. L. - matka mal. Z. L. spoločne so svojim priateľom R. B. a jeho deťmi P. B., D. B., L. B. a klientom Z. L. bývali v chatrči nad obývanou časťou Strmej ulice v Rožňave. Vzhľadom na to, že Z. L. je osobou s ťažkým zdravotným postihnutím, R. B. pre neho zabezpečoval úkony spojené s výkonom osobnej asistencie. Máme za to, že finančné prostriedky sa často míňali účelu a boli použité najmä na zabezpečenie alkoholu a cigariet. Podľa tvrdení klienta sa u nich doma „často pilo, oslavovalo a do rána sa nespalo“. Alkohol bol podávaný aj deťom. N. L. a R. B., napriek klientovmu zrakovému hendikepu, práve jeho posielali často kupovať do obchodu tabak, cigarety a víno. Okrem toho musel svoju nevlastnú sestru L. B. ráno odprevádzať do materskej školy a popoludní ju vyzdvihnúť. Keďže obydlie v ktorom žil nedisponovalo pitnou vodou, práve od nevidiaceho Z. L. bolo vyžadované, aby denne nosil vodu zo vzdialeného prameňa. V situáciách, keď sa vzoprel a odmietol, bol neustále vystavený kriku a nadávkam. Mnohokrát bol kvôli týmto nezhodám aj vyhodený z domu a po návrate mu bol odopretý prístup dnu. Traumatické situácie boli najmä vtedy, keď bol R. B. pod vplyvom alkoholu, čo bolo, ako uviedol mal. klient, časté nielen vo večerných a nočných hodinách, ale aj počas dňa. Vtedy vyžadoval R. B. od N. L. vždy sex, ktorý bol aj vykonaný, a to za prítomnosti všetkých členov domácnosti, vrátane detí. V takýchto situáciách bol R. B. vždy agresívny a kričal, a to najmä vo vzťahu k N. L. Klient má problémy s priestorovou orientáciou a vo výchove si vyžaduje špeciálny prístup, nebolo

správne a žiaduce, že matka N. L. spolu s R. B. nútili nevidiacu maloletú osobu k činnostiam, ktorými výrazne narušili jeho kvalitu života a nesprávnymi výchovnými postupmi mu spôsobili, resp. mohli spôsobiť psychické traumy a poruchy. V priestoroch pracoviska terénnej sociálnej práce mesta Rožňava na Krátkej ul. v Rožňave sa pravidelne sociálna pracovníčka mesta spolu s odbornou pracovníčkou Únie nevidiacich a slabozrakých Slovenska z Košíc od novembra 2017 venujú v rámci sociálnej rehabilitácie mal. Z. L. Okrem nácvikov priestorovej orientácie a komunikácie je mu poskytované intenzívne vzdelávanie v učení sa písania a čítania Braillovhého písma. Od budúceho šk. roka (2019/2020) by mal absolvovať špecializovaný kurz pre nevidiacich v Levoči a po jeho skončení by mal získať aj výučný list, čo vytvorí predpoklad pre jeho uplatnenie sa na trhu práce, resp. na pracovisku v chránenej dielni.

Koncom roka 2017 a v prvej polovici roka 2018 prichádzal na sociálnu rehabilitáciu často unavený, bol ospalý a jeho pozornosť kolísala. Spôsobené to bolo najmä tým, že u neho absentoval spánok, zdravá výživa a najmä zlé podmienky v prirodzenom rodinnom prostredí, ktoré sa vyznačovali najmä ponocovaním členov domácnosti, hlučným nočným životom spojeným s denným požívaním alkoholu, až do ranných hodín a nezáujmom dospelých osôb o maloleté deti.

Súd uznesením zo dňa 15. 06. 2018 (5P/60/2018-13) nariadil N. L. odovzdať syna Z. L. dočasne do náhradnej osobnej starostlivosti J. G., trvale bytom Rožňavská Baňa 173, kde sa toho času 17-ročný Z. L. aj nachádza. Ďalšie tri deti N. L.

(A. L., R. L. a R. L.) sú už plnoleté a žijú v obci Jovice. N. L., spolu so svojimi priateľom R. B. a ich dieťaťom, ktoré ešte nemá určené meno, žijú to ho času v staršom rodinnom na Podrákošskej ul. 3 v Rožňave. Okrem toho s nimi v domácnosti žijú aj tri deti R. B., ktoré mu boli súdom zverené do osobnej starostlivosti – P. B., D. B. a L. B. Osobnú asistenciu pre nevidiaceho klienta toho času zabezpečuje H. K. (družka J. G.), ktorá zároveň spolu s J. G. zabezpečuje aj výchovu a dohľad nad klientom. Maloletý z ÚPSVaR Rožňava mesačne poberá príspevok na prepravu a príspevok na kompenzáciu zvýšených výdavkov (hygiena). Intervencie a pomoc pri uplatnení si nároku na uvedené príspevky zabezpečovali terénni sociálni pracovníci mesta Rožňava. Od júna 2018, odkedy už mal. Z. L. nežije v spoločnej domácnosti so svojou matkou a jej priateľom sa jeho zdravotný a psychický stav stabilizoval. V jeho myslení sa už paranoidne perzekučné bludy nevyskytujú, intrapsychická tenzia a nervozita ustúpili. Psychológ odporúča klientovi kontinuálne vedenie, usmernenie, starostlivosť, pomoc a doprovod zo strany osobného asistenta a terénnych sociálnych pracovníkov.

7.4 Výsledky výskumu

Intervencia: *Sociálne poradenstvo, poradenský rozhovor.* Klientovi a jeho matke je zo strany terénnych sociálnych pracovníkov poskytované permanentne sociálne poradenstvo, a to od júna 2017 až po súčasnosť. Zamerané ja najmä na pomoc nevidiacemu klientovi pri vyrovnávaní sa s postihnutím, pri zorientovaní sa v sociálno-právnej legislatíve, pri výbere kompenzačných pomôcok, v otázkach týkajúcich sa možného ďalšieho vzdelávania, pri budúcom uplatnení

sa na trhu práce, pri úprave fyzického prostredia klienta. Napriek zdravotnému hendikepu klienta a psychickým problémom je efekt poskytovaného poradenstva dobrý. Klient plní pokyny poradcu, dosahuje vytýčené ciele, aktívne sa zúčastňuje poradenského procesu. Poradenstvo poskytované matke a jej priateľovi, ktorí sledovali najmä finančné výhody vyplývajúce zo zdravotných a sociálnych problémov dieťaťa, je možné vyhodnotiť ako málo účinné, keďže záujem matky a jej priateľa o riešenie situácie klienta je len povrchný. Matka úlohy a odporúčania plnila len čiastočne, postoj jej priateľa k riešeniu problémov bol odmietavý. Výsledkom bolo:

- nepokojné, disharmonické, nie citom a láskou naplnené rodinné prostredie,
- absentoval poriadok, neboli vytýčené a akceptované výchovné hranice vo vzťahu nevidiaci klient – matka,
- zo strany matky a jej priateľa neboli vhodne podchytené kladné stránky osobnosti klienta, nie sú poskytované pozitívne emócie, chýba oceňovanie a pochvala dieťaťa,
- aktivita klienta a jeho voľno-časové aktivity nie sú regulované a kontrolované,
- zrakový hendikep dieťaťa bol zneužívaný na vykonávanie rôznych, pre nevidiacu osobu nevhodných činností,
- medikamentózna terapia nie je denne dodržiavaná,
- ku klientovi sa nedostávajú žiadne primerané a podnecujúce podnety zo strany rodiny.

Intervencia: *Sprievod*

Klientovi je prostredníctvom terénnych sociálnych pracovníkov permanentne poskytovaný sprievod, a to najmä na lekárske vyšetrenia, pri návšteve rôznych inštitúcií a úradov. Sprievod je nutný z dôvodu zrakového postihnutia. Klient nedokáže správne vyhodnotiť situáciu napríklad na prechode pre chodcov, nevidí dopravné značky, nevie sa

dobre orientovať v neznámom priestore a zdolávať bariéry. Počas poskytovania sprievodu bolo u klienta preukázané:

- rešpektovanie pokynov a odporúčaní terénneho sociálneho pracovníka v roli sprievodcu,
- dobré prekonávanie prekážok a bariér pomocou palice pre nevidiacich a s využitím tyflosonaru,
- zvládnutie zdolania schodov smerom hore, aj dole,
- rešpektovanie zvukovej signalizácie semaforov na prechode pre chodcov,
- rešpektovanie autorít v inštitúciách a úradoch, akceptácia čakacích dôb a pod.,
- pokojné a bezproblémové správanie počas sprievodu v exteriéri a interiéri.

Intervencia: *Uplatňovanie práv a právom chránených záujmov*

V súčinnosti s terénnymi sociálnymi pracovníkmi boli na Úrad práce, sociálnych vecí a rodiny v Rožňave podané žiadosti o poskytnutie peňažného príspevku na kompenzáciu – kúpa pomôcky (mobilný telefón, indikátor hladiny tekutiny a budík s hlasovým výstupom). Príslušný úrad všetky tri podania zamietol. Prostredníctvom terénnych sociálnych pracovníkov boli vypracované odvolania proti rozhodnutiam prvostupňového orgánu a v zákonom stanovenej lehote boli postúpené Ústrediu práce, sociálnych vecí a rodiny Bratislava – pracovisko Košice. Odvolací orgán potvrdil všetky tri napadnuté rozhodnutia a klientovi nevyhovel. Reakciou na nepriznanie požadovaných kompenzačných pomôcok bolo vypracovanie správnych žalôb a postúpenie veci na ďalšie konanie na Krajský súd Košice, ktorý o veci toho času rozhoduje. Zákonný zástupca maloletého (matka) v spolupráci s terénnymi sociálnymi pracovníkmi požiadala Úrad komisára pre osoby so zdravotným postihnutím Bratislava o vypracovanie podporného stanoviska k situácii ohľadom

nepriзнania kompenzačných pomôcok, ktoré bolo postúpené aj súdu. Klientovi bola v spolupráci s Úniou nevidiacich a slabozrakých Slovenska zabezpečená aj palica pre nevidiacich a zaškolenie (návik priestorovej orientácie). Úrad práce, sociálnych vecí a rodiny v Rožňave klientovi vyhovel pri podaní žiadosti o príspevok na prepravu a zároveň aj pri zabezpečení osobnej asistencie. Okrem toho bol klientovi poskytnutý aj príspevok na kompenzáciu - kúpa pomôcky – tyflosonar. Všetky podania pre iné kompenzačné príspevky, spracovanie žiadostí a zabezpečenie príloh a podkladov pre vypracovanie komplexného posudku pri určovaní miery funkčnej poruchy boli zabezpečované s pomocou terénnych sociálnych pracovníkov mesta. Pri posudzovaní nároku o priznanie príspevkov na kompenzáciu bol zo strany ÚPSVaR, ale aj Ústredia práce, sociálnych vecí a rodiny, zaznamenaný nezáujem o objektívne riešenie situácie klienta (prieťahy v konaní, stigmatizácia, diferenciacia a iné). Prístup pri riešení duševného stavu klienta v zdravotníckych zariadeniach, najmä v psychiatrickej ale i psychologickej ambulancii, je možné charakterizovať ako vysoko profesionálny, empatický a ústretový.

Intervencia: *Sociálna rehabilitácia*

Od septembra 2017 je klientovi poskytovaná sociálna rehabilitácia, ktorú zabezpečuje sociálna pracovníčka z Krajského strediska Únie nevidiacich a slabozrakých Slovenska Košice v spolupráci s terénnou sociálnou pracovníčkou mesta Rožňava. Klientovi sú bezplatne spravidla raz týždenne v priestoroch Komunitného centra - pracovisko terénnej sociálnej práce mesta Rožňava, poskytované okrem špecializovaného poradenstva aj tieto sociálne služby: návik priestorovej orientácie a samostatného pohybu (chôdza s bielou palicou a so sprievodcom, chôdza po schodoch, chôdza zúženým priestorom, prechádzanie dverami, usádzanie na stoličku, za stôl, nastupovanie do automobilu), návik komunikačných zručností

(sociálno-komunikačné zručnosti, výučba Braillovho písma, nácvik vlastnoručného podpisu). Sociálna rehabilitácia, ktorej sa klient aktívne zúčastňuje, predpokladá aj nácvik práce s kompenzačnými pomôckami (mobilný telefón, budík s hlasovým výstupom a indikátor hladiny). Konkrétny nácvik sa zatiaľ nevykonával z dôvodu neposkytnutia peňažného príspevku na uvedené kompenzačné pomôcky zo strany ÚPSVaR v Rožňave. Od septembra 2017 až doposiaľ sa mal. klient intenzívne učí Braillovo písmo. Nácvik čítania bodového písma a písania na Pichtovom stroji mu zabezpečí získať nové informácie - čítať slepecké časopisy, knihy i študijné materiály, písomne komunikovať s ostatnými nevidiacimi, zaznamenávať si rôzne údaje, či poznámky, čo je predpokladom na to, aby sa od septembra 2019 mohol aktívne zúčastniť niektorého z edukatívnych kurzov v Rehabilitačnom stredisku pre zrakovo postihnutých v Levoči a následne sa tak mohol aktívne zaradiť na pracovný trh. Klient na nácviky sociálnej rehabilitácie prichádza v sprievode svojej osobnej asistentky, je vždy upravený, čistý. Počas vzdelávania sa správa slušne, komunikuje, na otázky odpovedá. U klienta bola pozorovaná vnútorná produktivita myslenia, schopnosť intelektuálneho kontaktu, sociálny kontakt neporušený. Jeho prejavy sú dostatočne pod racionálnou kontrolou a ovládania emócií. Od obdobia, kedy mal. zmenil rodinné prostredie (od júna 2018 býva u svojej tety a uja) zmizli u klienta prejavy vnútornej neistoty, nepokoja a úzkosti a zároveň sa výrazne zlepšila aj jeho pozornosť. Neurotické prejavy už absentujú, sústredenie sa stabilizovalo. Jeho pamäť zodpovedá celkovému intelektovému výkonu. Len ojedinele sa vyskytujú nepresné údaje pri reprodukcii, a to pri čítaní. Schopnosť učenia a nácviku je veľmi dobrá, rovnako ako schopnosť zmeniť dynamický stereotyp. Počas nácvikov celkové psychomotorické tempo osciluje podľa situácie, vcelku však nevybočuje z priemeru. Klient dobre zvláda techniku čítania – správne vykonáva pohyb rúk do všetkých

potrebných smerov, vie vyhľadávať začiatok a koniec riadku, hmatom správne rozoznáva jednotlivé znaky písmen, vie prečítať všetky písmená abecedy, ktoré správne skladá do slabík a slov. Techniku písania na Pichtovom stroji maloletý zvláda veľmi dobre Toho času si osvojuje metodiku písania ortografického – pravopisného písania. Klient píše jednou rukou a druhou si vzápätí kontroluje správnosť napísaného textu. Všetky intervencie, ktoré sa maloletému poskytujú, smerujú k jeho aktivizácii a vytvárajú podmienky na rozvoj jeho zručností, rozširujú jeho znalosti potrebné na prekonávanie dôsledkov zrakového postihnutia, na rozvoj a uspokojovanie jeho záujmov a potrieb a na prípravu na plnohodnotný a integrovaný život a prácu v spoločnosti.

7.5 Záver

Terénny sociálny pracovník pri poskytovaní intervencií klientovi so zrakovým hendikepom vystupuje ako prípadový sociálny pracovník, ktorý uplatňuje holistický prístup a používa všetky metódy a postupy case managementu. Klientovi poskytuje nielen psychickú podporu, ale vyjadruje aj záujem o riešenie jeho problémov, pričom sa snaží o zlepšenie kvality jeho života. Terénny sociálny pracovník vytvára dostatočný priestor pre ventiláciu klientových pocitov, háji jeho záujmy a práva, rešpektujúc všetky odlišnosti a ľudskú dôstojnosť. Na klienta nazerá ako na bio-psycho-sociálnu bytosť. Ako case manager zastáva pri práci s nevidiacim klientom viacero pozícií. Vystupuje v roli poradcu, ako sociálny diagnostik, analytik, poskytovateľ a sprostredkovateľ sociálnych služieb, socioterapeut, inštruktor sociálnej rehabilitácie, pedagóg. Veríme, že sociálna rehabilitácia sa v budúcnosti stane viac oceňovanou a ponúkanou službou, lebo súčasný svet prináša pre klienta veľa nového, často ťažko zrozumiteľného a komplikovaného. Práve ľudia so zdravotným

postihnutím, či iné zraniteľné skupiny často potrebujú ukázať cestu, aby mohli veriť v šťastnú budúcnosť a v zlepšenie kvality ich života. Uskutočneným výskumom sme dospeli k viacerým záverom, na základe ktorých prinášame niekoľko odporúčaní pre prax:

- legislatívne upraviť a špecifikovať podmienky a kompetencie výkonu terénnej sociálnej práce v pôsobnosti obce samostatným zákonom o terénnej sociálnej práci,
- legislatívne zadefinovať povinnosť organizovať prípadové rodinné konferencie pri výkone sociálnej práce so zrakovo postihnutým klientom, ktorý sa nachádza v prirodzenom rodinnom prostredí,
- vytvoriť (zriadiť) novú špecializovanú sociálnu službu pobytovou formou pre klientov so zrakovým postihnutím v kombinácii s duševným ochorením,
- poskytnúť terénnym sociálnym pracovníkom možnosť ďalšieho vzdelávania v oblasti sociálnej rehabilitácie, bazálnej stimulácie,
- pri posudzovaní nároku na priznanie kompenzačných pomôcok z dôvodu zrakového postihnutia, legislatívne ukotviť ako povinnosť pri lekárskej posudkovej činnosti ÚPSVaR vyšetriť klienta aj posudkovým lekárom ÚPSVaR za priamej účasti klienta,
- v rámci sieťovania zefektívniť spoluprácu terénnej sociálnej práce v pôsobnosti samosprávy s ÚPSVaR a inštitúciami a subjektmi – všeobecný lekár, lekár špecialita, ÚNSS, zariadenia sociálnych služieb,
- do národnej klasifikácie vzdelávania zapracovať aj špecializovaný študijný program: sociálna práca s telesne a duševne postihnutým klientom,

- zefektívnenie využitia metód sociálnej práce so skupinou (Goldsteinova skupina) pri aktivizácii a zapájaní zrakovo postihnutých klientov pri nácviku sociálnych zručností.

8 PODPORA ZDRAVIA A AKTÍVNY PRÍSTUP K SPIRITUÁLNEJ DIMENZII SOCIÁLNYCH PRINCÍPOV V ŽIVOTE BL. SÁRY SALKAHÁZI

Známy výrok starogréckeho filozofa Tálesa z Milétu *Nosce te ipsum*, znamená „*Poznaj sám seba.*“ To platí tak pre jednotlivcov ako aj pre národné a cirkevné spoločenstvá. No nemožno sa poznať bez svojej minulosti, lebo prítomnosť je výsledkom najmä minulosti. Aby sme teda rozumeli našej prítomnosti, musíme poznať našu minulosť, aj naše vlastné dejiny. Dejiny sú súhrnom konkrétnych udalostí vo vývoji ľudskej spoločnosti, ktoré prebiehali, alebo práve teraz prebiehajú v danom priestore a čase. Ich podstatou je vždy konkrétny ľudský čin, t. j. realizácia určitého rozhodnutia, ktorým určitá osobnosť sledovala „šťastie“, osobné alebo spoločenské blaho. Ich poznanie nám umožňuje objasniť a pochopiť postavenie a zmýšľanie mnohých veľkých osobností danej spoločnosti. Aj takých osobností, ktoré sa pričínili o rozvoj jednotlivých humanitných vied. Medzi tieto vedy patria sociálna práca aj ošetrovateľstvo, ktoré majú svoju určitú tradíciu a širokú históriu. Sú vnímané ako behaviorálne vedy so svojimi významnými predstaviteľmi, ktorí do značnej miery ovplyvnili nielen dejiny, ale aj súčasnosť sociálno-zdravotného myslenia v spoločnosti. Medzi priekopníčky ovplyvňujúce sociálno-zdravotnícku sféru a praktickú sociálnu prácu na území južného Slovenska patrí aj Sára Salkaházi.

Cieľom je poukázať na podporu zdravia ako proces aktívneho prístupu k spirituálnej dimenzii sociálnych princípov v živote blahoslavenej Sary Salkaházi, vyzdvihnúť jej spirituálny odkaz pre súčasnú praktickú sociálnu prácu, akcentovať sociálny rozmer jej života, ktorý aplikovala v oblasti praktickej sociálnej práci - v teréne medzi klientmi a postrehnúť, či blahoslavená Sára pri výkone svojho misijného a sociálneho poslania uplatňovala okrem základných

štyroch princípov sociálnej náuky Cirkvi: dôstojnosť ľudskej osoby, solidarity, subsidiarity a spoločného dobra, aj iné sociálne princípy.

Spirituálny odkaz mnohých svätých (medzi ktorých patrí aj blahoslavená Sára Salkaházi, patrónka detašovaného pracoviska Vysokej školy zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Rožňave) pre súčasnú sociálnu prácu a sociálnych pracovníkov pramení nielen v podpore zdravia v ponímaní holistického prístupu, ale aj z princípov sociálneho učenia Cirkvi a vlastnej spirituality, ktorú aplikovali v teréne medzi klientmi. Preto sa v našej kapitole venujeme nielen životu a spirituálnemu odkazu blahoslavenej Sary, ale aj paradigmám sociálnej práce, zdraviu ako metaparadigme ošetrovateľstva a praxeologickému konceptu sociálnej práce, keď bližšie opisujeme streetwork ako metódu terénnej sociálnej práce. Chceme tým poukázať na to, že táto metóda vyplňa priestor medzi primárnou prevenciou a resocializáciou, zároveň však chceme zdôrazniť, že streetwork ako metódu terénnej sociálnej práce využívali v čase svojho pôsobenia mnohí svätci, a okrem nich aj blahoslavená Sára Salkaházi, keď pôsobila v Spoločnosti sociálnych sestier.

Uvádzame, že blahoslavená Sára Salkaházi len čo vstúpila do Spoločnosti sociálnych sestier, začala si do malých, štvorčekových zošitov písať vlastný duchovný denník. V ňom si úprimne a s jednoduchosťou zaznamenávala udalosti svojho vnútorného života. Viedla si ho dlhých pätnásť rokov, od roku 1929, až do svojej smrti v roku 1944. Denné zápisky mučenice sa zachovali aj napriek vojnovým útrapám i následnému rozpusteniu reholí. Prostredníctvom týchto zápiskov je možné hlbšie nazrieť do jej vnútra a tým sa dá bližšie spoznať jej kontemplatívny duchovný život cez vzácne zapísané papiere, ktoré sa uchovali v archíve Spoločnosti sociálnych sestier, vďaka sestre Anícii (vlastným menom Ilona Mona, narodila sa v roku 1921, v roku 1942 ukončila vzdelanie na Katolíckej

ženskej sociálnej škole a v roku 1946 vstúpila do Spoločnosti sociálnych sestier).

Sárin denník sa dostal k sestre Anícii v ťažkých časoch, keď Budapešť bola od Vianoc roku 1944 do 13. februára 1945 bombardovaná. Ruskí vojaci prichádzajúci v januári na peštiansku stranu Dunaja pustošili, a plienili čo im prišlo pod ruky, napr. používali na osobnú hygienu farské výpisy z matriky a iné písomnosti na úradoch. Sárine denníky boli zachránené z domova robotníčok jednou z mladých žien Spoločnosti pracujúcich dievčat, Honórou Pawlik, ktorá ich ukryla doma na pôjde. Neskôr vstúpilo toto mladé dievča do Spoločnosti sociálnych sestier a prijala rehoľné meno Honória, volali ju Honci. K sestre Anícii sa dostal Sárin duchovný denník až v šesťdesiatych rokoch dvadsiateho storočia, ako to uvádza Száras (2013), keď vtedajšej provinciálnej predstavenej navrhla sestra Honória, žeby sa mohol tento denník ukryť u sestry Anície. Takto potom sa Sárin denník dostal k sestre Anícii.

Do denníka si 17. mája 1932 Sára zaznamenala: „Často myslím, napríklad aj na toho, kto raz nájde tieto poznámky, ako bude hodnotiť mňa, ako ma ocení, že som písala často s myšlienkou na to. Neostáva mi teda nič iné, len všetko napísať s neľútostnou prísnosťou, tvrdosťou a úprimnosťou, aby videl skutočne ten, kto to raz prečíta, aká som malicherná, plná seba, egocentrická, aj ctižiadostivá, plná odvahy, keď očakávam a snažím sa o prvé miesto; koľko sa zaoberám sebou, hľadám obdiv, uznanie, úctu a lásku voči sebe u iných. Som plná seba! Ústa hovoria z plnosti srdca. Keby to moje „ja“ bolo aspoň dobré! Lepšie by bolo, keby sa z tých slov nešíril zápach mrciny! Bože môj, Pane, zmiluj sa! Aká som len slabá!“ (Archív spoločnosti sociálnych sestier, 1247/2).

8.1 Zo života blahoslavenej Sáry Salkaházi

Život Sáry Salkaházi je príkladom toho, že aj v dvadsiatom storočí žili výnimočné osobnosti európskych dejín, ktoré boli schopné obetovať sa v službe druhým. Sára Salkaházi sa narodila 11. mája 1899 v Košiciach. Ako uvádza autor Laca (2015), pri krste jej bolo dané meno Šarlota Klotilda a takto zapísali jej meno aj do matriky pokrstených. V rokoch 1904-1905 chodila do materskej školy a v rokoch 1905-1909 získala elementárne vzdelanie v mestskej škole. Následne bola v roku 1909 zapísaná do meštianskej školy k sestram Uršulínkam v Košiciach.

Sára v období svojho fyzického dospievania počas študentských rokov v Učiteľskom inštitúte u sestier Uršulínok v Košiciach veľmi rada čítala, zaujímala sa o rôznu literatúru a začínala pomaličky s písaním divadelných hier. Vynikala v slohových prácach, kde sa ukázalo, že veľmi rýchlo vie pochopiť najdôležitejšie udalosti a živo ich opísať. V tomto období vývinu mladého človeka rezonovali v jej srdci dve nezvyčajné latinské slová *Memento mori!* (*pamätaj na smrť*). Tieto dve slová mali na ňu veľmi hlboký vplyv. Nosila ich vo svojom vnútri, často o nich uvažovala a písala si ich skoro na každý svoj poznámkový zošit – *pamätaj na smrť*. Pre mnohých jej známych a jej okolie, ako to uvádza Kimličková (2014), to bolo veľmi zvláštne, keďže takéto slová sa často nepočujú z úst dievčat v puberte. Slová: „*Pamätaj na smrť, pamätaj, že zomrieš*“ si opakovala, až sa stali jej heslom, akoby životným krédom.

Po ukončení základného vzdelania pokračovala Sára naďalej v štúdiu u sestier Uršulínok v Košiciach. Bolo to na Učiteľskom pedagogickom inštitúte, aj keď povolanie učiteľky jej nebolo blízke. Napovedajú o tom aj tieto jej slová: „*Môj drahý Ježiš, posielaš mi to, čoho som sa najviac obávala. Mám učiť. Len ty najlepšie vieš, ako som nechcela učiť.*“ (Száras, 2013). Štúdiá

ukončila Sára v rímskokatolíckom Učiteľskom inštitúte v Košiciach, kde 6. januára 1917 získala certifikát učiteľky (učiteľský diplom), ktorý jej zaručoval oprávnenie vyučovať žiakov základných škôl. Ukončením Učiteľského inštitútu začala vyučovať v roku 1917 takmer jeden celý rok ako zastupujúca učiteľka chlapčenskej triedy na štátnej základnej škole v Košiciach. Aj keď necítila v sebe poslanie učiť, cez povolanie učiteľky sa mohla lepšie zaujímať o životy i rodinné pomery detí s chudobným osudom. Z učiteľky sa zrazu stala „druhá matka“ hladných, zašpinených a zle oblečených detí. Vo vreckách Sáry sa tak často objavili ihla a niť, aby nimi prišívala odtrhnuté gombíky a zošívala roztrhnuté miesta na odevy detí. Vo svojom voľnom čase ich navštevovala ako učiteľka, aby sa zoznámila s ich rodinami, spoločenskými pomermi a sociálnymi problémami. Snažila sa takto hľadať hlbšie súvislosti vzniku sociálnych problémov a ozajstné korene chudoby a zaostalosti. Išlo jej o spoločenskú socializáciu, pre ktorú je typické smerovanie k spoločenskej prospešnosti všetkých ľudí i všeobecnému blahu a užitočnosti. Hoci určite dobre vedela, že jej pomoc je len ako kvapka v mori, napriek tomu polovicu svojho skromného platu venovala na dobročinné účely a rodinám chudobných detí. S veľkou ochotou dávala, ale zároveň o to smutnejšie konštatovala, že je potrebné zmeniť štruktúru spoločnosti v jej základoch. (Laca, 2015).

Po roku učenia stratila Sára svoje zamestnanie učiteľky. Dočasne začala pracovať a zarábať si ako úradníčka v akciovej spoločnosti Grand hotela Schalkház, neskôr ako predavačka klobúkov v obchode, ktorý vlastnila jej sestra. V období od 1. januára do 31. decembra 1920 sa Sára učila za kníhviazačku v dielni Jánosa Pintéra v Košiciach a po absolvovaní odbornej skúšky pracovala do roku 1925 v dielni svojho majstra. V kníhviazačskej dielni pracovala necelých päť rokov, do roku 1925.

Od roku 1926 sa začala živiť novinárskou prácou. Stáva sa žurnalistkou, lebo ako osobnosť hľadá pravdu a pozdvihuje svoj hlas proti nespravodlivosti v spoločnosti. V uvedenom čase však plnila nielen poslanie novinárky, ale aj političky a spisovateľky.

V roku 1925 sa z nej stáva politička, keď vstúpila do *Kresťanskej socialistickej strany*, kde sa venovala svojej spisovateľskej aktivite. V prvom rade sa zaoberala postavením pracujúcich žien. Z poverenia celonárodnej rady Kresťansko-socialistickej strany redigovala oficiálne noviny strany *Nép (Lud)* až do konca roku 1928 a ako redaktorka týchto novín sa podieľala aj na prácach Zväzu novinárov. Počas troch rokov členstva v Kresťansko-socialistickej strane sa stala súčasťou vedenia strany, v ktorej bola činná predovšetkým v ženskej sociálnej sekcii. Tým sa jej otvorila príležitosť venovať sa otázkam sociálnej práce a aktivít v prospech žien. (Száras, 2013).

V roku 1927 sa Sára zoznámila v Košiciach s dvoma sociálnymi sestrami, ktoré prišli do Košíc zo Sedmohradska s cieľom založiť Košický dom Spoločnosti sociálnych sestier. Sára sa bližšie zoznámila nielen so sestrami, ale neskôr aj so samotnou Spoločnosťou sociálnych sestier a ich činnosťou, keď absolvovala spolu so svojimi troma kamarátkami v starej budove kaštieľa Regina Pacis v Košiciach sociálny kurz organizovaný Spoločnosťou sociálnych sestier. Bolo to v roku 1928. Pravdepodobne tu nastal okamih, keď Sára pocítila volanie vstúpiť do ženského rádu Spoločnosti sociálnych sestier a v jej vnútri sa zrodila myšlienka zasvätiť svoj život misijnej a sociálnej práci.

V roku 1929 bola Sára prijatá do Spoločnosti sociálnych sestier a pôsobila v košickej spoločnosti, ako nápomocná sestra. Jej činnosť v Košiciach bola veľmi rozmanitá. Veľkú časť svojich dní strávila vykonávaním sociálno-charitatívnej služby. Spolupracovala s dobročinnými dámami mesta, aj s mestskými dobrovoľníkmi pri

starostlivosti a opatrovaní chudobných. Viedla schôdze Charity v slovenskom i maďarskom jazyku. Aby posúdila situáciu mnohých chudobných navštevovala osobne aj ich rodiny. Pri svojej práci potrebovala veľmi veľa vynaliezavosti na to, aby napriek chudobe získala spolu s mestskými dobrovoľnými organizáciami prostriedky pre tých najbiednejších a najchudobnejších. Podarilo sa im zabezpečiť bezplatný obed pre viac ako sto osôb. V čase vianočných sviatkov zabezpečili chudobným rodinám vianočný stromček, teplé oblečenie a pod. Ich pohľad na chudobu, na to ako pomáhať biednym bol už vtedy pohľadom sociálnych pracovníkov, uvádza Laca (2015). Lebo považovali za veľmi dôležité, aby sa pomoc nerealizovala na uliciach príležitostne, ale aby sa to dialo organizovane zohľadňujúc podmienky a potreby chudobných, teda cielene.

Košická Charita pred príchodom Spoločnosti sociálnych sestier sa zaoberala len evidenciou a opatrovaním chudobných. Sociálne sestry však rozšírili činnosť Charity a začali sa zaoberať ochranou dievčenskej mládeže. V každom ohľade chceli pomáhať dievčatám, ktoré prichádzali za prácou z dedín do mesta a chrániť ich od telesnej a duševnej skazy. Tieto dievčatá väčšinou pracovali v mestách ako slúžky alebo robotníčky v továrňach a svoj voľný čas trávil na ulici, často dlhými bezcieľnými prechádzkami. Sestry tak vytvárali pre dievčatá dievčenské spolky (kluby), v rámci ktorých sa na týždenných stretnutiach v košických kláštoroch zúčastňovali krátkych školení, kde sa teória striedala s praxou a našiel sa čas aj na rozptýlenie formou rôznych zábavných hier. Prax mala ten cieľ, aby mohli získať aj nejaký zárobok. Na stretnutiach nacvičovali aj divadelné hry, ktoré v nich posilňovali cit spolupatričnosti. Príjmy z týchto divadelných hier, ako uvádza Kimličková (2010), sa potom používali na charitatívne ciele.

Aj Sára pôsobila v týchto dievčenských spolkoch, ktorých hlavným cieľom bola výchova úplnej osobnosti. Na vytváranie

dievčenských spolkov mala vytvorenú metódu. Skupiny skladala z dievčat rovnakej vekovej kategórie (nad 14 rokov) a z rovnakých spoločenských vrstiev (zvlášť slúžky, priemyselné pracovníčky, dcéry gazdov a pod.). Vypracovala aj celoročný program a mesačne vydávala pracovné zošity v stopäťdesiatich exemplároch, v ktorých vedúcim spolkov poskytovala informácie rozpísané na týždne. Prílohy v zošitoch, ako sa zmieňuje Laca (2015), obsahovali rôzne verše, hry, vzory na ručné práce, cirkevné a svetské spevy, malé scény, krátke divadelné hry. Tým uľahčila prácu vedúcich a dosiahla to, aby sa všade vykonávala systémová a jednotná práca. Činnosť sestry Sára bola rôznorodá. Organizovala sociálne kurzy, dávala duchovné rady mladým dievčatám. Vychovávala a pripravovala ich na praktický kresťanský život v rodinách a spoločnosti. Vo svetle encykliky Quadregesimo Anno organizovala pre nich prípravné kurzy na manželstvo, keďže touto Encyklikou bolo poukázané aj na to, že rozličné sociálne skupiny je potrebné priviesť naspäť ku Kristovi pomocou školených vedúcich. Konkrétne: „*Nech sa úplne zasvätia výchove im zverených ľudí... a nech použijú prostriedky kresťanskej výchovy pre vyučovanie mladých, pri zakladaní kresťanských spolkov, pri vytváraní takých študijných krúžkov, ktoré vychovávajú pre život podľa kresťanských zásad.*“ (Quadregesimo Anno, čl. 145).

Sára spolu so sestrami považovala za dôležité vypracovať sériu prednášok na prípravu manželstva. Ich cieľom bolo to, aby mladé dievčatá boli usmernené v najtlačších a najdôležitejších otázkach svojho života. V tejto oblasti chceli predstaviť tri cykly, a to: 1. *Životná cesta dievčata po jej zasnúbenie*; 2. *Od zasnúbenia po oltár*; 3. *Manželka a matka*. Prvý cyklus prebiehal v siedmych slovenských mestách v roku 1935 formou večerných prednášok.

Prednášky mali veľký úspech. Vysoká návštevnosť poukázala na to, že mladé dievčatá zaujímali tieto témy, lebo mali veľa otázok a doposiaľ neexistovali podobné školenia. Pre pracujúce dievčatá

náboženské a morálne ponaučenia na prednáškach boli veľmi dôležité, pretože vo svojom prostredí boli viac ohrozované a dostávali menej usmernení. Veľa prednášok malo aj sociálnu spojitosť, lebo sa v nich upozorňovalo na chudobných, opustených a trpiacich. Vstup na prednášky bol bezplatný, ale boli určené hlavne pre ženy. V danej oblasti sa im ponúkala dobrá literatúra, aj kníhkupectvá, kde si ju môžu zakúpiť. Prednášajúcimi boli, ako uvádza Laca (2015), hlavne sociálne sestry, kňazi, vzorné manželky, matky, ba aj jeden ženatý muž. Bol to dobrý nápad nechať prehovoriť aj ženatého muža, manžela, aby vysvetlil, aké vlastnosti očakáva muž zo strany svojej manželky. Na prednáškach odzneli aj takéto myšlienky:

- Kým na všetky povolania sa ľudia pripravujú aj niekoľko rokov, na ženské, manželské a materské povolanie sa dievčatá podujmú bez prípravy ...

- Národ stojí alebo padá prostredníctvom žien - takto žena prejavuje svoj vplyv v každodennom živote aj nepriamo ...

- Hrdinstvo ženy je jej vytrvalosť v každodennom jednotvárnom živote ...

- Láska nie je cieľom (samoúčelom), ale je božím darom, je preddavkom pre vykonávanie veľkého a ťažkého povolania, aby boli spoluautormi jeho diela: vo vytvorení nových ľudí a v ich výchove ...

- Do reči prichádzajú nebezpečenstvá flirtovania, resp. otázky rozvedených. Dievčatá dostávajú pokyny čo sa týka správania, obliekania, zoznamovania sa, tanca, zábavy i v oblasti športu ...

- Dievčatá si majú vážiť svoje zdravie a majú si ho zachovať aj v záujme detí ...

- Domov je vytváraný dušou a vkusom ženy. Poskytuje sa niekoľko rád ohľadom týchto záležitostí ..., je im vysvetlený hlboký význam obradu sobášenia sa, o živote zasvätení sa Bohu a o alternatívnom povolaní ...

- Pravá láska je šťastie, vzájomné spolunažívanie, milovanie toho druhého so všetkými jeho chybami ...

- Zasnúbenie má byť zodpovedné, lebo jeho zrušenie je veľmi bolestivé. Nie je možné zasnúbiť sa, ak je svadba v nedohľadne, nie je dobré ani dlhé zasnúbenie ... Zasnúbenie je čakanie a nie doba naplnenia ...

- Dopredu je potrebné osvojiť si úsporné vedenie domácnosti, dievčatá sa potrebujú naučiť stať sa partnerkou, prejavíť záujem o manželove plány, vžiť sa do jeho myšlienok ... (Vida, 2010).

Z uvedených myšlienok a prednášok, ktoré odzneli od jednotlivých prednášajúcich v prípravných kurzov na manželstvo, bol vydaný zborník.

Sestra Sára v roku 1931 vykonala veľkú misijnú-okružnú cestu so sériou sociálnych prednášok po mestách na Slovensku, v Čechách a Podkarpatskej Rusi. Vo viacerých mestách, ako uvádza autor Száras (2012) strávila niekoľko dní, bolo to v Prahe, Brne, Bratislave, tu položila základy Ženského katolíckeho hnutia, v Šamoríne, kde okrem prednášok pomáhala s organizovaním vianočného trhu pre chudobných, v Komárne, tu prednášala aj na tému Katolícka akcia - zvláštny pohľad na spoločenské otázky našej doby a liturgického hnutia, v Leviciach a Lučenci, ďalšie slovenské a české mestá i obce, ktoré navštívila a prednášala prítomným aktuálne sociálno-spoločenské témy a oboznamovala ich s činnosťou Spoločnosťou sociálnych sestier boli Dunajská Streda, Nitra, Nové Zámky, Žilina, Zvolen, Smolník, Tornaľa, Rožňava, Rimavská Sobota, Plešivec, Kolárovo, Poprad, Starý Smokovec, Bardejovské Kúpele, Sečovce, Cejkov, Moldava Nad Bodvou a v ďalších iných, pri rôznych podujatiach katolíckych žien a dievčat.

Sára bola aj v Užhorode a Mukačeve. V zakarpatskom kraji pôsobila ako misijná, aj sociálna pracovníčka, ktorá získala mnohé

smutné skúsenosti v súvislosti s vedením verejnej správy a vojenskými dôstojníkmi. Bola svedkom mnohých neľudských podmienok rusínskeho obyvateľstva, ich zúfalej životnej bezvýchodiskovej situácie. Autor Száras (2013) uvádza, že často pomáhala tamojším rusínskym rodinám, ich deťom rozdala na Vianoce v roku 1940 tisícvesto balíčkov. Po dvoch rokoch strávených na zakarpatskom území sa vrátila Budapešti, zvolili ju za predsedníčku ústredia Katolíckeho zväzu pracujúcich žien a dievčat.

Keď Sára preberala Katolícky zväz pracujúcich žien a dievčat, existovalo približne dvesto skupiniek po celom území. Spoločnosť vtedy viedla šesť domov pre dvestodesať dievčat v hlavnom meste. Pre dievčatá, ktoré už vyrástli z dievčenského spolku, položila Sára základný kameň pre vznik budúceho spolku *Pracujúca žena* a pri Balatone sa jej podarilo vybudovať, ako uvádza Berkecz (2010), prvú maďarskú vysokú školu sociálnej práce (ľudovú univerzitu) pracujúcich žien. Táto škola bola nazývaná ako prvá maďarskú univerzita pre robotníčky. V Budapešti založila päť domovov pre takmer tristo ľudí.

Písal sa rok 1943, keď na scénu svetových dejín vstupovali hrôzy druhej svetovej vojny. Násilie a prenasledovanie nevinných ľudí akoby nemali hraníc. V záujme ochrany „čistej rasy“ bol vydaný hitlerovský zákon, na základe ktorého neúprosne deportovali a vraždili príslušníkov židovského národa, ako aj tých, ktorí ich ukrývali a akýmkoľvek spôsobom im pomáhali, alebo prejavili svoj nesúhlas voči nariadeniam fašizmu. Druhá svetová vojna zasiahla svojím ničením aj Maďarsko a rok 1944 bol z toho hľadiska špecifický. Dňa 19. marca 1944 obsadila nemecká armáda Maďarsko a od 05. Apríla, ako uvádza Berberich (2010) boli Židia povinní nosiť na odevu diskriminačný znak (žltú hviezdu). Na čele nemeckej armády stál Adolf Eichmann, šéf židovskej sekcie ríšskeho hlavného bezpečnostného úradu. Jeho úlohou bolo pripraviť deportáciu

približne jedného milióna maďarských Židov do koncentračných táborov. Akcia sa konala pod nemeckým dohľadom jednotiek SS, ktorú vykonávala hlavne garnitúra Ferenca Szálasiho. Bol to bývalý dôstojník a tvorca myšlienky hungarizmu a smeru National Socialist, ktoré bolo originálom nemeckého národného socializmu. Szálasiho symbolom hnutia boli skrížené šipy, preto sa jeho stúpenci nazývali tzv. nyilašmi - boli to predstavitelia maďarskej pronemeckej fašistickej Strany šípových krížov, teda maďarskí nacisti. V celom Maďarsku nastalo bezmedzné vysluhovanie nemeckých záujmov, nastalo bezhraničné protižidovské štvanie, perzekúcia, pochody smrti a vraždenie, nastala hrôzovláda národnosocialistickej krajnej pravice - nyilašov, ktorá trvala do posledných dní vojny.

Voči šíreniu nemeckej a nyilašskej národnosocialistickej nákazy si Spoločnosť sociálnych sestier osvojila „postoj duchovného odporu“, lebo spočívali na kresťanskom základe a tak nemohli súhlasiť s protižidovskými zákonmi, pretože tým by porušili kresťanský právny poriadok. Zvlášť sestra Sára na protest proti zosilnenému vplyvu nacistických myšlienok podala 03. decembra 1942 žiadosť na zmenu svojho priezviska zo Schalkház na Salkaházi.

Sára a sociálne sestry sa v tom čase ujímali prenasledovaných, nesedeli so založenými rukami a snažili sa im pomáhať. Vynaložili všetky sily na záchranu Židov, predovšetkým na miestach, na ktorých pôsobili. Postarali sa o ich ubytovanie, stravovanie, a keď sa ich situácia stala neúnosnou, zabezpečili im únik z jedného miesta na druhé. Veľkú zásluhu na záchrane Židov mala sestra Sára, ktorá bola zodpovednou vedúcou domova hnutia „Pracujúce dievčatá“ v Budapešti. Otvorila totiž brány tohto domova prenasledovaným Židom, aby ich mohla tajne ukryť a ubytovať. Následne im pomohla opatriť potrebné dokumenty i papiere (legitimácie) a tak ich prijímala ako zamestnancov. V zdanlivo funkčnom dome, ktorý bol určený pre robotníčky, sa zmestilo stopäťdesiat ľudí. Aj vo vile pri Balatone, kde

zriadila vysokú školu (ľudovú univerzitu) pre pracujúce dievčatá, ubytovala tajne približne tridsať utečencov, predovšetkým to boli matky s malými deťmi. Často k nim z Budapešti pricestovala, aby zistila, čo potrebujú a takto sa starala o ich zabezpečenie a potreby.

Domov na ulici Bokréta č. 3 v Budapešti, ako uvádza Schéda (2006) sa postupne zaplňoval, v ňom mali sestry spolu so Sárrou v starostlivosti pracujúce dievčatá z Katolíckeho zväzu a práve tu zachraňovali a ukrývali prenasledovaných Židov. Možno povedať, že v celých masách prúdili utečenci k domom Spoločnosti sociálnych sestier, ktoré už aj tak plné sa naplnili až na prasknutie. Každý bol prijatý v Božom mene. Raz sa stalo to, ako uvádza Mona (2002), že niekto chcel zaplatiť. Sestra Margita Šlachtová spolu so sestrami ho poslali preč s odôvodnením, že za peniaze si môže kúpiť útulok aj u iných, tu sa ľudia prijímajú len v mene Božom. Sestry a Sára pomáhali každému, kto sa na nich obrátil. Museli však vedieť využiť svoj dôvtip, aby oklamali čím ďalej, tým viac bdejúce a zúrivejšie kontroly nyilašov, pričom si boli vedomé toho, že riskujú svoje životy.

Bezpečnosť chránencov bola zvýšená tým, že každá sestra odovzdala prenasledovaným ženám svoje doklady. Aj pre mužov sa podarilo získať falošné papiere. Ukrytí sa učili v strachu o svoj život vo dne, v noci „svoje“ nacionálne z papierov, aby sa v nich nepomýlili ani po prebudení v noci, keďže razie, prehliadky bývali veľmi časté v akúkoľvek dennú alebo nočnú hodinu. Nyilaši chodili často hľadať Židov po domoch. Nových utečencov pribúdalo každý deň. Ich umiestnenie zverila zakladateľka Spoločnosti sociálnych sestier M. Šlachtová Sára. Poverila ju, aby našla miesto pre novšie a novšie skupiny utečencov, aby ich ukryla a starala sa o ne. Pre Sárrou to však bolo veľkou príťažou. Pri plnení poverenia so slzami v očiach hovorila: *„Už je ich priveľa, ohrozujeme tým celú záležitosť. Drahá sestra Margita chce každému pomôcť. Lenže v tom už nemožno pokračovať, takto sa zahrávať s ohrožovaním životov... (Szárasz,*

2013). Napriek tomu plnila dané úlohy a všetci akoby zázrakom sa dostali do bezpečia.

Deň čo deň sa rýchlo zaplňovali všetky domovy Spoločnosti sociálnych sestier. Pre Sáru bolo zrejmé, že ich pozícia už nie je nadhlo udržateľná, a preto prišlo rozhodnutie sestry Sáry, že obetuje svoj život Bohu, za Cirkev, Spoločnosť sociálnych sestier a samotné sestry. V krátkom čase vyhládala svoju predstavenú a predniesla jej 14. septembra 1943 svoju žiadosť obetovať svoj život a svoju smrť za svoje sestry. Jej žiadosť bola zamietnutá. Sára však túžila priniesť obeť lásky a znova žiadala uskutočniť akt obetovania sa. Zamietnutie jej žiadosti sa zopakovalo viackrát. Napokon dostáva súhlas, jej žiadosti bolo vyhovené a nadišla chvíľa úkonu obetovania sa. Koncom septembra 1943 v úplnej tajnosti za prítomnosti svojho spovedníka, generálnej predstavenej a zakladateľky Spoločnosti sociálnych sestier Margity Slachtovej a jej asistentky Pauly Rónai vykonala úkon obetovania v kaplnke Svätého Ducha v materskom dome v Budapešti na Thökölyho ulici. V kaplnke si kľakla pred oltár a nahlas sa modlila svoju vlastnoručne napísanú modlitbu obetovania. Toto jej sebaobetovanie ostalo pred každým utajené. Sestra Sára a osoby, ktoré boli toho účastné, nepovedali o tom nikomu ani slovo. (Berkecz, 2010).

Obeta Sáry bola prijatá. Niekoľko dní pred Vianocami pozerajúc sa zamyslene do diaľky povedala jednej spolusestre, s ktorou sa priatelila o svojom osude: „*Dozvieš sa, keď sa stane so mnou niečo, len ťa prosím, veľmi, veľmi sa modli za mňa!*“ Po vypovedaní týchto slov bolo na nej vidieť, ako ju trápi smrteľná úzkosť, viackrát plakala a žalostila. Jej správanie však v kruhu sestier nebolo príliš nápadné, keďže bolo obdobie vojny. Všetci boli v smútku, v napätí, nervózni a v strachu. V takomto ovzduší prebiehalo slávenie sviatkov Vianoc roku 1944. Po Vianociach 26. decembra 1944 predpovedala Sára akou smrť zomrie. Počas

rozhovoru nečakane povedala jednej sestre: „*Viem, že nezmriem prirodzenou smrťou.*“ Zaznela krátka odpoveď: „*Smrťou zo zbrane. guľka nás privedie do raja!*“ Dňa 27. decembra 1944 vtrhli do domu Spoločnosti sociálnych sestier fašisti. Sára tam práve nebola. Z ulice videla, že sa uskutočňuje razia, no neutiekla. Prišla a vzala na seba obvinenia za spolusestry. Život si mohla zachrániť, no namiesto toho ho obetovala za iných. (Puskely, 2006).

Z historických prameňov vieme, že pred dvadsiatouprvou hodinou priviezli vojaci donaha vyzlečených Židov, pričom medzi nimi bola aj Sára na breh Dunaja pri moste Františka Jozefa, terajšom moste Slobody a odstrelili ich do ľadového Dunaja. Ich telá sa ponorili a nikdy neboli pochované. Večer 27. decembra 1944 podstúpila Sára Salkaházi mučenícku smrť zastrelením.

8.2 Praxeologický kontext terénnej sociálnej práce

Sociálna práca má svoje korene v religiozite a filantropologickom ponímaní jednotlivých etáp svojho rozvoja, čomu nasvedčuje jej autentickosť a humánnosť k ľudskému jedincovi. Túto humánnosť a jednotlivé prvky sociálnej práce aplikovala blahoslavená Sára Salkaházi v teréne spolu so sociálnymi sestrami priamo medzi tými najbiednejšími, ktorí boli na okraji spoločnosti a potrebovali pomoc.

Korene terénnej sociálnej práce siahajú až do počiatkov rozvoja neorganizovaných foriem pomoci, keď sa dobrovoľníci snažili hľadať a odhaľovať jedincov, ktorí potrebovali ich pomoc. Takýmito dobrovoľníkmi, boli väčšinou ženy, ktoré chodili do „terénu“ za klientmi, aby im pomohli v ich neľahkých sociálnych podmienkach. Aj keď sa vtedy táto práca ešte nenazývala „terénna sociálna práca“, je jasné, že podstata tejto práce bola napĺňaná v ich činnosti. Z histórie sociálnej práce vieme, že práca v prirodzenom prostredí klienta bola vždy jej súčasťou. Venovala sa jej svätá Alžbeta Uhorská (Durínska),

ktorá sa v 13. stor. starala o chorých a chudobných. V šľapajach sv. Alžbety pokračovala o niekoľko storočí neskôr aj sociálna sestra Sára Salkházi, ktorá vykonávala misijnú, sociálnu a charitatívnu činnosť.

Prácu mimo inštitúcie, počiatku nazývanú ako „návštevná práca“ postupne nahradili inštitucionálne formy práce, a to sa premietlo do budovania rôznych účelových zariadení špecializovaných na jednotlivé klientske skupiny. V 20. storočí sa ukázalo, ako uvádza Levická (2008), že samotné inštitúcie nestačia reagovať dostatočne na všetkých klientov a ich potreby. Preto sa predovšetkým od druhej polovice dvadsiateho storočia stretávame s postupným presúvaním profesionálnej práce sociálnej pracovníkov do neštandardného prostredia - prirodzeného prostredia klientov.

V projektovej publikácii Štandardy terénnej sociálnej práce a terénnej práce v sociálne vylúčených komunitách je definovaná terénna sociálna práca ako *„odborná činnosť, ktorá je vykonávaná v prirodzenom prostredí človeka (v byte, komunite, vo voľnom priestranstve) a je zameraná na prevenciu sociálneho vylúčenia alebo jeho prehlbovania. Je zameraná na uľahčovanie života, sprevádzanie v ťažkých životných situáciách a zmiernovanie dopadov zlej sociálnej situácie: chudoby a sociálneho vylúčenia. Má charakter priamej sociálnej práce s človekom, ktorá sa vykonáva v kontexte jeho primárneho prostredia rodiny respektíve iných blízkych sociálnych väzieb. Je orientovaná na človeka, rešpektuje jeho potreby, návrhy na riešenie jeho problému a stavia na schopnostiach a mobilizácii jeho vnútorných síl.“* (Ondrušová, Pružinská, 2015).

Jednou z metód terénnej sociálnej práce je aj *streetwork*. Autori Bednářová a Pelech (2003) popisujú, že všeobecne sa *streetwork* definuje ako metóda terénnej sociálnej práce, ktorá namiesto pasívnych stacionárnych modelov riešenia sociálnych konfliktov ponúka aktívnu vyhľadávaciu formu sociálnej intervencie a krízovej pomoci. Tento typ práce je prácou aktívnou, ktorá má mnoho

modifikácii a foriem, a je schopná efektívne uchopiť heterogénne sociálne problémy, sociálne situácie a všetky vekové kategórie. Táto metóda vyplňa priestor medzi primárnou prevenciou a resocializáciou. Pojem *streetwork* môžeme preložiť aj ako pouličná terénna práca. Nie je to však nová metóda, podobné aktivity siahajú už do počiatkov sociálnej práce.

Prvé aktivity, ktoré môžeme označiť ako *streetwork*, sa objavili už na začiatku 20. storočia. Počas zlej hospodárskej a sociálnej situácie v USA vznikli chudobné štvrte - getá, prísťahovalecké kolónie a pod. Zistilo sa, že u týchto ľudí sa nedá zrealizovať bežná sociálna práca, keďže neboli ochotní z rôznych dôvodov prísť do sociálnej inštitúcie, ktorá poskytovala pomoc. Aj v Európe bol *streetwork* spojený najmä s veľkým náporom prísťahovalcov, podobne ako v USA a s neochotou prichádzať do sociálnych inštitúcií. Preto v tomto kontexte sa *streetwork* podľa Tokárovej (2003) definuje, ako metóda sociálnej práce, ktorá sa zaoberá rizikovými skupinami klientov, ktorých životný štýl je priamo spojený s pouličným životom.

Streetwork fungoval už dávno predtým ako dostal svoje pomenovanie. Jedným z prvých *streetworkerov* boli kňazi, rehoľníci, ktorí vyrážali do terénu na pomoc chudobným a problematickým mladým ľuďom. *Streetwork* ako metódu terénnej sociálnej práce využívala v čase svojho pôsobenia v Spoločnosti sociálnych sestier aj Sára Salkaházi, ktorá navštevovala rodiny v chudobnej komárňanskej obytno-osadnej štvrti nazývanej Werk. Tam v uprázdnenej vojenskej pevnosti z rokov 1848-1849 žili najbiednejší ľudia. Sára chcela dosiahnuť proces aktívneho vzťahu človeka k svetu, k ich rodinám, aby došlo, ako uvádza Laca (2011) k humanizácii každého jedinca v rodine. Vo svojom denníku zaznamenala nepríjemné svedectvo. *„Išli sme do Werk VI-ky... do pol piatej som si obzrela 16 okruhov, teda 16 návštev v rodinách. Boli sme na hrozných miestach. Nikdy*

v živote som nevidela takú krajnú biedu! Áno, chudobu možno ešte zniesť, to nie je cudzie Pánu Bohu. Ale ak sa stáva takou extrémnou, zabíja telo i dušu. Úbohí, úbohí ľudia. Sociálna sestra musí byť pochodňou, musí dávať ľuďom svetlo na cestu, na cestu, kde môžu dosiahnuť Boha a ja musím byť horiacim svetlom.“ (Magulová, 2008).

Terénna sociálna práca je teda činnosť, ktorú vykonávala sestra Sára v 20. storočí a táto práca je zameraná na rizikových jedincov ohrozených sociálno-patologickými javmi, na osoby v sociálnej núdzi ako i na osoby v aktuálnej krízovej situácii, ktorá je uskutočňovaná v ich prirodzenom prostredí. Súčasťou terénnej sociálnej práce, ako sa zmieňuje Levická (2006) je aj depistáž, nadväzovanie kontaktov, poskytovanie sociálnej pomoci, mapovanie lokality z hľadiska výskytu sociálno-patologických javov, vrátane zberu, analýzy a sumarizácie poznaných informácií o príčinách, charaktere a intenzite nepriaznivej situácie.

Mnoho autorov charakterizuje terénnu sociálnu prácu rôzne. Autori Matoušek a Hartl (2003) ju definujú ako streetwork, ako špecifickú vyhľadávaciu, mobilnú terénnu, sociálnu prácu, ktorá zahŕňa aktuálne nízkoprahové ponuky sociálnej pomoci užívateľom drog a osobám, z pravidla mladšieho veku. Žijúcim rizikovým spôsobom života, u ktorých je predpoklad, že sociálnu pomoc potrebujú a doposiaľ nie sú v kontakte so žiadnou sociálnou inštitúciou. Podmienkou tejto metódy je, že osoby sú kontaktované vo svojom prirodzenom prostredí tam kde sa najviac vyskytujú. Etopedický slovník charakterizuje (2009) streetwork ako špecifickú metódu sociálnej a sociálne pedagogickej práce, priamo v reálnych podmienkach a situáciách klientov, pričom táto metóda sa uplatňuje najviac u detí a mládeže ohrozených sociálne-patologickými javmi, u užívateľov drog, ľudí bez domova (bezdomovcov). Autor Erlich (1993) charakterizuje streetwork ako navštevujúcu sociálnu prácu, v ktorej pracovník nečaká až klient požiada o pomoc s jeho problémom,

ale ktorá sa sama ponúka v miestach, kde je veľká pravdepodobnosť vzniku sociálnych konfliktov.

Streetwork však môžeme charakterizovať podľa Tokárovej (2003) aj ako aktívnu vyhľadávaciu, doprovodnú a mobilnú sociálnu prácu, ktorá zahŕňa nízkoprahovú ponuku sociálnej pomoci, určenú nositeľom sociálne patologického správania a osobám žijúcich rizikovým spôsobom, u ktorých je predpoklad, že sociálnu pomoc potrebujú a sami ju nevyhľadajú.

Poslaním streetworku je i vyhľadávanie, ktoré sa orientuje na výskyt nápadných skupín ľudí so sklonom k násiliu a protispoločenskému správaniu. Aby skupina prijala streetworkera ako dôveryhodného, musí prijať a akceptovať (nie súhlasiť) ich životný štýl (obliekanie, prejavy, názory), nemoralizovať, nenapomínať a zároveň by nemal strácať svoju identitu. Jeho úlohou je ponúknuť cieľovej skupine alternatívny spôsob trávenia voľného času, ukázať možnosti riešenia problémov, konfliktov, ukázať novú cestu. Streetworker môže pomáhať aj pri styku s úradmi, pomáha nájsť si prácu, zabrániť vzniku závislostí, prevencia násilia, sprostredkovať odbornú pomoc - lekársku, ošetrovateľskú, psychologickú, duchovnú a apelovať na ich zodpovednosť a pod. To všetko ako streetworker aplikovala v praxi aj Sára Salkaházi, keď po Prvej Viedenskej arbitráži pripadlo južné Slovensko Maďarsku a Sára začala pôsobiť ako sociálna referentka okresov Moldava Nad Bodvou a Košice, kde navštevovala mnohé rodiny s ponukou riešenia ich neľahkej situácie.

8.3 Paradigmy v sociálnej práci

V sociálnej práci ide v rámci jej pôsobenia (v teórii i praxi) o proces vytvárania nových poznatkov, ktoré čerpá z histórie, ale aj z konania sociálnej zodpovednosti mnohých veľkých osobností. Ide o systematickú a dôkladne plánovanú činnosť, ktorej cieľom je poznať príčiny a podmienky existencie konkrétnych sociálnych

javov v spoločnosti. Ak hovoríme o problematike paradigiem sociálnej práce, je potrebné najprv vysvetliť termín paradigma.

Paradigma pochádza z gréckeho slova *παράδειγμα* *parádeigma*, čo v preklade znamená *vzor, príklad, model*, je to určitý vzor vzťahov, či vzorec myslenia. Už v staroveku chápal filozof Platón paradigmu ako ideu, uvádzajú autori P. Laca, S. Laca (2017), ktorá je nemenná, je dokonalým vzorom, na ktorom sa stvorené - zmyslami vnímateľné veci podieľajú - majú svoju účasť.

Vo vedeckej sfére znamená paradigma zásadné poňatie určitej disciplíny, ktorá je považovaná za vzorovú, je zdieľaná väčšinou vedcov a výskumníkov v určitej historickej etape. Paradigma vymedzuje to, čo má byť skúmané, akými prístupmi, akými metódami, podľa akých pravidiel a konvencií. Ku každej paradigme patria aj metodické pravidlá riešenia, intuitívne postoje a hodnotenia problémov, a to sa dotýka aj takej vednej disciplíny, akou je sociálna práca. Práve jej budovanie ako nevyhnutnej *flexibility* uvádza Tkáč (2011), si vyžaduje zmeny paradigiem a premeny doterajších pohľadov a prístupov k pojmu i predmetu sociálnej práce na všetkých úrovniach, lebo civilizačné prúdy a civilizačné paradigmy si vyžadujú novú „*prácu so sociálnou prácou*.“

Autor Payne (2005) dospel k záveru, že sociálna práca nedisponuje zatiaľ tzv. veľkou paradigmou, ktorá by zjednocovala teoretické, výskumné a praktické postupy do jedného konzistentného celku. Podľa neho je zmysluplné hovoriť o tzv. troch malých paradigmách, ktoré zodpovedajú trojici typov sociálnej práce, ktoré sa ustálili v dejinách sociálnej práce.

Uvedený autor poukazuje ďalej na to, že v priebehu 20. storočia sa vykryštalizovali tri odlišné prístupy sociálnej práce, ktoré označil ako malé paradigmy. A síce **terapeutická** (táto paradigma sa v sociálnej práci chápe ako terapeutická intervencia, za cieľ si kladie

pomoc jednotlivcom, skupinám i komunitám zabezpečiť psychosociálnu pohodu a podporu. Principiálny dôraz je kladený na komunikáciu a budovanie vzťahov), **reformná** (v sociálnej práci sa označuje ako *úsilie o reformu spoločenského prostredia*. V tejto paradigme sa predstava sociálneho fungovania spája s víziou spoločenskej rovnosti v rôznych dimenziách spoločenského života s ohľadom na spoločenské triedy, vekové skupiny, atď.) a **poradenská** paradigma (táto paradigma sa v sociálnej práci označuje ako *sociálno-právna pomoc*. Sociálne fungovanie tu závisí na schopnosti zvládať problémy a na prístupe k informáciám a službám. Zástancovia tohto prístupu chápu sociálnu prácu ako jeden z aspektov systému sociálnych služieb. Toto ponímanie chce vychádzať v ústrety individuálnym potrebám a súčasne sa usiluje o zlepšenie systému sociálnych služieb, ktorých súčasťou je aj poradenstvo).

Tieto paradigmy sa odlišujú svojimi filozofickými východiskami, ako aj praktickými postupmi. Na Payneho nadviazal autor Kuba, ktorý klasifikuje poňatie paradigiem sociálnej práce do štyroch úrovní. K trom čiastkovým paradigmám (terapeutická, reformná a poradenská) je nevyhnutné pripojiť štvrtú paradigmu, *spirituálnu*. Tým vzniká podľa Kubu (2013) komplexita, takpovediac **mandala sociálnej práce**.

Tab. 12 Znaky paradigiem po doplnení o spirituálnu paradigmu autorom Kubom (Zdroj: Malcolm Payne (2005), prevod Pavel Navrátil (2002), doplnenie spirituálnej paradigmy František Kuba 2013).

KRITÉRIUM	PARADIGMY			
	Terapeutická	Reformná	Poradenská	Spirituálna
Predpokla	Duševné	Spoločensk	Dostupnosť	Antropologi

d sociálneho fungovania	zdravie a pohoda – budovanie vzťahov	á rovnosť – princíp rovnosti	informácií a služieb – kvalifikované poradenstvo	cká transcendencia
Pohľad na životnú situáciu	Osobný problematický (psychologický) deficit	Spoločenské problematike znevýhodnenie skupiny, ktorej je klient členom	Problematické individuálne obmedzenia (napr. neznalosť práva), aj bariéry na strane inštitúcií	Súlad s kultúrou (spoločnosťou), prírodou, Univerzom
Cieľ sociálnej práce	Psychická pohoda klienta	Spoločnosť založená na rovnostárskych princípoch	Dostupnosť informácií (znalosť práv i povinností), schopnosť s informáciami účinne zaobchádzať	Spirituálne rásť, osobné náboženstvo
Forma sociálnej práce	Psychoterapia	Organizovanie skupinovej solidarity, sociálne akcie	Poskytovanie informácií, nácvik zručností, sprostredkovanie služieb	Anything goes, NIE prozyletizmu
Profesná orientácia	Psychológia, psychoterapeutický výcvik	Politológia, sociálna filozofia a	Psychológia, sociológia, právo	Sociobiológia, kognitívne

		sociológia		vedy, gnozeológia
--	--	------------	--	----------------------

Štvrtým kritériom spirituálnej paradigmy je Anything goes ide o rakúsko-amerického filozofa, ktorý odmieta existenciu privilegovanosti. Podľa Feyerabenda sa vždy nájdu fakty a okolnosti, v ktorých sa môžu hodiť normy, štandardy a koncepcie odmietané v iných podmienkach.

8.4 Zdravie v metaparadigme ošetrovateľstva

Zdravie je pre odbor ošetrovateľstva jedným zo základných pojmov. Zahrňuje v sebe viaceré komponenty, a to nielen fyzické, psychické, sociálne, intelektuálne, environmentálne, ale aj spirituálne. V súčasnej dobe, ako uvádza Farkašová a kol. (2005) nenachádzame jednotu v definícii pojmu zdravie. Vieme však ako dosiahnuť určitú úroveň zdravia, no stále ešte nevieme merať zdravie, uvádza Kozierová a kol. (1995). Podľa Bartlovej (2005) sú však niektorí autori toho názoru, že zdravie nie je možné definovať. Najznámejšie vymedzenie pojmu zdravie je podané Svetovou zdravotníckou organizáciou z roku 1947, ktorá ho definuje ako „stav úplnej fyzickej, psychickej a sociálnej pohody, a nielen ako chýbanie choroby či slabosti.“ Na tomto mieste chceme podotknúť, že do úplnej definície je potrebné začleniť ešte pojem spiritualita - spirituálny, pretože holistická filozofia charakterizuje človeka ako bytie s bio-psycho-sociálno-spirituálnymi potrebami.

Pojem zdravie, ako uvádza Vörösová (2011) chápu ľudia rozlične, súvisí to so spoločnosťou, v ktorej človek žije, so vzdelaním, hodnotovým systémom človeka, s tým, čo rozumie pod pojmom zdravie a čo pre neho zdravie znamená. Vzhľadom k problémom s

definíciou zdravia bývajú pre vedecké účely často vytvárané tzv. operačné definície zdravia, ktoré sú orientované na tie charakteristiky zdravia, resp. chorôb, ktoré sú relevantné k cieľu písanej podkapitoly. Môžeme usúdiť, že zdravie má výraznú objektívnu i subjektívnu zložku, pretože čím hlbšie je študované, tým výraznejšie vystupuje jeho celostný a hodnotový charakter.

Názory mnohých autorov na zdravie v metaparadigme ošetrovateľstva sú rôzne, napr. Kubicová a Musilová uvádzajú (2005) podľa autorov Donaldsona a Crowleya, že „*ošetrovateľstvo študuje celok alebo zdravie človeka, pričom berie do úvahy, že človek je v sústavnej interakcii so svojim prostredím.*“ Ďalej uvádzajú podľa autorky Meleisovej, že „sestra vstupuje do interakcie s ľudskou bytosťou v situácii zdravia alebo choroby, ktorá je integrálnou súčasťou v istom stave prechodu. Interakcie medzi sestrou a pacientom sa organizujú okolo istého cieľa (ošetrovateľského procesu) a sestra používa určité úkony (ošetrovateľské postupy), aby podporila, dosiahla alebo facilitovala zdravie.“

Podľa Florence Nightingaleovej, zakladateľky profesionálneho ošetrovateľstva znamená zdravie dobre sa cítiť a naplno využívať svoje sily. Pokiaľ sa však necítíme dobre a nevyužívame svoje sily, hovoríme o medicínskom pojme choroba, ktorú možno opísať ako poruchu telesných a duševných funkcií, čo môže vyústiť do zníženej výkonnosti alebo skrátenia dĺžky života. Situácie alebo iné fenomény, ktoré zvyšujú citlivosť individua na chorobu sú zasa rizikové faktory, ako uvádza Kozierová (1995) a tie sa kategorizujú do piatich vzájomne spätých oblastí: *genetická výbava, vek, fyziologické faktory, životný štýl, prostredie.*

V súčasnosti sa u zdravotníckych odborníkov presadzuje teória holizmu v takom štýle, že ak sa chce človek z choroby skutočne vyliečiť, musí pracovať na troch stupňoch ľudskej existencie. A to: *duša, myseľ, telo*, pretože každá choroba má pôvod v psychike

človeka. Nie je dôležité, na ktorom stupni pacient s liečbou začne, no postupom času sa pod vplyvom holistického nazerania na svoje zdravie prepracuje aj k ostatným dvom stupňom. Holistická teória dáva takto do popredia názor, ktorý už aplikovala v praxi - medzi klientmi v teréne - bl. Sára Salkaházi, že potreby človeka musia byť v rovnováhe a v harmónii. Lebo pri narušení vzniká choroba a porucha jednej časti ovplyvňuje fungovanie jednotlivca ako celku.

Súčasný ošetrovateľstvo zdôrazňuje holistický pohľad na zdravie ako celok, a nie analýzu a oddeľovanie jednotlivých oblastí zdravia. Zdravie je pre ošetrovateľstvo jedným zo základných pojmov, ktorý zahrňuje aj proces aktívneho prístupu k spirituálnym dimenziám sociálnych princípov človeka a je definované podľa teoretičky ošetrovateľstva D. E. Johnsonovej, ako prechavý, dynamický stav ovplyvňovaný biologickými, psychologickými a spoločenskými faktormi. Zdravie sa teda odráža v organizácii, interakcii, súvzťažnosti a integrovanosti subsystémov behaviorálneho systému. Podľa Dorothy Oremovej (1985) je zdravie stav individua charakterizovaný zdravým či úplným vývojom ľudských štruktúr a telesnej i duševnej funkčnosti. Je to stav charakterizovaný zážitkom spokojnosti, radosti a šťastia, duchovným smerovaním k naplneniu sebaideálu a pokračujúcej personalizácie.

8.5 Charakteristika spirituality

Charakteristiky súčasnej spirituality z antropologického hľadiska pre misijnú, charitatívnu a sociálnu prácu sa podávajú podľa Strieženca (2007) ako základná voľba a významný obzor existencie, skúsenosť o Bohu, angažovanie sa vo svete, oslobodzujúca spiritualita (obrátenie sa k utláčanému blížnemu, ku klientovi), pospolitá spiritualita (komunitné hodnoty).

Spirituálna zložka reprezentuje sféru spirituality, resp. duchovnosti. Presahuje oblasť konkrétneho náboženstva. Podstatou

spirituálneho rozmeru človeka je predovšetkým jeho viera, lebo viera presahuje sféru matérie, no jej podstata nie je racionálna. Viera je podľa Zandera (2004) jednou z potrieb duchovného života, a to vo forme vzťahu k absolútnu, k Bohu, k transcendentnu, k zmyslu života. Vedomie zmyslu súvisí s videním svojho života v širších dimenziách a tie slúžia klientovi ako rámec pre sebapoňatie a chápanie sveta, na základe ktorých jednanie klienta nadobúda zmysel, podotýka autorka Drobná (2015).

Termín *spiritualita* sa v posledných rokoch frekventovane vyskytuje rovnako v laickej verejnosti, ako aj v rôznych odborných publikáciách. Pokúsiť sa o samotnú definíciu pojmu spiritualita je často veľmi náročné. Spiritualita bola pôvodne teologickým pojmom vyjadrujúcim vzťah človeka k Bohu. Dnes je jej význam posunutý a používa sa aj pre opis náboženských i nenáboženských zážitkov človeka. Asociácia Aservic uvádza definíciu *spirituality* v dokumente nazvanom *White paper* ako *vrodenú schopnosť a sklon*, ktorý je jedinečný pre každú osobu. Táto tendencia posúva človeka, ako uvádza Laca (2016) k poznaniu, láske, zmyslu, nádeji, transcencii, sunáležitosti a celistvosti.

Spiritualita sa môže charakterizovať aj ako dimenzia života, ktorá zrkadlí potrebu nájsť zmysel v ľudskej existencii, ale tiež ako postoj, ktorý vychádza priamo z kresťanskej tradície. Spiritualita nie je podľa Haškovcovej (2007) podmienená zvyčajným členstvom v cirkvi a súhlasom s existenciou Boha. Je to cesta za cieľom, ktorý presahuje človeka a uskutočňuje sa v ľudskom hodnotovom postoji. Nie je to nejaký pravidelný čiastkový súbor presvedčení alebo praktických krokov, nie je tematicky ohraničená a akosi osamotená, ale je to integrálna stránka každodenného života, uvádza autor Křivohlavý (2006).

Spiritualita ako taká ma rozhodný vplyv na náš vzťah k sebe samému, druhým ľuďom i prírode (univerzu). Spiritualita je právom a

slobodnou voľbou možnosti a nie nutnosti každého človeka žiť svoj duchovný život. A ako každá potreba, i táto potreba je prejavom bytostného želania. Potreba je určitá sila, ktorá hýbe s človekom a posúva ho smerom k inému človeku alebo k činnosti. Potrebu sa podľa Bartovej (2006) nerozumie len to, čo človeku chýba, ale hlavne to, k čomu skrze potrebu človek smeruje.

8.6 Záver

Každý vedný odbor, teda sociálna práca aj ošetrovatelstvo, má svoju históriu a významné osobnosti, ktoré sa pričínili o ich rozvoj. Medzi mnohé osobnosti aplikujúce podporu zdravia, ďalej prvky a princípy sociálnej práce v praxi patrí aj blahoslavená Sára Salkaházi. Naším zámerom bolo prezentovať podporu zdravia ako proces aktívneho prístupu k spirituálnej dimenzii sociálnych princípov v živote blahoslavenej Sary Salkaházi, zároveň vyzdvihnúť spirituálny odkaz blahoslavenej Sary Salkaházi pre dnešnú praktickú sociálnu prácu a predstaviť blahoslavenú Sárku Salkaházi ako osobnosť sociálnej práce, ktorá je ešte aj dnes v 21. storočí laickou i odbornou verejnosťou nielen nepoznaná, ale ani zaradená medzi osobnosti praktickej sociálnej práce, ktoré pôsobili na našom území.

Získanými biografickými poznatkami sme dospeli k tomu, že posolstvo života a sociálneho poslania blahoslavenej Sary Salkaházi sa nám prihovára aj dnes a vyzýva, zvlášť dnešných sociálnych pracovníkov k nasledovaniu veľkej osobnosti v oblasti terénnej sociálnej práce. Lebo blahoslavená Sára Salkaházi prejavovala pri každej príležitosti svoju solidárnosť s najúbohejšími, bojovala proti spoločenským zlovykom, nespravodlivosti, falošnosti,

zneužívaniu druhých, proti nezriadenej túžbe po peniazoch a ľahostajnosti k trpiacim a chudobným. Vo svojom živote si vytýčila ako každodennú úlohu žiť kresťanské cnosti, vieru, nádej a lásku, aby mohla aj ostatných privádzať k poznaniu pravdy. Bolo pre ňu veľmi dôležité, aby život a modlitba boli plné nekonečnej lásky, nádeje, viery a dôvery. Jej princípy - zodpovednosť, hodnotová orientácia, solidárne prijatie každého, sociálna spravodlivosť, ktorá je zameraná na všetkých (jednotlivcov i skupiny komunit žiť dôstojne a kvalitne život podľa svojich schopností a možností) - to sú hodnoty, ktoré sú v súčasnosti ešte aktuálnejšie než kedykoľvek predtým.

Konanie sestry Sára v praktickom živote vychádzalo zo sociálneho učenia Cirkvi založeného na štyroch princípoch (dôstojnosti ľudskej osoby, spoločného dobra, solidarity a subsidiarity - vzájomnej podpory, pomoci) a spirituálnej paradigmy sociálnej práce. Sociálne princípy považovala bl. Sára pri výkone svojho povolania medzi klientelou v teréne za dôležité. Akonáhle sa stávajú súčasťou nášho postoja, k niečomu nás vedú. Usmerňujú naše rozhodnutia. Vyzývajú nás k činom. Principiálny človek vie, kde sa nachádza. Vie, kam ide a vie kam chce ísť. Princípy dávajú ľuďom zmysel. Tí z nás, ktorí sú pedagógovia alebo sociálni pracovníci, hlboko v srdci túžia, aby pomohli vychovať, resp. viesť principiálnych ľudí, ktorí sú pripravení a ochotní konať a žiť zodpovedne.

Blahoslavená Sára aplikovala totiž v sociálnej praxi spirituálnu dimenziu princípov sociálneho učenia Cirkvi, ale aj ďalšie sociálne princípy, ktoré praktizovala pri výkone svojho poslania, a to konkrétne:

• **princíp úcty k ľudskému životu**, t.z. - každá osoba od momentu počatia až do prirodzenej smrti má prirodzenú dôstojnosť a právo žiť zhodne s touto dôstojnosťou. Ľudský život je podľa bl. Sára v každej etape rozvoja a slabnutia cenný a preto hodný ochrany a úcty;

• **princíp spoločenstva**, t.z. - osoba nie je iba posvätná, ale aj sociálna. Ústredným miestom spoločenstva a spoločnosti je rodina, preto stabilita rodiny musí byť ochraňovaná a nikdy nesmie byť ohrozovaná. V spoločenstve s ostatnými rodinami a sociálnymi inštitúciami podporujúcimi rozvoj, dôstojnosť a spoločné dobro dosahujú podľa blahoslavenej Sára ľudské osoby svoje naplnenie;

• **princíp spoluúčasti**, t.z. - ľudia majú právo a povinnosť participovať na spoločnosti, snažiť sa o spoločné dobro a blaho všetkých, najmä chudobných a zraniteľných. Bez tejto spoluúčasti sa dosiahnuteľné dobrodenia pre jednotlivcov cez nijakú sociálnu ustanovizeň nedajú získať. Ľudská bytosť má právo nebyť vylúčená zo spoluúčasti z tých ustanovizní, ktoré sú potrebné pre napĺňanie ľudských potrieb. Tento princíp sa zvláštnym spôsobom uplatňuje pri podmienkach, spojených s prácou. Práca je viac ako iba prostriedok na zabezpečenie životných potrieb. Podľa bl. Sára je to forma pokračujúcej účasti na Božom stvoriteľskom diele;

• **princíp prednostnej ochrany chudobných a zraniteľných**, t.z. - keď sa stretávame so zraniteľnými a chudobnými, stretávame sa s Kristom. Príbeh o poslednom súde hrá v tradícii Cirkvi a katolíckej viery veľmi dôležitú úlohu. V začínajúcom období svojej existencie Cirkev učila, že budeme súdení za to, čo sme urobili alebo neurobili hladným, smädným, chorým, ľudom bez domova, vážnom a pod. Dnes toto učenie vyjadruje Cirkev tzv. termínom „prednostná voľba pre chudobných.“ Prečo bola prednostná láska blahoslavenej Sára k chudobným? Prečo kládla na prvé miesto potreby chudobných? Pretože spoločné dobro, dobro spoločnosti ako takej, si to žiada. Protikladom bohatých a mocných sú chudobní a bezmocní. Ak dobro všetkých, spoločné dobro existuje, prednostná ochrana sa musí uberať smerom k tým, čo sú nepriaznivo

postihnutí nedostatkom moci a biedou. Inak sa rovnováha, ktorá drží spoločnosť pohromade naruší na škodu všetkých;

• **princíp správcovstva, t.z.** - kresťanská tradícia nalieha, aby sme prejavili úctu voči Stvoriteľovi naším spravovaním stvorenstva. Správca je manažér, nie majiteľ. V dobe prebúdajúceho sa svedomia ohľadom hmotného prostredia nás naša tradícia volá k morálnej zodpovednosti za ochranu životného prostredia (ornej pôdy, zelených porastov, lesov, vzduchu, vody, nerastov a ďalšieho prírodného bohatstva). Správcovská zodpovednosť, ako zdôrazňovala blahoslavená Sára sa týka aj využívania osobných talentov, pozornosti voči osobnému zdraviu a používaniu osobného vlastníctva;

• **princíp ľudskej rovnosti, t.z.** - rovnosť všetkých ľudí má základ v ich dôstojnosti. Zatiaľ čo rozdiely sú v talentoch súčasťou Božieho plánu, sociálna a kultúrna diskriminácia nie je zlučiteľná s Božím úmyslom. Liečiť podobné podobným je podľa blahoslavenej Sára jedným zo spôsobov, ako definovať spravodlivosť a tiež klasicky chápané, ako dať každému, čo mu patrí. V podstate je tento pojem rovnosti jednoduchým princípom spravodlivosti.

Uvedené princípy uplatňujúce blahoslavenou Sárrou v sociálnej praxi sú sociálnym odkazom pre sociálnych pracovníkov, aby ich klienti zistili, že plnia svoje poslanie na základe spirituálneho rozmeru svojho vnútra. Uvedené princípy môžu zároveň slúžiť pre odbor sociálnej práce ako analytický základ pre akýkoľvek spoločensko-sociálny problém.

Sestra Sára bola obdarená výnimočným sociálnym cítením a vnímala nástrahy systému, v dobe ktorého žila. Mala odvahu vstúpiť do nepreskúmaných situácií a odvahu postaviť sa tomuto systému, ktorý bol proti životu. Z jej denníka sme jasne vypozerovali hlbokú zanietenosť, čo sa odrážalo v jej postojoch. Jej sociálnymi aspektmi pre vtedajšiu, a zároveň ako odkaz pre terajšiu spoločnosť sú:

- **princíp sociálnej citlivosti a vnímavosti** - sociálne hľadisko blahoslavenej Sáry bolo založené na morálke citu a vnímavosti. Veľkú pozornosť venovala práve ľudským citom a v rámci nich morálnym citom. Jej teória morálneho citu v praxi je charakteristická jednoznačnou dominanciou citu, ktorý bol určujúci pri rozhodovaní o tom, čo je správne a nesprávne;

- **princíp odvahy vidieť a menovať veci pravým menom** - sociálna koncepcia blahoslavenej Sáry bola v spoznávaní seba a ostatných cez silu viery, nádeje a lásky. Takto dokázala vidieť pravdu a **menovať veci ľudom vo svetle viery**, keď vravievala: „*Čo všetko by sme s vierou dokázali ...*“;

- **princíp nevyhnutnosti formovať verejnú mienku** - formovanie verejnej mienky je podľa blahoslavenej Sáry možno docieľiť nevyhnutným vyjadrením vo vzťahu k vlastnému svedomiu, najprv je potreba spytovania vlastného svedomia, inými slovami povedané: vlastná sebareflexia, až následne je možné nevyhnutné formovanie verejnej mienky;

- **princíp postavenia sa za práva iných** - blahoslavená Sára sa zastávala práv iných, bolo to najmä práv robotníckej triedy, pracujúcich žien, chudobných a Židov;

- **princíp hľadania možnosti riešenia a začať pri tom od seba** - tu chceme zdôrazniť, že blahoslavená Sára „uplatňovala“ už v danom čase (vojnové roky) spôsob dnešnej mediácie, teda hľadania možnosti riešenia a začatia pri tom od seba;

- **princíp úcty k človeku bez ohľadu na jeho sociálne, národnostné alebo náboženské postavenie** - zo získaného výskumu sa nám potvrdilo, že základnou hodnotou v živote blahoslavenej Sáry je **úcta k človeku a tento základ má aj dnešná sociálna práca**;

• **princíp konverzie srdca, ktorý ju viedol k darovaniu svojho života** - spiritualita a religiozita patria do jadra zmyslu života blahoslavenej Sáry. Pre osobnosť prinášajú vyrovnanosť so životom (teda spokojnosť s ním, tzv. „spokojnosť v duši“), obohacovanie sa múdrosťou (všeobecne platnou skúsenosťou ľudstva), permanentnú radosť z preukazovania nezištnej lásky (väčší zážitok z dávania ako prijímania), možnosti i uskutočňované zmeny osobnosti v smere zdokonaľovania (dokonca na úroveň darovaniu svojho života). Napokon je tu prísľub večnej blaženosti, teda riešenie otázky, čo po smrti, ktorá sa významne dotýka nielen religiózných ľudí.

Svedectvo ľudí, ktorí boli zasiahnutí jej citlivosťou a ochotou pomôcť v každej situácii, nehľadiac na vyznanie, spoločenské postavenie, národnosť, vek, jasne hovorí o jej hlbokej úcte ku každému. Ako sociálna sestra bola zástancom názoru, že najsociálnejším činom je sociálna pomoc núdznym a záchrana ľudských duší. Jej starostlivosť o spásu druhých ju priviedla až k smrti. Udalosti, ktoré predchádzali a sprevádzali jej smrť, ukazujú hrdinský stupeň jej cnosti lásky k Bohu a k blížnemu. Prežila pre nás vopred to, čo niekdajší pápež Benedikt XVI. v súvislosti s charitatívnou službou sformuloval v encyklike *Deus caritas est*, a to, že spojenie s Kristom má sociálny charakter.

Z dostupných materiálov zistili, že blahoslavená Sára sa postavila na odpor proti nekonečnej sociálnej i duchovnej biede príkladom žitia a učenia kresťanskej spirituality a spirituálnej paradigmy sociálnej práce, ktoré aplikovala do teórie i praxe. Pod kresťanskou spiritualitou rozumela živú skúsenosť kresťanskej viery, teda sebatranscendujúcu vieru, v ktorej sa spojenie s Bohom v Ježišovi Kristovi cez Svätého ducha prejavuje v službe blížnemu a účasťou na uskutočňovaní Božieho kráľovstva vo svete. Podľa klasifikácie spirituality 21. storočia sme dospeli k poznaniu, podstatou ktorého je to, že blahoslavená Sára

aplikovala už v 20. storočí *spiritualitu zhora*, ktorá je teologicko-normatívna, určená náboženskou doktrínou (dodržiavanie Božích prikázaní), ideálmi, ktoré si stanovíme (pričom v dnešnej sekularizovanej dobe je táto cesta takmer nemožná) a *spiritualitu zdola*, ktorú možno označiť ako psychologicko-odkrývajúcu (zakladá sa na trpezlivom sebaskúmaní a odhaľovaní temných i svetlých stránok svojej duše). Práve uplatňovaním psychologických aspektov spirituality zdola prispela bl. Sára k rozvoju sociálno-charitatívnej oblasti, a to najmä dôrazom na potrebu pokory služby bližnému. Možno pritom povedať, že obe druhy spirituality - zhora i zdola, ktoré v praxi uplatňovala práve blahoslavená Sára, sa dopĺňajú a obe smerujú k premene osobnosti.

V dnešných časoch stojíme pred tou istou úlohou, pred ktorou stála aj blahoslavená Sára, t. j. pred úlohou služby bližnému (nazdávame sa, že v niektorých podmienkach nie menej náročnou), pred úlohou etablovania špecifických foriem sociálnej práce a jej profesionálneho vykonávania, pričom ak chceme v sociálnej práci dodržať základnú metodologickú podmienku, že práve teória by mala akcentovať prax, potom je našou povinnosťou teoreticky i prakticky konceptualizovať základný rámec kresťanskej spirituality sociálnej práce ako vedy z hľadiska jej etablovania a profesionalizácie. Kvalifikovaná pomoc človeku v náročnej životnej situácii je možná iba prostredníctvom vedy, ktorá má svoje miesto v spoločnosti, pričom jej vznik možno vnímať ako výsledok požiadavky spoločenskej praxe. Takouto disciplínou, spolu s inými vedami (teológia, psychológia, sociológia, pedagogika, právo a iné), je aj sociálna práca doplnená o spirituálne prvky.

ZÁVER

Jednotlivé kapitoly Supplementa boli koncipované v teoretickej a empirickej rovine. Štruktúra ôsmich kapitol textu jadra splnia kritéria vedeckosti s možnosťou zaradenia Supplementa do kategórie vedeckých monografií, ktorá bola vydaná v zahraničnom vydavateľstve. Kolektív autorov verí, že texty monografie sú vnímané ako špecifické dielo s aktuálnym významom pre rozvoj poznania čitateľa, rozvoj oboru sociálna práca a ošetrovateľstvo.

Kolektív autorov očakáva skvalitnenie orientácie čitateľa v problematike zdravia ako metaparadigmy a s nimi súvisiacich problémov.

Zostavovatelia ďakujú jednotlivým autorom monografie za spoluprácu a prajeme im veľa vytrvalosti, tvorivého entuziazmu pri spracovaní budúceho vedeckého diela.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

ACIEM, T. M., MAZZOTTA, M. J. 2013. Personal and social autonomy of visually impaired people who were assisted by rehabilitation services. In *Revista Brasileira de Oftalmologia*, 2013, roč. 72, vydanie 4. ISSN 0034-7280.

AMARI LUMA. 2012. Rómske komunity. In *Amari Luma 1. rómska multimediálna encyklopédia*. [online]. 2012-12-01. [cit. 2018-11-25]. Dostupné na internete: <<http://amari-luma.blogspot.sk/2011/10/romske-komunity.html>>.

AMBRÓZOVÁ, A. 2006. *Proces terénnej sociálnej práce v sociálne vyličenej komunite*. Bratislava : Partners for Democratic Change Slovakia, o. z. 80 s. ISBN 80-969431-3-8.

ARCHÍV SPOLOČNOSTI SOCIÁLNYCH SESTIER. 2014. Budapešť : SZTT 1247/2.

AVDIČOVÁ, M. a kol. 2013. *Monitorovanie rizikových faktorov chronických chorôb v SR*. Bardejov : Slovenská spoločnosť praktickej obezitológie, 2013, 175 s. ISBN 978-80-971460-0-9.

BÁRTLOVÁ, S. 2005. *Sociologie medicíny a zdravotnictví 6.*, přepracované a doplněné vydání. Praha : Grada, 2005, 188 s. ISBN 8024711974.

BÁRTOVÁ, S. 2006. *Etika v práci s klienty zbavenými svéprávnosti*. Brno, 2006.

BARTOŠOVIČ, I., HEGYI, L. 2010. Zdravotné problémy rómskeho etnika. In *Lekársky obzor*. Bratislava : SZU, 2010, č. 4. [online]. 2010-23-06. [cit. 2018-11-26]. Dostupné na internete: <<http://www.lekarsky.herba.sk/index.php/lekarsky-obzor-2010/42-lekarsky-obzor-4-2010-/377-zdravotne-problemy-romskeho-etnika>>.

BAŠKOVÁ, M. et al. 2009. *Výchova k zdraviu*. Martin : Osveta, 2009. 227s. ISBN 978-80-8063-320-2.

BÉDEROVÁ, A. a kol. 2018. *Zdravá výživa : Metodická príručka pre nastavbové poradne zdravej výživy*. Bratislava : ÚVZ SR, 2018, 38 s. ISBN 978-80-7159-232-7.

BEDNÁŘOVÁ, Z., PELECH, L. 2003. *Slabikář sociální práce na ulici*. Brno : Doplněk, 2003.

BELOVIČOVÁ, M. a kol. 2014. Obezita u dospelých. In *Primárny kontakt*, 2014; 2(02-03): 36-39.

BEŇO, I. 2008. *Náuka o výžive*. 2. vydanie. Martin : Vydavateľstvo Osveta, 2008. 145 s. ISBN 80-8063-126-3.

BEŇOVÁ, E. 2017. *Implementace systému Omaha v komunitní praxi*. České Budějovice, disertační práce. 201s. [online]. [cit. 2018-03-01]. Dostupné na internete: <https://theses.cz/id/bp7ujq/Disertační_prace_-_Be_ov.pdf>.

BEŇOVÁ, E., BOLEDOVIČOVÁ, M. 2015. Ošetrovateľský proces v primárni péči s použitím klasifikačného systému Omaha. In *Zborník ošetrovateľstvo naprieč kultúrami*. [online]. [cit. 2018-05-30]. Dostupné na internete: <<https://www.danubiushotels.com/inc/opendoc.php?fn=/w/hd/.../Zbornik...kulturami...>>.

BEŇOVÁ, E., BOLEDOVIČOVÁ, M., POKORNÁ, A. 2015. Analýza vybraných štúdií klasifikačného systému Omaha. In *Zdravotníctvo a sociálna práca*, 2015, roč.10, č.2, s.7-17. ISSN 1336-9326. [online]. [cit. 2018-06-04]. Dostupné na internete: <http://www.zdravotnictvoasocialnapraca.sk/wpcontent/uploads/ZaSP_Cislo_2_2015_SK.pdf>.

BERBERICH, D. 2010. Sára Salkaházi a záchrana Židov počas druhej svetovej vojny. In *Metamorfózy rodiny v kontexte postmodernej spoločnosti. Zborník z vedeckej konferencie*. Košice : Vienala, 2010.

BERKECZ, F. 2010. *S ohňom lásky. Výber z denníka bl. Sára Salkaházi*. Košice : Vienala, 2010, s. 81.

BIELIK, V. a kol. 2017. Odporúčania pre pohybovú aktivitu detí a mládeže na Slovensku (6–18 rokov). In *Čes-slov Pediat*, 2017; 72 (6): 377–381.

BLAXTER, M. 1990. *Health and Lifestyles*. Routledge, 1990. 268 p.

BOLEDOVIČOVÁ, M. 2007. Overovanie klasifikačného systému Omaha v komunitnom ošetrovateľstve. In *Klasifikačné systémy a štandardizácia terminológie v ošetrovateľstve*. Martin : Osveta, 2017. s.110-113. ISBN 978-80-8063-242-7.

- BOLEDOVIČOVÁ, M. et al. 2010. *Pediatrické ošetrovatel'stvo*. Martin : Osveta, 2010. 128s. ISBN 80-8063-050-X.
- BOLEDOVIČOVÁ, M., ZRUBCOVÁ, D. et al. 2009. *Sestra a pôrodná asistentka v komunitnej starostlivosti*. Nitra : Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva UKF v Nitre, 2009, 400s. ISBN 978-80-8094-576-3
- BOREK, I. et al. 2001. *Vybrané kapitoly z neoanatomie a ošetrovateľské péče*. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001, 328 s. ISBN 80-7013-338-4.
- BRAUN, V., CLARKE, V. 2006. Using thematic analysis in psychology. In *Qualitative Research in Psychology*, 2006, 3(2): 77-101.
- BULLOUGH, B. 1990. *Nursing in the Community*. St. Louis : Mosby. 736 p. ISBN 978-080-1660.
- BURIANOVÁ, I. et al. 2010. *Mimořádné situace v péči o živě narozené děti a kojence*. Gylden, s.r.o. pro Nestlé Česko s.r.o., 2010. 39s. ISBN 978-87290-01-9.
- BURNS, N., GROVE, S. K. 2005. *The Practice of Nursing Research Conduct, Critique, and Utilization Edition*. St. Louis : Elsevier Saunders, 2005, 780s. ISBN 0-7216-0626-1.
- CABANOVÁ, M., et al. 2016. Vybrané kompetencie v ošetrovatel'stve z pohľadu spoločnosti. In *Zdravotnícke listy*. 2016, roč. 4, č.1, s. 23-28. ISSN 1339-3022.
- CANGÁR, M. 2017. *Sociálna rehabilitácia*. Bratislava : Implementačná agentúra MPSVaR SR. [online]. [cit. 2018-11-18]. Dostupné na internete: <https://www.ia.gov.sk/npkiku/data/files/np_kiku/dokumenty/Soci%C3%A1lna%20rehabilit%C3%A1cia.pdf>.
- CAPOUŠKOVÁ, P. 2005. Výživa u tehotných. In *Sestra*. 2005, vol. 15, č. 7-8, s. 46. ISSN 1210-0404.
- CATTANEO, Z., VECCHI, T. 2011. *Blind vision: the neuroscience of visual impairment*. Cambridge : MIT Press, 2011. 280 s. ISBN 978-0262015035.

- CIFRUŠ, Š. 2014. Zo 100 výkonov len 1 plomba. In *Zubný lekár*. Bratislava : Slovenská komora zubných lekárov, 2014, roč. XXI., č. 2, s. 6 – 7. ISSN 1335-9223.
- CVENGROŠ, J. 2001. Esenciálne omega-3 mastné kyseliny a ich význam vo výžive. In *Výživa a zdravie*. 2001, roč. 46, č.1, s. 15-16, ISSN 0042-9406.
- ČELEDOVÁ, L., ČVELA, R. 2010. *Výchova ke zdraví*. Praha : Grada Publishing, 2010. 126 s. ISBN 978-80-24-3213-8.
- DELGADOVÁ, E. 2011. Štruktúra kultúry a kultúrne odlišnosti. In *Lingua Summit 2011: Problémy vzdelávania v kontexte súčasnosti*. Trenčín : TnUAD, 2011, s. 36-40. ISBN 978-80-8075-517-1.
- DIMUNOVÁ, L. 2018. Zdravotná gramotnosť ako kľúčový determinant zdravia. In *Zborník vedeckých prác - Hybná sila ošetrovateľstva bez hraníc*. Piešťany, Bratislav a: VŠZaSP sv. Alžbety, n. o., Detašované pracovisko Rožňava, 2018 s. 46-54. ISBN 978-80-8132-184-9.
- DIMUNOVÁ, L., MECHÍROVÁ, V. 2013. Vybrané faktory životného štýlu u sestier a pôrodných asistentiek. In *Ošetrovateľství a porodní asistence* 2013; 4(4): 700-707.
- DISMAN, J. 2011. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. 4. vydanie. Praha : Karolinum, 2011. 374 s. ISBN 978-80-246-0139-7.
- DOBIÁŠOVÁ, E., VOJTEKOVÁ, I. 2015. Formovanie životného štýlu podporujúceho zdravie u detí a dospelých. In *Matulník, J., Capíková, S. (eds.) Životný štýl a zdravie*. Bratislava : Sekcia sociológie zdravotníctva Slovenskej sociologickej spoločnosti pri SAV, 2015. s. 105-112. ISBN 978-80-85447-25-5.
- DROBNÁ, L. 2015. Organizácia duchovnej starostlivosti o chorých v troch nemocniciach. In *Diplomová práca*. Praha : UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE KATOLICKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA. Katedra pastorálnych oborů a právnických věd. 91 s.
- ELFRINK, V. 2018. The Omaha System: Bridging Nursing Education and Information Technology. [online]. [cit. 2018-23-06]. Dostupné na internete: http://ojni.org/3_1/art3v3n1art.html

- ELICH, A. 1993. Streetwork v Hamburku. In: *Bulletin pro sociální prevenci, pomoc a intervenci*. Éthum, 1993, č. 3.
- FABIÁNOVÁ, E. 2012. Výživa, potraviny a zdravie. In *Verejně zdravotníctvo*. Bratislava : VEDA, 2012. s. 314 – 325. ISBN 978-80-224-1283-4.
- FÁBRYOVÁ, Ľ. 2017. Súčasná situácia v manažmente obéznych pacientov na Slovensku. Koncept národného komplexného manažmentu obezity v Slovenskej republike. In *Via practica*, 2017; 14(6): 279–285.
- FÁBRYOVÁ, Ľ. 2018. Súčasná situácia v manažmente obéznych pacientov na Slovensku: koncept národného komplexného manažmentu obezity v Slovenskej republike. In *Forum Diab* 2018; 7(2): 89-97.
- FÁBRYOVÁ, Ľ., HLAVATÁ, A. 2011. Odporúčania pre diagnostiku a liečbu dyslipidémií u detí a adolescentov. In *Pediatrica pre prax* 2011; 12(Supl. 1): 3-9.
- FALL, C.H.D., YANIK, C. S., RAO, S., DAVIES, A. A., BROWN, N, FARRANT, H.J.W. 2003. *Micronutrients and fetal growth. The Journal of Nutrition*. 2003. Vol. 133. No. 5, p. 1693 – 1698.
- FARKAŠOVÁ, D. a kol. 2005. *Ošetrovatelstvo – teória*. Martin : Osveta, 2005. 216 s. ISBN 978-80-8063-182-4.
- FARKAŠOVÁ, D. et al. 2006. *Ošetrovatelství – teorie*. Martin : Osveta, 211s. ISBN 80-8063-227-8.
- FENDRYCHOVÁ, J. 2011. *Základní ošetrovatelské postupy v péči o novorozence Vybrané kapitoly*. Praha : Grada Publishing, a.s. 2011, 192s. ISBN 978-80-247-3940-3.
- FENDRYCHOVÁ, J. 2013. *Hodnotící metodiky v neonatologii. 2. propracované. vydání* Brno : Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických odborů. 2013. 112s. ISBN 978-80-7013-560-0.
- FINKOVÁ, D., JOKLÍKOVÁ, H., STOKLASOVÁ, V. 2012. *Otázky rehabilitace osob později osleplých*. Olomouc : Univerzita Palackého. Pedagogická fakulta, 2012. ISBN 978-80-244-3084-3.

FINKOVÁ, D., LUDÍKOVÁ, L., RŮŽIČKOVÁ, V. 2007. *Speciální pedagogika osob se zrakovým postižením*. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2007. Pedagogická fakulta. 159 s. ISBN 978-80-244-1857-5.

GALKOVÁ, M. et. al. 2015/2016. *Základný kurz o dojčení*. Inštitút pre podporu dojčenia. 2015/2016. 95s.

GAVORA, P. 2010. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Bratislava : Paido, 261 s. ISBN 978-80 -7315- 185-0.

GÁŽOVÁ, V. 2005. Kulturologia, cultural studies, culture club. In *Podoláková, K. (ed.). Kulturologia ako akademická disciplína*. Bratislava : Národné osvetové centrum, 2005. Acta culturologica, č.15. ISBN 978-80-223-3574-4.

GREDOVÁ, K., BOHUŠOVÁ, N. 2017. Nadváha a obezita u detí – pretrvávajúci verejno-zdravotnícky problém. In: Belovičová, M., Vansač, P. (eds.). *Dni praktickej obezitológie a metabolického syndrómu*, zborník príspevkov. Warszawa : Instytut Wydawniczy Humannum, 2017. s. 66-82. ISBN 978-80-7520-221-2.

GREGUŠOVÁ, A., FATRCOVÁ-ŠRAMKOVÁ, K., PEŠEKOVÁ, K. 2013. Vybrané exogénne faktory a ich vplyv na telesný rast a vývoj detí predškolského veku. In *XXX. Zoborský deň a IX. Západoslovenský deň o osteoporóze* 2013. Nitra : Špecializovaná nemocnica sv. Svorada Zobor, 2013. s. 74-84. ISBN 978-80-552-1011-7.

GROFOVÁ, Z. 2010. Výživa v tehotenství. In *Medicína pro praxi*. 2010. 7(1). s. 38-40. ISSN - 1212-7299.

GROFOVÁ, Z. 2007. *Nutriční podpora*. Praktický rádce pro sestry. Praha : Grada Publishing, 2007, 248 s. ISBN 978-80-247-1868-2.

HÁJEK, M., BAHBOUH, CH., 2016. *Muslimský pacient*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing a.s., 2016. 199 s. ISBN 978-80-247-5631-8.

HÁJEK, Z., ČECH, E., MARŠÁL, K. 2014. *Porodnictví*. 3. zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha : Vydavatelství Grada, 2014, 538 s. ISBN 978-80-247-4529-9.

HALAMOVIČOVÁ, V. et al. 2012. *Spríevodca matky v starostlivosti o dieťa*. Bratislava : Slovenský výbor pre UNICEF. 2012. 78s. ISBN 978-80-88788-11-9.

- HANZLÍKOVÁ, A. a kol. 2006. *Komunitné ošetrovatel'stvo*. Martin : Vydavateľ'stvo Osveta, 2006, 280 s. ISBN 978-80-8063-213-8.
- HANZLÍKOVÁ, A. 2007. *Komunitní ošetrovatel'ství*. 2007. Martin : Osveta, 2007. 272s. ISBN 978-80-8063-257-1.
- HANZLÍKOVÁ, A. 2011. *Profesionálne ošetrovatel'stvo a jeho regulácia*. Martin: Osveta, 2011. 155s. ISBN 978-80-8063-360-8.
- HAŠKOVCOVÁ, H. 2007. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. 2. přepr. vyd. Praha : Galén, 2007.
- HAŠKOVCOVÁ, H., PAVLICOVÁ, J. 2013. *Ošetrovatel'ství: ideály a realita v ambulantní péči*. Praha : Galén. 2013. 123s. ISBN 978-80-7492-063-9.
- HAVELKOVÁ, B., HULANSKÁ, B. 2007. Zdravotný stav rómskej populácie na Slovensku. In PDCS o. z.. Bratislava : Partners for Democratic Change Slovakia, 2007, s. 28-33. [online]. 2007-17-07. [cit. 2018-11-24]. Dostupné na internete: <http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2004/action3/docs/2004_3_01_manuals_sk.pdf>.
- HENDRYCHOVÁ, V. 2013. Informovanost sester o špecifikách ošetrování židovské menšiny. In *Diplomová práce*. Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, n. o. Bratislava, 2013. 69 s.
- HÉGYI, L., ROVNÝ, I. 2008. Výchova k zdraviu a podpora zdravia – súčasný pohľad. In: *Lekársky obzor*, 2008; 57(7-8): 273-274.
- HIROŠOVÁ, K. a kol. 2016. Prevalencia nadváhy a obezity u adolescentov a jej asociácia s kardiometabolickými rizikovými faktormi a životným štýlom. In *Hygiena* 2016; 61(3): 100-107.
- HLÚBIK, P., STRÍTECKÁ, H. 2004. Vitamíny v graviditě – přínos a rizika. In *Interní medicína pro praxi*. 7/2004. s. 352 – 356. ISSN - 1212-7299.
- HOLČÍK, J. 2014. Program Zdraví 2020 je dobrou zdravotní strategií. In *Hygiena*, 2014; 59(3): 140-144.
- HORNÁK, L. 2005. Aktuálne otázky vzdelávania minorít ako súčasť pregraduálnej prípravy učiteľov primárneho vzdelávania na Slovensku. In *Príprava učiteľů a aktuální proměny v základním*

vzdělávaním. České Budejovice : Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 15. a 16. 09. 2005, s. 112-119. Jandová R. (Ed.). ISBN 80-7040-789-1.

HRONEK, M. 2004. *Výživa ženy v období těhotenství a kojení*. Praha : Vydavatelství Maxdorf, 2004, 310 s. ISBN 810-7345-013-5.

HRONEK, M., BAREŠOVÁ, H. 2012. *Strava těhotných a kojících*. Praha : Vydavatelství Forsapi. 2012. 1. vyd., 151 s. ISBN 978-80-247-1717-3.

HUČÍK, J., HUČÍKOVÁ, A. 2010. *Kazuistika v sociální práci*. 2. vyd. Bratislava : VŠZaSP sv. Alžbety n. o., 2010, 203 s. ISBN 978-80-89271-66-5.

HULKOVÁ, V. 2016. *Štandardizácia v ošetrovatelstve*. 2016. Bratislava : GradaPublishing, a.s., 2016. 232s. ISBN 978-80-8090-009-0.

HULKOVÁ, V. 2018. ABeCeDa zdravotnej gramotnosti. In *Zborník vedeckých prác: Zdravie – hybná sila ošetrovatelstva bez hraníc*. Bratislava : VŠZaSP sv. Alžbety, n. o., Detašované pracovisko Rožňava, 2018., s. 105-15. ISBN 978-80-8132-184-9.

HULKOVÁ, V., HULKA, J. 2015. Determinanty zdravia a ich vplyv na poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti. In Kolektív autorov: *Supplement vybraných kapitol vo vedných odborov sociálna práca a ošetrovatelstvo III*. vyd. Ústav sv. J.N. Neumanna, Příbram, ČR; Detašované pracovisko bl. Sary Salkaházi Rožňava, 2015, s. 42-57. ISBN 978-80-906146-2-8.

CHOVANCOVÁ, D. 2018. *Predčasne narodené dieťa v ambulancii všeobecného lekára*. In [online]. [cit. 18-04-13]. Dostupné na internete: <https://rsvirus.sk/userfiles/file/media/DL_Chovancova-na-AK.pdf>.

CHOVANCOVÁ, D. 2018. *Starostlivosť o hranične nezrelého novorodenca z aspektu všeobecného lekára pre deti a dorast*. In [online]. [cit. 18.04.13.]. Dostupné na internete: <<https://www.solen.sk/pdf/8106efd9b2950797be99504e7a517d.pdf>>.

- CHOVANCOVÁ, D. 2018. *Starostlivosť o nedonosené dieťa po prepustení do domácej starostlivosti*. In [online]. [cit 18-01-13.]. Dostupné na internete: <https://www.solen.sk/pdf/62404ce1902356c323b9b8046004f432.pdf>.
- IVANOVÁ, K., ŠPIRUDOVÁ, L., KUTNOHORSKÁ, J. 2005. *Multikulturní ošetrovatelství I*. 1.vydanie. Praha: Grada Publishing, 2005, 248 s. ISBN 978-80-247-1212-1.
- JAKUBOVIČOVÁ, H. 2011. *Metodika výcviku čítania a písania bodového písma*. Levoča : Pplypress, 2011. 43 s. ISBN 978-80-88704-74-4.
- JANKECHOVÁ, M., OTRUBOVÁ, J., ZÁVODNÁ, V. 2011. Súčasný obraz ošetrovatelstva v zdravotnej politike. In *Aktuálne otázky politiky: zborník príspevkov z medzinárodnej konferencie*. Trenčín : Trenčianska Univerzita A. Dunčeka v Trenčíne, 2011, s. 75-80. ISBN 978-80-8075-485-3.
- JAROLÍMKOVÁ, S., PETERKA, M. 2003. *Aby se narodilo zdravé*. Praha : Chvojko nakladatelství, 2003. 157 s. ISBN 807- 078- 364-8.
- JAROŠOVÁ, D. 2014. *Ošetrovatelství založené na důkazech Evidence Based Nursing*. Praha : Publishing. 2014. 136s. ISBN 978-80-247-5345-4.
- JAROŠOVÁ, D. 2007. *Úvod do komunitního ošetrovatelství*. Praha : Grada Publishing. 2007. 99 s. ISBN 978-80-247-2150-7.
- JESENSKÝ, J. 2002. *Přehled systému komprehenzivní tyflogedie*. Hradec Králové : Gaudeamus, 2002. 60 s. ISBN 80-7041-329-8.
- JÍCHOVÁ, Z., et al. 2013. Klasifikační systémy ošetrovatelské praxe. In KILÍKOVÁ, M., et al., *Teorie moderního ošetrovatelství II*. 2013. Příbram : Ústav sv. J.N.Neumanna, s.19-32. ISBN 978-80-260-3756-9.
- JORDAN, S., UFBERG, D. *Těhotenství: uživatelská příručka*. Brno : CPRESS. 1. Vydanie. 221 s. ISBN 978-80-264-0138-4.

JURKOVICH, M W., et al. 2018. *Investigation of The Omaha System for dentistry*. In [online]. [cit. 2018-12-06]. Dostupné na internete: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25024763>>.

KABRNOVÁ, K., HAINER, V. 2006. *Obezita je více než viditelný problém : návod jak účinně snížit a udržet hmotnost*. Praha : Centrum pro diagnostiku a léčbu obezity, 2006. 19 s.

KAČMÁRIKOVÁ, M., MACHAJOVÁ, M., RYBANSKÁ, D. 2017. Obezita ako závažný zdravotný problém u detí a mládeže. In BELOVIČOVÁ, M., VANSÁČ, P. (eds.) *Dni praktickej obezitológie a metabolického syndrómu*, zborník príspevkov, Warszawa : Instytut Wydawniczy Humannum, 2017. s. 118-124. ISBN 978-80-7520-221-2.

KAČMÁRIKOVÁ, M., KANTOVÁ, P. 2018. Hodnotenie výživy, stravovacích návykov a pohybovej aktivity u žiakov 6. a 7. ročníka na vybraných základných školách. In Belovičová, M., Vansač, P. (eds.). *Dni praktickej obezitológie a metabolického syndrómu*, zborník príspevkov, Warszawa : Wyzsza Szkoła Finansów i Zarządzania w Warszawie, 2018. s. 132-141. ISBN 83-89884-07-0.

KAROĽOVÁ, Ľ. 2018. *Koncepcia uplatnenia klasifikačného systému Omaha v starostlivosti o novorodenca z pohľadu komunitnej sestry*. Rigorózna práca. Rožňava : Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, Bratislava, 2018, 94s.

KAROĽOVÁ, Ľ. 2013. *Medzinárodné klasifikačné systémy ošetrovateľskej praxe a možnosti jej implementácie v ošetrovateľstve Slovenskej republiky*: Diplomová práca. Prešov : Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, Bratislava, Ústav sociálnych vied a zdravotníctva bl. P.P. Gojdiča Prešov, 2013, 101 s.

KASPER, H. 2015. *Výživa v medicíně a dietetika*. 11. vyd. Praha : Grada Publishing, 2015. 592 s. ISBN 978-80-247-4533-6.

KEBLOVÁ, A. 2001. *Zrakově postižené dítě*. Praha : SEPTIMA, 2001. 68 s. ISBN 80-7216-191-1.

- KILÍKOVÁ, M. 2012. *Teorie moderního ošetrovatelství I*. Příbram : Vysoká škola zdravotnictva a sociální práce sv. Alžbety, Ústav sv. Jana Nepomuka Neumanna, 2012, 196s. ISBN: 978-80-260-3755-2.
- KILÍKOVÁ, M. 2012. *Teorie moderního ošetrovatelství II*. Příbram : Vysoká škola zdravotnictva a sociální práce sv. Alžbety, Ústav sv. Jana Nepomuka Neumanna, 2012, 252s. ISBN 978-80-260-3756-9.
- KILÍKOVÁ, M. 2009. *Teória ošetrovateľského procesu*. 1. vydanie. Prešov : Ústav sociálnych vied a zdravotníctva bl. P.P. Gojdiča, VŠ sv. Alžbety Bratislava, 2009, 95s. ISBN 987-80-89271-72-6.
- KIMLIČKOVÁ, D. 2010. Hodnoty rodiny z pohľadu blahoslavenej Sárky Salkaházi. In *Metamorfózy rodiny v kontexte postmodernej spoločnosti*. Zborník z vedeckej konferencie. Košice : Viena, 2010.
- KIMLIČKOVÁ, D. a kol. 2014. *Modlitby s blahoslavenou Sárkou*. Košice : Viena, 2014.
- KIMPLOVÁ, T. 2010. *Ztráta zraku : Úvod do psychologické problematiky*. Ostrava : Pedagogická fakulta. Ostravská univerzita v Ostravě, 2010, 122 s. ISBN 978-80-7368-917-9.
- KISSOVÁ, V. 2016. Prehľad diétnych odporúčaní používaných pre manažment obezity. In *Forum Diab* 2016; 5(1): 12–16.
- KOLLÁROVÁ, R. a kol. 2013. Prevalencia nadhmotnosti a obezity u študentov bratislavských stredných škôl - predbežné výsledky štúdie „Rešpekt pre zdravie“. In *Česko-Slovenská Pediatrie* 2013; 68(4): 211-218.
- KOŠKOVÁ, J., ELIÁŠOVÁ, A. 2006. Transkultúrne ošetrovatelstvo a jeho zakladateľka Madeleine Leiningerová. In *Molisa 3 – Medicínsko-ošetrovatelstvo listy Šariša*. Recenzovaný zborník. Prešov : PU v Prešove, Fakulta zdravotníctva, 2006, 35-37 s. ISBN 80-8068-480-4.
- KOTRBOVÁ, D. 2009. Doplnky stravy v graviditě. In *Praktické lékařství*. 2009, roč. 5, č. 1, s. 32-35. ISSN 1801- 2434.
- KOZIEROVÁ, B. et al. 1995. *Ošetrovatelstvo I*. Martin : Osveta, 1995.
- KOŽUCHOVÁ, M. et al. 2014. *Domáca ošetrovateľská starostlivosť*. Martin : Osveta. 2014. 245 s. ISBN 978- 80-8063-414-8.

- KOŽUCHOVÁ, M., BAŠKOVÁ, M. 2013. Výskyt nadhmotnosti a obezity u detí v školskom veku a adolescencii v oblasti stredného Slovenska. In *Hygiena* 2013; 58(1): 11-15.
- KOŽUCHOVÁ, M., BAŠKOVÁ, M. 2014. Nutritional behavior in relation to overweight in population of school-aged youth. In: *International Symposium: Science and Research in Nursing*. Brno : Masarykova univerzita, 2014. s. 99-107. ISBN 978-80-7013-574-7.
- KOŽUCHOVÁ, M., BAŠKOVÁ, M. 2015. Vybrané faktory životného štýlu vo vzťahu k nadhmotnosti v populácii školskej mládeže. In *Kontakt* 2015; XVII(3): 163–167.
- KÖSZEGHYOVÁ, V. a kol. 2011. Prevalencia obezity a hodnotenie stravovacích návykov u žiakov stredných škôl vo veku 15 až 18 rokov v Bratislavskom samosprávnom kraji. In: *Verejné zdravotníctvo*; 10(2): 1-11.
- KRAHULEC, B. a kol. 2013. *Klinická obezitológia*. Brno : Facta Medica, 2013, 336 s. ISBN 978-80-904731-7-1.
- KRAHULEC, B. a kolektív. 2013. *Klinická obezitológia*. Brno : Vydavateľstvo Facta Medica. 2013, 336 s. ISBN 978-80-904731-7-1.
- KRIŠTOFOVÁ, E., NÁDÁSKÁ, I., SEMANIŠINOVÁ, M. 2009. Komunitná ošetrovateľská starostlivosť o deti. In *Sestra a pôrodná asistentka v komunitnej starostlivosti*. 2009. Nitra : Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva UKF, 2009, s. 128-151. ISBN 978-80-9094-576-3.
- KŘIVOHLAVÝ, J. 2001. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2001. 279 s. ISBN 80-717-8-774-4
- KŘÍŽ, J. 2011. Determinanty zdraví. In *Komárek, Provazník (ed.) Ochrana a podpora zdraví*. [online]. Praha, 2011. 100 s. [cit. 2018-25-10]. Dostupné na internete: <<http://cindi.cz/wp-content/uploads/2016/03/OCHRANA-A-PODPORA-ZDRAV%C3%8D.pdf>>.
- KŘIVOHLAVÝ, J.. 2006. *Psychologie smysluplnosti existence: otázky na vrchole života*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2006.
- KUBA, F. 2013. *Spirituální paradigma. Studie 1/5*. Druhé prepracované a doplnené vydanie, Ostrava : Vlastním nákladem, 2013.

- KUBICOVÁ, L., MUSILOVÁ, M. 2005. *Koncepčné modely a teórie ošetrovateľstva*. In FARKAŠOVÁ, D. et al. *Ošetrovateľstvo – teória*. Martin : Osveta, 2005. ISBN 80-8063-182-4.
- KUDELA, M. 2008. *Základy gynekologie a porodnictví pro posluchače lékařské fakulty*. Univerzita Palackého v Olomouci. Olomouc. 2008. 2. vyd. 273 s. ISBN 978-80-244-1975-6.
- KUDLOVÁ, E. 2009. *Hygiena výživy a nutriční epidemiologie*. Praha: Vydavatelství Karolinum. 1. vyd., 2009. 287 s. ISBN 978-80-246-1735-0.
- KUŠNIERIKOVÁ, N. 2007. Zdravotná starostlivosť v sociálne vylúčených rómskych komunitách. In *PDCS o. z.* Bratislava: Partners for Democratic Change Slovakia, 2007. s. 12-25. [online]. [cit.: 2018-24-11]. Dostupné na internete: <http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2004/action3/docs/2004_3_01_manuals_sk.pdf>.
- KUTNOHORSKÁ, J. 2013. *Multikulturní ošetrovatelství pro praxi*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing a.s., 2013. 163 s. ISBN 978-80-247-4413-1.
- KUŽELA, L. 2007. Bílkoviny ve výživě člověka. In: *Výživa a potraviny*. 2007, roč. 62, č. 5, s. 116-117. ISSN 1211-846X.
- LACA, P. 2015. *Blahoslavená Sára Salkaházi - sestra misijnej a sociálnej práce*. Příbram : Ústav sv. Jána Nepomuka Neumanna, 2015, 214s. ISBN 978-80-906146-0-4.
- LACA, P. 2016. Filozofické poňatie spirituálnych a duchovných potrieb pacientov v ošetrovateľskej starostlivosti. In *Supplement vybraných kapitol vo vedných odboroch sociálna práca a ošetrovateľstvo IV*. Kol. autorov. Příbram : Ústav sv. Jána Nepomuka Neumanna, 2016, kapitola 6.
- LACA, P., LACA, S. 2017. *Sociálna práca a sociálna pedagogika*. Bratislava : VŠZaSP sv. Alžbety, DP bl. Sára Salkaházi Rožňava, 2017. ISBN 978-80-8132-168-9.
- LACA, S. 2011. *Sociální pedagogika*. Brno : Institut mezioborových studií, 2011.
- LECHTA, V. 2016. *Inkluzivní pedagogika*. Praha : Portál, 2016, 464 s. ISBN 978-80-262-1123-5.

- LEIFER G. 2004. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství*. Praha : Grada Publishing, 2004, 988s. ISBN 80-247-0668-7.
- LEVICKÁ, J. 2006. Na ceste za klientom. Metódy, formy a prístupy v sociálnej práci. Trnava : ProSocio, 2006. 334s. ISBN 80-969454-0-8.
- LEVICKÁ, J. 2008. *Na ceste za klientom : metódy, formy a prístupy v sociálnej práci*. Trnava : OLIVA, 2008.
- LIBA, J. 2016. *Výchova k zdraviu v školskej edukácii*. Prešovská univerzita v Prešove, Pedagogická fakulta, 2016, 244s. ISBN 978-80-555-1612-7.
- LIBA, J. 2010. *Výchova k zdraviu*. Prešov : Vydavateľstvo Prešovskej univerzity, 2010. 260 s. ISBN 978-80-555-0070-6.
- LÍŠKOVÁ, M. 2011. *Výchova k zdraviu vo vyjadrení respondentov o školského prostredia v nitrianskom a prešovskom kraji*. In [online]. 2011. [cit. 2018-22-11]. Dostupné na internete: <http://www.ped.muni.cz/z21/knihy/2011/41/texty/cze/07>. *Výchova k zdraviu vo _liskova_cze.pdf*-
- LORENZOVÁ, D. et al. 1999. *Zdravotní péče o muslimské pacienty. Stručná příručka pro vojenské lékaře působící v zahraničí*. 1. vyd. Hradec Králové : Vojenská lékařská akademie Jana Evangelisty Purkyně, 1999, 20s. ISBN 80-85109-10-7.
- LUKÁČ, M. 2013. Špecifiká výchovy v rómskej rodine ako východisko pre sociálno-andragogickú činnosť. In *Edukácia človeka - problémy a výzvy pre 21. storočie*. Prešov : Prešovská univerzita, FHVP, 2015, s. 105-109. ISBN 978-80-555-0825-2.
- MADARASOVÁ GECKOVÁ, A., DANKULINCOVÁ, Z. (eds.) 2015. *Národná správa o zdraví a so zdravím súvisiacom správaní 11-, 13a 15-ročných školákov*. Bratislava : Kancelária WHO na Slovensku, 2015. 267 s. ISBN 978-80-971997-1-5.
- MAGULOVÁ, L. 2008. Odras sociálneho cítenia bl. Sestry Sára Salkaházi v jej živote a literárnej tvorbe. In *Deň blahoslavenej sestry Sára Salkaházi (1899-1944)*. Zborník z vedeckej konferencie Ľudská dôstojnosť a úcta k životu, príklad sestry Sára. Košice : Seminár sv. Karola Boromejského v Košiciach, 2008.

- MÁCHOVÁ, J., KUBÁTOVÁ, D. a kol. 2015. *Výchova ke zdraví*. Praha : Grada Publishing, 2015. 312 s. ISBN 978-80-247-5351-5.
- MARINOV, Z., PASTUCHA, D. a kol. 2012. *Praktická dětská obezitologie*. Praha : Grada Publishing, 2012. 222 s. ISBN 978-80-247-4210-6.
- MARINOV, Z., MARINOVÁ, C. 2017. Prevence dětské obezity. In *Pediatric pro praxi* 2017; 18(Suppl F), s. 14.
- MARKOVSKÁ, N. 2018. Zubný preukaz dieťaťa – reálny krok k výchove o prevencii zubného kazu. In *Lekárneň*. Bratislava : Natur Product, 2018, roč. 24, č. 4. ISSN 1338-3043.
- MARKOVSKÁ, N. a kol. 2017. *Zastavme zubný kaz teraz pre budúcnosť bez zubného kazu*. Národné odporúčania pre jednotné vzdelávanie našich pacientov. Bratislava : SKZL, SLS, ACFE, 09-2017.
- MASTILIAKOVÁ, D., 2014. *Posuzování stavu zdraví a ošetrovateľská diagnostika*. Praha : Grada Publishing. 2014, 192s. ISBN 978-80-247-5376-8.
- MASTILIAKOVÁ, D., et al. 2016. Problémově orientovaná výuka komunitního ošetrovateľství s podporou e- learningu. In *Zdravotnícké listy*, 2016, roč.4, č.1, s. 19-22. ISSN 1339-3022.
- MATOUŠEK, O., KODYMOVÁ, P., KOLÁČKOVÁ, J. 2005. *Sociální práce v praxi*. Praha : Portál, 2005, 352 s. ISBN 807367002X.
- MATUŠKOVÁ, D. 2001. *Asfyxie a resuscitacenoovorozence*. In BOREK, I. et al. 2001. *Vybrané kapitoly z neonatologie a ošetrovateľské péče*. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. 2001. s. 55. ISBN 80-7013-338-4
- MEDERIOVÁ, T., REŠOVSKÝ, J. , MIŠENDA, P. 2017. Stravovanie a pitný režim vo vzťahu k hodnoteniu vybraných ukazovateľov zdravia stredoškóľakov. In BELOVIČOVÁ, M., VANSÁČ, P. (eds.) *Dni praktickej obezitológie a metabolického syndrómu*, zborník príspevkov. Warszawa : Instytut Wydawniczy Humannum, 2017. s. 156-164. ISBN 978-80-7520-221-2.

- MESSER, B. 2016. *100 Tipů pro plánování domácí ošetrovatelské péče*. Praha : GradaPublishing. 2016, 136s. ISBN 978-80-271-0215.
- MIKULÁŠTÍK, M. 2010. *Komunikační dovednosti v praxi*. 2. vyd. Praha : Grada, 2010, 325 s. ISBN 978-80-247-2339-6.
- MINÁRIK, P., BELOVIČOVÁ, M., MINÁRIKOVÁ. 2018. Úloha diétnej liečby v komplexnom manažmente obezity – stabilné axiómy a nové trendy. In *Zborník abstraktov XXXIII. Kongresu SHS a Konferencie PSPK SKS*, 2018, s. 51-52.
- MIOVSKÝ, M. 2006. *Kvalitatívny prístup a metódy v psychologickom výzkumu*. Praha: Grada, 2010, 332 s. ISBN 80-2471-362-4.
- MIROWSKY, J., ROSS, C. E. 2003. *Education, social status, and health*. Hawthorne, NY, US: Aldine de Gruyter, 2003, 242 pp.
- MONA, I. 2002. *Margita Slachtová*. Košice : Spoločnosť sociálnych sestier - Slovenská provincia pre vnútornú potrebu sestier, 2002.
- MONSEN, K. A. 2014. Feasibility of Using the Omaha System for Self-Report of Symptoms by Adults with Diabetes. In *Online Journal of Nursing Informatics*, 2014, vol. 18, no.3. ISSN 1089-9758. [online]. [cit. 2018-05-24]. Dostupné na internete: <<https://www.himss.org/online-journal-nursing-informatics-volume-18-number-3>>.
- MONSEN, K.A.- MARTIN, K.A.- WESTRA, B.L. 2010. *Omaha System Public Health Data: Analysis Methods*. [online]. 2010. vol. 58, no.2 [cit. 2018-06-06]. Dostupné na internete: <[https://www.nursingoutlook.org/article/S0029-6554\(10\)00139-9/fulltext](https://www.nursingoutlook.org/article/S0029-6554(10)00139-9/fulltext)>.
- MÜLLEROVÁ, D. 2004. *Výživa těhotných a kojících žen*. 1. vyd. Praha: Vydavatelství Mladá fronta, 2004. 124 s. ISBN 80-204-1023-6.
- MÜLLEROVÁ, D. 2008. Výživa v těhotenství a laktaci. In *Klinická dietologie*. 1. vydanie. Praha: Vydavatelství Grada Publishing. 2008. s. 297 – 304. ISBN 978- 80-247-2256-6.

- NANDA International. 2010. *Ošetrovatelské diagnózy. Definície a klasifikácie 2009-2011*. Praha : GradaPublishing. 480s. ISBN 978-80-247-3423-1.
- NANDA International. 2013. *Ošetrovatelské diagnózy. Definície a klasifikácie 2012-2014*. Praha : GradaPublishing. 584s. ISBN 978-80-247-4628-8.
- NANDA Interantional. 2015. *Ošetrovatelské diagnózy. Definície a klasifikácie 2015-2017*. Praha : GradaPublishing. 464s. ISBN 978-80-247-5412-3.
- NIZ. Národný inštitút zdravia. 2018. Zdravie v SR. In: [online]. [cit. 2018-22-11]. Dostupné na interente <<http://www.niz.sk/narodny-operator-ehealth/>>.
- NEDĚLNÍKOVÁ, D. a kol. 2008. *Metodická príručka pro výkon terénnej sociálnej práce*. Ostrava : Ostravská univerzita, 2008, 201 s.
- NEUBAUEROVÁ, L., JAVORSKÁ, M., NEUBAUER, K. 2011. *Ucelená rehabilitácia osôb s postihnutím centrálny nervovej sústavy*. Hradec Králové : Gaudeamus, 2011. 133 s. ISBN 978-80-7435-109-9.
- NOVÁKOVÁ, D. 2009. Respektování holistického přístupu v uspokojování potřeb dětí ve vietnamské minoritě. In *Disertační práce*. 2009. České Budějovice : ZSF JCU, 209 s.
- NOVÁKOVÁ, D. 2007. Hospitalizované vietnamské děti a jejich potřeby. In: *Nové trendy v ošetrovatelství VI*. Sborník příspěvků z konference s mezinárodní účastí VI jihočeské ošetrovatelské dny. 1. vyd. České Budějovice : ZSF JU. s. 247-256. ISBN 978-80-7040-992-3.
- NOVOHRADSKÁ, H. 2009. *Vybrané kapitoly z oftalmopedie*. Ostrava : Repronis, 2009, 86 s. ISBN 978-80-7368-731-1.
- OJA, P. et al. 2010. Physical activity recommendations for health: what should Europe do? In: *BMC Public Health* 2010; 10(10): 1-5.
- ONDRUŠKOVÁ, E., PRUŽINSKÁ, J. 2015. *Štandardy terénnej sociálnej práce a terénnej práce v sociálne vylúčených komunitách*. Bratislava : Implementačná agentúra MPSVaR SR, 2015. ISBN 978-80-970110-2-4.

ODPORÚČANÉ VÝŽIVOVÉ DÁVKY PRE OBYVATELSTVO V SLOVENSKEJ REPUBLIKE. 2015. In *Vestník MZ SR*, 2015, čiastka 4-5, ročník 63.

PAVELOVÁ, Ľ. 2016. *Rola sestry a jej činnosti v komunitnom ošetrovatelstve*. Nitra : Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre. Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva, 2016, 136s. ISBN 978-80-558-1089-8

PAVLÍKOVÁ, S. 2007. *Modely ošetrovatelstva v kocke*. Praha : Grada Publishing, a.s., 2007. 114 s. ISBN 978-80-247-1918-4.

PAŘÍZEK, A. 2012. *Analgezie a anestezie v porodnictví*. Praha : Vydavatelství Galén, 2012, 427 s. ISBN 978-80-7262-893-3.

PAYNE, M. 2005. *Modern Social Work Theory (3. ed. ed.)*. Basingstoke : Palgrave Macmillan, 2005.

PESCHONG, M. 2018. *What Is The Omaha System and What DO es It Offer You?* In [online]. [cit:18.03.15]. Dostupné na internete: <<https://www.champsoftware.com/2018/01/10/what-is-the-omaha-system-and-what-does-it-offer-you/>>

PIUS XI. 1996. *Quadregesimo Anno*, čl. 145. Praha : ZVON, 1996.

PLEVOVÁ, I. et al. 2011. *Ošetrovatelství I*. 1. vyd. Praha: GradaPublishing 2011. 288s. ISBN 978-80-247-3557-3.

POKORNÁ, J., BŘEZKOVÁ, V., PRUŠA, T. 2008. *Výživa a léky v těhotenství a při kojení*. 1. vyd. Brno: Vydavatelství ERA, 2008. 132 s. ISBN 978-80-7366-136-6.

POPPER, M., SZEGHY, P., ŠARKOZY, Š. 2009. *Rómska populácia a zdravie. Analýza situácie na Slovensku*. Bratislava/Madrid : PDCS o. z. - Partners for Democratic Change Slovakia, 2009. 97 s. ISBN 978-84-692-5485-1.

PRUDNIKOVA, I., ZOGLA, I. 2017. Adolescents' physical, emotional and social balance: a concept of pedagogical assistance and socialrehabilitation. In *Social Welfare Interdisciplinary Approach*. 2017, roč. 1, vydanie 7, s. 58-167. ISSN 20297424.

- PUSKELY, M. 2006. *Salkaházi Sára - a társadalmi igazságosság apostola*. Budapest : Új Ember Kiadó, 2006.
- RAČKOVÁ, E. 2016. *Správanie súvisiace so zdravím a zdravotné ťažkosti v súvislosti s osobnosťami charakteristikami v adolescencii*. Rigorózná práca : Masarykova Univerzita, Brno, 2016. 103 s.
- RAŠMANOVÁ, M., JANOVIČOVÁ, G. 2015. *Bonding matkina náruč po pôrode*. Trnava: občianske združenie Ženské kruhy, 2015, 74s. ISBN 978-80-971866-0-9.
- REGEC, V. 2010. *Prístupnosť elektronických informácií pre študentov so zrakovým postihnutím*. Rigorózná práca. Bratislava : Univerzita Komenského v Bratislave, 2010, 145 s.
- REGECOVÁ, V., ŠIMURKA, P., BARÁKOVÁ, A. 2012. Overweight and cardio-metabolic risk markers in adolescents of Slovakia. In: *Slov. Antropol.* 2012; 15(2): 58-62.
- RIMAROVÁ, K. 2017. *Sociálne faktory a ich vplyv na zdravie determinanty zdravia a rastu rómskych detí*. Košice : UPJŠ, 2017. 97s.
- ROZTOČIL A. et al. 2017 *Moderní porodnictví. 2. přepracované a doplněné vydání*. Praha : GradaPublishing. 2017. 656 s. ISBN 978-80- 247-5753-7.
- RÚVZ SR. 2008. *Program podpory zdravia znevýhodnených komunit na Slovensku – prvá etapa*. In: [online]. 2008-31-12. [cit. 2018-26-11]. Dostupné na internete: <http://www.uvzsr.sk/docs/info/podpora/romovia/romovia_1_etapa.pdf>.
- RÚVZ SR. 2015. *Program podpory zdravia znevýhodnených komunit na Slovensku – druhá etapa*. [online]. 2015-31-12. [cit. 2018-27-11]. Dostupné na internete: <http://www.uvzsr.sk/docs/info/podpora/romovia/romovia_2_etapa.pdf>.
- RŮŽIČKOVÁ, K. 2011. *Vybrané texty ze speciální pedagogiky I. východiska pro speciální pedagogiku a rehabilitaci osob se zrakovým postižením*. Hradec Králové : Gaudeamus, 2011, 88 s. ISBN 978-80-7435-099-3.
- RYBÁROVÁ, L., 2005. *Uplatnenie metódy ošetrovateľského procesu v komunitnej ošetrovateľskej starostlivosti*. In MOLISA 2,

Medicínsko-ošetrovateľské listy Šariša2, 2005, s.85-89. ISBN 80-8068-396-7.

RYDLO, J. 2009. *Etopedický slovník*. Zlín, 2009.

SABERSKY, A. 2009. *Zdravá výživa pro těhotné a kojící matky*. Praha : Vydavatel'stvo Grada Publishing a.s., 2009. 1. vyd., 184 s. ISBN 978-80-247-2740-0.

SACHO. 2013. *Analýza trendov chronických ochorení a monitorovanie zdravotných indikátorov v kontexte 9 cieľov globálneho monitorovacieho rámca do roku 2025*. In [online]. 2013. [cit. 2018-01-10]. Dostupné na internete: <http://www.hpi.sk/cdata/Documents/Analýza_trendov_CHO_a_monitorovanie_RF.pdf>.

SAMOHÝL, M., RAMS, R., HIROŠOVÁ, K. a kol. 2016. Vplyv výživy a rizikových faktorov životného štýlu matky na pôrodnú hmotnosť a dĺžku novorodenca. In *Hygiena*. 61(2), 2016, s. 48-55. ISSN 1802-6281.

SEDLÁKOVÁ, G. 2006. Posudzovanie stavu vietnamského klienta v zdraví a v chorobe. In *Sborník Ošetrovatelství v pohybu*. I. Příbramské ošetrovateľské dny s mezinárodní účastí. 1. Vydanie, Příbram, 30. - 31. 3. 2006. ISBN 80-239-6690-1, s. 209 - 213.

SEDLÁŘOVÁ, P. et al. 2008. *Základní ošetrovateľská péče v pediatrii*. Praha: GradaPublishing, 2008, 240s. ISBN 978-80-247-1613-8.

SCHÉDA, M. 2006. *Boldog vagy, Sára?* Budapest : Új Ember Kiadó, 2006.

SIGMUNDOVÁ, D., SIGMUND, E., ŠNOBLOVÁ, R. 2012. Návrh doporučení k provádění pohybové aktivity pro podporu pohybové aktivního a zdravého životního stylu českých dětí. In *Tělesná kultura*, 2012; 35(1):9-27.

SIKOROVÁ, L. 2012. *Dětská sestra v primární a komunitní péči*. 1. vyd. Praha : GradaPublishing, 2012, 184s. ISBN 978-80-247-3593-1

- SIKOROVÁ, L. 2012. *Dětská sestra v primární a komunitní péči*. 1. vyd. Praha: GradaPublishing, 2012. 184 s. ISBN 978-80-247-3592-4
- SIMOČKOVÁ, V., ZAMBORIOVÁ, M. 2009. Zdravie a prevencia cez prizmu povolania sestry. In *Kontakt*, 2009, 11(1): 131-136.
- SLEZÁKOVÁ, L. et al. 2010. *Ošetrovatelství v pediatrii*. Praha : GradaPublishing. 2010, 280s. ISBN 978-80-247-3286-2
- SLOWÍK, J. 2007. *Speciální pedagogika*. Praha : Grada, 2007, 160 s. ISBN 978-80-247-1733-3.
- SLUŠNÁ, Z. 2015. *Súčasná kultúrna situácia z pohľadu teórie a praxe*. Bratislava: UK v Bratislave, 2015, 118s. ISBN 978-80-223-4026-7.
- SOSNA, T. 2016. *Diabetická retinopatie*. Liberec : AXONITE, 2016, 280s. ISBN 978-80-88046-05-9.
- SOVÁRIOVÁ SOÓSOVÁ M, HREHOVÁ J. 2014. The effect of education on lifestyle changes and metabolic syndrome components. In: *Central European Journal of Nursing and Midwifery*. 2014; 5(4):161–168.
- SPÁČILOVÁ, Z. 2017. *Posudzovanie v pediatrickom ošetrovatelstve pre klinickú prax*. Nitra : Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre. 2017, 198s. ISBN 978-80-558-1161-1
- STAŇKOVÁ, M. 2000. Obrázky z historie českého ošetrovatelství. In *Sestra*, 2000, roč.10, č.3, s.5-6, ISSN 1210-0404.
- STRATEGICKÝ RÁMEC STAROSTLIVOSTI O ZDRAVIE PRE ROKY 2013-2020. In: [online]. [cit. 2018-11-08]. Dostupné na internete: <<http://www.health.gov.sk/Zdroje/?Sources/Sekcie/IZP/strategicky-ramec-starostlivosti>>.
- STRIŽENEC, M. 2007. *Novšie psychologické pohľady na religiozitu a spiritualitu*. Bratislava : SAV, 2007.
- SVÁČINA, Š., BRETŠNAJDROVÁ, A., HOLCÁTOVÁ, I. a kol. 2008. *Klinická dietologie*. 1. Vydanie. Praha : Grada Publishing, 2008, 381 s. ISBN 978- 80-247-2256-6.
- SZÁRAS, J. 2013. *Sára Salkaházi život a dielo*, Košice : Viena, 2013.

SZÁRAS, J. 2012. *Sára Salkaházi - život a dielo*. In *Dôstojné starnutie a medzigeneračné korelácie vo svetle obety a služby bl. Sára Salkaházi*. Zborník z medzinárodnej vedeckej konferencie. Košice : Vydavateľstvo Michala Vaška, 2012.

ŠAŠINKA, M., ŠAGÁT, T., KOVÁCS, M. et al. 2007. *Pediatrics*. 2. dopl. Vyd. Bratislava : Herba, 2007, 1500 s. ISBN 978-80-89171-49-1

ŠMIDOVÁ, M. 2012. *Sociálna práca s osobami so zdravotným postihnutím*. Trnava : Dobrá kniha, 223 s. ISBN 978-80-7141-769-9.

ŠPIRUDOVÁ, L. et al. 2006. *Multikulturní ošetrovatelství II*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, a.s., 2006. 248 s. ISBN 80-247-1213-X.

ŠPROCHA, B. 2011. *Populácia Rómov na Slovensku a možnosti jej prognózovania*. [Dizertačná práca]. Praha : Univerzita Karlova v Prahe, Přírodovědecká fakulta, Demografie, 2011, 367 s.

ŠRAMKOVÁ, K. 2001. *Výživa a zdravie*. Nitra : SPU, 2001, 157 s. ISBN 80-7137-948-4.

ŠULCOVÁ, M., ČIŽNÁR, I., FABIÁNOVÁ, E. a kol. 2012. *Verejné zdravotníctvo*. Bratislava : VEDA, 2012, 654s. ISBN 978-80-224-1283-4.

ŠUPÍNOVÁ, M., HEGYI, L., KLEMENT, C. 2015. Zdravotný stav Rómov na Slovensku. In *Hygiena – časopis pro ochranu a podporu zdraví*. Praha : SZÚ, 2015, roč. 60, č. 3, s. 116-119. ISSN 1802-6281.

ŠUVADA, M. 2015. *Rómovia v slovenských mestách*. Bratislava: POMS, 2015. 168 s. ISBN 978-80-8061-828-5.

ŠVARŤÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K. 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 3. vyd. Praha : Portál, 2014, 384 s. ISBN 9788026206446.

TICHÁ, Ľ. et al. 2018. Prevalence of overweight/obesity among 7-year-old-children - WHO Childhood Obesity Surveillance Initiative in Slovakia, trends and differences between selected European countries. In: *European Journal of Pediatrics* 2018; 177(6): 945-953.

TKÁČ, V. 2011. Úvaha o ľudských právach - rovnosť, spravodlivosť a solidarita v sociálnej práci. In *Sborník z konferencie Politiky a paradigmatá sociálnej práce: Co jsme zdědili a co s tím uděláme?* Zlín : Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, 2011.

- TOKÁROVÁ, A. et al. 2003. *Sociálna práca. Kapitoly z dejín, teórie a metodiky sociálne práce*. Prešov : Akcent Print, 2003.
- TOPAZ, M., GOLFENSTEIN, N., BOWLES, K.H. 2018. *The Omaha system: a systematic review of the recent literature*. In [online]. [cit. 18-01-13]. Dostupné na Internete: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3912710/>>
- TÓTHOVÁ, V. 2006. Respektování zvláštností verbální a neverbální komunikace v ošetrovatelské péči o vietnamskou minoritu. In *Sborník: Ošetrovatelství v pohybu*. I. Příbramské ošetrovatelské dny s mezinárodní účastí. 1. Vydanie, Příbram, 30. - 31. 3. 2006, s. 278-282. ISBN 80-239-6690-1.
- TÓTHOVÁ, V. a kol. 2010. *Zajištění efektivní ošetrovatelské péče o vietnamskou a čínskou minoritu*. Praha : Triton, 2010. 1. vyd. 194 s. ISBN 978-80-7387-414-8.
- TÓTHOVÁ, V., SEDLÁKOVÁ, G. 2006. K problematice vyšších potřeb v ošetrovatelské péči o vietnamskou minoritu. In *Kontakt*. 2006, roč. 8, č. 1, s. 36-44. ISSN 1212-4117.
- TÓTHOVÁ, V., VELEMÍNSKÝ, M. 2006. K problematice poskytování kulturně diferencované ošetrovatelské péče ve vietnamské a čínské minoritě. In *Nové trendy v ošetrovatelství V*. ZSF JU, 2006, s. 432-439. ISBN 80-7040-884-7.
- TÓTHOVÁ, V., VELEMÍNSKÝ, M. 2007. Zmapování spokojenosti vietnamských pacientů v nemocnici v ČR. In *Nové trendy v ošetrovatelství VI*. České Budějovice: ZSF JCU, 2007, s. 395-405. ISBN 978-80-7040-992-3.
- TSIGOS, C. et al. 2009. *Liečba obezity u dospelých – Európske odporúčania pre klinickú prax*. Obezitologická sekcia Slovenskej diabetologickej spoločnosti SLS, 2009. 35 s.
- UHER, I. 2014. *Determinanty kvality života seniorov*. Košice: UPJŠ v Košiciach, 2014. 133s. ISBN 978-80-8152-136-2.
- UKROPCOVÁ, B., SEDLIAK, M., UKROPEC, J. 2015. Pohybová aktivita „na mieru“: diagnostika, edukácia a individualizovaná preskripcia cvičenia. In *Via practica* 2015; 12(5): 188-192.

- ÚNIA NEVIDIACICH A SLABOZRAKÝCH SLOVENSKA. 2017. *Vo štvrtok 12. 10. si pripomíname Svetový deň zraku*. In [online]. [citované 2018-11-18]. Dostupné na internete: <<https://www.unss.sk/aktuality/2017/svetovy-den-zraku.php>>
- VADOVIČOVÁ, P., FATRCOVÁ-ŠRAMKOVÁ, K. 2011. Vplyv celospoločenských programov v EÚ na správnu výživu a spôsob života u obéznych detí a adolescentov v SR. In XXVIII. Zoborský deň a IX. Západoslovenský deň o osteoporóze 2011. Nitra : Špecializovaná nemocnica, 2011. s. 92-106.
- VESTNÍK MZ SR. 2012. *Odborné usmernenie MZ SR č. 13278-OZS-2011 o diagnostike a liečbe obezity u detí*. In [online]. 31.03.2012. [cit. 2018-10-10]. Dostupné na internete: <[file:///D:/Downloads/vestnik2012-6-15%20\(1\).pdf](file:///D:/Downloads/vestnik2012-6-15%20(1).pdf)>.
- VĚGH, V. 2013. Význam železa. *Farmi news*, 2013, roč. 11, č.1, s.52. In: [cit. 2018-13-03]. Dostupné na internete: http://www.edukafarm.cz/data/soubory/casopisy/19/52_zelezo.pdf.
- VIDA, K. 2010. *Činnosť bl. Sestry Sáry Salkaházi v prospech rodiny v rokoch 1930-1937 na Slovensku*. In *Metamorfózy rodiny v kontexte postmodernej spoločnosti*. Zborník z vedeckej konferencie. Košice : Vienaľa, 2010.
- VIEME, AKO SA STRAVUJÚ NAŠE DETI. 2018. In [online]. 6.10.2017. [cit. 2018-01-10]. Dostupné na internete: <<https://www.viemcozjem.sk/o-projekte/co-jenove/vieme-ako-sa-stravuju-nase-deti/>>.
- VONDRÁČEK, L., WIRTHOVÁ, V. 2008. *Sestra a jejídokumentace*. Praha : GradaPublishing. 2008, 88s. ISBN 978-80-247-2763-9
- VOTAVA, J. 2003. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. Praha : Karolinum, 207 s. ISBN 80-246-0708-5.
- VÓRŔSOVÁ, G. 2011. *Zdravie v kontexte ošetrovateľstva*. In [online]. [cit. 2018-10-10]. Dostupné na internete: <https://www.ped.muni.cz/z21/knihy/2011/41/texty/cze/05_vorosov_a_cze.pdf>.
- VÓRŔSOVÁ, G., et al. 2007. *Klasifikačné systémy a štandardizácia terminológie v ošetrovateľstve*. 1. vyd. Martin : Osveta, spol s.r.o., 2007. 113s. ISBN 978-8063-242-7.

VŮŘOŠOVÁ, G., SOLGAJOVÁ, A., ARCHALOUSOVÁ, A. 2015. *Ošetřovatelská diagnostika v práci sestry*. Praha : GradaPublishing, 2015. 208s. ISBN 978- 80-247-5538.

VRŠANSKÁ, V. 2017. *Pediatrická kardiológia - najdôležitejšie míľníky?* In *inVitro* 2017, č. 3. In [online]. 31.10.2017. [cit. 2018-10-10]. Dostupné na internete: <<https://www.alphamedical.sk/casopisinvitro/pediatrica-kardiologia-najdolezitejsie-milniky>>.

VRUBEL, M. 2015. *Facilitátory a bariéry školní a sociální inkluze osob se zrakovým postižením*. Brno : Masarykova univerzita, 2015, 186 s. ISBN 978-80-210-8022-5.

VYHLÁŠKA MINISTERSTVA ZDRAVOTNÍCTVA SR. 2015, č. 306/2005 Z.z. ktorou sa ustanovuje zoznam sesterských diagnóz.

WESTRA, B.- SOLOMON, D. TheOmahaSystem: Bridging Home Care and Technology. [cit. 29-5-2018]. Dostupné na: <http://ojni.org/3_1/omahaart.htm>

WHO. 2011. *Global Recommendations on Physical Activity for Health*. In [online]. 2011. [cit. 2018-10-10]. Dostupné na internete: <<https://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/physical-activityrecommendations-5-17years.pdf?ua=1>>.

WHO. 2012. *Population-based Approaches to Childhood Obesity Prevention*. Document Production Services, Geneva, Switzerland, 2012. 52 pp. ISBN 978-92-4-150478- 2. In [online]. [cit. 2018-10-10]. Dostupné na internete:

<<https://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/approaches/en/>>.WHO

WHO. 2018. *WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative: overweight and obesity among 6–9-year-old children*. [online]. Denmark: WHO Regional Office for Europe, 2018. 65 pp. In: [online]. [cit. 2018-10-10]. Dostupné na internete: <http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/378865/COSI-3.pdf?ua=1>.

WORLD HEALTH ORGANISATION, FOOD AND AGRICULTURE ORGANISATION OF THE UNITED NATIONS & UNITED NATIONS UNIVERSITY. Human energy requirements: Report of a Joint FAO/WHO/UNU Expert Consultation, Rome, Italy, 17 – 24 October 2001. Rome: FAO, 2004a. 96 p. ISBN 92-5-105212-3.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Health Promotion Glossary. Geneva. In: [online]. 1998. [cit. 2017-10-17]. Dostupné na internete: <<http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>>.

WILSON, B. A. 2003. *Neuropsychological Rehabilitation Theory and Practice*. Boca Raton : CRC Press, 2003, 312 s. ISBN 978-9026519512.

YIN, R. K. 2015. *Qualitative Research from Start to Finish*. 2. vyd. London : The Guilford Press. 386 s. ISBN 462517978.

ZÁKON č. 272/1994 Z. z. o ochrane zdravia ľudí.

ZÁKON č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov.

ZAMBORIOVÁ, M., SIMOČKOVÁ, V. 2017. Manažment rizik rómskej komunity v ošetrovatelstve. In *Ošetrovatelstvo 2020 – trendy, zmeny a budúcnosť*. Zborník vedeckých prác. Rožňava: VŠZaSP sv. Alžbety, Bratislava, Detašované pracovisko bl. Sára Salkaházi, 2017. s. 247-258. ISBN 978-80-8132-166-5.

ZAMBORIOVÁ, M., SIMOČKOVÁ, V. 2014. Zdravie ako súčasť metaparadigmy v ošetrovatelstve. In KOŽUCHOVÁ, M. (ed.) *20 rokov Agentúr domácej ošetrovateľskej starostlivosti na Slovensku*, Kežmarok: ADOS v SR, 2014. s. 308-316.

ZANDLER, M. 2004. *Kresťan a zdravie: hľadanie kresťanskej cesty ke zdraví*. Svitavy, Řím : Trinitas; Kresťanská akadémia, 2004.

ZÁVODNÁ, V. 2006. *Pedagogika v ošetrovatelstve*. Martin : Osveta, 2006. 117s. ISBN 808063193X.

ZELENÍKOVÁ, R., 2011. Klasifikační systémy v ošetrovatelství. In PLEVOVÁ, I. *Ošetrovatelství I*. 1.vyd. Praha : GradaPublishing, 2011, s. 187 – 213. ISBN 978-80-247-3557-3.

RECENZIA 1

Recenzent: doc. PhDr. Mária Zamboriová, PhD., mim. prof.

Vedecká monografia „Supplement vybraných kapitol vo vedných odboroch sociálna práca a ošetrovatel'stvo VI.“ je dielom kolektívu autorov z uvedených odborov. Cieľom je priniesť nové výsledky štúdií v problematike zdravia v rámci interdisciplinárnej spolupráce.

Jednotliví autori sumarizujú pohľady na zdravie v rôznych teoreticko-praktických rovinách. Vedecké bádania v oblasti podpory a udržiavania zdravia sú stále aktuálne, nakoľko dochádza k veľkej migrácii osôb a starnutiu obyvateľ'stva. Interkultúrne prístupy ku zdraviu sa môžu líšiť, preto výsledky analýz v rôznych kultúrach z oblasti ošetrovatel'stva a sociálnej práce považujem za veľmi prínosné. Problém podpory zdravia v marginalizovaných skupinách je reprezentovaný v tejto monografii postojmi rómskej populácie k vlastnému zdraviu. Význam mikro a makronutrientov v období tehotenstva je dôležitý z pohľadu podpory zdravia pre budúce generácie. Pútavo a adresne sú spracované témy z vednej oblasti sociálna práca, kde sa zameriavajú na analýzu intervencií u zrakovo postihnutých klientov. Zdravie v etickej rovine je reprezentované v kapitole aktívneho prístupu k spirituálnej dimenzii sociálnych princípov v živote blahoslavenej Sary Salkházi, kde sa dáva dôraz na dôstojnosť ľudskej osoby, solidaritu, subsidiaritu, spoločné dobro a iné sociálne princípy. Autori si vybrali pre spracovanie vedeckej monografie aktuálne problémové okruhy s využitím reprezentačnej vzorky domácej i zahraničnej literatúry.

Predložená publikácia prináša komprehenzívne vedecké poznatky v prístupoch ku zdraviu a je aplikovateľná pre vzdelávanie a prax v odboroch ošetrovatel'stva a sociálnej práce.

RECENZIA 2

Recenzent: doc. PhDr. Dagmar Kalátová, PhD., mim. prof.

Vědecká publikace je syntézou empirických výsledků vědecko-pedagogické činnosti autorů, kteří úspěšně působí v oborech ošetrovatelství a sociální práce.

Teoretická východiska jednotlivých kapitol jsou zodpovědně citovány a doplněné o vlastní názory, vědecké zkušenosti autorů. Dílo je sestaveno přehledně, logicky a srozumitelně. Jazyková úroveň je výborná. Odborná terminologie nevykazuje nedostatky. Grafická úroveň zpracování je standardní. Obsah díla přináší nové originální zjištění, které jsou výsledkem vědeckého působení v rovině teoretické nebo empirické.

Doporučuji dílo publikovat pro odbornou veřejnost s možností záměrného využití empirických zjištění v resortu zdravotní a sociální péče.

RECENZIA 3

Recenzent: doc. PaedDr. Slavomír Laca, PhD.

Dnes sa podľa prevládajúceho konsenzu tvorcov sociálnej a ošetrovateľskej vedy uskutočňujú metaparadigmatické vymedzenia predmetov ich skúmaní. Je to predovšetkým pomocou štyroch základných pojmov, kde okrem osoby, prostredia a ošetrovateľskej starostlivosti patrí aj zdravie. Práve zdravie je ústrednou metaparadigmou predkladanej vedeckej monografie od kolektívu autorov, ktorých cieľom je predstaviť nové výsledky štúdií v oblasti zdravia a následne ich preniesť aj do praxe.

V jednotlivých kapitolách sú autormi prezentované determinanty a percepcie zdravia z pohľadu rôznych kultúr, ďalej sú uvádzané zdravotné dôsledky obezity u detí a adoscelentov s prepojením na komplexnú liečbu, uvedený je aj prístup ošetrovateľstva pri podpore zdravia Rómskej populácie so zreteľom ich postoja k vlastnému zdraviu. Ako nástroj podpory zdravia je v monografii predstavená klasifikácia systému omaha, pričom je zdôraznený je i význam jednotlivých makro a mikronutrientov v období tehotenstva pre matku a plod. Z pohľadu sociálnej práce sa problematika zdravia dotýka analýza intervencií terénneho sociálneho pracovníka v podpore zdravia zrakovo postihnutého klienta, a tiež uvedená podpora zdravia vychádzajúca z procesu aktívneho prístupu k spirituálnej dimenzii sociálnych princípov, ktoré boli aplikované bl. Sárou Salkházi v teréne medzi klientmi.

Vedecká monografia je zložená z teoreticko-výskumných textov, ktoré sú prezentované vedeckým jazykom pre odbornú verejnosť a jej publikovanie považujeme za prínos rozvoja vedných odborov ošetrovateľstvo a sociálna práca.