

MŠVK/ISSC

ZBORNÍK Z V. MEDZINÁRODNEJ ŠTUDENTSKEJ VEDECKEJ A ODBORNEJ KONFERENCIE

Michalovce 7. marec 2024

**VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNÍCTVA A SOCIÁLNEJ PRÁCE
SV. ALŽBETY V BRATISLAVE, N. O.
Inštitút bl. Metóda Dominika Trčku Michalovce**

MŠVK/ISSC

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

Michalovce 7. marec 2024

Michalovce 2024

Názov

Zborník z V. medzinárodnej študentskej vedeckej a odbornej konferencie, Michalovce
7. marec 2024

Editor

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

Recenzenti

BARKASI Daniela, doc. RNDr. Mgr. PhD.

GULÁŠOVÁ Monika, doc. PhDr. PhD.

KENDEREŠOVÁ Elena Mgr. PhD.

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

HUZAK Oleksandra, PhD, Ass. Professor

BRYCH Valeriya, Doctor of Medical Sciences, Professor

KLYAP Marianna, Candidate of pedagogical sciences, Associate Professor

HAIASH Oksana, Candidate of Pedagogical Sciences, Associate Professor

Vydavateľ:

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

Inštitút bl. Metóda Dominika Trčku Michalovce

Partizánska 23, 071 01 Michalovce

Technický redaktor: Mgr. Ivan Lažo

Typ väzby a dokumentu: online e-dokument

Rok vydania: 2024

Počet strán: 127

ISBN: 978 – 80 – 8132 – 290 - 7

EAN: 9788081322907

Text neprešiel jazykovou úpravou.

Za obsah príspevkov zodpovedajú ich autori.



**VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNÍCTVA A SOCIÁLNEJ PRÁCE SV.
ALŽBETY V BRATISLAVE, N. O.
Inštitút bl. Metoda Dominika Trčku Michalovce
St. Elizabeth University of Public Health and Social Work, Bratislava,
Slovakia
Institute of bl. M. D. Trčku Michalovce**

PROGRAM/ THE PROGRAM

**V. MEDZINÁRODNEJ ŠTUDENTSKEJ VEDECKEJ A ODBORNEJ KONFERENCIE
(MŠVK)**

**5TH INTERNATIONAL STUDENT SCIENTIFIC AND VOCATIONAL
CONFERENCE (ISSC)**

Termín konania: 7. marec 2024

Takes place: March 7th 2024

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

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

OŠETROVATEĽSTVO/ NURSING

- 9.10 - 9.25** **BOŇKOVÁ Martina**
Špecifická starostlivosť o pacientov s akútnou končatinovou ischémiou - ALI
Školiteľ /scientific adviser: doc. PhDr. Mária Popovičová , PhD., MBA , mim.prof.
- 9.25 - 9.40** **MULIKOVÁ Patrícia**
Rola mentora v praktickej príprave študentov ošetrovateľstva
Školiteľ /scientific adviser: doc. PhDr. Mária Popovičová , PhD., MBA,
mim.prof.
- 9.40 - 9.55** **TOMÁŠOVÁ Katarína**
Špecifická ošetrovateľskej starostlivosti o pacienta s myxómom srdca
Školiteľ /scientific adviser: doc. PhDr. Mária Popovičová , PhD., MBA ,
mim.prof.

SOCIÁLNA PRÁCA/SOCIAL WORK

9.55 - 10.10 BOBAL'OVÁ Martina

Self-care u sociálnych pracovníkov v kontexte etiky

Školiteľ'/scientific adviser: Dr.h.c. prof. ThDr. Peter Vansač, PhD.

10.10 - 10.25 DUMNYCH Melanija

Non-traditional technique of sculpting with mule-potato dough as a means of developing fine motor skills of children with special educational needs/ Netradičná technika vyrezávania z mulicovo-zemiakového cesta ako prostriedku na rozvoj jemnej motoriky detí so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami

Školiteľ'/scientific adviser: Haiash Oksana, Candidate of Pedagogical Sciences, Associate Professor

10.25 - 10.40 PASTELÁKOVÁ Anna

Prínos aktivizačných činností v kontexte sociálnej práce so seniormi

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

VEREJNÉ ZDRAVOTNÍCTVO/ PUBLIC HEALTH

10.40 - 10.55 KURYCHKA Anna

Innovative teaching technologies for preschool children/

Іноватівне vyučovacie technológie pre deti predškolského veku

Školiteľ'/scientific adviser: Klyap Marianna, Candidate of pedagogical sciences, Associate Professor

10.55 - 11.10 KYRLYK Kamila, KORKH Oleksandra

Development and improvement of social skills of primary school age children with asperger's syndrome / Rozvoj a zdokonaľovanie sociálnych zručností detí 1. stupňa ZŠ s aspergerovým syndrómom

Školiteľ'/scientific adviser: Klyap Marianna, Candidate of pedagogical sciences, Associate Professor

11.10 – 11.40 Prestávka/ Break

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

VEREJNÉ ZDRAVOTNÍCTVO/ PUBLIC HEALTH

11.40 - 11.55 KORNASH Ivanna

Problems of supporting breastfeeding according to the results of a survey of women/ Problémy podpory dojčenia podľa výsledkov prieskumu u žien

Školiteľ'/scientific adviser: Brych Valeriya, Doctor of Medical Sciences, Professor of the Department of Health Sciences

FYZIOTERAPIA/ PHYSIOTHERAPY

11.55 - 12.10 KRASNA Viktoriia

The role of massage in the physical rehabilitation of military personnel with myofascial pain syndrome/ Роль масажу у фізичній реабілітації військовослужбовців з міофасціальним больовим синдромом

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

SOCIÁLNA PRÁCA/SOCIAL WORK

12.10 - 12.25 KONDISOVÁ Tamara

Ježišov prístup k osobám so zdravotným postihnutím v kontexte súčasnej sociálnej práce

Školiteľ/scientific adviser: Dr.h.c. prof. ThDr. Peter Vansač, PhD.

12.25 - 12.40 RADOVÁ Mária

Sociálna starostlivosť o seniorov v pobytových sociálnych službách v meste Humenné

Školiteľ/scientific adviser: Dr.h.c. prof. ThDr. Peter Vansač, PhD.

12.40 - 12.55 SVITANIČOVÁ Emília

Špecifiká saturácie spirituálnych potrieb fyzickým osobám v špecializovanom zariadení

Školiteľ/scientific adviser: Dr.h.c. prof. ThDr. Peter Vansač, PhD.

12.55 Diskusia/Discussion

13.20 Záver/Conclusion

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

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

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

HUZAK Oleksandra, PhD, Ass. Professor

BRYCH Valeriya, Doctor of Medical Sciences, Professor of the Department of Health Sciences

KLYAP Marianna, Candidate of pedagogical sciences, Associate Professor

HAIASH Oksana, Candidate of Pedagogical Sciences, Associate Professor

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

BARKASI Daniela, doc. RNDr. PhD.

GUL'AŠOVÁ Monika, doc. PhDr. PhD.

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

KENDEREŠOVÁ Elena Mgr. PhD.

IVANKOVÁ Viera, PhD., PhD.

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

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

HUZAK Oleksandra, PhD, Ass. Professor

BRYCH Valeriya, Doctor of Medical Sciences, Professor of the
Department of Health Sciences

KLYAP Marianna, Candidate of pedagogical sciences, Associate
Professor

HAIASH Oksana, Candidate of Pedagogical Sciences, Associate
Professor

BARKASI Daniela, doc. RNDr. PhD.

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

GUL'AŠOVÁ Monika, doc. PhDr. PhD.

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

KENDEREŠOVÁ Elena Mgr. PhD.

IVANKOVÁ Viera, PhD., PhD.

OBSAH.....	7
PREDSLOV.....	9

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

OŠETROVATEĽSTVO/ NURSING

BOŇKOVÁ Martina

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

Špecifická starostlivosť o pacientov s akútnou končatinovou ischémiou - ALI.....10

SOCIÁLNA PRÁCA/SOCIAL WORK

BOBALOVÁ Martina

Školiteľ'/scientific adviser: Dr.h.c. prof. ThDr. Peter Vansač, PhD.

Self-care u sociálnych pracovníkov v kontexte etiky.....18

DUMNYCH Melanija

Školiteľ'/scientific adviser: Haiash Oksana, Candidate of Pedagogical Sciences, Associate Professor

Non-traditional technique of sculpting with mule-potato dough as a means of developing fine motor skills of children with special educational needs.....30

PASTELÁKOVÁ Anna

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

Prínos aktivizačných činností v kontexte sociálnej práce so seniormi.....34

VEREJNÉ ZDRAVOTNÍCTVO/ PUBLIC HEALTH

KURYCHKA Anna

Školiteľ'/scientific adviser: Klyap Marianna, Candidate of pedagogical sciences, Associate Professor

Innovative teaching technologies for preschool children.....41

KYRLYK Kamila, KORKH Oleksandra

Školiteľ'/scientific adviser: Klyap Marianna, Candidate of pedagogical sciences, Associate Professor

Development and improvement of social skills of primary school age children with asperger's syndrome.....52

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

VEREJNÉ ZDRAVOTNÍCTVO/ PUBLIC HEALTH

KORNASH Ivanna

Školiteľ/ scientific adviser: Brych Valeriya, Doctor of Medical Sciences, Professor of the Department of Health Sciences
Problems of supporting breastfeeding according to the results of a survey of women.....63

FYZIOTERAPIA/ PHYSIOTHERAPY

KRASNA Viktoriia

Školiteľ/ scientific adviser: Huzak Oleksandra, PhD, ass. Professor
The role of massage in the physical rehabilitation of military personnel with myofascial pain syndrome.....72

SOCIÁLNA PRÁCA/SOCIAL WORK

KONDISOVÁ Tamara

Školiteľ/ scientific adviser: Dr.h.c. prof. ThDr. Peter Vansač, PhD.
Ježišov prístup k osobám so zdravotným postihnutím v kontexte súčasnej sociálnej práce...82

RADOVÁ Mária

Školiteľ/ scientific adviser: Dr.h.c. prof. ThDr. Peter Vansač, PhD.
Sociálna starostlivosť o seniorov v pobytových sociálnych službách v meste Humenné.....96

SVITANIČOVÁ Emília

Školiteľ/ scientific adviser: Dr.h.c. prof. ThDr. Peter Vansač, PhD.
Špecifiká saturácie spirituálnych potrieb fyzickým osobám v špecializovanom zariadení.....108

OBČIANSKÉ PRÁVO/CIVIL LAW

KEREKEŠOVÁ Martina

Školiteľ/ scientific adviser: prof. JUDr. Peter Vojčík, CSc.
Implementácia elektronizácie do sociálne znevýhodnených skupín.....118

PREDSLOV

S veľkým potešením Vám predstavujeme zborník z V. Medzinárodnej študentskej vedeckej a odbornej konferencie (MŠVK). Konferencia sa konala za účasti študentiek z Fakulty zdravotníctva a telesnej výchovy, Užhorodskej národnej univerzity na Ukrajine, ktoré sprevádzali školiteľky ich záverečných prác.

Naša konferencia sa snaží vytvoriť platformu pre mladých vedcov a odborníkov, kde môžu prezentovať svoje výskumy, zdieľať poznatky a diskutovať o najnovších trendoch a výzvach vo svojich odboroch.

Tento zborník obsahuje príspevky, ktoré boli prezentované na konferencii, ktoré pokrývajú široké spektrum vedeckých a odborných tém zo študijných programov:

- Sociálna práca.
- Ošetrovatel'stvo.
- Verejné zdravotníctvo.
- Fyzioterapia.

Účasť študentov z Ukrajiny priniesla nové pohľady a obohatili akademickú diskusiu v rámci riešenia problémov vedy. Študenti z Ukrajiny sa spoločne stretli s našimi študentmi, vymenili si skúsenosti z akademického prostredia a verím, že aj vzájomne sa obohatili.

Zborník obsahuje 5 prác zahraničných študentov a 7 prác domácich študentov. Obsahovo sa práce zameriavajú na aktuálne problémy a ich riešenia v rámci študijných odborov a programov.

Osobitne si vážime úsilie ukrajinských študentov, ktorí sa zúčastnili konferencie napriek náročným podmienkam spôsobeným prebiehajúcim vojnovým konfliktom vo svojej krajine. Ich odhodlanie a húževnatosť sú inšpiratívnym príkladom pre nás všetkých a ich príspevky obohatili túto konferenciu o jedinečné perspektívy.

Taktiež si vážime úsilie pedagógov z Užhorodskej národnej univerzity, že svoje študentky na konferenciu pripravili a sprevádzali ich k nám na Slovensko.

Peter Vansač

ŠPECIFICKÁ STAROSTLIVOSŤ O PACIENTOV S AKÚTNOU KONČATINOVOU ISCHEMIOU – ALI

SPECIFIC CARE FOR PATIENTS WITH ACUTE LIMB ISCHEMIA

Martina Boňková¹

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

Detašované pracovisko Ústav bl. Z.J. Mallu v Košiciach

Email : bonko.martina@gmail.com

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

Abstrakt

Úvod : Akútna končatinová ischémia je vo veľkej časti prípadov stav vyžadujúci okamžitú a radikálnu liečbu. Tento stav je často spojený s komplikáciami rôznej závažnosti. Často je nutný okamžitý zákrok bez prechádzajúcej prípravy pacienta k výkonu.

Metódy: V empirickej časti našej bakalárskej práce sa podrobne venujeme pacientom, ktorí boli prijatí na Klinikum angiologie – JIS, vo VÚSCH a podstúpili intervenčný výkon zavedenia katétra LKT, EKOS. Cieľom tejto práce je poskytnúť komplexný pohľad akútnej končatinovej ischémie vrátane manažmentu pacienta s týmto urgentným stavom a zhodnotením najvhodnejšej liečby s ohľadom na individuálny prístup ku každému pacientovi.

Výsledky: V našej štúdii sme sa zamerali na dôležitosť poskytovania kvalitnej a komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti. Hlavným cieľom bolo zdôrazniť potrebu holistického prístupu k pacientom, čo zahŕňa nielen včasnú detekciu zdravotných problémov a rizikových faktorov, ale aj prevenciu možných komplikácií po zákrokoch. Analýzou konkrétnych kazuistík sme potvrdili, že postupy v ošetrovateľskej starostlivosti sú v súlade so stanovenými štandardmi. Výsledky našej práce potvrdzujú, že odborná ošetrovateľská starostlivosť je neodmysliteľnou súčasťou intenzívnej starostlivosti, pre široké uplatnenie sesterského povolania v praxi.

Záver: Na záver tejto bakalárskej práce navrhujeme odporúčania pre prax zamerané na sestry, asistentský personál a pacientov v nemocniciach. Táto bakalárska práca predstavuje kombináciu teoretických poznatkov a praktických rad, ktoré prispievajú k rozširovaniu vedomostí sestier a zlepšeniu špecifických ošetrovateľských zručností pri starostlivosti o pacientov s akútnou končatinovou ischémiou.

Kľúčové slová: Akútna končatinová ischémia. Sestra. Ošetrovateľská starostlivosť. Lokálna kontinuálna trombolýza. EKOS ultrazvukom potencovaná trombolýza.

Abstract

Introduction: Acute limb ischemia is, in most cases, a condition requiring immediate and radical treatment. This condition is often associated with complications of varying severity. Immediate intervention is often necessary without prior preparation of the patient for the procedure.

Methods: In the empirical part of our bachelors thesis, we focus in detail on patients who where admitted to the Department of Angiology-ICU VÚSCH and underwent the interventional procedure of insertion of the LKT, EKOS catheter. The aim of this work is to provide a comprehensive view of acute limb ischemia, including the management of a patient with this urgent condition and an evaluation of the most appropriate treatment with regard to an individual approach to each patient.

Result: In our study, we focused on the importance of providing quality and comprehensive nursing care. The main goal was to emphasize the need for a holistic approach to patients, which includes not only the early detection of health problems and risk factor but also prevention of possible complications after procedures. The result of our work confirm that professional nursing care is an integral part of intensive care, for the wide application of the nursing profession in practice.

Conclusion: At the end of this bachelor thesis, we propose recommendations for practice aimed at nurse, support staff and patients in hospitals. This bachelor's thesis represents a combination of theoretical knowledge and practical advice that contributes to the expansion of nurses' knowledge and the improvement of specific nursing skill in the care of patients with acute limb ischemia.

Key: Acute limb ischemia. Nurse. Nursing care. LKT Local continuous thrombolysis, EKOS ultrasound potentiated thrombolysis

ÚVOD

Len vďaka chorobe poznáme cenu zdravia.

(Heraclios, grécky filozof)

Cievy a žily, ktorými koluje naša krv, sú nevyhnutné pre náš životný rytmus. Bez nich by naše telo stratilo svoju dynamiku a vitalitu. Starostlivosť o cievy a žily by mala byť prioritou každého jedinca, pretože ich zanedbanie môže viesť k rôznym chorobám, ako sú kŕčové žily, ateroskleróza, či dokonca infarkt. " *Človek pozná dôležitosť vecí až vtedy, keď ich stratí.*" *Antoine de Saint-Exupéry*. Zdravé cievy a žily sú základom pre zdravý život, plný energie a radosti. V tejto súvislosti je dôležité spomenúť aj význam pravidelnej zdravotnej kontroly. Lekárske prehliadky a testy nám môžu pomôcť identifikovať problémy s cievami a žilami skôr, než dôjde k vážnym komplikáciám. Moderná medicína ponúka rôzne metódy pre diagnostiku a liečbu cievnych ochorení, vrátane ultrazvukových vyšetrení, angiografie alebo laserovej terapie pre kŕčové žily. Je teda na každom z nás, aby sme tieto možnosti využili a pravidelne monitorovali stav našich ciev a žíl. Akútne arteriálne uzávery končatín predstavujú náhle príhody cievne, ktoré vyžadujú urgentnú diagnostiku a adekvátnu terapiu. Časovo oneskorená diagnostika, neadekvátne klinické zhodnotenie stavu pacientov môžu byť príčinou ohrozenia života pacientov a viesť k nutnosti amputácie končatín. Následkom intervenovaných arteriálnych uzáverov končatín môže dôjsť v niektorých prípadoch k situácii, keď ochorenie nie je chirurgicky riešiteľné a závažné klaudikácie alebo trvalý motorický deficit končatín môžu výraznou mierou natrvalo zmeniť kvalitu života pacientov. Ročne dochádza k akútnej ischémií dolných končatín približne u 500 osôb na jeden milión obyvateľov (Roztočil, 2006). Ide o náhle vzniknuté poruchy prekrvenia dolných končatín, ktoré sú spôsobené trombózou tepny alebo častejšie embóliou do periférnej tepny (Vojáček et al., 2004). Porucha arteriálneho systému sa môže prejaviť akútne, alebo je ich priebeh chronický. Akútna končatinová ischémia je vo veľkej časti prípadov stav vyžadujúci okamžitú a radikálnu liečbu. V minulosti sa obmedzovala liečba len na chirurgické odstránenie krvnej zrazeniny prípadne iného materiálu z cievy otvorenou cestou. V súčasnosti nám pokroky v miniinvazívnej liečbe umožňujú tento stav riešiť aj endovaskulárnou cestou. Napriek moderným diagnostickým a liečebným metódam mortalita zostáva stále okolo 20 %. Následkom intervenovaných arteriálnych uzáverov končatín môže dôjsť v niektorých prípadoch k situácií, keď ochorenie nie je chirurgicky riešiteľné a závažné klaudikácie alebo trvalý motorický deficit končatín môžu výraznou mierou natrvalo zmeniť kvalitu života pacientov.

Ciele práce:

- akútnu končatinovú ischémiu z medicínskeho hľadiska
- popísať akútnu končatinovú ischémiu
- popísať neinvazívnu liečebnú metódu
- popísať invazívnu liečebnú metódu pred a po intervenčnom výkone LKT, EKOS
- popísať špecifickú starostlivosť o pacientov po intervenčnom výkone LKT, EKOS
- podrobne popísať kazuistiky štyroch pacientov v ošetrovateľskej starostlivosti pred a po intervenčnom výkone
- popísať návrhy a odporúčanie pre prax pre sestry, participantov a rodiny

Akútna končatinová ischémia sa môže objaviť v dôsledku embolickej príhody alebo trombózy aj u predtým asymptomatických pacientov. Príznaky môžu zahŕňať bolesť, chlad, bledosť, a môže sa vyskytnúť znížená schopnosť pohybu postihnutej končatiny. Akútna končatinová ischémia je väčšinou spôsobená uzáverom tepny, čo môže viesť k prerušeniu prívodu kyslíka a živín do tkanív. Akútna končatinová ischémia je vážny stav, ktorý si vyžaduje okamžitú lekársku starostlivosť. Vzhľadom na závažnosť stavu, musí byť liečba akútnej končatinovej ischémie rýchla a cielená a vyžaduje si rýchly zásah a multidisciplinárny prístup k liečbe a rehabilitácii. Rehabilitácia je dôležitou súčasťou liečby akútnej končatinovej ischémie ALI. Fyzioterapia pomáha pacientom zvyšovať fyzickú vytrvalosť a adaptovať sa na zmeny v pohyblivosti končatín.

K diagnostickým postupom zaraďujeme neinvazívne merania, ako sú : DUS - duplexná sonografia tepien, Dopplerovské vyšetrenia – tzv. (ABI - členkovo-brachiálny index, TBI–palcovo-brachiálny index), TcPO₂- transkutánný kyslík.

K invazívnym meraniam využívame, CT-angiografia – arteriálneho systému dolných končatín, MR AG alebo DSA (diagnostická substrakčná angiografia) Ak pátrame po zdroji výskytu embolizácie, prevádzame vyšetrenia ako sú : EKG, vyšetrenie kardiošpecifických enzýmov na vylúčenie akútneho infarktu myokardu, ultrasonografické vyšetrenie podkolenných tepien a brušnej aorty, a echokardiografické vyšetrenie srdca. Následne podľa štádia akútnej končatinovej ischémie, charakteru a lokalizácie uzáveru sa rozhodne o liečebnom postupe. Technologický pokrok v medicíne otvára nové možnosti pre liečbu a diagnostiku akútnej končatinovej ischémie. Využívaním najmodernejších zobrazovacích techník, ako sú DSA, MRag, CTag umožňuje určenie rozsahu a umiestnenia zablokovaných tepien, arteriálneho systému dolných končatín.

Následne sa podľa štádia ALI ,charakteru a lokalizácie uzáveru rozhodne o liečebnom postupe intervenčnou metódou LKT ,EKOS.

Všeobecná charakteristika Lokálna kontinuálna trombolýza, EKOS ultrazvukom potencovaná trombolýza

LKT – lokálna kontinuálna trombolýza : intervenčná metóda, pri ktorej sa dochádza k obnoveniu prekrvenia za trombózou. Výkon sa realizuje v lokálnej anestézii, punkčnou perkutánnou technikou cez arteria brachialis alebo arteria femoralis. Do cievy sa po punkcii cievy zavedie dilatátor, cez ktorý sa zavádza vodič, po ktorom sa do cievy zavedie trombolytický katéter, invazívna liečebná metóda, používaná k rozpúšťaniu akútneho uzáveru

– spriechodnenie uzáveru cievy. Podstatou invazívnej metódy LKT je podávanie trombolýtk katétrom s postrannými otvormi priamo do uzáveru cievy.

EKOS – ultrazvukom potencovaná trombolýza : endovaskulárny katéter, ktorý je určený na riadenú a selektívnu infúziu, liečebných alebo diagnostických látok, vrátane trombolýtk , do periférnych ciev organizmu, EKOS systém je pri podávaní trombolýtickej liečby účinnejší ako liečebná metóda LKT, trombolýtická liečba využívaním EKOS systému je kratšia v porovnaní LKT, Indikácie pre invazívnu liečebnú metódu LKT a EKOS sú akútne a chronický uzáver artérie alebo vény. Kontraindikáciou na podávanie liečby LKT a EKOS sú krvácavé stavy, vredové ochorenia žalúdka a duodena, aneuryzma aorty, pooperačné a popôrodné stavy a sepsa. Maďarič et al. (2014) uvádza, že tlak je lepšie vyjadrovať podielovou hodnotou pomocou členkovo – brachiálneho indexu (ankle- brachialpressure index) - ABI. Meranie ABI objektívne potvrdí alebo vylúči prítomnosť závažného periférneho artériového ochorenia. U diabetikov

toto meranie zlyháva kvôli mediokalkinóze, keďže je tepna rigidná nemožno ju komprimovať tlakovou manžetou a hodnoty sú potom nepresné. V takomto prípade meriame prstový tlak – TBI s potrebnou prstovou manžetou, pretože mediokalkinóza sa na prstoch vyskytuje ojedinele. Mediokalkinóza sa môže u niektorých pacientov kombinovať s aterosklerózou intimy, a to vedie k zúženiu tepny a nakoniec k ischémií.

Stupeň stenózy podľa hodnoty ABI indexu (Bodíková a kol., 2006)

Kalcifikácie tepnovej stený	viac ako 1,2
Normálne hodnoty	1,0 - 1,2
Normálna až mierna porucha	0,9 - 1,0
Stredný stupeň oklúzie (stenóza)	0,6 - 0,9
Pokročilý stupeň oklúzie (obliterácia)	0,3 - 0,6
Ťažká oklúzia (malá kolaterálna kompenzácia)	menej ako 0,3

Problém výskumu.

V našej bakalárskej práci sme sa rozhodli aplikovať metódu kazuistiky. Táto metóda nám umožňuje podrobne preskúmať a analyzovať konkrétny prípad alebo situáciu v kontexte ošetrovateľstva, čo prispieva k hlbšiemu pochopeniu problematiky. Kazuistika je prístup, ktorý sa zameriava na podrobnú analýzu jednotlivých prípadov, často s cieľom ilustrovať širší princíp alebo zákony v rámci danej disciplíny. V ošetrovateľstve sa kazuistika javí ako nesmierne užitočná, keďže každý pacient a jeho prípad je jedinečný a vyžaduje si individuálny prístup. Analyzovaním konkrétnych prípadov môžeme identifikovať vzorce, ktoré nám pomôžu v budúcnosti lepšie reagovať na podobné situácie a zlepšiť kvalitu starostlivosti. Využitie metódy kazuistiky nám poskytne podrobný pohľad na zvolený prípad a umožní nám aplikovať teoretické poznatky priamo do praxe. Tento prístup je obzvlášť výhodný v situáciách, kde je potrebné pochopiť komplexnosť ošetrovateľskej starostlivosti a jeho vplyv na pacienta. V našej bakalárskej práci sme sa teda sústredili na analýzu konkrétneho prípadu, pričom sme zhromaždili a vyhodnotili všetky dostupné informácie – od zdravotnej anamnézy pacienta, cez priebeh liečby, až po finálne výsledky, ktoré majú dopad na pacientov život. Na základe týchto informácií sme schopní formulovať ciele odporúčania pre prax v ošetrovateľstve. Zároveň nám kazuistika umožňuje identifikovať možné medzery v existujúcich postupoch a navrhnúť zlepšenia v ošetrovateľskej starostlivosti. V konečnom dôsledku sa naša práca snaží prispieť k rozvoju odborných poznatkov a skvalitneniu ošetrovateľskej praxe. Výberom metódy kazuistiky sme preto zvolili cestu, ktorá nám umožňuje nielen hlboké pochopenie individuálneho prípadu, ale aj možnosť generalizácie zistení pre širšie aplikačné možnosti v odbore.

Kazuistika je zložená :

1.Anamnéza : zbierame a rozoberáme informácie o zdravotnom stave pacienta, ktoré súvisia so skutočnosťou.

2.Katamnéza : skúmame a popisujeme celý priebeh prípadu (od jej začiatku) v časovom slede

3. Analýza a interpretácia : v analytickej časti rozoberáme udalosť z vedeckého hľadiska.

4.Diskusia a záver : v závere prípadu a v analytickej časti rozoberáme z vedeckého hľadiska v závere kazuistiky a vypracujeme odporúčanie pre prax.

Cieľom kazuistiky je detailne preskúmať a dokumentovať jedinečný prípad, situáciu či fenomén, a to s cieľom hlbšie pochopiť jeho podstatu a dynamiku. V rámci nášho výskumu sa sústreďujeme na identifikáciu a interpretáciu kľúčových faktorov, ktoré ovplyvňujú vývoj a výsledok výskumu.

„Ciele výskumu musia vychádzať z problému a špecifických otázok“(Farkašová,2006,s.34)

Hlavný cieľ výskumu: poukázať a zamerať sa na špecifiká ošetrovateľskej starostlivosti o pacientov po intervenčnom výkone LKT, EKOS

Čiastkové ciele :

- zistiť, aké ošetrovateľské intervencie boli poskytované u pacientov po LKT, EKOS
- zistiť, akú úlohu zohráva sestra pri ošetrovateľskej starostlivosti po výkone LKT, EKOS
- zistiť, ako riešia sestry úlohy objektívnych a subjektívnych ťažkostí u pacienta
- zistiť, aký je rozdiel poskytovania zdravotnej starostlivosti u pacienta po výkone bez ťažkostí a po výkone s komplikáciami

Charakteristika výskumnej vzorky.

Pre túto prácu sme vybrali štyroch pacientov s ochorením akútna končatinová ischémia, zamerali sme sa na to, ako budú pacienti reagovať na podávanie trombolytickej liečby po intervenčnom výkone LKT, EKOS, či ošetrovateľská starostlivosť pred a po výkone prebehla bez komplikácií. Títo pacienti boli hospitalizovaní na Klinike angiologie -jednotke intenzívnej starostlivosti. Sledovali sme vývoj ich zdravotného stavu, ošetrovateľskú starostlivosť a prípadné komplikácie po podávaní trombolytickej liečby, ako aj psychický stav pacientov.

Diskusia

V našej bakalárskej práci sme sa zamerali na špecifickú ošetrovateľskú starostlivosť u pacientov po zavedení LKT, EKOS, ktorí boli hospitalizovaní vo VÚSCH na Klinike angiologie – jednotke intenzívnej starostlivosti s diagnózou Akútna končatinová ischémia ALI, ktorí boli prijatí za účelom intervenčného výkonu LKT, EKOS. Cieľom predkladanej práce bolo definovať problémy pacientov v období podávania trombolytickej liečby zavedením katétra LKT a EKOS a porovnať starostlivosť o pacientov s komplikovaným priebehom a s priebehom bez komplikácií po intervenčnom výkone pri podávaní trombolýzy. Na získanie informácií a následné spracovanie štúdie u konkrétnych pacientov bola použitá metodológia klinickej kazuistiky, ktorá popisuje priebeh a vývoj hospitalizácie, subjektívne pocity a potreby pacientov ako popisuje Kočka (2013). Zavedením katétra LKT a EKOS a porovnať starostlivosť o pacientov s komplikovaným priebehom a s priebehom bez komplikácií po intervenčnom výkone. Trombolytická liečba musí byť aplikovaná pod prísny dohľadom

a nepretržitým sledovaním stavu pacienta. Ako uvádza Hanišová (2010), trombolytická liečba predstavuje rád špecifik, ale aj kritérií. Brozman (2007) uvádza, že už v 90. rokoch mnohí lekári a farmaceuti študovali trombolytickú liečbu. Túto liečebnú metódu podávania trombolýzy nazývame rekombinovaný plasminogénový aktivátor, ktorý svojimi zložkami dokáže emboly a tromby rozpustiť. V praktickej časti sme sa venovali pacientom, ktorí podstúpili trombolytickú liečbu. Pozorovali sme štyroch pacientov, ktorí sa podrobili liečbe akútnej končatinovej ischémie liečebnou metódou zavedenia katétra LKT a EKOS systémom. Pozadie všetkých štyroch prípadov je rovnaké, ale každý má iný priebeh a vznikol za iných okolností.

Záver

Témou bakalárskej práce, *Špecifická starostlivosť o pacientov s akútnou končatinovou ischémiou ALI*, bolo poukázať na špecifiká ošetrovateľskej starostlivosti o pacientov s ischemickou chorobou dolných končatín v akútnom štádiu. Práca bola rozpracovaná formou kazuistiky, na príkladoch a pozorovaní pacientov pred a po endovaskulárnom výkone ALI, a to na základe teoretických aj praktických konkrétnych prípadov a pozorovaní pacientov pred a po zavedení LKT, EKOS. V teoretickej časti sa práca zameriavala na charakteristiku a definovanie akútnej končatinovej ischémie, jej patogenézu, možné príčiny, diagnostické postupy a liečebné metódy. Bola tu podrobne rozobraná príprava pacienta na endovaskulárny výkon, ošetrovateľská starostlivosť, kontraindikácie a možné komplikácie po podaní trombolytickej liečby. Zvláštna pozornosť bola venovaná ošetrovateľskej starostlivosti na angiologickej jednotke intenzívnej starostlivosti (JIS), s dôrazom na miesto vpichu, psychickú podporu, výživu, ako aj na aktivitu a odpočinok pacienta. Empirická časť práce sa zameriavala na hospitalizáciu špecifických pacientov, ktorí boli prijatí na angiologickú JIS, za účelom zavedenia LKT, EKOS. Súvisle bol sledovaný priebeh pred a po endovaskulárnom výkone, kde bol kladený dôraz na špecifickú starostlivosť. Opísali sme špecifiká ošetrovateľskej starostlivosti pred a po endovaskulárnom výkone. Podávanie trombolýzy, ako sme v práci poukázali, si vyžaduje špecifickú starostlivosť o pacienta pri jej podávaní po intervenčnom výkone. Tento typ liečby má svoje podmienky, za ktorých môže byť podávaná a taktiež sme v práci opísali nežiadúce účinky, ktoré sa môžu pri podávaní trombolýzy prejaviť (Conenwelt, Johtson 2014). Realizovali a popisovali sme kazuistiky u pacientov s týmto ochorením, ktorí boli hospitalizovaní na Klinike Angiologie - jednotka intenzívnej starostlivosti. Opisovali sme prípady 4 pacientov, ktorí podstúpili endovaskulárny výkon zavedenia LKT, EKOS pri podávaní trombolytickej liečby. Počas podávania trombolytickej liečby sme sa snažili predchádzať vzniku komplikáciám, preto touto bakalárskou prácou sme chceli poukázať na dôležitosť spolupráce sestry a pacienta pre bezproblémový priebeh podávania trombolytickej liečby. Informácie sme získali z dostupnej zdravotnej dokumentácie a rozhovoru s jednotlivými pacientmi. Keďže sa na Slovensku výrazne zvýšil výskyt ochorení kardiovaskulárneho systému a jedným z týchto ochorení je aj akútna končatinová ischémia, je veľmi dôležité aby sa robila osvetová činnosť prevencie kardiovaskulárnych ochorení v našej populácii.

Literatúra

- ADAMKOVÁ, V. a kol. 2016. Hodnocení vybraných metod v kardiologii a angiologii pro praxi. Praha : Grada Publishing, 2016. 146s. ISBN 978-80-271-9192-5
- BODIKOVÁ, S., PONTŮCH, P. 2006. Ultrazvuková diagnostika a liečba ischemickej choroby dolných končatín. In Via practica. [online]. ISSN 1339-424X. III roč. č. 5/2006. [citované 2015-10-05]. s. 245-248. Dostupné na internete: <<https://www.solen.sk/storage/file/article/Bodikova.pdf>>
- CARPENITO-MOYET, L.J., 2006. Nursing Diagnosis Application to Clinical Practice. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins
- ĎURIŠ, I., HULÍN, I., BERNADIČ, M. 2001. Princípy internej medicíny. Bratislava : SAP, 2001. 2951s. ISBN 80-88908-69-8
- FARKAŠOVÁ, D. a kol. 2006. Výskum v ošetrovatel'stve. 2 vyd. Vydavateľ'stvo: Osveta, 2006. 87 s. ISBN 80-8063-228-6.
- GAVORNÍK, P. 2014. Angiológia 2 pre všeobecných lekárov. Bratislava : Raabe, 2014. 174s. ISBN 978-80-8140-168-8
- GAVORNÍK, P. 2014. Najčastejšie choroby vénového cievneho systému. Bratislava : Polygrafické stredisko UK, 2014. 129s. ISBN 978-223-3453-2
- HRADEC, J., SPÁČIL, J. 2001. Kardiologie, Angiologie. 1.vyd. Praha : Vydavateľ'stvo Galén, 2001. 359s. ISBN 80-7262-106-8
- KAHN, SR., et al 2008. The postthrombotic Syndrom progres and pifalls, In: British Journal of Hematology, 2006, roč.134, s.357-365
- KAPOUNOVÁ, G. 2007. Ošetrovatel'ství v intenzívni péči. 2007. Praha : Grada Publishing, 2007. 352s. ISBN 978-80-247-1830-9
- KARETOVÁ, D., MALÝ, R., KUČERA, D. 2014. Angiologie 2014. Praha : Maxdorf, 2014. 84s. ISBN 978-80-7345-412-8
- KARETOVÁ, D., STANĚK F. a kol. 2001. Angiologie pro praxi. Praha : MAXDORF, 2001. 311s. ISBN 80-85912-82-X
- KOLÁŘ, J. et kol. 2009. Kardiologie pro sestry intenzívni péče. 4. vyd. Praha : Galén, 2009. 480s. ISBN 978-80-7262-604-5
- MAĎARIČ, J., ŠTVRTINOVÁ, V. 2014. Vybrané kapitoly z angiológie. Bratislava : Faber, 2014. 75s. ISBN 978-80-8095-086-6
- PUCHMAYER, V., ROZTOČIL, K. a kol. 2003. Praktická angiologie. 2.vyd. Praha : Triton, 2003. 226s. ISBN 80-7254-440-3
- ROZTOČIL, K. 2006. Angiologie 2006. Praha : Vydavateľ'stvo Galén, 2006. 149s. ISBN 80-7262-415-6
- ŠTVRTINOVÁ, V. a kol. 2008. Choroby ciev. Bratislava : Slovak Academic Press, 2008. 896s. ISBN 978- 80-8095-025-5
- TOMOVÁ, S. a KŘIVKOVÁ J. 2016. Komunikace s pacientem v intenzívni péči [Communication with the patient in intensive care]. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80271-0064-4
- VOJÁČEK, J., MALÝ, M. a kol. 2004. Arteriální a žilní trombóza v klinické praxi. 2004 Praha Grada Publishing, 2004. 276s. ISBN 80-247-0501-X
- ŽIAKOVÁ, K. 2009. Ošetrovatel'stvo teória a vedecký výskum. 2. prepracované vyd. Martin: Osveta. 2009. 323 s. ISBN 978-80-8063-304-2.

SELF - CARE U SOCIÁLNYCH PRACOVNÍKOV V KONTEXTE ETIKY

SELF - CARE AMONG SOCIAL WORKERS IN THE CONTEXT OF ETHICS

Bobal'ová Martina¹

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

Inštitút bl. Metóda Dominika Trčku Michalovce

E-mail: martinabobalova2@gmail.com

Školiteľ/scientific adviser: Dr. h. c. prof. ThDr. Peter Vansač PhD.

Abstrakt

Predkladaná bakalárska práca reflektuje self-care u sociálnych pracovníkov v kontexte etiky predovšetkým preto, aby sa predchádzalo syndrómu vyhorenia pracovníka pracujúceho v sociálnych službách. Práca má teoretický charakter. Teoretické východiská problematiky vychádzajú zo základných princípov a sú špecifikované v etickom kódexe sociálneho pracovníka. Konkrétna oblasť self-care, v podobe supervízie, predstavuje poukázanie na potrebu pravidelného supervízneho procesu pri každodennej práci sociálneho pracovníka, pre skvalitnenie vykonávaných činností s pozitívnym dopadom na riešenie problémových situácií.

Kľúčové slová: Sociálny pracovník. Self-care. Sociálna pohoda. Sociálny balans. Etický kódex. Supervízia. Sebareflexia.

Abstract

The baccalaureate work presented reflects the self-care of social workers in the context of ethics, in particular in order to prevent the extermination syndrome of a worker working in social services. The work has a theoretical character. The theoretical starting points of the issue are based on basic principles and are specified in the social worker's code of ethics. The specific area of self-care, in the form of supervision, represents pointing out the need for a regular supervision process in the daily work of a social worker, before improving the quality of performed activities with a positive impact on solving problem situations.

Key words: Social worker. Self-care. Social well-being. Social balance. Code of ethics. Supervision. Self-reflection

Úvod

Sociálna práca je skôr povoláním, než pracou, ktorú si ľudia vyberajú z hľadiska kariéry. Často sa od sociálnych pracovníkov očakáva to, že budú starostliví, budú mať na veci pozitívny pohľad, aj keď budú často čeliť ťažkým situáciám, túžia po zlepšovaní výsledkov a kvalite života v celej komunite, v ktorej pôsobia. S touto profesiou je späté veľké množstvo stresu, a práve preto, sa každý sociálny pracovník potrebuje starať aj sám o seba, nakoľko často dochádza k tomu, že vyhorí. Starostlivosť o seba je dôležitá nielen z osobného hľadiska, ale aj z hľadiska etického. Rozhodli sme sa venovať tejto téme, pretože v dnešnej dobe, je nevyhnutné, aby sa sociálni pracovníci starali najmä sami o seba, pretože ak vyhoria

oni, kto tu bude pre klientov? Nedá sa teda s určitou povedať, ktorá oblasť v starostlivosti o seba je tá najdôležitejšia, pretože všetky sú rovnako veľmi dôležité, pretože sa všetky oblasti navzájom prelínajú a tak ovplyvňujú samotného človeka. Je teda veľmi dôležité, aby sociálny pracovník dbal o svoje psychické, ale aj fyzické zdravie, aby sa o seba staral počnúc životným štýlom, až po udržiavanie kladných sociálnych vzťahov, či už na pracovisku alebo v rodine. V živote sociálneho pracovníka je takisto dôležitá aj sociálna opora, ktorú každý človek nachádza najmä u svojich blízkych, ale aj kolegov. Pri zvládaní veľkého množstva záťažových situácií v pracovnom živote sociálneho pracovníka, sú dôležité najmä jeho vlastnosti. Sociálny pracovník sa musí aj naďalej po ukončení štúdia na vysokej škole vzdelávať po celý svoj život, musí rozvíjať svoje vedomosti v danej oblasti a tiež aj svoje zručnosti. Je tiež dôležité podotknúť a pozastaviť sa pri legislatíve, ktorú musí ovládať a tiež sa jej pridržať. Cieľom predkladanej bakalárskej práce je reflexia self-care u sociálnych pracovníkov v kontexte etiky predovšetkým preto, aby sa predchádzalo syndrómu vyhorenia pracovníka pracujúceho v sociálnych službách. Bakalárska práca má teoretický charakter a je rozdelená na tri kapitoly. V prvej kapitole sa budeme venovať základným pojmom, akými sú starostlivosť o seba samého, sociálna pohoda a sociálny balans. Následne prejdeme do druhej kapitoly, ktorá sa bude venovať etickému kódexu sociálneho pracovníka. V tretej kapitole opíšeme supervíziu v sociálnych službách, aké sú jej ciele, zameranie, metódy a techniky a popíšeme sebareflexiu sociálnych pracovníkov. Celú prácu ukončíme použitou literatúrou, z ktorej sme čerpali počas písania celej bakalárskej práce.

Starostlivosť o seba Self-Care

Sociálna práca patrí medzi pomáhajúce profesie, a preto je dôležité, že sociálni pracovníci potrebujú neustálu starostlivosť o seba na to, aby sa znižoval vznik sociálno-patologických javov (cieľom je zabezpečenie zmiernenia prežívania pracovného stresu, prostredníctvom supervízie, konzultácií s kolegami, častejších porád, ale tiež aj prostredníctvom rôznych prednášok k danej problematike, školeniami, či konzultáciami so psychológom na pracovisku alebo rôznymi aktivitami, ktoré sú zamerané na utužovanie kolektívu).

Sociálna práca poukazuje na štyri základné zložky starostlivosti o seba: psychická starostlivosť, fyzická, spirituálna, sociálna starostlivosť.

Pre základ vykonávanej starostlivosti o seba samého sú tu tieto faktory:

psychické zdravie, dobrá sociálna klíma a zvládanie nástrah, ktoré sú vytvárané prácou, fyzické zdravie, profesionálna oblasť pracovníkov a profesionálny rast v súvislosti s lepším zvládaním práce.

Sociálna pohoda

Sociálna pohoda sa týka nielen osobného, ale aj sociálne kladného fungovania a zároveň predostiera päť rozmerov sociálnej pohody:

- sociálna integrácia - je založená na pocite, že človek niekde patrí a zároveň je začlenený do komunity, ktorá je pre jednotlivca prameňom opory a spokojnosti,
- sociálne prijatie – ide o dôveru v iných ľuďoch, o to, že človek je presvedčený o tom, že ľudia sú dobrí a priateľskí,
- spoluúčasť na spoločenskom dianí – ide o to, že jedinec je užitočný pre spoločnosť a jeho prínos je spoločnosťou kladne hodnotený

- sociálna aktualizácia – ide o presvedčenie, že svet sa čoraz častejšie stáva lepším miestom pre každého človeka, a že celá spoločnosť sa postupne kladne vyvíja,
- sociálna súdržnosť – znamená, že svet je vnímaný ako súdržné miesto, ktoré je logické, pochopiteľné a prognózujúce a je vodená pozornosť o spoločnosť a spoločenstvo.

Sociálny balans

Život človeka tvoria aj iné hľadiská, ktoré sú nesmierne dôležité preto, aby vytvárali spokojnosť u človeka a tiež aj jeho pohodu. Život každého človeka sa odohráva v rôznych sociálnych väzbách, medzi ktoré patria aj rodinné, či partnerské vzťahy.

Z viacerých výskumov vyplynulo, že u viacerých Európanov bolo potvrdené, že spokojnosť so zamestnaním je vo veľmi úzkom vzťahu s rovnováhou medzi pracovným a mimopracovným životom. Pri práci sa používajú cieľavedome fyzické sily, duševné sily, ale aj morálne sily človeka a tiež je aj definovaná ako socio-ekonomická a psychologická kategória a často prebieha v sociálnom prostredí. Zamestnávateľia na to, aby podporili sociálny balans majú schopnosť urobiť prácu flexibilnejšou, aby podporili čiastočné úväzky, ale aj napríklad home-office (na Slovensku sa to postupne zavádza...prvým spúšťačom bolo COVIDOVÉ obdobie)

Sociálny balans je tiež chápaný ako rovnováha medzi pracovným a osobným životom a má kladný efekt na duševné zdravie a môže byť tiež vymedzením životnej spokojnosti.

Medzi vážne hľadiská problematiky sociálneho balansu patrí:

- Konflikt medzi pracovným a osobným životom: Tento konflikt je tak vážny, že môže mať až patologické následky. Môže podmyvať psychickú a fyzickú pohodu pracovníka a zle ovplyvňovať aj vzťahy, ktoré sú mimo práce (pracovná, osobná a zdravotná sféra).

Medzi ďalšie vážne hľadiská problematiky sociálneho balansu patrí:

- Konflikt práca – rodina: Ak pracujeme, pociťujeme únavu a to nám bráni vo výkone svojich záujmov, či venovať sa svojej rodine a priateľom. Slovenskí respondenti boli tiež tí, u ktorých sa ukázalo, že im práca nedovoľuje tráviť toľko času s rodinou, koľko by chceli, naopak u respondentov z Európy sa ukázalo, že tí, ktorí mali prácu, manžela alebo manželku a nejaké dieťa, tak u týchto rodín sa ukázalo, že len niekedy sa u nich vyskytnú problémy mimo práce.
- Konflikt rodina – práca: Ide o zasahovanie rodinných problémov do pracovného života. Práca vo veľkom zasahuje do rodinného života, pričom rodinný život do práce zasahuje menej. Slovensko podľa výskumu dosiahlo druhé miesto spomedzi európskych krajín a na prvom mieste bola Česká republika.

Etický kódex sociálneho pracovníka

V spoločnosti je zastúpené množstvo profesií, ktoré pre svoj výkon potrebujú nejaké usmernenie, respektíve „návod“ na to, ako konať v svojej práci. Tento „návod“ je zakotvený v dokumente, ktorým je etický kódex. Každý jeden zamestnanec by sa mal riadiť týmto dokumentom a mal by ho aj patrične dodržiavať.

ETICKÝ KÓDEX SOCIÁLNEHO PRACOVNÍKA:

- súbor určitých pravidiel, ktorými sa sociálny pracovník riadi,
- jasne stanovený cieľ, s korigáciou dosiahnutia tohto cieľa,
- mal by byť napísaný tak, aby zodpovedal profesii,

- mal by byť napísaný tak, aby bol zrozumiteľný a aby napomáhal k tomu, aby sa zlepšila mravnosť v danom zariadení,
- odvíja z toho, že sú rešpektované základné ľudské práva a slobody,
- mal by obsahovať aj určité mechanizmy, ktoré budú kontrolovať zamestnancov, či sa etický kódex aj dodržiava,
- každý sociálny pracovník by sa mal počas celého svojho života zdokonaľovať a študovať vo svojom obore a takto získavať nové vedomosti a zručnosti.

Hodnoty sociálnej práce

Veľmi dôležitým pojmom v etike a teda aj v sociálnej práci je práve pojem hodnota. Tento pojem predstavuje niečo, čo je správne, respektíve nesprávne, výhodne alebo menej výhodné, prijateľné alebo neprijateľné, berieme to podľa toho, aké má kto postavenie hodnôt vo svojom živote.

Pri sociálnej práci môžeme rozoznať tieto hodnoty: hodnota ľudského konania, hodnota mravného vedomia, hodnota medziľudských vzťahov, hodnota povahových vlastností človeka.

Úzko s etickými hodnotami sa spájajú aj etické princípy. Hodnoty etiky majú vychádzať z dobra, a tak sa stávajú pre človeka princípom. Sociálny pracovník podáva pomocnú ruku klientovi, pretože sa často dostáva do situácie, kedy potrebuje pomoc. Ak sociálny pracovník dodržiava etické princípy, tak klientovi pri riešení jeho problémov pomáha.

Sociálny pracovník vo svojej práci používa a riadi sa základnými etickými a sociálnymi princípmi, medzi ktoré patria princíp sociálnej spravodlivosti, princíp dôstojnosti a jedinečnosti ľudskej osobnosti, princíp individuálneho prístupu ku klientovi, princíp úcty k životu ako takému, princíp rovnakého zaobchádzania, princíp antidiskriminácie, princíp solidarity, princíp vzájomnej podpory a pomoci, princíp spoločného dobra, princíp rešpektovania dôvernosti informácií, princíp rešpektovania sociálnej spravodlivosti.

Etická zodpovednosť

Človek si má uvedomiť sám seba, svoje schopnosti a má pochopiť, že jednoducho má získavať po celý život nové vedomosti, zručnosti a návyky. Aby bol sociálny pracovník zodpovedný, potrebuje si uvedomiť základné podmienky, ktorými sú uvedomenie si, že má aj on vlastné slabosti, priznať si to, že nie je bezchybný a mal by súhlasiť s tým, že sa bude činne zúčastňovať na svojom osobnom a pracovnom rozvoji.

Kroky v profesionálnej a osobnej starostlivosti o seba sú najmä:

sebareflexia, vrátane poznávania svojich osobných a profesijných limitov a uznania hraníc odbornej spôsobilosti a kompetencie,

sústavné vzdelávanie na udržiavanie, zdokonaľovanie a dopĺňanie vedomostí a profesijných zručností v sociálnej práci prostredníctvom samoštúdia, jednorazovej vzdelávacej aktivity, odbornej stáže, sociálno-psychologického výcviku,

pravidelná supervízia,

- kolegiálna konzultácia, vrátane konzultácie s odborníkmi z iných pomáhajúcich profesií, využívanie nástrojov psychohygieny.

Je veľmi ťažké popísať aké povahové vlastnosti by mal mať sociálny pracovník, aby sme neidealizovali jeho obraz. Vieme však uviesť niekoľko povahopisov, ktoré vychádzajú z ich rozhodnutí a sociálni pracovníci ich môžu sami ovplyvňovať: citová stálosť,

sebaovládanie, sebakontrola, životné potešenie – schopnosť pozitívne myslieť a veriť v iných ľuďoch, schopnosť vcítania sa do kože iných ľudí, vlastnosti osobnosti, ktorá je zrelá, ide tu najmä o citovú vyrovnanosť, stálosť, citový záujem o inú osobu.

Etický kódex sociálneho pracovníka uvádza, že každý sociálny pracovník, by mal viesť etickú zodpovednosť v takomto rozsahu:

- zodpovednosť voči klientom,
- zodpovednosť voči sebe,
- zodpovednosť voči pracovisku,
- zodpovednosť voči kolegom,
- zodpovednosť voči profesii,
- zodpovednosť voči spoločnosti.

Osobnostné a povahové črty sú dôležité pre výkon náročnej profesie sociálneho pracovníka. K týmto črtám patrí najmä ráznosť, elasticita, čínorodosť, objektívnosť, kritické myslenie, kladný vzťah k práci, vysoká motivácia, sebareflexia, sebaopoznanie a zvládanie stresových situácií. Dôležité je, aby mal sociálny pracovník dobrý vzťah k ľuďom a tiež aj dobré slovné schopnosti. Empatia a sociálne cítenie sú osobnostné vlastnosti, ktorými by mal disponovať každý dobrý sociálny pracovník.

Etické problémy a dilemy

Sociálny pracovník sa čoraz častejšie stretáva na svojom pracovisku s rôznymi problémami a dilemami. Pojem dilema v dnešnej dobe vzniká v takom prípade, ak sa má sociálny pracovník rozhodnúť medzi dvoma, respektíve viacerými možnosťami, ktoré sú rovnako nevhodné, a preto vzniká konflikt medzi morálnymi princípmi.

Práve Etický kódex sociálneho pracovníka a asistenta sociálnej práce je zameraný na riešenie etických dilem a problémov.

Oblasti, v ktorých pretrvávajú najčastejšie etické dilemy:

- Legislatívna spravodlivosť – častokrát sa stáva, že sa sociálny pracovník dostáva do pozície, kedy sa právne normy nedajú realizovať, a teda nastáva pocit znevýhodnenia.
- Požiadavky, ktoré sú kladené na osobnosť sociálneho pracovníka – ani sociálna práca nie je výnimkou, že sú na sociálnych pracovníkoch kladené vysoké požiadavky, či už ide o vzdelanie sociálnych pracovníkov, respektíve odborné zručnosti.
- Dilema riešenia starostlivosti o pacienta – seniora. Sociálny pracovník je veľmi často kladený pred otázku. Ponechám klienta – seniora v domácej starostlivosti, alebo ho umiestnim do zariadenia, kde mu bude poskytnutá adekvátne pomoc, aj napriek tomu, že túto pomoc môže dostávať aj v domácom prostredí?

Supervízia

Ciele supervízie môžu byť krátkodobé a dlhodobé.

Pri sociálnej práci je základnou požiadavkou to, aby sociálny pracovník bol v takom nasadení, aby dokázal pomôcť klientovi a jeho požiadavkám.

Cieľom supervízie je, aby sociálni pracovníci dostali také podnety, kvôli ktorým budú musieť hľadať nové hľadiská, cesty alebo aj možnosti riešenia komplikovaných problémov klienta,

a zároveň aj hľadať také možnosti ako skvalitniť svoju prácu, aby nevyhoreli a aby chránili samých seba.

Zameranie supervízie - vždy sa na niečo orientuje a má vymedzené ohnisko.

Smery supervízie:

- Odraz zmyslu sedenia klienta so sociálnym pracovníkom - tu môžeme hovoriť o tom, ako sa sociálny pracovník a klient prejavujú, aké témy prináša do sedenia klient a aké sociálny pracovník
- Explorácia priebehu práce s klientom, taktika a zásah sociálneho pracovníka – supervízor sa snaží pozeráť na to, čo sa s klientom v procese práce udialo, respektíve neudialo.
- Zameranie sa na vzťah sociálneho pracovníka a klienta – podstatou tohto zamerania je, aby sociálny pracovník zistil a porozumel dynamickosti vzťahu medzi ním samotným a klientom.

Formy a techniky supervízie

Spôsob, v akom prostredí a s akým počtom účastníkov sa supervízia uskutočňuje, môžeme považovať za formu supervízie. Formy supervízie sa dajú rozdeliť do niekoľkých skupín.

- Individuálna supervízia – ide o rozhovor medzi dvoma rozumnými ľuďmi, ktorý sa odohráva v pokojnom, príjemnom prostredí, Ide zväčša o plánované stretnutia, s tým, že je určený presný cieľ stretnutia, ktorý je ukotvený v supervíznej dohode a sú rešpektované nielen základné, ale aj morálne a etické pravidlá.

Skupinová supervízia – je účinná forma zvyšovania si odborných kompetencií u pomáhajúcich profesionálov. Je to využitie sily celej skupiny a jej podstatných charakteristík, tak aby boli použité akceptovateľné ekonomické predpoklady. Tak ako aj v individuálnej supervízii, tak aj v skupinovej ide o systém, ktorý pomáha pracovníkom rozprávať sa o svojej práci v skupine.

Tímová supervízia – je zväčša určená pre všetkých členov skupiny, bez toho aby boli robené nejaké rozdiely a určované pozície. Hovorí o tom, ako pracuje skupina spoločne.

Tandemová supervízia – dvojica pomáhajúcich profesionálov využíva svoje zážitky a skúsenosti, ktoré sú nápomocné pri práci na spoločnom prípade. Je príznačná tým, že sa v nej dá využiť rôznosť postupov, ale aj ich podoba, ktoré sú aplikované v práci na jednom prípade a v jednom okamihu.

Supervízia organizácie – táto forma posilňuje kultúru prostredia, funkciu sociálnych vzťahov, sociálnu oporu, pracovné tímy a skupiny, ktoré majú za cieľ ochraňovať ľudské práva konečných prijímateľov. Ak chceme, aby supervízia mala úspech, tak musí mať nielen základnú supervízorskú výbavu, ale aj znalosti v oblasti riadenia štruktúry.

K najznámejším technikám, ktoré sa v supervízii využívajú, sú:

- Brainstorming – umožňuje otvorenú exploráciu nových myšlienok, nie je kritický, ani obmedzujúci. Jeho úlohou je zapojiť všetkých členov skupiny.
- Hranie rolí – dáva možnosť vyskúšať nové správanie, nové možnosti, umožňuje nachádzať nové riešenia pre staré problémy.
- Modelovanie správania – umožňuje supervízorovi demonštrovanie určitých špecifických spôsobov správania, ktoré potom môžu začiatočníci používať prakticky.
- Riadená reflexia – umožňuje supervízorovi prehrávať procesy a deje z interakcií, ktoré prebehli medzi začínajúcim profesionálom a klientom, čo pomáha sebapoznaniu

- Bálintovská skupina – umožňuje supervízorovi poznanie vzťahov v skupine, analýzu procesu, súvislosti medzi fungovaním skupiny a prezentovaným prípadom.

Sebareflexia

Sebareflexia je rozumové sebaopoznanie, opierajúce sa o psychologické pozorovanie a poskytujúce vedenie, ktoré je hlavnou cnosťou ľudskej činnosti. Vo všeobecnosti ide o proces odrážania seba vo vlastnom vedomí. Sebareflexia je proces, kedy sa človek oddelí od vonkajšieho sveta a obráti sa k svojim pocitom, myšlienkam, aspiráciám a hodnotám. Ide o to, že človek spoznáva to, kto je, aké má hodnoty a prečo si myslí a robí to, čo robí. Sebareflexia je dôležitá najmä preto, pretože nám pomáha učiť sa z vlastných chýb, ale aj chýb iných.

Starostlivosť o seba je súčasťou každého jedného z nás. Je dôležitá pre osobný život, ale aj pre pracovný život. Ak sa človek kvalitne stará sám o seba, tak to pomáha pri riešení rôznych situácií, ktoré nám život prináša. Znamená samotné zachovanie individuálnej pohody človeka. Je dôležité, aby sa každý človek staral sám o seba a podporoval sa v tom, preto by si mal nájsť aktivity, ktoré by ho robili šťastným. Je dôležité nájsť si takú činnosť, ktorá nás bude robiť šťastnými, no na opačnej strane nám napomáha k tomu, aby sme sa sami dobre cítili.

Záver

Starostlivosť o seba je súčasťou každého jedného z nás. Je dôležitá pre osobný život, ale aj pre pracovný život. Ak sa človek kvalitne stará sám o seba, tak to pomáha pri riešení rôznych situácií, ktoré nám život prináša. Znamená samotné zachovanie individuálnej pohody človeka. Starostlivosť o seba, sebareflexia a supervízia sú tri oblasti, respektíve postupy, ktoré sú rozhodujúce v oblasti behaviorálneho zdravia sociálnych pracovníkov. Ak tieto postupy praktizujú sociálni pracovníci, tak ide o zásadnú ochranu pred pracovnými rizikami. Ak je nedostatočná starostlivosť o seba, alebo nie je vôbec praktizovaná, tak je veľmi často spojená s rozvrtnými taktikami zvládania záťažových situácií sociálnych pracovníkov. Sociálna práca, ktorá je pomáhajúcou profesiou sa spája s inými pomáhajúcimi profesiami, ktoré sa spájajú kvôli tomu, aby spoločne pracovali na starostlivosti o seba. Pomáhajúce profesie sú práve tie, ktoré potrebujú kvalitnú starostlivosť o seba, pretože kvôli nej dokážu zvládať záťažové situácie. Je dôležité, aby človek, ktorý je pomáhajúcim profesionálom mal dostatok síl a energie a taktiež aj fyzickej a psychickej pohody pre vykonávanie svojej funkcie. Ak sa pracovník sústreďí na pomoc iným ľuďom a je v tom dobrý, tak je dôležité, aby nezabúdal ani na svoje vlastné potreby. Je dôležité, aby sa každý človek staral sám o seba a podporoval sa v tom, preto by si mal nájsť aktivity, ktoré by ho robili šťastným. Je dôležité nájsť si takú činnosť, ktorá nás bude robiť šťastnými, no na opačnej strane nám napomáha k tomu, aby sme sa sami dobre cítili. Najlepšie, čo môže byť na zvládanie stresu je spojenie príjemného s tým, čo je užitočné pre nás. Celá bakalárska práca mala teoretický charakter. Rozdelili sme ju na tri kapitoly. V prvej kapitole sme sa venovali základným pojmom ako sú starostlivosť o seba, sociálna pohoda a sociálny balans. V druhej kapitole sme následne prešli na etický kódex sociálneho pracovníka, popísali sme hodnoty sociálnej práce, etickú zodpovednosť a tiež aj etické problémy a dilemy. Tretia kapitola sa venovala supervízii, čomu sa supervízia venuje, na čo sa zameriava, aké má jednotlivé formy a techniky.

Literatúra

- ALLEN, T. – HERST, D. – BRUCK, C. – SUTTON, M. 2000. Consequenses associated with work-to-family conflict: a review agenda for future research. *Journal of Occupational Health Psychology* 5, p. 278-308.
- ATKINSONOVÁ, S. 2005. Jak zdolat skálu jménem deprese. Albatros. ISBN 80-0001-544- 7.
- BALOGOVÁ, B. – KVAŠŇÁKOVÁ, I. 2012. Problém neetického, ale legálního správania etiky ošetrovateľa/ky a sociálneho pracovníka/čky v sociálnych službách. In GLUCHMAN, V. Profesijná etika – minulosť a prítomnosť. Prešov: Filozofická fakulta Prešovskej univerzity, s. 298-312. ISBN 978-80-555-0674-6.
- BANKS, S. 2006. *Ethics and Values in Social Work*. 3rd ed. Hampshire: Palgrave Macmillan, 2006. 209 p. ISBN 978-1-4039-9420-2.
- BECKETT, CH. – MAYNARD, A. 2005. *Values & Ethics in Social Work*. London: SAGE, 2005. 193 p. ISBN 1-4129-0139-1.
- BEDNÁŘOVÁ, Z. – PELECH, L. 2003. *Slabikář sociální práce na ulici*. Brno: DOPLŇEK, 2003. 99 s. ISBN 80-7239-148-8.
- BLENNBERGER, E. – FRÄNKEL, T. 2006. *Ethics in Social work. Ethical dilemmas and risks*. [online]. [cit. 2024-02-02]. Dostupné na internete: <https://www.google.com/search?q=blennberger+ethic+in+social+work&sxsrf=ALeKk02nI3YgYZbhGJpXQ43aovWfKkhxGg:1600195376155&tbm=isch&source=iu&ictx=1&fir=Fq-j_NJmM3JV-QM%252CXzCnZxEy1hE-dM%252C_&vet=1&usg=AI4_kR7V_00E7ZAvk-vDY3vsHqk81WDqw&sa=X&ved=2ahUKEwjnzt2n6OvrAhWDsKQKHRDWAMcQ9QF6BAgJEAg#imgrc=Fq-j_NJmM3JVQM>.
- CANGÁR, M. a kol. 2005. *Osobnosť sociálneho pracovníka a manažment*. Bratislava: SOCIA – nadácia na podporu sociálnych zmien. 2005. 63 s. ISBN 80-967908-7-0.
- COX, K. – STEINER, S. 2013. Self-care. In *Social Work. A Guide for Practitioners, Supervisors, and Administrators*. Washington: NASW. ISBN 978-0-87101-444-3.
- CUNNINGHAM, W. A. et al., 2004. Separable Neural Components in the Processing of Black and White Faces. [online]. [cit. 2024-01-20]. Dostupné na internete: <http://www.people.fas.harvard.edu/~banaji/research/publications/articles/2004_Cunningham_PS.pdf>.
- DOROCIÁK, K. E. – RUPERT, P. – BRYANT, Fred B. – ZAHNISER, E. 2017. Development of the Professional Self-Care Scale. In: *Journal of Counseling Psychology*. Vol. 64. Issue: 3. s. 325-334. ISSN 0022-0167.
- Etický kódex sociálneho pracovníka a asistenta sociálnej práce v Slovenskej republike. 2019.*
- FIGLEY, CH. 2002. Compassion Fatigue: Psychotherapists' Chronic Lack of Self Care. In *Journal of Clinical Psychology*, 1433-1441. ISSN 1742-9552.
- FILIPKOVÁ, I. 2008. Work-life balance High potential žien do 35 rokov. Psychologické aspekty pôsobenia mladých nadaných manažérov. Zborník z medzinárodnej konferencie. Bratislava: Univerzita Komenského.
- GABURA, J. 2005. *Sociálne poradenstvo*. Bratislava: Občianske združenie Sociálna práca, 2005. 222 s. ISBN 80-89185-10-X.

- HALACHOVÁ, M. – ŽIAKOVÁ, E. 2016. Zvládanie záťažových situácií v kontexte kyberšikanovania. In ŽIAKOVÁ, E. (ed.) Podoby vnútorných i vonkajších faktorov zvládania záťaže z pohľadu teórie i praxe sociálnej práce. 4. ročník Košických dní sociálnej práce: Zborník príspevkov z vedeckej konferencie s medzinárodnou účasťou, 27.11.2015. V Košiciach. [online]. [cit. 2024-01-20]. ISBN 978-80-8152-405-9. Dostupné na internete: <<https://www.upjs.sk/public/media/17006/10%20podoby-vnutornych-vonk-faktorov-socprace.pdf>>.
- HANGONI, T. 2010. Etické problémy sociálnej práce po roku 1990. In HANGONI, T., et al., Ed Sociálna a duchovná revue. Prešov: Pravoslávna bohoslovecká fakulta Prešovskej univerzity v Prešove, s. 15-24. ISBN 978-80-247-3379-1.
- HANGONI, T. – IMRICHOVÁ, A. 2010. Manažment a jeho aplikácia v sociálnej práci. In: KONTUĽOVÁ, I. 2019. Uplatňovanie manažmentu kvality v zariadení Denný stacionár. Michalovce: Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave, 2019. s. 16-17.
- HAUKE, M. 2014. Zvládání problémových situací se seniory-nejen v pečovatelských službách. Praha: Grada Publishing, 2014. ISBN 978-80-247-5216-7.
- HAVRDOVÁ, Z. – HÁJNY, M. a kol. 2008. Praktická supervize. Praha: Galén, 2008. 213 s. ISBN 978-80-7262-532-1.
- HOY, B. – WAGNER, L. – HALL, E. O. C. 2007. Self – care as a health resource of elders: An integrative review of a concept. Journal of Caring Sciences, p. 456 – 466.
- KEYES, C. L. M. 1998. Social well-being. Social Psychology Quarterly. p. 121-140.
- KEYES, C. L. M. – LOPEZ, S. J. 2002. Toward a science of mental health: Positive directions in diagnosis and interventions. In SNYDER, C. R., LOPEZ, S. J. (Eds.), Handbook of positive psychology (s.45-62). New York: Oxford University Press.
- KING, L. A. – HICKS, J. A. – KRULL, J. L. – DEL GAISO, A. K. 2006. Positive affects and the experience of meaning in life. Journal of Personality and Social Psychology. s. 179196.
- KLIMEKOVÁ, A. 2007. „Burnout“, alebo „Kde sa podiel náš životný elán“ . Bratislava: Personálny úrad Ozbrojených síl Slovenskej republiky: Centrum psychologických a sociologických činností, 2007. 69 s. ISBN 978-80-89261-09-3.
- KOLÁČKOVÁ, J. 2008. Supervize. In MATOUŠEK, O. a kol. Metódy a řízení sociální práce. Praha: Portál, 2008. 380 s. ISBN 978-80-7367-502-8.
- KOLLÁRIK, T. 2002. Sociálna psychológia práce. Bratislava: Univerzita Komenského. ISBN 80-223-1731-4.
- KOPŘIVA, K. 1997. Lidský vztah jako součást profese. 2. vyd. Praha: Portál, 1997. 147 s. ISBN 80-7178-150-9.
- KOVÁČ, D. 2007. Psychology of the quality of life in the activities of Slovak psychologists. Studia Psychologica. S. 101-116.
- KRIŠTOFOVÁ, E. 2014. Etika pre pomáhajúce profesie v kontexte teórie a praxe. Nitra: UKF, 2014. ISBN 978-80-247-3843-7.
- KŘIVOHLAVÝ, J. 2001. Psychologie zdraví. Praha: Portál, 2001. ISBN 978-8071-787-74-7.
- LIČNER, V. – LOVAŠ, L. – HALACHOVÁ, M. 2018. The concept of Self-Care, Work Engagement and Burnout Syndrome among Slovak Social Workers. In Sociální práce/Sociálna práca, p. 62-76. ISSN 1213-6240.

- LOPEZ, F. G. et al., 2007. Factor Structure, Stability, and Predictive Validity of College Students' Relationship Self-Efficacy Beliefs. [online]. [cit. 2024-01-20]. Dostupné na internete: <<http://faculty.coe.uh.edu/flopez/docs/relationship-self-efficacy2007.pdf>>.
- LOVAŠ, L. a kol. 2014. Psychologické kontexty starostlivosti o seba. Košice: UPJŠ, 2014. ISBN 978-8081-521-96-6.
- LUKNIČ, A. 1994. Štvrtý rozmer podnikania – etika. Bratislava: SAP, 1994. 344 s. ISBN 80-85665-30-1.
- MATOUŠEK, O. a kol. 2003. Metody a řízení sociální práce. Praha: Portál, 2003. 380 s. ISBN 80-7178-548-2.
- MÁTEL, A. – SCHAVEL, M. – MÜHLPACHR, P. - ROMAN, T. 2010. Aplikovaná etika v sociálnej práci a ďalších pomáhajúcich profesiách. Zborník z medzinárodnej vedeckej konferencie. Bratislava: VŠZaSP sv. Alžbety, 2010. 413 s. ISBN 978-80-89271-89-4.
- MÁTEL A. a kol. 2010. Etika sociálnej práce. Bratislava: VŠZaSP sv. Alžbety. 2010. ISBN 978-80-89271-85-6.
- MÁTEL, A. – GREY, E. – JANECHOVÁ, L. 2013. Aplikovaná etika v sociálnej práci 2. Zborník z medzinárodnej vedeckej konferencie. Bratislava: VŠZaSP sv. Alžbety, 2013. s. 1130. ISBN 978-80-8132-087-3.
- MÁTEL, A. 2019. Teorie sociální práce I. Praha: Grada, 2019. 208 s. ISBN 978-80-2712220-2.
- MESÁROŠOVÁ, M. (a kol.). 2017. Starostlivosť o seba a dôsledky vykonávania pomáhajúcich profesií. Košice: UPJŠ v Košiciach, 2017. ISBN 97880-8152-571-1.
- MOJTOVÁ, M. – SEDLÁROVÁ, K. – ŠRANK, M. 2013. Klinický sociálny pracovník. Nitra: UKF, 2013. 262 s. ISBN 978-80-558-0269-5.
- MURPHY, A. – DILLON, C. 2003. The Counseling Process. [online]. [cit. 2024-01-19]. Dostupné na internete: <http://www.sulross.edu/sites/default/files/sites/default/files/users/docs/education/counseling-process_5.pdf>.
- NÁKONEČNÝ, M. 2005. Sociální psychologie organizace. Praha: Grada Publishing, 2005. 225 s. ISBN 978-80-2470-577-4.
- OLÁH, M. – SCHAVEL, M. – ONDRUŠOVÁ, Z. 2008. Úvod do štúdia a dejín sociálnej práce. Bratislava: vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety. 2008. 208 s. ISBN 80-969449-6-7.
- PARAKANDI, M. – BEHERY, M. 2015. Sustainable human resources: Examining the status of organizational work-life balance practices in the United Arab Emirates. In Renewable and Sustainable Energy Reviews, 55 (2016), pp. 1370-1379.
- REMIŠOVÁ, A. 1998. Etické kódexy. Bratislava: Ekonóm, 1998. 128 s. ISBN 80-225-0952-3.
- RICHARDS, K. et al. 2010. Self-care and well-being in mental health professionals: The mediating effects of self-awareness and mindfulness. Journal of Mental Health Counseling, p. 247-264. ISSN 1040-2861.
- RUČKOVÁ, G. a kol. 2021. Supervízia pre prax. Bratislava: Akadémia humanitných a medzikultúrnych štúdií Edith Steinovej, 2021. 148 s. ISBN 978-80-9738-988-8.
- SCHAVEL, M. – TOMKA, M. 2010. Základy supervízie a supervízia v praktickej výučbe v sociálnej práci. Bratislava: VŠZaSP sv. Alžbety, 2010. 193 s. ISBN 978-80-89271-87-0.

- SCHERPNER, M. – RICHTER-MARKERT, W. – SITZENSTUHL, I. 1999. Sprevádzanie v praxi (vedenie), poradenstvo a učenie: Princípy sociálnej práce, Dolný Kubín: Vydavateľstvo Peter Huba. 1999. 175 s. ISBN 80-88803-28-4.
- SLOVÁK, P. – VEREŠ, M. 2007. Metódy sociálnej práce I. Bratislava: SAP, 2007. 70 s. ISBN 978-80-89271-27-6.
- STACHOŇ, M. – WEIHE, H. 2016. Sociálna práca a súčasnosť. Stavanger: Hertervig Akademisk, 2016. ISBN 978-82-8217-226-4.
- STEHLÍKOVÁ, J. 2016. Rozvíjanie empatie v pomáhajúcich profesiách. Banská Bystrica: Belianum, Univerzita Mateja Bela Banská Bystrica, Pedagogická fakulta. ISBN 978-8055711-40-9.
- ŠIMEK, A. 2000. Supervize je u nás stále nová. In Psychoterapeutické sešity. ISSN 18024785, 2000. č. 1, s. 1-2.
- ŠIŇANSKÁ, K. – ŠANDLOVÁ, V. 2013. Vyrovnávanie sa so stresom a záťažovými situáciami terénnymi sociálnymi pracovníkmi. In Grant Journal. s. 41-44. ISSN 1805-0638.
- ŠLOSÁR, D. – ŠOLTÉSOVÁ, Z. – PLAVNICKÁ, J. 2017. The Importance of Self-Care by Professionals on Helping Professions. In: BALOGOVÁ, B. (Ed.). 2017. Multiculturalism in social work. Conference Proceedings: Scientific Conference with International Participation 19th – 23rd June 2017, Selce, Croatia. Warszawa: Wydawnictwo Jedność w różnorodności. s. 144-149. ISBN 978-83-947394-5-4.
- TAYLOR, G. – REPENNING, K. M. 2011. Self-care science, nursing theory, and evidencebased practice. New York: Springer Pub. ISBN 9780826107794.
- TIŠANSKÁ, L. – KOŽENÝ, J. 2004. Osobnost, anticipovaná sociální opora a adaptace seniorek na stárnutí: test modelu životní spokojenosti. Československá psychologie, s. 27-37.
- TOKÁROVÁ, A. a kol. 2007. Sociálna práca, kapitoly z dejín, teórie a metodiky sociálnej práce, 3.vyd. Prešov: Filozofická fakulta Prešovskej univerzity, AKCENT PRINT. 2007. 572 s. ISBN 978-80-969419-8-8.
- VANSAČ, P. 2011. Vybrané kapitoly z etiky. ÚSVaZ bl. P. P. Gojdiča v Prešove. 2011. 128 s. ISBN 978-80-8132-030-9.
- VASKA, L. 2012. Teoretické aspekty supervízie. Bratislava: IRIS, 2012. 175 s. ISBN 97880-89238-70-5.
- VAVREČKOVÁ, V. 2005. Kresťanské dimenzie vzdelávania sociálnych pracovníkov – supervízia v odbornej praxi študentov. In BALOGOVÁ, B. Sociálna práca a jej kresťanské dimenzie. Prešov: GRSAFOTLAČ Prešov, 2005. 149 s. ISBN 80-8068-357-3.
- VÝROST, J. a kol. 2012. Európska sociálna sonda (ESS) 5. kolo na Slovensku. Prešov: Spoločenskovedný ústav SAV v Košiciach.
- VÝROST, J. a kol. 2013. Európska sociálna sonda (ESS) 6. kolo na Slovensku. Prešov: Spoločenskovedný ústav SAV v Košiciach. Začlenenie pohody. [online]. [cit. 2024-01-19]. Dostupné na internete: <<https://www.wtwco.com/sk-sk/solutions/wellbeing>>.
- 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.

Zákon č. 219/2014 Z. z. o sociálnej pomoci a o podmienkach na výkon niektorých odborných činností v oblasti sociálnych vecí a rodiny a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

ŽILOVÁ, A. 2000. Kapitoly z teórie sociálnej práce. Žilina: EDIS, 2000. 119 s.
ISBN 80968932-0-3.

ŽILÍNEK, M. 1997. Étos a utváranie mravnej identity osobnosti. Bratislava: Iris, 1997. 232 s.
ISBN 80-88778-60-3.

НЕТРАДИЦІЙНА ТЕХНІКА ЛІПЛЕННЯ ТІСТОМ МУЛЕ ПАТАТ ЯК ЗАСІБ РОЗВИТКУ ДРІБНОЇ МОТОРИКИ РУК У ДІТЕЙ З ОСОБЛИВИМИ ОСВІТНИМИ ПОТРЕБАМИ (інтелектуальними порушеннями)

Думнич Меланія

студентка 4 курсу спеціальності 016 Спеціальна освіта
Науковий керівник: Оксана Гаяш,
кандидат педагогічних наук

Вступ. Сучасний етап розвитку спеціальної та інклюзивної освіти в Україні акцентує увагу на всебічному розвитку дітей з інтелектуальними порушеннями в аспекті їх всебічного гармонійного розвитку з метою подальшої успішної соціалізації. Одну з основних ролей в успішності психофізичного та інтелектуального розвитку дитини відіграє розвиток дрібної моторики. Проте у дітей з інтелектуальними порушеннями (ІП) дрібна моторика недорозвинена, а це, в свою чергу, негативно позначається не тільки на фізичному розвитку, а й на соціалізації особистості, розвитку пізнавальної, трудової та творчої діяльності, подальшій адаптації їх у суспільстві.

Стан вивчення проблеми. Проблема розвитку дрібної моторики знайшла своє відображення у працях І.Деснової, М.Монтесорі, О.Малетич, Є.Новак, О.Сухомлинського, А.Щуки та інших. Дослідниками доведено, що розвиток навичок дрібної моторики безпосередньо впливає на розвиток мовлення дитини та зростання рівня інтелекту. А.Висоцька, О.Гаврилов, В.Гладуш, С.Миронова, В.Синьов й інші фахівці вважають, що порушення в розвитку дрібної моторики є одним із характерних симптомів інтелектуальних порушень. Вчені відзначають, що рухи пальців рук у дітей з ІП незграбні, некоординовані, їхня точність і темп порушені. Однією з основних причин, що ускладнюють формування у дітей з ІП рухових умінь і навичок, є порушення моторики, які, своєю чергою, негативно позначаються не тільки на фізичному розвитку, а й на соціалізації особистості, розвитку пізнавальної, трудової та творчої діяльності, подальшій адаптації в суспільстві.

Саме тому існує потреба в пошуку ефективних засобів розвитку дрібної моторики, які б природним чином поєднувалися з віковим розвитком дітей молодшого шкільного віку з ІП. Одним із напрямів пошуку таких засобів розвитку дрібної моторики є нетрадиційна техніка ліплення, а саме робота дітей з тістом муле-патат. Тому нами була обрана тема дослідження «Розвиток дрібної моторики рук молодших школярів з інтелектуальними порушеннями на заняттях вчителя-дефектолога засобами нетрадиційної техніки ліплення тістом муле-патат».

Мета дослідження – теоретично обґрунтувати та довести в результаті педагогічного експерименту можливості розвитку дрібної моторики дітей з ІП молодшого шкільного віку на заняттях вчителя-дефектолога засобами нетрадиційної техніки ліплення тістом муле-патат.

Дослідження проводилося на базі КУ «ІРЦ Середнянської селищної ради» та КУ «ІРЦ Іршавської міської ради». У дослідженні приймали участь 14 дітей віком 6 - 7 років. Всі діти були розділені на 2 групи – експериментальну і контрольну. В кожній групі було по

7 дітей. Для виявлення вихідного рівня розвитку дрібної моторики у дітей з ІІ 6-7р. проводилося обстеження (індивідуально з кожною дитиною у вільний від занять час).

Для обстеження стану дрібної моторики були запропоновані завдання, взяті з різних методик обстеження розвитку дрібної моторики у дітей (Л.Венгера, Г.Волкової, М.Озерського) та адаптовані для молодших школярів з порушеннями інтелекту.

Діагностична програма складалася з 3 субтестів: 1 субтест – методика «Доріжки»; 2 субтест – завдання на дослідження здатності рухати руками; 3 субтест – проби М. Озерського. Стан розвитку дрібної моторики рук і регулювання координації рухів руки оцінювалися за критеріями: рівень розвитку дрібної моторики; рівень сформованості зорово-моторної координації.

За результатами діагностики ми розділили всіх дітей за рівнями розвитку дрібної моторики: високий, середній, низький.

На основі даних, отриманих у результаті обстеження можна зробити наступні висновки: високого рівня розвитку дрібної моторики не виявлено ні в ЕК, ні в КГ; середній рівень розвитку виявлений у 3 дітей ЕГ, що складає 43% і у 2 дітей КГ, що складає 29%; низький рівень розвитку моторики виявлений у 4 дітей ЕГ (57%) і у 5 дітей КГ, і це складає 71%. Наступним етапом був формувальний. Метою формувального експерименту стало розроблення і апробація змісту роботи з розвитку дрібної моторики пальців рук дітей з ІІ засобом ліплення тістом муле-патат.

Формувальний експеримент проводився поетапно. На першому етапі роботи з розвитку дрібної моторики рук ми підібрали змістовний контент корекційних занять ліпленням тістом муле-патат відповідно до програми з корекційно-розвиткової роботи «Азбука творчості» для 1-4 класів спеціальних закладів загальної середньої освіти для дітей з інтелектуальними порушеннями (1 клас). Було складено серію завдань.

На другому етапі формувального експерименту була організована спільна діяльність педагога та дітей. На цьому етапі експерименту було проведено 24 заняття тривалістю 30 хвилин кожне. Періодичність занять 2 рази на тиждень. Заняття проводилися індивідуальні та групові. Використання підібраних завдань тривало протягом трьох місяців.

Після проведеного формувального експерименту було проведено повторну діагностику за тією ж методикою. Ми також розподілили всіх дітей за трьома рівнями розвитку дрібної моторики і порівняли результати констатуючого і контрольного етапів експерименту. Аналіз результатів методики показав, що у ЕГ після проведення формувального експерименту в 2 дітей діагностовано високий рівень розвитку дрібної моторики рук, що складає 28,5% від усієї кількості випробуваних. Троє першокласників справилися з завданням на середньому рівні, що складає 43% від усієї кількості випробуваних. На низькому рівні у ЕГ з завданням справилися 2 дітей, що склало 28,5% від усієї кількості учнів. У КГ в жодної дитини не діагностовано високий рівень розвитку дрібної моторики. Середній рівень розвитку виявлений у 3 дітей, що складає 43% і низький рівень у 4 дітей (57%).

Зведення та порівняння кількісних даних щодо рівня розвитку дрібної моторики рук у дітей з ІІ під час проведення дослідно-експериментальної роботи дозволяє констатувати, що у ЕГ з'явився показник високого рівня розвитку дрібної моторики рук, який становить 28,5%; показник низького рівня знизився до 28,5%.

Динаміку розвитку дрібної моторики дітей з ІІІ ЕГ за матеріалами першого та другого тестування представлено на діаграмі (рис. 1)

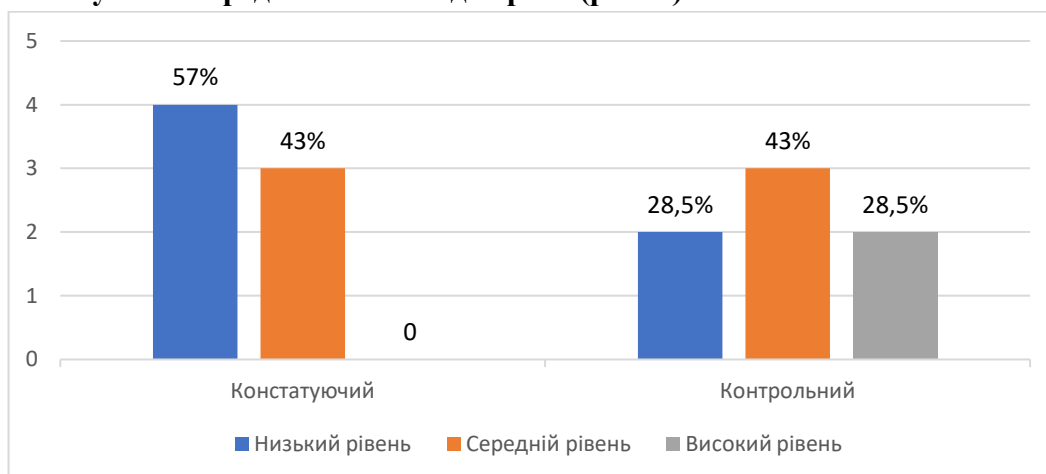


Рис.1. Рівні розвитку дрібної моторики у дітей з ІІІ молодшого шкільного віку ЕГ до і після експерименту

Таким чином, результати порівняння констатувального та контрольного етапів експерименту засвідчили, що рівень розвитку дрібної моторики в дітей з ІІІ молодшого шкільного віку в ЕГ після проведення формувального етапу змінився в кращий бік, показники дітей значно покращилися.

У той час як показники розвитку дрібної моторики КГ за даний час суттєво не змінилися. Високого рівня у КГ не досягла жодна дитина. Одна дитина з низького рівня перейшла на середній, тому дітей з середнім рівнем на контрольному етапі стало 3 (43%), відповідно кількість дітей з низьким рівнем зменшилася з 5 дітей до 4.

Результати порівняльних показників КГ теж представлено на діаграмі (рис.2).

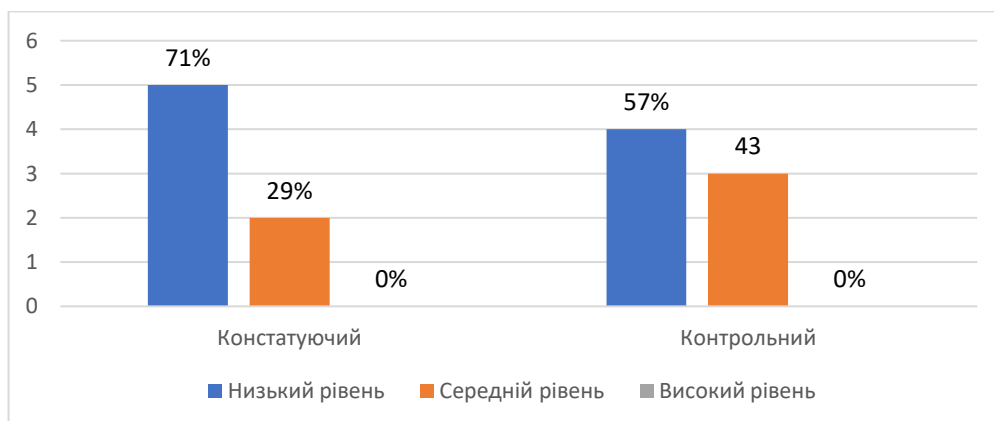


Рис. 4. Рівні розвитку дрібної моторики у дітей з ІІІ молодшого шкільного віку КГ до і після експерименту

Отже, така різниця між ЕГ і КГ свідчить про ефективність та результативність проведеної нами роботи з розвитку дрібної моторики рук дітей 6-7 років з ІІІ за допомогою ліплення тістом муле-патат. З цього випливає необхідність надалі продовжувати роботу з розвитку дрібної моторики дітей з ІІІ, оскільки вона справила позитивний вплив на розвиток і активізацію дрібної моторики рук учнів.

Розроблена нами система занять, а також підібрані вправи, спрямовані на розвиток дрібної моторики, можуть бути корисними педагогам, батькам, асистентам вчителів, вихователям в усуненні порушень дрібної моторики рук молодших школярів з ІІІ.

У подальшому ми продовжимо дослідження ефективності зазначеної системи занять в ІРЦ у взаємодії із застосуванням її в освітньому процесі початкової школи. Також під час роботи з експериментальною групою збільшимо кількість та урізноманітнимо вправи з ліплення тістом муле-патат.

Список використаних джерел:

1. Миронова С. П., Гаврилов О. В., Матвеева М. П. Основи корекційної педагогіки: навч.-мет. посіб. Кам'янець-Подільський : Кам'янець-Подільський національний університет імені Івана Огієнка, 2010. 264 с.

PRÍNOS AKTIVIZAČNÝCH ČINNOSTI V KONTEXTE SOCIÁLNEJ PRÁCE SO SENIORMI

BENEFIT OF ACTIVATION ACTIVITIES IN THE CONTEXT OF SOCIAL WORK WITH SENIORS

Anna Pasteláková

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

E-mail: a.pastelakova@gmail.com

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

Abstrakt

Etapa starnutia a staroby, je súčasťou životnej cesty každého jedinca. S dobou, ktorá ide vopred je spojený aj fakt starnutia celej populácie, ktorého následok je zvýšený počet ľudí v dôchodkovom veku. Starnutie prináša zmeny vo viacerých životných oblastiach, najrozsiahlejšie sú v oblasti biologickej, psychickej ale i sociálnej. Jednoznačne, starnutie je práve to obdobie, kedy by mal senior prežívať „hodnotnú a krásnu jeseň života“. Zapojením seniora do procesu vzdelávania si jedinec vyberie, akým smerom sa jeho život môže uberať, ako vie aktívne a zmysluplne tráviť čas a zvládať reakcie na zmenu v životnej sfére. Cieľom práce bolo predstaviť východiska danej problematiky, poukázať na dôležitosť a nenahraditeľné miesto aktivizácie, ktorá je prítomná v rôznorodých podobách sociálnej práce v starobe. Z pohľadu teórie sme vymedzili pojmy ako sú starnutie, jeho črty, avšak aj kvalitu života seniorov a najmä aké sú možnosti využitia ich voľného času. Podrobne uvedieme viacero aktivizačných činností, význam jednotlivých aktivít, rozmanitosť a najmä ich aplikovanie. Je dôležité podotknúť že práve aktivizačnými činnosťami pomáhame začleniť seniorov do spoločnosti a zároveň tieto aktivity napomáhajú k udržaniu ich zdatností po fyzickej stránke.

Kľúčové slová: Aktívne starnutie. Celoživotné vzdelávanie. Aktivizačné činnosti. Senior.

Abstract

The stage of aging and old age is part of the life journey of every individual. The fact that the entire population is aging is connected with the time that goes ahead, the result of which is an increased number of people of retirement age. Aging involves changes in several areas of life, the most extensive are in the biological, psychological and social areas. Undoubtedly, aging is the period when a senior should experience "a valuable and beautiful autumn of life". By involving a senior in the education process, the individual chooses which direction his life can take, how he can spend his time actively and meaningfully, and manage reactions to changes in the sphere of life. The aim of the work was to present the starting points of the issue, to point out the importance and irreplaceable place of activation, which is present in various forms of social work in old age. From the point of view of theory, we have defined concepts such as aging, its features, but also the quality of life of seniors and especially what are the possibilities of using their free time. We will present several activation activities in detail, the importance

of individual activities, their diversity and especially their application. It is important to point out that it is through activation activities that we help to integrate seniors into society, and at the same time these activities help to maintain their physical abilities.

Keywords: Active aging. Lifelong learning. Activation activities. Senior.

Úvod

„Umením nie je starnutie, ale znášanie starnúť“

Johann Wolfgang von Goethe

Téma príspevku je prínos aktivizačných činností v kontexte sociálnej práce so seniormi. Cieľom je najmä zdôrazniť prínos aktivizačných činností, zacielených na klientov vyššieho veku. Ako vo všetkých životných etapách, aj v starobe je jedinec schopný vzdelávať sa. Vzdelávanie vo vyššom veku má ale isté špecifické atribúty. Jednou z významných a východiskových úloh je práve to ako je senior danou aktivizačnou činnosťou motivovaný a zainteresovaný. Práve tu je priestor pre sociálneho pracovníka ako hlavného aktéra, aby práve prostredníctvom aktivizačných činností pretavil fakt, že učenie je neoddeliteľná celoživotná súčasť v každom období jedinca.

Vzdelávanie je už dlhšou dobou považované za ľudskú potrebu a nie za čisto profesijnú záležitosť. Myšlienka o tom že je to len súčasť detstva alebo mladosti je už dávno minulosťou. Práve pri vzdelávaní seniorov, sa uplatňuje viacero znalostí a vedomostí sociálno-pedagogického charakteru. Je celonárodne známe že starnutie populácie prináša demografickú paniku. Jednou z možností ako predísť alebo zabrániť tomuto javu je aj neustála príprava seniorov na starobu a starnutie.

Starnutie a jeho znaky

Súčasťou evolúcie ktorá neobchádza žiadnu ľudskú bytosť je aj proces starnutia. Môžeme ho definovať aj ako biologicko-spoločenský proces ktorý je v súvislosti so starobou prirodzené vývinové štádium starnutia jedinca (Gruss, 2009). Obyvateľstvo strane a s tým pribúdajú aj rôzne problémy majúce osobný, sociálny či ekonomický charakter. Následky týchto problémov sa pre spoločnosť považujú za jeden z hlavných problémov terajšieho ľudstva vôbec (Štilec, 2004).

Terajší dôchodcovia sú fyzicky odolnejší, zdravší a zdatnejší ako inokedy predtým (Hetteš, 2011). Pojmom senior, môžeme označiť každého jedinca, ktorý si prechádza obdobím staroby. Iným synonymickým výrazom pre pojem senior je aj geront, senescent či dôchodca. Slovník cudzích slov definuje seniora ako jedinca staršieho veku, ktorý si zaslúži úctivý prístup. Snaha o to definovať seniora ako fyzickú osobu, ktorá nemá stály zdravotný stav a je závislá na starostlivosť a pomoc iných fyzických osôb, nebolo možné prijať, pretože zavedením tejto definície by bol za seniora považovaný každý jedinec, aj pokiaľ by to bol mladý človek, ktorý má zdravotné postihnutie a senior by sa považoval za nesebestačného (Gruss, 2009).

Kvalita života seniorov

Pod pojmom kvalita života rozumieme subjektívne posudzovanie kvality, ktoré je veľmi náročné a môže byť názorovo generačne rozličné. Čo v praxi znamená, že iný názor na kvalitu

života ma senior ako mladší člen rodiny. Starší jedinec považuje svoj život za vyhovujúci, pričom pre mladšiu generáciu by bol len ťažko prijateľný (Kalvach, 2004).

Posudzovanie kvality života nie je len o zdravotnom stave, fyzickej či psychickej výkonnosti, keďže je veľmi osobná a každý jedinec ju chápe individuálne. Vzťahuje sa aj na pohlavie, úroveň života, situáciu v rodine, úroveň vzdelania a nadobudnutý socio-profesijný status (Šimová, 2004). Kvalitu života zväčša udávame v týchto pojmoch ako nezávislosť, sebaúcta, sebarealizácia, pokoj v medziľudských vzťahoch a kultúrna a sociálna integrovanosť (Fried, 2003).

Aktivizačné činnosti

Cieľom aktivizácie je motivovať seniorov aby sa necítili osamelí a uvedomovali si svoju potrebu existencie, že dokážu odovzdať ďalším generáciám rady zo života a pociťovať ich užitočnosť. Individuálna aktivizácia si vyžaduje mať subjektívny cieľ pre každého jedinca, to je plán ktorý následne nadviaže prostredníctvom programu sociálnej rehabilitácie priamo na ich schopnosti, individuálne potreby a záujmy.

Aktivizačné činnosti zahŕňajú terapeutickú a záujmovú časť, prostredníctvom ktorej sa dbá na rozvoj zručnosti sociálnych, telesných a psychických a taktiež na rozvoj schopnosti. Individuálny prístup si vyžaduje každý jedinec, aby sa zachovali zásady názornosti, rozmanitosti a primeranosti.

Význam aktivizačných činností

Starnutie spoločnosti sa dostáva do pozornosti čoraz viac, keďže starých ľudí stále pribúda. Odchodom do dôchodku sa seniorovi význačne mení časová štruktúra dňa. Z toho vyplýva, že čas, ktorý by trávil senior v práci, si vie manažovať podľa seba a venovať sa voľnočasovým aktivitám či novým možnostiam.

Definovanie voľného času je širokospektrálne, inak ho prežíva dieťa, dospelý a senior. Zároveň však tak ako dieťa, dospievajúci jedinec, či dospelý produktívny človek má konkrétne potreby v čom ani senior nie je výnimkou. Často sa ale stáva, že v dôsledku pribúdajúceho veku a poklesu psychických a fyzických síl, je starší človek závislý na pomoc od svojej rodiny, známych či iných fyzických osôb. Dôsledky ako je nesebestačnosť, zhoršený zdravotný stav, taktiež strata domova, je pre seniorov situácia ktorá ich privádza do domova pre seniorov alebo ďalších zariadení sociálnych služieb ktoré sú určené pre seniorov. Často takouto zmenou, ktorá má za následok odchod z prirodzeného prostredia seniora, dochádza u daného jedinca nielen k strate aktivít ale bohužiaľ aj k zaniknutiu kontaktu so známymi a rodinou. Všetko na čo sa musí senior aklimatizovať po príchode do zariadenia, predstavuje preňho novú kapitolu, vzhľadom na sociálne postavenie, vek alebo zdravotný stav, aj keď to môže byť zložitú musíme tým prejsť. K rýchlejšiemu adaptovaniu napomáhajú práve voľnočasové aktivity, ktoré ich sprevádzajú po celý ten čas, ktorý sú v zariadení.

Maslowova hierarchia uvádza jednu zo základných potrieb, ktorou je sebarealizácia. Umiestnením do zariadenia, môže prevládať u seniora pocit, že je časť jeho samostatnosti potlačená inštitucionálnou konformitou. Dôležitým teda je, aby senior, ktorý odišiel z jeho prirodzeného prostredia, mohol vykonávať aktivity, ktoré ho naplňujú a sú preň zmysluplné.

Druhy aktivizačných činností

Kultúrne aktivity, ktoré môžeme prerozdeliť do dvoch základných skupín. Prvou je návšteva divadiel a koncertov, alebo rôznych výstav. Druhou je sledovanie televízie, ktorá je zároveň aj najčastejšia voľnočasová aktivita. Prečo je tomu tak? Je preukázateľné, že ľudia ktorí majú voľného času viac, pravidelne sledujú televíziu, keďže jej zvuková kulisa, dodáva jedincovi zníženie pocitu samoty. Čo sa týka navštevovania divadiel, koncertov, či rôznych výstav, je naopak oproti sledovaniu televízie aktivitou, ktorej frekvencia nemusí byť rovnomerne rozložená, pretože niekto sa týmto kultúrnym akciám venuje pravidelne a iní vôbec (Duffková, 2008).

Pohybové aktivity, pre ktoré je charakteristické, že pohybom sa obohacuje každá duša a telo, nehládajúc na vek. V pokročilom seniorskom veku, nemôžeme hovoriť o športe aktívnom, alebo o vykonávaní aktívnej činnosti, avšak ak sa pohyb rekreačne stane súčasťou života človeka, výrazne sa to odrazí v kvalitách života seniora (Kľetová, Dlabalová, 2008). Dientsbier (2012) definoval fyzickú aktivitu za dôležitú pri udržaní hmotnosti, ohybnosti kĺbov, na posilnenie svalov ale aj pri boji so stresom, keďže pohyb podporuje kardiovaskulárnu a pľúcnu činnosť a predovšetkým napomáha k silnej imunite. Aby si človek udržal fyzickú kondíciu, mal by pravidelne chodiť peši, minimálne 4x do týždňa najmenej 20 minút, najlepšie ráno.

Sociálne aktivity, ktoré sú vnímané ako aktivity napomáhajúce k udržovaniu sociálnych kontaktov, medziľudských vzťahov, stretnutí s rodinou, priateľmi a známymi. Zahŕňame tu aktivity ako sú kavičky, posedenia vo vinárstvach, plesy, tanečné akcie, či vzájomné návštevy (Duffková, Urban, Dubský, 2008). Najjednoduchšie definovanie pojmu sociálne aktivity je nasledovné: je to prejav každého z nás prostredníctvom vnútornej sily, znamená to, aký má jedinec vzťah k vlastnému životu, spoločnosti, životu druhých, ktorý súhlasí so spravodlivosťou, humanizmom a solidaritou. Tu sa odvíja ako jedinec tvorí a aké sú jeho vôľové akty. V zariadeniach sociálnych služieb alebo iných zariadeniach sociálnych služieb určených pre seniorov je sociálna aktivita neopomenuteľnou súčasťou, pretože udržiava, bio-psycho-socio-spirituálne zdravie. Aktívny vek predlžujú už aj aktivity ako sú samotná tvorivosť, ochota a chcenie poznávať nové veci či záujem o dianie. Seniori majú rôznorodé možnosti aktivít, ktorým by mali záujem sa venovať, samozrejme so zreteľom ich momentálneho psychického a fyzického stavu. Sociálny pracovník má nezastupiteľnú úlohu v každom zariadení pre seniorov. Mimo administratívy, plánuje príchod seniora do zariadenia, jeho individuálny plán, taktiež zaisťuje všetky sociálne služby a psychosociálnu pomoc, ktorú senior vyžaduje. Hlavnou náplňou jeho práce je organizovanie, usporadúvanie a vytváranie aktivizačného programu individuálne pre každého jedinca. Aktivity musia spĺňať dané predpoklady, predovšetkým by mali byť stavané tak aby podporovali, fyzické, emočné, mentálne a sociálne schopnosti seniorov. Dôležitá je aj cyklická opakovanosť programov, aby si na nich daný senior zvykol. Podstatným faktom je, aby aktivity ktoré sociálny pracovník pripravuje boli rôznorodé a tvorivé. Dajú sa tu zahrnúť aktivity v súvislosti zo športom, prírodou, náboženstvom, vzdelávaním a tiež spoločenské programy. Nestačí však aktivity pripraviť, ak sa do nich sociálny pracovník vžije, dokáže vzbudiť u seniora nadšenie a tak má aktivita o to väčší prínos (Rheinwaldová, 1999).

Verejné aktivity, ktoré podľa Sucheja (2007) definujeme ako komunikáciu s okolím všeobecne dôležitá, či už s rovesníkmi alebo mladšou generáciou, pretože podporuje nielen zdravý duševný život ale posilňuje predovšetkým pamäť u seniorov a mimo všetkého, zlepšuje náladu.

Najvýraznejší vplyv na kognitívne schopnosti majú fyzické aktivity a taktiež pohyb všeobecne. Kombinovaním psychomotorického tréningu a tréningu pamäti sa spomaľuje starnutie, zlepšuje sa pamäťový výkon a oddaľuje sa demencia a jej nástup. Je dôležité podotknúť že práve tento tréning podporuje sebestačnosť. Základným predpokladom životnej istoty u seniorov je pevné duševné zdravie, ktoré nadobudne jedinec prostredníctvom aktivít, životným optimizmom a spokojnosťou zo svojim životom, pomocou správnej životosprávy sa dožije jedinec vyššieho veku. Frankl (In Ondrušová, 2011) udáva, že jedinec môže realizovať takzvané emočné zážitky, ktoré sa odvíjajú od toho čo senior prežije. Sú to pekné zážitky, ako napríklad dobré medziľudské vzťahy, blízkosť osoby ktorá ich vypočuje, láska, potreba radosť sa z maličkosti a vnímať prírodu. Takéto zážitkové aktivity sú pripravené pre aj klientov v zariadeniach sociálnych služieb určených pre seniorov, či domovoch pre seniorov. Aktivity sú rôznorodé, napríklad sú to besedy, výstavy, koncerty, ručné práce alebo požičiavanie kníh. Bezprostredne najobľúbenejším spoločným zážitkom sú kolektívne oslavy sviatkov za prítomnosti známych a príbuzných.

Rekreačné a cestovateľské aktivity, ktoré pohybom priaznivo regulujeme činnosť nervového systému, ktorý má vplyv na všetky mechanizmy, regulujúce obeh krvi. Pohybom sa zmierňujú poruchy spánku, depresívne a neurotické stavy. Zlepšuje sa pohyb dýchacieho a pohybového ústrojenstva (Roslawski, 2005). V posledných rokoch je jazda na koni veľmi populárna. Treba mať na zreteli, že jazda na nerovnomernom teréne, môže spôsobiť silnejšie otrasy tela, čo by mohlo mať za následok zranenie kĺbov alebo chrbtice. Preto je dôležité prihliadať u ľudí v staršom veku, aby boli aktivity primerané ich veku, tempu aby sa naopak senior z danej aktivity neunavil alebo si neuškodil (Roslawski, 2005).

Hobby a manuálne aktivity

Aktivity vo voľnom čase v zariadení pre seniorov, definujeme ako terapeutické voľnočasové aktivity, ktoré Schusterová, Luptáková (2010) definuje ako čítanie, nacvičovanie scénok k rôznym príležitostiam, tanečné aktivity, sledovanie televízie a filmov, skupinové modlenie, výtvarné aktivity, pohybové hry, počúvanie hudby a taktiež ručné práce.

Vzdelávacie aktivity

Mnohí seniori patria k tým, ktorí vzdelávanie aj vo vyššom veku považujú za dôležité a tým pádom vyhľadávajú činnosti, ktorými vplývajú na svoje kognitívne schopnosti, ako sú čítanie kníh, časopisov, lúštenie krížoviek, navštevovanie prednášok a kurzov a za opomenutie stojí aj vzdelávanie na univerzitách tretieho veku.

Všetky tieto aktivity majú rovnakú vlastnosť, zlepšujú vedomosti, pamäť, zručnosti. Dnešné výdobytky doby si vyžadujú aj zdatnosť v počítačovej technike, ktorá neobíde ani ľudí v pokročilom veku, preto sú počítačové kurzy, jednou z dôležitých aktivít. Naopak sú jedinci ktorých najviac obohatí kultúrne vyžitie, medzi ktoré zaradíme divadlo a kino. Kultúrnymi aktivitami sa seniori neizolujú od spoločnosti ale práve naopak, zapájaním sa do konferencií, vernisáží a výstav, chcú získať nové poznatky, pohľady a najmä vedomosti. Aktívne sa zapájajú do diania v spoločnosti a spoločenského života. Rešpektovanie ľudského práva znamená, uskutočňovanie pozitívneho prístupu k zručnostiam, schopnostiam a vlohám jedinca, na základe ktorých sa nadobúdajú nasledujúce postupy, ktoré sa využívajú na plnohodnotný život každého jedinca, na jeho sebestačnosti a jedinečnosti (Slovák, 2012).

Záver

Práca s ľuďmi v pokročilom veku prináša so sebou aj veľa špecifik. V zariadeniach pre seniorov by sociálni pracovníci mali poznať požiadavky isté rizika, ktoré patria ku klientom v pokročilom veku. Medzi dôležité a rozhodujúce podmienky v sociálnej práci patrí zaktivizovanie klienta. Záujmové aktivity majú za cieľ rozvíjať záujmy vo voľnom čase, podľa subjektívneho výberu, ktorým následne docieľujú kultiváciu osobnosti.

Aj v starobe, môžeme považovať vzdelávanie za jednu z alternatív zmysluplného využitia voľného času. Aj v dnešnej dobe sa vzdelávanie starších ľudí, rýchlo rozširuje a rozvíja. Funkciou vzdelávania sa pokrýva časť potrieb seniorov v dnešnej dobe, čo má za následok bohatý prínos edukácie seniorom. Dôležitý fakt pre jedincov v pokročilom veku, je ten, že sa im ponúka viac informácií, ktoré podporujú ich pozitívne myslenie, starnutie a činnorodé prežívanie jesene života. Zapojenie seniorov do spoločenského diania, má u jedinca za následok zvýšenú chuť do života a pocit istoty že nie je zbytočný v spoločnosti. Preto by sme mali mať na zreteli, aké dôležité je podporovať zmysel existencie seniorov a vďačnosť za ich rady a skúsenosti zo života.

Literatúra

- DIENSTBIER, Z. 2012. Průvodce stárnutím, aneb, Jak ho oddálit. Vyd. 2. Praha: Radix. ISBN 978-80-87573-01-3.
- DUFFKOVÁ, J. – URBAN, L. - DUBSKÝ, J. 2008. Sociologie životního stylu. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk. ISBN 978-807-3801-236
- FRIED, J. 2003. Jóga pro každého. Vydavatel'stvo BETA- Dobrovský, Praha, 2003. 142s. ISBN 80-7291-076-0.
- GRUSS, P. 2009. Perspektívy starnutí. Praha : Portál, 2009. 224 s. ISBN 978-80 7367-605-6
- HETTEŠ, M. 2011. Starnutie spoločnosti. Vybrané kapitoly sociálnej práce so seniormi. Bratislava : Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, 2011. 192 s. ISBN 978-80-8132-031-6.
- KALVACH, Z. a kol. 2004. Geriatrie a gerontologie. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. 864 s. ISBN 80-247-0548-6.
- ONDRUŠOVÁ, J. 2011. Stáří a smysl života. Praha: Karolinum. 168 s. ISBN 978-80-246- 1997-2.
- RHEINWALDOVÁ, E. Novodobá péče o seniory. Praha: Grada, 1999. ISBN 80-7169- 828-8.
- ROŚLAWSKI, Adam, 2005. Jak zůstat fit ve stáří: [cvičení a pohybové hry pro seniory, zdravý životní styl ve stáří, pohyb v době nemoci]. Brno: Computer Press. Zdraví pro každého. ISBN 80-251-0774-4.
- SCHUSTEROVÁ, I. – LUPTÁKOVÁ, K. 2010. Terapeutický potenciál voľnočasových aktivít. In Zborník príspevkov z 5. Konferencie Psychológia zdravia. . [online]. [citované 2024-02-09]. Dostupné na internete: www.Prohuman.sk/psychologia/zbornik_prispevkov_z_konferencie_psychologia_zdravia_2010.
- SLOVÁK, P. 2012. Emocionalita a rešpektovanie ľudských práv v rozmere komunikácie alebo manuál pomáhajúcej profesie. In MIKUŠ, T. (eds.) Trinásta komnata. Zborník z medzinárodnej konferencie. Trnava: Úrad TTSK. ISBN 978-80-971062-0-1, s. 48-59
- SUCHÁ, J. 2008. Trénink paměti pro každý věk. Praha: Portál. 208 s.

ISBN 978-80-7367- 438-0.

ŠIMOVÁ, E. 2004. Kvalita života seniorov. In Džuka, J. Psychologické dimenzie kvality života [online]. Prešov: Univerzitná knižnica Prešovskej univerzity v Prešove, Pulib, 2004. 10 s. [cit. 2024-5-02]. Dostupné na internete: <http://www.pulib.sk/>. ISBN 80-8068-282-8.

ŠTILEC, M. 2004. Program aktívneho stylu života pro seniory. Praha : Portál, 2004. 136 s. ISBN 80-7178-920-8

ІННОВАЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ НАВЧАННЯ ДЛЯ ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ З ОСОБЛИВИМИ ОСВІТНИМИ ПОТРЕБАМИ

INNOVATIVE TEACHING TECHNOLOGIES FOR PRESCHOOL CHILDREN WITH SPECIAL EDUCATIONAL NEEDS

Kurychka Anna

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, Україна
Uzhhorod National University (Ukraine)

E-mail: kurychka.anna@student.uzhnu.edu.ua

Scientific adviser: Klyap Marianna, Candidate of Pedagogical Sciences, Associate Professor

Анотація

У статті досліджено інформацію про впровадження і використання інноваційних технологій у навчанні дітей дошкільного віку з особливими освітніми потребами. Описано використання різноманітних методик як у закладах дошкільної освіти, так і поза ними. Визначено, що при впровадженні інноваційних технологій для навчання дітей дошкільного віку вихованці краще розвивають свої здібності, покращується мотивація та зацікавленість до навчання, вони вчаться працювати в активній взаємодії з іншими. Розглянуто практику впровадження інноваційних педагогічних технологій, що дозволило класифікувати їх за різними видами і формами. Висвітлено сутність терміну "інноваційні педагогічні технології" як систематичного впровадження оригінальних методів та засобів, охоплюючи всі аспекти освітнього процесу. Знання характеристик інновацій надає можливість впливати на вибір та впровадження їх у систему дошкільної освіти. Також допомагають оцінювати, які саме методики для чого використовуються, які виконують функції і як впливають на розвиток і корекцію осіб з особливими освітніми потребами.

Ключові слова

Інноваційні технології, інновації в освітньому процесі, заклад дошкільної освіти, діти з особливими освітніми потребами, арт-терапія

Abstrakt

The article examines information about the introduction and use of innovative technologies in teaching preschool children with special educational needs. The use of various methods both in preschool education institutions and outside them is described. It has been determined that the introduction of innovative technologies for teaching preschool children helps them to develop their abilities better, improve their motivation and interest in learning, and they learn to work in active interaction with others.

The practice of introducing innovative pedagogical technologies is considered, which allowed to classify them by different types and forms. The essence of the term "innovative pedagogical technologies" as a systematic introduction of original methods and means, covering all aspects of the educational process, is highlighted. Knowledge of the characteristics of innovations provides an opportunity to influence the choice and implementation of innovations in the system of preschool education. It also helps to evaluate which methods are used for what

purpose, what functions they perform and how they affect the development and correction of persons with special educational needs.

Keywords: innovative technologies, innovations in educational process, preschool education institution, children with special educational needs, art-therapy.

Вступ. Сучасна українська освіта XXI століття все ширше розвивається і реформується в напрямку всебічного розвитку особистості з урахуванням особливих освітніх потреб усіх дітей. Зараз в пріоритеті освіти є гуманне ставлення до дитини, зокрема до дитини з порушеннями психофізичного розвитку. Організація навчально - виховного процесу має бути спрямована на створення відповідного життєвого простору, який допоможе кожній дитині знайти своє місце в житті, бути самостійною особистістю, здатною ціннісно ставитися не лише до самої себе, а й до оточення, приймати свідомі рішення та відповідати за їх виконання. Це в повній мірі стосується як здорових дітей, так і дошкільнят з особливими освітніми потребами.

Оновлення освіти в Україні характеризується поглибленим розвитком інноваційних процесів. Застосовуються інноваційні освітні й виховні технології, оновлюються зміст та форми організації освітнього процесу, запроваджуються технології навчання, що ґрунтуються на нових методологічних засадах, сучасних дидактичних принципах.

Однією з головних цілей проведеної освітньої реформи є формування та виховання особистості, здатної до сучасного та різнобічно розвиненого мислення, яка має можливість творчо підходити до власних справ. У цьому контексті інновації визначають нові педагогічні методи, форми, засоби та технології, які використовуються для розвитку особистісних здібностей дітей, в тому числі й дітей з особливими освітніми потребами. З одного боку на теперішній час в українській спеціальній освіті запроваджуються результативні інноваційні технології на основі європейських стандартів, а з іншого, - кожна дитина з особливими освітніми потребами має бути забезпечена необхідним корекційно-реабілітаційним та психолого-педагогічним супроводом, до того ж мати доступ до інклюзивних форм навчання в закладах освіти. Якщо правильно об'єднати ці дві складові, то бажаний результат є найбільш можливим.

Стан вивчення проблеми. На сучасному етапі освіти функціонують багато технологій як традиційних, так і сучасних, які спрямовані на краще навчання і виховання дітей. Проблемам інноваційної діяльності та створенню новітніх методик для дітей з особливими освітніми потребами в освітній сфері було присвячено чимало досліджень українських та закордонних вчених. Саме інноваційні технології спрямовані на пошук нових інтенсивних шляхів корекції розвитку дитини, зокрема дитини з порушеннями психофізичного розвитку, гармонійне формування особистості та покращенню її соціалізації. Відомі українські науковці Т.І. Поніманська, Н.В. Гавриш, О.Я. Савченко, І.М. Дичківська писали про впровадження і розвиток інноваційних технологій у дошкільних закладах. Вони вивчали гуманістичне виховання дітей дошкільного віку в контексті інноваційної діяльності, розробку новітніх технологій та методик, які будуть підходити не лише нормотиповим дітям, а й особам з обмеженими можливостями. Американська вчена Темпл Грандін, яка сама має розлад аутичного спектру, розробила ряд методик навчання для дітей з аутизмом, спрямованих на розвиток їх потенціалу та соціальних навичок. Вона створила «обіймальну коробку» - пристрій для заспокоєння дітей з аутизмом і отримала звання активістки захисту прав осіб з аутизмом.

А.Дж.Едмонсон - американський дослідник, досліджував використання віртуальної реальності для навчання дітей з особливими освітніми потребами. Окрім них є й інші відомі дослідники такі як М. Монтесорі, Л. Бруно, Д. Хейман, які також вивчали особливості дітей з порушеннями психофізичного розвитку і створювали різні технології корекції розвитку цієї категорії дітей.

Метою статті є проаналізувати окремі інноваційні технології для навчання і виховання дітей-дошкільнят з особливими освітніми потребами, їх роль у корекції порушень розвитку таких дітей.

Методи дослідження: теоретичні – аналіз, систематизація та порівняння інформації з науково-методичної літератури, синтез та узагальнення при формуванні результатів.

Виклад основного матеріалу. У сьогоденні реалізація нових напрямків розвитку освіти вимагає використання інноваційних технологій у роботі з дітьми з особливими освітніми потребами, пошуку нових або вдосконалених концепцій, принципів, підходів до освіти, значних змін у змісті, методах і формах навчання, виховання, управління педагогічним процесом.

Слово «інновація» має латинське походження і в перекладі означає оновлення, зміну, введення нового. У педагогічній інтерпретації «інновація» означає нововведення, що поліпшує хід і результати навчально-виховного процесу [6]. Інновацію можна розглядати як процес і результат цієї діяльності. Інноваційні педагогічні технології як процес – це цілеспрямоване, систематичне й послідовне впровадження в практику оригінальних, новаторських способів, прийомів педагогічних дій і засобів, що охоплюють цілісний навчальний процес від визначення його мети до очікуваних результатів, що особливо важливо для осіб з особливими освітніми потребами. Пріоритетними напрямками впровадження інноваційних технологій у навчання дітей з особливими освітніми потребами є сприяння соціальному, емоційному та когнітивному розвитку кожної дитини з тим, щоб вона відчувала себе неповторною, повноцінною, брала активну участь у суспільному житті. Успішність організації освітнього процесу забезпечується за рахунок введення нових технологій та правильній організації розвивального простору.

Використання інноваційних технологій поділяється на такі види:

1. Нестандартні заняття. До них відносяться заняття зі зміненими способами організації (заняття-ігри), заняття в поєднанні з фантазією (заняття-казка), заняття, що імітують певний вид діяльності (екскурсія) із оригінальною організацією, та заняття-аналогії певних дій (уявна подорож, трудове завдання).
2. Інтерактивні технології. Це можуть бути: технології кооперативного навчання, технології колективно - групові, дискусійні технології, робота в парах, симуляційні ігри, рольові ігри, мікрофон (ранкове коло) тощо.
3. Групова навчальна діяльність. Це форма організації навчання в малих групах, об'єднаних загальною навчальною метою за опосередкованого керівництва вихователя та співпраці з вихованцями.
4. Проектна технологія. Сюди входить створення інформаційних, практично-організаційних, пригідницько-ігрових, дослідницьких, творчих проектів, які можна спрямувати на навчання дітей з ООП.

5. Комп'ютерно-інформаційні технології. Використовуються техніко-демонстраційні технології (урізноманітнення інформації, унаочнення); дидактичні технології (комп'ютер-тренажер, асистент, компаньон в іграх дітей тощо.) [5].

Їхнє застосування можна успішно адаптовувати для використання у закладах дошкільної освіти. Інноваційні технології у дошкільному закладі мають забезпечити розвиток і саморозвиток особистості дитини з огляду на виявлені його індивідуальні особливості як суб'єкта пізнання предметної діяльності і реалізуються у особистісно-орієнтованій освіті. У роботі з дітьми дошкільного віку використовуються ігрові, інформаційно-комунікаційні, комунікативні, інтерактивні, арт-терапевтичні та ще багато інших технологій, але ми хочемо проаналізувати використання усіх цих технологій у роботі з дітьми з особливими освітніми потребами [2; 7, с. 277].

Використання ігрових технологій забезпечує розвиток пізнавальних здібностей, формування досвіду активної взаємодії, співробітництва вихованців. Гра – це провідний вид діяльності дітей дошкільного віку. Саме через гру дитина пізнає світ, вчиться взаємодіяти з навколишнім середовищем, сприймає інформацію та намагається засвоїти її, проаналізувати. Технології навчання через гру включають у себе дидактичну, виховну та соціальні цілі, а для дітей з особливими освітніми потребами ще й корекційно-розвивальні цілі. Ігрові технології є однією з унікальних форм навчання, яка дозволяє зробити цікавими і захоплюючими не тільки роботу вихованців на творчо-пошуковому рівні, але й буденні кроки із ознайомлення з навколишнім, формування початкових математичних уявлень, сенсорного розвитку тощо. Цікавість умовного світу гри робить позитивною, емоційно забарвленою постійну діяльність із запам'ятовування, повторення, закріплення чи засвоєння інформації, а емоційність ігрового дійства активізує всі психічні процеси і функції дитини.

Зараз в Україні як і в цілому світі почали активно впроваджувати використання у навчанні для дошкільнят ігрові конструктори LEGO. Використовуючи конструктори LEGO в роботі з дітьми з особливими освітніми потребами, можна за короткий час досягти стійких позитивних результатів у навчанні та вихованні. Всі діти люблять і хочуть гратися, але не всі можуть робити це самостійно або ще й не з усіма іграшками. Уроки конструювання - це пізнання навколишнього світу, розвиток знань про навколишнє середовище, експериментування, дослідження, розвиток мислення та мовлення, вміння думати, порівнювати, робити висновки, доводити свою думку та взаємодіяти.

Використання елементів LEGO на заняттях ставить перед вихователем такі завдання [3]:

- Сформувані у дітей цілісну систему уявлень про навколишній світ (світ людей, природи та речей);
- Навчити дітей дошкільного віку основним навичкам і способам складання різних моделей з деталей LEGO;
- Формувати загальні навички – виконувати завдання відповідно до поставленої мети;
- Доведення розпочатої роботи до кінця; співпраця з дорослими та однолітками; планування діяльності;
- Аналізувати та оцінювати результати діяльності;

- Розвивати дрібну моторику, довільну увагу; формувати зорову координацію рухів; правильну поставу;
- Створювати умови для активного розвитку всіх психічних процесів, зокрема конструктивного мислення;
- Розвивають творчу уяву; образну, рухову та словесно-логічну пам'ять; збагачують активний словник дошкільників та формують навички зв'язного мовлення, вербального та невербального спілкування; формувати морально-етичні цінності;
- Виховувати такі риси характеру, як самостійність, креативність, цілеспрямованість та наполегливість.

З безлічі різновидів конструювання, найкращими вважаються LEGO, бо це найдоступніша та найпоширеніша розвиваюча гра. Вона розвивають уяву та логіку, вчить творити, розрізняти різні форми, розміри та кольори. Також часто конструктор LEGO використовують у поєднанні із музично-дидактичною грою, що сприяє формуванню у дітей співочих, творчих, комунікативних здібностей, використанню інтелектуальних умінь і дій та активне застосування фантазії. Відбувається розвиток когнітивних функцій, пізнавальної й рухової активності. Педагог може проводити заняття із конструктором LEGO не лише в дошкільному закладі, а й поза ним. Зараз наша країна, яка перебуває в стані війни, почала шукати методи, як урівноважити психіку дітей під час повітряної тривоги в укриттях. Саме конструктор LEGO з використанням музики став цим ефективним методом. З його допомогою можна зняти тривожність, страх, пригніченість у дітей, сконцентрувати увагу, контролювати свої дії та адаптуватися до тимчасового перебування в бомбосховищі.

Інформаційно-комунікаційні технології сприяють активізації пізнавальної діяльності, розширенню знань про навколишній світ на основі формування операційного мислення, що розглядається як сукупність ряду функціональних навичок і вмінь. Реалізація комунікативних технологій створює ефективні умови розвитку мовлення, навичок спілкування, використання широкого спектру засобів допоміжної та альтернативної комунікації, формування соціально активної особистості дошкільника.

Застосування в корекційно-освітньому процесі спеціалізованих комп'ютерних технологій, що враховують закономірності та особливості розвитку дітей з особливими освітніми потребами, розширюють пізнавальні можливості дитини, дозволяють підвищити ефективність корекційного навчання, долати порушення вищих психічних функцій, попередити виникнення вторинних розладів мовлення, а, отже, знизити ризик соціальної дезадаптації дошкільнят.

У сучасному розумінні інформаційні технології навчання - це педагогічна технологія, що використовує спеціальні способи, програмні та технічні засоби (кіно, аудіо- та відеозасоби, комп'ютери, телекомунікаційні мережі) для роботи з інформацією. Під час проведення заняття ми можемо створити певну мультимедійну презентацію на будь-які теми, зокрема про пори року, диких і домашніх тварин, про лікарські рослини тощо. Так ми зможемо активізувати в дітей наочно-образне мислення, вони зможуть краще усвідомити і запам'ятати вивчений матеріал. Також можна використовувати різні комп'ютерні програми для розвитку мовлення, зокрема українські розробки «Адаптація-Лого» та «Видиме мовлення». Яскравим прикладом може бути американський застосунок «TippyTalk» - для тих, хто не може говорити, який зараз запровадили у нас в

Україні. Його переклали на українську мову і зробили доступним для смартфонів. Цей цифровий інструмент може допомогти особам з аутизмом, з синдромом Дауна чи особам, які внаслідок травми мозку мають труднощі з комунікацією [6].

Арт-технології, які реалізуються на основі використання різних видів мистецтва (піскової, музичної, театральної, ізотерапії, казкотерапії, лялькотерапії та ін.) гармонізують внутрішній світ дитини, сприяють покращенню або збереженню її здоров'я, позитивно впливають на фізичний, емоційний, інтелектуальний, соціальний, естетичний і духовний стан, а також допомагають опанувати певні знання, уміння та навички.

Арт-терапія - це захоплююча та водночас надзвичайно корисна терапевтична діяльність, яка спрямована на гармонізацію внутрішніх психологічних процесів і навколишнього середовища через творче самовираження дитини. Простими словами, арт-терапія є видом творчої діяльності, яка має на меті поліпшення стану дитини з порушеннями психофізичного розвитку та корекцію її дефектів.

Однак арт-терапія для дітей з обмеженими можливостями – це не хаотичний процес, а структурована діяльність. Робота проводиться за чітким планом, завданням з урахуванням стану дитини та цілей арт-терапії. Тому вибір виду діяльності проводиться з урахуванням наступного:

- вік дитини та її психофізичні можливості. Наприклад, для дитини, яка має серйозну затримку розвитку дрібної моторики, більш ефективним буде заняття з малювання фарбою пальчиками на великому аркуші паперу, ніж нанизувати бусинки на ниточку;
- особисті уподобання та здібності дитини (якщо дитині подобається ліплення з пластиліну або викликає інтерес сортування гудзиків, то вони можуть бути легко використані для різних видів роботи);
- специфіки впливу кожного виду арт-терапії на стан дитини;
- загальних цілей корекції – зменшити тривожність, розвинути моторику, поліпшити настрій або навчити працювати у групі;
- кваліфікація педагогів та їхні навички у виборі найбільш підходящих інструментів для конкретної дитини.

Арт-терапія в роботі з дітьми вважається дуже м'яким і "толерантним" терапевтичним інструментом, який не має протипоказань (за умови, звичайно, якщо вид роботи підібраний правильно). Арт-терапія спрямована на розвиток когнітивних навичок, таких як увага, пам'ять, мислення та сприйняття. Вона допомагає дітям виражати себе, свої почуття та переживання за допомогою візуальних засобів. Це чудовий спосіб зняти психологічне та емоційне напруження, підвищити самооцінку та відкрити в собі нові таланти і можливості.

Арт-терапія може використовуватися як самостійний метод або в поєднанні з іншими методами, такими як медикаментозне лікування, психотерапія або логопедія. Найбільшу ефективність демонструє комплексний підхід, адже арт-терапія є нехай і дуже ефективним, але все ж допоміжним корекційним інструментом. В арт-терапії можна використовувати індивідуальні заняття або групову форму роботи. Індивідуальні заняття допомагають зняти емоційну напругу, подолати страхи та негативні емоції, виправити наслідки неналежного сімейного виховання. Натомість групова робота допомагає

реалізувати бажання дитини спілкуватися з однолітками, висловлювати та відстоювати свою позицію, вчитися поважати думку інших і спрямована на групову взаємодію між дітьми, незалежно від особливостей кожної особистості. Але найефективнішим підходом буде поєднання обох форматів [1].

Арт-терапія, як засіб впливу різними видами мистецтва на людину, ділиться на види:

1. Ізотерапія – терапевтична робота з малюнком, в основі якої лежить принцип впливу кольору на психіку. Таким чином, працюючи з певними кольорами, можна проаналізувати психологічний стан дитини і згодом скоригувати її емоційний фон. Робота може проводитися індивідуально або в групах, за чітко визначеними правилами або спонтанно. Основна перевага цього методу полягає в тому, що педагоги можуть використовувати ізотерапію з дітьми будь-якого віку та з різними порушеннями в розвитку: навіть діти у віці двох-трьох років можуть малювати пальчиками на великих аркушах паперу. Вони також можуть малювати простими олівцями, кольоровими олівцями або іншими інструментами.

Існують різні види ізотерапії. Можна використовувати різні техніки малювання, і водночас відображати певний зміст, наприклад, "Людина під дощем" або "Малюнок сім'ї". При цьому можна використовувати такі техніки, як малювання на склі, малювання пальчиками, малювання на мокрому папері, у якому дитина щось малює сама та фантазує.

Малюнок відображає думки, почуття, внутрішній світ дошкільника, у ньому зображується важкі життєві ситуації, проблеми особистісних стосунків. Засоби мистецтва сприяють подоланню внутрішніх бар'єрів, зміні себе, стресів, страхів та інших психологічних проблем. Процес малювання впливає на розвиток дрібної моторики рук і пальців, руховій координації ока. При допомозі малювання дитини сприймає колір, форму, величину, положення предмету у просторі.

2. Музична терапія – вплив музики на психічний стан дитини. Вона є засобом активізації інтелектуальних, емоційних, рухових, мовленнєвих та інших функціональних можливостей дитини з порушеннями психофізичного розвитку. Музикотерапія спрямована на реалізацію завдання корекції психофізичних порушень дітей, зокрема корекцію їх психоемоційного стану. Необхідно створити простір, в якому діти вчать володіти основними рухами відповідно до звучання музики, розвивати у них слухові відчуття, виховувати культуру поведінки.

Прослуховування музики застосовується не лише у процесі занять, а й під час ігрової чи навчальної діяльності або для налаштування дітей на відпочинок. Діти повинні слухати музику дозовано. Наприклад, спочатку від 5 до 15 хвилин по одній-дві мелодії, повторюючи їх щоразу, але кожного дня, тобто рухаючись від простого до складного. Коли музику діти почнуть впізнавати, то лише тоді можна розпочинати слухати нові твори. Кращим вибором музичних творів для занять із дітьми, що мають різні психофізичні порушення, вважається класична та фольклорна музика, яка є основою для формування музичної культури особистості.

Науково доведено, що легка, спокійна музика під час корекційних занять позитивно діє на нервову систему, урівноважує процеси збудження і гальмування. Музика здатна змінити психічний і фізичний стан людини. Класичні музичні твори приносять людині радість, благотворно впливають на організм, уповільнюють пульс; збільшують силу

серцевих скорочень; сприяють розширенню судин; нормалізують артеріальний тиск; стимулюють травлення; поліпшують апетит; полегшують налагодження контакту між людьми; підвищують тонус кори головного мозку; поліпшують обмін речовин; стимулюють дихання і кровообіг; посилюють увагу. Музика діє вибірково, залежно від характеру твору, від інструмента, на якому її виконують [1].

Види музикотерапії:

- вокалотерапія — спів (корекція психо-моційного стану, лікувально-оздоровчий вплив, навчання основ нижньореберно-діафрагмального дихання);
- кінезіотерапія — танцетерапія, хореотерапія, корекційна ритміка, психогімнастика;
- інструментальна — гра на музичних інструментах.

Найбільший ефект від музики — це профілактика і лікування нервово-психічних захворювань.

3. Казкотерапія — незвичайний, але ефективний терапевтичний інструмент. В його основі лежить зв'язок між вигаданим світом казки та реальністю. Через особливості дитячої психіки, в якій казка є для дитини реальним світом, педагоги часто "розміщують" ситуації, ідеї та поведінку казкових персонажів, щоб сформувати в дитині необхідні якості.

Казкотерапія як терапевтичний метод виконує 3 функції:

- діагностичну — передбачає виявлення вже наявних життєвих сценаріїв і стратегій поведінки дитини; сприяє виявленню подій, емоцій або стану дитини з ООП про які вона не хоче говорити вголос.
- прогностичну — коли діагностується потенційний розвиток подій. У цих казках розкривається суть та особливості майбутнього життєвого сценарію дитини.
- терапевтичну — казка, завдяки якій відбуваються позитивні зміни у стані і поведінці дитини з порушеннями.

На сьогоднішній день казкотерапія вважається найм'якшим методом психотерапії. Казкотерапія працює без обмежень і має високу ефективність. Найкращі результати спостерігаються при роботі з дітьми, які найбільш активно ідентифікують себе з персонажами казки. Як відомо, у дітей в ранньому віці домінує правопівкульне мислення, орієнтоване на цілісне метафоричне розуміння інформації та емоційно-чуттєве сприйняття світу, але у дітей з ООП воно може бути порушене. Саме тому важливо для них використовувати цей метод терапії, бо так інформація краще засвоюватиметься через яскраві образи [4].

4. Піскотерапія — це корекція поведінки або стану за допомогою різноманітних завдань з використанням піску. Це включає в себе ігри з фігурами на полях і малювання малюнків на мокрому або сухому піску. Ефективність цього підходу ґрунтується на сприятливому впливі піску на дрібну моторику та покращення когнітивних і психічних функцій. Мета пісочної терапії - не змінити чи переробити дитину, не учити її спеціальним поведінковим навичкам, а дати їй можливість бути такою, якою вона є.

Пісок - ідеальне розвиваюче середовище, в якому діти можуть творити, не боячись щось зламати чи зіпсувати. Основна ідея пісочної терапії полягає в тому, що діти можуть контролювати свої імпульси, переносячи свої фантазії та переживання в пісочницю і виражаючи їх у символічній формі. Дитина виражає на піску те, що спонтанно виникає

протягом заняття. У процесі роботи вона може змішувати пісок з водою, якщо їй необхідно сформувати горби, гори, створити різні вологі ландшафти, наприклад болото. Крім того, в роботі використовують безліч мініатюрних фігур: людей, тварин, дерев, будівель, автомобілів, мостів, і ще багато іншого. Така безліч фігур і матеріалів необхідна для того, щоб дати дитині стимул-реакцію створювати власний світ.

Завдання, які розв'язуються на заняттях піскової терапії [1]:

- удосконалюються вміння та навички практичного спілкування;
- знижується рівень м'язової скрутості, психоемоційного напруження;
- збагачується ігровий досвід і, як наслідок, творча активність та самостійність у грі;
- розвивається здатність до симпатії; формується вміння надавати підтримку, допомогу, проявляти увагу, турботу, участь;
- розвиваються навички конструктивного розв'язання проблемних ситуацій;
- збагачується словниковий запас, розвивається фантазія та образне мислення.

5. Танцювально-рухова терапія – унікальний метод роботи та корекції у якому застосовують різні види танцю. Кожна людина здатна проявити себе у танці, у руховій діяльності, бо танець сприяє емоційній, пізнавальній, фізичній та соціальній інтеграції особистості. Найбільш ефективною є групова танцювальна терапія. Ця методика дає змогу дітям з особливими освітніми потребами краще усвідомлювати власне тіло і можливості його використання. Таке усвідомлення сприяє поліпшенню фізичного та емоційного стану дітей.

Танцювально-рухова терапія не передбачає вивчення певних рухів. Танцювальний терапевт допомагає дитині розширити свій руховий діапазон, працює з нею як із особистістю, яка виражає себе в рухах, поведінці. Він віддзеркалює рухи дитини і цим намагається увійти в її емоційний стан для того, щоб зрозуміти її якнайглибше і налагодити стосунки. Через рух нам відкривається можливість досягнути певних змін в особистості [6].

6. Фототерапія – це робота з психологічними особливостями дитини за допомогою фото, зображень різної спрямованості – природні об'єкти, емоції людей тощо. Вона застосовується для лікування депресії, страхів, виявлення стосунків у сім'ї, а також для гармонізації та розвитку особистості, збагачення життєвого досвіду дитини. Цим терміном позначають набір психотехнік, пов'язаних з лікувально-корекційним застосуванням фотографії, її використання для розв'язання психологічних проблем, а також розвитку і гармонізації особистості.

Процес фототерапії може полягати у створенні колажів з фотографій або у творчому оцінюванні фотографій, зроблених іншими людьми, їхнім описом тощо. Головне — захопленість процесом, створення позитивних емоцій. Фототерапія найчастіше є складовою комплексних занять з дітьми, які мають порушення мовлення, але може застосовуватися і як самостійна методика. Фототерапія дає змогу дитині позбутися негативних емоцій, розвинути творчі здібності і підвищити самооцінку, сконцентрувати свою увагу на нових відчуттях і почуттях. Фототерапія має такі форми використання:

перегляд світлин, створення фотоальбому або фотоколажу, фотографування, створення розповіді за фотографією та облаштування фотокуточків [7, с. 279].

7. Імаготерапія – це театральна активність, яка активізує уяву, знаково-символічне сприйняття, увагу, соціальну взаємодію. Мета імаготерапії - це допомогти дитині з ООП навчитись розуміти себе та жити в ладу з самим собою, навчитись жити разом з іншими людьми та пізнавати оточуючий світ.

8. Лялькотерапія — метод терапії, заснований на процесах ідентифікації дитини з улюбленим героєм казки, з улюбленою іграшкою. Як основний прийом корекційного впливу використовують ляльку як проміжний об'єкт взаємодії дитини і дорослого. Дитина, пізнаючи реальний світ, його соціальні зв'язки і відносини, активно проектує досвід у специфічну ігрову ситуацію.

Крім перерахованих варіантів, існують ще багато інших видів – наприклад, акватерапія і навіть сімейна творчість як арт-терапія. Використання групових вправ для дітей з особливими освітніми потребами (з батьками, братами чи сестрами) сприяють поліпшенню відносин і комунікації між членами сім'ї. Корисним заняттям також є складання картинок з пазлів, що потрібно виконати з фрагментів різної форми, тобто це розвиваюча гра – головоломка у вигляді мозаїки. Пазл вимагає посидючості та терпіння, що буде допомагати дітям з порушеннями розвивати довільну увагу, краще пізнавати зв'язок між частиною і цілим, правильно обирати потрібну деталь, виконувати дії послідовно та розвивати дрібну моторику, логічне мислення, образну пам'ять. Цей вид роботи найдоцільніший для застосування щодо дітей з порушеннями уваги та гіперактивністю. Тому яким би видом арт-терапії дитина не займалася, головне, правильно підібраний вид творчості, який буде відповідати особливостям вихованця та призведе до запланованого результату [1; 6].

Здоров'язберезувальні технології передбачають набуття дітьми необхідних знань щодо збереження й зміцнення власного здоров'я, чинників, що сприяють здоровому способу життя, усвідомлення важливості його дотримання, оволодіння теоретичними основами життєвих навичок, що забезпечують розвиток фізичного, соціального, психічного і духовного здоров'я. Їх теж можна віднести до інноваційних з огляду на їх новаторське застосування. З огляду впливу на здоров'я дітей, здоров'язберігаючі технології можна поділити на групи:

- технології, які сприяють запобіганню станам перевтоми, гіподинамії та інших дезадаптивних станів дітей (ранкова гігієнічна гімнастика, фізкультурні паузи, ритмічна гімнастика тощо);
- технології, пов'язані з безпосереднім впливом на функціональний стан різних органів та систем організму дитини (гімнастика для очей, масаж, дихальна гімнастика, звукова гімнастика, кольоротерапія, музикотерапія тощо);
- освітні технології, які включають програми з навчання дошкільників турботі про власне здоров'я, формуванню культури здоров'я як складової загальнолюдської культури (медіатехнології, мультимедійні технології тощо);
- технології, пов'язані з впливом на психіку дитини; з формуванням її психологічного здоров'я (релаксація, кінезіологічна гімнастика, пальчикова гімнастика, психогімнастика, казкотерапія, сміхотерапія тощо) [4].

Висновок. Важливу роль у роботі з дітьми з особливими освітніми потребами відіграє впровадження використання інноваційних технологій, які будуть спрямовані на корекцію і розвиток особистості за допомогою сучасних методів, забезпечення соціальної адаптації дітей та їх відповідної самореалізації. Використання всіх вище згаданих технологій та методик на заняттях забезпечує оптимальну активність дітей дошкільного віку та сприяє кращому засвоєнню матеріалу. Їхнє впровадження вважається інтегрованим підходом, який не тільки розвиває пізнавальну активність дітей, але й сприяє розвитку їх мовленнєвих здібностей через самовираження та мислення. Сучасні інноваційні технології дозволяють кожній дитині залишатися самою собою, не відчувати незручності, образи від порівняння з іншими учасниками групи, та просуватися в розвитку відповідно до своїх природних можливостей.

Визначальними формами виховання і навчання дітей дошкільного віку з особливими освітніми потребами є методи, котрі розраховані на довготривалі терміни, поєднують індивідуальні когнітивні, емоційно-вольові психічні процеси, що спрямовані на корекційний вплив. Інновації в спеціальній педагогіці передбачають розробку та впровадження нових форм, методів та засобів підвищення ефективності корекційно-педагогічно-розвивального та абілітаційного процесів і сприятимуть оптимізації використання особистісно-орієнтованих, нейропсихологічних, арт-терапевтичних, інформаційних технологій.

Список використаних джерел

1. Арт-терапія для дітей – Електронний ресурс. – Режим доступу: <https://childfuture.kiev.ua/art-terapiya-dlya-ditej/>
2. Використання ІКТ в роботі з дітьми з особливими освітніми потребами – Електронний ресурс. – Режим доступу: <https://naurok.com.ua/vikoristannya-ikt-u-roboti-z-ditmi-z-osoblivimi-osvitnimi-potrebami-293090.html>
3. Використання конструктора LEGO у роботі з дітьми дошкільного віку: методичний посібник для студентів спеціальності «Дошкільна освіта» та вихователів ЗДО / упорядники Т.М. Богдан, Д.О. Галаган, Д.М. Ярошенко.– Чернігів: Баликіна О.В., 2018. – 60 с.
4. Використання інноваційних технологій у роботі з дітьми з особливими освітніми потребами – Електронний ресурс. – Режим доступу: <https://vseosvita.ua/library/stattyna-temu-vikoristanna-innovacijnih-tehnologij-u-roboti-z-ditmi-z-osoblivimi-osvitnimi-potrebami-458878.html>
5. Інноваційні технології навчання – Електронний ресурс. – Режим доступу: <https://naurok.com.ua/innovacijni-tehnologi-navchannya-342055.html>
6. Інноваційні технології навчання дітей з особливими потребами – Електронний ресурс. – Режим доступу: <https://naurok.com.ua/stattya-innovacijni-tehnologi-navchannya-ditey-z-osoblivimi-potrebami-314498.html>
7. Ткачова Н.Г., Булаш І.В., Турчина І.С. Інноваційні техніки в роботі з дітьми з особливими освітніми потребами. Національний університет «Чернігівський колегіум» імені Т.Г. Шевченка «Молодий вчений» - № 11 (63) - листопад, 2018 р. - С. 276-281.

DEVELOPMENT AND IMPROVEMENT OF SOCIAL SKILLS OF PRIMARY SCHOOL AGE CHILDREN WITH ASPERGER'S SYNDROME

Kyrlyk Kamila ¹, Korkh Oleksandra ²

1,2 Uzhhorod National University (Ukraine)

E-mail: korkh.oleksandra@student.uzhnu.edu.ua

Scientific Mentor: Ph.Dr. Klyap Marianna

Annotation. The article analyzes the issue of developing social skills for children with a specific type of autism spectrum disorder, namely Asperger's syndrome. Various perspectives on the social component of children's development with this disorder are examined to facilitate their successful adaptation in a new social environment, particularly in primary school. The role of collaborative efforts among psychiatrists, special education teachers, neurologists, psychologists, and speech therapists is recognized as an example of a interdisciplinary approach to addressing this complex issue.

Key words: children with autism spectrum disorders, children with Asperger's syndrome, corrective and developmental work, adaptation, socialization, education, primary school age.

Анотація. У статті аналізується проблема формування соціальних навичок у дітей з особливим типом розладу спектру аутизму, а саме із синдромом Аспергера. Проаналізовані різні погляди на соціальну складову розвитку дітей із цим порушенням з метою їх успішної адаптації в новому соціальному середовищі, а саме в початковій школі. Відзначено роль спільної роботи лікарів-психіатрів, вчителів-дефектологів, неврологів, психологів, логопедів, як приклад мультидисциплінарного підходу до вирішення цієї складної проблеми.

Ключові слова: діти з розладами спектру аутизму, діти з синдромом Аспергера, корекційно-розвиваюча робота, адаптація, соціалізація, навчання, молодший шкільний вік.

Вступ. Сучасне демократичне суспільство цінує індивідуальні властивості кожного, - зокрема й дитини з особливими освітніми потребами. Проблема психофізичного здоров'я дітей існує не перший рік та охоплює великий спектр проблем для наукових досліджень. За останні роки не тільки в Україні, а і в усьому світі проблема розладів спектру аутизму у дітей та молоді посіла одне з чільних місць у дитячій психології, дефектології та психіатрії, а робота щодо надання максимальних можливостей для здобуття освіти, розвитку, соціалізації, корекції особливостей для всіх дітей, зокрема для дітей з синдромом Аспергера, є актуальним напрямом наукових пошуків.

Синдром Аспергера – це особливий вид порушень спектру аутизму, який потребує додаткової підтримки та розуміння. З правильним підходом та індивідуальною допомогою батьків, педагогів та фахівців, діти з цим синдромом можуть досягти повноцінного розвитку та успішної адаптації у суспільстві. Особливо ефективним періодом для соціального розвитку дітей зазначеної категорії є саме молодший шкільний вік.

Стан вивчення проблеми. Питання успішних умов корекції соціального розвитку школярів початкових класів, що мають синдром Аспергера, досліджується у працях ряду

українських та закордонних науковців. Сучасна спеціальна освіта орієнтована на використання в корекційній роботі різних методів і прийомів, зокрема для стимулювання позитивних змін у психофізичному стані дитини, її соціальному розвитку, а також адаптації її у соціум.

Дослідження порушень спектру аутизму в дітей раннього, дошкільного та молодшого шкільного віку в Україні здійснюється досить активно, але синдром Аспергера, як окреме явище, зустрічається лише в загальних описах і, як правило, з посиланнями на закордонні дослідження.

У вітчизняних дослідженнях до вивчення проблеми аутизму науковці звернулися лише з кінця 60-х років XX ст. Спочатку вивченням займалися дитячі психіатри (Дем'янчук Л.Н., Зеленецька А.Є., Башина В.М., Каган Ст. Е., Лебединська К.С.). Вони розглядали аутизм у рамках дитячої шизофренії або шизоїдної (аутистичної) психопатії (Сімсон Т.П., Сухарева Г.Є., Гуревич М. О.) [3, ст.13]. Із закордонних дослідників один з учених, який займається вже багато років даною проблемою, Скотт Белліні - американський психолог, запропонував п'ятиступінчасту модель навчання спілкуванню дітей з синдромом Аспергера, при цьому вся увага звернена на метод допомоги, що став дуже популярним і відносно новим, але вже активно використовується у практиці корекційних заходів у провідних країнах.

Мета дослідження. Проаналізувати різні методи і прийоми корекційної роботи, які покращують соціальний розвиток дітей молодшого шкільного віку, що мають синдром Аспергера.

Матеріали та методи: теоретичні методи дослідження – аналіз, порівняння, систематизація інформації з науково-методичних видань та синтез, узагальнення результатів наукових досліджень.

Виклад основного матеріалу. На сучасному рівні розвитку науки виділяють п'ять видів порушень спектру аутизму: синдром Каннера, дитячий дезінтегративний розлад, синдром Аспергера, синдром Ретта, атиповий аутизм. Всі вони характеризуються труднощами в соціальній взаємодії, а також обмеженим, стереотипним, повторюваним репертуаром дій та думок. Особи з синдромом Аспергера мають як мінімум нормальний або високий інтелект, але нестандартні або слаборозвинені соціальні здібності, через це їх емоційних та соціальний розвиток відбувається із затримкою [4].

Незвичайність синдрому Аспергера полягає в тому, що він невидимий. Оскільки діти з синдромом Аспергера володіють мовленням на достатньо хорошому рівні та нормальним, часто навіть вище середнього, інтелектом, їхні труднощі в соціальному середовищі - це одне, що може їх відрізнити від нормотипових дітей.

Діти з синдромом Аспергера, які мають високі інтелектуальні здібності, часто навчаються компенсувати свої труднощі, так що професіонали ледь можуть розпізнати їх аутизм. Багато з них стали видатними акторами або професіоналами в інших сферах життєдіяльності, які вміють дуже добре приховувати свої відмінності. Однак діти з синдромом Аспергера все-таки є дітьми з аутизмом, і багато хто з них страждає через ці відмінності. Вони прагнуть бути самими собою, але почуваються змушеними грати певну роль.

З перших місяців життя дитина з аутизмом має взаємодіяти з різними людьми. Вміння орієнтуватися в людському оточенні є обов'язковою умовою, з одного боку, її адекватної соціальної поведінки, з іншого – результативності такої поведінки. В силу того, що емоційно-соціальні уміння і навички в такої дитини є достатньо несформованими, в переважній своїй більшості вона не здатна нормально спілкуватися майже з усіма категоріями людей. У зв'язку з цим зустрічі з різними людьми для дитини з аутизмом є суцільною і постійною проблемою. Надзвичайно важко дитина з аутизмом переймає досвід соціального життя, зі значними труднощами засвоює правила, норми і стандарти поведінки. Ця обставина на протязі всього дошкільного віку дитини спричиняє невміння нею диференціювати в людському оточенні:

- рідних, знайомих і чужих людей (розрізнення за ознакою родинної приналежності);
- приємних для неї, індиферентних і неприємних людей (розпізнання за емоційним ставленням до людини);
- дорослих, однолітків, молодших за себе (розпізнавання за віковою ознакою);
- чоловіків і жінок (розрізнення за ознакою статевої приналежності) [2].

Отже, протягом перших семи років життя дитина знайомиться з навичкою орієнтації на вимоги і стандарти дорослих, насамперед рідних і близьких, оволодіває вмінням регулювати вирішення своїх, хоча й елементарних, але по-своєму важливих життєвих проблем. Проте уже після 7 років, дитина потрапляє в нове для неї середовище, а саме школу, де їй необхідно комунікувати з новим для неї соціальним оточенням. Навіть для нормотипової дитини це складно, а для дітей із синдромом Аспергера це стає життєвим випробуванням.

Хоча симптоми прояву порушення у осіб з синдромом Аспергера мають відмінності в залежності від віку та особливостей розвитку, дослідники С. Бренда, Х. Крістен виділяють п'ять типових особливостей цього розладу, які зустрічаються в різному віці:

1. Складності у розумінні соціальних та комунікативних сигналів.
2. Ритуальність поведінки та не гнучке функціональне планування.
3. Повторення фраз та жестів.
4. Проблеми з навичками дрібної моторики та сенсорною інтеграцією.
5. Фокусованість уваги на певній темі та завданні [5].

Однією з основних рис синдрому Аспергера у дітей молодшого шкільного віку є розлад соціального функціонування, що спричиняє низку проблем, таких як неуспішність у школі, відкидання цієї дитини однолітками та невдачі у спілкуванні з людьми, депресія, тривожний стан та інші негативні наслідки. Багато дітей з цим діагнозом хочуть і прагнуть спілкування, але, на жаль, часто не вистачає соціальних навичок для успішної комунікації.

Коли діти з синдромом Аспергера описують свою тривожність, це нагадує виступ на сцені: тремтіння, прискорене серцебиття, проблеми з концентрацією уваги тощо. Причому хвилювання виникає у дитини не лише перед шкільним життям, а навіть сама думка про те, що коло спілкування буде іншим - уже піддає дитину стресу. А для дітей з розладами аутистичного спектру характерне уникнення будь-яких соціальних ситуацій через брак соціальних навичок, тому дитина не має можливості їх придбати та самостійно адаптуватися до нових умов життя.

У своїх наукових роботах Скотт Белліні описує п'ятиступінчасту модель навчання спілкуванню, яка виглядає так [5]:

1. Оцінка соціальної взаємодії.
2. Проведення диференціації між недоліком оволодіння навичками та недоліком їх застосування.
3. Вибір стратегії втручання.
4. Проведення втручання.
5. Оцінка та простеження прогресу.

Першим кроком у будь-якій роботі з навчання соціальних навичок слід проводити оцінку соціальної взаємодії дитини, що є важливим кроком саме при зміні соціального середовища дитини з дитячого садка на школу. Метою діагностики в першу чергу є відповідь на питання: «Що заважає дитині заводити, зберігати та підтримувати спілкування з оточуючими?». Причин досить багато: для однієї дитини це брак соціальних навичок, а для іншої жорстоке ігнорування від однокласників, а для третьої і те, й інше. Все це і потрібно визначити фахівцям для подальшої успішної соціалізації та адаптації дитини.

Оцінка повинна являти собою спостереження за дитиною, її поведінкою у повсякденному житті, інтерв'ю з батьками, вчителями, які наглядають за дітьми на ігровому майданчику та з самою дитиною, а також поведінкові тести та вимірювання соціальних навичок. Варто зауважити, що тепер існує безліч різних діагностичних методик, одна з широко використовуваних - це «Аутистичний профіль соціальних навичок» [3, ст.120], який допомагає у визначенні недоліків у розвитку соціальних навичок у дітей з аутистичними розладами, зокрема із синдромом Аспергера, та відстежує, який прогрес досягла дитина за деякий період навчання. Вона часто застосовується саме при вступі дитини до школи для визначення рівня соціальних навичок.

Після проведення детальної оцінки соціальної взаємодії, фахівці мають перейти до другого кроку, а саме - розмежувати недостатнє оволодіння навичками та недостатню практику в їх застосуванні [5].

Успіх розвитку та корекції соціальних навичок буде залежати від того, наскільки чітко фахівці зможуть розмежувати ці дві речі. Доброю ознакою для поділу між недоліком оволодіння навичками та недоліком його застосування може бути питання: «Чи може дитина демонструвати навичку спілкування з багатьма людьми та в різних ситуаціях?». Наприклад, якщо дитина спілкувалася до вступу в школу лише вдома з мамою, а розмови з однолітками у садку не заводила і не підтримувала, то у цьому випадку це питання слід розглядати як недолік оволодіння соціальними навичками.

Діти із синдромом Аспергера частіше спілкуються з дорослими, ніж з однолітками, оскільки дорослі спрощують для дітей це завдання, зокрема, ставлять так питання аби мінімізувати відповідь дитини. Саме використання моделі нестачі оволодіння навичкою допомагає фахівцям вибрати стратегії втручання, що відповідатиме наявному недоліку [5]. Найголовніше, щоб стратегії, що застосовуються, відповідали особистим потребам дитини, а отже мали особистісно-орієнтований підхід, і у цьому використовуваному методі було логічне пояснення. Дуже важливо постійно заохочувати дитину за кожне її найменше зусилля та участь у соціальному житті класу.

З іншого боку, якщо не змінювати оточення дитини, а працювати над поведінкою, то організувати потрібно таке навчання для неї, яке дозволить бути успішним у комунікації з оточенням. Але зробити це важко, через особливості зумовлені цим станом. Тому головним для фахівців при корекційній роботі є не зосереджуватися на чомусь одному, а навпаки необхідно докладати зусиль як і у зміні оточення дитини, так і в роботі над її поведінкою. Саме це зробить дитину впевненою у собі та допоможе у спілкуванні з однолітками [1, ст. 32].

Наступним кроком є корекція та розвиток соціальних навичок у дитини. При виборі методу корекції та розвитку соціальних навичок необхідно враховувати принципи: змінювати навколишнє середовище чи поведінку дитини. Наприклад, навчання однокласників щодо взаємодії з дитиною протягом дня у школі, проведення з учнями класу бесіди про синдром Аспергера, включення дитини до різних групових занять (спортивні команди, спільні виступи тощо) [5].

Такий метод залучення однолітків як помічників, які спілкуються з дитиною з синдромом Аспергера протягом дня, допомагає у розвитку соціальних та ігрових навичок учня з аутизмом, сприяє бажанню відвідувати школу постійно та мати ранній досвід спілкування з новим соціальним оточенням. Перед цим однокласників мають проінструктувати про особливості поведінки дитини з аутизмом, використовуючи підходи та матеріали, що відповідають їх віковим особливостям. Такий метод взаємодії допомагає узагальнити нові навички у природному середовищі.

Проблемна поведінка дітей з аутизмом найчастіше пов'язана з дефіцитом чи нерівномірним розподілом психофізичного тону. Такі діти потребують спеціальних занять з розвитку моторики або хоча б включення активних занять у гру. Тому в закладах, де є діти з спектром аутизму, зокрема із синдромом Аспергера, обов'язково потрібно звернути увагу на уроки фізкультури. На цих заняттях має бути наявний спортивний комплекс з відповідним обладнанням. Вчитель фізичного виховання спільно з фахівцями підбирають спеціальні ігри та вправи, які дозволяють коригувати індивідуальні проблеми: гіпер- або гіпотонус, недостатню координацію рухів, невміння взаємодіяти з іншими дітьми тощо [4].

Важливість фізичних навантажень для дітей з аутизмом підтверджують О.С. Микільська, Є.Р. Баєнська, М.М. Ліблінг [3, с. 19]. Вони вважають, що такі діти, як і будь-які інші, за допомогою активного проведення часу підтримують свій психофізичний тонус, знімають емоційну напругу, страхи, негативізм, агресію та самоагресію, вчаться встановлювати соціальні контакти.

Виходячи з цього можна точно сказати, що дітям з аутизмом необхідно займатися додатково спортом. Для цього можна створювати спеціальні гуртки, які дитина із синдромом Аспергера буде відвідувати після основних уроків.

Такі заходи можуть бути спрямовані на підвищення ефективності реабілітації та соціалізації дітей, які страждають не тільки на аутизм, але й на дитячий церебральний параліч, синдром Дауна тощо. Досягнення ефекту відбувається у процесі занять футболом, гандболом, легкою атлетикою, танцями та командними іграми. Користь заходів підтверджують фахівці, які працюють із дітьми з даними діагнозами. Фахівці зазначають, що навіть короткостроковий тренувальний курс (8-10 занять) протягом місяця дозволяє побачити значні покращення:

- збільшення рухової активності;
- покращення психологічного, емоційного та фізичного стану;
- а найважливіше - соціалізацію дітей. [3, ст. 21]

Аналізуючи процес соціалізації дітей з аутизмом можна позначити умови, що створюються на фізкультурних заняттях, що позитивно впливають на перебіг цього процесу:

1. Фізичне навантаження. Регулярне фізичне навантаження сприятливо впливає на психоемоційний стан дитини.
2. Спортивна форма. Діти, які страждають на аутизм, завжди намагаються сховатися від світу, від чужих людей куди-небудь. Багатошаровий об'ємний одяг та захисний шолом утворюють «кокон», який є місцем розмежування дитини із зовнішнім світом. У цьому випадку екіпірування служить не тільки фізичним захистом, а й психологічним.
3. Тісний контакт із тренером. Дитина з розладами спектру аутизму (далі РАС) перебуває у постійному взаємозв'язку з інструктором і цим вчиться довіряти чужій людині, співпрацювати з нею.
4. Постійне перебування в групі. Заняття з різних видів спорту відбуваються у невеликих групах, що забезпечує постійний контакт дітей один з одним. Дитина з аутизмом вчиться вибудовувати соціальні зв'язки не лише з дорослими, а й зі своїми ровесниками. [3, ст. 22-23]

Таким чином, цей метод соціалізації допоможе дитині не тільки здобути нові соціальні контакти, а й отримати нові позитивні моменти та емоції, що є також дуже важливим кроком як у покращенні емоційних складових дитини, так і фізичних складових її здоров'я.

Важливим етапом у корекційно-розвивальній роботі є навчити дитину виражати свої думки і почуття, які потрібні для успішного спілкування. Однією із сфер, в яких особи із синдромом Аспергером мають великі труднощі, є розпізнавання емоцій у інших людей, наприклад, за виразом обличчя. Вони також часто мають труднощі в розпізнаванні та вираженні власних емоцій.

Робота з розпізнавання емоцій має важливе значення для корекції розвитку дитини з РАС. Для цього можна здійснювати діяльність з розпізнавання конкретних емоційних станів шляхом моделювання. Це можна проводити тільки з дитиною із синдромом Аспергера або в групах таких дітей. Дорослий повинен вибрати емоцію і представити її через пантоміму. Після виступу дорослий повинен просто пояснити ситуацію, в якій людина можете почувати себе таким чином. Дитину спонукають спробувати вгадати, серед декількох варіантів, які даються заздалегідь, яка емоція виражається. Після цього вона повинна спробувати самостійно представити її [4].

Також це можна зробити простішим методом, у вигляді гри, яка включає показ дитині картинок з різними емоціями. Картинки варіюються від найпростіших до найскладніших емоцій. Дитину просять показати емоцію, потім запитати, що відчуває персонаж з картинки. У разі успішного виконання завдань слід переходити на телевізійні програми та відеоролики соціальних ситуацій, які допоможуть дитині навчитися висловлювати власні емоції без думки про те, як і де їх потрібно використовувати, а отже мимовільно [3, ст. 123].

Ще одним хорошим прикладом навчання соціальним навичкам є метод рольових ігор/поведінкових репетицій, що є однією з форм діяльності дитини дошкільного та молодшого шкільного віку. Цей метод включає представлення (інсценування) різних ситуацій або видів діяльності, щоб випробувати на практиці набуті навички або ж ті, у застосуванні яких виникали труднощі у дитини. Рольові ігри можуть бути за сценарієм або спонтанними, за допомогою таких занять швидкість виконання дій та впевненість у собі зростатимуть та набуватимуться різні соціальні навички [3, ст. 71].

І нарешті, один із найефективніших методів навчання соціальним навичкам, який описують багато сучасних вчених - метод відеомодельовання. У ньому можуть брати участь батьки чи рідні дитини, однолітки та сама дитина. Метод відеомодельовання полягає у перегляді демонстрації будь-якої поведінки на відео і потім повторення поведінки дитиною та іншими учасниками, що фіксується на відео. Перевага відеомодельовання полягає в тому, що воно стає для дитини візуальним підтвердженням його успіху.

Багато сучасних вчених провели аналіз досліджень методу відеомодельовання за участю дітей з аутизмом різного типу, зокрема із синдромом Аспергера. Результати досліджень підтверджують, що відеомодельовання є ефективним методом формування соціально-комунікативних навичок у дітей та підлітків з аутизмом. Ці підходи зберігаються з часом і переносяться на інших людей та ситуації. Дослідження продемонстрували різке збільшення поведінкових реакцій за середньої тривалості проведення корекційного втручання [5].

Важливим компонентом у корекції поведінки під час відеомодельовання є «прихована підтримка», яка так необхідна дітям із синдромом Аспергера, а саме можна записати як дитина спілкується з однолітками, а при цьому дорослий допомагає їй жестами та підказками. Потім дорослі будуть вирізані із ролика, а коли дитина буде дивитися відеоролик, вона побачить свою незалежність і успіх у висвітленні власних емоцій.

Також одним із методів соціалізації дітей із синдромом Аспергера австрійська психіатриня Анна Фрейд вважає ігротерапію. Вона використовувала її в роботі з дітьми, які не були здатними висловити свої переживання, відмовлялися від комунікації, жили у внутрішньоособистісному конфлікті [6].

Ігрова терапія стала об'єктом вивчення багатьох психолого-педагогічних шкіл, а гра сприймалася як метод терапевтичного впливу на психіку дитини з метою її особистісного розвитку та подолання внутрішніх конфліктів. Особливу увагу фахівці приділили вибору іграшок: дитина може ідентифікувати себе з ними та транслювати свій поточний емоційний стан [6]. Проте гра дітей із розладами спектру аутизму ускладнена через низку особливостей їх психічного розвитку:

- дитина відчуває страх змін;
- намагається зберегти почуття сталості навколишньої дійсності;
- насторожено ставиться до невербального спілкування;
- їхня мова своєрідна, зокрема, комунікативна функція порушена та егоцентрична.

У колективних іграх така дитина найчастіше виконуватиме повторення дій дорослого, копіюватиме його стиль взаємодії з навколишньою дійсністю або пасивно слідкуватиме за ним. Спостерігаючи за індивідуальною грою дитини з аутизмом, фахівці відзначають одноманітні монотонні дії, часті хаотичні маніпуляції руками або

маніпуляції предметами з яскравими сенсорними подразниками [6]. Вибір іграшок є важливим аспектом успішного процесу терапії: для дитини з РАС багатофункціональні та неструктуровані іграшки (кубики, кульки, палички) цікавіші, ніж спеціалізовані (машини, ляльки).

Процес ігрової терапії для дітей із синдромом Аспергера вимагає дотримання кількох умов:

1. Терапія здійснюється в кімнаті, у якій є всі необхідні засоби.
2. Інструкція проведення гри має вільну форму - дитина не обмежена у своїх діях і бажаннях, внаслідок гри стає емоційно змістовною.
3. Педагог-дефектолог звертає увагу дитини з РАС на чуттєві аспекти її діяльності, наділяючи гру соціальним змістом.
4. Функціональне призначення предметів визначається в ході терапії за допомогою детального спостереження фахівця, оскільки сенсорні подразники можуть захопити дитину і сформувані помилкові уявлення про властивості іграшок, що передбачає негативний вплив на його психіку та розвиток спотвореної дійсності, уявлення [6].

Соціалізація у процесі навчання складний та багатогранний процес для дітей з аутистичними розладами. Початок навчання, як ми вже зазначали, ускладнюється страхом і неготовністю дитини до глобальних змін та «застрягання» на минулій стадії розвитку – дошкільному віці, внаслідок чого відбувається перенесення провідної ігрової діяльності та збереження її основних властивостей [2]. Це накладає великий відбиток на соціалізацію дітей і потребує певного методу роботи – злиття навчальної діяльності з ігровою.

Сама ж ігрова діяльність у дитини із синдромом Аспергера принципово відрізняється від ігрової діяльності дітей із нормальним психічним розвитком – дитині з аутизмом не цікаві іграшки як об'єкти, що виконують роль засобу для гри, йому цікаві їх сенсорні властивості. Загалом сама іграшка чи предмет сприймається як сенсорний подразник через довгу тривалість вивчення предметної реальності та особливості психологічного розвитку. Функціональне значення іграшки йде для дитини на задній план, їй цікаво вивчити її за допомогою органів чуття та отримати відображення навколишнього сприйняття дійсним. Якщо у дитини із синдромом Аспергера поки немає навичок, і вона ще не готова до ігор з ровесником, то необхідно почати роботу з формування цих навичок в спілкуванні з дорослими людьми.

При організації ігрової діяльності дітей із синдромом Аспергера, необхідно застосовувати такі методи, як:

- системи мотивації;
- стратегічні заохочення;
- систематичне зменшення підказок.

Для підвищення мотивації у дітей з аутизмом під час ігор необхідно використовувати іграшки та заняття, які найбільше приємні для дитини. Мотивація - це обов'язкова умова для того, щоб діти були захоплені грою, що відбувається, а також для максимізації навчання дітей. [1, ст. 62]

Не менш важливо визначити конкретні навички, які повинні бути сформовані в процесі гри. Такі навички можуть включати вітання друзів, ініціацію ігор та задавання питань

іншій дитині. Наприклад, на початку гри зосередитися на тому, щоб дитина самостійно говорила: «Привіт» і «Бувай» своєму другові, і гралась з ним в м'яч. Як і у випадку з іншими навичками, спочатку треба відпрацьовувати ці ігрові та соціальні навички з дитиною з аутизмом окремо, перш ніж переносити їх в природну ситуацію з ровесником. Можливо, спочатку дитині з аутизмом буде потрібно багато підказок, але поступово необхідно зменшувати підказки в міру розвитку навичок дитини, а також, організувати практику цих навичок в різних місцях, з різними людьми і під час різних занять. Як тільки дитина з аутизмом почне вітатись з другом самостійно і з легкістю, необхідно сфокусуватись на тому, щоб навчити її більш складним ігровим навичкам, наприклад, постановкою питання або коментування під час спілкування з ровесником.

Більшість дітей із синдромом Аспергера мають поведінкові проблеми, тому необхідно використовувати «профілактичні» стратегії:

- обмеження гри за часом;
- застосування візуальної підтримки (наприклад, дошки з картками для вибору занять);
- мінімізація занять, які можуть стати джерелом переживань для дитини. [2]

Послідовність в заохоченні потрібної поведінки необхідна, щоб зменшити проблемну поведінку і допомогти дитині успішно спілкуватися з ровесниками.

Насправді, оточення може значною мірою змінюватися за критеріями кількості та якості наявних для комунікації можливостей. Тож необхідно оцінити, наскільки оточення сприяє тому, що дитина ініціює взаємодію з іншою дитиною чи дорослим, керуючись різними комунікативними функціями (регуляції поведінки, соціальної взаємодії, привертання уваги).

Нагода вступити в процес комунікації задля регуляції поведінки інших людей з'являється в ситуаціях, коли дитина вимушена просити про допомогу, просити дістати предмети, що не може дістати самотужки, потрібно надати перевагу одному з бажаних предметів чи видів діяльності та треба відмовитися від об'єкту, небажаного для неї.

Оцінка наявності можливостей дитини взаємодіяти з іншими людьми для регуляції їхньої поведінки надає інформацію про необхідні заходи в організації середовища з метою підвищити шанси та необхідність для дитини вступати в процес комунікації з цією метою. Для цього корекційному педагогу чи вчителю необхідно створювати такі ситуації, де без прохання учня можливості виконати дію не буде. Тобто, щоб отримати допомогу у виконанні завдання, учень буде змушений попросити допомогу у вчителя. Тим самим в учня будуть розвиватись соціальні навички.

Також нагода вступити в процес комунікації для соціальної взаємодії або для координації уваги між учасниками взаємодії може з'являтися в дитини під час спільної ігрової діяльності, що повторюється та потребує змін соціальних ролей чи дотримання черги в діях (наприклад, ігри «Ку-ку», «Іде коза рогата» тощо) [1,ст.63].

Потрібно оцінити як якість, так і кількість випадків спільної діяльності протягом дня. Важливо аби такі випадки були кожного дня, а за можливості і декілька випадків у день. Адже тільки з допомогою постійного розвитку, у дитини із синдромом Аспергера будуть наявні покращення в її соціальному розвитку. Звичайно це потрібно робити поступово, але з часом збільшувати дитяче спілкування.

Також багато вчених відмітило чималі успіхи дітей із синдромом Аспергера у сфері ІТ - технологій. Вони вільно почувають себе в інтернет-мережі, і за допомогою цих знань можна покращити соціалізацію у дитини. Спочатку учні класу зможуть налагодити своє спілкування в онлайн спільнотах, а далі отриманні навички спілкування вони перенесуть у реальне життя.

Вчителю необхідно створити учнівські чати, де учні зможуть висловлювати свої почуття, думки, а також взаємодіяти одне з одним. Як показує практика, діти із синдромом Аспергера більш вільно себе почувають в онлайн-мережі, за допомогою такого метода спілкування вони легше йдуть на контакт. Для деяких дітей легше буде встановити контакт онлайн, познайомитись з однокласником, налагодити комунікацію і потім поступово перенести її в офлайн формат. Звичайно все це буде відбуватись поступово і потребуватиме часу.

Після того, як фахівці оцінили соціальне функціонування та вибрали навички для навчання, розмежували недоліки оволодіння навичкою та недоліками його використання, необхідно проводити корекцію. При цьому дуже важливо робити це з близькими для дитини однолітками та у її природному середовищі. Батьки та вчителі повинні шукати можливості для підтримки та заохочення навичок, яким навчається дитина у класі чи на корекційному занятті. Рівень розвитку досвіду залежить від конкретної дитини. Одні будуть використовувати навичку вже після двох-трьох занять, іншим може знадобитися три місяці, перш ніж вони почнуть засвоювати матеріал і користуватися набутими навичками [5]. Звичайно, просто використання або проба навички - це перший крок до соціальної успішності, дитині потрібно буде ще додатковий час для покращення навичок. Навчання навичкам має бути інтенсивним і всеохоплюючим, що відбувається у будь-якому середовищі, де буває дитина.

Хоч і пункт «оцінка та зміна методу втручання» зазначений у програмі останнім, він далеко не останній за важливістю. Ретельний збір даних необхідний для оцінки ефективності втручання, що дозволяє фахівцям зрозуміти, чи дитина отримує користь від навчання і як краще змінити програму. На цьому етапі необхідна концентрація на об'єднанні програми навчання соціальними навичками з поведінковими та соціальними цілями дитини. Таким чином, п'ята стадія зазвичай є важливим аспектом розвитку, втручання та цілісності. Важливо вчасно зробити оцінку методу, який використовується, бо якщо на протязі певного часу не помічаються покращення соціального розвитку дитини, а навпаки спостерігається регрес навичок, необхідно змінити метод, який використовується для корекції.

Висновок. Таким чином, синдром Аспергера – це, передусім, порушення розвитку, а не психічне захворювання. При правильній корекції, діти, у яких діагностовано це порушення, можуть успішно розвиватися, адаптуватися в суспільстві, приносити соціальну користь. Але все це вимагає своєчасної психолого-педагогічної корекції, точних знань і розуміння того, що потрібно робити. Існує багато різних форм та методів роботи щодо проблеми недостатнього розвитку соціальних навичок у дітей з синдромом Аспергера.

Проаналізувавши наукові роботи, було виявлено, що одним із найдієвіших і найбільш використовуваних методів для покращення соціальних контактів є ігротерапія. Вона використовується широко в роботі не тільки із дітьми з аутизмом, але із дітьми з іншими

порушеннями розвитку. Цей метод допомагає адаптувати дітей у нове для них середовище, побудувати нові соціальні зв'язки та розвивати їхні комунікативні навички. Але на протипагу ігротерапії існує новітній метод, який також показує високі результати у покращенні соціальних навичок у дітей із синдромом Аспергера - відеомодельовання. Використання методу відеомодельовання сприяє:

- навчанню дітей з цим синдромом широкому набору соціальних навичок, від найпростіших до професійних навичок;
- зменшення небажаної поведінки дитини;
- закріплення наслідувань поведінки за допомогою підказок дорослих;
- сприяє учням з аутизмом діяти більш незалежно і більшою мірою відповідати їх одноліткам, що типово розвиваються.

Синдром Аспергера перестав бути вироком. Діти з цим синдромом можуть досягти значних успіхів за підтримки люблячих батьків та професійних фахівців. Важливо пам'ятати, що кожна дитина унікальна, і уважне розуміння її потреб та інтересів допоможе їй розкрити свій потенціал та успішно адаптуватися у суспільстві.

Перспектива дослідження. В подальших дослідженнях розглядатимемо використання інноваційних технологій у корекційній роботі з дітьми з синдромом Дауна, зокрема щодо розвитку соціальних навичок.

Список використаних джерел:

1. Литвяк Д.М., Зленко Л.О. Корекційно розвивальні методики для роботи з дітьми з аутизмом: [методичні рекомендації]/ЧОІППО ім. К.Д.Ушинського, Чернігів 2020. - 78 с.
2. Тарасун В.В. Соціально-емоційний розвиток дитини з аутизмом (до комплексної програми розвитку і навчання дитини з аутизмом) URL: http://irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis_nbuv/cgiirbis_64.exe?C21COM=2&I21DBN=UJRN&P21DBN=UJRN&IMAGE_FILE_DOWNLOAD=1&Image_file_name=PDF/znppk_sp_2012_19%282%29_53.pdf
3. Чуприков А., Хворова Г. Розлади спектру аутизму: медична та психолого-педагогічна допомога / Анатолій Чуприков, Ганна Хворова – Львів: Мс, 2012. – 177 с.
4. Що таке синдром Аспергера? URL: <https://medikom.ua/chto-takoe-sindrom-aspergera/>
5. Scott Bellamy. Decision-making in autism: A narrative review.
6. URL: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/13623613221148010?icid=int.sj-full-text.citing-articles.2>
7. The Metamorphosis of Autism: A History of Child Development in Britain. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK436848/>

ПІДТРИМКА ГРУДНОГО ВИГОДОВУВАННЯ ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ ОПИТУВАННЯ ЖІНОК

SUPPORT FOR BREASTFEEDING ACCORDING TO A SURVEY OF WOMEN

Kornash Ivanna

Uzhhorod National University

E-mail: kornash.ivanna@student.uzhnu.edu.ua

Scientific adviser: professor Brych Valeriya

Науковий керівник: професор кафедри наук про здоров'я Брич Валерія

Abstract.

Introduction. Breastfeeding has been recognized by the WHO as critically important for infants' and their mothers' health, highlighting significant benefits, namely the reduced risk of childhood diseases and improved children's cognitive development. Despite this, less than half of infants are exclusively breastfed in the first 6 months of life, which contradicts global recommendations. The implementation of national breastfeeding support strategies can contribute to improving women's and children's health and overall economic development, requiring a comprehensive approach and the creation of conducive conditions.

Research Methods. The following methods were used in the study: sociological, medical-statistical, and generalization. A total of 114 women with children up to 10 years old participated in the study.

Results: It was found that $58.8 \pm 4.6\%$ of the surveyed women supported breastfeeding for more than six months, in line with WHO recommendations. A significant number of them ($41.2 \pm 4.6\%$) used a bottle for breast milk, and $68.2 \pm 7.0\%$ of those who fed their child for more than 12 months began to give water additionally starting with six months. The study revealed widespread premature introduction of complementary foods to breastfeeding by the surveyed mothers: $33.3 \pm 4.4\%$ - before 6 months, $66.7 \pm 4.4\%$ - after 6 months. The information sources for women regarding breastfeeding were identified. The former are health care workers ($65.8 \pm 4.4\%$) and specialized consultants ($62.3 \pm 4.5\%$).

Conclusions: The study identified key aspects of breastfeeding support among mothers and their priority information sources on the subject. The survey results indicate the need to develop and implement integrated breastfeeding support strategies, which will include educational programs, access to specialized support, and the activation of healthcare workers' and specialized consultants' role in providing reliable information.

Keywords: breastfeeding, lactation, infant health, breastfeeding cessation, reasons for cessation.

Анотація.

Вступ: Грудне вигодовування визнано ВООЗ як критично важливе для здоров'я немовлят та їхніх матерів, підкреслюючи значну користь, включно зі зниженням ризику дитячих захворювань та покращенням інтелектуального розвитку дітей. Попри це, менше половини немовлят годуються виключно грудним молоком у перші 6 місяців

життя, що суперечить глобальним рекомендаціям. Впровадження національних стратегій підтримки грудного вигодовування може сприяти покращенню здоров'ю жінок і дітей та економічному розвитку, вимагаючи комплексного підходу та створення сприятливих умов.

Методи дослідження. При проведенні дослідження використані методи: соціологічний, медико-статистичний, узагальнення. У дослідженні взяли участь загалом 114 жінок, які мають дітей віком до 10 років.

Результати. Встановлено, що $58,8 \pm 4,6\%$ опитаних жінок підтримували грудне вигодовування більше шести місяців, що відповідає рекомендації ВООЗ. Визначено, що значна кількість жінок ($41,2 \pm 4,6\%$) використовували пляшечку для грудного молока, а $68,2 \pm 7,0\%$ тих, хто годував дитину більше 12 місяців, почали додатково давати воду з шести місяців. Дослідження виявило поширене передчасне додавання опитаними матерями прикорму до грудного вигодовування дітей: $33,3 \pm 4,4\%$ – до 6 місяців, $66,7 \pm 4,4\%$ - після 6 місяців. Визначені джерела інформування жінок щодо грудного вигодовування, серед яких найбільш бажаними були медичні працівники ($65,8 \pm 4,4\%$) та спеціалізовані консультанти ($62,3 \pm 4,5\%$).

Висновки. Дослідженням встановлені ключові аспекти підтримки грудного вигодовування серед матерів та пріоритетні для них джерела отримання інформації за вказаною тематикою. Результати опитування свідчать про потребу розробки та впровадження інтегрованих стратегій підтримки грудного вигодовування, які включатимуть освітні програми, доступ до спеціалізованої підтримки, активізацію ролі медичних працівників та спеціалізованих консультантів у наданні достовірної інформації.

Ключові слова: грудне вигодовування, лактація, здоров'я немовлят, відмова від грудного вигодовування, причини відмови.

Вступ. Грудне вигодовування є одним із найефективніших способів забезпечення здоров'я та життя дитини. Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) активно просуває грудне вигодовування як найкраще джерело харчування для немовлят та маленьких дітей, підкреслюючи його численні переваги для здоров'я дитини та матері. За даними ВООЗ, універсальне використання грудного вигодовування могло б врятувати життя приблизно 820 000 дітей щороку. Проте лише менше половини немовлят у віці до 6 місяців годуються виключно грудним молоком, що суперечить рекомендаціям ВООЗ [1].

Грудне молоко є ідеальною їжею для немовлят, оскільки воно безпечне, чисте та містить антитіла, що сприяють захисту від багатьох поширених дитячих захворювань. Воно забезпечує енергією та всіма поживними речовинами, необхідними дитині протягом перших місяців життя, і продовжує забезпечувати до половини або більше харчових потреб протягом другої половини першого року життя та до однієї третини протягом другого року життя. Діти, які годувалися грудним молоком, краще проходять тести на інтелект, менш схильні до надлишкової маси тіла та ожиріння, менш схильні до діабету в подальшому житті. Важливим є і знижений ризик розвитку раку грудей та яєчників у жінок, які годують грудьми [1].

Неправильний маркетинг замінників грудного молока продовжує підривати зусилля

щодо покращення показників та тривалості грудного вигодовування по всьому світу. ВООЗ та ЮНІСЕФ рекомендують почати грудне вигодовування протягом першої години після народження та годувати виключно груддю протягом перших шести місяців життя, тобто не давати дитині інші продукти харчування або рідини, зокрема і воду. З шести місяців діти повинні починати отримувати безпечні та адекватні додаткові продукти харчування, продовжуючи грудне вигодовування до двох років або довше. Однак, багато немовлят і дітей не отримують оптимального харчування. Наприклад, лише близько 44% немовлят у віці до шести місяців по всьому світу були виключно на грудному вигодовуванні впродовж 2015-2020 років [2].

Розробка та впровадження національної стратегії з підтримки грудного вигодовування може істотно сприяти покращенню здоров'я жінок та дітей, а також сприяти економічному розвитку країни. Отже, створення сприятливих умов для грудного вигодовування є не тільки виразом індивідуального вибору матері, але й відображає широкий соціальний контекст, який вимагає комплексного підходу до вирішення [3].

Мета дослідження: оцінка рівня підтримки грудного вигодовування серед матерів з аналізом факторів, що впливають на рішення щодо його тривалості.

Матеріали та методи. Під час дослідження використані методи: соціологічний, медико-статистичний, узагальнення. Матеріалами дослідження стали результати опитування за авторською анкетною, яка містила такі складові: вступ (звернення до респонденток, поінформована згода на участь у дослідженні, інструкція із заповнення), блок питань соціально-демографічної характеристики респонденток), основну частину з питаннями щодо вигодовування грудним молоком (термін, причини припинення, підтримка сім'ї, наявні та бажані джерела інформування та інші).

Під час дослідження були опитані загалом 114 жінок, які мають дітей віком до 10 років. Респондентки залучались до дослідження за допомогою інструменту Google forms через інформаційно-комунікаційні канали. Обробка результатів здійснювалася з визначенням відносних величин у відсотках за допомогою програмного забезпечення Google Workspace (Google sheets).

Середній вік жінок, які взяли участь в опитуванні, – $30,88 \pm 6,11$ років. У структурі групи респонденток більшість представлена учасницями віком 30-39 років – 56,64% (рис.1). Частка жінок віком 20-29 років становила 38,05%, 40-49 років – 5,31% від усіх опитаних.

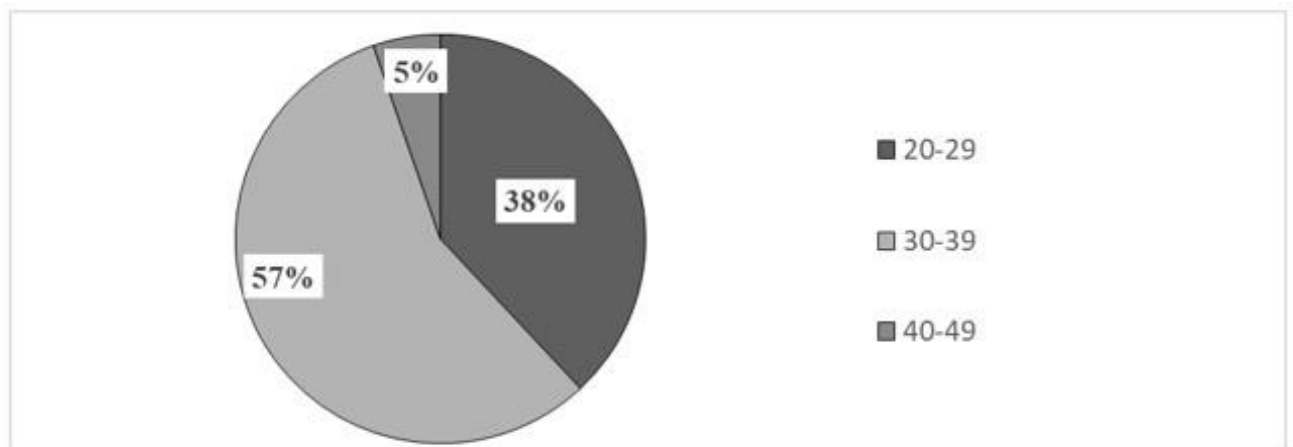


Рис. 1. Структура учасниць дослідження за віком (%)

За місцем проживання структура учасниць дослідження демонструє переважання представниць міського населення (табл. 1). Так, серед усіх опитаних жінок 63,2% – міські мешканки, а 36,8% – сільські.

Таблиця 1. Розподіл учасниць дослідження за віком та місцем проживання

Вік (роки)	Місце проживання			
	Місто		Село	
	абс.	%	абс.	%
20-29	22	50,0	22	50,0
30-39	45	70,31	19	29,69
40-49	5	83,33	1	16,67
Всього	72	63,16	42	36,84

Аналізом відповідей визначена структура групи респонденток різних вікових груп за рівнем освіти (табл. 2). Встановлено, що 57,02% опитаних жінок здобули вищу освіту другого рівня (магістр, спеціаліст), 21,93% – вищу освіту першого рівня (бакалавр), 16,67% – середню спеціальну освіту (училище), а 4,39% вказали на освіту тільки у школі.

Таблиця 2. Розподіл учасниць дослідження за віком та освітою

Вік (роки)	Освіта							
	Середня школа		Середня спеціальна (училище)		Вища (бакалавр)		Вища магістр, спеціаліст)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
20-29	3	6,82	10	22,73	19	43,18	12	27,27%
30-39	2	3,13	7	10,94	6	9,38	49	76,56%
40-49	-	-	2	33,33	-	-	4	66,67%
Всього	114	4,39%		16,67%		21,93%		57,02%

Переважна частина респонденток (57,89%) має одну дитину, трохи більше третини (35,09%) – дві дитини, тільки 6,14% – три дитини (рис.2). Частка жінок з чотирма дітьми становила лише 0,88%.

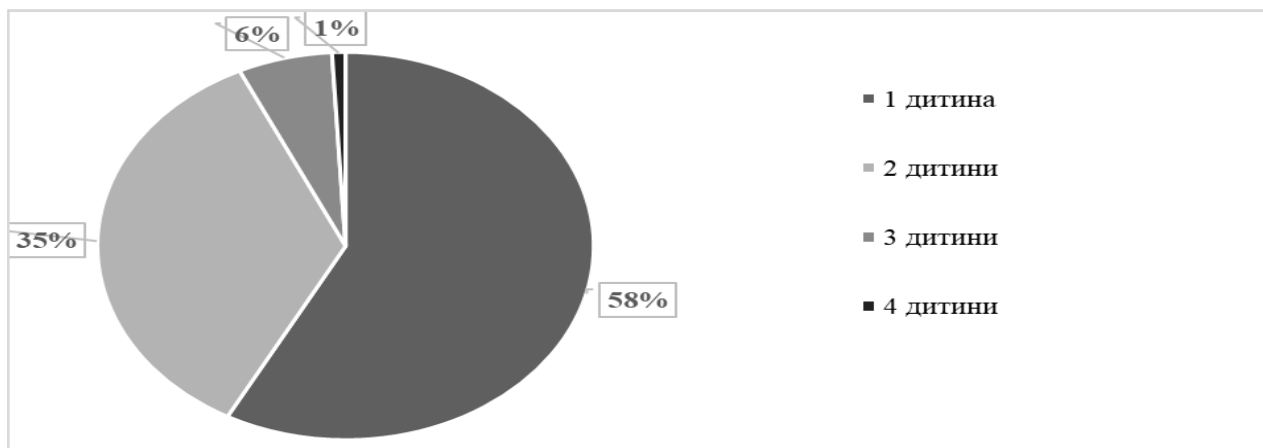


Рис. 2. Розподіл учасниць дослідження за кількістю дітей (%)

Аналіз відповідей респонденток здійснювався загалом у групі та за окремими категоріями (за віком, кількістю дітей, освітою).

Результати дослідження та їх обговорення. Аналізом відповідей встановлено, що $94,8 \pm 2,1\%$ опитаних жінок годували своїх дітей грудним молоком, що свідчить про високий рівень їх прихильності до грудного вигодовування. Натомість про відсутність такої практики повідомили тільки $5,2 \pm 2,1\%$ респонденток. Детальним аналізом визначено терміни грудного вигодовування дітей опитаних жінок (рис. 3).

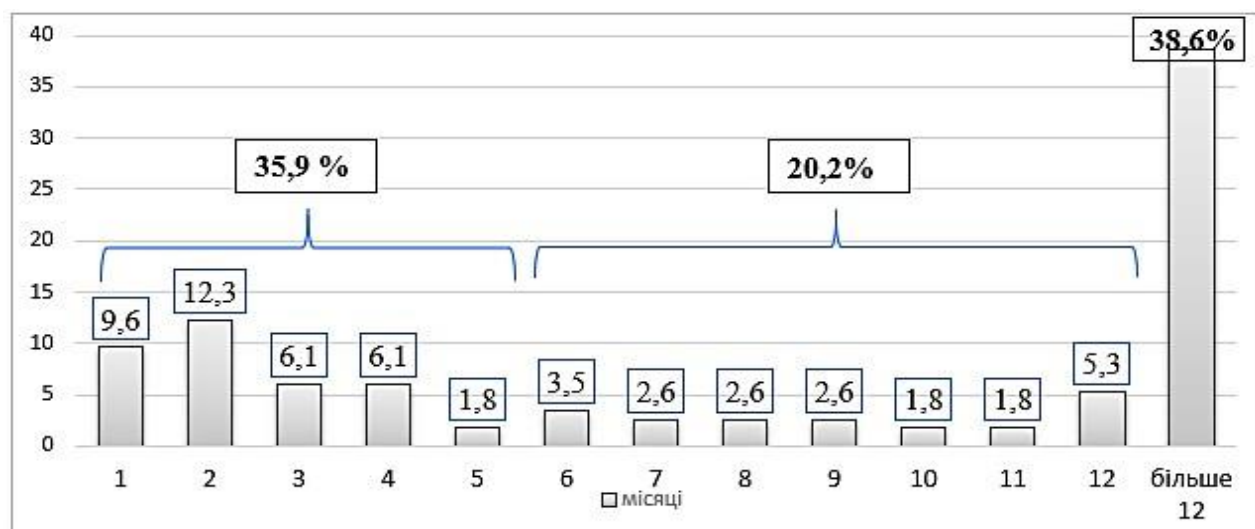


Рис. 3. Тривалість грудного вигодовування за відповідями респонденток (%)

Так, про грудне вигодовування більше дванадцяти місяців повідомили $38,6 \pm 4,6\%$ респонденток, від 6 до 12 місяців – $20,2 \pm 3,8\%$. Отже, рекомендованого Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ) терміну грудного вигодовування немовлят щонайменше 6 місяців дотримались $58,8 \pm 4,6\%$ опитаних жінок.

Слід відмітити, що менше шести місяців вигодовували грудним молоком $35,9 \pm 4,5\%$, з яких понад половина ($60,9\%$) тільки перші два місяці життя немовлят.

З метою розуміння причин раннього припинення грудного вигодовування проаналізовано результати опитування щодо ймовірних факторів впливу на кількість

грудного молока у матерів та прихильність дитини до вигодовування. Визначено, що $41,2 \pm 4,6\%$ опитаних жінок використовували пляшечку для грудного молока з різною частотою (рис. 4).



Рис. 4. Використання пляшечки для грудного молока за відповідями жінок (%)

ВООЗ визнає необхідність використання пляшечки для грудного молока з різних причин, наприклад, коли мати не може бути поряд з дитиною. Однак таке вигодовування може призвести не тільки до відмови дитини від споживання молока безпосередньо з грудей, а й до негативних наслідків для здоров'я дитини через втрату корисних властивостей молока внаслідок його неправильного зберігання та використання. Слід відмітити, що тільки чотири жінки з тих, хто використовував пляшечку постійно, вигодовували грудним молоком понад 12 місяців.

Ще однією рекомендацією ВООЗ для забезпечення більш тривалого грудного вигодовування є відмова від додаткового споживання води немовлятами у перші шість місяців життя. За результатами опитування з'ясовано, що разом з грудним молоком практикували додаткове вживання води одразу з народження $4,6 \pm 2,0\%$ респонденток. Проте визначено, що в групі жінок, які вигодовували більше 12 місяців, частка тих, хто розпочав давати воду з шести місяців, склала $68,2 \pm 7,0\%$, що, ймовірно, може вказувати на позитивний вплив на підтримку грудного вигодовування.

Часто причиною недостатньої кількості молока у матері може стати відмова від годування дитини грудьми вночі, коли виробляється найбільше пролактину – гормону гіпофізу, що забезпечує лактацію у жіночому організмі. Проте аналізом відповідей опитаних жінок встановлено, що тільки $2,8 \pm 1,6\%$ з них не практикували грудне годування вночі і припинили його протягом перших трьох місяців життя дитини.

Не менш важливою рекомендацією ВООЗ щодо підтримки грудного вигодовування є введення прикорму тільки з шести місяців життя дитини. Раннє введення прикорму може призвести до зменшення кількості грудного молока, яке дитина споживає, та збільшити ризик виникнення інфекцій. Дослідження виявило поширене передчасне додавання опитаними матерями прикорму до грудного вигодовування дітей: $33,3 \pm 4,4\%$ – розпочали у віці до 6 місяців, $66,7 \pm 4,4\%$ – після 6 місяців.

Оскільки причиною недотримання загальноприйнятих рекомендацій може стати недостатня інформованість жінок щодо переваг та правил грудного вигодовування, було

ініційовано опитування щодо наявних та бажаних джерел інформування, результати якого представлені у таблиці 3 та порівняльній діаграмі (рис.5).

Таблиця 3. Наявні та бажані джерела інформації про грудне вигодовування за відповідями учасниць дослідження

Джерела	Наявні		Бажані	
	абс.	%	абс.	%
Медичний персонал	65	57,0±4,6	75	65,8±4,4
Друзі/родичі	54	47,4±4,7	14	12,3±3,1
Інтернет	53	46,5±4,7	31	27,2±4,2
Книги/журнали	28	24,6±4,0	29	25,4±4,1
Досвідчені матері	28	24,6±4,0	22	19,3±3,7
Спеціалізовані консультанти	28	24,6±4,0	71	62,3±4,5

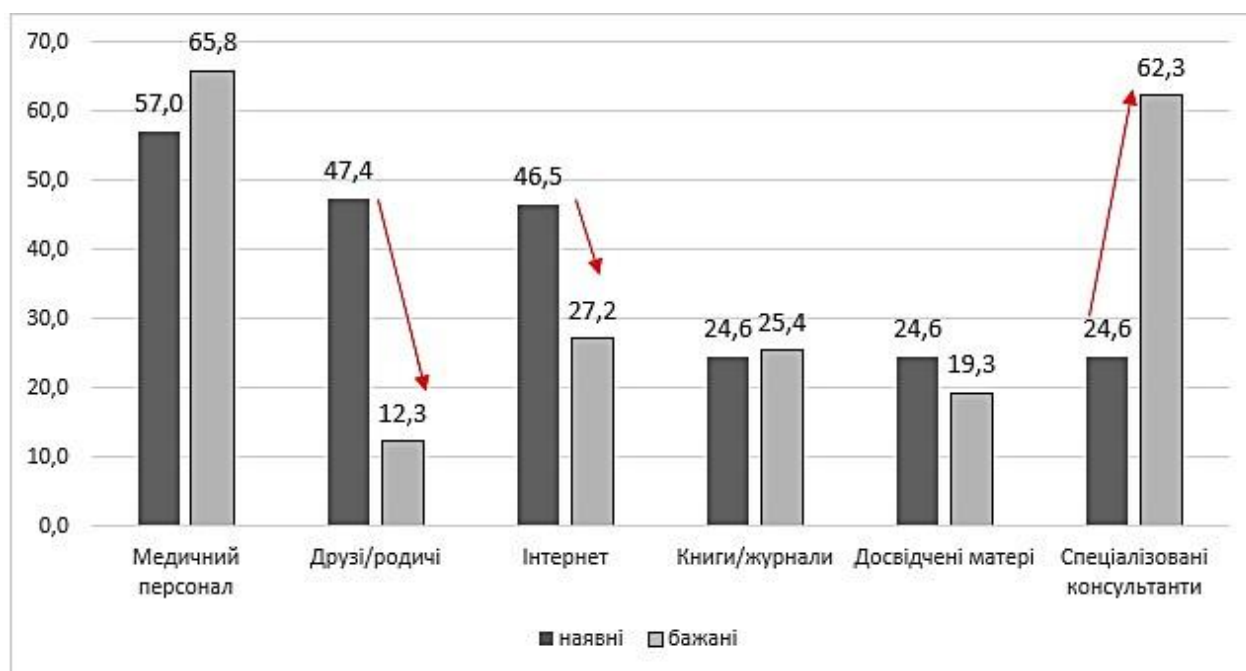


Рис. 5. Наявні та бажані джерела інформації про грудне вигодовування за відповідями учасниць дослідження

Результати відповідей групи дослідження вказали, що основними джерелами інформації про грудне вигодовування для матерів є медичний персонал – 57,0±4,6%, друзі/родичі – 47,4±4,7% та Інтернет – 46,5±4,7%. З книг/журналів та від досвідчених матерів отримували інформацію по 24,6±4,0% жінок, а від спеціалізованих консультантів – тільки 24,6±4,0%. Такі результати демонструють різний спектр джерел та, ймовірно, можуть вказувати на не завжди достатню достовірність отриманої інформації. Довіра до

джерел з Інтернету може призвести до споживання неперевіреної або хибної інформації, що підкреслює важливість забезпечення доступу до кваліфікованих консультантів та навчальних програм для майбутніх матерів. Значно відрізнялися результати відповідей опитаних жінок щодо бажаних джерел інформації про грудне вигодовування (табл. 3). Особливо слід відмітити джерело «спеціалізовані консультанти», яке пріоритетним бачать $62,3 \pm 4,5\%$ респонденток, що у 2,5 рази більше від частки тих, які вже мали такий досвід. Проте найбільш бажаним джерелом інформації про грудне вигодовування залишаються медичні працівники, про що повідомили $65,8 \pm 4,4\%$ опитаних жінок.

Встановлено, що майже в третині випадків причиною припинення грудного вигодовування була відсутність молока, про що повідомили $29,8 \pm 4,3\%$ учасниць дослідження. Також опитані жінки причинами вказали втому матері ($5,3 \pm 2,1\%$), відмову дитини від грудного молока ($6,1 \pm 2,2\%$), необхідність повернення до роботи ($4,4 \pm 1,9\%$), особистий вибір ($1,8 \pm 1,2\%$). Значна частина респонденток ($40,4 \pm 4,6\%$) вказала на припинення годування, оскільки дитина "вже була доросла", що може свідчити про різноманітні інтерпретації терміну "доросла" серед матерів.

Загалом отримані результати вказують на необхідність підвищення обізнаності про грудне вигодовування: користь протягом перших шести місяців життя дитини, режим вигодовування, терміни введення прикорму, важливість забезпечення підтримки та ресурсів для матерів, які зіштовхуються з викликами у годуванні грудьми.

Аналізуючи отримані дані, з'ясовано, що більшість матерів ($76,3 \pm 4,0\%$) приймали рішення про припинення грудного вигодовування самостійно. Серед тих, хто не приймав рішення самостійно, велика частка ($58,8\%$) вказала на недостатність молока, як ключовий фактор, який вплинув на це рішення. Відсутність молока може бути пов'язана з кількома чинниками. Перший – це, ймовірно, нерозуміння жінками природних механізмів лактації та її підтримки, включаючи частоту годування та техніку прикладання до грудей. Другий – стрес, недостатнє харчування або зневіра в своїх силах, що також можуть знизити вироблення молока. Наявність підтримки та коректної інформації від медичних працівників та спеціалізованих консультантів, може відігравати ключову роль у подоланні цих проблем та сприяти продовженню тривалості грудного вигодовування.

Висновки. На основі проведеного дослідження щодо підтримки грудного вигодовування серед матерів важливо підкреслити кілька ключових аспектів:

1. Попри високий рівень початкової прихильності до грудного вигодовування серед опитаних матерів ($94,8 \pm 2,1\%$), виявлено тенденцію до його раннього припинення, а саме, лише $38,6 \pm 4,6\%$ жінок, продовжували вигодовувати дитину грудьми понад дванадцять місяців. Це вказує на потребу зосередитись на підтримці матерів у перші критичні місяці після народження, зокрема через освітні програми та доступ до консультантів.

2. Передчасне введення прикорму ($33,3 \pm 4,4\%$ до 6 місяців) та частота використання пляшечки для грудного молока ($41,2 \pm 4,6\%$) підкреслюють важливість правильної освіти та підтримки для матерів, зокрема щодо рекомендацій ВООЗ про грудне вигодовування та введення прикорму.

3. Пріоритетними джерелами інформації про грудне вигодовування жінки вважають медичний персонал ($65,8 \pm 4,4\%$) та спеціалізованих консультантів ($62,3 \pm 4,5\%$), що свідчить про необхідність збільшення доступності кваліфікованої допомоги та

розширення інформаційних каналів.

4. Виявлено, що відсутність молока ($29,8 \pm 4,3\%$) є однією з основних причин припинення грудного вигодовування, що підкреслює потребу у всебічній підтримці матерів, включаючи освітні програми та підвищення обізнаності про правильні практики грудного вигодовування та вирішення проблем з лактацією.

Наведені висновки підкреслюють потребу розробки та впровадження інтегрованих стратегій підтримки грудного вигодовування, які включатимуть освітні програми, доступ до спеціалізованої підтримки, активізацію ролі медичних працівників у наданні кваліфікованої допомоги.

Література

1. Breastfeeding on the WHO website: https://www.who.int/health-topics/breastfeeding#tab=tab_1
2. Information on feeding infants and young children: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>
3. Breastfeeding support in the workplace: a global guide for employers. UNICEF. 2022. 15 p. <https://www.unicef.org/media/73206/file/Breastfeeding-room-guide.pdf>

РОЛЬ МАСАЖУ У ФІЗИЧНІЙ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ З МІОФАСЦІАЛЬНИМ БОЛЬОВИМ СИНДРОМОМ

THE ROLE OF MASSAGE IN THE PHYSICAL REHABILITATION OF MILITARY SERVANTS WITH MYOFASCIAL PAIN SYNDROME

Krasna Viktoriia

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

E-mail: krasna.viktoriya@student.uzhnu.edu.ua

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

Анотація

У зв'язку з агресією з боку російської федерації проти України та наявністю активних бойових дій, поширеність травм серед військовослужбовців зростає. Це стає важливим проблемним аспектом, оскільки травми часто супроводжуються міофасціальним больовим синдромом (МФБС). Згідно з результатами досліджень, до 85% військовослужбовців можуть відчувати симптоми МФБС, що призводить до порушень у виконанні обов'язків, зниження ефективності стрільби, зменшення витривалості та підвищення ризику подальших травм. На основі огляду наукових досліджень можна зробити висновок, що впровадження різних масажних технік у практику реабілітації військових з міофасціальним больовим синдромом має значний потенціал для поліпшення їхнього стану та якості життя. Дослідження показують, що масаж може допомогти у зменшенні болю, покращенні рухомості, знятті стресу та покращенні психоемоційного стану у цієї категорії пацієнтів.

Ключові слова:

Масаж; фізична реабілітація; військовослужбовці; міофасціальний больовий синдром.

Abstrakt

Due to the aggression of the Russian Federation against Ukraine and the ongoing active hostilities, the prevalence of injuries among military personnel is increasing. This is becoming a serious problematic aspect, as injuries are often accompanied by MFPS. According to research, up to 85% of military personnel may experience symptoms of MFPS, which leads to impairment in the performance of duties, reduced shooting efficiency, decreased endurance and increased risk of further injury. Based on the review of scientific studies, it can be concluded that the introduction of various massage techniques into the rehabilitation practice of military personnel with MFPS has significant potential to improve their condition and quality of life. Research shows that massage can help with reducing pain, improving mobility, relieving stress and improving psycho-emotional in this category of patients.

Keywords

Massage; physical rehabilitation; military personnel; myofascial pain syndrome.

Вступ. Міофасціальний больовий синдром (МФБС) є поширеною та важливою проблемою для суспільства, яка має значний економічний вплив. Зараз відомо, що відсоток осіб, що стикаються з МФБС, коливається від 30% до 85%. Крім того, біль, який

супроводжує цей синдром, часто викликає інші проблеми, такі як депресія, психічний стрес та тривога, що в подальшому призводить до зниження якості життя.

У сфері епідеміології больових синдромів, найбільш поширеними є дискомфорт у спині та м'язах, що становить 56% випадків. Щодо болю у спині, його можна відзначити у 40-80% населення, залежно від різноманітних факторів. У віковому діапазоні 20-64 років, біль у спині турбує 24% чоловіків і 32% жінок.

Згідно з інформацією Морозової О. Г., біль у попереку відчували хоча б раз у житті близько 84% дорослих, тоді як у шиї ця проблема турбувала 40-70%. Скелетно-м'язовий біль є частиною хронічних больових синдромів, і він становить близько 30% від усіх таких випадків.

Дослідження О.Ю. Леонтьєва та О.С. Назаренко наголошують на тому, що Міофасціальний Синдром (МФС) виявляється у 88% пацієнтів, які звернулися із болем у спині. Його виникнення пов'язане з утворенням тригерних точок у м'язах, які є обмеженими хворобливими ущільненнями. Тригерна точка (ТТ) має діаметр 1-3 мм, і коли вони групуються, утворюють тригерну зону діаметром до 10 мм. Формування таких точок спричиняється перенапруженням і травматизацією м'язів.

Згідно з висловленням Bennett Robert, типовими симптомами МФС є біль, зосереджений в м'язах або фасціях в певних ізольованих областях тіла, відомих як "тригерні точки" (ТТ). Цю думку підтримує його колега Thomas W. Myers, додавши, що цей біль може розповсюджуватися вздовж ліній натягу, відомих як "меридіани" або "потяги".

Міофасціальний синдром є однією з найпоширеніших причин хронічного болю та відомий серед активного працездатного населення.

Внаслідок активних бойових дій та агресії з боку російської федерації проти України, у військових часто збільшується кількість отриманих травм. Це стає значущим викликом, оскільки травми часто співвідносяться з міофасціальним больовим синдромом (МФБС), що погіршує їх здатність виконувати обов'язки. Військовослужбовці постійно стикаються з фізичними та психологічними стресами, серед яких велике значення має саме проблема МФБС.

Згідно з дослідженнями, до 85% військовослужбовців можуть відчувати симптоми МФБС, що призводить до порушень в їхній роботі, зниження ефективності у бойових діях, зменшення витривалості та збільшення ризику подальших травм. Для поліпшення якості життя та повернення до нормального службового режиму важливо ретельно вивчити цей синдром і розробити ефективні методи лікування.

Ця патологія є серйозним викликом для медичної та соціальної сфери, оскільки вона поширена серед військовослужбовців і супроводжується тривалим болем у м'язах та фасціях, який часто набуває хронічний характер. Надмірне фізичне навантаження, стреси, травми та недостатній відпочинок для м'язової системи сприяють утворенню м'язових вузлів, відомих як "тригерні точки" (ТТ). Ці точки складаються з щільної, натягнутої м'язової тканини і супроводжуються клінічними проявами, такими як м'язовий спазм, обмеження обсягу рухів та відчуття болю, який може поширюватися на суміжні м'язи.

У зв'язку з цим важливо розглянути ефективність масажних технік у полегшенні симптомів та поліпшенні якості життя військовослужбовців, що страждають від МФБС.

Етапи перебігу міофасціального больового синдрому.

Згідно з висновками В. А. Карлова, можна виділити три етапи перебігу міофасціального больового синдрому (МФБС).

Перший етап, визначений як гострий, характеризується постійним та інтенсивним болем, що виникає з особливо активних тригерних точок і супроводжується обмеженням руху.

Другий етап, який автор описує, відзначається виникненням болю лише при русі, з відсутністю дискомфорту в стані спокою. У пацієнтів на цьому етапі може спостерігатися полегшення від симптомів у спокої.

Нарешті, *третій етап*, відомий як хронічний, характеризується певним рівнем дисфункції та відчуттям дискомфорту в відповідній ділянці, навіть при відсутності інтенсивного болю.

Найчастіше МФБС розвивається у наступних м'язах: жувальний, трапецієподібний (верхні пучки), м'яз-підіймач лопатки, надостистий, дельтоподібний, малий круглий, драбинчасті, великий і малий грудні, квадратний м'яз попереку, триголовий м'яз гомілки.

Основні фактори міофасціального больового синдрому.

Основні фактори, що спричиняють розвиток міофасціального больового синдрому (МФБС) серед військовослужбовців, включають наступні:

1. Аномалії розвитку або структурні невідповідності, такі як асиметрія тіла при різній довжині ніг, плоскостопість та інші аномалії.
2. Нефізіологічна поза тіла у просторі, яка включає в себе стрільбу, перебування в окопах або виконання бойових спецзавдань, що можуть призводити до надмірного навантаження м'язів.
3. Тривала поза м'язів під час перебування в одній позиції тіла під час сну або виконання завдань.
4. Стиснення м'язів під впливом бронежилетів, ременів та іншого важкого верхнього одягу, носіння важких ранців, зброї тощо.
5. Переохолодження м'язів, що може виникнути внаслідок тривалого перебування у холодних умовах.
6. Психоемоційний стан, коли м'язи військового залишаються у напруженому стані через постійний стрес, навіть після припинення стресового впливу.
7. Захворювання внутрішніх органів та суглобів, які також можуть сприяти розвитку МФБС.
8. Перенавантаження нетренованих м'язів, розтягнення та забій м'язів також можуть викликати цей синдром.

Дані фактори можуть сприяти розвитку болю та дискомфорту у військовослужбовців, що стикаються з високими фізичними та психологічними навантаженнями в зоні бойових дій або під час виконання завдань.

Проблема особливо загострюється для цивільних осіб, що вступають до складу Збройних Сил України, більшість з яких у мирний час працювали в сфері ІТ-технологій, бухгалтерами, вчителями і т. д., і не мали досвіду важкої фізичної праці. Довготривале носіння каски, бронежилета та зброї, а також тривале перебування на холоді та вимушені позиції призводять до перенапруження м'язів, що часто спричиняє міофасціальний больовий синдром (МФБС). Такі військовослужбовці можуть перебувати в

обмундируванні до 24 годин або навіть декілька діб поспіль. Отже, тіло військового перебуває в напруженому стані тривалий час.

Серед основних етіологічних факторів можна виокремити наступне: розтягнення м'язів, перевантаження під час тривалої повторної монотонної фізичної активності, місцеві травми, професійна мікротравматизація м'язів, перевантаження м'язів при нерівності довжини кінцівок, упередження однієї кінцівки через специфіку фізичних навантажень або психологічного стресу.

Для більш детального розуміння причин та наслідків МФБС серед військовослужбовців, були проведені дослідження, які аналізували цей аспект як у вітчизняних, так і в закордонних наукових статтях.

Масаж як ефективний метод лікування міофасціального больового синдрому.

Масаж є важливим елементом фізичної реабілітації та ефективним методом лікування різноманітних травм і захворювань, зокрема у військовослужбовців із міофасціальним больовим синдромом (МФБС). Цей вид терапії відрізняється різноманітністю модифікацій, які адаптовані до індивідуальних потреб пацієнта, враховуючи особливості його функціональних порушень та клінічну картину хвороби.

Лікувальний масаж базується на відомій методиці, яка об'єднує різні техніки та прийоми з метою забезпечення полегшення болю, покращення кровообігу, відновлення рухливості суглобів та зняття напруги в м'язах.

Важливим етапом перед проведенням масажу є ретельний аналіз показів та протипоказань, який спрямований на максимальну безпеку та ефективність процедури. Для успішного проведення масажу необхідно спочатку провести діагностику, визначивши причину болю, врахувавши механічні, емоційні та метаболічні фактори. Також важливо розглянути вплив масажу на організм військовослужбовця та його користь для покращення стану здоров'я.

Оптимальним рішенням для використання масажу є біль механічного походження, оскільки його виникнення пов'язане з ураженням нормальної іннервації м'язу, що може призвести до його гіпотонії та гіпореклексії у майбутньому. Інтенсивність такого болю залежить від положення організму у просторі.

З урахуванням цих факторів, спеціаліст повинен продовжити діагностику для визначення локалізації болю, який зазвичай виникає у м'язах, що здійснюють гіперкомпенсацію, а потім використовувати візуальну діагностику для порівняння типового положення тіла у просторі з поточним, щоб виявити ослаблені м'язи.

У випадку, якщо МФБС має метаболічну або емоційну природу, це може свідчити про ураження вегетативної нервової системи, наприклад, внутрішні органи можуть бути пошкодженими, що викликає біль через їхній рецепторний апарат. У таких випадках масаж не є пріоритетом у лікуванні, важливо, щоб військовослужбовець пройшов повноцінне обстеження та лікування. Однак масаж може бути використаний як допоміжна терапія, оскільки він сприяє поліпшенню лімфо- та кровообігу, зняттю емоційного стресу та загальному оздоровленню організму.

Для діагностики міофасціального больового синдрому необхідно враховувати, що клінічний огляд та збір анамнезу у військових є лише частиною процесу. Основною складовою є пальпація, яка дозволяє виявити точки болю (ТТ) та м'язові вузли. Під час цього процесу, рекомендується розтягувати м'язи вздовж їх довжини, досягаючи

моменту виникнення болю. Такий підхід дозволяє виявити ослаблені м'язи, навколо яких розташовані сухожилля, що нагадують тугий шнур і пролягають вздовж м'язових волокон. Натискання на ці точки часто викликає відчуття болю, який може виникати в інших частинах тіла, цей феномен відомий як відображений біль. Важливість такого підходу полягає в точній діагностиці та ефективному лікуванні МФБС, що дозволяє виявити характерні ознаки синдрому та здійснити необхідну терапію для його полегшення.

Додатковими методами обстеження є:

1. *Електроміографія (ЕМГ):* вимірює електричну активність м'язів, що допомагає виявити дисфункцію в них;
2. *Ультразвукове дослідження (УЗД):* показує наявні структурні зміни у м'язах та фасціях;
3. *Магнітно-резонансна томографія (МРТ):* використовується для детального вивчення структури м'язів та фасцій.

Отже, після постановки діагнозу МФБС, масажист чи фізичний терапевт повинні обрати або поєднати кілька методик, що найефективніше допоможуть військовослужбовцю відновитися, повернутися до виконання службових обов'язків та підвищити якість життя. Однак для якісного виконання цього етапу необхідно провести оцінку фізичного стану. Одним із найзначущих і найобґрунтованіших методів є мануально-м'язове тестування (ММТ). Цей метод дозволяє визначити локалізацію гіпотонічного (слабкого) та гіперзбудливого м'язу.

Основою даної методики є діагностика різних м'язів або їх груп, що дозволяє встановити їх тонус та з'ясувати зв'язок знайдених порушень із змінами у хребті, кістково-м'язовій системі чи дисфункцією внутрішніх органів. Для проведення цього тесту використовують спеціальні діагностичні ручні техніки, розроблені окремо для кожної м'язової групи. Після завершення діагностики терапевт переходить до етапу реабілітації.

Існує розмаїття технік масажу, і навіть досвідчені масажисти не завжди однозначно визначають, в яких випадках кожна з них буде ефективною. До цих технік відносяться нервово-м'язовий масаж, шведський масаж, глибокий масаж, перкусійний, спортивний масаж та інші. Шведський масаж - це набір простих методик масажної терапії, які спрямовані на розслаблення м'язової тканини. Він полягає у використанні тиску у протилежному напрямку від м'язів і кісток, а також масажу з метою покращення кровообігу. Шведський масаж вважається одним з основних методів лікування, що широко використовується в різних країнах.

Шведський масаж – включає в себе різноманітні техніки, спрямованих на розслаблення м'язів, полегшення болю та стресу, покращення кровообігу та загального самопочуття.

Основні техніки шведського масажу включають:

1. **Effleurage (погладжування):** Ця техніка використовується для розслаблення поверхневих м'язів. Масажист застосовує м'які та плавні рухи, щоб покращити кровообіг, розслабити м'язи та підготувати тіло до більш інтенсивних технік масажу;

2. **Petrissage kneading (поглиблене погладжування):** Ця техніка включає в себе збільшений тиск на м'язи. Вона допомагає розслабити глибокі м'язи, поліпшити кровообіг та видалення токсинів з тканин;

3. **Friction (розтирання):** Ця техніка використовується для розслаблення ущільнених м'язів та розриву спайок в тканинах. Масажист застосовує тиск та колові рухи для поліпшення гнучкості та зменшення болю, покращення кровообігу та збільшення рухливості тканин;

4. **Tapotement** - постукування або ударні рухи;

5. **Vibration** - стрясування або струшування;

6. **Теплі та холодні компреси:** Під час шведського масажу можуть використовуватися теплі та холодні компреси для зменшення запалення, зменшення болю та поліпшення кровообігу.

Користь шведського масажу у лікуванні МФБС у військовослужбовців включає:

- **Розслаблення м'язів та фасцій:** Шведський масаж може допомогти розслабити напружені м'язи та фасції, що допомагає зняти біль та покращити рухливість;

- **Покращення кровообігу:** Робота з м'язами та тканинами під час шведського масажу сприяє покращенню кровообігу, що допомагає видаляти токсини та зменшує запалення;

- **Загальне зняття стресу та покращення самопочуття:** Шведський масаж може допомогти військовослужбовцям розслабитися, зняти стрес та покращити загальний стан організму, що важливо для загального здоров'я та благополуччя.

Також під час масажу, задля досягнення найкращого ефекту та меншого виснаження терапевта можуть бути використані допоміжні засоби, до прикладу – перкусійний пістолет, за допомогою якого, відповідно, буде виконуватися процедура перкусійного масажу.

Перкусійний масаж — це маніпуляція, яка полягає у нанесенні вібраційних хвиль або ударів (вистукування) на ділянки тіла із залишковими явищами. За рахунок високочастотних імпульсних ударів та наявності у комплектації насадок різної жорсткості та форми здійснюється вплив на м'язову систему організму. Він знаходить широке застосування у військових, де підтримка м'язового тону та швидке відновлення після фізичних навантажень важливі для збереження функціональної здатності.

Користь перкусійного масажу у лікуванні МФБС у військовослужбовців включає:

- покращення кровопостачання м'язів;
- знімає напругу, больові відчуття та сприяє розслабленню обраної групи м'язового скелету;

- опрацювання тригерних точок;
- тонізує не тільки м'язи, але і шкірний покрив, покращує його стан;
- позбавляє від відчуття «забитості», спазмів.

Важливими ефектами перкусійного масажу є підготовка м'язів до фізичних навантажень, збільшення працездатності та рухливості м'язів, а також полегшення болю та втоми. Час впливу та швидкість руху насадки залежать від м'язової маси та призначення масажу. З рівнем швидкості від 1 до 15 та тривалістю 30 секунд масаж допомагає розігріти м'язи та підготувати їх до навантаження, забезпечує стимуляцію

кровотоку та попереджує м'язову втому. Відновлення та розслаблення м'язів відбувається за допомогою швидкості від 16 до 30 та тривалості впливу 2 хвилини. Це полегшує біль, знімає втому, спазми та тригери, а також покращує стан м'яких тканин. Такий масаж є важливим елементом для підтримки фізичної форми та здоров'я військовослужбовців.

Перкусійний масаж буде ефективним засобом для розтягування м'язів, зокрема за рахунок вібраційної терапії та стимуляції м'язової тканини. Важливо виконувати розтягування правильно, щоб уникнути травм та максимально залучити м'язи до процесу розслаблення та розтягування.

Типові види розтягування м'язів, які можна виконати під час роботи з перкусійним пістолетом:

Розтяжка широких м'язів спини: сидючи на підлозі або на стільці і нахилитися вперед, намагаючись доторкнутися до підлоги чи стопи. Дотримуватися цієї позиції протягом кількох секунд, дозволяючи м'язам спини розслабитися та розтягнутися.

Розтяжка м'язів шиї: сидючи або стоячи, нахил голови вперед, спрямовуючи її до грудей. Дотримуватися цієї позиції протягом кількох секунд, відчуваючи розтягнутість у м'язах шиї та верхньої частини спини.

Розтяжка м'язів стегна: сидючи на підлозі, покласти одну ногу на протилежне коліно, намагаючись максимально прикласти стопу до протилежного стегна. Тримати руки на підлозі позаду себе для підтримки, а потім нахилитися вперед, відчуваючи розтягнутість у стегновому м'язі.

Розтяжка м'язів гомілки та стопи: сидючи на підлозі, витягнути одну ногу перед собою, протилежну стопу покласти на підлогу під кутом близько 45°. Підняти пальці стопи вгору, а потім нахилитися вперед, відчуваючи розтягнутість у м'язах гомілки та стопи.

Розтяжка м'язів рук: сидючи або стоячи, підняти одну руку вперед і поставити кисть на протилежне плече, лікоть спрямувати до протилежного вуха. Легко потягніть лікоть, допоки не відчуєте розтягнутість у м'язах руки та плеча.

Серед видів масажерів варто виділити вібромасажери, що поліпшують кровообіг у глибоких шарах м'язової тканини, роликові масажери, що імітують техніку шиацу, та, звичайно ж, перкусійні масажери, що за допомогою інтенсивних вібрацій полегшують напруженість м'язів та зменшують біль.

Після проведення лікувального та перкусійного масажу, фізичний терапевт використовує методи міопресури, що представляють собою форму ішемічної компресії. Під час цього прийому, терапевт наводить тиск на виявлену тригерну точку (ТТ), використовуючи великий палець або перший чи другий палець, зігнутий в першому міжфаланговому суглобі. Інтенсивність тиску поступово збільшується по мірі зменшення відчуття болю. Натискання включає елементи "вкручування" пальця в тригерну точку, охоплюючи як її центр, так і периферію.

Силу тиску підбирають індивідуально, враховуючи больовий поріг пацієнта. Процедура триває до 5 хвилин і виконується в напрямку твердих тканин (кістки, зв'язки), уникаючи областей великих судин і нервів.

Міопресура використовується, якщо пацієнт відчуває біль при тиску на тригерну точку до досягнення ефекту зменшення болю. Після проведення міопресури рекомендовано застосування кінезіотейпування - методу фіксації та підтримки руху за допомогою

спеціальних тейпів. Цей метод, завдяки натягуванню клейкої стрічки, допомагає збільшити міжтканинний простір, покращує кровообіг та сприяє мікромасажу в прилеглих ділянках.

Такий підхід сприяє зменшенню больового синдрому шляхом розслаблення компресії, прискорює загоєння ран і розсмоктування гематом, а також поліпшує міофасціальне ковзання завдяки ефекту декомпресії.

Після систематизації та узагальнення даних літератури, для досягнення кращого результату зменшення міофасціального больового синдрому (МФБС) нами запропоновано послідовність виконання масажу (рис.1):

1. **Визначення тригерних точок (ТТ):** ідентифікація ТТ, які можуть бути джерелом болю. Це допоможе спрямувати наші подальші дії.
2. **Розтягування м'язів:** Максимальне розтягування м'язу для підготовки до масажу. Це сприятиме збільшенню ефективності процедури.
3. **Міопресура:** надавлювання на м'язи для поліпшення кровообігу та розслаблення м'язів.
4. **Перкусійний масаж за допомогою перкусійного пістолету:** для стимуляції тканин та зменшення напруги.
5. **Шведський масаж:** для кращої релаксації пацієнта, включаючи різні техніки.
6. **Перевірка відчуття болю у ТТ:** перевірка зменшення болю в тригерних точках.



Рис.1 Послідовність виконання процедури

Роль масажу у фізичній реабілітації військовослужбовців з МФБС.

Масаж відіграє невід'ємну роль у процесі реабілітації військовослужбовців, які стикаються з міофасціальним больовим синдромом, враховуючи його серйозний вплив на їхнє фізичне та психічне здоров'я, а також на їхню готовність виконувати службові обов'язки. У цій комплексній програмі реабілітації використовуються різні масажні методи, зокрема шведський масаж, перкусійний масаж та міопресура. Шведський масаж

сприяє розслабленню м'язів, покращенню кровообігу та зниженню напруги в тілі, що сприяє відновленню функціональності м'язів та зменшенню болю. Перкусійний масаж і міопресура забезпечують активізацію кровообігу, зменшення болю та розслаблення напружених м'язів.

В умовах бойових дій, коли час і ресурси обмежені, проведення кількох сеансів перкусійного масажу з розтягуванням та міопресури може стати ефективним методом фізичної реабілітації. Ці методи є швидкими в реалізації і не потребують великої кількості обладнання або часу, що особливо важливо в умовах обмежених ресурсів. Проте важливо, щоб такі процедури проводилися кваліфікованими фахівцями, які розуміють особливості масажних технік та можуть адаптувати їх до потреб кожного військовослужбовця.

Зазначений комплексний підхід до реабілітації дозволяє військовослужбовцям подолати труднощі, пов'язані з міофасціальним больовим синдромом, і швидко повернутися до виконання своїх обов'язків. Цей підхід має на меті повне відновлення функціональності та готовності до службових обов'язків в умовах армії.

Висновки.

Під час аналізу наукових джерел виявлено зростаючий інтерес до реабілітації військовослужбовців, які страждають від міофасціального больового синдрому (МФБС). Це свідчить про визнання важливості масажу у лікуванні цієї категорії пацієнтів, що підтверджує доказовість використання відповідних методик. Результати аналізу вказують на позитивний вплив масажу на якість життя військовослужбовців, сприяючи їхньому швидкому поверненню до службових обов'язків, та визначають його як самостійний елемент або допоміжну терапію під час реабілітації.

Додатково, варто відзначити, що масаж сприяє покращенню психоемоційного стану військовослужбовців. Під час процедури вони відчуються більш захищеними, що сприяє зниженню напруги та відновленню функцій, що постраждали через МФБС, роблячи масаж ефективним інструментом для підвищення самопочуття та психологічного комфорту.

На основі даних наукових досліджень можна зробити висновок, що використання масажних технік у реабілітаційній практиці військовослужбовців з МФБС має значний потенціал для покращення їхнього стану та якості життя. Виконано чітке упорядкування процедур, таких як визначення тригерних точок, розтягування м'язів, та використання різних видів масажу, які можуть бути використані для досягнення індивідуальних цілей програм реабілітації. Таким чином, впровадження масажних технік у реабілітаційну практику військовослужбовців з МФБС є обґрунтованим та перспективним підходом для покращення їхнього фізичного та психічного здоров'я.

Література

1. Лівак, П.Є., Савчук, М.П. і Марценюк, І.Р. 2022. Доцільність комплексного застосування контрастної гідропроцедури та масажної техніки «по типу аплікатора» при міофасціальному больовому синдромі. *Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова. Серія 15. Науково-педагогічні проблеми фізичної культури (фізична культура і спорт).*

- 3(148) (Бер 2022), 78-82. DOI: [https://doi.org/10.31392/NPU-nc.series15.2022.3\(148\).17](https://doi.org/10.31392/NPU-nc.series15.2022.3(148).17).
2. Осіпов, В. М. "Особливості побудови програми фізичної реабілітації для пацієнтів з міофасціальним больовим синдромом." *Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту: наукова монографія/за ред. проф. СС Єрмакова.*—Харків 8 (2008): 114-117. <https://sportpedagogy.org.ua/html/journal/2008-08/08osvmmps.pdf>
 3. Пшик, С. С., Боженко, Н. Л., Пшик, Р. С., & Боженко, І. М. (2013). Міофасціальний больовий синдром-деякі аспекти діагностики та лікування. *Львівський клінічний вісник*,(3),52-56. <https://lkv.biz/wp-content/uploads/2015/06/19-1.pdf>
 4. Русанов, Андрій. "Фізична терапія пацієнтів із міофасціальним больовим синдромом." *Спортивна медицина, фізична терапія та ерготерапія* 1 (2023): 119-126. <http://sportmedicine.uni-sport.edu.ua/article/view/280891>
 5. Русанов А.П. Динаміка якості життя у пацієнтів з адгезивним капсулітом та міофасціальним больовим синдромом під впливом фізичної терапії. Україна. Здоров'я нації № 4 (2022), 107-114. <https://doi.org/10.24144/2077-6594.4.1.2022.277081>
 6. Федчук, А. Ю., Юденко, О. В.; Годованець, Е. І. Військовослужбовці з міофасціальним больовим синдромом внаслідок довготривалого використання засобів індивідуального бронезахисту: обґрунтування комплексної програми фізичної терапії. Сучасні тенденції та перспективи розвитку фізичної підготовки та спорту Збройних Сил України, правоохоронних органів, рятувальних та інших спеціальних служб на шляху євроатлантичної інтеграції України: тези VII Міжнародної науково-практичної конференції (Київ, 24 листопада 2023 р.). Національний університет оборони України. Київ : НУОУ, 2023, 481-484.
 7. Яшан, Артем. Реабілітаційний масаж при міофасціальних больових синдромах. Збірник тез наукових доповідей студентів Бердянського державного педагогічного університету на Днях науки 14 травня 2020 року. – Том 3. Педагогічні науки. – Бердянськ : БДПУ, 2020. – С.272-273 <https://bdpu.org.ua/wp-content/uploads/2020/09/152.pdf>
 8. Barreto DM, Batista MVA. Swedish Massage: A Systematic Review of its Physical and Psychological Benefits. *Adv Mind Body Med.* 2017 Spring;31(2):16-20. PMID: 28659510.
 9. Gholami-Motlagh F, Jouzi M, Soleymani B. Comparing the effects of two Swedish massage techniques on the vital signs and anxiety of healthy women. *Iran J Nurs Midwifery Res.* 2016;21(4):402-409. doi:10.4103/1735-9066.185584

JEŽIŠOV PRÍSTUP K OSOBÁM SO ZDRAVOTNÝM POSTIHNUTÍM V KONTEXTE SÚČASNEJ SOCIÁLNEJ PRÁCE

THE APPROACH OF JESUS TO PERSONS WITH DISABILITIES IN THE CONTEXT OF CONTEMPORARY SOCIAL WORK

Tamara Kondisová

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

Detašované pracovisko bl. Metóda Dominika Trčku Michalovce

E-mail: t.kondisova@gmail.com

Školiteľ/scientific adviser: Dr. h. c. prof. ThDr. Peter Vansač, PhD.

Abstrakt

Úvod: Prístup Ježiša Krista k chorým a trpiacim môže byť pre oblasť súčasnej sociálnej práce s ľuďmi so zdravotným postihnutím zdrojom cenných poznatkov a inšpirácie. Jeho učenie o empatii, solidarite a starostlivosti o tých najzraniteľnejších nám poskytuje rámec, ako lepšie porozumieť potrebám a výzvam, ktorým v dnešnom svete čelia ľudia so zdravotným postihnutím. Táto téma nás zároveň nabáda k skúmaniu, nakoľko sa Ježišove hodnoty a princípy uplatňujú v praxi súčasnej sociálnej práce, ktorej cieľom by malo byť poskytnutie lepšej podpory a inklúzie pre zdravotne postihnuté osoby v našej spoločnosti.

Metódy: V empirickej časti našej diplomovej práce sa venujeme porovnávaniu historického prístupu Ježiša Krista k ľuďom so zdravotným postihnutím so súčasnými modelmi sociálnej práce pri práci s touto skupinou občanov. Vzhľadom na povahu skúmanej témy, sme sa rozhodli pre kvalitatívny typ výskumu, a to prostredníctvom metódy pološtruktúrovaného rozhovoru. Rozhovory s účastníkmi výskumu pre nás predstavujú hlavný zdroj dát a po ich zrealizovaní sme pristúpili k ich analýze. Jednou z najpodrobnejších metód získavania údajov a následnej analýzy dát je kvalitatívna metóda zakotvenej teórie, preto sme sa rozhodli použiť túto metódu aj pre náš výskum. Prostredníctvom tejto metódy sa následne zameriame na proces tvorby samotnej teórie.

Výsledky: Keďže výskum je v súčasnosti vo fáze analýzy zhromaždených dát, a teda nie je ukončený, nemôžeme vyvodiť jeho výsledky. Vo výskume sa však zameriavame na hodnoty sociálnej práce ako sú empatia, súcít, rešpekt, solidarita, na etické a morálne aspekty práce so zdravotne postihnutými a na základe získaných poznatkov budeme interpretovať nakoľko sú tieto prístupy zhodné s prístupom Ježiša Krista k chorým a trpiacim.

Záver: Naša analýza je navrhnutá tak, aby prenikla hlbšie do podstaty spomínaných hodnôt a skúmala ich praktickú aplikáciu v súčasných kontextoch sociálnej práce. Napriek tomu, že sme ešte len na začiatku nášho výskumu, sme presvedčení, že naše zistenia budú prínosné pre ďalšie štúdie v tejto oblasti a prinesú nový pohľad na prístupy Ježiša Krista k chorým a trpiacim, jeho postoje a hodnoty voči týmto ľuďom, ktoré sa čoraz viac budú aplikovať do súčasnej sociálnej práce s ľuďmi so zdravotným znevýhodnením.

Kľúčové slová

Ježiš Kristus. Zdravotné postihnutie. Sociálna práca. Zakotvená teória.

Abstract

Introduction: Jesus Christ's approach to the sick and suffering can serve as a valuable source of insight and inspiration for contemporary social work with people with disabilities. His teachings on empathy, solidarity, and care for the most vulnerable provide a framework for better understanding the needs and challenges faced by people with disabilities in today's world. This topic also prompts us to examine to what extent Jesus' values and principles are applied in the practice of current social work, which aims to provide better support and inclusion for people with disabilities in our society.

Methods: In the empirical part of our thesis, we focus on comparing Jesus Christ's historical approach to people with disabilities with contemporary models of social work with this group of citizens. Given the nature of the topic under investigation, we have opted for a qualitative research design using the method of semi-structured interviews. Interviews with research participants constitute our main source of data, and upon their completion, we proceeded with data analysis. One of the most detailed methods of data collection and analysis is the qualitative method of grounded theory, which is why we decided to use this method in our research. Through this method, we will subsequently focus on the process of theory development.

Results: As the research is currently in the phase of analyzing the collected data and thus not yet completed, we cannot draw its conclusions. However, the research focuses on values such as empathy, compassion, respect, solidarity, and on the ethical and moral aspects of working with people with disabilities, and based on the findings, we will interpret to what extent these approaches are consistent with Jesus Christ's approach to the sick and suffering.

Conclusion: Our analysis is designed to delve deeper into the essence of the mentioned values and explore their practical application in contemporary contexts of social work. Although we are still at the beginning of our research, we are convinced that our findings will be beneficial for further studies in this field and will bring a new perspective on Jesus Christ's approaches to the sick and suffering, his attitudes, and values towards these individuals, which will increasingly be applied in current social work with people with disabilities.

Keywords:

Jesus Christ. Disability. Social Work. Grounded Theory.

Úvod

Ježiš Kristus bol vždy zástancom lásky, súcitu a empatie voči všetkým ľuďom, vrátane tých so zdravotným postihnutím. Jeho učenie o láske, súcitnosti a spravodlivosti by pre nás malo byť príkladom, ako máme pristupovať k tým, ktorí sú zraniteľní a potrebujú našu podporu. Práve podpora, inkluzivita a súcit s ľuďmi so zdravotným postihnutím sú základnými hodnotami kresťanskej viery, ktoré nás vedú k tomu, aby sme boli súčasťou spoločnosti, v ktorej je miesto pre každého a kde sa každý cíti ako dôležitá súčasť Božej lásky.

V súčasnej dobe je sociálna práca s postihnutými ľuďmi významnou a neoddeliteľnou súčasťou sociálnej práce ako celku. Táto oblasť sa zameriava na podporu a posilňovanie jednotlivcov so zdravotným postihnutím, ako aj na vytváranie inkluzívnych a podporných prostredí, kde sa môžu tieto osoby plnohodnotne zapájať do spoločnosti. Profesionálni pracovníci sociálnej práce s postihnutými ľuďmi majú za cieľ zlepšiť kvalitu života svojich klientov a pomôcť im dosiahnuť ich individuálne ciele a potreby. To môže zahŕňať poskytovanie praktickej podpory pri zvládaní každodenných činností, ako aj emocionálnu podporu a poradenstvo pre klientov a ich rodiny.

Téma diplomovej práce nás zaujala z viacerých dôvodov. Prvým z nich je neustále rastúci význam tejto oblasti sociálnej práce v súčasnej spoločnosti. S narastajúcim počtom ľudí s rôznymi typmi postihnutí a ich potrebami sa zvyšuje aj dopyt po kvalitnej sociálnej podpore a službách, ktoré by im pomohli dosiahnuť ich plný potenciál a kvalitu života. Okrem toho nás zaujíma aj etický a morálny aspekt práce s postihnutými ľuďmi. Veríme, že každý jednotlivec, bez ohľadu na svoje zdravotné postihnutie, má právo na dôstojný život, inkluzívne prostredie a prístup k rovnakým príležitostiam. Preto nás zaujíma, ako sa súčasná sociálna práca s postihnutými ľuďmi snaží presadzovať tieto práva a dosiahnuť sociálnu spravodlivosť pre túto skupinu obyvateľov. Téma nás zaujala aj z osobných dôvodov, pretože v práci sa denne stretávame s ľuďmi so zdravotným postihnutím. A keďže veríme, že ani v dnešnej spoločnosti nechýbajú hodnoty ako spolupatričnosť, solidarita, empatia, či ochota pomáhať, ktoré pramenia v samotnom Kristovi, chceme venovať svoje úsilie a schopnosti tomu, aby sme sa tejto problematike mohli venovať hlbšie, a to prostredníctvom našej práce a výskumu v tejto oblasti.

Teoretické východiská skúmanej problematiky

Zdravotne postihnuté osoby predstavujú v súčasnej spoločnosti širokú skupinu obyvateľov, pre ktorých je charakteristické, že sa z dôvodu ich znevýhodnenia často dostávajú do nepriaznivej životnej situácie. Šmidová (2012) definuje osobu so zdravotným postihnutím ako jednotlivca trpiaceho trvalými fyzickými, psychickými, intelektuálnymi alebo zmyslovými poruchami, ktoré sú ovplyvnené rôznymi bariérami. Tieto bariéry môžu sťažiť úplnú a efektívnu integráciu do spoločnosti. V tejto súvislosti vymedzuje aj pojem diskriminácia na základe postihnutia. Pod týmto pojmom rozumieme akékoľvek formy rozlišovania, vylučovania alebo obmedzovania jednotlivca na základe jeho postihnutia s následkom porušenia a znemožnenia užívania všetkých ľudských práv a základných slobôd v politickom, ekonomickom, sociálnom, kultúrnom, občianskom, či inom kontexte, s ohľadom na princíp rovnosti so všetkými ostatnými jednotlivcami v spoločnosti.

V Slovenskej republike sa mapovaniu sociálnej situácie ľudí so zdravotným postihnutím venuje Štatistický úrad Slovenskej republiky, ktorý verejnosti pravidelne poskytuje aktuálne informácie o tejto problematike. Nasledujúca tabuľka nám poskytuje prehľad typov

domácností so zdravotne postihnutým členom, ale aj bez neho, v našej republike za obdobie rokov 2019 až 2021.

Tabuľka 1 Podiel typu domácnosti s osobami so ZP a bez ZP

%

Indikátor	EU SILC 2019		EU SILC 2020		EU SILC 2021	
	so ZP	bez ZP	so ZP	bez ZP	so ZP	bez ZP
Domácnosti bez závislých detí	71,9	51,1	73	52,1	70,7	48,2
1-členná domácnosť	18,9	17,6	17,3	15,4	15,6	16,5
2-členná domácnosť, obaja < 65 rokov	12,7	15,7	10,6	16,4	12,2	14,6
2-členná domácnosť, aspoň jeden 65+ rokov	20	6,3	22	8,3	21,3	7,2
Ostatné domácnosti bez závislých detí	20,2	11,4	23,1	12,1	21,6	10
Domácnosti so závislými deťmi	28,1	48,9	27	47,9	29,3	51,8
1 rodič a a spoň 1 závislé dieťa	0,9	3,4	0,5	2,4	1	3,2
2 dospelí s 1 závislým dieťaťom	4,9	13	5,8	13,1	7	14,2
2 dospelí s 2 závislými deťmi	5,8	18,1	5,4	19,5	5,8	21,5
2 dospelí s 3+ závislými deťmi	1,2	4,1	1,5	3,6	1,8	4,4
Ostatné domácnosti so závislými deťmi	15,3	10,4	13,9	9,4	13,8	8,6

Zdroj: ŠÚ SR, EU SILC UDB 2019-2021

Táto skupina obyvateľov má nie len zdravotné, ale aj sociálne, či duchovné problémy a potreby, preto nemôže byť predmetom záujmu len jednej sféry, ale vyžadujú sa tu prístupy a spolupráca viacerých profesií, vrátane tých pomáhajúcich.

Ako uvádza Šmidová (2016), zdravotné postihnutie nespočíva v samotnej osobe, ktorá postihnutím trpí, ale v spoločnosti. Toto postihnutie sa stáva hendikepom až vtedy, keď sa človek ocitne v situácii, kedy pociťuje nevýhody, ktoré mu sťažujú život, keď nedokáže uplatniť svoje sociálne role a začleniť sa do spoločnosti.

V tejto súvislosti nemožno opomenúť vplyv morálnych a etických hodnôt v súčasnej sociálnej práci. Mátel a Mališková (2016) vysvetľujú, že etika nie je izolovanou časťou sociálnej práce ako profesie, vzdelávacieho odvetvia alebo vednej disciplíny, ale je jej neoddeliteľnou a integrovanou súčasťou. Sociálna práca nemôže existovať v žiadnom z jej aspektov bez etiky. Jej existencia závisí od toho, či je etická alebo nie. Každý človek, ktorý sa stáva klientom, je podľa Kontrovej (2013) unikátna bytosť vzhľadom na svoju osobnosť a charakterové vlastnosti. Profesionálny prístup sociálneho pracovníka spočíva predovšetkým v tom, že akceptuje klienta takého, aký je a postupne identifikuje jeho zdravotné problémy a súvisiace znevýhodnenia v osobnom, rodinnom, pracovnom, školskom a spoločenskom kontexte. Cieľom je navrhnúť adekvátne formy kompenzácie na zmiernenie jeho znevýhodnení a poskytnúť presné a komplexné informácie. Vzhľadom na citlivý charakter niektorých zdravotných problémov klientov je zvlášť dôležitý citlivý a chápaný prístup sociálneho pracovníka k ich situáciám.

Ježišov život a jeho učenie nám ponúka množstvo príkladov, ktoré môžu slúžiť ako modely pre súčasnú sociálnu prácu. Jeho ochota prijímať a uzdravovať chorých, ako aj jeho úsilie o sociálnu spravodlivosť a inklúziu pre všetkých, bez ohľadu na ich postavenie v spoločnosti, poskytuje základ pre diskusiu o tom, ako by mali byť zdravotne postihnutí jedinci podporovaní a integrovaní do spoločnosti dnes.

Prístup Ježiša Krista k chorým a trpiacim môže byť pre oblasť súčasnej sociálnej práce s ľuďmi so zdravotným postihnutím zdrojom cenných poznatkov a inšpirácie. Jeho učenie o empatii,

solidarite a starostlivosti o tých najzraniteľnejších nám poskytuje rámec, ako lepšie porozumieť potrebám a výzvam, ktorým v dnešnom svete čelia ľudia so zdravotným postihnutím. V tejto súvislosti je dôležité preskúmať, ako sa hodnoty a princípy, ktoré predstavuje Ježišov prístup zhodujú so súčasnými prístupmi a praktikami sociálnej práce s ľuďmi so zdravotným postihnutím. Tento výskum by mohol ponúknuť cenné poznatky a usmernenie pre odborníkov v sociálnej oblasti, ale aj pre spoločnosť ako celok, ktorá sa snaží dosiahnuť väčšiu inklúziu, rovnosť a dôstojnosť pre všetkých svojich členov.

Výskumný problém

Na základe témy, ktorú sme si zvolili pre našu diplomovú prácu zameranej na oboznámenie sa so súčasnými prístupmi sociálnej práce k ľuďom so zdravotným postihnutím preto budeme zisťovať, či sú tieto prístupy v súlade s postojom Ježiša Krista voči týmto jedincom. Na základe tohto poznania sme definovali a sformulovali výskumný problém nasledovne:

- S akými prístupmi sa stretávame v súčasnej sociálnej práci zameranej na ľudí so zdravotným postihnutím?
- Sú tieto modely sociálnej práce v súlade s princípmi a hodnotami Ježiša Krista vo vzťahu k zdravotne postihnutým jedincom?

V kontexte výskumného problému sme následne sformulovali aj výskumné otázky:

V1: Aké konkrétne princípy, hodnoty a postoje zastával Ježiš Kristus voči ľuďom so zdravotným postihnutím?

V2: Aký sú súčasné modely sociálnej práce so zdravotne postihnutými jedincami?

V3: Aký je pohľad rodín detí so zdravotným postihnutím a zamestnancov Spojenej školy internátnej na súčasnú sociálnu prácu s touto skupinou ľudí?

V4: V akej miere sú súčasné modely sociálnej práce v súlade s hodnotami a princípmi, ktoré Ježiš Kristus zastával voči zdravotne postihnutým?

V5: Aký potenciál majú výsledky tohto výskumu pre lepšie porozumenie a zlepšenie prístupu k zdravotne postihnutým v súčasnej spoločnosti?

Cieľ výskumu

Cieľom výskumu je identifikovať konkrétne podobnosti a rozdiely medzi historickým prístupom Ježiša Krista k ľuďom so zdravotným postihnutím a súčasnými modelmi sociálnej práce pri práci s takto znevýhodnenými občanmi. Predmetom výskumu bude analýza názorov účastníkov výskumu, ktorých spoločným znakom je, že sú súčasťou rovnakej inštitúcie, konkrétne Spojenej školy internátnej, zameranej na vzdelávanie detí a žiakov s mentálnym postihnutím a s viacnásobným postihnutím v kombinácii s mentálnym postihnutím. Vo výskume orientujeme pozornosť na skúsenosti a názory rodín takto postihnutých detí, ale aj zamestnancov školy, ktorí pracujú s touto skupinou klientov. Výskum sa zameriava na identifikáciu základných princípov, hodnôt a postojov, ktoré Ježiš zastával voči tejto skupine ľudí a analyzuje ich aplikáciu v súčasnej sociálnej práci. Konkrétne ciele zahŕňajú prieskum existujúcich modelov sociálnej práce v súvislosti so zdravotne ťažko postihnutými a vyhodnotenie, do akej miery sa tieto modely zhodujú s Ježišovými princípmi a hodnotami. Výsledky budú mať potenciál prispieť k lepšiemu pochopeniu potrieb a prístupov k zdravotne ťažko postihnutým v kontexte sociálnej práce v súčasnej spoločnosti.

V úvode empirickej časti diplomovej práce sme popísali výskumný problém, ktorému sa chceme v našej diplomovej práci venovať. Následne sme si stanovili cieľ výskumu a na jeho základe formulujeme aj tieto čiastkové ciele:

- Preskúmať, ako viera v Boha ovplyvňuje rodičovstvo a prácu s deťmi so zdravotným postihnutím a aké hodnoty z Ježišovho života sa prenášajú do tejto oblasti.
- Porovnať postoje a hodnoty rodičov a zamestnancov špeciálnej školy vo vzťahu k deťom so zdravotným postihnutím s princípmi Ježišovho prístupu k chorým.
- Skúmať postoj ľudí voči deťom so zdravotným postihnutím a ich rodinám a možný vplyv na ich životy.
- Analyzovať vplyv existujúcich modelov sociálnej práce zameraných na potreby a prístupy k ľuďom so zdravotným postihnutím v súčasnej spoločnosti.
- Zhodnotiť účinnosť a dostupnosť sociálnej pomoci a podpory, ktorú môžu rodiny so zdravotne postihnutým dieťaťom využiť v danom okolí.

Charakteristika súboru a metodika

V našej diplomovej práci sa zaoberáme životom a spoločenským postavením ľudí so zdravotným postihnutím, súčasnými sociálnymi modelmi vo vzťahu k týmto ľuďom v našej spoločnosti a porovnávame ho s prístupom Ježiša Krista voči chorým a trpiacim. Základný súbor nášho výskumu preto predstavujú ľudia, ktorých sa zdravotné postihnutie priamo týka a denne ovplyvňuje ich život, a taktiež odborníci a pracovníci v tejto oblasti, ktorí denne prichádzajú do kontaktu s osobami so zdravotným postihnutím. Keďže sme sa, vzhľadom na tematický charakter našej diplomovej práce, rozhodli pre kvalitatívny typ výskumu prostredníctvom metódy pološtruktúrovaného rozhovoru, bola by táto aktivita pri veľkom počte účastníkov časovo náročná. Z dôvodu zachovania kvality výskumu sme preto zúžili okruh účastníkov rozhovoru na ľudí, ktorí sú priamo zainteresovaní v danej problematike a zároveň nám môžu poskytnúť rôzne pohľady na danú tému. Náš výberový súbor teda tvorí osem ľudí, pre ktorých je spoločným znakom, že sú súčasťou vzdelávacej inštitúcie pre žiakov s postihnutím, konkrétne Spojenej školy internátnej. Oslovili sme dvoch rodičov žiakov tejto školy, štyroch pedagógov, z ktorých jeden je učiteľom náboženstva, školskú sociálnu pracovníčku a zdravotníčku školy. Každý z nich s rozhovorom ochotne súhlasil a ich účasť na výskume, z hľadiska ich skúseností, postojov a názorov, sa pre nás stala veľmi cennou a prínosnou. Všetkých účastníkov sme ubezpečili, že v rámci rozhovoru zachováme ich anonymitu a všetky informácie, ktoré nám poskytnú, využijeme výlučne iba pre účely nášho výskumu.

Keďže hlavný nástroj pre zber dát pre nás predstavujú rozhovory vo forme pološtruktúrovaného interview, tento prístup nám umožnil systematicky preskúmať rozličné aspekty výskumného problému, ako je napríklad vzťah k zdravotne postihnutým a viera v Boha alebo prvky Ježišovej lásky a jeho hodnôt v súčasnej sociálnej práci so zdravotne postihnutými. Pred každým rozhovorom sme vytvorili štruktúrovaný rámec otázok a tematických oblastí, ktoré sme chceli dôkladne preskúmať. Tento rámec nám slúžil ako usmernenie počas interakcie s účastníkmi výskumu, čo nám umožnilo získať podrobné a relevantné informácie pre naše analytické účely a zároveň nechával priestor pre spontánne odpovede účastníkov.

Keďže aj my sme súčasťou zamestnaneckého kolektívu Spojenej školy internátnej, so všetkými účastníkmi výskumu prichádzame denne do kontaktu a teda pred rozhovorom nebolo potrebné vytvárať atmosféru „prelomenia ľadov“, pretože so všetkými účastníkmi udržiavame priaznivé a priateľské vzťahy. Snažili sme sa docieľiť, aby boli otázky v rozhovore otvorené a podnecujúce, aby sme tak účastníkovi umožnili voľne rozprávať a svojich skúsenostiach a názoroch. Počas celého rozhovoru sme sa sústredili a prejavovali záujem o odpovede účastníka, a snažili sme sa postupne rozvíjať témy na základe získaných informácií a reakcií. Preto v prípade, že nás niečo zaujalo, niečo nám bolo nejasné alebo sme chceli odpoveď účastníka konkretizovať, kládli sme ďalšie otázky podľa toho akým smerom sa téma rozhovoru uberala.

Rozhovory sme realizovali buď priamo v kancelárii zamestnanca alebo v popoludňajších hodinách v prázdnej triede, či už s pedagógom alebo rodičom dieťaťa a rozhovor sme zaznamenávali pomocou poznámok, ktoré sme si viedli počas celého interview. Každý rozhovor trval v rozmedzí 40 až 75 minút. Vzhľadom na zaneprázdnenosť zúčastnených sme sa, žiaľ, rozhovorom nemohli dlhšie venovať. Rodičia nám poskytli kratšie rozhovory, pretože sa realizovali v čase, keď prišli vyzdvihnúť dieťa zo školy. Tieto rozhovory trvali približne 40 minút. Zamestnanci sa nám mohli venovať o čosi dlhšie, avšak interview nám poskytli v čase svojho osobného voľna, zväčša po skončení pracovnej doby.

V rámci nášho výskumu sme uplatnili metódu zakotvenej teórie, ktorá je charakterizovaná svojím kvalitatívnym prístupom k získavaniu a analýze dát. Ako uvádzajú Švaříček a Šedová (In Csaba, Prokša, 2012), zakotvená teória je metóda uplatňovaná pri kvalitatívnom výskume, ktorej cieľom je vytvoriť priestor na tvorbu teórie, ktorá vysvetľuje isté poznanie, a ktorá striktne vychádza z údajov zo získaných záznamov, teda hovoríme, že je v nich zakotvená. Od kvantitatívnych metód sa líši tým, že v úvode jej aplikácie je typické určiť iba pole záujmu, nie premenné. Premenné sa identifikujú postupne, v procese jednotlivých úrovní kódovania dát. K dátam, teda údajom, pristupujeme s nezaujatosťou a otvoreným myslením, a to v čo najväčšej možnej miere. Tieto kódy tak vystúpia z nahromadených údajov a zviditeľnia sa.

Analýza a komparácia výsledkov výskumu

Po zrealizovaní všetkých rozhovorov sme pristúpili k analýze dát. Začali sme prepisom ručne písaných poznámok do textového súboru v počítači. Následne sme sa zamerali na proces tvorby samotnej teórie. Podľa Gavoru (2006), **existujú rôzne metódy a techniky, ako vytvoriť teóriu z údajov. Jednou z najpodrobnejších metód je technika zakotvenej teórie od Glasera a Straussa, ktorá zahŕňa tri úrovne kódovania:**

- **otvorené kódovanie** - je prvým stupňom analýzy údajov, kde sa údaje segmentujú a identifikujú sa základné kategórie, ich vlastnosti a dimenzie týchto vlastností,
- **axiálne kódovanie** - skúmajú sa vzťahy medzi kategóriami, čo vedie k formulácii abstraktnejších kategórií ako pri otvorenom kódovaní. Tým sa znižuje počet kategórií, ale zároveň sa zvyšuje ich abstrakcia,
- **selektívne kódovanie** – predstavuje najvyšší stupeň vzťahového usporiadania, výsledkom je vytvorenie ústrednej kategórie, pod ktorú spadajú všetky ostatné podkategórie.

Po prepise rozhovorov do textovej podoby sme sa zamerali na prvú úroveň kódovania, teda na otvorené kódovanie. Náš výskum sa momentálne nachádza v tejto fáze analýzy dát. Jej cieľom je, podľa Řiháčka a Hytycha (2013), identifikovať kľúčové prvky v našich analyzovaných dátach a konceptualizovať ich do abstraktných pojmových kategórií. Na základe postupu, ktorý popisujú Riennie et al., Miovský a Charmaz (In Řiháček, Hytych, 2013), sme si prepisy viackrát naštudovali, aby sme tak vybrali najvhodnejší materiál pre kódovanie. Takýmto spôsobom sme získali ústredné témy, na základe ktorých sme postupne identifikovali relevantné časti textu. Jednotlivé dôležité prvky sme rozdelili do abstraktných kategórií, aby sme im lepšie porozumeli. Následne sme identifikovali významové jednotky, čo sú časti textu, ktoré obsahujú informácie dôležité pre našu výskumnú otázku. Na záver sme každej významovej jednotke priradili krátky kód, ktorý slúži ako skratka alebo identifikátor pre danú jednotku.

Po realizácii fázy otvoreného kódovania nasledujú ďalšie dve fázy, a to axiálne a selektívne kódovanie. Druhú fázu popisuje Charmazová (In Dobiáš, 2020) ako teoretické vzorkovanie, ktoré sa skladá z hľadania vhodných dát na doladenie, prepracovanie a vylepšenie zameraných kódov, čím vznikajú plnohodnotné kategórie. Charmazová v tejto fáze uprednostňuje širší prístup, kde opisuje, ako jednotlivé kategórie a ich podkategórie spoločne tvoria abstraktnú zakotvenú teóriu. Tretia, záverečná fáza, dáva, ako ďalej uvádza Charmazová, výskumníkovi väčšiu slobodu pri tvorbe teórie. Popisuje celkovo tri techniky pre záverečnú analýzu: vytváranie diagramov, integráciu pamäťových zápisov a teoretické triedenie. To chápe ako proces vytvárania a zdokonaľovania teoretických súvislostí, integrovanie kategórií do teórie alebo porovnávanie kategórií na abstraktnej úrovni.

Výsledky

Základnú „kostru“ otázok, s ktorými sme predstúpili pred každého účastníka rozhovoru sme vytvorili na základe štruktúry, pomocou ktorej sme chceli dosiahnuť relevantnosť získaných informácií, s ktorými budeme neskôr pracovať. Vytvorili sme dve kategórie otázok, podľa toho, či boli adresované rodičom alebo zamestnancom školy.

Otázky pre zamestnancov zneli:

1. Krátka charakteristika respondentov

- Aké je vaše vzdelanie?
- Prečo ste sa rozhodli pre dané štúdium?
- Ako dlho pracujete na tejto pozícii vo vašej inštitúcii?
- Ste veriaci?
- Aké sú vaše osobné hodnoty, ktoré vyznávate pri vykonávaní vašej profesie?

2. Úloha a zodpovednosť v danej profesii

- Môžete stručne popísať náplň vašej práce a čím sa vaša práca líši od práce v bežných školách?
- Ako spolupracujete s ostatnými členmi vo vašom kolektíve, aby sa dosiahla maximálna podpora pre deti so zdravotným postihnutím a ich rodiny?
- Aké špecifické vlastnosti a schopnosti považujete za kľúčové pre úspešné vykonávanie svojej profesie?
- Pomáha vám vo vašej profesii viera v Boha?

3. Sociálna pomoc zameraná na rodinu so zdravotne postihnutým členom

- Aké sú podľa vás najčastejšie potreby detí so zdravotným postihnutím a taktiež potreby ich rodín, ktoré pozorujete počas svojej praxe?
- Aké formy sociálnej pomoci môžu rodiny so zdravotne postihnutým členom využiť v rámci inštitúcie, v ktorej pracujete?
- Ako vnímate účinnosť a dostupnosť sociálnej pomoci v danej problematike vo vašom zamestnaní a vo vašom okolí?
- Aké ďalšie zdroje sociálnej pomoci, či podpory by ste uvítali pre rodiny so zdravotne postihnutým členom vo vašej inštitúcii alebo vo vašom okolí?

4. Vplyv prístupu a predsudkov na život ľudí so zdravotným postihnutím a ich rodín

- S akými postojmi ľudí voči deťom so zdravotným postihnutím a ich rodinám ste sa stretávali počas svojej praxe?
- Aký dopad podľa vás majú tieto postoje na život týchto detí?
- Môžete opísať situácie, v ktorých ste sa stretli s prípadnými negatívnymi postojmi a ako ste na ne reagovali?

5. Integrácia hodnôt Ježišovej lásky do práce s deťmi so zdravotným postihnutím

- Aký vplyv má vaša viera na prácu s deťmi so zdravotným postihnutím?
- Ako chápete lásku Ježiša Krista voči chorým a trpiacim?
- Ako vás Ježišov život a jeho učenie inšpiruje pri vykonávaní vašej profesie?
- Aké prvky Ježišovej lásky k chorým nachádzate v súčasnosti v sociálnej oblasti zameranej na ľudí so zdravotným postihnutím?

Otázky naformulované pre rodičov zneli:

1. Krátka charakteristika respondentov

- Bývate na vidieku alebo v meste?
- Kto s vami zdieľa vašu domácnosť?
- Aké je vaše zamestnanie?

2. Akceptácia a prispôbenie sa danej situácii

- Kedy ste začali vnímať, že s vaším dieťaťom nie je niečo v poriadku?
- Aké boli vaše prvé pocity a reakcie, keď ste sa dozvedeli o diagnóze vášho dieťaťa?
- Kto alebo čo vám najviac pomohlo vyrovnať sa s touto diagnózou?
- Pomohla vám v tomto neľahkom období viera v Boha?

3. Sociálna pomoc zameraná na rodinu so zdravotne postihnutým členom

- Aké formy sociálnej pomoci ste využili/využívate od rodiny, priateľov, či štátu z dôvodu zdravotného postihnutia vášho dieťaťa (poradenské služby, podporné skupiny, domáca starostlivosť, právna pomoc, finančná pomoc, komunitné programy)?
- Ako vnímate účinnosť a dostupnosť sociálnej pomoci v danej problematike vo vašom okolí?
- Aké ďalšie zdroje sociálnej pomoci, či podpory by ste uvítali pre rodiny so zdravotne postihnutým členom vo vašom okolí?

4. Vplyv prístupu a predsudkov na život ľudí so zdravotným postihnutím a ich rodín

- S akými postojmi ľudí sa stretávate v súvislosti s tým, že máte dieťa so zdravotným postihnutím?

- Aký dopad majú tieto postoje na váš každodenný život a na život vášho dieťaťa?
- Ako sa snažíte v tejto súvislosti vyrovnať s danou situáciou a zvládnuť prípadné negatívne postoje voči vašej rodine?

5. Vplyv náboženstva a viery pri starostlivosti o blízkeho so zdravotným postihnutím

- Aký vplyv má vaša viera na starostlivosť o zdravotne postihnutého blízkeho?
- Ako chápete lásku Ježiša Krista voči chorým a trpiacim?
- Ako vás Ježišov život a jeho učenie inšpiruje pri poskytovaní starostlivosti a lásky svojmu dieťaťu so zdravotným postihnutím?
- Aké prvky Ježišovej lásky k chorým nachádzate v súčasnosti v sociálnej oblasti zameranej na ľudí so zdravotným postihnutím?

Na základe zhromaždených údajov sme pristúpili k analýze dát. Výsledky prvej fázy zakotvenej teórie, teda otvoreného kódovania sme následne spracovali do prehľadných tabuliek.

Tabuľka 2 Zhrnutie výsledkov – zamestnanci

Účastníci	Učiteľka ŠMŠ	Učiteľka SZŠ 1	Učiteľka SZŠ 2	Katechéta
Vplyv viery v Boha vo výkone zamestnania/rodičovstva	Hľadanie dobra v ľuďoch, pomoc iným, ľudskosť	Žiadny	Konať skutky milosrdenstva	Žiť v duchu kresťanstva, medzifudská láska, úcta rešpekt, zachovávanie pokoja a rozvahy
Kľúčové hodnoty pri práci	Odvzdanie lásky, vedomostí, zručností, dobré srdce	Pomoc slabším, láska, úcta, trpezlivosť, tolerancia, rešpekt, tvorivosť, tímová spolupráca	Láskavosť, trpezlivosť, zodpovednosť, čestnosť, úcta, rešpekt, sloboda, starostlivosť, rovnosť	Láska, pochopenie, pohladenie, pokoj, trpezlivosť
Účinnosť a dostupnosť sociálnej pomoci	Pozitívna, dobrá úroveň spolupráce	Nízka dostupnosť a informovanosť, sociálna pomoc nedostatočná	pozitívna, v rámci školy sociálny pracovník	dostačujúca
Návrhy na zlepšenie sociálnej pomoci	Pomoc odborníka pri riešení hmotnej núdze a i.	Terénna sociálna pomoc a poradenstvo, lepšia informovanosť	Možnosť umiestniť dieťa v DS alebo SC počas dňa	
Postoje spoločnosti	Zazeranie, odsudzovanie, negatívny pohľad	Odmietanie, netolerancia, ale v súčasnosti zlepšenie	Láskavý, chápaný, súcitný, ľudstvitv	Tolerancia, súcit, ale malá ochota pomôcť, malá uplatniteľnosť v živote zamestnancí
Negatívne skúsenosti	Krízy v rodičovstve	Neprijatie dieťaťa s DS v bežnej MŠ, ohrozenie autom, nedôvera v dieťa	Ľútostivé postoje ľudí	Nestretla som sa, konflikty medzi deťmi
Pristup Ježiša k chorým	Miloval všetkých, bez rozdielu	Správny postoj k týmto ľuďom	Jeho láska je pre nás posolstvo	Pomoc chorým bez rozdielu
Inšpirácia v Ježišovom prístupe	Pokora, vyrovnanosť, láskavý prístup	Jeho skutky nútiť k zamysleniu	Dobré zaobchádzanie, súcit, pokora, láskavosť, múdrosť	Láska k blížnemu
Prvky Ježišovej lásky v súčasnej sociálnej práci	Neposudzovanie, nevyvyšovanie sa	Nezištnosť pomoci, obetavosť, pokora, trpezlivosť	ochota pomáhať	Ochota pomôcť

Zdroj: Autorka práce

Tabuľka 3 Otvorené kódovanie – zhrnutie výsledkov – zamestnanci, rodičia

Účastníci	Sociálna pracovníčka	Zdravotníčka	Rodič 1	Rodič 2
Vplyv viery v Boha vo výkone zamestnania/rodičovstva	Dáva silu v ťažkých situáciách, pomáha byť lepším človekom	Správne a spravodlivé konanie, trpezlivosť, empatia, sebaovládanie, zvládanie ťažkých situácií	Asi áno, zmiešané pocity, čím viac myslím na Boha, viac sa vzdávať, beznádej, snažím sa byť dobrá mama	Nádej, sila, trpezlivosť pri odlúčení od rodiny
Kľúčové hodnoty pri práci	Empatia, spoľahlivosť, ľudskosť, diskretnosť, pohotovosť	Láskavosť, spoľahlivosť, trpezlivosť, úprimnosť, dobrosrdečnosť, pracovitosť, komunikatívnosť		
Účinnosť a dostupnosť sociálnej pomoci	Zlepšenie, väčšia miera dostupnosti informácií	V rámci školy dostatočná	Slabá, očakávaná pomoc neprišla, byrokracia, nevedomosť	V Humennom slabá
Návrhy na zlepšenie sociálnej pomoci	Zlepšenie v oblasti chránených dieťať	Skupinové sedenia rodičov s odborníkmi	Opatrovateľská, odľahčovací služba fungujúca v praxi	Veľké priestory, štátne rehabilitačné centrá, návšteva fyzioterapeutky
Postoje spoločnosti	Strach, odmietanie, obava, ale aj súcit, empatia	Negatívne aj pozitívne.	Kladné, pri starších deťoch ignorácia, neposkytnutie pomoci	Predsudky, ľudia nie sú naučení pomáhať, prihovárať sa, bočenie od hendikepovaných
Negatívne skúsenosti	Konkrétne nie	Negatívny vzťah rodič - dieťa	Nepodržanie dverí, neposkytnutie pomoci na schodoch	Ľudia sa neprihovoria, nepomôžu, nevšímavosť
Pristup Ježiša k chorým	Nekonečná láska, obetavá, súcitiaca	Pomoc slabým, chorým, odpustenie hriešnikom	Prijímal ľudí s otvorenou náručou, láska pramení od Boha	Jeho láska je v nás ľuďoch, mal rád všetkých, odpúšťal, uzdravoval
Inšpirácia v Ježišom prístupe	Obetavosť, láska k chorým, aj najmenší bol najdôležitejší	Milovať ľudí, byť silná, vytrvalá	Býť trpezlivá, vidieť nekonečnú lásku, ide príkladom	Láska a obetavosť
Prvky Ježišovej lásky v súčasnej sociálnej práci	Sociálne ctenie a solidarita	snaha o pomoc blížnemu, láska k blížnemu	ústretovosť, ochota pomôcť	Snaha vychádzať v ústrety, správať sa ľudsky, súcit

Zdroj: Autorka práce

Doterajšie zistenia nám poskytujú pohľad na niektoré kľúčové pojmy a vzory, ktoré sme identifikovali v našom výskumnom materiáli. Ako vidíme v tabuľkách 2 a 3, či už sú to kľúčové hodnoty, ktoré sú dôležité pri vykonávaní zamestnania alebo pohľad na prístup Ježiša k zdravotne postihnutým, u všetkých respondentov sú odpovede takmer identické. Tieto prvotné zistenia nám poskytujú základný rámec pre ďalšie analýzy a hĺbkovú interpretáciu nášho výskumu. Naďalej preto budeme pokračovať v analýze a vyhodnocovaní, aby sme získali ďalšie informácie a zrozumiteľnejší obraz o výskumnej téme. Očakávame, že konečné výsledky nám umožnia lepšie pochopiť danú problematiku a poskytnú nám ucelený obraz o tom, aké princípy sú kľúčové pre súčasnú sociálnu prácu so zdravotne postihnutými ľuďmi.

Je dôležité zdôrazniť, že naša práca stále pokračuje a podnikáme ďalšie kroky, ktoré nám umožnia posunúť sa smerom k požadovaným výsledkom výskumu.

Diskusia a odporúčania pre prax

Aj keď náš výskum ešte nie je ukončený a stále prebieha analyzovanie, zhrnieme si zatiaľ dosiahnuté výsledky a priblížime si kroky, ktoré je potrebné podniknúť, aby sme dosiahli stanovený cieľ.

- **Identifikácia podobností a rozdielov:** Počiatočné rozhovory s rodičmi detí so zdravotným postihnutím a zamestnancami školy poskytli cenné informácie o ich postojoch, hodnotách a skúsenostiach pri práci s ľuďmi so zdravotným postihnutím.

Prostredníctvom metódy otvoreného kódovania už dokážeme identifikovať niektoré podobnosti a rozdiely medzi prístupom Ježiša Krista k zdravotne postihnutým a prístupmi v súčasnej spoločnosti.

- **Vplyv viery a hodnôt na rodičovstvo a prácu so zdravotne postihnutými deťmi:** Na základe analýzy rozhovorov sme zistili, že rodičia aj zamestnanci vyjadrujú, že ich viera v Boha ovplyvňuje v prístupe k rodičovstvu a práci so zdravotne postihnutými deťmi. Taktiež sme identifikovali hodnoty a princípy z Ježišovho života, ktoré sa prenášajú do tejto oblasti, ako je ochota pomáhať, ústretovosť a súcitiť.
- **Porovnanie postojov rodičov a zamestnancov so zásadami Ježišovho prístupu:** Prvotná fáza analýzy nám poskytla ucelenejší pohľad na tieto postoje a v súčasnej fáze analýzy vieme predbežne zhodnotiť, že rodičia a zamestnanci pri práci s deťmi so zdravotným postihnutím čerpajú inšpiráciu v živote Ježiša Krista, a to bez ohľadu, či sú alebo nie sú veriaci. Tieto postoje budeme ale naďalej analyzovať s cieľom vyvodiť adekvátne výsledky.
- **Analýza existujúcich modelov sociálnej práce:** Postupné zhromažďovanie dát z rozhovorov tiež ponúklo pohľad na súčasné modely sociálnej práce, ktoré sa zaoberajú potrebami a prístupmi k ľuďom so zdravotným postihnutím. Na základe našej doterajšej analýzy sme zistili, že existujú určité rozdiely v názoroch na danú problematiku medzi rodičmi a zamestnancami školy. Tieto rozdiely budú ďalej analyzované s cieľom dosiahnuť podrobnejšie odpovede na otázky týkajúce sa účinnosti a dostupnosti sociálnej pomoci pre rodiny s postihnutými deťmi.

Prostredníctvom tejto diskusie sme sa dopracovali k reflexii nad doteraz získanými poznatkami a k identifikácii oblastí pre ďalší výskum. Budeme pokračovať v zbieraní dát a analýze, aby sme získali ucelenejší pohľad na túto tému a prispeli tak k tvorbe nového poznania v danej problematike.

Na základe doterajšieho výskumu formulujeme tieto odporúčania pre prax:

- Lepšia informovanosť sociálnych pracovníkov o možnej pomoci a podpore, z dôvodu zabezpečenia lepšieho prístupu k sociálnym službám, vrátane finančnej podpory, terapie a poradenstva, s cieľom lepšie porozumieť potrebám a výzvam, ktorým čelia rodiny s postihnutým členom.
- V rámci školských inštitúcií podporovať vytváranie inkluzívneho a podporného prostredia, aby sa zabezpečila rovnaká príležitosť na vzdelanie a sociálnu integráciu.
- Zvýšenie informovanosti a osvedy v povedomiach ľudí o právach a potrebách ľudí so zdravotným postihnutím, aby sa zmiernila stigmatizácia a zlepšilo sa začleňovanie ľudí so zdravotným postihnutím do spoločnosti a ich podpora.
- Vytvoriť podporné siete pre rodiny s ťažko postihnutým členom, ktoré by im poskytovali emocionálnu podporu, výmenu skúseností a prístup k informáciám.
- V nemalej miere je žiaduce taktiež rozvíjanie náboženského vzdelania, učenie o živote Ježiša Krista, jeho hodnotách a princípoch, s cieľom aplikovať tieto poznatky v každodennom živote, v medziľudských vzťahoch, pri riešení krízových situácií a najmä pre lepšie spolunažívanie si v našej spoločnosti bez ohľadu na rozdiely jednotlivcov.

Záver

Ježišov prístup k zdravotne postihnutým nám poskytuje inšpiráciu a usmernenie pre moderné prístupy k práci s týmito ľuďmi. Je dôležité, aby sme tieto hodnoty integrovali do praxe a neustále sa snažili o vytváranie spoločnosti, ktorá je otvorená a podporujúca pre všetkých svojich členov, vrátane tých, ktorí sú zdravotne postihnutí. Len spoločným úsilím je možné dosiahnuť väčšiu inklúziu, rovnosť a dôstojnosť pre všetkých jednotlivcov, bez ohľadu na ich zdravotný stav.

V súčasnej fáze výskumu sme ešte len na začiatku procesu analýzy a hľadania vzorov v našich dátach. Vzhľadom na bohatstvo informácií získaných z pološtrukturovaných rozhovorov s rodičmi a zamestnancami školy, ktorú navštevujú deti so zdravotným postihnutím je kľúčové dôkladne sa ponoriť do týchto dát a systematicky ich analyzovať. Po prvotnej fáze analyzovania dát bude ďalším krokom hĺbková analýza týchto rozhovorov, ktorá nám umožní lepšie porozumieť osobným skúsenostiam a postojom účastníkov voči téme ľudí so zdravotným postihnutím. V rámci problematiky, ktorej sa venujeme sa orientujeme aj na duchovné a etické hodnoty, ktoré sú základom Ježišovho prístupu. Sme presvedčení, že prepojenie prístupov Ježiša Krista a sociálnej práce môže priniesť nový pohľad na riešenie problémov ľudí so zdravotným postihnutím.

Literatúra

- CSABA, I. – PROKŠA, M. 2012. *Zakotvená teória ako východisko pri hľadaní učiteľových stratégií k udržaniu svojej roly v triede*. [online]. Scientia in educatione 3(2), 2012. s. 17-31. ISSN 1804-7106. [citované 2024-02-25]. Dostupné na internete: <<https://ojs.cuni.cz/scied/article/view/40/38>>.
- DOBIÁŠ, V. 2020. Realizace výskumu pomocí zakotvené teorie. [online]. Plzeň: Interdisciplinárná študentská vedecká konferencia doktorandov, 2020. [citované 2024-02-27]. Dostupné na internete: <<https://dspace5.zcu.cz/bitstream/11025/42325/1/Dobias.pdf>>.
- GAVORA, P. 2006. *Sprievodca metodológiou kvalitatívneho výskumu*. 1. vyd. Bratislava: Regent, 2006. 240 s. ISBN 80-88904-46-3.
- KONTROVÁ, K. 2013. Etika sociálneho pracovníka pri práci s osobami so zdravotným postihnutím. In MÁTEL, A. – GREY, E. – JANECHOVÁ, L a kol. 2013. *Aplikovaná etika v sociálnej práci II*. Zborník z medzinárodnej vedeckej konferencie. Bratislava: VŠZaSP sv. Alžbety, 2013. 336 s. ISBN 978-80-8132-087-3.
- MÁTEL, A. – MALÍŠKOVÁ, Z. 2016. *Etické kodexy sociálnej práce*. 2. vyd. Příbram: Ústav sv. Jana N. Neumanna, VŠZaSP sv. Alžbety, 2016. 234 s. ISBN 978-80-906146-6-6.
- ŘIHÁČEK, T. – HYTYCH, R. 2013. Metoda zakotvené teorie. In ŘIHÁČEK, T. – ČERMÁK, I. – HYTYCH, R. a kol. *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita. 2013. s. 44-74. ISBN 978-80-210-6382-2.
- ŠMIDOVÁ, M. 2012. *Sociálna práca s osobami so zdravotným postihnutím*. Trnava: Dobrá kniha, 2012. 223 s. ISBN 978-80-7141-769-9. [citované 2023-12-04].
- ŠMIDOVÁ, M. 2016. Sociálna práca s telesne a zmyslovo postihnutými osobami. In: OLÁH, M. a kol. 2016. *Sociálna práca v prax: najčastejšie problémy praktickej sociálnej práce*. Bratislava: IRIS, 2016. 400 s. ISBN 978-80-89726-58-5.

Štatistický úrad Slovenskej republiky. 2023. *Vybrané indikátory sociálnej situácie osôb so zdravotným postihnutím*. [online]. [citované 2023-12-08]. Dostupné na internete: <https://slovak.statistics.sk/wps/portal/ext/themes/living/disabled!/ut/p/z0/04_Sj9CPyksy0xPLMnMz0vMAfljo8ziw3wCLJycDB0NLDw8XA0cA0wDgky9Ao3cA030C7IdFQGjl-qd/>.

SOCIÁLNA STAROSTLIVOSŤ O SENIOROV V POBYTOVÝCH SOCIÁLNYCH SLUŽBÁCH V MESTE HUMENNÉ

SOCIAL CARE FOR THE ELDERLY IN RESIDENTIAL SOCIAL SERVICES IN THE TOWN OF HUMENNÉ

Radová Mária¹

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

E-mail: maruska.radova72@gmail.com

Školiteľ/scientific adviser: Dr. h. c. prof. ThDr. Peter Vansač, PhD.

Abstrakt

Úvod: Korene sociálnej starostlivosti siahajú do počiatkov ľudstva, pričom na území Európy bola doménou kresťanských cirkví, ktoré poskytovali starostlivosť chorým, chudobným, núdznym, sirotám, väzňom či starším ľuďom. V Československej republike sa začali budovať veľkokapacitné sociálne zariadenia po ukončení 2. svetovej vojny, čo vyplývalo z povinnosti starať sa o svojich obyvateľov. Sociálna starostlivosť o seniorov v pobytových sociálnych službách dnes predstavuje organizované poskytovanie služieb s cieľom riešiť sociálne problémy príjemcu starostlivosti, podporiť jeho sociálne fungovanie, autonómiu a účasť na živote v societe.

Metódy: Realizácia kvantitatívneho sociologického výskumu s aplikovaním metód analýzy, syntézy, dedukcie, zovšeobecnenia, mapovania, aritmetického priemeru a kauzálnokomparatívneho výskumu prostredníctvom dotazníkového nástroja, ktorý bol tvorený 6 demografickými otázkami a 10 uzavretými otázkami s cieľom mapovať vybrané oblasti sociálnej starostlivosti v zariadení pre seniorov v meste Humenné z pohľadu prijímateľov sociálnych služieb.

Výsledky: Muži seniori a ženy seniorky nemali odlišný postoj k oblasti týkajúcej sa uspokojovania potrieb v zariadení pre seniorov. V mapovaní jednotlivých potrieb dochádzalo v najvyššej miere k uspokojovaniu fyziologických potrieb. Starší ľudia a starí ľudia zastávali odlišný postoj k vybraným znakom sociálnej starostlivosti v zariadení pre seniorov, kedy sociálna starostlivosť sa vyznačovala predovšetkým odbornosťou. Stredné a vyššie vzdelanie nemalo vplyv na zmenu postoja respondentov k vnímaniu direktívneho a nedirektívneho prístupu zo strany sociálneho pracovníka v zariadení pre seniorov, pričom dominoval direktívny prístup. Ženatí/vydaté a vdovci/vdovy nemali odlišný postoj k hodnoteniu sociálnej starostlivosti v zariadení pre seniorov. U účastníkov výskumu vyvolávala vo všeobecnosti len čiastočnú spokojnosť.

Záver: Prístup k sociálnym službám je pre starších ľudí nevyhnutný vzhľadom na ich špecifické potreby, pričom kvalita ich života úzko súvisí so systémom sociálnej ochrany a kvalitou poskytovaných sociálnych služieb. Pri práci s prijímateľom sociálnych služieb by si sociálny pracovník mal byť vedomý významu potrieb vo všeobecnom rozsahu, významu materiálnych i nemateriálnych potrieb, chápať a pociťovať potreby seniora, pretože jeho úlohou je orientovať sa na zlepšovanie sociálnej reality prijímateľa. Rola sociálneho pracovníka s

prijímateľom sociálnych služieb si vyžaduje úzky kontakt, rýchle a správne rozhodnutia, osobné nasadenie, dodržiavanie ľudských práv a etiky profesie.

Kľúčové slová: Senior. Sociálna starostlivosť. Pobytové sociálne služby.

Abstract

Introduction: The roots of social care go back to the beginning of mankind, and in Europe it was the domain of Christian churches, which provided care for the sick, the poor, the needy, orphans, prisoners and the elderly. In the Czechoslovak Republic, large-scale social welfare facilities began to be built after the end of the Second World War as a result of the duty to care for its inhabitants. Today, social care for the elderly in residential social services is the organized provision of services to address the social problems of the recipient of care, to promote his or her social functioning, autonomy and participation in society.

Methods: Implementation of quantitative sociological research with the application of methods of analysis, synthesis, deduction, generalization, mapping, arithmetic average and causal-comparative research through a questionnaire instrument, which consisted of 6 demographic questions and 10 closed questions in order to map selected areas of social care in the facility for the elderly in the city of Humenné from the perspective of the recipients of social services.

Results: Male seniors and female seniors did not have different attitudes towards the area related to meeting needs in a senior care facility. In the mapping of individual needs, the satisfaction of physiological needs occurred to the highest extent. The elderly and the elderly held different attitudes towards selected features of social care in a senior facility, where social care was primarily characterized by expertise. Secondary and higher education did not affect the change in the respondents' attitude towards the perception of directive and non-directive approach on the part of the social worker in the elderly facility, with the directive approach dominating. Married/widowed and widowed/widowers did not have different attitudes towards the evaluation of social care in a senior citizens' facility. For the research participants, it generally elicited only partial satisfaction.

Conclusion: Access to social services is essential for older people because of their specific needs, and their quality of life is closely linked to the social protection system and the quality of social services provided. When working with a recipient of social services, the social worker should be aware of the importance of needs in general, the importance of material and non-material needs, and understand and feel the needs of the elderly person, as his/her task is to focus on improving the social reality of the recipient. The role of the social worker with the recipient of social services requires close contact, quick and correct decisions, personal commitment, respect for human rights and the ethics of the profession.

Keywords: Senior. Social care. Residential social services.

Úvod

Na základe demografických prognóz je možné do roku 2050 očakávať nárast počtu seniorov o 2 miliardy, čím vzrastie podiel starších ľudí vo veku 60+ z aktuálnych 10 % na 21 % a klesne podiel detí zo súčasných 30 % na 21 %. Ani Slovenská republika sa nevyhne prudšiemu nárastu seniorov, kedy do roku 2060 bude u nás každý tretí občan vo veku 65+ a klesne podiel detí do 14 rokov o viac ako 3 %, kedy na 220 seniorov pripadne 100 detí v predproduktívnom veku. (Bóriková, 2016).

Vychádzajúc z *Národného programu aktívneho starnutia na roky 2021 – 2030* (Repková a kol., 2020) zhrnutím výstupových aspektov je možné konštatovať, že prístup k integrovaných sociálno-zdravotným službám dlhodobej starostlivosti sa v dnešnej dobe vyznačuje poklesom starostlivosti o starších ľudí v domácom prostredí a nárastom ich starostlivosti vo forme pobytových sociálnych služieb. V porovnaní s krajinami Európskej únie môžeme pozorovať výrazne nižší počet seniorov žijúcich vo svojom prirodzenom prostredí v počte 74 % oproti európskemu priemeru cca 95 %.

Podľa *Stratégie dlhodobej sociálno-zdravotnej starostlivosti v Slovenskej republike* (Levyová a kol., 2019), ktorá zverejnila prieskum v oblasti poskytovania dlhodobej starostlivosti na Slovensku v roku 2018 na vzorke 568 respondentov vo veku 41 – 60 rokov, je zrejmé, že starostlivosť v pobytovom zariadení sociálnych služieb využívalo 23,9 % seniorov. Dĺžka čakania na umiestnenie do zariadenia sociálnych služieb sa pohybovala od 2 mesiacov (42,4 %), cez 3 – 6 mesiacov (26,4 %) a 7 – 12 mesiacov (11,5 %), až do doby dlhšej ako 1 rok (19,7 %). Spokojnosť so zariadením sociálnych služieb vyjadrovalo len 26,5 % účastníkov, 33,9 % bol skôr spokojných, 21,9 % skôr nespokojných a 17,7 % nespokojných. K hlavným oblastiam nespokojnosti boli uvádzané nespokojnosť so zdravotníckym personálom (32,7 %), iným personálom (23,5 %) a nedostatok času na úkony a klienta i nedostatok záujmu (11,9 %).

Sociálna starostlivosť, ako jedna z foriem sociálnej pomoci, sa na Slovensku opiera o zákon č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách a je realizovaná i poskytovaná v zmysle právnych noriem platných v podmienkach SR. Hangoni, Cehelská a Šip (2015) udávajú, že pri senioroch máme tendenciu hovoriť skôr o starostlivosti ako pomoci, a to z dôvodu, že sociálna pomoc sa poskytuje s cieľom participácie klienta na riešení vlastného sociálneho problému, zatiaľ čo sociálna starostlivosť sa poskytuje tým, ktorí nedokážu zmeniť a zlepšiť svoju východiskovú situáciu i sociálnu pozíciu vlastnými silami. V staršom veku predstavuje obmedzenie vitálnych funkcií v individuálnom rozsahu súčasť existencie seniorov, preto sa vypracúvajú mnohé opatrenia a zabezpečujú sociálne služby, ktoré zohrávajú svoje miesto v skvalitňovaní života jedinca. Magera (2015, s. 182) klasifikuje sociálnu starostlivosť ako: „*súhrnnú a cieľavedomú starostlivosť o jedinca zameranú na jeho blaho, vývoj, sociálne zabezpečenie, poskytovanie služieb a dávok sociálnej starostlivosti.*“

Korene sociálnej starostlivosti siahajú do počiatkov ľudstva, pričom na území Európy bola doménou kresťanských cirkví, ktoré poskytovali starostlivosť chorým, chudobným, núdznym, sirotám, väzňom či starším ľuďom. Starostlivosť o seniorov bola tradične v rukách rodiny, keď sa ale rodina z akéhokoľvek dôvodu nevedela, nemohla alebo nechcela postarať, bol osud týchto vydedencov ťažký a nebolo možné to riešiť jednorazovými činmi alebo milodarmi. Tak začali vznikať prvé inštitúcie pobytového charakteru, kedy kláštory, kostoly, rády či zámožní ľudia začali zabezpečovať starostlivosť o starších ľudí formou prístrešia, poskytnutia stravy a sprostredkovania akútnej zdravotnej starostlivosti. (Hangoni, Cehelská, Šip, 2015). V Československej republike sa začali budovať veľkokapacitné sociálne zariadenia po ukončení 2. svetovej vojny, čo vyplývalo z povinnosti starať sa o svojich obyvateľov. (Brichtová, Repková, 2009). K 31. marcu 2020 vyvíjalo svoju činnosť na pomoc seniorom na Slovensku takmer 3 000 subjektov, pričom približne 50 % sociálnych služieb malo formu inštitucionálnej starostlivosti. (Káčerová, Ondoš, Miláčková, 2021).

Pobytové sociálne služby sú určené pre seniorov, ktorí sú nesebestační do takej miery, že nedokážu zostať bývať vo svojom prirodzenom prostredí, pričom nemajú k dispozícii

starostlivosť zo strany rodiny, alebo je nedostatočná. (Dvořáčková, 2012). Zariadenie pre seniorov predstavuje najvýznamnejšie sociálne zariadenie, ktoré poskytuje organizovaný a špeciálny súbor odborných, obslužných či ďalších činností, prípadne ich kombináciu, pre fyzickú osobu, ktorá dosiahla dôchodkový vek. (Zákon č. 448/2008 Z. z.). Klientmi zariadenia pre seniorov je cca 3 – 4 % obyvateľov nad 70 rokov z celkovej seniorskej populácie. (Haškovcová, 2010).

Úloha sociálneho pracovníka v pobytových sociálnych službách je veľmi dôležitá. Sociálny pracovník vykonáva administratívnu prácu, kedy plánuje príchod klienta do zariadenia, programy aktivít a spoločenských činností pre klientov, zabezpečuje program týkajúci sa kvality služieb, vedie administratívu a udržiava kontakt s verejnosťou s cieľom informovania o zariadeniach pre seniorov. (Magera, 2015). Po príchode seniora do zariadenia sociálnych služieb ho sociálny pracovník oboznamuje s prostredím, personálom, obyvateľmi a tým, ako prebieha chod zariadenia. V procese adaptácie na život v inštitucionálnom prostredí je dôležité minimalizovať negatívne dopady adaptácie a predchádzať maladaptácnému syndrómu. (Odlerová, Tokovská, 2011). Podľa Vansača (2011) je pre úspešnú adaptáciu dôležité uplatniť osobitný prístup s realizovaním individuálneho adaptačno-edukačného programu. Tento prístup musí vychádzať z povahových vlastností seniora, jeho životných návykov i záujmov a jeho cieľom je uľahčiť adaptáciu na nové prostredie. (Čornaničová, 2007).

V pobytových sociálnych službách zohráva dôležitý význam sociálno-terapeutický program, ktorý je podľa Ružičku (2010) praktizovaný na individuálnej aj skupinovej úrovni a pozostáva z ergoterapie, arteterapie, muzikoterapie, biblioterapie, kognitívnej rehabilitácie a fyzického cvičenia.

Ergoterapia podporuje zdravie a pohodu seniora formou vybraných činností, ktoré mu umožňujú dosahovať maximálny funkčný štandard i nezávislosť a zvyšujú jeho schopnosť začleniť sa do každodenného života. (Vansač, 2020). V zariadení sociálnych služieb je dôležité, aby sa ergoterapeutická činnosť zameriavala na čo najviac podnetov, metód a aktivít, pričom na udržanie koncentrácie seniora a jeho záujmu sa odporúča striedať činnosť s prvkami relaxácie. (Malíková, 2011).

Arteterapia je definovaná ako terapeutický proces, ktorý využíva umenie ako expresívny proces na sebaopoznanie a vyjadrenie konfliktov i vnútorných emócií prostredníctvom procesov sebaopoznania a transformácie. (Tavares, Prestes, 2018). Existuje množstvo prostriedkov, ktoré možno využiť v arteterapeutickom procese, ako sú maľba, kresba, koláž, modelovanie, tkanie, vyjadrenie tela, aktívna predstavivosť, rozprávky, mýty, uvedomenie si tela, tvorivé písanie, hudba a scénické umenie, aby starší dospelí boli schopní vyjadrovať pocity a emócie, ktoré narúšajú ich fyzickú, duševnú, sociálnu a duchovnú pohodu. (Silva Jardim, 2020).

Muzikoterapia má významný prínos pre všetkých ľudí, pričom predstavuje jednu z najúčinnějších terapií pre seniorov. Muzikoterapia účinne znižuje fyzickú bolesť, úzkosť, depresiu, podporuje sociálne vzťahy s personálom i obyvateľmi. Ďalej uvoľňuje spomienky, ktoré sú spojené s uspokojením z úspešných a šťastných životných udalostí, čo vedie k pozitívnym zmenám nálad a emocionálnych stavov. Zistilo sa, že muzikoterapia je nielen nákladovo efektívna, ale je aj sľubnou intervenciou na zlepšenie kvality života ľudí. (Ibraheem Sayied et al., 2019).

Biblioterapia využíva literárne materiály na realizáciu čítania ako prostriedku na zlepšenie zdravia a starostlivosti, zachovanie alebo obnovenie fyzického i duševného zdravia.

Predstavuje objektívnu stratégiu na zlepšenie subjektívnej pohody starších dospelých. (Zhang et al., 2022).

Kognitívna rehabilitácia je terapeutická stratégia na zlepšenie, udržanie a zvýšenie kognitívnych schopností a špecifických duševných procesov seniora. Zlepšuje fyzické, kognitívne, ako aj sociálne schopnosti a schopnosti jednotlivca vnímať, vysvetľovať a správne odpovedať na informácie formou precvičovania mozgu a trénovaním pamäte. (Farokhi-Sisakht et al., 2019).

Fyzické cvičenie pomáha seniorom udržiavať mobilitu a funkčnosť, zlepšuje sociálnu integráciu, podporuje sociálnu interakciu, formuje priateľstvá a umožňuje osvojovať si nové roly. (Lenhardtová, 2018). Pohybová aktivita rovnako zvyšuje dlhovekosť, kĺbovú flexibilitu, silu kostí, zlepšuje spánok, funkčnosť, nezávislosť a životnú pohodu starších ľudí. (Fialová, Vlastníková, 2013).

Ciele nášho výskumu

Hlavným cieľom výskumu bolo mapovať vybrané oblasti sociálnej starostlivosti v zariadení pre seniorov v meste Humenné z pohľadu prijímateľov sociálnych služieb.

Úlohou čiastkových cieľov výskumu bolo skúmať:

- rozhodnutie o umiestnení do zariadenia pre seniorov,
- dôvody príchodu do zariadenia pre seniorov,
- uspokojovanie potrieb v zariadení pre seniorov,
- znaky sociálnej starostlivosti v zariadení pre seniorov,
- prístup sociálneho pracovníka v zariadení pre seniorov,
- sociálno-terapeutický program v zariadení pre seniorov,
- hodnotenie sociálnej starostlivosti v zariadení pre seniorov.

Charakteristika súboru a metodika

Distribúcia dotazníka prostredníctvom osobného kontaktu prebiehala v mesiaci január 2024 v troch zariadeniach pre seniorov v meste Humenné. Selekcia respondentov podliehala zámernému výberu na základe vopred stanovených znakov bez ohľadu na kvótnu obmedzenie so zámerom uskutočniť zber kvantitatívnych údajov pomocou osobného kontaktu. Základný súbor výskumu predstavovali starší ľudia vo veku 60+, ktorí sú prijímateľmi pobytových sociálnych služieb v troch zariadeniach pre seniorov v meste Humenné.

Výberový súbor tvorilo spolu 67 seniorov, ktorých podrobnú stratifikáciu v závislosti od pohlavia, veku, najvyššieho dosiahnutého vzdelania, rodinného stavu, počtu detí a vierovyznania sme znázornili v tabuľke 1.

Tab. 1 Stratifikácia výberového súboru

VÝSKUMNÁ VZORKA				
Pohlavie				
Muž		Žena		
49,3 %		50,7 %		
Vek				
Starší človek		Starý človek		Dlhoveký človek
53,7 %		41,8 %		4,5 %
Najvyššie dosiahnuté vzdelanie				
Základné	Stredoškolské bez maturity	Stredoškolské s maturitou	Vyššie odborné	Vysokoškolské
0 %	28,4 %	40,3 %	4,5 %	26,8 %
Rodinný stav				
Slobodný	Ženatý/vydatá	Rozvedený/á		Vdovec/vdova
6 %	32,8 %	7,5 %		53,7 %
Počet detí				
Nemám deti	1 – 2 deti	3 – 4 deti		5 a viac detí
3 %	31,3 %	40,3 %		25,4 %
Vierovyznanie				
Rímskokatolícke	Gréckokatolícke	Pravoslávne	Evanjelické	Bez vierovyznania
31,3 %	22,4 %	20,9 %	16,4 %	9 %

Zdroj: Autorka práce, 2024

Realizovali sme kvantitatívny sociologický výskum, v ktorom sme aplikovali metódy analýzy, syntézy, dedukcie, zovšeobecnenia, mapovania, aritmetického priemeru a kauzálnokomparatívneho výskumu. K dosiahnutiu výskumného cieľa sme využili dotazníkový nástroj, ktorý je jednou z najfrekvencovanejších metód na zisťovanie názorov, faktov, javov a ich skutočností. Dotazník bol tvorený 6 demografickými otázkami a 10 uzavretými otázkami, ku ktorým mohli respondenti zaujať svoje stanovisko výberom jednej z ponúkaných alternatív. Analýza a komparácia výsledkov výskumu

H1: Existuje štatisticky významný rozdiel v uspokojovaní potrieb prijímateľov sociálnych služieb v zariadení pre seniorov z hľadiska pohlavia – znázornením tabuľky 2 sme verifikovali štatistickú hladinu významnosti týkajúcu sa uspokojovania potrieb.

Tab. 2 U-test uspokojovania potrieb z hľadiska pohlavia

MANN-WHITNEY U-TEST	POHLAVIE	n	t	p(α)
Uspokojovanie potrieb prijímateľov sociálnych služieb	muž	33	-1,118	0,077
	žena	34		

Zdroj: Autorka práce, 2024

Výsledok $p(\alpha)$ bol 0,077, čím prekročil štatistickú hladinu významnosti 0,05, v dôsledku čoho sa prvá hypotéza nepotvrdila. Na základe získaných výsledkov sme mohli skonštatovať, že muži a ženy nemali odlišný postoj k oblasti týkajúcej sa uspokojovania potrieb v zariadení pre seniorov, nakoľko jednotlivé položky boli hodnotené približne rovnako nezávisle od pohlavia.

H2: Existuje štatisticky významný rozdiel vo vnímaní znakov sociálnej starostlivosti u prijímateľov sociálnych služieb v zariadení pre seniorov z hľadiska veku – spracovaním tabuľky 3 sme overovali štatistickú hladinu významnosti znakov sociálnej starostlivosti u starších ľudí (60 – 74 rokov) a starých ľudí (75 – 89 rokov).

Tab. 3 U-test vnímania znakov sociálnej starostlivosti z hľadiska veku

MANN-WHITNEY U-TEST	VEK	n	t	p(α)
Vnímanie znakov sociálnej starostlivosti u prijímateľov sociálnych služieb	starší človek	36	-0,883	0,024
	starý človek	28		

Zdroj: Autorka práce, 2024

Výsledok $p(\alpha)$ dosiahol 0,024, čím neprekročil štatistickú hladinu významnosti 0,05, na základe čoho sa druhá hypotéza potvrdila. Posúdením nadobudnutých údajov sme mohli usúdiť, že starší ľudia a starí ľudia zastávali odlišný postoj k vybraným znakom sociálnej starostlivosti v zariadení pre seniorov, keďže jednotlivé položky boli u týchto dvoch skupín hodnotené diferentne.

H3: Existuje štatisticky významný rozdiel vo vnímaní prístupu zo strany sociálneho pracovníka u prijímateľov sociálnych služieb v zariadení pre seniorov z hľadiska vzdelania – predložením tabuľky 4 sme mapovali štatistickú hladinu významnosti orientovanú na direktívny a nedirektívny prístup u stredného vzdelania, ktoré zastrešovalo stredoškolské vzdelanie bez maturity a s maturitou, a vyššieho vzdelania v rozsahu vyššieho odborného a vysokoškolského vzdelania.

Tab. 4 U-test vnímania prístupu sociálneho pracovníka z hľadiska vzdelania

MANN-WHITNEY U-TEST	VZDELANIE	n	t	p(α)
Vnímanie prístupu zo strany sociálneho pracovníka u prijímateľov sociálnych služieb	stredné	46	-0,285	0,751
	vyššie	21		

Zdroj: Autorka práce, 2024

Výsledok $p(\alpha)$ obsiahol 0,751, čím prekročil štatistickú hladinu významnosti 0,05, z čoho vyplývalo, že sa tretia hypotéza nepotvrdila. Analyzovaním osvojených poznatkov sme mohli vyvodit', že stredné a vyššie vzdelanie nemalo vplyv na zmenu postoja respondentov k vnímaniu direktívneho a nedirektívneho prístupu zo strany sociálneho pracovníka v zariadení pre seniorov, a to z dôvodu, že jednotlivé položky boli hodnotené zhruba rovnako nezávisle od dosiahnutého vzdelania.

H4: Existuje štatisticky významný rozdiel v hodnotení sociálnej starostlivosti u prijímateľov sociálnych služieb v zariadení pre seniorov z hľadiska rodinného stavu – ponúknutím tabuľky 5 sme zhodnocovali štatistickú hladinu významnosti centrovánú na hodnotenie sociálnej starostlivosti u ženatých/vydatých a u vdovcov/vdovách.

Tab. 5 U-test hodnotenia sociálnej starostlivosti z hľadiska rodinného stavu

MANN-WHITNEY U-TEST	RODINNÝ STAV	n	t	p(α)
Hodnotenie sociálnej starostlivosti u prijímateľov sociálnych služieb	ženatý/vydatá	22	-0,529	0,771
	vdovec/vdova	36		

Zdroj: Autorka práce, 2024

Výsledok $p(\alpha)$ dosahoval 0,771, čím prekročil štatistickú hladinu významnosti 0,05, preto sa štvrtá hypotéza nepotvrdila. V dôsledku osvojených dát sme mohli formulovať, že ženatí/vydatí a vdovci/vdovy nemali odlišný postoj k hodnoteniu sociálnej starostlivosti v zariadení pre seniorov, pretože jednotlivé položky boli hodnotené viac-menej rovnako nezávisle od rodinného stavu.

Diskusia

V diplomovej práci sme sa zamerali na sociálnu starostlivosť o seniorov v pobytových sociálnych službách s dôrazom na mapovanie vybraných oblastí sociálnej starostlivosti v zariadení pre seniorov v meste Humenné z pohľadu prijímateľov sociálnych služieb.

Umiestnenie do zariadenia pre seniorov pramenilo u respondentov predovšetkým z vlastného rozhodnutia (61,1 %), kedy hlavným dôvodom príchodu do zariadenia bol najmä zhoršený zdravotný stav (65,6%). V mapovaní jednotlivých potrieb sme dospeli k zisteniam, že u seniorov dochádzalo v najvyššej miere k uspokojovaniu fyziologických potrieb (71,7 %), a tak k uspokojovaniu potreby bezpečia (56,7 %), potreby úcty (23,8 %), potreby sebaaktualizácie (17,9 %), potreby lásky a príslušnosti (10,5 %).

Mapovaním vybraných znakov sociálnej starostlivosti sme sa dozvedeli, že v zariadení pre seniorov sa sociálna starostlivosť vyznačovala predovšetkým odbornosťou (71,7 %), ďalej dobrou komunikáciou (47,8 %), citlivým prístupom (40,3 %), empatiou (40,3 %), aktívnym počúvaním (40,3 %), ochotou pomôcť (34,3 %), dostatkom času a pozornosti (31,4 %) a trpezlivosťou (29,8 %).

Skúmaním troch znakov direktívneho prístupu a troch znakov nedirektívneho prístupu sme spriemerovaním jednotlivých odpovedí zistili, že v zariadení pre seniorov u sociálneho pracovníka dominoval direktívny prístup (aritmetická priemerná hodnota 64,2 %), až tak prístup nedirektívny (aritmetická priemerná hodnota 53,2 %).

Z hľadiska metód sociálno-terapeutického programu bola v zariadení pre seniorov využívaná v najväčšom rozsahu metóda s názvom biblioterapia (64,2 %), po nej to bola muzikoterapia (61,2 %), arteterapia (55,2 %), ergoterapia (53,7 %), kognitívna rehabilitácia (44,8 %) a posledná priečka patrila fyzickému cvičeniu (22,4 %).

Celkovú sociálnu starostlivosť v zariadení pre seniorov hodnotili respondenti nanajvýš v rozsahu potrebnosti (71,7 %), nasledovala dostatočnosť (52,3 %), primeranosť (41,8 %), rozmanitosť (37,2 %) a efektívnosť (35,8 %), pričom sociálna starostlivosť vyvolávala u účastníkov výskumu čiastočnú spokojnosť (61,2 %), spokojnosť (32,8 %) a nespokojnosť (6 %).

Na základe dosiahnutých výsledkov sme navrhli viacero odporúčaní pre oblasť praxe, pričom sociálny pracovník by mal pri poskytovaní sociálnych služieb brať v úvahu nielen novoprijatých klientov, ale všetkých seniorov, väzby medzi ošetrovateľským personálom, zariadením pre seniorov a komunitou.

Prvým cieľom je nadviazanie dôverného vzťahu so seniorom, ktorý sa buduje dobrou komunikáciou, empatiou, ochotou aktívne počúvať, porozumením, vyhradením dostatočného času a pozornosti. Disponovanie dobrými komunikačnými schopnosťami s vhodne implikovanými komunikačnými technikami sú pre úspech práce so seniorom kľúčové. Vyššie spomenuté oblasti, ktoré sme skúmali ako znaky sociálnej starostlivosti vo vzťahu k výkonu sociálneho pracovníka, boli v našom výskume hodnotené pod 50 %. To nás priviedlo k tomu, že pre sociálnych pracovníkov by bolo prospešné zamerať sa na rozvoj komunikačných zručností absolvovaním rôznych školení a kurzov, ktoré im umožnia zdokonaľiť sa v komunikačnom procese, odhaliť prípadne chyby a bariéry, ktorých sa môžu dopúšťať. Absolvovanie takýchto kurzov je obzvlášť prínosné pre začínajúcich sociálnych pracovníkov. Druhým krokom sociálneho pracovníka je oboznámiť seniora s prostredím danej inštitúcie a poskytnúť mu odpovede na jeho otázky, vytvoriť mu program denných aktivít a činností, ktoré mu pomôžu k úspešnej adaptácii na život v zariadení. Dôležitú rolu tu zohráva individuálne plánovanie, ktoré má vychádzať z individuálnych potrieb i preferencií klienta, čím sa mu poskytnú na mieru prispôsobené sociálne služby. V rámci realizovaného výskumu dostatočnosť sociálnych služieb dosahovala zastúpenie odpovedí 52,3 % a ich efektívnosť len tretinové zastúpenie odpovedí v počte 35,8 %. V procese plánovania a vykonávania sociálnej služby je preto nesmierne dôležité zapájať seniora, ak je to možné, zohľadňovať jeho potreby a preferencie, informovať ho o rozmanitých službách, ktoré má k dispozícii, o ich význame a efektívnosti.

Tretím poslaním je plne zmobilizovať podpornú sieť, teda pomôcť starším ľuďom posilniť ich kontakt s deťmi a priateľmi, minimalizovať pocit osamelosti a podať pomocnú ruku pri

vybudovaní sociálnej podpornej siete v zariadení pre seniorov, čo je možné aplikovaním modelu prepojenia, teda sociálna práca + rodina + rovesníci + zariadenie pre seniorov + komunita. Vo výskumnom šetrení sme totiž zistili, že dodržiavanie kontaktu s príbuznými je pre seniorov nesmierne dôležité, pričom osamelosť pociťuje až 43,2 % z nich. Zo strany zariadenia je možné realizovať rôzne akcie s rodinnými príslušníkmi, priateľmi a komunitou, kde príkladom môže byť deň matiek, realizácia kreatívnych medzigeneračných stretnutí ako napr. valentínsky dom dôchodcov s prváčkmi, vianočné dielne, športový deň a iné.

S aktuálne poskytovanou sociálnou starostlivosťou boli respondenti len čiastočne spokojní v rozsahu 61,2 %. Pre skvalitnenie sociálnych služieb, zlepšenie činnosti sociálneho pracovníka a jeho prístup ku klientovi je nesmierne dôležitá supervízia. Sociálny pracovník by mal mať k dispozícii supervíziu, ktorá predstavuje spôsob vzdelávania, v ktorom nastáva vzrast odborných kompetencií i osobnostný rast. Stotožnili sme sa s presvedčením, že poskytovateľ sociálnej služby má byť povinný uskutočňovať supervíziu, ktorá predchádza poškodzovaniu klienta a zabezpečuje kvalitu poskytovanej služby, čo nachádza legislatívne zakotvenie v zákone č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách. V rámci supervízie za účelom verifikácie vlastných postupov i predchádzania syndrómu vyhorenia je možné uplatniť širokú škálu metód ako napríklad hranie rolí, brainstorming, konfrontáciu, posilňovanie či ventiláciu pocitov.

Záver

Prístup k sociálnym službám je pre starších ľudí nevyhnutný vzhľadom na ich špecifické potreby. Kvalita ich života úzko súvisí so systémom sociálnej ochrany a kvalitou poskytovaných sociálnych služieb. Pri práci s prijímateľom sociálnych služieb by si sociálny pracovník mal byť vedomý významu potrieb vo všeobecnom rozsahu, významu materiálnych i nemateriálnych potrieb, chápať a pociťovať potreby seniora, pretože jeho úlohou je orientovať sa na zlepšovanie sociálnej reality. Rola sociálneho pracovníka s prijímateľom sociálnych služieb si vyžaduje úzky kontakt, rýchle a správne rozhodnutia, osobné nasadenie, dodržiavanie ľudských práv a etiky profesie.

LITERATÚRA

- BÓRIKOVÁ, I. 2016. *Priority starostlivosti o seniorov – aspekt spoločenský a zdravotný*. [online]. 2016. 6 s. [cit. 2023-11-29]. Dostupné na internete: <<https://portal.jfmed.uniba.sk/clanky.php?aid=195>>.
- BRICHTOVÁ, L. – REPKOVÁ, K. 2009. *Sociálna ochrana starších osôb a osôb so zdravotným postihnutím - vybrané aspekty*. Bratislava : Epos, 2009. ISBN 978-80-8057-797-1.
- ČORNANIČOVÁ, R. 2007. *Edukácia seniorov – druhy andragogického pôsobenia*. [online]. 2007. 8 s. [cit. 2023-11-20]. Dostupné na internete: <https://fphil.uniba.sk/fileadmin/fif/katedry_pracoviska/kped/projekty/projekt_Stanim_sa_ucITelom/Acta_Andragogica/1-9.pdf>.
- DVOŘÁČKOVÁ, D. 2012. *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*. Praha : Grada Publishing, 2012. ISBN 978-80-247-4138-3.
- FAROKHI-SISAKHT F. et al. 2019. Cognitive Rehabilitation Improves Ischemic Stroke-Induced Cognitive Impairment: Role of Growth Factors. In *Cognitive Rehabilitation*

- Improves Ischemic Stroke-Induced Cognitive Impairment: Role of Growth Factors*. ISSN 1052-3057, 2019, vol. 28, no. 10, p. 299-347.
- FIALOVÁ, D. – VLASTNÍKOVÁ, V. 2013. Pohybové aktivity senioriek II: Subjektívny vnímaní vybraných ukazateľů kvality života. In *Hygiena*. ISSN 1803-1056, 2013, roč. 58, č. 2, s. 62-66.
- HANGONI, T. – CEHELSKÁ, D. – ŠÍP, M. 2015. *Sociálne poradenstvo pre seniorov*. Prešov : Prešovská univerzita v Prešove, 2015. ISBN 978-80-555-1167-2.
- HAŠKOVCOVÁ, H. 2010. *Fenomén stáří*. Praha : Havlíček Brain Team, 2010. ISBN 978-80-87109-19-9.
- IBRAHEEMSAYIED, N. et al. 2019. Effectiveness of Music Therapy on the Depression levels among Elderly at Assiut Geriatric Clubs. In *Journal of Nursing and Health Science*. ISSN 2320-1940, 2019, vol. 8, no. 2, p. 58-65.
- LENHARDTOVÁ, M. 2018. Kvalita života seniorov zapojených do pohybového programu. In *Pregraduálna príprava profesionálov v oblasti vzdelávania dospelých. Medzinárodná vedecká konferencia, 18.5.2018 v Prešove*. [online]. 2018. s. 39-45. [cit. 2023-11-15]. Dostupné na internete: <https://www.pulib.sk/web/kniznica/elpub/dokument/balogova8/subor/Lenhardtova.pdf>
- LEVYOVÁ, M. a kol. 2019. *Stratégia dlhodobej sociálno-zdravotnej starostlivosti v Slovenskej republike*. Bratislava : Inštitút zdravotnej politiky MZ SR, 2019. 152 s.
- KÁČEROVÁ, M. – ONDOŠ, S. – MILÁČKOVÁ, M. 2021. Regionálne nerovnosti v zdravotnej a sociálnej starostlivosti o seniorov na Slovensku. In *Geographia Cassoviensis*. ISSN 1337-6748, 2021, roč. XV, č. 2, s. 135-149.
- MAGERA, I. 2015. Sociálne služby. In *Sociálne potreby seniorov*. Warszawa : Instytut Wydawniczy Humannum, 2015. ISBN 978- 83-932603-6-2, s. 147-185.
- MALÍKOVÁ, E. 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha : Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3148-3.
- ODLEROVÁ, A. – TOKOVSKÁ, M. 2011. *Starostlivosť o seniorov v kontexte sociálnej práce*. Banská Bystrica : Občianske združenie Rieka života, 2011. ISBN 978-80-970737-6-3.
- REPKOVÁ, K. a kol. 2020. *Národný program aktívneho starnutia na roky 2021-2030 (analytická časť)*. [online]. Bratislava : Inštitút pre výskum práce a rodiny, 2020. 31 s. [cit. 2023-12-03]. Dostupné na internete: <<https://ivpr.gov.sk/narodny-program-aktivneho-starnutia-na-roky-2021-2030-analyticka-cast-kvetoslava-repkova-ed/>>.
- RUŽIČKA, V. 2010. Sociálny pracovník v zariadení pre seniorov a v domove sociálnych služieb Humanus. In *Sociálne služby v regióne. Zborník z vedeckej konferencie*. Skalica : Občianske združenie ELISABETH, 2010. ISBN 978-80-970567-0-4, s. 98-108.
- SILVA JARDIM, V. C. F. et al. 2020. Contributions of art therapy to promoting the health and quality of life of older adults. In *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. ISSN 1809-9823. 2020, vol. 23, no. 4, p. 1-9.
- TAVARES, J. R. – PRESTERS, V. R. 2018. Arteterapia ako stratégia psychologická para saúde mental. In *A Revista de Iniciação Científica da Unifamma*. ISSN 2448-3516, 2018, vol. 3, no. 1, p. 1-17.
- VANSÁČ, P. 2011. Kvalita života starších ľudí v zariadení pre seniorov. In *Kvalita života a ľudské práva v prosociálnej spoločnosti. Zborník z konferencie s medzinárodnou účasťou*.

- Prešov : PU v Prešove, Gréckokatolícka teologická fakulta, Katedra aplikovanej edukológie. ISBN 978-80-555-0343-1, s. 98-115.
- VANSÁČ, P. 2020. The use of ergotherapy in the retirement home. In *УКРАЇНА. ЗДОРОВ'Я НАЦІЇ*. [online]. 2020, vol 2, no. 59, p. 73-76. [cit. 2023-11-20]. Dostupné na internete: <https://www.researchgate.net/publication/341584744_The_use_of_ergotherapy_in_the_retirement_home>. ISSN 2077-6594.
- 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.
- ZHANG, H. et al. 2022. Effects of Developmental Bibliotherapy on Subjective Well-Being of Older Adults Living in Nursing Homes: A Quasi-Experimental Study. In *Journal of Psychosocial Nursing*. ISSN 1938-2413, 2022, vol. 60, no. 7, p. 15-23.

**ŠPECIFIKÁ SATURÁCIE SPIRITUÁLNYCH POTRIEB FYZICKÝM OSOBÁM
V ŠPECIALIZOVANOM ZARIADENÍ
SATURATION SPECIFICS OF SPIRITUAL NEEDS FOR PHYSICAL
INDIVIDUALS IN A SPECIALIZED FACILITY**

Svitaničová Emília¹

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

Detašované pracovisko bl. Metóda Dominika Trčku Michalovce

E-mail: emiliasvit@gmail.com

Školiteľ/scientific adviser: Dr. h. c. Prof. ThDr. Peter Vansač. PhD.

Abstrakt

Diplomová práca je rozdelená na teoretickú a empirickú časť. Cieľom diplomovej práce bolo zistiť špecifiká saturácie spirituálnych potrieb fyzických osôb, konkrétne u sociálnych pracovníkov, zdravotníkov a ostatného personálu v špecializovanom zariadení. V teoretickej časti si predstavíme základné pojmy ako spiritualita, religiozita, spirituálne potreby. Ozrejníme si pojem duševné zdravie aj čo je to syndróm vyhorenia a ako sa v živote človeka prejavuje. Predstavíme si špecializované zariadenie podľa zákona č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách. Tieto teoretické poznatky sme získali a využili na základe použitej dostupnej odbornej slovenskej a zahraničnej literatúry. V empirickej časti práce budeme realizovať výskum pomocou dotazníka. Zistíme či kňazská služba je súčasťou naplnenia spirituálnych potrieb v zariadení a či ju pracovníci využívajú. Koľkí z nich sú veriaci, koľkí z nich podľa hli syndrómu vyhorenia aspoň raz vo svojej praxi, či je pre nich osobná spiritualita dôležitá, akú formu vzdelávania by uvítali v zariadení, či sú v zariadení naplnené ich spirituálne potreby.

Kľúčové slová

Spiritualita, Kňazská služba, Syndróm vyhorenia

Abstract

The master's thesis is divided into theoretical and empirical parts. The aim of the thesis was to explore the specifics of the saturation of spiritual needs in individuals, specifically among social workers, healthcare professionals, and other personnel in a specialized facility. In the theoretical part, we will introduce fundamental concepts such as spirituality, religiosity, and spiritual needs. We will clarify the concept of mental health and what burnout syndrome is and how it manifests in a person's life. We will present a specialized facility according to Act No. 448/2008 Coll. on Social Services. These theoretical insights were obtained and utilized based on the used available professional Slovak and foreign literature. In the empirical part of the work, we will conduct research using a questionnaire. We will find out whether the priestly service is a part of fulfilling spiritual needs in the facility and whether employees utilize it. We will determine how many of them are believers, how many have experienced burnout syndrome at least once in their practice, whether personal spirituality is important to them, what form of education they would welcome in the facility, and whether their spiritual needs are fulfilled in the facility.

Keywords Spirituality, Pastoral Care, Burnout Syndrome

Úvod

V diplomovej práci sa budeme venovať osobám, ktorí sa o prijímateľov sociálnych služieb, konkrétne v špecializovanom zariadení starajú a poskytujú im potrebnú starostlivosť a pomoc. Môžeme ich nazvať členovia multidisciplinárneho tímu. Túto sieť členov tvoria sociálni pracovníci, zdravotnícky personál a ostatní pracovníci, ktorí prijímateľom špecializovaného zariadenia poskytujú odbornú, zdravotnú a sociálnu starostlivosť. K prijímateľovi v špecializovanom zariadení má s určitosťou najbližšie zdravotnícky personál ako lekári, zdravotné sestry, opatrovatelia, rehabilitační pracovníci a samozrejme sociálni pracovníci ale aj ostatný pomáhajúci personál. Spoločným úsilím a s veľkou dávkou profesionality uspokojujú všetky formy potrieb prijímateľov v zariadení. Ale kto uspokojí potreby členov multidisciplinárneho tímu? Každý člen tímu predsa má svoje potreby, svoje problémy, rodinu, choroby, sny či túžby. A ako sú vôbec naplnené ich osobné spirituálne potreby? A čo syndróm vyhorenia? Ako zvládajú stresové situácie a ako sa vyrovnávajú s prítomnosťou zomierania a smrti v zariadení? Odpovede na tieto a ďalšie otázky sa pokúsime nájsť v našom kvantitatívnom výskume, ktorý budeme v diplomovej práci realizovať formou dotazníka. V diplomovej práci týchto členov tímu budeme jednotne označovať ako pracovníci.

Spiritualita

Primárne sa v diplomovej práci budeme orientovať na spiritualitu a religiozitu v kontexte kresťanskej kultúry, chápanú ju ako vzťah s Bohom. Budeme postupovať týmto smerom vzhľadom na to, že žijeme a kresťanskej krajine a vzťah k Bohu je veľmi konkrétny a hmatateľný. Pre spiritualitu je viac charakteristické, že je viac osobná, individuálna a priama, kdežto religiozita je jej pravý opak. Môžeme ju považovať za dogmatickú, kolektívnu, hlása sa ku konkrétnemu náboženstvu je to zbožnosť, náboženskosť a viera v Boha.

„Spiritualitu možno definovať ako cestu sebaobjavenia, ktorá umožňuje človeku zažiť v živote transcendentný zmysel, vyjadrený ako hľadanie posvätného (Boha, prírody, rodiny...), dáva človeku zmysel, cieľ a účel v živote“ Šíp (2020, Puchalski et al. 2004, s. 17).

Podľa Stríženca (2001) je spiritualita hľadanie zmyslu života, súvislosti ktoré naplňujú náš život, hľadanie nejakej istoty v živote či transcendentnosť.

Stíženec (2007) uvádza, že uvedomenie si hlbšieho a širšieho zmyslu života, všetko čo sa vzťahuje na niečo čo presahuje priestor a čas a čo nás zahŕňa pocitom tajomnosti a nadprirodzenosti sú vlastnosťami spirituality.

„Človek, ako jediné zo všetkých bytí existujúci na tomto svete, vyvíja činnosť, ktorá podstatne prevyšuje hranice prežívania vlastnej existencie, je pevne zakorenený v materiálnom svete, ale svojou duchovnou zložkou (intelekt, emócie,...) prekonáva hranice času a priestoru“ (Laca, 2013, s. 19).

V diplomovej práci nám dotazník poskytol aj odpoveď na spiritualitu pracovníkov v špecializovanom zariadení kde výsledky potvrdzujú, že až pre 86,2 % respondentov je v ich živote spiritualita dôležitá. Je to veľmi priaznivý výsledok.

Religiozita

Religiozita je naj dôvernejšia a naj osobnejšia oblasť ľudského života. Svoju pozornosť jej venuje celá rada vedeckých odborov predovšetkým religionistika, filozofia, sociálna práca, teológia, sociológia či psychológia. Religiozita vychádza z perspektívy viery a svojou vnútornou optikou nahliada na konkrétne náboženstvo. Je vnímaná ako osobný vzťah človeka

ku konkrétnemu náboženstvu v jeho inštitucionálny a kultúrny kontext, dodržiavanie rituálov v danej náboženskej organizovanej inštitúcii alebo cirkvi. Tradičnou religiozitou na Slovensku je kresťanstvo. Z výsledkov dotazníka sme zistili, že najväčšie zastúpenie u pracovníkov v zariadení má rímskokatolícka cirkev 53,4 / a gréckokatolícka cirkev 32,8 %.

„Duch sa spája s dušou a skrze dušu aj s telom, aby vytvorili dokonalého človeka“
(Vansač, 2020, s. 91).

„Religiozitu možno definovať ako čiastočné vyjadrenie spirituality, praktizovanú prostredníctvom posvätných tradícií, prenášanú prostredníctvom kultúrneho dedičstva, sprevádzanú dogmami a doktrínami“ (Šíp, 2020, s. 16).

„Religiozita znamená osobný a kladný vzťah človeka k náboženstvu (Bohu), zahrnujúci komplex javov, najmä rôzne formy myslenia (dimenzia poznatkov – náboženské presvedčenie), prežívania (náboženské city) a konania (kult, aktivita zameraná na náboženské spoločenstvá)“
(Stríženec, 2001, s. 39).

Spirituálne potreby

Podľa Šípa (2020) sa premietajú v potrebe ticha, niekam patriť, byť milovaný a milovať, byť uznaný ako človek, potreba vďačnosti, plniť si svoje povinnosti, potreba pravdy, byť s rodinou, priateľmi, potreba slobody, zmierenie s Bohom a svojím svedomím, potreba udržať si spirituálnu integritu.

„Človek naplnený duchovnými potrebami je vyrovnaný, má v sebe vnútorný klud, nemá konflikty so svojím okolím, rozumie situáciám vo svojich predchádzajúcich životných etapách i v tej súčasnej, vie prijímať všetko tak, ako to je, má v sebe vnútornú silu, vie kde hľadať pomoc v ťažkých chvíľach a vďaka tomu zvláda aj náročné životné situácie, vie, kde hľadať odpovede na svoje otázky, pokiaľ ešte nejaké vzniknú, vie podporovať druhého, pretože sám prežíva náročné obdobie, vie pochopiť druhého, má tolerantný, chápací, vrúcny prístup, vyžaruje z neho harmónia, vie si zachovať nadhľad, odstup a nenechá sa vtiahnuť do nepodstatných a malicherných záležitostí a sporov“(Malíková, 2011, s. 274).

Malíková (2020) uvádza, že spiritualita dodáva pracovníkovi vnútornú silu a entuziazmus do jeho služby a pomáha mu lepšie zvládať každodennú prax.

Spirituálne potreby sú spojené s hľadaním zmyslu, vnútorného naplnenia a potrebou spojenia s niečím väčším. Tieto potreby sa môžu prejavovať ako túžby po celi, rozvoji alebo osobnosti. To čo je pre každého človeka charakteristické je prirodzená spiritualita a s ňou spojené vyššie dimenzie.

Modlitba

Každý človek je jedinečný a individuálny a jeho spiritualita sa môže líšiť od osobného presvedčenia, hodnôt a duchovnej dimenzie. Modlitbu môžeme definovať ako osobný rozhovor s Bohom. V kresťanstve je vnímaná ako rozjímanie, je to uvedomenie si Božej prítomnosti kde môže byť človek sám sebou, má istotu diskretnosti, priestor pokoja, prijatia, lásky, sily, odpustenia a požehnania. Poznáme rôzne formy a druhy modlitby, ktoré nám darujú potrebný pokoj a naplnia nás potrebnou silou a svetlom. Modlitba je nevyhnutná pre duchovné zdravie a ľudské šťastie. Práca v špecializovanom zariadení je nesmierne náročná, ale vďaka modlitbe

sa pracovník nemusí spoliehať len na svoje sily. Vďaka modlitbe sa obracia na Boha ktorý mu dáva silu, radosť, pokoj, nádej a zmysel v jeho povolání.

Shirerová (2017) uvádza, že modlitba v sebe ukrýva neodhaliteľné, neodškriepiteľné a neviditeľné tajomstvo. Často ju neberieme vážne a tým jej uberáme nielen na hodnote, ale aj na jej obrovskej dôležitosti. Modlitbu, práve tento prostriedok si zvolil sám Boh za hybnú silu ľudských životov. Modlitba nás spája s ním a s jeho nekonečnou skutočnosťou. Ak sa človek začne modliť a začne s modlitbou žiť, vtedy mu Boh vkladá do života jeho majstrovský zámer a všetko čo má pre neho pripravené. Cez pospájané tkanivá modlitieb otvára dvere a robí z nás súčasť jeho plánov, ktoré sa premietajú v životoch ľudí.

Biblia nás učí mnohým pravdám a povzbudzuje nás, aby sme v modlitbe neochabovali.

Mk (11, 24) hovorí:

„Verte, že všetko, o čo v modlitbe prosíte, ste už dostali, a budete to mať“.

„A toto je dôvera, ktorú máme k nemu, že nás počuje, keď o niečo prosíme podľa jeho vôle. A ak vieme, že nás počuje, nech o čokoľvek prosíme, vieme aj to, že dostaneme o čo sme žiadali“ 1. Jn 5, 14-15

Syndróm vyhorenia

Syndróm vyhorenia sa objavuje najmä u ľudí pracujúcich v pomáhajúcich profesiách. Je to stav psychického, citového a fyzického vyčerpania. Tento stav nastane dlhodobým a nadmerným zotrvávaním v emocionálne náročných situáciách v neriešiteľných, ťažkých situáciách. Syndróm vyhorenia sa prejavuje vonkajšími faktormi (fyzické a psychické preťaženie, zlá komunikácia na pracovisku, zlé finančné odmeňovanie, nedostatok uznania, často nedostatočné personálne obsadenie) a vnútornými faktormi (sú to povahové a osobnostné vlastnosti človeka ako je cieľavedomosť, súťaživosť, nízke sebavedomie, nedostatočná empatia, uzavretosť, nekomunikatívnosť). Z dlhodobého hľadiska je takýto stav neudržateľný. V profesionálnom prostredí je však potrebné sa naučiť určiť si hranice, naučiť sa správnej miere angažovanosti a správnu mieru odstupu. Ak pracovník svoje hranice nepozná, alebo ich má zle nastavené, je preňho ideálny dobrý rozhovor s inými pracovníkmi, ktorí už svoje hranice poznajú, vypočúť si spätnú väzbu a nájsť vhodné riešenie (Marková, 2010).

Podľa Kurucovej, Žiakovej a Nemcovej (2017, s. 56) *„je paradoxné, že syndrómom vyhorenia sú ohrození tí, ktorí spĺňajú vysoké morálne kritéria – ľudia entuziastickí, s chuťou do práce, empatickí a citliví, ak neustále narážajú na ekonomické, byrokratické, organizačné a iné bariéry“.*

Kurucová, Žiaková, Nemcová (2017) vysvetľujú, že ak pracovníci v zariadení svoju prácu robia z lásky k ľuďom s ktorými pracujú a o ktorých sa starajú potom je to najlepšia prevencia pred syndrómom vyhorenia. Ďalšou jednoduchšou formou prevencie je neriešiť neriešiteľné, tešiť sa z drobných a čiastkových výsledkov, zachovať si profesionálny odstup, uchovať si radosť zo života a aktívne žiť svoj duchovný život.

Duševné zdravie

Svetová zdravotnícka organizácia (WHO) definuje duševné zdravie *„ako stav pohody, v ktorom jednotlivec môže uskutočniť svoje schopnosti, vie zdolať stresové situácie bežného života, vie produktívne pracovať a vie prispievať do života spoločnosti“.*

Duševné zdravie človeka je rovnako dôležité ako to fyzické zdravie. Správna hygiena v oblasti duševného zdravia a predchádzanie duševných porúch zabezpečí v celej spoločnosti rovnováhu, prosperitu, stabilitu a šťastie. Pracovať v špecializovanom zariadení pri prijímateľoch, ktorých zdravotný stav potrebuje neustálu pomoc a starostlivosť je úloha veľmi psychicky náročná. Pracovník je vystavený nie len fyzickej záťaži ale aj tej psychickej. Ak to trvá dlho, môže ľahko sklznúť do smútku, vyčerpania, nezájmu či depresie a môže sa dostať aj syndróm vyhorenia. Jednotliví členovia personálu sú často krát pod veľkým tlakom, preto je veľmi dôležitá ich súdržnosť, vzájomná podpora, oceňovanie toho, čo sa podarilo, hľadanie vždy toho pozitívneho, povzbudenie, komunikácia na akejkoľvek úrovni, či spoločná káva, budovanie dobrých vzájomných vzťahov. To všetko vytvára atmosféru dôvery, ktorá posilňuje sebadôveru a ľudskú dôstojnosť.

Prevenciou v oblasti duševného zdravia rozumieme opatrenia, ktoré majú za cieľ udržať alebo zlepšiť duševné zdravie človeka. Medzi takéto aspekty môžeme s určitosťou zaradiť zdravý životný štýl, podpora sociálnych vzťahov, riešenie konfliktných situácií, informovanie ľudí o duševnom zdraví a vytvorenie dobrých pracovných podmienok. Na Slovensku existuje niekoľko organizácií, ktoré sa duševnému zdraviu venujú. Najznámejšia z nich je Liga za duševné zdravie, ďalej rôzne linky dôvery, poradne, centrá či portály. Podľa viacerých výskumov, ktoré sa danou problematikou religiozity či spirituality a duševného zdravia zaoberali môžeme podľa výsledkov výskumu skonštatovať, že religiozita aj spiritualita úzko súvisí a blahodarne pôsobí na duševné zdravie človeka.

Zákon č. 448/2008 Z.z. o sociálnych službách

„Sociálne služby predstavujú cestu k zlepšeniu sociálnej ochrany občanov, k stabilizácii spoločnosti, ktorej záleží na rozvíjaní kvalitného systému sociálnej starostlivosti, sociálneho poradenstva i sociálnej prevencie. Celkovo sociálne služby prispievajú k rozvíjaniu kvality života a sociálnej súdržnosti“ (Kozubík, Lehoczka, Rác, 2013, s. 31).

Špecializované zariadenie z pohľadu zákona 448/2008 Z.z. o sociálnych službách.

V špecializovanom zariadení sa poskytuje sociálna služba ktorá poskytuje odborné, obslužné a ďalšie činnosti na zabezpečenie kompletnej starostlivosti o človeka v jeho neľahkej životnej situácii. V špecializovanom zariadení sa poskytuje sociálna služba fyzickej osobe, ktorá je odkázaná na pomoc inej fyzickej osobe, jej stupeň odkázanosti je najmenej V. a má zdravotné postihnutie, ktorým je najmä Parkinsonovachoroba, Alzheimerovachoroba, pervazívna vývinová porucha, skleróza multiplex, schizofrénia, demencia rôznej etiológie, hluchoslepota, AIDS alebo organický psychosyndróm ťažkého stupňa. Zákon č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách, § 39 uvádza, že v špecializovanom zariadení sa poskytuje (pomoc pri odkázanosti na pomoc inej fyzickej osoby, sociálne poradenstvo a rehabilitácia, ubytovanie, stravovanie, upratovanie, pranie), zabezpečuje sa (rozvoj pracovných zručností, pomoc pri pracovnom uplatnení, záujmová činnosť) a vytvárajú sa podmienky na (vzdelanie, úschovu cenných vecí). Ak niekto pracuje v špecializovanom zariadení musí si uvedomiť aké náročné je toto zariadenie, aká rôznorodá, špecifická a náročná je táto práca. Pre špecializované zariadenie je typické aj to, že je to pre mnohých prijímateľov sociálnej služby posledné obdobie ich života a pracovníci sa tak často stretávajú so sprevádzaním a zomieraním. Samozrejme, že ich to určitým spôsobom zasiahne a musia sa s tým vedieť vysporiadať a vyrovnať.

EMPIRICKÁ ČASŤ

Cieľom diplomovej práce bolo zistiť špecifiká saturácie spirituálnych potrieb fyzickým osobám, konkrétne u sociálnych pracovníkov, zdravotníkov a ostatného personálu v špecializovanom zariadení. Empirická časť práce bude prebiehať na základe kvantitatívneho výskumu, ktorý v práci budeme realizovať formou dotazníka. Dotazník tvoria otázky, ktorými budeme skúmať naplnenie spirituálnych potrieb u týchto osôb, vplyv spirituality na ich každodennú prácu, či je v zariadení zastúpená kňazská služba. Ďalej budeme skúmať akú formu vzdelávania by pracovníci uvítali v zariadení, či sú ľudia veriaci a zistíme či niekedy podľahli syndrómu vyhorenia.

Metódy

Na základe informácií, ktoré sme získali štúdiom odbornej literatúry a informácií z internetových stránok sme si stanovili ciele, vytýčili hypotézy a zostavili si vlastný neštandardizovaný dotazník, ktorý sme použili ako metódu deskriptívneho kvantitatívneho výskumu v diplomovej práci. Dotazník sme si vybrali z viacerých dôvodov a to: že za krátky čas sa dá získať množstvo odpovedí, pri zbere dát nie je potrebná osobná účasť, keďže bol dotazník anonymný, predpokladáme väčšiu pravdivosť v odpovediach a objektívne vyhodnotenie. Ako nástroj na tvorbu online dotazníkov sme si zvolili stránku <https://www.surveymonkey.com/sk> Identifikáciu respondentov charakterizujeme týmito demografickými údajmi: vek, pohlavie, počet rokov praxe, pracovná pozícia v zariadení, najvyššie dosiahnuté vzdelanie.

Naformulovaný výskumný problém

Na základe získaných informácií sme naformulovali výskumný problém, po ktorom definovaní boli stanovené hypotézy výskumu a metodika výskumu. Výskumný problém pozostával z konkrétnej úlohy a to zistiť či sú v špecializovanom zariadení naplnené spirituálne potreby jej pracovníkov. Výskumnými otázkami sme chceli docieľiť čo najlepší obraz o danej problematike.

Výskumné otázky

1. Môžete sa označiť za veriaceho človeka ?
2. Sú vaše spirituálne potreby v zariadení naplnené ?
3. Podľahli ste niekedy syndrómu vyhorenia vo svojej praxi ?
4. Je kňazská služba v zariadení a využívate ju ?
5. Pomáha vám váš osobný vzťah z Bohom zvládať ťažké osudy prijímateľov ?
6. Uvítali by ste v zariadení nejakú formu vzdelávania ?

Výskumné Hypotézy

1. Predpokladáme, že polovica pracovníkov v zariadení je veriaci.
2. Domnievame sa, že spirituálne potreby pracovníkov nie sú naplnené.
3. Predpokladáme, že syndrómu vyhorenia podľahol vo svojej praxi každý, minimálne raz.
4. Predpokladáme, že v zariadení je poskytovaná kňazská služba a že ju pracovníci využívajú.
5. Domnievame sa, že osobná spiritualita je pre väčšinu pracovníkov dôležitá.
6. Predpokladáme, že pracovníci sú ochotní sa ďalej vzdelávať a profesionálne rásť.

Zadefinovanie výskumného súboru Oslovili sme viaceré špecializované zariadenia v Košickom kraji a z oslovených s nami spolupracovali tieto špecializované zariadenia: ŠZ Lumen Trebišov, Charitný dom Edity Steinovej Vojčice, Charitný dom Juraja Jendželovského Michalovce, ZOS Michalany. Výsledky výskumu sa vzťahujú na pracovníkov, ktorí

v špecializovanom zariadení pracujú. Konkrétne ide o všeobecné zdravotné sestry a ostatný zdravotnícky personál (maséri, sanitári, technici pre zdravotné pomôcky, nutriční terapeuti, logopédi, fyzioterapeuti), opatrovatelky, sociálnych pracovníkov, administratívnych pracovníkov a ostatný pomocný personál (praktické zdravotné sestry, inštruktori sociálnej rehabilitácie, kuchári, upratovačky, šoféri), títo všetci prispievajú k plynulému fungovaniu a starostlivosti o klienta.

Manažment výskumu Základnú vzorku tvorilo 89 respondentov z toho 59 respondentov sa zapojilo do výskumu, tí tvorili výskumnú vzorku v našom výskume. Prieskum sme realizovali v období október – november r. 2023. Úspešnosť vyplnenia dotazníkov bola 66,3 %. Dotazník tvorilo 24 otázok, kde odpovede boli otvorené, zatvorené a poloopené. Spracovanie a analýzu zozbieraných dát sme vyhodnotili. Vyjadrili sme ich v absolútnych číslach a v percentách ktoré sme zaznamenali do prehľadných tabuliek. Internetový odkaz na náš elektronický dotazník sme poslali e-mailom do daného zariadenia po schválení vedenia prostredníctvom úsekových vedúcich.

Metódy analýzy údajov V našom výskume sme použili deskriptívny kvantitatívny výskum, ktorý slúži na opis javov pomocou číselných údajov. Použili sme dva číselné údaje a to absolútne čísla, ktorými sme vyjadrili počet respondentov, ktorí sa k danej otázke vo výskume vyjadrili a percentuálne údaje, ktoré počet respondentov vyhodnotili v percentách.

Výsledky Na základe výskumu, vyplynulo, že väčšina respondentov, ktorí dotazník vyplnili je: stredného veku (46,6%), ženy tvoria (90%) vzorky, najviac respondentov v zariadení pracujú pomerne krátko do 10 rokov (70,7%), svoju prácu vnímajú ako svoje životné poslanie čo súvisí aj z ich vierou (95%) je veriacich, prevažuje stredoškolské vzdelanie s maturitou (44,8%), majú osobný a zmysluplný vzťah s Bohom (76%), je pre nich dôležitá spiritualita aj modlitba, čo im pomáha zvládnuť ťažké osudy prijímateľov v zariadení (80%), pri svojej práci na základe svojej spirituality ľahšie zvládajú a odolávajú syndrómu vyhorenia (95%), napriek tomu by väčšina z nich uvítala možnosti ďalšieho vzdelávania (61%), z dotazníkov sme zistili, že viac pozornosti by sa malo venovať sprevádzaniu pri zomieraní, až (50,4%) respondentov nemá žiadne alebo čiastočné vedomosti o zásadách sprevádzania, predpokladali sme, že v zariadení je nedostatočná kňazská služba, ktorý nám výskum nepotvrdil (91%), na základe výsledkov usudzujeme, že vzorka pochádza z prostredia výrazne nadpriemernou spiritualitou.

Tabuľka č. 1 Charakteristika respondentov na základe viery

VH Predpokladali sme, že polovica respondentov je veriacich.

R	Počet veriacich		Počet niekedy veriacich		Počet neveriacich	
59	XV	XV	XN	XV	X	Y
	55	94,8%	3	5,2%	1	0%

R – počet všetkých respondentov

XV - počet veriacich respondentov

YV – percento veriacich respondentov

XN - počet niekedy veriacich respondentov

YN – percento niekedy veriacich respondentov

X – počet neveriacich Y – percento neveriacich

Analýza a komparácia výsledkov výskumu

Ako môžeme vidieť z výskumu vyplýva, že až 94,8% respondentov je veriacich. To nás ubezpečilo v tom, že spiritualita je pre mnohých z nich dôležitá. Táto hypotéza sa nepotvrdila.

Tab. č. 2 Charakteristika respondentov na základe syndrómu vyhorenia

VH Predpokladali sme, že syndrómu vyhorenia podľahol vo svojej praxi každý, minimálne raz.

R	Podľahnutie syndrómu vyhorenia	X	Y
59	Nie	33	56,9%
	Iba raz	12	20,7%
	Viackrát	10	17,2%
	Som vyhorený/á	4	5,2%

R – počet všetkých respondentov

X- počet respondentov

Y – percento respondentov

Analýza a komparácia výsledkov výskumu

Nakoľko práca v špecializovanom zariadení je veľmi fyzicky aj psychicky náročná, predpokladali sme, že sa už respondenti so syndrómom vyhorenia stretli aspoň raz vo svojej praxi. Prekvapil nás výsledok výskumu, kde sa ukázalo, že až 56,9 /% respondentov nemá skúsenosti so syndrómom vyhorenia. Táto hypotéza sa nepotvrdila.

Tab. č. 3 Charakteristika respondentov na základe dostupnosti kňazskej služby v zariadení.

VH Predpokladáme, že v zariadení je nedostatočne poskytovaná kňazská služba.

R	Dostupnosť kňazskej služby	X	Y
59	ÁNO	53	91,4%
	NIE	5	6,9%
	NEVIEM	1	1,7%

R – počet všetkých respondentov

X- počet respondentov

Y – percento respondentov

Analýza a komparácia výsledkov výskumu

Na základe hypotézy sme predpokladali, že v špecializovanom zariadení bude dostupnosť kňazskej služby nedostačujúca. V tabuľke môžeme však vidieť, že až 91,4% odpovedí je pozitívnych čo znamená, že v zariadeniach je kňazská služba dostupná a dostačujúca. To znamená, že naša hypotéza sa nepotvrdila.

Tab. č. 4 Charakteristika respondentov na základe osobnej spirituality

VH Predpokladáme, že osobná spiritualita je dôležitá v súvislosti s prácou v zariadení.

R	Osobná spiritualita	X	Y	
59	ÁNO	35	60,3%	
	NIE	3	3,4 %	
	NEVIEM	7	12,1% %	
	NIEKEDY	14	24,1 %	

R – počet všetkých respondentov

X- počet respondentov

Y – percento respondentov

Analýza a komparácia výsledkov výskumu. Z odpovedí respondentov je zrejmé, že ich osobná spiritualita v súvislosti s ich prácou je pre nich veľmi dôležitá a napomáha im zvládať ťažké situácie a chvíle vo svojej praxi.

Diskusia Výskumom sme zistili základné a aktuálne informácie o osobnej spiritualite pracovníkov v kontexte saturácie spirituálnych potrieb v špecializovaných zariadeniach kde pracujú. Viacerých pracovníkov práve spiritualita priviedla k tejto práci a práve spiritualita im dáva potrebnú nádej, silu, zmysel práce aj života. Pre celkovú duchovnú pohodu pracovníkov v zariadení má praktická aplikácia spirituality v rámci saturácie spirituálnych potrieb obrovský pozitívny vplyv. Ich osobná spiritualita je pre nich veľmi dôležitá a napomáha im zvládať ťažké situácie a chvíle vo svojej praxi. Táto hypotéza sa nám potvrdila. Domnievali sme sa, že spirituálne potreby respondentov nebudú v zariadení naplnené, pravdou však je, že táto hypotéza sa nepotvrdila. Ďalšou hypotézou sme predpokladali, že syndrómu vyhorenia podľahol každý aspoň raz, čo sa nepotvrdilo, lebo až 58% respondentov sa so syndrómom vyhorenia nikdy nestretlo. V zariadeniach je kňazská služba prítomná a respondenti ju naplno využívajú hypotéza sa nepotvrdila. Nepotvrdila sa nám ani hypotéza v ktorej sme predpokladali, že len polovica respondentov je veriaca. Predpokladali sme, že respondenti sú ochotní sa ďalej vzdelávať a profesionálne rásť, tak táto hypotéza sa potvrdila. Výsledky výskumu ukázali, že osobná spiritualita v súvislosti s prácou v zariadeniach je 60 % . Táto hypotéza sa potvrdila.

Záver

Hovorí sa, že vlastná skúsenosť je na nezaplatenie. Tému diplomovej práce sme si vybrali na základe vlastných skúseností z mnohých situácií pri zisťovaní a uspokojovaní spirituálnych potrieb nie len klientov, ale pri uspokojení vlastných spirituálnych potrieb počas pracovného pomeru v špecializovaných zariadeniach v Lumene v Trebišove, ZOS v Michal'anoch aj v Charitnom dome vo Vojčiciach. Opierali sme sa aj o bakalársku prácu, ktorú sme pri ukončení I. stupňa štúdia vypracovali. V diplomovej práci sme teoretické poznatky získali z odbornej slovenskej aj zahraničnej literatúry. Hlavným cieľom práce bolo preskúmať naplnenie spirituálnych potrieb pracovníkov v špecializovanom zariadení. Výskum bol realizovaný na 59 respondentoch v štyroch špecializovaných zariadeniach Košického kraja. Výskum niektoré hypotézy potvrdil iné vyvrátil, ale v konečnom dôsledku sme z výskumu zistili, že v špecializovaných zariadeniach v ktorých výskum bol realizovaný pracujú ľudia, ktorí sú hlboko veriaci, práca v zariadení má pre nich zmysel a ich osobná spiritualita je pre nich hnací motor, ktorý im pomáha pri ťažkých a krízových situáciách. Za prekvapujúce pokladáme, že

57 % respondentov uviedlo vo výskume, že nikdy nepodľahli syndrómu vyhorenia. Je to veľmi pozitívne zistenie. Témou spirituality a religiozity sa zaoberali viaceré výskumy a to z rôznych pohľadov a s rôznym výsledkom čo nás naplňa presvedčením, že sa môžeme o tieto názory oprieť, porovnať, rozšíriť si vedomosti a výsledky. Z doterajších vedomostí, ktoré sme pri písaní práce získali vyjadrujem svoj osobný postreh, že spirituálna stránka pracovníkov je v súčasnosti veľmi podceňovaná aj ako jej vplyv na ich psychické a fyzické zdravie. Je na mieste, aby výsledky doterajších výskumov a nadobudnuté zistenia padli na úrodnú pôdu a pripravili pre ďalší duchovný rast pracovníkov efektívne programy. Je potrebné zakomponovať spirituálnu starostlivosť do dennej praxe, nastaviť programy vzdelávania, viesť intenzívnejšiu spoluprácu s kňazmi a s inými odborníkmi pre duchovnú oblasť, pokúsiť sa zabezpečiť kľudné prostredie a predchádzať syndrómu vyhorenia, nastaviť starostlivosť o duševné zdravie, ktoré by celému profesionálnemu personálu v špecializovaných zariadeniach uľahčilo ich nenahraditeľnú a zásluhnú prácu, pretože duchovný život ďaleko prevyšuje všetko hmotné, materiálne a svetské.

LITERATÚRA

- KOZUBÍK, M. – LEHOCZKÁ, L. – RÁC, I. 2013. Poradenstvo v sociálnych službách. Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre: 2013. s. 209, ISBN 978-80-558-0436-1
- KURUCOVÁ, R. – ŽIAKOVÁ, K. - NEMCOVÁ, J. a kol. 2017. Vybrané kapitoly z paliatívnej ošetrovateľskej starostlivosti. Osveta. Martin: 310 s. ISBN 978-80-8063-457-5
- LACA, S. 2013. Sociálna práca v paliatívnej a hospicovej starostlivosti. VŠZaSP sv. Alžbety Bratislava: s. 301. ISBN 978-80-8132-051-4
- MALÍKOVÁ, E. 2011. Péče o seniři v pobytových sociálních zařízeních. Praha. Grada. 2011. 328 s. ISBN 978-80-2473-148-3
- MALÍKOVÁ, E. 2020. Péče o seniři v pobytových zařízeních sociálních služeb. 2. vyd. Praha: GradaPublishing, 2020. s. 304. ISBN 978-80-271-2030-7
- MARKOVÁ, M. 2010. Sestra a pacient v paliativní péči. 1. vyd. Praha: GradaPublishing, 2010. s. 128. ISBN 978-80-247-3171-1
- SHIREROVÁ, P. 2017. Horlivost'. 1. vyd. Tatran. Bratislava. 2017. s. 146. ISBN 978-80-222-0855-0
- STRÍŽENEC, M. 2007. Pohľady na religiozitu a spiritualitu. Ústav experimentálnej psychológie SAV Bratislava: vydal Slovak Academic Press, 2007, s. 166. ISBN 978-80-88910-24-4
- STRÍŽENEC, M. 2001. Súčasná psychológia náboženstva. Iris. Bratislava. 2001. s. 237. ISBN 80-88778-33-6
- SVÄTÉ PÍSMA STARÉHO I NOVÉHO ZÁKONA. 2000. Spolok svätého Vojtecha. Trnava: s. 2620. ISBN 80-7162-326-1
- ŠÍP, M. 2020. Spirituálna dimenzia v paliatívnej starostlivosti. Prešovská univerzita: s. 244. ISBN 978-80-555-2600-3
- VANSÁČ, P. 2020. Sociálne služby. VŠZaSP sv. Alžbety Bratislava. 124 s. ISBN 978-80-8132-215-0
- ZÁKON č. 448/2008 o sociálnych službách

IMPLEMENTÁCIA ELEKTRONIZÁCIE DO SOCIÁLNE ZNEVÝHODNENÝCH SKUPÍN

IMPLEMENTATION OF ELECTRONIZATION IN SOCIALLY DISADVANTAGED GROUPS

Kerekešová Martina¹

¹ *Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, právnická fakulta*

E-mail: Tina.kerekesova@gmail.com

Školiteľ/scientific adviser: prof. JUDr. Peter Vojčík, CSc.

Abstrakt

V dnešnej digitálnej dobe, kedy technologické inovácie prenikajú do každého aspektu nášho života, je dôležité venovať osobitnú pozornosť sociálne znevýhodneným skupinám, skupinám dôchodcov a ich prístupu k elektronickým prostriedkom a službám. Implementácia elektronizácie do týchto skupín sa stáva stále dôležitejšou témou, keďže digitálna priepasť môže viesť k ešte väčšiemu sociálnemu vylúčeniu a nerovnosti. Článok sa zameriava na problematiku implementácie elektronizácie do sociálne znevýhodnených skupín a preskúmame výzvy a príležitosti spojené s touto problematikou. V tomto článku budeme analyzovať, ako môže elektronizácia prispieť k zlepšeniu života týchto skupín, ale aj aké prekážky a riziká môžu vzniknúť v procese digitálnej transformácie.

Kľúčové slová

Elektronizácia, elektronická komunikácia, dôchodcovia, sociálne znevýhodnené skupiny, elektronické úkony, elektronický podpis, elektronická schránka.

Abstract

In today's digital age, when technological innovations permeate every aspect of our lives, it is important to pay special attention to socially disadvantaged groups, groups of pensioners and their access to electronic means and services. The implementation of electronicization in these groups is becoming an increasingly important topic, as the digital divide can lead to even greater social exclusion and inequality. The article focuses on the issue of the implementation of electronicization in socially disadvantaged groups and we will examine the challenges and opportunities associated with this issue. We will analyze how electronicization can contribute to improving the lives of these groups, but also what obstacles and risks may arise in the process of digital transformation.

Keywords

Electronicization, electronic communication, pensioners, socially disadvantaged groups, electronic transactions, electronic signature, electronic mailbox.

Úvod

V dnešnej digitálnej dobe, kde technologický pokrok neustále napreduje, je dôležité zabezpečiť, aby všetci ľudia mali prístup k digitálnym technológiám a službám a to vrátane sociálne znevýhodnených skupín. Medzi tieto skupiny patria nielen nezamestnaní, marginalizované skupiny ale aj dôchodcovia, ktorí môžu čeliť výzvam spojeným s digitálnym rozvojom. V rámci tohto článku sa budeme venovať implementácii elektronizácie do sociálne znevýhodnených skupín, vrátane dôchodcov. Dôchodcovia predstavujú dôležitú a často prehliadanú skupinu v kontexte digitálnej inklúzie. S postupným posunom tradičných služieb a komunikácie online môžu dôchodcovia čeliť prekážkam spojeným s neznalosťou digitálnych technológií, nedostatočnou prístupnosťou k internetu alebo obavami o bezpečnosť online prostredia. Z tohto dôvodu je nevyhnutné zabezpečiť, aby elektronizácia zohľadňovala aj potreby a obmedzenia tejto skupiny obyvateľstva. Implementácia elektronizácie do sociálne znevýhodnených skupín, vrátane dôchodcov, je nevyhnutná pre zmiernenie digitálneho rozdielu a zabezpečenie, aby všetci občania mali rovnaké možnosti využívať výhody digitálnych technológií. Dôležitosť tejto témy spočíva nielen v zabezpečení prístupu k informáciám a službám, ale aj v podpore rozvoja digitálnych zručností, komunikácie a zapojenia do digitálneho sveta pre všetkých, bez ohľadu na ich sociálne postavenie či vek. V nasledujúcich častiach článku preskúmame rôzne aspekty elektronizácie pre uvedené skupiny obyvateľstva a taktiež spôsoby, ako zabezpečiť inkluzívny prístup k digitálnym technológiám pre nich.

Elektronizácia vo všeobecnosti

Elektronizácia je proces transformácie tradičných analógových systémov, procesov, služieb alebo informácií do elektronickej formy pomocou informačných a komunikačných technológií (IKT). Tento proces zahŕňa digitalizáciu a automatizáciu rôznych aspektov života a práce prostredníctvom využitia elektronických zariadení, softvéru a digitálnych komunikačných kanálov. Hlavnými cieľmi elektronizácie sú zvyšovanie efektívnosti, zlepšovanie prístupnosti, znižovanie nákladov a posilňovanie udržateľnosti. Prostredníctvom elektronizácie je možné zefektívniť procesy, zlepšiť komunikáciu, zvýšiť dostupnosť služieb a vytvoriť nové možnosti pre inovácie a rast.¹

Elektronizácia sa využíva v rôznych oblastiach života a práce, ako sú verejné služby, obchod, zdravotníctvo, vzdelávanie, podnikové procesy a ďalšie. Tento trend sa stáva stále dôležitejším v súvislosti s rastúcim vplyvom digitálnych technológií na spoločnosť a ekonomiku. Dôležitým aspektom pri implementácii elektronizácie je zabezpečiť ochranu údajov, zabezpečiť kybernetickú bezpečnosť a zohľadniť potreby a obavy používateľov.² Elektronizácia môže prinášať mnoho výhod, ale je dôležité ju riadiť a implementovať s ohľadom na udržateľný a inkluzívny rozvoj. Elektronizácia má vplyv na mnohé oblasti života a podnikania. Verejná správa je jednou z oblastí, kde sa elektronické služby a komunikácia stávajú neoddeliteľnou súčasťou, čo umožňuje efektívnejšie vybavovanie rôznych úradných záležitostí. V obchodnom svete zase elektronizácia zmenila spôsob, akým ľudia nakupujú a predávajú produkty a služby,

¹ Bolton, P. – Dewatripont, M. Contract Theory. MIT press, 2005

² VODIČKA, Milan. 3D: Data, daně digitálně aneb ajťákem i proti své vůli. 1. vyd. Praha, 2014. 189 s. ISBN 9788074786716

pričom e-commerce a online platby sú dnes bežnou praxou.³ V oblasti zdravotníctva sa elektronizácia prejavuje vo forme digitálnych zdravotných záznamov, online konzultácií s lekármi a telemedicíny. Vzdelávanie sa tiež mení vďaka elektronizácii prostredníctvom online kurzov a elektronického vzdelávania, ktoré umožňujú prístup k novým znalostiam a zručnostiam kedykoľvek a kdekoľvek.⁴ Tieto príklady len ilustrujú, ako elektronizácia ovplyvňuje a transformuje rôzne oblasti našich životov a podnikania. V súvislosti s uvedeným je dôležité spomenúť práve sociálne slabšie skupiny a skupiny dôchodcov, ktoré môžu byť negatívne ovplyvnené elektronizáciou. Tieto skupiny môžu mať a častokrát aj majú obmedzený prístup k technológiám a internetu, čo môže viesť k ich sociálnemu vylúčeniu a znevýhodneniu. Pre sociálne slabšie skupiny môže byť obtiažne zvládať náročné procesy elektronizácie, ako sú online formuláre, elektronické platby alebo komunikácia cez internet. Získavanie prístupu k digitálnym službám a technológiám môže pre nich predstavovať výzvu a môže to viesť k zhoršeniu ich situácie. Podobne aj skupiny dôchodcov zväčša majú obmedzené digitálne zručnosti a prístup k elektronickým službám. Práve pre nich, môže byť ťažké prispôbiť sa rýchlemu tempu digitálnej transformácie a novým technológiám, čo môže mať za následok ich izoláciu a pocit neistoty. Je dôležité, aby pri procese elektronizácie a digitálnej transformácii bola zohľadnená aj potreba podpory a inklúzie týchto sociálnych skupín. Rozvoj digitálnych zručností, poskytovanie prístupu k technológiám a podpora v rámci digitálnych iniciatív môže pomôcť zabezpečiť, aby všetky skupiny obyvateľstva mali prospech z výhod digitálnej éry.

Aktuálne aplikačné problémy elektronizácie vo vzťahu k sociálne znevýhodneným skupinám a skupinám dôchodcov.

Elektronizácia verejných služieb a komunikácie prináša so sebou mnoho príležitostí, ale tiež výzvy pre sociálne slabé skupiny a skupiny dôchodcov. Jedným z hlavných problémov je nerovnomerný prístup k digitálnym technológiám. Zatiaľ čo mnohí ľudia majú v súčasnosti pohodlný prístup k internetu a elektronickým zariadeniam, niektoré sociálne slabé skupiny a dôchodcovia môžu byť vylúčení z digitálneho sveta kvôli nedostatku finančných prostriedkov na nákup technológií alebo kvôli nedostatočnej digitálnej gramotnosti. Nedostatočná digitálna gramotnosť je ďalším problémom, ktorý môže brániť sociálne slabým skupinám a dôchodcom v plnohodnotnom využívaní elektronických služieb. Mnohí ľudia nemusia mať dostatočné zručnosti na prácu s počítačmi a internetom, čo môže obmedziť ich schopnosť vybavovať si záležitosti online alebo komunikovať s úradmi elektronicky. Okrem toho, obava z ochrany súkromia a bezpečnosti online môže byť pre niektoré sociálne slabé skupiny a skupiny dôchodcov ďalším dôvodom, prečo sa vyhýbajú používaniu elektronických služieb. Obavy z toho, že ich osobné údaje budú zneužívané alebo že sa stanú obeťou podvodov, môžu brániť týmto ľuďom v plnohodnotnom využívaní online platforiem a služieb. Navyše, nedostatočná fyzická dostupnosť elektronických zariadení a internetového pripojenia môže byť prekážkou pre

³ VYDROVÁ, P.: Zaručený elektronický podpis a zaručená elektronická pečať: skutočne rovnocenné, 2016. dostupné online: <https://www.linkedin.com/pulse/zaručený-elektronický-podpis-zaručená-elektronická-zabudková-ll-m->

⁴ MRAČKO, M.: Elektronický podpis, certifikácia a ochrana osobných údajov. Bratislava-EPOS, 2009. 79 s. ISBN 978-80-8057-806-0

niektoré sociálne slabé skupiny a skupiny dôchodcov.⁵ V oblastiach so slabým pokrytím internetovým signálom alebo nedostatkom infraštruktúry pre pripojenie k internetu môžu mať obyvatelia obmedzený prístup k online službám a informáciám, čo môže ešte zväčšiť digitálny rozdiel.

V kontexte elektronizácie je dôležité, aby sa zabezpečilo, že všetci občania majú rovnaké možnosti využívať digitálne služby a technológie. Súčasne je dôležité, aby sa pri navrhovaní a implementácii elektronických riešení zohľadnili potreby a výzvy, ktorým čelia sociálne slabé skupiny a dôchodcovia, a aby sa vyvinuli opatrenia na zabezpečenie ich inklúzie a podpory v digitálnom svete. Spolupráca medzi vládou, neziskovými organizáciami a občianskou spoločnosťou môže byť kľúčom k dosiahnutiu inkluzívnej a udržateľnej elektronizácie, ktorá bude slúžiť všetkým obyvateľom spoločnosti.⁶

Pri prekonávaní týchto výziev je dôležité venovať pozornosť aj otázke digitálnej inklúzie a poskytnutiu dostatočnej podpory pre zlepšenie digitálnych zručností v rámci sociálnych slabých skupín a skupín dôchodcov. Programy na vzdelávanie v oblasti digitálnych technológií a internetovej gramotnosti môžu byť dôležitým nástrojom na zvýšenie prístupu a schopností týchto skupín využívať elektronické služby a komunikovať online.

Ďalším krokom môže byť poskytovanie finančnej podpory alebo dotácií na nákup technologických zariadení pre sociálne slabé skupiny a dôchodcov, aby sa zabezpečilo, že majú prístup k potrebným nástrojom na využívanie elektronických služieb. Zároveň je dôležité zabezpečiť, aby tieto služby boli dostupné aj prostredníctvom iných kanálov, ako sú telefonická podpora alebo osobná návšteva.

V rámci elektronizácie verejných služieb by sa mala venovať pozornosť aj otázke zjednodušenia procesov a zlepšenia používateľskej skúsenosti pre všetkých používateľov, vrátane tých z rizikových skupín. Zrozumiteľné a priateľské dizajnovanie webových stránok a elektronických formulárov môže pomôcť zvýšiť prístupnosť a použiteľnosť elektronických služieb pre všetkých občanov.

V konečnom dôsledku je cieľom elektronizácie verejných služieb vytvoriť inkluzívne prostredie, kde všetci občania majú rovnaké príležitosti a prístup k digitálnym technológiám a službám. Preto je nevyhnutné, aby sa pri implementácii digitálnych riešení brali do úvahy potreby a špecifické okolnosti sociálne slabých skupín a skupín dôchodcov, aby sa zabezpečilo, že nikto nie je vylúčený z výhod a možností, ktoré prináša digitálna doba.

Taktiež je dôležité, aby sa v rámci elektronizácie zabezpečila ochrana práv a záruk pre všetkých používateľov, vrátane sociálne slabých skupín a skupín dôchodcov.⁷ Bezpečnosť a ochrana súkromia údajov sú kľúčové aspekty, ktoré treba brať do úvahy pri poskytovaní elektronických služieb, aby sa minimalizovali riziká zneužitia údajov a kybernetických hrozieb. Zároveň by mala byť podporovaná aj spolupráca a konzultácia so zástupcami sociálnych skupín a dôchodcov pri navrhovaní a implementácii elektronických riešení. Ich spätná väzba a zapojenie

⁵ MATUSKÝ, T.: Elektronický podpis, kvalifikovaný elektronický podpis, elektronická pečať a časová elektronická pečiatka. 2018, dostupné online: <https://www.podnikajte.sk/informacne-technologie/elektronicky-podpis-elektronicka-pecat>

⁶ Michal Radvan. In: Právo, obchod, ekonomika V. : zborník vedeckých prác. Košice: Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, 2015. ISBN 9788081523151. s. 455-466.

⁷ FEKETE, I.: *Podpis na súkromných listinách*, 2008. dostupné online: <https://www.epi.sk/odborny-clanok/Podpis-na-sukromnych-listinach.htm>

do procesu môžu pomôcť identifikovať konkrétne potreby a problémy, ktoré tieto skupiny čelia, a prispieť k vytvoreniu užívateľsky priateľských a inkluzívnych digitálnych služieb.

V neposlednom rade, je nevyhnutné aj neustále monitorovanie a hodnotenie účinnosti elektronických riešení vo vzťahu k sociálne slabým skupinám a skupinám dôchodcov. Tieto informácie môžu slúžiť na identifikáciu nedostatkov a príležitostí na ďalšie zlepšenie a prispieť k zabezpečeniu rovnomerného a inkluzívneho prístupu k digitálnym technológiám pre všetkých občanov.

V závere kapitoly je dôležité si uvedomiť, že elektronizácia má obrovský potenciál zlepšiť kvalitu života a prístup k službám pre všetkých občanov, vrátane sociálne slabých skupín a skupín dôchodcov. Dôležité je však pri tomto procese nezabúdať na potreby najzraniteľnejších členov spoločnosti a zabezpečiť, aby elektronické služby boli skutočne dostupné, zrozumiteľné, bezpečné a prispôbené pre všetkých.⁸

Proces postupného zavádzania elektronizácie do sociálne znevýhodnených skupín a skupín dôchodcov.

Pri implementácii elektronizácie do sociálne znevýhodnených skupín a skupiny dôchodcov je nevyhnutné mať na pamäti ich špecifické potreby a schopnosti, aby sa mohli účinne zapojiť do digitálnej éry. Jedným z kľúčových spôsobov, ako podporiť tieto skupiny, je zabezpečiť prístup k vhodným zdrojom informácií, školeniam a podpore, ktoré im umožnia získať potrebné digitálne zručnosti.

Vytvorenie špeciálneho školenia a podporných materiálov je kľúčové pre uľahčenie procesu adaptácie k digitálnym technológiám. Jednoduché návody, video tutoriály a interaktívne kurzy môžu pomôcť jednotlivcom získať dôveru v používaní elektronických zariadení a aplikácií. Organizovanie workshopov a kurzov s odborníkmi z oblasti digitálnych zručností môže tiež poskytnúť osobnú podporu a inšpiráciu pre účastníkov. Zjednodušenie online služieb a formulárov je ďalším dôležitým krokom. Optimalizácia webových stránok a aplikácií pre lepšiu použiteľnosť a zrozumiteľnosť môže zvýšiť prístupnosť pre sociálne znevýhodnené skupiny a dôchodcov. Zavedenie možnosti online podpory a chatovacej služby môže tiež zlepšiť komunikáciu a riešenie problémov v reálnom čase.

Poskytnutie podpory pri registrácii a používaní elektronických platforiem je dôležité pre zabezpečenie hladkého procesu pre nových užívateľov. Zriadenie miestnych informačných centier a helpdeskov, kde môžu jednotlivci získať osobnú asistenciu a podporu, môže výrazne uľahčiť začiatky s digitálnymi technológiami. Individuálna asistencia a tréning môžu zlepšiť sebadôveru a schopnosť týchto skupín využívať elektronické služby.⁹

Využitie verejných priestorov a komunitných centier môže byť efektívnym spôsobom, ako poskytnúť prístup k digitálnym zdrojom pre sociálne znevýhodnené skupiny a dôchodcov. Inštalácia verejných počítačov s prístupom na internet a organizovanie tematických workshopov a podujatí zameraných na digitálne vzdelávanie môžu poskytnúť prostredie, kde sa ľudia môžu vzdelávať a zlepšovať svoje digitálne zručnosti.¹⁰

⁸ VOJČÍK, Peter a kol. Občiansky zákonník. Stručný komentár. Tretie vydanie. IURA EDITION, spol. s r. o. Bratislava. 2010. ISBN 978-80-8078-368-6

⁹ VOJČÍK, Peter a kol. Občiansky zákonník. Stručný komentár. Tretie vydanie. IURA EDITION, spol. s r. o. Bratislava. 2010. ISBN 978-80-8078-368-6

¹⁰ Martin, K.M. Everyday Cryptography Fundamental Principles and Applications, Oxford University Press 2012

Podpora prostredníctvom partnerských organizácií a dobrovoľníkov môže posilniť účinky týchto opatrení. Spolupráca s neziskovými organizáciami a dobrovoľníkmi môže poskytnúť dodatočnú podporu a pomoc pri využívaní elektronických služieb. Zriadenie programov, kde mladí ľudia môžu dobrovoľne pomáhať starším ľuďom s digitálnymi zručnosťami, môže vytvoriť pozitívnu a inkluzívnu komunitu digitálnych užívateľov.¹¹

Pozitíva implementácie elektronizácie do vybraných skupín spoločnosti

Zavádzanie elektronizácie do sociálne znevýhodnených skupín a skupiny dôchodcov prináša viacero pozitívnych aspektov. Jedným z hlavných prínosov je zlepšenie prístupu k informáciám a službám. Elektronizácia umožňuje ľuďom z týchto skupín jednoduchší a rýchlejší prístup k potrebným informáciám a službám prostredníctvom internetu a elektronických zariadení. Tento prístup môže pomôcť zmierniť bariéry spojené s geografickou dostupnosťou alebo obmedzeniami mobility, čo zlepšuje celkovú kvalitu života jednotlivcov.

Okrem toho elektronizácia tiež prispieva k zjednodušeniu administratívy. Elektronické formuláre a online platformy môžu uľahčiť a zrýchliť vybavovanie rôznych úradných záležitostí, čím sa znižuje byrokracia a zvyšuje efektívnosť procesov. Tieto technologické nástroje môžu tiež uľahčiť komunikáciu so štátnymi inštitúciami a poskytovateľmi služieb, čím sa zabezpečí lepšia dostupnosť a komfort pre užívateľov.

Ďalším pozitívnym aspektom je možnosť personalizácie služieb prostredníctvom elektronických systémov. Tieto systémy môžu poskytovať individuálne prispôsobené informácie a podporu na základe potrieb a preferencií konkrétnych ľudí, čo zvyšuje ich spokojnosť a efektívnosť využívania služieb.

Celkovo by sa dalo povedať, že elektronizácia môže prispieť k zlepšeniu životných podmienok pre sociálne znevýhodnené skupiny a dôchodcov prostredníctvom lepšieho prístupu k informáciám, zefektívnenia administratívy a poskytovania personalizovaných služieb.

Okrem výhod už spomenutých, zavádzanie elektronizácie do sociálne znevýhodnených skupín a skupiny dôchodcov môže tiež pomôcť zvýšiť digitálnu gramotnosť a sebavedomie týchto jednotlivcov. Prostredníctvom interakcie s technológiou a online prostredím sa môžu ľudia naučiť nové digitálne zručnosti, čo im môže otvoriť dvere k novým príležitostiam a možnostiam v digitálnom svete.

Vytváranie online komunít a podpora online vzdelávania môže tiež prispieť k pocitu príslušnosti a sociálnej integrácii pre ľudí zo sociálne znevýhodnených skupín. Elektronizácia môže takisto pomôcť zmierniť pocit izolácie, ktorý mnohí dôchodcovia zažívajú, a umožniť im komunikovať s rodinou, priateľmi a ďalšími ľuďmi cez online platformy a sociálne siete.

Napriek týmto pozitívnym aspektom je dôležité mať na pamäti, že je potrebné zabezpečiť, aby elektronické služby boli dostupné pre všetkých a aby sa minimalizovalo riziko digitálneho vylúčenia. Je dôležité poskytnúť primeranú podporu a školenia pre tých, ktorí nemajú skúsenosti s používaním technológií, aby sa zabezpečilo, že všetci môžu plne využiť výhody elektronizácie.¹²

¹¹ GLANCY, D.J.: Zákon o elektronickom podpise ako cesta k elektronickému obchodu. Preložila Moravčíková, A. Justičná revue, 53, 2001 č. 8-9, s. 891-900

¹² Právo elektronického obchodu. Širšie súvislosti / Diana Treščáková; 1. vyd. Praha: NakladatelstvíLeges, 2021. - 229 s. ISBN 9788075024961. TREŠČÁKOVÁ, Diana (100%)

Celkovo je zavádzanie elektronizácie do sociálne znevýhodnených skupín a skupiny dôchodcov komplexný proces, ktorý môže mať pozitívny vplyv na životy jednotlivcov v týchto skupinách. Správne implementované technologické riešenia môžu prispieť k inkluzívnejšej spoločnosti a zlepšiť kvalitu života ľudí v rôznych životných situáciách.¹³

Hlavné pojmy elektronizácie

Pri oboznamovaní sociálne slabších skupín s elektronizáciou je dôležité zamerať sa na niekoľko kľúčových pojmov, ktoré by im mohli pomôcť lepšie porozumieť a využívať digitálne technológie. Jedným z týchto pojmov je digitálna gramotnosť, čo zahŕňa schopnosť efektívne a zodpovedne používať digitálne nástroje a technológie. Informovanie o dôležitosti získavania digitálnych zručností môže pomôcť ľuďom z týchto skupín lepšie sa orientovať v digitálnom svete a využívať jeho možnosti.

Okrem toho je dôležité venovať pozornosť aj online bezpečnosti a ochrane súkromia. Vysvetlenie pojmov ako ochrana osobných údajov, bezpečné používanie internetu a prevencia pred kybernetickými hrozbami môže pomôcť ľuďom chrániť svoje súkromie a zabezpečiť bezpečné online prostredie pre seba a svoju rodinu.

Ďalším dôležitým konceptom je obeznámenie s elektronickými službami a aplikáciami. Predstavenie rôznych online služieb a aplikácií, ako napríklad možnosti online platieb, elektronických formulárov či komunikácie s úradmi, môže pomôcť ľuďom z týchto skupín zjednodušiť ich každodenný život a zlepšiť efektivitu ich interakcií s rôznymi inštitúciami.

Okrem toho je dôležité informovať o možnostiach online vzdelávania a príležitostiach, ktoré internet ponúka. Získavanie nových digitálnych zručností a vzdelávanie prostredníctvom online kurzov a materiálov môže otvárať nové príležitosti pre osobný a profesijný rozvoj.

Napokon, dôležitým pojmom je aj digitálna inklúzia, čo znamená zabezpečenie rovnakých príležitostí prístupu k digitálnym technológiám pre všetkých. Podpora digitálnej inklúzie je dôležitá pre zabezpečenie, aby všetci jednotlivci mali možnosť využívať výhody digitálnej éry a nezostávali pozadu v digitálnom svete.

Ďalším, v súvislosti s elektronizáciou neopomenuteľným pojmom je elektronická schránka. Elektronická schránka je elektronický nástroj, ktorý slúži na prijímanie, odosielanie a uchovávanie elektronických správ a dokumentov. Ide o elektronickú verziu tradičnej poštovej schránky, ktorá umožňuje komunikáciu a výmenu informácií cez internet.¹⁴

V súvislosti so sociálne slabšími skupinami je dôležité vysvetliť im, že elektronická schránka je digitálny priestor, kde môžu dostávať dôležité oznámenia, úrady im môžu posilať dokumenty alebo informácie a môžu ju využiť na komunikáciu so štátnymi inštitúciami a firmami.¹⁵

Pre tieto skupiny môže byť užitočné zdôrazniť, že elektronická schránka môže zjednodušiť a urýchliť komunikáciu s rôznymi organizáciami, a tým aj zlepšiť prístup k dôležitým informáciám a službám. Je tiež dôležité im poskytnúť podporu a školenie v používaní

¹³ MATES, P., SMEJKAL, V..E. – government v České republice: Právni a technologické aspekty. 2. Podstatně přepracované a rozšířené vydání, Praha : Leges, 2012, ISBN 978-80-87576-36-6

¹⁴ REED CH., ANGEL J. Computer Law, The Law , The Law and Regulations of Information Technology, Oxford University Press, 2006, ISBN 978-0-19-920596-7

¹⁵ DAVIES, R.: *Using technology to improve public services and democratic participation*. 2015, s. 4-7, ISBN 978-92-823-6814-5

elektronickej schránky, aby sa mohli efektívne naučiť využívať jej výhody a zabezpečiť, aby sa necítili vylúčení z digitálneho sveta.¹⁶

Záver

Elektronizácia má nepochybne potenciál zlepšiť prístup k službám a informáciám pre sociálne slabšie skupiny a skupiny dôchodcov. Výhody zahŕňajú jednoduchší a rýchlejší prístup k rôznym službám a informáciám, možnosť komunikovať s verejnými inštitúciami a poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti bez nutnosti fyzickej prítomnosti a získavanie nových digitálnych zručností, ktoré môžu zlepšiť ich digitálnu gramotnosť a zvýšiť ich sebedomie. Avšak existujú aj potenciálne nevýhody elektronizácie pre tieto skupiny. Medzi hlavné patrí možná digitálna priepasť, ktorá môže vylúčiť tých, ktorí nemajú prístup k technológiám alebo potrebným digitálnym zručnostiam. Okrem toho môžu byť starší ľudia menej pripravení zvládať zmeny spojené s elektronizáciou a cítiť sa znechutene technologickými novinkami. Pre úspešnú implementáciu elektronizácie pre sociálne slabšie skupiny a skupiny dôchodcov je dôležité zabezpečiť primeranú podporu a vzdelávanie. To zahŕňa poskytovanie prístupných a používateľsky priateľských digitálnych nástrojov, posilnenie digitálnych zručností týchto skupín, poskytovanie technickej podpory a zabezpečenie, že elektronické služby sú navrhnuté s ohľadom na potreby a schopnosti užívateľov.

V konečnom dôsledku by sme mali usilovať o to, aby elektronizácia bola nástrojom inkluzie a poskytovala výhody všetkým skupinám obyvateľstva. Je nevyhnutné, aby sme pri implementácii elektronizácie do sociálne slabších skupín a skupín dôchodcov zohľadnili ich individuálne potreby a zabezpečili, že nikto nebude ponechaný za plotom digitálneho veku.

Pri realizácii elektronizácie pre tieto zraniteľné skupiny je dôležité tiež zohľadniť aspekty ako ochrana osobných údajov, bezpečnosť online transakcií a zabezpečenie dostatočnej podpory pre tých, ktorí by sa mohli cítiť neistí pri používaní online prostriedkov.

Jedným zo spôsobov, ako zmierniť negatívne dôsledky elektronizácie pre sociálne slabšie skupiny a skupiny dôchodcov, môže byť partnerský prístup medzi verejnými inštitúciami, organizáciami občianskej spoločnosti a technologickými firmami. Tieto partnerstvá môžu pomôcť identifikovať potreby užívateľov, navrhnúť prispôbené riešenia a poskytnúť potrebnú podporu a vzdelávanie.

Je tiež dôležité nezabúdať na dôležitosť udržiavania ľudského kontaktu a možnosti osobného stretnutia pre tieto skupiny. Digitálne nástroje by mali slúžiť ako doplnok a podpora pre existujúce služby, nie ako náhrada za ľudský kontakt a podporu.

V záverečnom hodnotení je elektronizácia nástrojom so značným potenciálom zlepšiť kvalitu života a prístup k službám pre sociálne slabšie skupiny a skupiny dôchodcov. Dôležité je však zabezpečiť, aby bola implementovaná s ohľadom na individuálne potreby a schopnosti užívateľov, a aby neboli vylúčení tí, ktorí by mohli mať ťažkosti s adaptáciou na digitálnu éru. S primeranou podporou, vzdelávaním a partnerstvami môžeme dosiahnuť inkluzívnu a prospešnú elektronizáciu pre všetky skupiny obyvateľstva.

¹⁶ FEKETE, I.: Podpis na súkromných listinách, 2008. dostupné online: <https://www.epi.sk/odborny-clanok/Podpis-na-sukromnych-listinach.htm>

Literatúra

- Benson, P. The Theory of Contract Law. Cambridge studies in philosophy and Law, Cambridge, 2001
- Bolton, P. – Dewatripont, M. Contract Theory. MIT press, 2005
- BUDIŠ, P. Elektronický podpis a jeho aplikace v praxi, ANAG 2008, 1. Vyd.
ISBN 9788072634651
- D.C.TOEDT III., Browse-wrap agreements for Web site terms of service might or might not be enforceable
- DONÁT, J a kol.: Nařízení IDAS komentář. Praha-C.H.BECK, 2017. 304 s.
ISBN: 978-80-7400-633-3
- DOSTÁLEK, L., VOHNOUTOVÁ, M.: Velký průvodce infrastrukturou PKI a technologií elektronického podpisu, ISBN: 80-251-0828-7
- DRGONEC, J.: Spotřebitelské zmluvy v právním poriadku Slovenskej republiky. Justičná revue, 59, 2007.
- FEKETE, I.: Občiansky zákonník : veľký komentár. 3. aktualizované vydanie, 1. zväzok, Všeobecná časť. Bratislava: Eurokódex, 2017. 1112 s. ISBN: 978-80-8155-073-7
- FEKETE, I.: Podpis na súkromných listinách, 2008. dostupné online: <https://www.epi.sk/odborny-clanok/Podpis-na-sukromnych-listinach.htm>
- GERLOCH, A. 2004. Teória práva. Plzeň: Aleš Čeněk, s.r.o., 2004. ISBN 80-86473-85-6
- GLANCY, D.J.: Zákon o elektronickom podpise ako cesta k elektronickému obchodu. Preložila Moravčíková, A. Justičná revue, 53, 2001 č. 8-9, s. 891-900.
- GOLDMAN, E., How Zappos User Agreement Failed In Court and Left Zappos Legally Naked (Forbes Cross.Post)
- GREGUŠOVÁ, D.: Elektronický podpis a jeho aplikácia v praxi – malý sprievodca predpismi informačnej spoločnosti , Bulletin slovenskej advokácie 5/2010, s. 4-22.
- GREGUŠOVÁ, D.: Elektronický podpis a jeho právne aspekty. Justičná revue, 55, 2003, č. 1 , s. 32-50.
- GREGUŠOVÁ, D.: Nariadenie eIDAS a slovenský zákon o dôveryhodných službách, 2017. dostupné online: <https://www.epi.sk/clanok-z-titulky/nariadenie-eidas-a-slovensky-zakon-o-doveryhodnych-sluzbach-toptema.htm>
- GUNIŠ, J., Právnická fakulta UPJŠ Košice, Elektronický podpis, kryptografia, PGP. K dipozícii online https://di.ics.upjs.sk/informatika_na_zs_ss/studijny_material/sifry/pgp3.htm.
- HODÁS, M.: Elektronizácia zbierky zákonov Slovenskej republiky, Justičná revue, 12, 2012, č. 5, s. 15-21.
- HUČKOVÁ, R. - TREŠČÁKOVÁ, D. : Nariadenie eIDAS - riešenie pre odstránenie nedôvery v elektronické obchodovanie? In: Právo, obchod, ekonomika VII.: zborník príspevkov z vedeckého sympózia : 11. - 13. október 2017, Vysoké Tatry. Košice : Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, 2017. ISBN 9788081525285. s. 201-210
- HUČKOVÁ, R.- TREŠČÁKOVÁ, D.: Právne aspekty elektronického podpisu a jeho využitie v aplikačnej praxi, In: Právo, obchod, ekonomika III.: zborník vedeckých prác. Košice: Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, 2013. ISBN 9788081520563. s. 80-87.
- HULMÁK, M. Elektronický právny styk . Právne rozhledy. 2005 č.7

- KABA, R. Howit Works: Qualifield E-Signatureunder eIDAS, k dispozícii online na <http://www.esignlive.com/blog/qualified-esignature-eidas/>
- KMENT, V.: Elektronické právníjednání. Praha: WoltersKluwer, 2018. 418 s.
ISBN: 978-80-7552-814-8
- LECHNER, T.: Elektronické dokumenty v právní praxi. Praha-Leges, 2013. 265 s.
ISBN: 978-80-8757-641-0
- MARÔNKA, J.: Stane sa elektronický podpis pravou rukou advokáta? Bulletin slovenskej advokácie, 4/2009, s. 25. dostupné online:
<https://www.sak.sk/web/sk/cms/sak/bulletin/archiv/proxy/list/form/rows/39/attr/name/preview>
- Martin, K.M. EverydayCryptographyFundamentalPrinciples and Applications, OxfordUniversity Press 2012
- MATUSKÝ, T.: Elektronický podpis, kvalifikovaný elektronický podpis, elektronická pečať a časová elektronická pečiatka. 2018, dostupné online:
<https://www.podnikajte.sk/informacne-technologie/elektronicky-podpis-elektronicka-pecat>
- MRAČKO, M.: Elektronický podpis, certifikácia a ochrana osobných údajov. Bratislava-EPOS, 2009. 79 s. ISBN 978-80-8057-806-0
- TREŠČÁKOVÁ, D. - MICHALOV, L. :Elektronické dokumenty - ich reálne využitie a aplikácia pri riešení sporov vzniknutých z elektronického obchodovania In: Právo, obchod, ekonomika V. : zborník vedeckých prác. Košice: Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, 2015. ISBN 9788081523151. s. 455-466.
- TREŠČÁKOVÁ, D.: Elektronický obchod: 3. kapitola In: Právo informačných a komunikačných technológií. Košice: Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, 2020. ISBN 9788081529108. s. 36-58.
- VODIČKA, Milan. 3D: Data, daně digitálně anebajtákem i proti své vůli. 1. vyd. Praha, 2014. 189 s. ISBN 9788074786716
- VOJČÍK, P. a kolektiv Občianske právo hmotné , Aleš Čeněk, 2012,
ISBN : 978-80-73804-02-2
- VOJČÍK, P.: Občianske právo hmotné. 2. aktualizované vydanie. Plzeň: Aleš Čeněk, 2018. 382 s. ISBN: 978-80-7380-719-1

ISBN 978 – 80 – 8132 – 290 – 7

