

2016

ROČNÍK 7

ČÍSLO 1

LOGOS POLYTECHNIKOS

V Š P

J

Vysoká škola
polytechnická
Jihlava

VÁŽENÉ ČTENÁŘKY, VÁŽENÍ ČTENÁŘI,

do rukou se Vám dostává v pořadí již šesté vydání časopisu LOGOS POLYTECHNIKOS zaměřené na zdravotnické nelékařské profese. Přijměte naše pozvání na cestu ošetrovatelstvím a porodní asistencí.

Toto číslo obsahuje články zaměřené nejen na ošetrovatelskou péči a vzdělávání sester, ale i články zaměřené na aktivní vyhledávání a uspokojování biologických, psychických a sociálních potřeb nemocného a zdravého člověka v péči o jeho zdraví. Některá témata Vás zavedou i do zahraničí, budete moci posoudit kvalitu poskytovaných sociálních služeb v Rakousku nebo lépe poznat oblast ošetrovatelské péče na Slovensku. Z problematiky porodní asistence nabízíme například zajímavé téma historie prvních porodnických oddělení v Čechách.

Věříme, že Vás LOGOS POLYTECHNIKOS s ošetrovatelskou a porodnickou problematikou zaujme a jeho prostřednictvím budete mít jedinečnou příležitost seznámit se s nejnovějšími trendy v ošetrovatelství a porodní asistenci.

PhDr. Vlasta Dvořáková, PhD.
vedoucí katedry zdravotnických studií
Vysoká škola polytechnická Jihlava

OBSAH / CONTENTS

6

SOUČASNÝ POHLED NA SENIORSKOU POPULACI

CURRENT VIEW OF THE SENIOR POPULATION

Mgr. Lukáš Čakl

12

KVALITA ŽIVOTA U NEMOCNÝCH PO TOTÁLNI LARYNGEKTOMII

QUALITY OF LIFE IN PATIENTS AFTER TOTAL LARYNGECTOMY

PhDr. Jana Haluzíková, Ph.D., Bc. Kristýna Hermannová, MUDr. Michal Zábrodský

24

POSOUZENÍ STAVU VĚDOMÍ U PACIENTŮ V ANALGOSEDACI: SROVNÁNÍ PĚTI HODNOTÍCÍCH ŠKÁL

ASSESSMENT OF CONSCIOUSNESS LEVEL AT PATIENTS WITH ANALGOSEDATION: COMPARISON OF FIVE ASSESSMENT SCALES

Mgr. Zuzana Hlubková, Bc. Jitka Chlupová, PhDr. Jana Haluzíková, PhD.

39

KOMPARÁCIA VYBRANÝCH POBYTOVÝCH SOCIÁLNYCH SLUŽIEB PRE SENIOROV POSKYTOVANÝCH NA SLOVENSKU A V RAKÚSKU SO ZAMERANÍM SA NA BEZPEČNOSŤ KLIENTOV

COMPARISON OF RESIDENTIAL SOCIAL SERVICES FOR SENIORS PROVIDED IN SLOVAKIA AND AUSTRIA FOCUSING ON CLIENTS' SAFETY

doc. PhDr. Martina Hrozenská, PhD., Mgr. Mária Ševčíková

48

ŽIVOT PACIENTOV PO IMPLANTÁCII TOTÁLNEJ ENDOPROTÉZY KOLENNÉHO KLÍBU

LIVES OF PATIENTS AFTER IMPLANTATION OF TOTAL JOINT REPLACEMENT OF THE KNEE JOINT

doc. PhDr. Zuzana Hudáková, PhD., Dr. Halina Romualda Zięba, doc. PhDr. Lada Celtová, PhD., PhDr. Vlasta Dvořáková, PhD.

62

VEDOMOSTI DOSPELEJ POPULÁCIE O UŽÍVANÍ ANTIBIOTÍK

KNOWLEDGE OF ADULT POPULATION ABOUT ANTIBIOTICS USE

PhDr. Ingrid Juhásová, PhD., Bc. Zuzana Janušková, dipl. sestra, doc., PharmDr. Pavol Beňo, CSc.

75

χ^2 - TEST PRE KONTIGENČNÚ TABUĽKU 6X2 A JEJ POUŽITIE V SOCIÁLNEJ PRÁCI S KLIENTMI S NELÁTKOVOU ZÁVISLOSŤOU

χ^2 - TEST FOR PIVOT TABLE 6X2 AND ITS USE IN SOCIAL WORK WITH CLIENTS WITH NON – SUBSTANCE ADDICTIONS

Ing. Ján Juristy, PhD., PhDr. Nataša Bujdová, PhD.

81

PACIENT S DIAGNÓZOU PORUCHA OSOBNOSTI V NEPSYCHIATRICKÉ PÉČI

PATIENT WITH PERSONALITY DISORDER IN NON-PSYCHIATRIC HEALTH CARE

PhDr. Irena Komendová, Ph.D.

92

HYPNÓZA A FANTOMOVÁ BOLEST

HYPNOSIS AND PHANTOM LIMB PAIN

PhDr. Irena Komendová, Ph.D.

OBSAH / CONTENTS

107

BEREAVEMENT SUPPORT PROVIDED WOMEN WITH PERINATAL LOSS
PODPORA FYZIOLOGICKÉHO SMÚTENIA U ŽIEN S PERINATÁLNOU STRATOU
PhDr. Mária Lehotská, PhD.

128

ŠPECIÁLNE TERAPIE A ICH VYUŽÍVANIE V DENNÝCH STACIONÁROCH NA SLOVENSKU A V ČECHÁCH
THE SPECIAL THERAPIES AND THEIR USING IN DAILY INSTITUTIONS IN SLOVAKIA AND CZECH REPUBLIC
Mgr. Silvia Morávková

141

EDUKAČNÍ ÚLOHA SESTRY PŘI CÉVNÍ MOZKOVÉ PŘÍHODĚ
EDUCATION ROLE OF NURSES IN STROKE
PhDr. Lada Nováková, doc. PhDr. Lada Cetlová, PhD.

154

FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ POHLED SPOLEČNOSTI NA OSOBY SE SEXUÁLNÍMI DEVIACEMI
FACTORS AFFECTING THE COMPANY'S VIEW ON PEOPLE WITH INDECENT
PhDr. Jana Novotná, Ph.D., Mgr. Hana Vojáčková, Ph.D.

169

THERAPY OF DYSPHAGIA IN THE REHABILITATION OF PATIENTS SM
REHABILITÁCIA PACIENTOV SO SKLERÓZOU MULTIPLEX PRI LIEČBE DYSFÁGIE
doc. PhDr. Zuzana Hudáková, PhD., Dr. Halina Romualda Zięba

184

BIOLOGICKÁ LÉČBA REVMATICKÝCH CHOROB - ZLEPŠENÍ KVALITY ŽIVOTA NEMOCNÝCH
BIOLOGICAL TREATMENT OF RHEUMATIC DISEASES - IMPROVING THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS
Mgr. Jana Bubláková, Dis., Bc. Lenka Bučková

193

POSTAVENIE A ÚLOHY SUPERVÍZORA V POMÁHAJÚCICH PROFESIÁCH
STATUS AND TASKS OF A SUPERVISOR IN ASSISTING PROFESSIONS
Mgr. Jana Kušnieriková, prof. PhDr. Martina Mojtovej, PhD.

207

ANALÝZA RIZIK METODOU FMEA
RISK ANALYSIS BY METHOD FMEA
PhDr. Jana Maršová

214

VÝBĚR PROFESÍ VŠEOBECNÉ SESTRY A SLEDOVÁNÍ MOTIVACE STUDENTŮ/EK KE STUDIU OŠETŘOVATELSTVÍ
SELECTION OF PROFESSION GENERAL NURSES AND MONITORING OF MOTIVATION FOR STUDENTS TO STUDY NURSING
PhDr. Jana Maršová

OBSAH / CONTENTS

225

NEUROPSYCHICKÁ ZÁTĚŽ VŠEOBECNÝCH SESTER A PORODNÍCH ASISTENTEK NA GYNEKOLOGICKO – PORODNICKÝCH ODDĚLENÍCH

NEURO-PSYCHOLOGICAL BURDEN OF NURSES AND MIDWIVES IN GYNAECOLOGY AND OBSTETRICS CLINIC, UNIVERSITY HOSPITAL OSTRAVA

Mgr. Jana Šálková, doc. PhDr. Yvetta Vrublová, PhD.

234

SYNDROM VYHOŘENÍ - VÝRAZNÝ SOCIÁLNĚ PATOLOGICKÝ JEV OHROŽUJÍCÍ POMÁHAJÍCÍ PROFESE

BURNOUT IN THE HELPING PROFESSIONS

Mgr. Petra Vršecká

244

HISTORIE PORODNICKÝCH ODDĚLENÍ V ČESKÝCH ZEMÍCH

THE HISTORY OF OBSTETRIC DEPARTMENTS IN THE CZECH LANDS

PhDr. Vlasta Dvořáková, PhD.

254

POSTOJ SESTER K CELOŽIVOTNÍMU VZDĚLÁVÁNÍ

NURSES ATTITUDE TO LIFELONG LEARNING

PhDr. Lenka Görnerová

SOUČASNÝ POHLED NA SENIORSKOU POPULACI

LUKÁŠ CAKL
VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ
JIHLAVA

ABSTRAKT

Slovo senior má v dnešní době více významů: starší k protikladu k mladšímu, starý člověk, stařec. Kdo je tedy pro nás senior? Při hledání odpovědi na tuto otázku je třeba vyjít z toho, že se jedná o věkovou kategorii a prolínají se v ní biologicko-medicínské aspekty se sociologickými, završující životní fázi se specifickým postavením ve společnosti. Další často a diskutovanou otázkou týkající se seniorské populace je, kdy je člověk starý? Kdyby se debata vedla s lidmi v jednotlivém životním období, zjistili bychom, že každý považuje poslední ontogenetickou etapu v jiném věku nebo věkovém rozmezí. Jedním z nich je kalendářní věk, který je sice důležitou charakteristikou člověka, ale nevypovídá nic o jeho skutečném funkčním potenciálu (nebo věku) a už vůbec jej nehodnotí také v psychosociálních souvislostech (Topinková, Neuwirth, 1995, s. 18).

KLÍČOVÁ SLOVA:

senior, věk, populace, člověk, stáří

ÚVOD

Seniorské období, které se v obecné rovině nazývá stářím, je jakožto konečná etapa přirozeného průběhu života. Ze známých věkových dělení stáří je nejčastěji zmiňováno rozdělení Světové zdravotnické organizace, které rozlišuje stáří do následujících skupin:

60 až 74 let – počínající stáří

75 až 89 let – vlastní stáří

90 let a více – dlouhověkost

Nemůžeme ani opomenout stále více vypovídající dělení stáří dle Neugartenové (díky zvyšujícímu se věku seniorské populace), které rozděluje toto období do věkových rozmezí:

65 až 74 let – mladí senioři

75 až 84 let – staří senioři

85 let a více – velmi staří senioři

CHARAKTERISTIKA SENIORSKÉ POPULACE

Seniorský věk populace je výsledkem působení procesu stárnutí v organismu i životním cyklem. Pod pojmem stárnutí se zpravidla rozumí souhrn změn ve struktuře a funkci organismu, přičemž se jedná o změny v oblasti somatické, psychické, emoční, ale i sociální. Projevy důsledku involučních změn jsou nezvratné, probíhají různou rychlostí a variabilitou. Stáří bylo a je významnou fází životního cyklu v každé společnosti. Rozlišujeme čtyři druhy stáří: biologické, sociální, psychické a kalendářní (Kalvach, Zadák, Jirák, 2004, s. 47).

Stárnutí se odehrává v průběhu celého lidského života. Začíná narozením dítěte, pokračuje pohlavním dozráváním v pubertě a v adolescenci, končí smrtí. Typické projevy stárnutí se objevují po dovršení šedesáti let. Z vývojového hlediska můžeme stárnutí považovat za přirozenou cestu do stáří (Šimíčková, Čížková, 2005, s. 35).

Určením biologického stáří, se stále nedaří přesně vystihnout to, co by mělo tuto podstatu vyjadřovat. S pokročilejším věkem se dostávají více či méně zjevné fyziologické změny, zejména: kůže se svrašťuje, vlasy a chlupy šediví a ubývají. Uši obtížně vnímají tóny a jsou citlivější na šumy. Zrak slábne, svalstvo ochabuje, dýchací soustava se rychle unaví, mění se hormonální produkce a přetváří se imunitní systém.

Vědci se shodují na tom, že se jedná o označení přirozených tělesných změn ve stáří, i těch způsobených nemocemi, jež ve stáří přibývají na četnosti. Skutečný biologický věk (nebo také funkční věk) nemusí odpovídat kalendářnímu věku. Existuje řada definic, které se díky stárnutí populace a historickému kontextu mohou od sebe nepatrně lišit (Haškovcová, 2002, s. 24).

Postavení člověka ve společnosti tematizuje sociální dopady stárnutí a stáří na člověka. Současně si všímá i společenských a sociálních faktorů, které proces stárnutí ovlivňují. Sociální stáří se vyznačuje

změnou rolí, změnou životního stylu. Významnou součástí je i splnění určitého kritéria (například odchod do důchodu po dosažení požadovaného věku), s čímž úzce souvisí, že stáří je v tomto pojetí chápáno jako sociální událost. Je to jakási událost, která ukončuje jednu životní etapu a začíná novou (Vadúrová, Mühlpachr, 2005, s. 24).

Z psychického hlediska se mohou vyskytnout obtíže, které úzce souvisí s bilancováním svého života. Akcentují se původní rysy osobnosti, jako jsou dominance, egocentrismus, ale i добрota, laskavost, schopnost naslouchat nebo empatie. V důsledku kumulace životních událostí dochází i ke změnám v hierarchii hodnot (Pacovský, 1990, s. 35).

Jedinec přemýšlí o pozitivěch a negativěch života. Zda dosáhl v životě svých očekáváníů či nikoliv. Hodnotí svá rozhodnutí v minulosti (např. výběr životního partnera, volba povolání, způsob výchovy dětí). Zkoumá, jestli vývoj jeho životních cílů byl správný (Vágnerová, 2007, s. 233).

Stáří určujeme v současné době prakticky pouze jediným způsobem: pomocí tzv. chronologického neboli kalendářního věku. Tedy dobou, která uplynula od narození jedince. Zabýváme-li se však hlouběji otázkami stárnutí, jde nám velmi často o určení reálného stupně zestárnutí. Při podrobnějším pohledu se ukazuje, že pro tento účel je kalendářní věk nedostatečným kritériem. Nevystihuje totiž například individuální rozdíly průběhu stárnutí ani eventuální změny v rychlosti procesů, stárnutí provázejících.

Stáří má společné rysy, avšak „zabarvení stáří“ konkrétního člověka závisí na úhlu jeho pohledu. Vytvoříme-li si ve stáří vyváženější představu tím, že vedle objevujících se negativních stránek budeme hledat i stránky pozitivní, připravíme tak pozitivní klima pro dialog, spolupráci a konkrétní pomoc v rodině i v instituci (Kalvach, Zadák, Jiráček, 2004, s. 129).

FAKTORY A PROGNOZY SPOJENÉ S DEMOGRAFICKÝM VÝVOJEM

Snižší porodností a s prodlužováním věku u starší generace, dané bezesporu zlepšujícími se životními podmínkami a také úspěchy zdravotní péče, stoupá nejen v naší republice, ale i v celé Evropě počet starších lidí.

Podle aktuálních údajů ČSÚ k 31. 12. 2012 (aktuálnější údaje nebyly dosud zveřejněny) žilo v České republice ve věkové kategorii nad 65 let 1 044 063 žen a 723 555 mužů (Statistická ročenka České republiky, 2013).

Znalost alespoň obecných zvláštností a specifik geriatrické medicíny bude mít zejména v budoucnu značný praktický význam, neboť v roce 2050 bude Česká republika patřit k nejstarším zemím na světě. V té době bude mít více než šedesát roků přes 2/5 lidí a nad 65 roků 1/3 obyvatel. Podobně i na celém světě celospolečensky nevyjímaje dojde k významnému zestárnutí a 1/3 obyvatel bude mít věk nad 60 roků (Statistická ročenka České republiky, 2013).

ZÁVĚR

Moderní komunikační prostředky ochuzují člověka o lidské setkávání, prožitky a zážitky lidského společenství o poznání smyslu lidského života – být člověkem. Díky mobilům, Internetu, Skype, ICQ, Facebooku a dalším prostředkům komunikace zaničují obyčejné lidské vlastnosti. Většina naší populace si bez moderních komunikačních prostředků nedokáže život vůbec představit. Objevil se nový termín ageismus (diskriminace na základě věku). Vznikly tak mýty a negativní představy o stáří, jako: „člověk se stává starým v den odchodu do penze, stáří je ekonomická zátěž, staří lidé jsou všichni stejní, staří nemají, čím by naší společnosti mohli přispět, stáří je nemoc“. Důsledek této představy je, že stáří není užitečnou ekonomickou investicí (Klevetová, Dlabalová, 2008, s. 202).

Civilizační vývoj s růstem produktivity a poklesem potřeby lidské práce (s výjimkou služeb) a současně se zlepšováním zdravotního a funkčního stavu stárnoucích lidí, dal nový význam vymezení „stáří“ podle Neugartenové: věková hranice zaměstnatelnosti klesá a hranice funkčních limitací se posouvá do vyššího věku. Vzniká tak dlouhé období pro mohutnou skupinu lidí ve věku zhruba 55 – 75, možná 80 let, pro něž je klíčovým problémem konflikt mezi dobrým zdravotním stavem a nadbytkem volného času, ztíženou pracovní seberealizací a nevyužitými osobními možnostmi. Odpovědí na toto tíživé dilema může být

důraz na mimopracovní seberealizaci a zásadní změna konceptu zaměstnanosti.

S přibývajícími lety a ubývajícími silami se myšlenky na smrt blízkých a postupně i na smrt vlastní stávají jakousi výzvou pro naše svědomí, které nás nutí hlouběji se zamyslet nad smyslem lidského života a nad faktem, který je spojen se smrtelností každé lidské bytosti. Protože kvalita života jako korespondující fenomén smyslu života je nejen problematická, ale v moderním uspěchaném světě a komercializovaně žitém životě často prázdná veličina. Smrt oslovuje a lidé pomalu začínají rozumět tomu, že kdo nás učí umírat, učí nás i žít“ (Misconiová, 2013).

POUŽITÉ ZDROJE

- [1] ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Statistická ročenka České republiky 2013: Složení obyvatelstva podle pohlaví a jednotek věku v roce 2012*, [online]. 2012 [cit. 2014-03-09], Dostupné na WWW: <http://www.czso.cz/csu/2013edicniplan.nsf/kapitola/0001-13-r_2013-0400>.
- [2] HAŠKOVCOVÁ, Helena. *České ošetřovatelství 10, Manuálek sociální gerontologie*, 1 vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví – Vinařská 6, 2002. 72 s. ISBN 80-7013-363-5
- [3] KALVACH, Zdeněk, ZADÁK Zdeněk, JIRÁK Roman, aj. *Geriatric a gerontologie*, 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. 864 s. ISBN 80-247-0548-6.
- [4] KLEVETOVÁ, Dana, DLABALOVÁ Irena. *Motivační prvky při práci se seniory*, 1. vyd. Praha: Grada 2008. 202s. ISBN 978-80-247-2169-9.
- [5] MISCONIOVÁ, Blanka. *Péče o umírající, hospicová péče*. [online]. 2013 [cit. 2014-02-12]. Dostupné na WWW: <<http://www.hospice.cz/pece.html>>.
- [6] PACOVSKÝ, Vladimír. *O stárnutí a stáří*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1990. 136 s. ISBN 80-201-0076-8, 1990.
- [7] ŠIMIČKOVÁ J., ČIŽKOVÁ, J. aj. *Přehled vývojové psychologie*. Olomouc: Univerzita Palackého Olomouc, 2005. ISBN 80-244-0629-2.
- [8] TOPINKOVÁ Eva, NEUWIRTH Jiří, *Geriatric pro praktického lékaře*. 1. vyd. Praha: Grada 1995. 298 s. ISBN 80-7169-099-6.
- [9] VAĐUROVÁ, H., MÜHLPACHR, P. *Kvalita života: teoretická a metodologická východiska*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 2005, 143 s. ISBN 8021037547.
- [10] VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie II.: Dospělost a stáří*. 1. vyd. Praha Karolinum, 2007. 421 s. ISBN 978-80-246-1318-5.

CURRENT VIEW OF THE SENIOR POPULATION



KONTAKTNÍ ÚDAJE:

Mgr. Lukáš Čákl
Vysoká škola polytechnická Jihlava
katedra zdravotnických studií
Tolstého 16
586 01 Jihlava
E-mail: lukas.cakl@vspj.cz

ABSTRACT

The word senior nowadays has a different meaning than it has had in the past, such as the opposite of young, an old person, or a pensioner. Who is a senior for us? While looking for the answer to this question, we have to proceed from the assumption that it is an age bracket where biologically-medical and sociological aspects overlap and which represents a consummatory life phase with its special position in society. Another frequently discussed question regarding the senior population is deciding exactly when a person is old. If we discuss this with people in their different life phases, we would find out that each of them puts the last ontogenetical phase into a different age bracket. For instance a calendar age is an important human parameter, however it does not express their real functional potentiality (real age) and it cannot measure its psychosomatic connections.

KEYWORDS:

senior, age, population, man, old age

KVALITA ŽIVOTA U NEMOCNÝCH PO TOTÁLNÍ LARYNGEKTOMII

KRISTÝNA HERMANNOVÁ
MICHAL ZÁBRODSKÝ
KLINIKA ORL A CHIRURGIE HLAVY
A KRKU 1. LF UK A FN MOTOL

JANA HALUZÍKOVÁ
SLEZSKÁ UNIVERZITA V OPAVĚ

ABSTRAKT

Autoři se zaměřili na sledování kvality života u nemocných po totální laryngektomii. K zjištění kvality života použili dotazník EORTC QLQ-C30. Dále porovnávali rozdíly mezi pohlavími ve vnímání kvality života po operaci karcinomu hrtanu. Z uvedeného šetření vyplývá, že kvalitu života hodnotí respondenti jako dobrou až průměrnou. Ženy hodnotí svoji celkovou kvalitu života o trochu lépe než muži, avšak ze statistického hlediska je tento rozdíl zanedbatelný.

KLÍČOVÁ SLOVA:

totální laryngektomie, karcinom hrtanu,
kvalita života

ÚVOD

Nádory v oblasti hlavy a krku tvoří poměrně rozmanitou skupinu. Řadíme zde nádory kůže, měkkých tkání a kostí, horního dýchacího traktu, horní části polykacích cest, paranasálních dutin, slinných žláz, parafaryngeálního prostoru, oka a CNS. Většina těchto novotvarů je viditelná, přístupná neinvazivním vyšetřením. Většinou bývají postižení dlouhodobě bez výrazných obtíží a přicházejí v pokročilém stadiu onkologického onemocnění. Pětileté přežití bývá okolo 10-15 % (Molitor, Foltán, Měšťák, 2014).

Nejčastěji vyskytujícím se nádorem je spinocelulární karcinom. Postižení bývají často lidé z nižších sociálních skupin s nedostatečnou hygienou dutiny ústní, kteří jsou silnými kuřáky s vysokou spotřebou destilátů. Molitor, Foltán a Měšťák (2014) uvádějí, že riziko výskytu karcinomu je u kuřáků 5-25 krát vyšší než u nekuřáků. U alkoholiků je výskyt karcinomu 2-6 krát vyšší. Současná spotřeba alkoholu zvyšuje riziko kouření a tím stoupá riziko výskytu nádorů v orofaciální oblasti 5-10 krát. K dalším faktorům patří sociální status, který má především vliv na spolupráci a pohodu nemocného v průběhu léčby a po ní. Významným faktorem je i stav výživy, který se v 35 % podílí na úmrtnosti.

Hybášek a Vokurka (2006) uvádějí, že rakovina hrtanu je nejčastějším zhoubným nádorem v oblasti otorinolaryngologie. V České republice postihuje v 95 % muže s frekvencí 8,4 onemocnění na 100 000

za rok. Vzniká obvykle po 40. roce věku, maximální výskyt se uvádí okolo šedesátého roku. Výskyt nádorů v orofaciální oblasti je u nás 2-3 % všech nádorů.

„Podle světové zdravotnické organizace (WHO) je kvalita života to, jak člověk vnímá své postavení v životě v kontextu kultury, ve které žije a ve vztahu ke svým cílům, očekáváním, životnímu stylu a zájmům“ (Dragomirecká, Šelepová, 2004, s. 92). Kvalitu života vnímá každý z nás jinak. Závisí na kulturní vyspělosti, vzdělání, očekávání aj. Každé zhoubné onemocnění ovlivní kvalitu života. Dojde-li k narušení integrity obličeje, musíme předpokládat, že bude narušený sociální a emoční život nemocného.

Pro nemocné s nádorovým onemocněním jsou typické fenomény jako únava, bolest, potíže s hlasem, řečí, dýcháním, polykáním, aspirací, sucho v ústech, zápach z úst, může být narušen čich a vnímání chuti. Stresující je narušení vzhledu obličeje, v důsledku toho dochází k narušení identity a lidského projevu. Deformity obličeje vedou k vyloučení ze společnosti.

Hodnocení kvality života je faktor subjektivní. Kvalitu života můžeme srovnávat před zákrokem a po něm. Chirurgická léčba může kvalitu výrazně ovlivnit, především u nemocných, kdy došlo k poruše mluvení, polykání apod. V komunikaci má nezastupitelné místo hlas a řeč. U hlasu vnímáme jeho sílu, zabarvení, chraplavost. U řeči hodnotíme srozumitelnost, plynulost, únavnost, bolestivost aj. Hlas a řeč při postižení hypofaryngu a laryngu jsou ovlivněny

samotným výkonem, a to laryngektomií, kdy dochází ke ztrátám obou funkcí (Molitor, Foltán, Měšťák, 2014). Na tuto novou situaci jsou nemocní schopni se adaptovat pomocí náhradních možností mluvení a hlasové rehabilitace.

Kvalita života související s karcinomem hrtanu se nutně odvíjí od souvislosti celkové prognózy nemocného. Nemocní po totální laryngektomii obvykle mívají značně narušené mezilidské kontakty, a to především v oblasti sociální, neboť jejich schopnost srozumitelně mluvit je velmi výrazně omezena. Další problémy se projevují v sexuální oblasti a souvisejí se snížením libida a sexuálního uspokojení.

Kvalitu života lze ovlivnit formou rehabilitace, psychosociální rehabilitace, podpory rodiny, přátel a získání sociální jistoty.

Výhodou je, naučí-li se nemocný mluvit pomocí tzv. *jícnového hlasu*, kdy mu tato metoda může napomoci návratu do jeho všedního života. Kvalita života souvisí s prognózou onemocnění, kdy prognóza je poměrně dobrá, jestliže se podařilo odstranit celý nádor a popř. vzdálené metastázy. V rámci hodnocení kvality života záleží na samotném nemocném, který by měl dodržovat doporučená režimová opatření, např. zákaz kouření, požívání alkoholu aj. Riziko recidivy karcinomu je trvalé.

Cíl práce:

1. Zjistit kvalitu života u nemocných po laryngektomii.

2. Porovnat rozdíly mezi pohlavími ve vnímání kvality života po operaci karcinomu hrtanu.
3. Zjistit zda nemocní mají zvýšený sklon k podráždění.

METODIKA PRŮZKUMU

Pro hodnocení vlivu primárního onemocnění na kvalitu života pacienta je nutné používat standardizované a validizované dotazníky. Mezi nejznámější patří dotazníky vyvinuté pracovní skupinou *Quality of Life Group* při *European Organisation for Research and Treatment of Cancer* (dále jen EORTC). Jejich dotazníky jsou rozděleny na jeden obecný, společný pro veškerá onkologická onemocnění (QLQ-C30), a na moduly specifické pro jednotlivá nádorová onemocnění. V práci byla použita obecná verze, která je dostačující pro zkoumání kvality života u pacientů po totální laryngektomii.

K měření kvality života onkologických pacientů byla vytvořena anglická verze dotazníku v roce 1986, která je dostupná na internetových stránkách, a dotazník byl přeložen do mnoha jazyků. Po oficiální registraci jsme získali českou verzi dotazníku, která byla předložena respondentům našeho šetření.

Dotazník obsahuje 30 otázek, které jsou rozděleny do 4 oblastí. První oblast se týká aktivit všedního dne a je složena z 5 otázek. Další oblast je zaměřena na zdravotní stav v průběhu minulého týdne, je složena z 11 otázek. Třetí oblast se zabývá emotivní stránkou pacienta, kdy za pomoci 12 otázek zkoumá, zda pacient

netrpěl únavou, napětím, depresemi, poruchou paměti a podrážděním. Dále tato oblast zahrnuje i otázky, zda nemoc zasahuje do rodinného a společenského života pacienta, a dopad nemoci a léčby na finanční stránku. Poslední oblast obsahuje 2 otázky hodnotící celkové zdraví a kvalitu života za poslední týden. Jsou zde zařazeny funkční škály: fyzické funkce, rolové fungování, emoční fungování, kognitivní funkce a sociální fungování.

Důležitou součástí dotazníku je manuál sloužící k vyhodnocení získaných dat. Manuál je tvořen několika oblastmi. Otázky pro každou z oblastí se počítají dle daného vzorce.

CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU

Přízkumné šetření bylo realizováno ve Fakultní nemocnici v Motole. Do průzkumu byli zařazeni nemocní, kteří byli sledováni na radioterapeuticko-onkologickém oddělení a souhlasili s účastí v průzkumném šetření.

Celkem bylo osloveno 80 pacientů z celé České republiky, návratnost dotazníků byla 90 %, tj. 72 respondentů. Z toho bylo 62 (86 %) mužů ve věku 53 – 67 let a 10 žen (14 %) ve věku 55 – 64 let.

STATISTICKÉ ZPRACOVÁNÍ DAT A PREZENTACE VÝSLEDKŮ

Pro statistické zpracování zjištěných dat byl použit MS Excel, který sloužil pro tabulkové a grafické zpracování dat. Pomocí programu NCSS 2007 byly

vyhodnoceny dotazníky. Zjištěná data jsou vyjádřena v absolutní a relativní četnosti.

ANALÝZA ÚDAJŮ PRO FUNKČNÍ ŠKÁLU FYZICKÉ FUNKCE

Pacienti si měli vybrat ze čtyř různých odpovědí: vůbec ne, trochu, dost a velmi hodně.

Na otázku číslo 1 odpovědělo 58,3 % dotázaných, že nepocituje vůbec žádné potíže při vykonávání namáhavějších činností. 37,7 % respondentů odpovědělo trochu, 5,6 % odpovědělo dost a 1,4 % dotázaných odpovědělo, že velmi hodně.

6,9 % respondentů nepocituje při dlouhé procházce venku žádné potíže, 37,5 % uvádí trochu, 33,4 % dost a 22,2 % dotázaných uvedlo, že při dlouhé procházce pocítují obtíže velmi hodně.

Otázka číslo 3 zkoumala, zda mívají dotazovaní potíže při krátké procházce venku. Na tuto otázku odpovědělo 44,4 %, že vůbec nemají problém, 40,3 % shledává mírné obtíže, 12,5 % větší a 2,8 % respondentů uvedlo velké potíže při krátké procházce.

Otázka číslo 4 se zaměřovala na to, zda respondent musí během dne setrvat v křesle nebo v lůžku, přičemž 43 % uvedlo, že nemusí, 25 % odpovědělo trochu, 18,1 % dost a 13,9 % dotázaných uvedlo, že musí setrvat v křesle nebo lůžku většinu dne.

V poslední otázce jsme se zabývali tím, zda pacienti potřebují pomoc při základních denních činnostech jako je oblékání, při

jídle a při osobní hygieně. Vůbec žádnou pomoc nepotřebuje 69,4 % pacientů, 23,6 % potřebuje mírnou pomoc, 4,2 % vyžaduje pomoc větší a 2,8 % vyžaduje hodně velkou pomoc.

ZJIŠTĚNÉ ÚDAJE PRO FUNKČNÍ ŠKÁLU ROLOVÉHO FUNGOVÁNÍ

Funkční škála, zabývající se plněním pacientových rolí, je zjišťována v otázkách číslo 6 a 7. Odhaluje, zdali je pacient omezen v plnění svých každodenních pracovních činností a věnování se svým koníčkům.

Otázka číslo 6 zjišťuje, zdali je pacient nějak omezen při své práci a plnění každodenních činností. Na tuto otázku odpovědělo 15,3 % dotazovaných, že nejsou vůbec omezeni při práci, 45,8 % je omezeno trochu, 23,3 % bylo při své práci omezeno dosti a 15,3 % dotazovaných odpovědělo, že je omezeno velmi.

Otázka číslo 7 se zabývá tím, zdali je pacient omezen při provádění svých koníčků a jiných činností ve svém volném čase. 18,1 % dotazovaných odpovědělo, že omezení nepociťují žádné, 43 % je omezeno trochu, 23,6 % odpovědělo, že je omezeno dost a 15,3 % velmi.

ZJIŠTĚNÉ ÚDAJE PRO FUNKČNÍ ŠKÁLU EMOČNÍHO PROŽÍVÁNÍ

Funkční škála, která se zabývá emocemi všech dotazovaných, je zastoupena otázkou číslo 21, 22, 23 a 24.

Na otázku, zda cítili pacienti napětí, odpovědělo 33,4 %, že nepociťují žádné, 38,9 % udává mírné napětí. 4,2 % pociťuje větší a 2,8 % hodně velké napětí.

Otázka číslo 22 mapuje, zda dotazovaní cítí nějaké obavy, přičemž 40,3 % neudává žádné napětí, 22,2 % mírné, 26,4 % větší a 11,1 % pociťuje hodně velké napětí.

V otázce číslo 23 jsme se ptali, zda se pacienti cítí být podráždění. 36,1 % podráždění úplně neguje, 47,2 % pociťuje mírnou podrážděnost, 13,9 % respondentů udává větší podrážděnost a 2,8 % se cítí být velmi podrážděno.

Poslední otázka se zabývá tím, jestli se cítí být dotazovaní deprimovaní. 43 % se necítí být deprimováno, 33,4 % mírně, 20,8 % už více a 2,8 % odpovědělo velmi hodně.

ZJIŠTĚNÉ ÚDAJE PRO FUNKČNÍ ŠKÁLU KOGNITIVNÍCH (POZNÁVACÍCH) FUNKCÍ

V otázkách číslo 20 a 25 jsou zastoupeny kognitivní funkce.

Úkolem otázky číslo 20 bylo zjistit, jestli mají pacienti obtíže se soustředěním, kdy 55,6 % odpovědělo, že problém nemá, 44,4 % uvedlo mírné obtíže.

Otázka číslo 25 zkoumá potíže se zapamatováním si věcí. 80,5 % respondentů nemá žádné potíže, 13,9 % mírné a 5,6 % dosti velké.

ZJIŠTĚNÉ ÚDAJE PRO FUNKČNÍ ŠKÁLU SOCIÁLNÍHO FUNGOVÁNÍ

Funkční škála zkoumající sociální fungování je formulována v otázkách číslo 26 a 27. V těchto otázkách se zabýváme tím, zda fyzická kondice nějak ovlivňuje společenské aktivity a rodinný život pacienta.

Otázka číslo 26 poodhaluje, zda fyzická kondice nebo léčba zasahuje do rodinného života pacientů. 13,9 % neudává žádný zásah, 40,3 % trochu, 38,9 % více a u 6,9 % uvedené faktory velmi hodně zasahují do rodinného života.

V otázce číslo 27 se zabýváme tím, jestli fyzická kondice nebo léčba zasahuje do společenské aktivity pacientů. U 9,7 % nijak nezasahuje, 51,4 % uvádí mírný zásah, 29,2 % větší a 9,7 % pociťuje hodně velký zásah do společenských aktivit.

Otázka číslo 28 zkoumala, zda dotazováním způsobila jejich fyzická kondice nebo

léčba finanční obtíže. 6,9 % odpovědělo, že vůbec, 31,9 % udává trochu, 41,7 % odpovědělo dost a 19,5 % osob uvedlo, že jim fyzická kondice a léčba způsobila hodně velké finanční obtíže.

ZJIŠTĚNÉ ÚDAJE VNÍMÁNÍ ZDRAVOTNÍHO STAVU A KVALITY ŽIVOTA

Poslední dvě otázky jsou velmi specifické. Otázka číslo 29 zjišťovala, jak pacienti hodnotí své celkové zdraví v průběhu minulého týdne. Otázka číslo 30 zkoumá celkovou kvalitu života v průběhu minulého týdne. Pacienti vybírali z číselného hodnocení 1–7, kde odpověď 1 byla 'velmi špatné' a odpověď 7 byla 'vynikající'.

Četnost odpovědí všech pacientů je znázorněna v tabulce číslo 6. Rozdíly mezi pohlavími ve vnímání celkového zdraví a kvality života po totální laryngektomii jsou prezentovány v tabulkách číslo 7.

Tabulka č. 1 – Četnost odpovědí u všech pacientů

Číslo otázky	Obsah otázky	Spektrum odpovědí u (počet odpovědí)						
		1	2	3	4	5	6	7
otázka č. 29	Jak byste ohodnotil/a svoje celkové zdraví v průběhu minulého týdne?	2	7	9	17	21	14	2
otázka č. 30	Jak byste ohodnotil/a svoji celkovou kvalitu života v průběhu minulého týdne?	2	6	12	13	20	19	0

V otázce číslo 29 byla průměrná odpověď všech dotázaných 4,36. Jako velmi špatné hodnotí své celkové zdraví pouze 2 osoby z celého souboru. Jako vynikající hodnotí své celkové zdraví také 2 osoby z celkového počtu 72 respondentů.

V otázce číslo 30 byla průměrná odpověď všech respondentů 4,38. Dvě osoby hodnotí svoji celkovou kvalitu života jako velmi špatnou. Za vynikající ji neoznačil nikdo z dotazovaných. Rozdíly ve vnímání kvality života po totální laryngektomii mezi pohlavími jsou znázorněny v tabulkách číslo 2 a 3 a grafu č. 1.

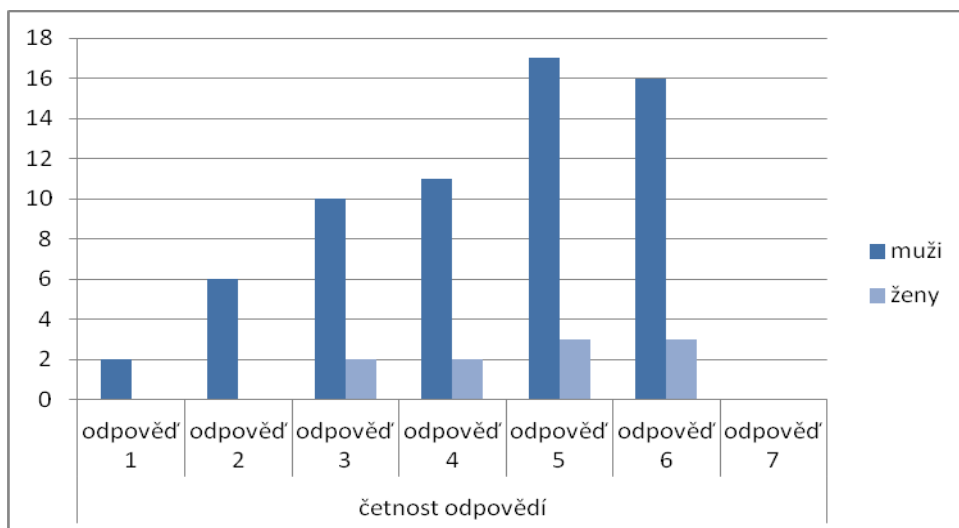
Tabulka č. 2 - Rozdíly ve vnímání kvality života mezi pohlavími – ženy

Četnost odpovědí u žen							Průměr
odpověď							
1	2	3	4	5	6	7	
0	0	2	2	3	3	0	4,70

Tabulka č. 3 - Rozdíly ve vnímání kvality života mezi pohlavími – muži

Četnost odpovědí u mužů							Průměr
odpověď							
1	2	3	4	5	6	7	
2	6	10	11	17	16	0	4,34

Graf č. 1 – Rozdíly ve vnímání kvality života mezi pohlavími – muži a ženy



Respondenti měli zhodnotit svoji celkovou kvalitu života v průběhu minulého týdne. Odpovídali z číselné řady, kdy 1 znamenala 'velmi špatná' a 7 znamenala 'vynikající'. Muži, kterých bylo 62, hodnotili kvalitu života průměrnou hodnotou 4,34. Ženy, kterých bylo pouze 10, hodnotily svoji kvalitu života průměrem 4,70. Z těchto výsledků bychom mohli usuzovat, že ženy hodnotí svoji celkovou kvalitu života o trochu lépe než muži. Avšak ze statistického hlediska je tento rozdíl zanedbatelný.

Totální laryngektomie je často jediným možným postupem v léčení nádorů hrtanu a jedná se o velice závažný zásah do života nemocného. V průzkumném šetření jsme se snažili zhodnotit kvalitu života. Lze předpokládat, že nemocní s odstraněným hrtanem, kteří ztratili hlas, budou negativně hodnotit kvalitu svého života. Naše šetření však toto tvrzení jednoznačně nepotvrzuje. Z dosažených výsledků vyplývá, že mimo ztráty hlasu, nemožnosti zpěvu, nehodnotí respondenti svůj život negativně. Hodnotí

jej dobře anebo průměrně. Baudyšová ve svém šetření uvádí, že 82 % respondentů hodnotí kvalitu života průměrně. Ve svém šetření došla k závěru, že ženy svoji kvalitu života hodnotí hůře než muži. Tento fakt je ovlivněn skutečností, že ženy hůře přijímají následky operace, hlavně ve směru fyzických změn.

Ze zahraničních dostupných zdrojů jsme našli například studii Blickforda (2010) z Flinders University, Australia, kde proběhla kvantitativní studie, která zkoumala názory a zkušenosti sedmi mužů a pěti žen *různého věku, zeměpisných oblastí a sociálních situací, kteří podstoupili totální laryngektomii*. Výsledky výzkumu ukázaly, že *pacienti po totální laryngektomii uvádějí výrazně zhoršenou celkovou kvalitu života*. Filipovska-Mušanovič a kol. (2012) se zaměřili na průzkum kvality života mezi pacienty po totální a částečné laryngektomii. 45 respondentů odpovídá na otázky zaměřené na úzkost, strach, depresi, únavu, celkovou spokojenost, vnímání sociální opory apod.

Žádné statisticky významné rozdíly nebyly zjištěny, s výjimkou otázek vztahujících se k problémům s řečí, polykáním a sociálním kontaktem. Skupina po totální laryngektomii hodnotila tyto oblasti hůře než pacienti po částečné laryngektomii. Mallis a kol. (2011) zjišťovali kvalitu života pomocí upravené verze dotazníku EORTC QLQ-C30 u nemocných po totální laryngektomii. Dospěli k závěrům, že kvalita života těchto nemocných je ovlivněna funkčním zdravotním postižením a psychickým stavem. Neshledali žádné statisticky významné rozdíly.

Naše zjištění mohou pomoci těm, kteří o tyto nemocné pečují. Jak již bylo uvedeno, karcinom hrtanu je nejčastějším nádorem v oblasti otorinolaryngologie. V největší části postihuje muže s maximem výskytu mezi 40. až 60. rokem věku. Prognóza závisí na přítomnosti regionálních metastáz a rozsahu nádoru. Dále jsme zjišťovali, že nemocní mají vyšší sklon k podráždění. Nemocní po totální laryngektomii bývají vystaveni jak psychické zátěži, tak i fyzickým změnám a neodmyslitelně dlouhé pracovní neschopnosti. Velmi nepříjemnými důsledky bývají problémy s mluvením a polykáním, které se mohou promítat do oblasti mezilidské komunikace a mezilidských vztahů. Ze získaných dat jsme zjistili, že respondenti skutečně omezili své společenské aktivity a mají větší finanční obtíže. Ve sledovaném souboru jsou respondenti v produktivním věku, dlouhodobá pracovní neschopnost anebo zařazení nemocných do invalidního důchodu může ovlivnit jejich sociální roli v rodině. Tyto faktory mohou vyústit ve změnu nálady, úzkost, depresi či napětí. Překvapivě v tomto výzkumném šetření

pacienti neudávají extrémní změnu nálady k horšímu. Respondenti spíše uvádějí mírné napětí. Nízkou míru napětí si vysvětlujeme tak, že uplynula určitá doba od operace a pacient se nachází v domácím prostředí a postupně se ztotožňuje s následky operace. K obdobným závěrům došla i Baudyšová, která se respondentů dotazovala na pocit izolace a samoty, kdy většina respondentů odpověděla, že tyto pocity nepociťuje.

ZÁVĚR

Sledovaný soubor nemocných tvořili v padesáti procentech nemocní ve věku 55 až 60 let. Z uvedených výsledků bylo patrné, že ženy vnímají kvalitu života lépe než muži. Tento rozdíl však hodnotíme jako statisticky nevýznamný. Pomocí dotazníkového šetření jsme zjistili, že pacienti po totální laryngektomii považují svoji kvalitu života za dobrou nebo průměrnou, žádný z dotázaných ji nehodnotil jako velmi špatnou. Nejhůře hodnocena byla kvalita života z pohledu sociálního fungování. Průzkumným šetřením se podařilo zjistit, že pacienti netrpí výraznými sklony k úzkosti, depresi a napětí.

K poměrně výrazným hodnotám kvality života jsme se dopracovali v oblastech rolového fungování, sociálního fungování a finanční stránky, kdy respondenti udávali, že onemocnění jejich kvalitu života v těchto směrech zhoršuje. Ne však natolik, aby se jejich onemocnění stalo pro ně nesnesitelným. V rámci somatických změn respondenti neudávali větší obtíže, tudíž jsme se k nim nevyjadřovali.

Průzkumné šetření je zaměřeno na zjištění kvality života u nemocných po totální laryngektomii. Totální laryngektomie je hlubokým zásahem do života každého jedince. Tuto změnu vnímá každý nemocný jiným způsobem. Tento průzkum je jednou z mála hlubších sond do kvality života pacientů po totální laryngektomii v České republice. Chirurgická léčba může nemocným od potíží ulevit, znamená šanci na vyléčení a s tím souvisí zlepšení kvality života.

LITERATURA

- [1] BAUDYŠOVÁ, E. Kvalita života nemocných po totální laryngektomii. Diplomová práce obhájená na Fakultě zdravotnických studií Univerzity Pardubice v r. 2008. 297 s. Dostupné z: https://dspace.upce.cz/bitstream/10195/29605/1/BaudysovaE_Kvalita%20zivota_AP_2008.pdf.
- [2] DRAGOMIRECKÁ, E., ŠELEPOVÁ, P. Kvalita života u seniorů – mezinárodní výzkum. In Hnilicová, Helena (ed.) Kvalita života. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2004. ISBN 80-86625-20-6.
- [3] Dotazník EORTC – QLQ – C30. 2010. [online]. [Cit. 2012-9-10]. Dostupné z: <http://www.eortc.be/home/qol/downloads/f/C30/QLQ-C30%20Czech.pdf>.
- [4] BLICKFORD, J. A KOL. <http://ncbi.nlm.nih.gov> [online]. Living with the altered self: A qualitative study of life after total laryngectomy. 2010. [Cit. 2012-12-10]. Dostupné z: <http://ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23586580>.
- [5] FILLIPOVSKA-MUSANOVIČ, M. A KOL. <http://ncbi.nlm.nih.gov> [online]. Quality of life in patients with laryngeal/hypopharyngeal cancer following total/partial laryngectomy. 2012. [Cit. 2012-12-10]. Dostupné z: <http://ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22926365>.
- [6] HYBÁŠEK, I., VOKURKA, J. Otorinolaryngologie. Praha: Univerzita Karlova, 2006. ISBN 80-246-1019-1.
- [7] MALLIS, A. A KOL. <http://ncbi.nlm.nih.gov> [online]. Factors influencing quality of life after total laryngectomy: a study of 92 patients. 2011. [Cit. 2012-12-10]. Dostupné z: <http://ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21845804>.
- [8] MOLITOR, M., FOLTÁN, R., MĚŠŤÁK, J. Superradikální devastační výkony a rekonstrukce u pokročilých nádorů v oblasti hlavy a krku-etické úvahy. In Ptáček, R., Bartůněk, P. Etické problémy medicíny na prahu 21. stol. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-5471. s. 371-378.
- [9] SC Manual QLQ-C30. 2010. [online]. [Cit. 2012-9-10]. Dostupné z: <http://www.eortc.be/home/qol/files/SCManualQLQ-C30.pdf>.

QUALITY OF LIFE IN PATIENTS AFTER TOTAL LARYNGECTOMY



KONTAKTNÍ ÚDAJE:

PhDr. Jana Haluzíková, Ph.D.
Slezská univerzita v Opavě
Ústav ošetřovatelství FVP
Bezručovo nám. 14
746 01 Opava
E-mail: jana.haluzikova@fvp.slu.cz

Bc. Kristýna Hermannová
Klinika ORL a chirurgie hlavy a krku
1. LF UK a FN Motol
V Úvalu 84
150 06 Praha 5
E-mail: knovakova5@seznam.cz

MUDr. Michal Zábrodský
Klinika ORL a chirurgie hlavy a krku
1. LF UK a FN Motol
V Úvalu 84
150 06 Praha 5
E-mail: michal.zabrodsky@fnmotol.cz

ABSTRACT

The authors focus on the quality of life in patients after total laryngectomy. The EORTC QLQ-C30 questionnaire was employed to measure the quality of life and sex differences were compared in perception of the quality of life after laryngeal cancer surgery. The results show that participants report a good to average quality of life. Females report a slightly better overall quality of life in the preceding week compared to males. Nevertheless, from the statistical point of view, this difference is negligible.

KEYWORDS:

total laryngectomy, laryngeal cancer, quality of life

POSOUZENÍ STAVU VĚDOMÍ U PACIENTŮ V ANALGOSEDACI: SROVNÁNÍ PĚTI HODNOTÍCÍCH ŠKÁL

ZUZANA HLUBKOVÁ
JANA HALUZÍKOVÁ
SLEZSKÁ UNIVERZITA V OPAVĚ

JITKA CHLUPOVÁ
SLEZSKÁ UNIVERZITA V OPAVĚ
NEMOCNICE ŠTERNBERK

ABSTRAKT

Cíl studie: Zmapovat možnosti hodnocení vědomí u pacientů v analgosedaci podle vybraných hodnotících systémů.

Materiál a metody: Průzkumný soubor tvořilo 30 pacientů, u kterých bylo provedeno celkem 840 pozorování. Pro hodnocení stavu vědomí byly využity škály Glasgow coma scale (GCS), Richmond agitation sedation scale (RASS), Ramsay skóre, Motor activity assessment scale (MAAS) a Glasgow coma scale ve znění Cook a Palma. Vyhodnocení dat proběhlo pomocí programu Microsoft Office Excel 2007, přičemž ke statistickému hodnocení byl použit test ANOVA.

Výsledky: Shoda ve škálách hodnocení vědomí u pacientů v analgosedaci byla zaznamenána zejména v jednotlivých slovních hodnoceních popisu celkového stavu vědomí. Největší shoda mezi škálami tj. 91 % se nachází u stupně stavů definovaných jako „neprobuditelný“ další 74 % ve stupni „bdělost“. Nejmenší shoda pak v oblasti agitace, která představuje 40 % a neklidu 45 %. Schopnost měření (diferenciace) mezi jednotlivými škálami byla prokázána u škály GCS a Ramsay ($p = 0,271$). Schopnosti

diferenciace mezi všemi pěti škálami byla statisticky signifikantní při testování hodnot poměrového koeficientu diferenciace ($p = 0,0001$), všechny škály mezi sebou nelze porovnávat. Dynamiku vývoje stavu vědomí pacienta v analgosedaci nejlépe vystihovala škála RASS.

Závěr: Žádoucí úroveň sedace a dostatečná analgezie jsou důležitou součástí péče o kriticky nemocné. Najít optimální hladinu sedativ a dostatečnou dávku analgetik napomáhají právě škály hodnotící míru analgosedace. Jednu z nejdůležitějších rolí při vyhodnocování této úrovně mají sestry, které jsou s pacientem téměř v neustálém kontaktu.

KLÍČOVÁ SLOVA:

vědomí, analgezie, sedace, hodnotící škály

ÚVOD

Analgosedace je analgezie spojená s větším či menším útlumem vědomí. Je indikována u pacientů v kritickém stavu. Zajištění optimálního stupně sedace a analgezie u pacientů kriticky nemocných je nedílnou součástí intenzivní a resuscitační péče. Analgosedací se rozumí správný způsob jak udržet komfort a bezpečnost pacienta. Jako taková snižuje úzkost, strach, bolest a riziko vzniku posttraumatické stresové poruchy, vyvolává amnézii. Infarkt, který vedl k těžkému fyzickému stavu pacienta, ještě zhoršuje další funkce organismu ve smyslu aktivace endokrinní odpovědi, zrychlení metabolismu, zvýšených nároků na zdroje energie, kyslíku, dochází tak k dysbalanci vnitřního prostředí, kde nezanedbatelným ukazatelem je psychický stres, strach, úzkost, panika a neklid. K tomuto je také ještě třeba přičíst vliv přetechizovaného prostředí, léčebné a ošetrovatelské postupy, které zahrnují zajištěné dýchací cesty, umělou plicní ventilaci, odsávání z dýchacích cest, vstupy do cévního řečiště, žaludeční a enterální sondy, močové katetry, drény, operační rány. Dalším zatěžujícím prvkem pro pacienta je naprostá závislost na ošetřujícím personálu, také neschopnost pohybu a komunikace, vynucená poloha, dále pak bolest, ztráta orientace v čase, narušení biorytmu spánku a bdění a omezení kontaktu s nejbližšími. Toto vše dohromady vytváří další stresující elementy a dyskomfort, jehož vnímání pacientem je třeba potlačit a k tomu právě slouží analgosedace (Kapounová, 2007; Adamus, 2010). Dnešním trendem

není používání hluboké sedace s útlumem vědomí, bez výbavnosti reflexů a farmakologicky navozenou svalovou relaxací, ale je to analgosedace, jejímž cílem je pacient, který pospává, nemá bolesti, je snadno probuditelný, schopný spolupracovat, tolerující nutné léčebné a ošetrovatelské intervence. Řízená umělá plicní ventilace je zde indikována jen na nejnnutnější dobu, preferují se podpůrné ventilační režimy s alespoň částečně zachovanou spontánní dechovou aktivitou pacienta. Samozřejmě vždy s ohledem na závažnost stavu pacienta.

Minimální sedace (anxiolýza) je farmakologické odstranění, utlumení úzkosti. Pacient adekvátně reaguje na slovní výzvy, je u něj mírně obleněná koordinace pohybů a vědomí, ale má zachováno spontánní dýchání a není ovlivněna činnost jeho kardiovaskulárního systému. anxiolýza je spojena s anterogradní amnézií.

Střední analgosedace je opět farmakologicky navozená změna vědomí, při které pacient reaguje přiměřeně na slovní příkazy, někdy je u něj nutná taktilní podpora k pohybu, ale udrží volné dýchací cesty a spontánně dýchá.

Hluboká analgosedace je farmakologicky navozený stav, kdy pacient nereaguje na slovní podněty, ale na bolestivý podnět reaguje cíleným obranným pohybem. Je u něj zhoršena samostatná ventilace, neudrží volné dýchací cesty, ale má zachovanou normální funkci kardiovaskulárního systému.

Anestezie představuje farmakologicky navozenou ztrátu vědomí, pacient nereaguje ani na bolestivé podněty. Může mít narušenou spontánní ventilaci i funkce kardiovaskulárního systému. Anestezie se dále rozděluje na čtyři stadia od emočního ovlivnění vnímání bolesti, přes excitaci, třetí stadium tolerance, až po nebezpečné stadium čtyři: intoxikační (Kapounová, 2007; Larsen, 2004).

Měření a hodnocení analgosedace je obtížné, protože objektivní měřítka nejsou k dispozici a jsme odkázáni na použití rozličných skórovacích systémů, založených na subjektivním hodnocení. Lze využít monitorace pomocí bispektrálního indexu, ale ani ta však nezaručuje přesnost měření a využívá se spíše v anesteziologii. Jak již bylo řečeno, analgosedace je pro intenzivní péči nepostradatelná, ale má mnoho úskalí, která zahrnují nepříznivé důsledky farmakoterapie a nepřiměřenou úroveň útlumu vědomí.

Nedostatečná analgosedace vede k tomu, že pacient trpí bolestmi, strádá obecným nepohodlím a nepřizpůsobuje se ošetrovatelským postupům, dále jeví známky oběhové nestability, je ohrožen rozvojem koronárních komplikací, špatně snáší zajištění dýchacích cest a péči o ně, a také se obtížně přizpůsobuje ventilačnímu režimu. Významným úskalím je také nadměrná, nepřiměřeně hluboká sedace, která může způsobit přetrvávající poruchu vědomí, útlum dýchání, hypotenzi, obtíže s obnovováním střevní pasáže, ileus, imunosupresi, poruchy funkce jater a ledvin. Její dlouhodobé podání způsobuje při vysazení medikace výrazné abstinenční

příznaky, může také dojít ke vzniku deliria. Imobilizace, ztráta hybnosti vede v tomto případě ke ztrátě svalové hmoty, katabolismu, vzniku dekubitů a riziku vzniku žilní trombózy.

K nalezení co nejefektivnější míry analgosedace slouží právě i škály hodnocení vědomí a jejich průběžné zaznamenávání do dokumentace pacienta. Jejich výhodou je včasné a jasné odhalení nadměrné nebo nedostatečné hloubky útlumu vědomí a bolesti, a také pomáhají identifikovat příznaky abstinenčního syndromu a přispívají k snížení doby, kdy je nutná umělá plicní ventilace. Také umožňují úpravu dávkování farmak používaných k analgosedaci, přesnou titraci dávky, usnadňují odkašlávání a rehabilitaci a napomáhají zkrácení doby hospitalizace na jednotkách intenzivní péče a ARO.

K hodnocení jsou nejčastěji používány skórovací systémy, které popisují reakci nemocného na řadu stupňovaných a přesně definovaných podnětů. Při výběru hodnotícího skóre by bylo ideální najít rovnováhu mezi jednoduchostí a přílišnou složitostí tak, aby výsledek byl jednoznačný, co nejpresnější, a přinesl nám přiměřené množství informací. Škály pomáhají vytvořit společný jazyk multidisciplinárního týmu, který je možné použít při projednávání cílů a léčby pro pacienty. Většina skórovacích systémů není schopna úplně přesně rozlišit míru sedace, dostatečnost analgezie a určit, zda pacient trpí depresí nebo úzkostí. Jsou však schopny rozlišit míru pacientovy pohody. Skórovací systémy jsou kompromisem mezi přesností a pracností jejich zjišťování,

časem potřebným ke zhodnocení a popsaní stavu. Ideální hodnotící systém by měl být přesný, popisný, jednoduchý, minimálně pracný, nezatěžující personál, snadno zaznamenateľný do dokumentace, a také co nejméně zatěžující a invazivní pro pacienta. Měl by popisovat jen významné údaje týkající se stavu pacienta.

V současnosti se využívají i metody skutečného měření, například o stanovení plasmatické koncentrace účinné látky, která však neřká nic o koncentraci účinné látky v příslušných strukturách CNS. Dalšími metodami může být elektroencefalogram (EEG), hodnocení různě zpracovávaného EEG signálu, senzorické evokované potenciály i variabilita srdeční frekvence. Tyto metody však našly uplatnění spíše v rámci anestezie při operačním výkonu. Využití v intenzivní péči je výjimečné a nedoznalo podstatného rozšíření (Stawicki, 2007; Carrasco, 2000; Ely et al., 2003).

Hlavním důvodem volby tématu práce je poukázat na možnost sledování vědomí při analgosedaci v rámci kvalitní ošetrovatelské péče. Zjistilo se, že většina dotazovaných pracovišť typu ARO/JIP ve studii provedené v České republice nemá protokol na analgosedaci, ani rutinně nepoužívá žádný skórovací systém hloubky sedace (Černý et al., 2009, s. 132-136). Záměrem práce je pokusit se ověřit v praxi možnost využití vybraných škál hodnotících vědomí u skupiny pacientů s analgosedací. Škály hodnotící vědomí a hloubku sedace zastupují skórovací systémy Glasgow coma scale (Bartoš et al., 2004; Adams, Harold, 1999), Ramsay skóre (Kapounová,

2007; Sessler, Grap, Ramsay, 2008), Motor aktivity assessment scale (Stawicki, 2007; Devin et al., 1998), Glasgow coma scale ve znění Cook a Palma (Pun, Dunn, 2007; Woodrow, 2000) a Richmond agitation sedation score (Ely et al., 2003; Sessler et al., 2002). Porovnávání pět škál, vybraných pro předchozí rešerži, je posuzováno z hlediska schopnosti měřit a zhodnotit dynamiku vývoje stavu pacienta.

MATERIÁL A METODY

Pro hodnocení stavu vědomí bylo použito pět standardizovaných škál. Glasgow coma scale (GCS), Richmond agitation sedation scale (RASS) a Ramsay skóre jsou nástroje dostupné v českém jazyce. Stupnice Motor aktivity assessment scale (MAAS) a Glasgow coma scale ve znění Cook a Palma (někde popisováno jako Newcastle scale) jsou popsány pouze v zahraničních zdrojích. Pro účely tohoto průzkumného šetření byl proveden překlad z anglického jazyka dvěma odbornými překladateli, poté byly vykonzultovány rozdíly v překladech odborníky v oboru ošetrovatelství.

Glasgow coma scale (GCS) byla původně používána pro posouzení vědomí u poranění hlavy. Stupnice byla poprvé zveřejněna v roce 1974 profesory neurochirurgie na univerzitě v Glasgow. U nás je GCS dosud nejčastěji využívané hodnocení vědomí, které ale neposuzuje, neřeší míru a dostatečnost analgezie. Jde o bodové hodnocení na podkladě odstupňované reakce otevření očí a slovní i motorické odpovědi. Pacient při plném

vědomí má skóre 15 bodů, v hlubokém kómatu pak 3 body. Pacient se skóre 8 a méně je indikován na lůžka intenzivní péče. Pro hrubé hodnocení stavu pacienta lze zde poruchu vědomí rozdělit do tří stupňů na lehkou (GSC 15–13), střední (GSC 12–9) a těžkou (GSC 8–3). GCS hodnotí celkový stav CNS a měla by se provádět primárně u stavů souvisejících s poškozením mozku a poruchou vědomí. GCS znemožňuje správně skórovat poruchu vědomí u pacientů s poruchou řeči, poraněním v obličejové části, intoxikovaných a se zajištěnými dýchacími cestami, kde slouží pouze k hrubému odhadu stavu vědomí pacienta, proto by se měla aplikovat jen u strukturálních poškození mozku. Její použití u toxických a metabolických kómat není validní, protože dekortikace či decerebrace je u nich méně obvyklá a tato důležitá kritéria hodnocení odpadají. Obtížně lze touto škálou vyhodnotit dynamiku ve vývoji stavu poruchy vědomí (Bartoš et al., 2004, Adams, Harold, 1999).

Ramsay skóre je jedna z nejběžnějších hodnotících škál, zavedená v roce 1974, která měla původně sloužit při experimentálním výzkumu účinku sedativa, teprve později byla využívána v intenzivní péči. Rozlišuje tři stupně ve dvou úrovních v bodovém rozpětí 1-6 bodů jako reakce na oslovení (Kapounová, 2007). Ramsay skóre má univerzální využití, a to nejen na jednotce intenzivní péče, ale všude tam, kde jsou podávány uklidňující léky. Umožňuje zajistit bezpečnou hladinu podávaných léčiv. Její nevýhoda tkví v tom, že neřeší otázku rozrušení, protože skóre 1 hodnotí pouze pacienta jako rozrušeného, ale nestanovuje míru agitace. Společně s ní

je potřeba použít i některé skóre hodnotící bolest. Doporučení pro hodnocení je nebudit pacienta, kvůli posouzení vědomí, ale využít dobu, kdy je prováděná jiná intervence. Vhodný interval mezi posouzeními je 1- 2 hodiny, maximální rozestup by však neměl přesáhnout čtyři hodiny (Sessler, Grap, Ramsay, 2008).

Motor activity assessment scale (MAAS)

je škála vytvořená lékaři intenzivní péče v Utahu za účelem zlepšení přesného dávkování sedativních léků. Jde o spolehlivé měřítko u pacientů na umělé plicní ventilaci. Neklid a sedaci lze posoudit pozorováním, reaktivitou na podnět a odpovědí na příkaz. Příklad motorické aktivity zde usnadňuje hodnocení. Toto měřítko obsahuje sedm úrovní od pacienta bez reakce na veškeré podněty, včetně algických, až po pacienta nebezpečného, rozrušeného a nespupracujícího. Za ideální je považováno skóre tři, představujícím pacienta klidného a spolupracujícího, plnícího pokyny (Stawicki, 2007; Delvin et al., 1998).

Glasgow coma scale ve znění Cook a Palma: Newcastle scale popsany Cookem a spolupracovníky v roce 1991 hodnotí - obdobně jako Glasgow Coma Scale- jednotlivé prvky klinického stavu ošetřovaného. Jednoduchá hodnotící technika zahrnuje pozorování, reaktivitu na ošetřovatelské postupy, sluchový stimul, dýchání a kašlací reflex v logickém sledu. Větší rozčleněnost a počet sledovaných parametrů přidávají hodnocení na sensitivitu, v případě hodnocení jednotlivých položek (Pun, Dunn, 2007; Woodrow, 2000).

Richmond agitation sedation scale (RASS)

bylo vyvinuto multidisciplinárním týmem na Virginia Commonwealth University v Richmondu. Jedná se o deseti bodovou stupnici, kde je možné hodnotit stručně pomocí tří jasně definovaných kroků. Tato stupnice hodnotí nejen sedaci, ale i neklid a rozrušení a agitaci. Unikátní vlastností RASS je to, že ji lze použít i při zajištěných dýchacích cest pacienta, umělé plicní ventilaci, u poškození zraku a sluchu. Není vhodná u posuzování vědomí u dětí. Má vynikající spolehlivost v širokém rozsahu dospělých, ve všech intenzivních oborech (neurologických, chirurgických i interních). Skóre spolehlivě funguje i u mechanicky ventilovaných pacientů a pacientů bez ventilační podpory. Napomáhá k titraci dávkování léků. Záporné a nulové hodnoty jsou zaměřeny na reaktivitu ve smyslu otevření očí, od bdělého klidného pacienta až po neprobuditelného pacienta bez reakcí. V kladných číslech sleduje chování a motorický neklid od bojovného pacienta, který bezprostředně ohrožuje personál až po úzkostného bez známek agrese (Sessler et al., 2002; Ely et al., 2003)

Průzkumný soubor tvořilo 30 pacientů, u kterých bylo provedeno celkem 840 pozorování. Kritéria pro zařazení pacientů do průzkumného šetření byla hospitalizace na oddělení ARO a JIP chirurgického oddělení v období měsíce února až března 2013, farmakologická analgosedace vstupně s UPV, minimální délka analgosedace 24 hodin, s indikací k hospitalizaci chirurgickou (pooperační nebo úrazovou) nebo interní. Mezi vylučující kritéria pro zařazení pacientů do průzkumného souboru patřila diagnóza,

kde bylo předpokládáno poškození mozku např. po laické resuscitaci, dlouhodobě hypoxické, po kraniocerebrálních poraněních, pacienti s neurologickou diagnózou (např. cévní mozková příhoda) a pacienti bez analgosedace a UPV. Ukončení sledování pacientů bylo při Exitus letalis, ukončením čtvrtého dne sledování nebo bdělost pacienta s extubací a dostatečnou spontánní ventilací per vias.

Věkové složení průzkumného souboru bylo v rozmezí od 26 do 81 let, průměrný věk byl 63,7 let. První skupinu respondentů tvořili pacienti po chirurgických operačních výkonech, a to po rozsáhlejších operacích, které znamenají velkou zátěž pro organizmus, a pacienti po úraze, ale také nemocní, kteří vzhledem k komorbiditám a celkovému zdravotnímu stavu před operací a riziku možných pooperačních komplikací byli ponecháni na tzv. odloženou extubaci. Celkově se jednalo o 13 pacientů, jejichž průměrný věk byl 59,6 let. Druhou skupinu respondentů tvořili pacienti s interními diagnózami. Převážnou většinu představovali nemocní s chronickou obstrukční plicní nemocí, s chronickým onemocněním srdce a cév, u kterých došlo k progresi celkového stavu v důsledku komplikujícího onemocnění, převážně bronchopneumonie. Tento vzorek zahrnoval 17 pacientů, jejichž průměrný věk byl vyšší než u předchozí skupiny, a to 67,9 let.

Z celkového počtu 30 pacientů bylo po dobu za sebou jdoucích čtyř dní sledováno 11 pacientů, po dobu tří dnů 17 pacientů. Minimálně dva dny byla hodnocena celá skupina. Indikací k předčasnému ukončení

v průběhu jednotlivých dní byla nejčastěji bdělost pacienta s extubací a dostatečnou spontánní ventilací. Pouze u 6 pacientů bylo hodnocení vědomí ukončeno z důvodu nastaveného omezení délky sledování - 4 dny.

Ve této studii byla použita metodologie kvantitativního průřezu, technikou sběru dat bylo pozorování. Pozorováno a vyhodnocováno bylo vědomí a sedace podle vybraných škál u určené skupiny pacientů. Výsledky pozorování se zaznamenávaly do předem vytvořeného

hodnotícího formuláře. Každé pozorování bylo provedeno vždy zároveň dvěma sestrami.

Po sběru dat bylo provedeno sečtení celkového skóre jednotlivých škál a přepsání výsledků do programu Microsoft Office Excel 2007. Statistické zpracování probíhalo pomocí testu analýzy rozptylu ANOVA. V závěru bylo pro lepší grafickou přehlednost vytvořeno jednoduché barevné rozlišení, čímž se zprehlednil vývoj dynamiky stavu (viz tabulka č. 1).

Tabulka č. 1 - Barevné znázornění stupňů jednotlivých škál

	GCS		Ramsay		MAAS		GSC palma a cook		RASS	
nedostatečná									4	bojovný
					6	nebezpečně rozrušený a nespolupracující			3	výrazně agitovaný
					5	rozrušený			2	agitovaný
			1	příliš mělká	4	neklidný, ale spolupracující			1	Neklidný
pacient bdělý, spolupracuj	15-13	žádná nebo lehká porucha vědomí	0	bdělý	3	klidný a spolupracující	17-19	bdělý	0	bdělý, ale klidný
adekvátní	12-9	střední porucha vědomí	2	adekvátní	2	reakce na dotek a slovní podnět	15-16	somnolence	-1	somnolence
			3	adekvátní			12-14	mírná sedace	-2	mírná sedace
			4	adekvátní	1	reakce na bolestivé podněty	8-11	střední sedace	-3	střední stupeň sedace
			5	hluboká			5-7	hluboká sedace	-4	hluboká sedace
příliš hluboká	8-3	těžká porucha vědomí	6	příliš hluboká	0	bez reakce	3	v anestezii	-5	neprobuditelný

VÝSLEDKY A DISKUZE

Prvním dílčím cílem bylo zjistit, zda jsou rozdíly v hodnocení vědomí u pacientů v analgosedaci podle jednotlivých škál. Procentuální shoda byla zejména v jednotlivých slovních hodnoceních, popisu celkového stavu vědomí. Největší shoda mezi škálami, a to 91 % se nachází u stupně stavů definovaných jako neprobuditelný (v jiné škále nazvané jako příliš hluboká, bez reakce, v anestezii), shoda 74 % ve stupni „bdělost“ (v jiné škále nazváno jako klidný, spolupracující, žádná nebo lehká porucha vědomí). Nejmenší shoda je v oblasti agitace (40 %) a neklidu (45 %). Největší shoda mezi škálami se nachází u nejhlubší sedace a bdělosti a nejmenší shoda je v oblasti agitace a neklidu.

Druhým dílčím cílem bylo ověřit, jestli se nachází odlišnosti ve schopnosti měřit, diferencovat mezi jednotlivými hodnotícími škálami. Test analýzy rozptylu ANOVA, provedený na hodnotách poměrového koeficientu diferenciaci spočítaného ze všech pěti škál, ukázal statisticky signifikantní rozdíl ($p = 0,0001$) ve schopnosti se měřit (diferencovat) mezi jednotlivými škálami. Daný rozdíl byl způsoben škálami MAAS, GSC dle Palma a Cook a RASS a jejich sníženou schopností měřit (diferencovat) ve srovnání se škálami GSC a Ramsay. Test analýzy rozptylu ANOVA, provedený na hodnotách poměrového koeficientu diferenciaci škál GCS a Ramsay ukázal statisticky nesignifikantní rozdíl ($p = 0,271$) ve schopnosti měřit (diferencovat) mezi oběma škálami. Tyto škály mezi sebou lze porovnávat.

Analýza byla provedena k ověření, zda je vůbec možné škály porovnávat, protože každá z nich má jiné bodové rozložení. Všechny posuzované škály GCS, MAAS, Ramsay, RASS a GCS modifikace dle Cook a Palma nemají mezi sebou schopnost se měřit a diferencovat. Porovnávat mezi sebou lze pouze škály GCS a Ramsay.

Posledním dílčím cílem bylo zmapovat, zda se hodnocení jednotlivých škál liší z hlediska dynamiky vývoje stavu vědomí u pacientů v analgosedaci. Vyhodnocení stupnice, která nejlépe vystihuje dynamiku vývoje stavu, bylo provedeno pomocí barevného zpracování stupňů jednotlivých škál (viz tabulka č. 1). Toto vyhodnocení bylo provedeno jak u pacientů jednotlivě, tak souhrnně u všech pacientů s tím, že dynamiku vývoje nejlépe vystihuje stupnice, která má nejvíce stupňů, tedy RASS. Bude-li se pacient pohybovat pouze ve stavu vědomí od bdělosti po hlubokou anestezii, tak je RASS srovnatelný s Ramsay a GCS modifikace dle Cook a Palma. Všechny tyto stupnice mají 5 stupňů sedace + jeden vyjadřující bdělost. Ve vyjádření agitace je nejčlenitější RASS, který má čtyři stupně vyjadřující neklid. Nejlépe tedy vystihuje dynamiku vývoje stavu vědomí u pacienta v analgosedaci škála RASS.

Provedená studie potvrdila, že největší shoda mezi škálami se nachází u stupně stavů definovaných jako neprobuditelný (v jiné škále nazvané jako příliš hluboká, bez reakce, v anestezii) a ve stupni „bdělost“ (v jiné škále nazváno jako klidný, spolupracující, žádná nebo lehká porucha vědomí). Nejmenší shoda je v oblasti agitace a neklidu. Tyto výsledky jsou

způsobeny zvláště tím, že na problematiku agitovanosti a neklidu se zaměřují pouze škály Ramsay skóre, RASS a MAAS. Rozsáhlé prověření spolehlivosti škál pro analgosedaci bylo obsahem studie autorů Sessler, Grap, Ramsay, (2008), kde byly statisticky porovnány škály RASS, MASS, SAS, Ramsay skóre, ATICE a některé další. Výsledky byly validovány s měřením pomocí bispektrálního indexu. Všechny škály prokazují spolehlivost.

Dále bylo zjištěno, že porovnávat škály mezi sebou lze pouze u škál GSC a Ramsay skóre. Všechny posuzované škály GCS, MAAS, Ramsay skóre, RASS a GCS modifikace dle Cook a Palma nemají mezi sebou schopnost se měřit a diferencovat. Daný rozdíl byl způsoben škálami MAAS, GSC dle Palma a Cook a RASS a jejich sníženou schopností se měřit (diferencovat) ve srovnání se škálami GSC a Ramsay skóre. Také studie Li (2004), Pun, Dunn (2007) porovnává jednotlivé měřicí nástroje na analgezii, sedaci a současně neklid a agitaci a snaží ohodnotit jejich validitu. Dle výsledků byly všechny nástroje (RASS, MAAS, SAS i Ramsay skóre) uznány jako vhodné pro pacienty v kritickém stavu. Závěry studie Riessen et al. (2012) ukazují v neprospěch Ramsay skóre, kde autoři tvrdí, že ovlivnit hloubku sedace lze výrazně lépe po zařazení skóre RASS. Tento závěr je v průzkumu zcela popřen, kdy Ramsay skóre má v oblasti sedace diferenciační schopnosti. Důvodem ale může být neporovnání jednotlivého skóre v závislosti na dávce sedativ. Dále také, že Ramsay má šest stupňů sedace, jeden vyjadřující bdělost a neklid ve společném popisu

„příliš mělká“. Takže vlastně samostatný bod, který by hodnotil neklid nemá.

Dále se ukázalo, že z hlediska dynamiky vývoje stavu vědomí u pacientů vanalgosedaci vystihuje stupnice, která má nejvíce stupňů, tedy RASS. Bude-li se pacient pohybovat pouze ve stavu vědomí od bdělosti po hlubokou anestezii, tak je RASS srovnatelný s Ramsay a GCS modifikace dle Cook a Palma. Všechny tyto stupnice mají 5 stupňů sedace + jeden vyjadřující bdělost. Ve vyjádření agitace je nejčlenitější RASS, který má čtyři stupně vyjadřující neklid.

K podobným závěrům došli autoři také při posuzování spolehlivosti stupnice Glasgow coma scale dle Cook a Palma a Ramsay skóre ve studii (Carrasco, 2000). Studie poukázala na jejich platnost a užitečnost v praxi a na potřebu využití hodnocení vědomí dle škálovacích systémů, a to zejména pro optimální nastavení sedativní terapie.

Dotazníkového šetření ohledně praktického využití různých postupů farmakologické analgosedace a skórovacích systémů ve studii (Černý et al., 2009, s. 132-136), přineslo výsledek, a to ten, že většina dotazovaných pracovišť nemá protokol na analgosedaci, ani nepoužívá rutinně žádný skórovací systém hloubky sedace. Tento závěr zdůrazňuje důležitost hodnocení pomocí skórovacího systému.

Po opakovaném hodnocení vědomí u pacientů v analgosedaci dle jednotlivých škál byly nalezeny některé nepřesné formulace a nedostatky, které se týkají použití stupnic

u pacientů s analgosedací. U všech škál chybí běžně v anesteziologii používané hodnocení plazení jazyka na slovní podnět a zvednutí hlavy nad podložku.

Glasgow coma scale je hodnocena v rámci tohoto průzkumu jako nevhodná u pacientů s analgosedací. První položka, otevření očí, je podobná, jako u všech ostatních, tedy vyhovuje. Další ukazatel, slovní odpověď, je možno diferencovat pouze v případě, že pacient nemá zajištěny dýchací cesty endotracheální nebo tracheostomickou kanylou. Proto při hodnocení byl ve většině případů přičten jen jeden bod, tedy žádná odpověď. Další výhrady k této hodnotě jsou v rozlišení slovní odpovědi zmatená - nepřiměřená. Těžko je jednotlivé přívlastky odlišit a tak správně přiřadit bodové hodnocení. Při přehodnocení reakce na bolest škála obsahuje dvě specifické položky- dekortikační a decerebrační pohyby končetin, které nelze využít u všech pacientů. Jedná se o důležitý ukazatel při identifikaci poškození jednotlivých struktur CNS. V rámci práce zůstaly nevyužity, protože cílovou skupinu pacientů tvořili nemocní, u kterých takové poškození nebylo pravděpodobné. Další úskalí reprezentovalo přesný popis položky hodnotící adekvátní reakci na bolestivý podnět a úhyb. Snadno může dojít k záměně mezi těmito popisy. Zařazení hloubky vědomí dle celkového bodového vyhodnocení je pouze třístupňové- těžká porucha vědomí, střední porucha vědomí a žádná nebo lehká porucha vědomí. Skóre neřeší závěry ve smyslu neklidu a agitace.

Ramsay skóre řeší oba problémy, jak sedaci, tak neklid. Problém s přesným

ohodnocením stavu byl zaznamenán v rozlišení položek: „hluboká sedace“, kdy pacient otevře oči na hlasité oslovení a okamžitě reaguje na bolestivý podnět a „spící, nespolupracuje“, kdy otevře oči na hlasité oslovení nebo dotyk. V intervencích, které je třeba provést, není velký rozdíl, a proto by snadno mohlo dojít k nepřesnému vyhodnocení stavu vědomí. V hodnocení „agitovaný, neklidný, úzkostný“, chybí zmínka o tom, zda je pacient na UPV jaká je tolerance ventilačního režimu. Skóre lze hodnotit jako jednoduché, ale řeší agitovanost pouze v jedné bodové rovině.

Motor activity assessment scale řeší sedaci i agitovanost, obsahuje přesně definované stupně sedace, jeden pro bdělost a tři stupně neklidu. Výhodou jsou přesné příklady motorické aktivity u neklidu. Nevýhodou lze spatřit ve společném zařazení položek reakce na slovní a algický podnět. Dalším negativem jsou dlouhé popisy reaktivity na podnět, protože snadno může dojít k špatné interpretaci. U vyjádření „pohybuje končetinami“ chybí specifikace, zda se jedná o cílený, či úhybný pohyb. Celkově se s tímto skóre pracovalo velmi obtížně a časově bylo nejnáročnější. S Glasgow coma scale ve znění Cook a Palma: Newcastle scale se pracovalo velmi dobře. Položka otevření očí je zcela jasná. V položce „reakce na ošetřovatelské výkony“ není přesně definováno o jaké podněty se jedná, zda jde o běžné nebo bolestivé nebo algické výkony. Výhodou této škály je zařazení reaktivity ve smyslu kašle a zhodnocení dýchání. Jde o významné ukazatele u pacientů s analgosedací. Nevýhoda tkví v nezařazení

agitace, ale jen míry sedace. GCS modifikace dle Cook a Palma má jen pět stupňů sedace a jeden bdělosti. Přitom neklid při weaningu je běžnou záležitostí.

Richmond agitation sedation scale definuje přesně stupně neklidu. Zahrnuje pět stupňů sedace, jeden bdělosti a čtyři stupně neklidu, ale pouze v poloze za +2 body je řešen ventilační režim- „interference s ventilátorem“. V ostatních kladných bodech nelze posoudit, zda se jedná o spontánní nebo podpůrnou ventilaci. V záporných bodech je řešena sedace, která ovšem nedefinuje ventilační režim a míru podpory pomocí dýchacího přístroje. Základem hodnocení u sedace je především oční kontakt, reakce na oslovení nebo fyzikální podnět. Jako pozitivní je hodnocen přesný časový limit při očním kontaktu. Se stupnicí se pracovalo nejlépe u pacientů ve stavu neklidu a agitovanosti, protože má tyto položky nejvíce rozčleněny.

ZÁVĚR

Žádoucí úroveň sedace a dostatečná analgezie jsou důležitou součástí péče o kriticky nemocné. Nedostatečná nebo nadměrná sedace vede k řadě problémů, vyvolává stres, problémy s ventilací, oběhovou nestabilitu, bolest a neklid. Najít optimální hladinu sedativ a dostatečnou dávku analgetik, napomáhají právě škály hodnotící míru analgosedace. Jednu z nejdůležitějších rolí při vyhodnocování stavu vědomí u pacientů v analgosedaci mají sestry, které jsou s pacientem téměř v neustálém kontaktu. Nástroj na takové hodnocení by měl být jednoduchý, snadno použitelný, nevyžadující dlouhého zaškolení a hlavně validní. Musí dostatečně diferencovat jednotlivé stupně sedace a analgezie, aby mohlo být včas léčebně zasáhnuto a pacient nebyl zbytečně zatěžován.

Z průzkumného šetření vyplynulo, že u analgosedovaných pacientů na umělé plicní ventilaci jsou vhodné pouze dvě škály hodnocení vědomí. V rámci sedace je upřednostňováno skóre Glasgow coma scale ve znění Cook a Palma: Newcastle scale. Tato škála má dvě specifické položky, kašel a dýchání, jedná se o přínosné části. Schopnost pacienta odkašlat a udržet tak volné dýchací cesty v rámci weaningu, je běžně vodítkem k extubaci. Další z položek dýchání je dobře rozdělena podle míry ventilační podpory. Tyto ukazatele nejsou řešeny ani v jedné z dalších srovnávaných stupnic. V oblasti neklidu je nejjemněji diferencována škála RASS. Agitovanost a neklid jsou častým průvodním jevem při weaningu, v rámci abstinčních příznaků po dlouhodobém podání sedativ.

Z průzkumného šetření vyplývá také potřeba sestavit přesné postupy a algoritmy sedace, které budou obsahovat také jasný pokyn pro hodnocení vědomí při analgosedaci. Na jejich tvorbě by se měli podílet nejen středně zdravotničtí pracovníci, ale především lékaři intenzivních oborů. Takto vytvořené postupy by měly mít jasně definovány způsoby hodnocení pacienta v analgosedaci, ale také další údaje týkající se podpory dýchání a využití léčiv určených k analgosedaci. V zahraničí jsou takovéto postupy běžně využívány a vedou k snížení doby UPV, snižují počet tracheostomií, šetří náklady a hlavně zajišťují potřebný komfort pacientům, minimalizují bolest, úzkost a agitovanost.

LITERATURA

- [1] ADAMS, B., HAROLD, C. E. 1999. *Sestra a akutní stavy od A do Z*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 488 s. ISBN 80-7169-893-8.
- [2] ADAMUS, M. 2010. *Základy anesteziologie, intenzivní medicíny a léčby bolesti*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 343 s. ISBN 978-802-4424-255.
- [3] BARTOŠ, A. et al. 2004. *Diagnostika poruch vědomí v klinické praxi*. 1. vyd. Praha: Karolinum. 238 s. ISBN 80-246-0921-5.
- [4] CARRASCO, G. 2000. Instruments for monitoring intensive care unit sedation. *Crit Care*. [online]. 4(4) [cit. 18. 12. 2012]. ISSN 1364-8535. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC150039/>.
- [5] ČERNÝ, V. et al. 2009. Analgesedace na pracovištích typu ARO/JIP v České republice - výsledky dotazníkové studie. *Anesteziologie a intenzivní medicína*. 20(3), 132-136. ISSN 1214-2158.
- [6] DELVIN, J. W., BOLESKI, G., MLYNAREK, M. et al. 1998. Motor Activity Assessment Scale: A Valid and Reliable Sedation Scale for use with Mechanically Ventilated Patients in an Adult Surgical Intensive Care Unit. *Critical Care Medicine* [online]. 26(1) [cit. 24. 10. 2012]. ISSN 1271-1275. Dostupné z: <http://ajrccm.atsjournals.org/content/166/10/1338.full>.
- [7] ELY, W. E. et al. 2003. Monitoring Sedation Status Over Time in ICU Patients Reliability and Validity of the Richmond Agitation-Sedation Scale. *JAMA* [online]. 289(22) [cit. 29. 10. 2012]. ISSN 0098-7484. Dostupné z: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=196696>.
- [8] KAPOUNOVÁ, G. 2007. *Ošetřovatelství v intenzivní péči*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. 368 s. ISBN 978-802-4718-309.
- [9] LARSEN, R. 2004. *Anestezie*. 7. přeprac. a rozšíř. vyd. Praha: Grada Publishing. 1334 s. ISBN 80-247-0476-5.
- [10] LI, D. 2004. Ask the Experts. *Critical Care Nurse* [online]. 24(5) [cit. 29. 10. 2012]. ISSN 1940-8250. Dostupné z: <http://ccn.aacnjournals.org/content/24/5/68.full>.
- [11] PUN, B. T., DUNN, J. 2007. The Sedation of Critically Ill Adults part 1: assessment. *American Journal of Nursing* [online]. 107(7) [cit. 29. 10. 2012]. ISSN 0279-5442. Dostupné z: <http://ccn.aacnjournals.org/content/24/5/68.full>.
- [12] RIESSEN, R., PECH, R., TRÄNKLE, P. et al. 2012. Comparison of the Ramsay score and the Richmond Agitation Sedation Score for the measurement of sedation depth. *Critical Care* [online]. 16(1) [cit. 24. 10. 2012]. ISSN1364-8535. Dostupné z: <http://ccforum.com/content/16/S1/P326/>.
- [13] SESSLER, C. N., GRAP, M. J., RAMSAY, M. 2008. Evaluating and monitoring analgesia and sedation in the intensive care unit. *Critical Care* [online]. 12(3) [cit. 24. 10. 2012]. ISSN1364-8535. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2391268/>.
- [14] SESSLER, C. N., GOSNELL, M. S., GRAP, M. et al. 2002. The Richmond Agitation- Sedation Scale Validity and Reliability in Adult Intensive Care Unit Patients. *American*

Journal of Respiratory and Critical Care Medicine [online]. 166(10)

[cit. 24. 10. 2012]. ISSN 1535-4970.

Dostupné z: <http://ajrccm.atsjournals.org/content/166/10/1338.full>.

- [15] STAWICKI, S. P. 2007. Sedation scales: Very useful, very underused . *OPUS 12 Scientist* [online]. 1(2) [cit. 24. 10. 2012]. ISSN 1940-8633. Dostupné z: <http://journal.opus12.org/o12-ojs/oj2.1.1/index.php/o12sci/article/viewFile/215/24>.
- [16] WOODROW, P. 2000. *Intensive Care Nursing: A Framework for Practice* [online]. London: Routledge [cit. 11. 11. 2012]. ISBN 0-203-75397-6. Dostupné z: <http://xa.yimg.com/kq/groups/14982767/619923604/name/47-IntensiveCareNursing.pdf>.
- [17] Assessment of consciousness level at patients with analgosedation: comparison of five assessment scales

ASSESSMENT OF CONSCIOUSNESS LEVEL AT PATIENTS WITH ANALGOSEDATION: COMPARISON OF FIVE ASSESSMENT SCALES

ABSTRACT

Objective: Find out the possibilities of consciousness level at patients with sedation selected assessment systems. **Material and methods:** The research sample was consisted of 30 patients. It totally took 840 observations. To assessment of consciousness level were used scale Glasgow Coma Scale, Richmond agitation sedation scale, Ramsay score, Motor Activity Assessment Scale and Glasgow coma scale modified by Cook and Palma. Data were analyzed by Microsoft Office Excel 2007 and using ANOVA test. **Results:** Conformity assessment scales in consciousness at patients sedation was noted especially in assessments of verbal description of the general state in consciousness. The most important agreement between the scales was located at the level of states defined as „unresponsive“ (91 %), another in the degree of „vigilance“ (74 %). The smallest match was in agitation (40 %) and of restlessness (45 %). The ability to measure (differentiation) between the scales was demonstrated in a variety of GCS and Ramsay ($p = 0.271$). Ability to differentiate between all five scales were statistically significant when testing values of the ratio of the coefficient of differentiation ($p = 0.0001$), all scales can not be compared with each other. Dynamics of the consciousness development at patient with sedation was the best described

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

Mgr. Zuzana Hlubková
Slezská univerzita v Opavě
Fakulta veřejných politik v Opavě
Ústav ošetrovatelství
Hauerova 728/4
746 01 Opava
E-mail: zuzana.hlubkova@fvp.slu.cz

Bc. Jitka Chlupová
Středomoravská nemocniční a.s.
Nemocnice Šternberk
Anesteziologicko-resuscitační oddělení
+ JIP chirurgických oborů
Jivavská 20
785 01 Šternberk
E-mail: jchlupova@seznam.cz

PhDr. Jana Haluzíková, PhD.
Slezská univerzita v Opavě
Fakulta veřejných politik v Opavě
Ústav ošetrovatelství
Hauerova 728/4
746 01 Opava
E-mail: jana.haluzikova@fvp.slu.cz

by RASS. **Conclusion:** The desired level of sedation and analgesia are important part of the care of critically ill patients. There are the rating scales, which help to find the optimal level of sedatives.

KEYWORDS:

consciousness, analgesia, sedation, assessment scales

KOMPARÁCIA VYBRANÝCH POBYTOVÝCH SOCIÁLNYCH SLUŽIEB PRE SENIOROV POSKYTOVANÝCH NA SLOVENSKU A V RAKÚSKU SO ZAMERANÍM SA NA BEZPEČNOSŤ KLIENTOV

MARTINA HROZENSKÁ
UNIVERZITA KONŠTANTÍNA
FILOZOFA V NITRE

MÁRIA ŠEVČÍKOVÁ
LOGINTRADE, S. R. O.



ABSTRAKT

Cieľom príspevku je priblížiť rozdiely v poskytovaných službách s celoročným pobytom pre seniorov v geograficky blízkych krajinách, na Slovensku a v Rakúsku. Zámerom autoriek je snaha zacieliť pozornosť na príklady dobrej rakúskej praxe v oblasti monitorovania bezpečnosti klientov.

KLÍČOVÁ SLOVA:

bezpečie, pobytové služby, seniori

ÚVOD

V roku 2015 autorky príspevku zrealizovali prieskum za účelom porovnania systému sociálnych služieb s celoročným pobytom v Slovenskej republike a v Rakúsku. Zriaďovateľom zariadenia pre seniorov nachádzajúcim sa v bratislavskej Dúbravke je mesto Bratislava. Organizačnú štruktúru zariadenia tvorí riaditeľka a tri oddelenia: ekonomické s 5 zamestnancami, sociálno – ošetrovateľské s 36 zamestnancami (7 sociálnych pracovníkov – 2 administratívna práca, 5 priama činnosť s obyvateľmi zariadenia a zvyšok ošetrovateľia) a oddelenie prevádzky so 7 zamestnancami. Zariadenie pre seniorov ponúka celoročný pobyt a jeho kapacita je 178 miest. Do zariadenia sú prijímaní klienti, ktorým pred podaním *Žiadosti o zabezpečenie poskytovania sociálnej služby v zariadení pre seniorov*, bolo vydané právoplatné rozhodnutie o odkázanosti na sociálnu službu a zaradenie do stupňa IV a vyššieho odkázanosti fyzickej osoby na pomoc inej fyzickej osoby. V čase realizácie prieskumu (prvý štvrtrok roku 2015) poskytovalo služby 148 ženám a 30 mužom s priemerným vekom 81,5 rokov, z čoho 35 sú ležiaci klienti. Náklady obyvateľov na život v zariadení pri odbere stravy nesmú presiahnuť 25% zo životného minima tj. 49,52 € a pri poskytovaní iba bývania 75 % zo životného minima tj. 148,56 €.

Diakonia Rakúsko zamestnáva približne 7200 ľudí, ďalších 2000 pracuje v rámci dobrovoľníctva. Diakonické centrum Gols patrí pod Diakoniu Rakúsko, sociálnu organizáciu protestantskej cirkvi. Je jednou z piatich najväčších rakúskych sociálnych

organizácií. Diakonia disponujeme viac ako 70 zariadeniami pre tento účel. Diakonia v Golse ponúka celoročné ubytovanie pre seniorov i ľudí odkázaných na starostlivosť iných osôb v svetlých, priestraných jednolôžkových a dvojľôžkových izbách, vo veľkosti 27 až 32 m². Každá izba je vybavená modernou polohovateľnou posteľou, chladničkou, káblou televíziou, telefónom a internetovým pripojením. Súčasťou každej izby je bezbariérová kúpeľňa s WC. Manželia majú možnosť bývania v spoločnej izbe. K ponuke patria aj tri rôzne obedové menu. V sledovanom období využívalo službu 47 klientov. Do zariadenia sú prijímaní klienti zvyčajne so stupňom odkázanosti štyri a vyššie, ale aj s nižším stupňom. Denná taxa na dvojposteľovej izbe je 110 eur a 31 centov. Služby sú financované z príjmov seniora – dôchodku, štátneho príspevku na starostlivosť i ďalších príjmov klienta. Ak všetky príjmy nestačia na pokrytie nákladov, zvyšok sa dopláca formou sociálnej pomoci od štátu. Seniorovi musí ako vreckové zostať 20 percent z dôchodku a 44, 30 eur z príspevku na starostlivosť mesačne.

LEGISLATÍVNE POZADIE PROBLEMATIKY

Na Slovensku oblasť sociálnych služieb upravuje zákon č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách a o zмене a doplnení zákona č. 455/1991 Z. z. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov. Spomínaný zákon „upravuje právne vzťahy pri poskytovaní sociálnych služieb, financovanie sociálnych služieb a dohľad nad poskytovaním sociálnych služieb“

(Zákon č. 448/2008 Z. z.). Za zmienku stojí aj zákon č. 219/2014 Z. z. o sociálnej práci a o podmienkach na výkon niektorých odborných činností v oblasti sociálnych vecí a rodiny a o zmene a doplnení niektorých zákonov, ktorý sa o.i. venuje podmienkam na výkon niektorých odborných činností v oblasti sociálnych vecí a rodiny (Zákon č. 219/2014 Z. z.).

Zriaďovateľ slovenského zariadenia vychádza pri svojej činnosti z vyššie uvedenej legislatívy. Na porovnanie je dôležité spomenúť, že slovenské zariadenia a poskytovatelia sociálnych služieb majú jasne stanovený všeobecný zákon o poskytovaní sociálnych služieb, na rozdiel od rakúskych podmienok, kde sa Domovy pre seniorov a Domovy sociálnych služieb riadia zákonom konkrétne upravujúcim rozsah práv a povinností pre tieto typy zariadení. Sociálne služby v Rakúsku sú v kompetenciách jednotlivých spolkových krajín, ktoré sa pri tvorbe vlastnej legislatívy riadia spolkovým zákonom BGB1. Nr. 866/1993 o spoločných opatreniach štátu a spolkových krajín pre ľudí odkázaných na starostlivosť /Vereinbarung zwischen dem Bund und den Ländern über gemeinsame Maßnahmen des Bundes und der Länder für pflegebedürftige Personensamt Anlagen/. Za právne predpisy, ktoré sa týkajú zariadenia, prevádzky a údržby zariadení poskytujúcich sociálne služby sú zodpovedné jednotlivé spolkové krajiny. Rakúske zariadenie, ktoré je predmetom tejto komparácie sa nachádza v Burgenlandsku a riadi sa krajinským zákonom Nr. 61/1996 LGBl, tzv. Burgenländisches Altenwohn - und Pflegeheimgesetz /Burgenlandský zákon o Domovoch pre seniorov a Domovoch

sociálnej starostlivosti/. V rámci legislatívy považujeme za potrebné spomenúť aj rakúsky zákon o pobyte v domovoch BGBl. I Nr. 11/2004 /HeimaufenthaltGesetz/, ktorý samostatne upravuje predpoklady obmedzenia slobody v Domovoch seniorov, Domovoch s opatrovateľskou službou a ďalších zariadeniach sociálnych služieb, v ktorých sú ubytovaní minimálne traja klienti s duševným ochorením alebo mentálnym postihnutím a títo klienti musia byť pod neustálym dohľadom. V medziach tohto zákona v rakúskom zariadení v Golse využívajú pri práci s osobami trpiacimi demenciou systém ochrany pred útekom. Ide o technické zariadenie, ktoré prostredníctvom čipov v klientovom oblečení zaznamenáva jeho pohyb a v prípade prekročenia určitej hranice pred zariadením ohlasuje jeho odchod. Personál tak dokáže dezorientovaného klienta ihneď lokalizovať, avšak s umožnením voľnejšieho samostatného pohybu klienta vo väčšom priestore bez stáleho sprievodu opatrovateľa, pričom je však z bezpečnostných dôvodov zabezpečený neustály monitoring jeho pohybu. Takto nastavený systém technickej podpory pomáha zároveň redukovať náklady na personál.¹ V slovenskom zariadení sa klienti trpiaci demenciou pohybujú iba v sprievode personálu (najčastejšie so sociálnym pracovníkom alebo ošetrovateľom).

1 Osobná sloboda je jedno z najvyšších ľudských práv, na použitie čipov je nevyhnutný súhlas klienta alebo jeho zákonného zástupcu.

PODMIENKY KVALITY POSKYTOVANEJ SOCIÁLNEJ SLUŽBY

Príloha číslo 2 slovenského zákona o sociálnych službách identifikuje podmienky kvality poskytovanej sociálnej služby (tzv. štandardy kvality), ktoré rozdeľuje do štyroch základných oblastí: 1. dodržiavanie základných ľudských práv a slobôd, 2. procedurálne podmienky, 3. personálne podmienky, 4. prevádzkové podmienky. V každej oblasti sa nachádza niekoľko kritérií, ktoré podliehajú numerickému hodnoteniu. Každé kritérium má definovaný štandard a k nemu prislúchajúce indikátory. Pre potreby nášho príspevku vyberáme *Kritérium (1.2) Sociálny status prijímateľa sociálnej služby*, ktorého štandard je definovaný nasledovne: „**Poskytovateľ sociálnej služby rešpektuje a podporuje** rozvoj schopností, zručností a vedomostí prijímateľa sociálnej služby, **zachovanie jeho vlastnej identity, osobnej integrity, osobnej nezávislosti, individuálnej rozmanitosti a podporuje** vytváranie pozitívneho obrazu o prijímateľovi sociálnej služby.“ Indikátor s najvyšším počtom bodov (3) je definovaný nasledovne: „**Poskytovateľ sociálnej služby rešpektuje a aktívne podporuje** zachovanie identity prijímateľa sociálnej služby, osobnej integrity, osobnej nezávislosti, individuálnej rozmanitosti a aktívne zabezpečuje právo na vzdelávanie, prípravu na zamestnávanie a prístup k individualizovanej podpore. Poskytovateľ sociálnej služby má písomne vypracované postupy podpory rozvoja schopností, zručností a vedomostí prijímateľa sociálnej služby a aktívne ich realizuje na

individuálnej úrovni. Poskytovateľ sociálnej služby vedome a aktívne podporuje vytváranie pozitívneho obrazu o každom prijímateľovi sociálnej služby aj smerom k nemu, smerom k ostatným prijímateľom sociálnej služby a smerom k verejnosti.“

Pavlová, Oravcová, Telepjanová (2014) objasňujú pojem štandard, ako stanovenie minimálnych úrovní prijateľného vykonania starostlivosti, alebo jej výsledku. Štandardy sú oporným bodom plánovania, realizácie a preverovania kvality služieb. Čo sa týka Slovenska „v súčasnosti neexistuje jasne formulovaná odpoveď na otázku čo je štandard poskytovaných sociálnych služieb“ (Feješ – Dupáková - Veliká, 2012. s. 17). Repková (2012, s. 56) v tejto súvislosti konštatuje, že „na Slovensku neexistujú na centrálnej (národnej, legislatívnej) úrovni štandardy kvality v sociálnych službách spracované tak, aby určovali minimálne referenčné hodnoty (štandardy, benchmarky) pre rozličné aspekty sociálnych služieb záväzné pre všetkých poskytovateľov“. V Slovenskej republike stanovila metódy hodnotenia kvality sociálnych služieb Rada pre poradenstvo v sociálnej práci. Nakoľko je Slovenská republika jedným z členských štátov EÚ, je potrebné a zároveň nevyhnutné spresniť štandardy v sociálnej práci na požadovanú úroveň (Pavlová, Oravcová, Telepjanová, 2014).

Štvrtá oblasť podmienok kvality sociálnej služby sa venuje prevádzkovým podmienkam, konkrétne v kritériu 4.1 „**Zabezpečenie prevádzkových podmienok (najmä prístupnosť v zmysle univerzálneho navrhovania, materiálne vybavenie, vybavenosť sociálnymi zariadeniami,**

svetelná a tepelná pohoda) zodpovedajúce kapacite, druhu poskytovanej sociálnej služby a potrebám prijímateľov sociálnych služieb v súlade so všeobecne záväznými právnymi predpismi“, čo možno chápať ako želateľný štandard. Priestory zariadenia sociálnych služieb umožňujú klientovi uplatňovať si právo na súkromie.

Spomínané slovenské zariadenie sa riadi vyhláškou Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky (z 18. júna 2008) *o podrobnostiach o požiadavkách na vnútorné prostredie budov a o minimálnych požiadavkách na byty nižšieho štandardu a na ubytovacie zariadenia*. Vyhláška sa zaoberá najmä týmito normami: tepelno - vlhkostná mikroklima, vetranie a vykurovanie, osvetlenie, preslnenie, iné druhy optického žiarenia, limitné hodnoty zdraviu škodlivých faktorov vo vnútornom ovzduší budov, minimálne požiadavky na byty nižšieho štandardu, požiadavky na ubytovacie zariadenia. Z požiadaviek na ubytovanie vyberáme nasledovné: plocha jednoposteľovej izby – 10 m², plocha viacposteľovej izby sa počíta na jedného ubytovaného najmenej 8 m². Do týchto rozmerov sa nepočítajú vedľajšie miestnosti, napríklad sanitárna miestnosť. V izbe môžu byť ubytovaní najviac 4 klienti. K základnému vybaveniu izby patrí lôžko, stôl prispôsobený pre zdravotný vozík, stolička a skriňa. Zákonom č. 448/2008 Z. z. sa určujú podmienky hodnotenia kvality poskytovanej sociálnej služby § 104 prílohy č. 2. Nedodržanie týchto podmienok kvality môže byť až dôvodom výmazu poskytovateľa sociálnej služby z registra. V Rakúsku existujú minimálne štandardy kvality, ktoré vydávajú krajinské vlády nariadením, v našom prípade ide

o Nariadenie č. 55/1998 Burgenlandskej krajinskej vlády o prevádzke Domovov pre seniorov a Domovov sociálnej starostlivosti. /Burgenländische Altenwohn und Pflegeheimverordnung LGBL. Nr. 55/1998/. Tieto štandardy sa venujú hlavne normám ako napríklad veľkosť a zariadenie izieb. Z nariadenia vyberáme: minimálna veľkosť izby - jednoposteľová 15 m², dvojposteľová 20 m², pri viacposteľovej na každú ďalšiu posteľ 5 m². Do týchto rozmerov sa rovnako ako v slovenskom zariadení nepočítajú vedľajšie miestnosti. Do jednej izby môžu byť umiestnení najviac 4 klienti. V každej izbe musí byť možnosť na umývanie, každý obyvateľ zariadenia musí mať k dispozícii uzamykateľnú skriňu, nočný stolík a stoličku. K vybaveniu každej izby patrí stôl vhodný pre klientov na vozíčku a zariadenie musí mať na každých štyroch klientov jednu bezbariérovú sprchu a WC umiestnené tak, aby ich klienti mohli bez problémov využívať. Kúpeľňa musí byť vybavená mobilnou pneumatickou vaňou alebo vaňou s vaňovým výťahom, pričom vaňa musí byť prístupná z dvoch pozdĺžnych a jednej prednej strany. V každom zariadení musí byť tzv. čajová kuchynka /samostatná alebo pričlenená k riadnej kuchyni/. Napriek tomu, že spomínané nariadenie umožňuje v jednej izbe štyroch klientov, zariadenie v Golse ponúka len jedno až dvojposteľové izby, v nadštandardných veľkostiach 27 m² až 32 m², pričom každá izba disponuje vlastnou bezbariérovou kúpeľňou a WC, čo zabezpečuje vyšší komfort a možnosť dozariaďovať si izbu podľa vlastných predstáv. K pohodliu klientov prispieva aj internetová a telefónna prípojka, rovnako ako aj káblová televízia a chladnička v každej izbe. Dvojposteľové izby využívajú

hlavne manželia, pričom nemusia byť obaja odkázaní na pomoc inej osoby.

Parametre izieb v slovenskom zariadení sú nasledovné: v takzvanej hotelovej časti pre plne samostatných klientov sú bytové jednotky s rozlohou 37 m² až 39 m². Izby sú rovnako jedno až dvojposteľové a sú vybavené, polohovateľnými posteľami s antidekubitnými matracmi, vlastnou kúpeľňou, WC, kuchynkou a balkónom. V takzvanej lôžkovej časti s 24 hodinovou starostlivosťou sú dvoj až trojposteľové izby, rovnako s polohovateľnými posteľami s antidekubitnými matracmi, vlastnou kúpeľňou a WC. Klienti kúpeľňu nevyužívajú z dôvodu imobility. Na každom poschodí sa nachádza bezbariérová kúpeľňa iba so sprchou a špeciálnym hydraulickým sedadlom, aby bol dostatočný priestor na manipuláciu so zdravotným vozíkom aj posteľou. Izby si je možné dozariaďovať po dohode s personálom obľúbeným nábytkom klienta, napríklad kreslom, stoličkou, lampou, obrazom. Dôležité je spomenúť, že v lôžkovej časti sú menšie jedálne, kam vozia z kuchyne jedlo imobilným klientom. Tých do jedálne dovezu zdravotným vozíkom, ak im to dovoľuje zdravotný stav. Zariadenie disponuje vlastnou kuchyňou, jedálňou, rehabilitačnými priestormi, telocvičňou, spoločenskou miestnosťou, knižnicou, kaplnkou, bufetom, kaderníctvom a práčovňou.

ZÁVER

Výraznejší rozdiel sme identifikovali v zákonoch a nariadeniach, ktoré upravujú podmienky pre činnosť zariadení sociálnych služieb. Kým na

Slovensku zákon č. 448/2008 Z. z. upravuje právne vzťahy pri poskytovaní sociálnych služieb, financovanie sociálnych služieb a dohľad nad poskytovaním sociálnych služieb všeobecne pre všetky typy a všetkých poskytovateľov sociálnych služieb, v Rakúsku sa Domovy pre seniorov a Domovy sociálnych služieb riadia zákonom konkrétne upravujúcim rozsah práv a povinností pre tieto typy zariadení, pričom každá spolková krajina má svoj zákon. V našom prípade ide o Burgenlandský zákon o Domovoch pre seniorov a Domovoch sociálnych služieb – Burgenländisches Altenwohn - und Pflegeheimgesetz, ktorý reguluje zriadenie, prevádzku a organizáciu týchto zariadení a upravuje vzťah medzi zriaďovateľom a prijímateľom poskytovanej sociálnej služby.

V rámci legislatívy považujeme za potrebné spomenúť aj rakúsky zákon o pobyte v domovoch BGBl. I Nr. 11/2004 / Heimaufenthalt Gesetz/, ktorý samostatne upravuje predpoklady obmedzenia slobody a ich overovanie v Domovoch seniorov, Domovoch s opatrovateľskou službou a ďalších zariadeniach sociálnych služieb, v ktorých sú minimálne traja klienti s duševným ochorením alebo mentálnym postihnutím, vyžadujúcim si neustály dohľad. Podľa tohto zákona môže dôjsť k určitému obmedzeniu slobody len vtedy, ak je klient duševne chorý a v súvislosti s týmto ochorením priamo ohrozuje svoje zdravie alebo život, alebo zdravie a život iných ľudí, prípadne ak je obmedzenie nevyhnutné z preventívnych dôvodov, aby sa minimalizovalo nebezpečenstvo, pričom obmedzenie musí byť primerané jeho intenzite a nie je možné

odvrátiť ho inými opatreniami. Myslíme si, že tento zákon zameraný konkrétne na zariadenia sociálnych služieb na jednej strane ponúka väčšiu kontrolu, pretože osobná sloboda ľudí, ktorí sú kvôli veku, chorobe alebo zdravotnému postihnutiu odkázaní na starostlivosť a pomoc iných ľudí, môže byť neserióznymi poskytovateľmi obmedzovaná, na strane druhej zákon chráni serióznym poskytovateľom sociálnych služieb, ktorí musia osobnú slobodu klienta obmedziť v medziach tohto zákona, napríklad prostredníctvom čipov v oblečení, ktoré využívajú v nami navštívenom rakúskom zariadení.

Monitorovacia pomôcka môže vyvolávať rozporuplné názory a pochybnosti. Najmä otázku rešpektovania ľudskej dôstojnosti a slobody a posúdenie nutnosti používania čipov. Podľa nás pri vyhodnocovaní situácie sú dôležité odborné kompetencie zamestnancov, dôkladne poznanie klienta, spoločné odporúčanie viacerých odborníkov – sociálneho pracovníka, lekára, ošetrovateľa, rovnako ako aj relevantná orientácia sa v uvedenom zákone. Nakoľko sa čipy využívajú hlavne pri klientoch v pokročilom štádiu demencie, vychádzame z predpokladu, že zákonný zástupca klienta dokáže tiež zodpovedne posúdiť ich opodstatnenosť a poskytne súhlas na ich využívanie.

Využitie čipov v odôvodnených prípadoch vnímame pozitívne. Za najväčší prínos považujeme ochranu obyvateľa, ktorý sa môže samostatnejšie a voľnejšie pohybovať. Z pohľadu zriaďovateľov zariadení sociálnych služieb je nezanedbateľná aj ekonomická efektivita,

pretože po počiatočnej investícii do technického zariadenia, sa postupne náklady znižujú a zamestnanci, ktorí boli pred tým potrební ako sprievod a dohľad pri prechádzkach s klientmi, majú možnosť venovať sa iným činnostiam.

Ďalej považujeme za dôležité spomenúť absenciu zákonom upravených minimálnych štandardov na Slovensku, ktoré by poskytovateľ sociálnej služby musel rešpektovať a dodržiavať. Máme na mysli najmä štandardy určujúce napríklad veľkosť izby v m² počet klientov na izbe, vybavenie izieb a podobné kritériá. V súčasnosti sa poskytovatelia sociálnych služieb opierajú o zákon č. 259/2008 - vyhláška MZ SR o podrobnostiach o požiadavkách na vnútorné prostredie budov a o minimálnych požiadavkách na byty nižšieho štandardu a na ubytovacie zariadenia, ktorý však nie je špecializovanou úpravou pre zariadenia sociálnych služieb. Domnievame sa, že vytvorenie štandardov výhradne pre poskytovateľov sociálnych služieb v rámci zákona č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách by stanovilo jasnejšie kritériá pre poskytovateľov sociálnych služieb ako všeobecná vyhláška ministerstva.

Príspevok vznikol ako súčasť projektu KEGA č. 022UKF-4/2015 s názvom Multimediálna podpora členov interdisciplinárneho tímu so zameraním na paliatívnu starostlivosť.

LITERATURA

- [1] Bundesgesetz über den Schutz der persönlichen Freiheit während des Aufenthalts in Heimen und anderen Pflege - und Betreuungseinrichtungen (Heimaufenthaltsgesetz - HeimAufG) StF: BGBl. I Nr. 11/2004.
- [2] FEJEŠ, M. – DUPÁKOVÁ, J. – VELIKÁ, M. 2012. *Ako efektívne riadiť zariadenie pre seniorov - Skúsenosti a úvahy troch riaditeľov*. Bratislava: SOCIA – nadácia na podporu sociálnych zmien pre Nezávislú platformu Socio Fórum, o. z., 2012. 38 s. ISBN 978-80-969744-3-6.
- [3] Gesamte Rechtsvorschrift für Burgenländisches Altenwohn- und Pflegeheimgesetz LGBL. Nr. 61/1996. Gesetz vom 28. März 1996, mit dem Vorschriften über die stationäre Betreuung alter oder pflegebedürftiger Menschen erlassen werden.
- [4] PAVLOVÁ, M. – ORAVCOVÁ, M. – TELEPJÁNOVÁ, Š. 2014. Štandardizácia sociálnych služieb a ich vplyv na kvalitu života. In: *Sociálny rozvoj s akcentom na zvyšovanie kvality sociálneho života v Slovenskej republike. Zborník z odbornej konferencie*. Bratislava: VŠZaSP sv. Alžbety. 2014. s. 64– 69. ISBN 978-80-8132-129-0.
- [5] REPKOVÁ, K. 2012. *Politika sociálnych služieb v kocke*. Prešov: Prešovská univerzita. 2012. 80 s. ISBN 978–80–555–0621–0.
- [6] Vereinbarung zwischen dem Bund und den Ländern gemäß Art. 15a BVG übergemeinsame Maßnahmen des Bundes und der Länder für pflegebedürftige Personensamt Anlagen StF: BGBl. Nr. 866/1993.
- [7] Verordnung der Burgenländischen Landesregierung vom 21. Juli 1998, mit der nähere Regelungen über den Betrieb von Altenwohn- und Pflegeheimen getroffen werden (Burgenländische Altenwohn- und Pflegeheimverordnung) StF: LGBL. Nr. 55/1998.
- [8] Vyhláška 259/2008 Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky o podrobnostiach o požiadavkách na vnútorné prostredie budov a o minimálnych požiadavkách na byty nižšieho štandardu a na ubytovacie zariadenia.
- [9] Zákon Národnej rady Slovenskej republiky č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Z. z. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov.
- [10] Zákon Národnej rady Slovenskej republiky č. 219/2014o sociálnej práci a o podmienkach na výkon niektorých odborných činností v oblasti sociálnych vecí a rodiny a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

COMPARISON OF RESIDENTIAL SOCIAL SERVICES FOR SENIORS PROVIDED IN SLOVAKIA AND AUSTRIA FOCUSING ON CLIENTS' SAFETY



KONTAKTNÍ ÚDAJE:

doc. PhDr. Martina Hrozenská, PhD.
Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre
Katedra sociálnej práce a sociálnych
vied
Kraskova 1
949 74 Nitra
Slovenská republika
E-mail: mhrozenska@ukf.sk

Mgr. Mária Ševčíková
LOGINTRADE, s. r. o.
Udernicka 11
851 01 Bratislava
Slovenská republika
E-mail: sevcikova.mari@gmail.com

ABSTRACT

The aim of this contribution is to point out the differences in all-year accommodation services provided to seniors in two geographically close countries - Slovakia and Austria. The authors try to focus attention on examples of Austrian good practice in the area of monitoring clients' safety.

KEYWORDS:

safety, residential social services, seniors

ŽIVOT PACIENTOV PO IMPLANTÁCII TOTÁLNEJ ENDOPROTÉZY KOLENNÉHO KLBU



ABSTRAKT

Bolesť v oblasti kolenného kĺbu môže byť ako následok vrodených anomálií, degeneratívnych ochorení alebo úrazu a výrazne obmedzuje aktivitu jedinca a jeho začlenenie do spoločnosti. Výskyt ochorení kolenného kĺbu má vzrastajúcu tendenciu. Osoby takto zdravotne postihnuté nie sú schopné dosiahnuť optimálnu úroveň sebestačnosti, a sú často obmedzovaní aj

v možnostiach pracovného zaradenia. Znížená kvalita života, bolesť pacienta a neschopnosť zaradiť sa do normálneho života predstavujú celospoločenský a ekonomický problém. Implantácia totálnej endoprotézy je pre pacientov veľmi efektívny zákrok, ktorej nezanedbateľnou úlohu je aj výrazné ovplyvnenie kvality ich života bez prítomnosti bolesti

Cieľom práce je posúdiť zmenu kvality života jedincov po implantácii totálnej endoprotézy kolenného kĺbu. Prieskumnú vzorku tvorilo 100 respondentov po totálnej endoprotéze kolenného kĺbu, z ktorých bolo 60 žien a 40 mužov. V prieskume sme použili dotazník SF-36, ktorý je generický a jeho vyplnenie trvá 5-10 minút. Vyplniť ho môže samotný pacient, prípadne ho vyplní iná osoba počas rozhovoru s respondentom, alebo počas telefonického rozhovoru, kedy je respondent o tom poučený. Pôvodná verzia dotazníku SF-36 bola v rámci projektu The International Quality of Life Assessment preložená, validizovaná a štandardizovaná.

ZUZANA HUDÁKOVÁ
KATOLÍCKA UNIVERZITA
V RUŽOMBERKU

HALINA ROMUALDA ZIĘBA
PODHALE STATE HIGHER
VOCATIONAL SCHOOL INSTITUTE
OF PHYSIOTHERAPY IN NOWY
TARG

LADA CETLOVÁ
VLASTA DVOŘÁKOVÁ
VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ
JIHLAVA

Výsledky prieskumu nám zhodnotili všetky oblasti kvality života a pristúpili sme k vyhodnoteniu Indexu celkovej kvality života SF-36. Vypočítali sme aritmetický priemer hodnoty celkového fyzického zdravia (PCS – Physical Component Summary) a hodnoty celkového psychického zdravia (MCS – Mental Component Summary). V súbore žien bola táto hodnota 63 a v súbore mužov je hodnota 73. Výsledky prieskumu ukazujú, že muži vykazujú lepšie hodnoty vo všetkých dimenziách okrem bolesti ako ženy. Výsledná hodnota indexu celkovej kvality života SF-36 spolu je 67. Z výsledkov je preukázateľné, že kvalita života našich respondentov dosahuje priemernú úroveň.

KLÍČOVÁ SLOVA:

totálna endoprotéza kolenného kĺbu, kvalita života, bolesť

ÚVOD

Implantácia totálnej endoprotézy kolenného kĺbu je po totálnej endoprotéze bedrového kĺbu druhou najčastejšou používanou endoprotézou. Implantáty, ktoré sa v súčasnosti používajú predstavujú adekvátnu náhradu kĺbových povrchov a pripomínajú koleno svojim tvarom a aj funkciou (Hudáková, Šrobárová, 2015). Komponenty endoprotézy musia byť usporodované tak, aby odolávali každodennému zaťažovaniu a preto je potrebné pred indikovaním samotného výkonu vziať do úvahy celkový zdravotný stav pacienta. Snaha o operačné riešenie bolestivej deštrukcie kolenného kĺbu za použitia rôznych materiálov má za sebou dlhú históriu. Bauer v roku 1918 publikoval použitie chromovanej sliznice močového mechúra prasaťa. Ako prvá a skutočná náhrada kolenného kĺbu býva označovaná Waldiusova závesná protéza z r.1957. Prvé geometrické typy implantátov dostatočne nerešpektovali anatomický tvar a biologický pohyb kolena. Tieto boli neskôr v 70. rokoch nahradzané anatomickými kondylárnymi náhradami (Vavřík, 2010).

KVALITA ŽIVOTA

Kvalita života ortopedicky chorého pacienta sa nemusí zásadne líšiť od kvality života zdravého človeka, pokiaľ on sám dodržiava liečebný režim, životosprávu, má pozitívny pohľad na život a aktívne bude zodpovedný za svoj zdravotný stav. Objektívna kvalita života znamená splnenie požiadaviek týkajúcich sa fyzického zdravia, sociálneho statusu a socio-ekonomických podmienok, zatiaľ

čo subjektívna kvalita sa týka ľudskej citovej oblasti a všeobecnej spokojnosti so životom (Slováček, 2004).

Cieľ práce: Pacienti pre obmedzené pohybové schopnosti sú lekárom odporúčaní na implantáciu totálnej endoprotézy kolenného kĺbu aj z dôvodu, aby sa zvýšila kvalita ich ďalšieho života a zlepšili sa tak ich pohybové schopnosti. Cieľom prieskumu je posúdiť a zhodnotiť zmenu kvality života pacienta po implantácii totálnej endoprotézy kolenného kĺbu prostredníctvom dotazníka SF-36.

Metódy a metodika práce: Na získanie údajov sme použili dotazník SF 36. Dotazník SF36 je generický dotazník s 36 otázkami. Zahŕňa fyzickú a mentálnu zložku nielen pozitívnych, ale aj negatívnych aspektov. Pozostáva z 8 dimenzií:

PF- fyzická aktivita (Physical Functioning),
RP- obmedzenie fyzickej aktivity (Role-Physical),
BP- bolesť (Bodily Pain),
GH- všeobecné hodnotenie zdravia (General Health),
VT- vitalita (Vitality),
SF- spoločenská aktivita (Social-Functioning),
RE- obmedzenie emočnými problémami (Role-Emotional),
MH- mentálne zdravie (Mental Health).
8 dimenzií je pridelených do dvoch sumárnych škál:
PCS – celkové fyzické zdravie (Physical Component Summary),
MCS – celkové psychické zdravie (Mental Component Summary).

Skórovanie každej dimenzie má svoj algoritmus. Hodnotenie je v rozmedzí od 0 po 100, čím vyššia hodnota bližšie ku 100, tým je lepší zdravotný stav. Výsledné skóre každej dimenzie je aritmetickým priemerom hodnôt pacientových odpovedí. Vyhodnotením každej dimenzie získame výsledok pre *celkové fyzické zdravie* (PCS), *celkové psychické zdravie* (MCS).

Pôvodná verzia dotazníku SF-36 bola v rámci projektu The International Quality of Life Assessment preložená, validizovaná a štandardizovaná. V našej práci sme použili dotazník s verziou 4-týždňov. Autorské právo na SF-36 je vlastníctvom neziskovej organizácie Medical Outcomes Study Trust (MOT). MOT a Quality Metric Incorporated spojili svoje licencie a užívateľské registrované programy pre zjednodušenie udeľovania licencií a uspokojovanie potrieb mnohých akademických a odborných užívateľov (<http://www.outcomes-trust.org/instruments.htm#SF-36>).

Sumárne skóre dotazníka SF-36. Celkové fyzické zdravie (PCS – Physical Component Summary). Tvoria okruhy ovplyvňujúce fyzické zdravie: Fyzická aktivita (PF); Obmedzenie fyzickej aktivity (RP); Bolesť (BP);Všeobecné hodnotenia zdravia (GH). Počíta sa ako aritmetický priemer daných dimenzií. Hodnota celkového fyzického zdravia sa pohybuje v intervale 0 až 100, pričom vyššia hodnota znamená lepšie celkové fyzické zdravie.

Celkové psychické zdravie (MCS – Mental Component Summary) Obsahuje okruhy ovplyvňujúce psychické zdravie: Vitalita (VT); Spoločenská aktivita (SF);

Obmedzenie emočnými problémami (RE); Mentálne zdravie (MH). Počíta sa ako aritmetický priemer daných dimenzií. Hodnota celkového psychického zdravia sa pohybuje v intervale 0 až 100, pričom vyššia hodnota znamená celkovo lepšie psychické zdravie.

Index celkovej kvality života (SF-36)

Výsledok indexu celkovej kvality života (SF-36) získame ako aritmetický priemer PCS a MCS. Zoskupuje hore uvedené psychické a fyzické okruhy. Počíta sa ako aritmetický priemer obidvoch dimenzií, výsledkom je celková kvalita života. Hodnota indexu sa pohybuje v intervale 0 až 100, pričom vyššia hodnota znamená lepšie celkové zdravie čiže lepšiu kvalitu života (Ware, 2004). Prieskum sme realizovali v mesiacoch október 2014 až január 2015 v jednej nemocnici na Slovensku a v jeden nemocnici v Čechách, kde sme v súlade s cieľom predloženej práce oslovili pacientov po implantácii TEP kolenného kĺbu v dvoch ortopedických ambulanciách. Dotazník bol anonymný a dobrovoľný. Inštrukcie k vyplneniu dotazníka boli uvedené na jeho začiatku. Pacientom - respondentom sme v uvedenom časovom období rozdali 120 dotazníkov, ich návratnosť bola v počte 100, čo je 83 %. Distribúcia a použitie dotazníka v týchto zariadeniach bola schválená vedením organizácie. Pri metodicko-štatistickom vyhodnotení sme použili číselné hodnoty ako aritmetický priemer, smerodajná odchýlka a medián. Výsledky boli spracované v programe Microsoft Office Excel a Word 2007.

ANALÝZA VÝSLEDKOV

Súbor respondentov tvorilo 100 respondentov po implantácii totálnej endoprotézy kolenného kĺbu, z ktorých bolo 60 žien (60 %) a 40 mužov (40 %). Priemerný vek respondentov bol 65 rokov. Pri hodnotení vzdelania respondentov bolo 40 % respondentov bez maturitného vzdelania, 45 % s maturitným vzdelaním a 15 % s vysokoškolským vzdelaním. Dĺžka obdobia po implantácii totálnej endoprotézy kolenného kĺbu sa pohybovala okolo jedného roka. Podľa správy O prediktorech včasných nepriaznivých následkov po TEP kolenného a bedrového kĺbu u geriatrických pacientov autora Higuera boli získané údaje kohortovou štúdiou, kde skúmaný súbor tvorili pacienti nad 65 rokov a boli 90 dní po implantácii TEP. Skúmala sa asociácia medzi vekom, BMI a komorbiditou. Záver štúdie poukazuje na to, že pacienti sú ohrozovaní so 40 % väčšou pravdepodobnosťou výskytu akýchkoľvek komplikácií každých 10 rokov (Higuera, 2011).

Výsledky nášho prieskumu sú porovnávané s hodnotami Oxford Healthy Life Survey (Európska norma výsledkov HRQoL v metóde SF-36) zdravých jedincov – európsky štandard. Štúdia, z ktorej vychádza Oxford Healthy Life Survey bola

realizovaná vo Veľkej Británii v rokoch 1991 – 1992 v Oxforde. Výskumu sa zúčastnilo 2056 dospelých obyvateľov Veľkej Británie. Táto Oxfordská štúdia poskytla normatívne reprezentatívne údaje pre európsku populáciu v rámci dotazníkového nástroja SF-36. Hypotetické optimum je 100 % dosiahnutie v každej dimenzii. Ale takáto populácia neexistuje, preto sú stanovené empirické „normály“ (Burholt, 2011). *Európsky normál výsledkov pre 8 dimenzií HRQoL, v metóde SF-36:* Fyzická aktivita – PF 88,40

Obmedzenie fyzickej aktivity – RP 85,82

Bolesť – BP 81,49

Všeobecné hodnotenie zdravia – GH 73,52

Vitalita – VT 61,13

Spoločenská aktivita – SF 88,01

Obmedzenie emočnými problémami – RE 82,93

Mentálne zdravie – MH 73,77 (Bowling et al., 1999).

Pri otázke hodnotenia zdravia respondentmi dnes a pred rokom hodnotili ženy hodnotou 85, muži hodnotou 92,5 (viď *Európsky normál výsledkov pre 8 dimenzií HRQoL, v metóde SF-36*), spoločným výsledkom v hodnotení je stupeň 88 (tab.1).

Tabuľka 1: Porovnanie zdravia

Pohlavie	Hodnotenie zdravia pred rokom a dnes		
	Aritmetický priemer	Smerodajná odchýlka	Medián
Ženy	85,00	15,00	85
Muži	92,50	13,00	100
Spolu	88,00	14,70	100

V dimenzii PF - Fyzická aktivita – ženy svoju aktivitu hodnotili na 58,5; muži na 71,3; celkový priemer bol 63,5 (tab. 2).

Tabuľka 2: Fyzická aktivita

Pohlavie	PF- fyzická aktivita		
	Aritmetický priemer	Smerodajná odchýlka	Medián
Ženy	58,3	13,4	62,5
Muži	71,3	16,8	75,0
Spolu	63,5	13,6	70,0

V dimenzii RP – Obmedzenie fyzickej aktivity – ženy hodnotili na stupni 54,2; muži stupňom 75. Priemerná hodnota bola 62,5 (tab.3).

Tabuľka 3: RP – Obmedzenie fyzickej aktivity

Pohlavie	RP – Obmedzenie fyzickej aktivity		
	Aritmetický priemer	Smerodajná odchýlka	Medián
Ženy	54,2	7,2	50,0
Muži	75,0	30,6	87,5
Spolu	62,5	13,0	70,0

V dimenzii BP – Bolesť – sa hodnota u žien priblížila k číslu 65,8 a u mužov na 65,5. Priemerná hodnota je 65,5, (tab. 4).

Tabuľka 4: Bodily Pain

Pohlavie	BP – Bolesť		
	Aritmetický priemer	Smerodajná odchýlka	Medián
Ženy	65,8	4,2	65,8
Muži	65,0	15,0	65,0

V dimenzii GH – Všeobecné hodnotenie zdravia ženy hodnotili stupňom 37,8; muži hodnotou 64,5; priemer bol 48,5 (tab. 5).

Tabuľka 5: General Health

Pohlavie	GH – Všeobecné hodnotenie zdravia		
	Aritmetický priemer	Smerodajná odchýlka	Medián
Ženy	37,8	12,3	35,0
Muži	64,5	12,5	65,0
Spolu	48,5	11,3	47,0

V dimenzii VT – Vitalita ženy hodnotili stupňom 37,8; muži hodnotou 64,5; priemer bol 48,5 (tab. 6).

Tabuľka 6: Vitalita

Pohlavie	VT - Vitalita		
	Aritmetický priemer	Smerodajná odchýlka	Medián
Ženy	65,2	1,4	63,3
Muži	63,8	6,5	65,0
Spolu	63,0	3,0	63,0

V dimenzii SF – Spoločenská aktivita ženy hodnotili stupňom 63,8; muži hodnotou 65,6; priemer bol 64,5 (tab. 7).

Tabuľka 7: Spoločenská aktivita

Pohlavie	SF – Spoločenská aktivita		
	Aritmetický priemer	Smerodajná odchýlka	Medián
Ženy	63,8	1,3	63,8
Muži	65,6	15,6	65,6
Spolu	64,5	5,5	64,5

V dimenzii RE – Obmedzenie emočnými problémami ženy hodnotili stupňom 88,9; muži hodnotou 100,0; priemer bol 93,3 (tab. 8).

Tabuľka 8: Obmedzenie emočnými problémami

Pohlavie	RE - Obmedzenie emočnými problémami		
	Aritmetický priemer	Smerodajná odchýlka	Medián
Ženy	88,9	7,9	83,3
Muži	100,0	0,0	100,0
Spolu	93,3	4,7	90,0

V dimenzii MH – Mentálne zdravie ženy hodnotili stupňom 74,7; muži hodnotou 76,0; priemer bol 75,2 (tab. 9).

Tabuľka 9: Mentálne zdravie

Pohlavie	MH - Mentálne zdravie		
	Aritmetický priemer	Smerodajná odchýlka	Medián
Ženy	74,7	13,3	70,0
Muži	76,0	15,6	85,0
Spolu	75,2	13,7	76,0

V dimenzii MCS – Celkové psychické zdravie ženy hodnotili stupňom 72,5; muži hodnotou 76,3; priemer bol 74,0 (tab. 10).

Tabuľka 10: Celkové psychické zdravie

Pohlavie	MCS - Celkové psychické zdravie		
	Aritmetický priemer	Smerodajná odchýlka	Medián
Ženy	88,9	7,9	83,3
Muži	100,0	0,0	100,0
Spolu	93,3	4,7	90,0

SF -36 - Index celkovej kvality života sa pohybuje od 0 do 100 pričom najvyššia hodnota znamená najlepšiu kvalitu života a naopak. Ženy hodnotia tento index hodnotou 63,2 a muži hodnotou 72,6, priemer dosahuje hodnotu 67 (tab.11).

Tabuľka 11: Index celkovej kvality života

Pohlavie	Index celkovej kvality života		
	Aritmetický priemer	Smerodajná odchýlka	Medián
Ženy	63,2	13,9	63,1
Muži	72,6	11,3	68,4
Spolu	67,0	12,0	64,0

DISKUSIA

Cieľom nášho prieskumu bolo zistiť úroveň všeobecného hodnotenia zdravia, zistiť celkové fyzické zdravie - úroveň fyzickej aktivity respondentov, stupeň obmedzenia fyzickej aktivity a úroveň bolesti, zistiť úroveň vitality a spoločenskej aktivity respondentov a zistiť úroveň emočných problémov, mentálneho zdravia a celkové psychické zdravie.

Všeobecne hodnotenie zdravia zoskupuje položky týkajúce sa vnímania svojho zdravia, porovnania svojho zdravia so zdravím s pred roka, s výskytom chorobnosti. Výsledky v tejto dimenzii sú výrazne odlišné v porovnaní s výsledkami bežnej zdravej populácie. Súbor ženy dosiahli hodnotu 37,8. Súbor muži dosiahli lepšiu hodnotu 64,5 nad priemer. Z daného nám vyplýva, že z prieskumnej vzorky súbor žien

hodnotí svoje všeobecné zdravie horšie ako muži. Spolu dosiahli hodnotu 48,5, čo je pod priemer. Výsledky zdravej európskej populácie dosahujú hodnotu 73,52. V tejto dimenzii dochádza k markantnému rozdielu medzi ženami – respondentmi nášho prieskumu so zdravou populáciou. Predpokladali by sme, že hodnoty žien sa nebudú nachádzať pod priemerom. Vieme zhodnotiť, že ženy vnímajú svoje všeobecné hodnotenie zdravia za výrazne zhoršené keďže výsledky siahajú hlboko pod priemer.

HODNOTENIE FYZICKÉHO ZDRAVIA – ÚROVEŇ FYZICKEJ AKTIVITY RESPONDENTOV, STUPEŇ OBMEDZENIA FYZICKEJ AKTIVITY A ÚROVEŇ BOLESTI

Fyzická aktivita je zameraná na činnosti, ktoré vykonávame počas svojho

typického dňa napr. zdvíhanie ťažkých predmetov, nosenie nákupu, vysávanie, chôdza po schodoch, chôdza po ulici, kúpanie. Ženy v prieskume dosiahli hodnotu 58,3, muži dosiahli vyššiu hodnotu 71,3. Spolu dosiahli hodnotu fyzickej aktivity 63,5 čo je nad priemer, ale hodnota Oxford Healthy Life Survey je 88,4 (Bowling, A. et al. 1999). Z výsledku vyplýva, že respondenti nášho prieskumu v porovnaní so zdravou populáciou dosahujú horšie výsledky, mierne nad priemer.

Obmedzenie fyzickej aktivity vychádza z problémov pri práci a bežnej dennej činnosti pre zdravotné ťažkosti. Výsledky sú vyjadrené v tabuľke č.7 a grafe č.7. Súbor ženy dosiahol hodnotu 54,2. Muži dosiahli lepšie výsledky 75,0 a spolu 62,5. V porovnaní s európskou normou 85,82 ženy majú podstatne vyššie obmedzenie fyzických činností. Výrazne menšie obmedzenie pociťujú muži. Z výsledku vyplýva, že úroveň obmedzenia fyzickej aktivity u pacientov po TEP je v porovnaní so zdravou populáciou je mierne pod úroveň zdravých jedincov.

Bolesť agreguje položky ako intenzitu a prítomnosť bolesti a obmedzenie v práci v dôsledku bolesti za posledné 4 týždne. Súbor žien dosiahol hodnotu 65,8 a súbor mužov dosiahol hodnotu 65,0. Spolu dosiahli hodnotu 65,5 v porovnaní so zdravou populáciou 81,49 je prítomnosť, intenzita a obmedzovanie v práci pre bolesť v našej prieskumnej vzorke stále nad priemer prítomná v ich živote.

V porovnaní kvality života pacientov našej prieskumnej vzorky so zdravou ľudskou

populáciou v Európe je najvýraznejšie zníženie v dimenzii Všeobecné hodnotenie zdravia, kedy hodnota Oxfordu je 73,52 a hodnota súboru žien je len 37,8. Tento veľký rozdiel hovorí o nie veľmi dobrom, skôr negatívnom hodnotení svojho zdravia. Tiež sme zistili, že došlo k významnému rozdielu v medzi dimenziou Všeobecné hodnotenie zdravia a otázkou z dotazníka „Ako by ste hodnotili svoje zdravie dnes v porovnaní so stavom z pred roka?“ Analýzou odpovedí sme objavili nepomer v hodnotení tejto otázky, kedy muži aj ženy spolu vykazujú hodnotu 88,0, čo je viac než dobre, keďže hodnota 100 predstavuje strop pozitívneho, a vyhodnotením Všeobecného hodnotenia zdravia, kde ženy vykazujú hodnotu 37,8, čo je pod priemer a muži hodnotu 68,5. V ostatných dimenziách boli výsledky hodnotenia prieskumnej vzorky mierne nižšie ako hodnota Oxfordu. Konečná hodnota **Celkového fyzického zdravia** u žien dosiahla 54,0 u mužov dosiahla vyššiu hodnotu 68,9. Takmer vo všetkých dimenziách PCS muži dosiahli lepšie výsledky ako ženy. Len v dimenzii bolestí ženy dosiahli minimálne lepšiu hodnotu o 0,8. Z čoho vyplýva, že muži lepšie hodnotia kvalitu života z fyzickej stránky života ako ženy po implantácii TEP. Majú vyššiu fyzickú aktivitu a pozitívnejšie hodnotenie zdravia ako ženy. Môžeme konštatovať, že muži majú vyššiu kvalitu života v oblasti celkového fyzického zdravia.

HODNOTENIE ÚROVNE VITALITY A SPOLOČENSKEJ AKTIVITY

Vitalita združuje položky zamerané na jedinca ako často sa cítil v posledných 4 týždňoch plný elánu, energie, prípadne sa cítil vyčerpaný a unavený. Súbor žien vykazoval hodnotu 62,5 a súbor mužov takmer rovnakú hodnotu 63,8. Hodnota vitality spolu je 63,0. V tejto dimenzii prieskumný súbor mierne prevyšuje hodnotu Oxfordu, ktorá je 61,13. Život našich respondentov po implantácii TEP je plný energie a elánu, necítia sa vyčerpaní a unavení.

Spoločenská aktivita sa zameriava na otázky týkajúce sa spoločenskej aktivity respondentov v posledných 4 týždňoch a poslednom týždni. V súbore ženy dosiahla hodnotu 63,8 a v súbore muži dosiahla podobnú hodnotu 65,6. Priemerná hodnota oboch súborov má hodnotu 64,5 čo ale je pod normu Oxfordu 88,01. Z daného vyplýva, že respondenti nášho prieskumu majú obmedzenia v spoločenských aktivitách v dôsledku TEP.

Geli et al. (2013) použil 439 pacientov po TEP kolenného kĺbu v rokoch 2007-2008, kde účelom tejto štúdie bolo porovnať krátkodobé zmeny v kvalite života u pacientov mladších ako 80 rokov a starších. Pomocou dotazníka SF-36 boli získané údaje pred operáciou a 1 rok po operácii. Celkom 328 (83,89 %) pacientov mladších ako 80 rokov (priemerný vek 70,7 rokov) a 63 (16,11 %) pacientov 80 a viac ročných (priemerný vek 82,1 rokov) boli analyzované. V predoperačnej kvalite života neboli pozorované žiadne významné rozdiely.

V pooperačnom období v dimenziách fyzická aktivita, vitalita, spoločenská aktivita a celkové fyzické zdravie boli vykazované nižšie hodnoty u 80 a viac ročných pacientov. Starší pacienti oproti mladším pacientom mali menší rozdiel medzi pred a pooperačnými hodnotami v dimenziách fyzická aktivita a obmedzenia emočnými problémami. Pacienti oboch vekových kategórií vykazovali zlepšenie kvality života v pooperačnom období, preto indikácia k TEP u pacientov s gonartrózou je opodstatnená (Geli et al., 2013).

Hodnotenie emočnej úrovne je vyhodnocované z položiek dotazníka, ktoré sa pýtajú na prítomnosť emocionálnych ťažkostí pri práci alebo bežnej činnosti. V tejto dimenzii prekvapivo pozitívne dopadli obidva súbory. Ženy dosiahli hodnotu 88,0 a muži dosiahli najvyššie možné hodnotenie 100. Ženy aj muži spolu dosiahli hodnotu 93,3 čo je podstatne vyššie ako norma pre európsku populáciu 82,93. Z daného vyplýva, že pri bežných činnostiach a práci respondenti našej prieskumnej vzorky nepociťujú obmedzenie v dôsledku emocionálnych problémov.

Mentálne zdravie obsahuje položky, ktoré sa týkajú pocitov (nervozita, depresia, pohoda, pesimizmus, smútok a šťastie) respondentov, v posledných 4 týždňoch. V porovnaní s hodnotou Oxfordu 73,7 dosiahli naši respondenti mierne lepšie výsledky. Súbor žien dosiahol hodnotu 74,7 a súbor mužov dosiahol až 76,0. Spolu dosiahli 75,2. Z pozitívneho výsledku v prospech našich respondentov v dimenzii mentálne zdravie, ktoré je nad európskou normou zdravých jedincov

vyplýva, že naši respondenti sú po psychickej stránke odolnejší a nie sú veľmi nervózni a pesimisti. Naopak pociťujú viac pohodu a šťastie ako respondenti z Oxford Healthy Life Survey. Čo potvrdzuje aj pozitívny výsledok v oblasti obmedzenia emočnými problémami.

Celkové psychické zdravie je hodnotené ako aritmetický priemer dimenzií vitalita, spoločenská aktivita, obmedzenie emočnými problémami a mentálne zdravie. Hodnota celkového psychického zdravia sa pohybuje od hodnoty 0 do 100, pričom vyššia hodnota znamená lepšie. Výsledná hodnota v súbore ženy je 72,5 v súbore muži je výsledná hodnota mierne vyššia 76,3. Spolu celkové psychické zdravie má hodnotu 74,0.

ZÁVER

Zistením výsledkov z častkových cieľov – všetkých dimenzií, sme mohli pristúpiť k vyhodnoteniu Indexu celkovej kvality života SF-36, ktorý sme získali ako aritmetický priemer hodnoty PCS a hodnoty MCS. V súbore žien je hodnota 63,2 a v súbore mužov je hodnota 72,6 čiže vyššia čo vychádza aj z predchádzajúcich výsledkov v PCS a MCS, kde muži vykazovali vyššie – lepšie hodnoty vo všetkých dimenziách okrem bolesti ako ženy. Výsledná hodnota indexu celkovej kvality života SF-36 spolu je 67,0. Kvalita života našich respondentov dosahuje niečo nad priemer. Výrazne zhoršené hodnôt sme zistili v dimenziách Všeobecné hodnotenie zdravia a Spoločenská aktivita v porovnaní s Oxford Healthy Life Survey, ktorá predstavuje reprezentatívne údaje pre európsku populáciu. Respondenti sú

menej spokojný so svojím zdravotným stavom a spoločenský život je po implantácii TEP výrazne v úzadí. Ale aj napriek tomu v celkovej kvalite života sú na popredných miestach v porovnaní s hodnotami Oxfordu v dimenziách vitalita, mentálne zdravie a nevyskytovanie sa emočných ťažkostí, ktoré ovplyvňujú život. Môžeme zhodnotiť, že respondenti v našom prieskume o kvalite života majú podstatne lepší stav v oblasti psychickej pohody a optimizmu ako v oblasti fyzického zdravia.

Prospektívna štúdia realizovaná v troch nemocniciach v Sydney vo verejných a súkromných nemocniciach kde respondentmi boli pacienti s osteoartrózou podstupujúci primárnu implantáciu bedrového (n=59) a kolenného (n=92) kĺbu. Bol použitý dotazník SF-36 pred zákrokom a 12 mesiacov po implantácii v porovnaní s populačnou normou. Výsledky preukázali, že pacienti v každej vekovej skupine ukázali výrazné zlepšenie kvality života a to najmä v dimenzii fyzická aktivita, obmedzenie fyzickej aktivity a bolesti. Skóre SF-36 u 42 pacientov vo veku 55 až 74 rokov po TEP bedrového kĺbu sa zlepšila na všetkých úrovniach. Skóre SF-36 u 52 pacientov po TEP kolenného kĺbu vo veku 55 až 74 rokov sa zlepšila, ale skóre pre dimenzie fyzická aktivita a bolesť zostala horšia než populačná norma. Záverečné zhodnotenie tejto štúdie dospelo k zlepšeniu zdravotného stavu a kvality života po 12 mesiacoch po operácii (March et al., 1999).

Práca rieši kvalitu života pacientov po operácii pacientov po implantácii totálnej endoprotézy kolenného kĺbu

za predpokladu, že táto implantácia je odporúčaná pacientom, ktorí majú také pohybové ťažkosti, ktoré menia ich kvalitu života. Z uvedeného vyplýva, že TEP v značnej miere vracia pacientov do života, ktorá sa približuje kvalite života, ako mali pred operáciou.

LITERATURA

- [1] BOWLING, A. et al. 1999. Short Form (SF-36) Health Survey questionnaire: which normative data should be used? Comparisons between the norms provided by the Omnibus Survey in Britain, the Health Survey for England and the Oxford Healthy Life Survey. In *Journal of Public Health Medicine* [online]. 1999, vol. 21, no. 3 [cit. 2009-25-4]. Dostupné na internete: <<http://discovery.ucl.ac.uk/1707/>>. ISSN 0957-4832.
- [2] BURHOLT, V. - NASH, P. 2011. Short Form 36 (SF-36) Health Survey Questionnaire: normative data for Wales. In *Journal of Public Health* [online]. 2011, vol. 33, no. 4 [cit. 2012-10-06]. Dostupné na internete: <<http://jpubhealth.oxfordjournals.org/content/33/4/587.full.pdf+html>>.
- [3] GELI, A. E. MD, MSc, PhD. Et al. 2013. Comparison of Quality of Life Between Elderly Patients Undergoing TKA. In *ORTHOPEDICS* [online]. 2013, vol. 36, no. 4 [cit. 2014-16-01]. Dostupné na internete: <<http://www.healio.com/orthopedics/journals/ortho/%7Ba113bdb1-9593-4a8e-b295-2ab52580eeab%7D/comparison-of-quality-of-life-between-elderly-patients-undergoing-tka>>.ISSN 1938-2367.75
- [4] HIGUERA, CARLOS, A. MD et al. 2011. Mid-America Orthopaedic Association Physician in Training Award: Predictors of Early Adverse Outcomes after Knee and Hip Arthroplasty in Geriatric Patients. In *US National Library of Medicine, National Institutes of Health* [online]. 2011, [cit. 2014-12-02]. Dostupné na internete: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3069283/>>.
- [5] HUDÁKOVÁ, Z., ŠROBÁROVÁ, O. 2015. *Rehabilitácia pred a po totálnej endoprotéze kolenného kĺbu*. In: Multifaktoriálne aspekty civilizačných chorôb : zborník vedeckých a odborných prác. 1. vyd. - Bratislava : Vydavateľstvo A-medi management, 2015. - ISBN 978-80-971836-7-7, S. 106-115.
- [6] MARCH, M. L. et al. 1999. Outcomes after hip or knee replacement surgery for osteoarthritis. In *The Medical Journal of Australia*. [online]. ISSN 1326-5377. 1999, vol. 171, no. 5 [cit. 2014-03-03]. Dostupné na internete: <<https://www.mja.com.au/journal/1999/171/5/outcomes-after-hip-or-knee-replacement-surgery-osteoarthritis>>.76
- [7] SLOVÁČEK, L. 2004. Kvalita života nemocných – jeden z dôležitých parametrov komplexného hodnotení liečby. In *Vojenské zdravotnícké listy*. ISSN 0372-7025, 2004, roč. 73, č. 1, s. 6-9.
- [8] VAVŘÍK, P. 2010. Supplementum. In *Acta chirurgiae orthopedaicae et traumatologiae Čehoslovaca*. ISSN 0001-5415, 2010, roč. 77, č. 10, s. 11-13.
- [9] VIŠŇA, P. - HART, R. et al. 2006. *Chrupavka kolena*. Praha : MAXDORF, 2006. 208 s. ISBN 80-7345-084-4.
- [10] WARE, J. E. 2004. SF-36 Health Survey Update. In : *The Use of Psychological Testing for Treatment Planning and Outcome Assessment*, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates [online]. 2004, vol. 3 [cit. 2013-10-12]. Dostupné na internete: < http://www.sf-36.org/announcements/Updated_SF36_bookChapter_Sept04.pdf>.

LIVES OF PATIENTS AFTER IMPLANTATION OF TOTAL JOINT REPLACEMENT OF THE KNEE JOINT



KONTAKTNÍ ÚDAJE:

doc. PhDr. Zuzana Hudáková, PhD.
Katolícka univerzita v Ružomberku
Fakulta zdravotníctva
Nám. A. Hlinku 48
034 01 Ružomberok
Slovenská republika
E-mail: zuzana.hudakova@ku.sk

Dr. Halina Romualda Zięba
Podhale State Higher Vocational
School in Nowy Targ
Institute of Physiotherapy
Kokoszkow 71
34-400 Nowy Targ
Poland
E-mail: azsomatic@gmail.com

doc. PhDr. Lada Celtová, PhD.
Vysoká škola polytechnická Jihlava
katedra zdravotnických studií
Tolstého 16
586 01 Jihlava
E-mail: lada.cetlova@vspj.cz

PhDr. Vlasta Dvořáková, PhD.
Vysoká škola polytechnická Jihlava
katedra zdravotnických studií
Tolstého 16
586 01 Jihlava
E-mail: vlasta.dvorakova@vspj.cz

ABSTRACT

Pain in the area near knee joint may occur as a result of congenital anomalies, degenerative disease or injury and significantly reduces the activity of individuals and their integration into society. Incidence of knee joint diseases has increasing tendency. Persons with this disease are unable to reach optimal level of self-sufficiency, and often are limited in the possibilities of work classification. Reduced quality of life, pain and inability of patient to join into normal life represent societal and economic problem. Implantation of a total joint replacement is very effective procedure for patients and this can significantly influence to quality of their life, without any pain.

The aim of this thesis is to evaluate the change in the quality of life of individuals, after implantation of total knee joint endoprosthesis. Selected sample consisted of 100 respondents after total replacement of the knee joint, of which was 60 women and 40 men. In this survey, we used the SF-36 questionnaire, which is a generic and filling takes 5-10 minutes. Questionnaire can be filled by patient, or by other person during an interview with the respondent, or during a telephone conversation in which the respondent is advised of this. The original version of the SF-36 questionnaire was translated, validated and standardized according to project The International Quality of Life Assessment.

The results of the survey evaluate to us all aspects of life quality, and we evaluated Index of total life quality SF-36th We calculated the arithmetic average of total physical health value (PCS - Physical Component Summary) and total mental health value (MCS - Mental Component Summary). In the group of women was this value 63, and in the group of men was this value 73. The results of this survey shows, that men have better values in all dimensions except pain, in comparison with women. The final value of overall quality of life SF-36 is 67. From the results we can demonstrate, that the quality of life of our respondents reaches an average level.

KEYWORDS:

safety, residential social services, seniors

VEDOMOSTI DOSPELEJ POPULÁCIE O UŽÍVANÍ ANTIBIOTÍK



INGRID JUHÁSOVÁ
VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ
JIHLAVA

ZUZANA JANUŠKOVÁ
TANAMED S.R.O.

PAVOL BEŇO
TRNAVSKÁ UNIVERZITA TRNAVA

ABSTRAKT

Antimikrobiálna rezistencia je v súčasnosti hrozbou pre verejné zdravie. Tento problém je zapríčinený nadmerným a nerozvážnym užívaním antibiotík. Cieľom práce bolo zistiť aké vedomosti má dospelá populácia s užívaním antibiotík. Bol zvolený kvantitatívny prieskum v ktorom sme využili dotazník, ktorý vznikol ako súčasť iniciatívy „Antibiotický týden v prostředí lékáren“ v Českej republike. Dotazník sme modifikovali pre slovenskú dospelú populáciu. Prieskumnú vzorku tvorilo 114 ľudí Trnavského regiónu, ktorých priemerný vek bol 35 rokov. Zistili sme, že respondenti (39 %) sú nedostatočne informovaní ohľadom antibiotickej liečby a majú nepriaznivé skúsenosti s užívaním antibiotík. Verejnosť (70 %) má záujem vzdelávať sa a získavať informácie o užívaní antibiotík. Najdôležitejším zdrojom informácií sú lekári pre viac ako 3/4 respondentov (88 %). Na základe výsledkov odporúčame v pravidelných intervaloch monitorovať vedomosti populácie, analyzovať ich nedostatky. Informačnou kampaňou zvyšovať povedomie verejnosti o antibiotikách s konečným cieľom zmeniť správanie a tak zachovať účinnosť antibiotík pre budúce generácie.

KLÍČOVÁ SLOVA:

antibiotiká, antimikrobiálna rezistencia, vedomosti, dospelá populácia

ÚVOD

Antibiotiká (ATB) patria k najväčším vynálezom ľudstva v oblasti medicíny. Aj vďaka nim sa podarilo v minulom storočí dostať pod kontrolu mnoho infekčných ochorení, na ktoré ľudia predtým zomierali v mladom veku. Odborníci však varujú, že za menej ako 70 rokov od objavu antibiotík čelíme možnosti, že v blízkej budúcnosti nebudeme mať účinné antibiotiká proti viacerým typom baktérií. Nadmerné a nevhodné používanie ATB urýchľuje vznik a šírenie baktérií odolných voči nim. Najnovšie údaje potvrdzujú, že v Európskej únii (EÚ) stúpa počet pacientov infikovaných rezistentnými baktériami a že antibiotická rezistencia je výraznou hrozbou pre verejné zdravie. Rezistencia na ATB stala vážnym medicínskym, etickým i ekonomickým problémom. Európske centrum pre prevenciu a kontrolu chorôb odhaduje, že rezistencia na antibiotiká si každoročne vyžiada 25 000 ľudských životov a náklady vo výške viac než 1,5 miliardy eur súvisiace so zdravotnou starostlivosťou či práceneschopnosťou.

V rámci primárnej zdravotnej starostlivosti je v Európe predpisovaných 90 % antibiotík. Na Slovensku pripadá na ambulantnú starostlivosť 80 % antibiotík. „Existuje značná variabilita v rámci preskripčných vlastností, pričom vo všeobecnosti možno povedať, že v severských krajinách je nízka, vo východnej Európe priemerná a v južnej Európe vysoká“ (Krčméry, Sokolová, Kulková 2012). Z pohľadu Jindráka, Hedlovej, Urbáškovéj et al. (2014) je možné dosiahnuť rozvážne používanie antibiotík

predpisujúcimi lekármi tromi všeobecnými postupmi:

- eliminovať chybné alebo neoprávnené podávanie antibiotík, ktoré môže pacienta ohroziť, alebo prispieť k strate účinnosti antibiotika,
- obmedziť nesprávne použitie antibiotík, zvoliť adekvátny liek,
- zvoliť správne dávkovanie a dĺžku podávania antibiotickej liečby.

Krčméry, Sokolová a Kulková (2012) poukazujú na to, že obmedzenie spotreby ATB a ich regulácia v rámci komunity a v nemocniciach, je v zabezpečení zachovania účinnosti antibiotík pre budúce generácie kľúčovou úlohou. Preto podľa Marka (2009) smerujú národné a celosvetové aktivity za účasti lekárov a pacientov i farmaceutického priemyslu k zníženiu vysokej spotreby ATB a zastaveniu nárastu nebezpečne vysokej rezistencie. Podľa Tesařa (2012) stúpa význam a dôležitosť antibiotickej politiky v dôsledku stúpania rezistencie v celosvetovom rozsahu. Foltán (2013) charakterizuje antibiotickú politiku ako súhrn odporúčaní pre účinné a bezpečné používanie antimikrobiálnych liekov. Jindrák, Hedlová, Urbášková *et al.* (2014) uvádzajú, že cieľom antibiotickej politiky je vysoká kvalita používania antibiotík, v zmysle účinnosti, bezpečnosti a nákladovo efektívnej liečby a profylaxie, ktoré súčasne obmedzujú riziko vzostupu antibiotickej rezistencie. Tak isto je jej cieľom dlhodobé zachovanie čo najširších možností účinnej a bezpečnej antimikrobiálnej liečby infekcií.

Rezistentné baktérie a pacienti trpiaci infekciami, ktoré sú nimi spôsobené, dnes predstavujú pre lekárov vážny problém. Na tieto infekcie ročne zomrie 25 000 ľudí v EÚ. K rezistentnej infekcii sa dá prísť najpravdepodobnejšie v nemocnici. V EÚ narastá rezistencia voči baktériám spôsobujúcim zápal pľúc alebo zápal močových ciest. Dodatočná zdravotná starostlivosť a strata na produktivite práce, zapríčinená rezistentnou infekciou, predstavuje náklady vo výške 1,5 miliardy eur ročne (EÚ má stratégiu..., 2011).

Európska komisia (European Commission 2010, 2013) v rámci stratégie zabezpečenia vhodného používania antimikrobiálnych látok, kladie dôraz na vzdelávanie verejnosti o vhodnom užívaní antibiotík. Zároveň komisia monitoruje úroveň vedomostí verejnosti. Na základe získaných výsledkov určuje najlepšie spôsoby ako zvyšovať povedomie verejnosti o rizikách súvisiacich s nevhodným užívaním antibiotík. Konečným cieľom je zmeniť správanie verejnosti. Petříková (2012) konštatuje, že má význam monitorovať znalosti a skúsenosti populácie s užívaním antibiotík, pretože zlepšenie poznatkov verejnosti o racionálnom používaní antibiotík môže zabrániť ďalšiemu zvyšovaniu rezistencie voči antibiotikám, a teda udržať účinnosť bežných antibiotík pre budúcu populáciu.

CIEĽ PRÁCE

Cieľom štúdie bolo odpovedať na tri hlavné otázky prostredníctvom kvantitatívneho výskumu:

1. Aká je informovanosť dospelých populácie o užívaní antibiotík?
2. Aké skúsenosti má dospelá populácia s užívaním antibiotík?
3. Má dospelá populácia záujem získavať informácie o antibiotickej liečbe?

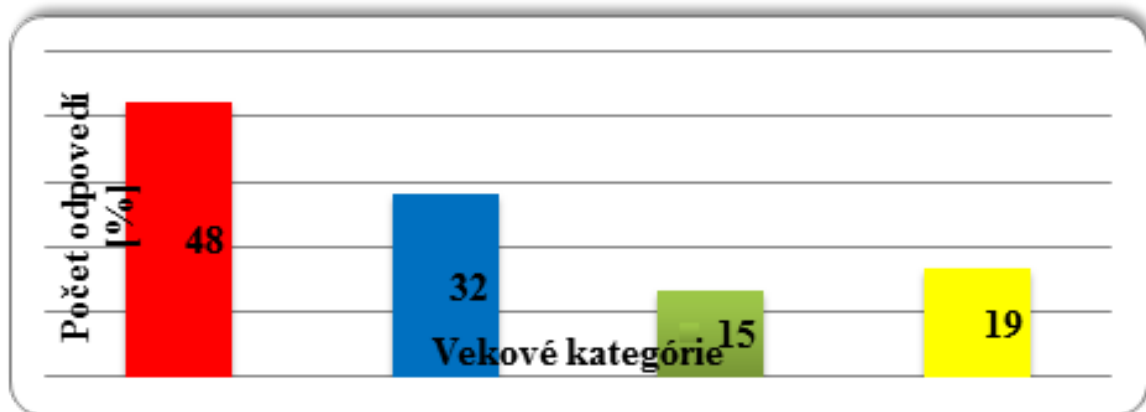
MATERIÁL A METÓDY

Prieskum bol realizovaný v mesiacoch február až marec 2015 v priestoroch Mestskej polikliniky v Trnave (4 čakárne pri ambulanciách primárnych lekárov). Respondenti boli uistení, že dotazník je dobrovoľný a výsledky budú použité len pre účely prieskumu. Rozdaných bolo 114 dotazníkov, návratnosť bola 100 %. Získané výsledky boli spracované prostredníctvom programu Microsoft Word 2007 do textovej podoby a Microsoft Office Excel 2007 do grafickej podoby v absolútnych (n) a relatívnych (%) hodnotách.

V kvantitatívnom prieskume bol využitý autorizovaný dotazník, ktorý vznikol ako súčasť iniciatívy „Antibiotický týden v prostředí lékáren“ v Českej republike. Tento dotazník bol vytvorený za spolupráce farmaceutickej fakulty Veterinárnej a farmaceutickej univerzity v Brne, Českej lekárskej komory a Národného antibiotického programu Štátneho zdravotného ústavu. Súhlas s použitím dotazníka poskytla PharmDr. Petříková Alena, PhD. z Veterinárnej a farmaceutickej univerzity v Brne. Dotazník bol nami modifikovaný pre slovenskú dospelú populáciu v kontexte výskumného cieľa tejto štúdie. Dotazník je tvorený 11 položkami rozdelených do troch oblastí, prvá oblasť mapuje vedomosti dospelých

pacientov o užívaní ATB, druhá oblasť zisťuje skúsenosti s ich používaním a tretia oblasť dotazníka zisťuje záujem respondentov získať informácie o vhodnom užívaní ATB. V závere dotazníka boli položky zisťujúce sociodemografické znaky respondentov. Za cieľovú skupinu respondentov bola zvolená dospelá populácia od 20 rokov. Následne boli respondenti (n=114) tohto obdobia dospelosti rozdelení podľa Vágnerovej (2000) do 4 vekových kategórií (Graf 1).

Graf 1: Vekové rozloženie respondentov



Z grafu1 vidíme, že najviac, 48 (42%) respondentov bolo zastúpených v kategórii 20–34 rokov. Najmenej zastúpenou bola kategória respondentov od 45–60 rokov, 15 (13%) respondentov. Zo 114 (100 %) respondentov sa prieskumu zúčastnilo 66 (58 %) žien a 48 (42 %) mužov. Priemerný vek respondentov bol 35 rokov. Vzdelanie respondentov uvádza tab. 1.

Tab. 1: Vzdelanie respondentov

Vzdelanie	N	%
Základné	8	7
Bez maturity	21	18
S maturitou	51	45
Vyššie odborné vzdelanie	3	3
1. st. VŠ vzdelanie	7	6
2. st. VŠ vzdelanie	21	21
Spolu	114	100

Poz.: N – počet, VŠ – vysokoškolské

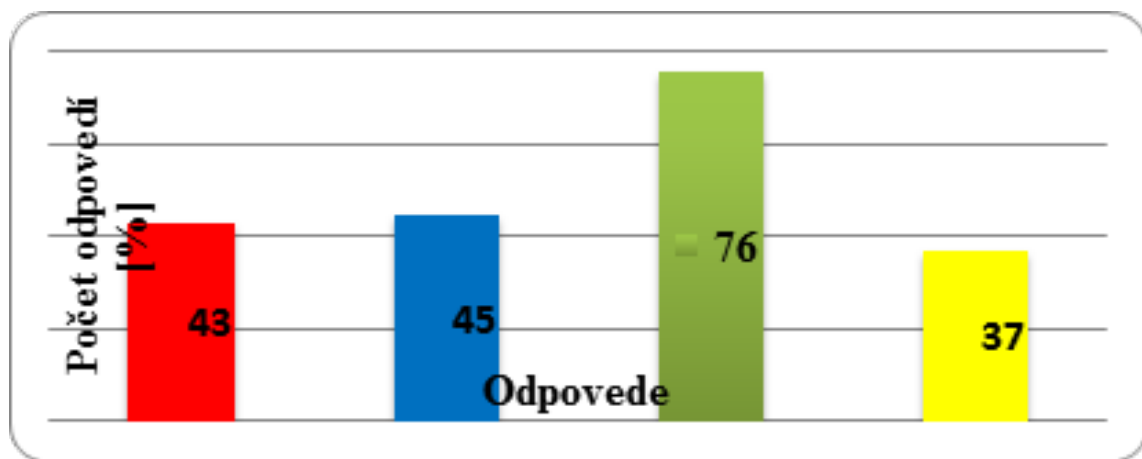
Zo 114 (100 %) respondentov uviedlo 51 (45 %) respondentov ako najvyššie ukončené vzdelanie stredoškolské s maturitou, 3 (3 %) respondenti označili vyššie odborné vzdelanie (Tab. 1).

VÝSLEDKY

Odpoveď na prvú výskumnú otázku (**Aké skúsenosti má dospelá populácia s užívaním antibiotík?**) bola zisťovaná 5 položkami dotazníka.

Prostredníctvom 1. položky bolo zisťované, či respondenti poznajú pravdivé tvrdenia ohľadom ATB. Bolo možné označiť viacero odpovedí (Graf 2).

Graf 2: Možnosti považujúce respondentmi za pravdivé

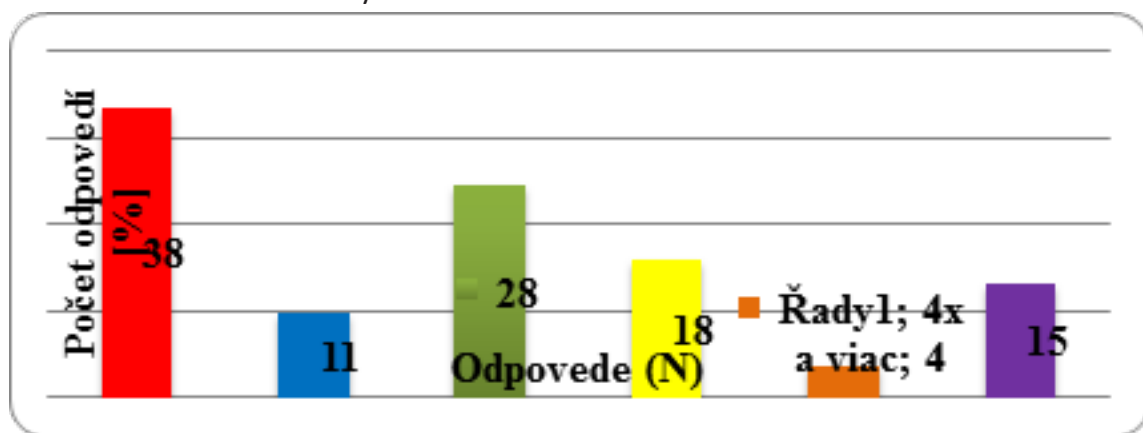


Respondentmi bolo označených spolu 201 možností (100 %). Relatívne početnosti (%) boli počítané vzhľadom k počtu odpovedí. 76 krát (38 %) bola zvolená možnosť C, 67% respondentov zo 114 (100%) si myslí, že neopodstatnené užívanie ATB vedie k zníženiu ich účinnosti. 45 krát (22 %) bola označená možnosť B, 39 % respondentov považuje tvrdenie, že ATB sú účinné proti chrípke a prechladnutiu za pravdivé. Možnosť A, že ATB zabíjajú vírusy bola označená 43 krát (21 %), 38 % respondentov považuje toto tvrdenie za pravdivé. 37 krát (18 %) bola uvedená možnosť D, 32 % respondentov si myslí, že užívanie ATB má často vedľajšie účinky, napr. hnačku (Graf 2).

Ďalšou položkou bolo zisťované, či respondenti vedia, že pomocou kvapky krvi možno rozlíšiť vírusovú a bakteriálnu infekciu. 64 (56 %) respondentov vie, že pomocou kvapky krvi sa dá rozlíšiť vírusová a bakteriálna infekcia. 50 (44 %) respondentov uviedlo možnosť nie. Tento test na rozlíšenie vírusovej a bakteriálnej infekcie by 77 (68 %) respondentov využilo doma a 37 (32 %) respondentov by ho nepoužilo. Ale až 97 respondentov (84 %) nevie, že sa dá kúpiť v lekární, len 18 (16 %) vie o tejto skutočnosti. S pozitívnou odpoveďou na túto položku, súvisela nasledujúca, respondenti mali napísať, kde sa dozvedeli o kúpe testu (kvapka krvi z prsta). Z 18 respondentov (100 %) uviedlo 12 (67 %), že boli informovaní z internetu a od známych bolo informovaných 6 (33 %) respondentov. Možnosti, z novín, od lekára a od lekárnika neboli uvedené.

2. prieskumná otázka (**Aké skúsenosti má dospelá populácia s užívaním antibiotík?**) bola zisťovaná skupinou položiek dotazníka. Respondenti odpovedali koľkokrát v minulom roku mali predpísané ATB (graf 3).

Graf 3: Liečba ATB za minulý rok



Z grafu 3 vidíme, že zo 114 (100 %) respondentov v minulom roku ATB neužívalo ani raz 38 (33 %) ľudí. 28 (25 %) respondentov uviedlo možnosť 2x a možnosť 3x označilo 18 (16 %) respondentov. 15 (13 %) respondentov označilo, že si nepamätá koľkokrát v minulom roku užívalo antibiotiká.

Ďalšia položka dotazníka zisťovala, odkiaľ boli ATB, ktoré respondenti užívali. Z niekoľkých alternatív, mohli respondenti vybrať len jednu. Boli to ATB predpísané lekárom, alebo respondenti doužívali ATB predpísané na liečbu ochorenia z minulosti. Iná alternatíva bola, že užívajú ATB získané od príbuzných, priateľov a pod. ... a možnosť voľnej odpovede. 70 (61 %) respondentov uviedlo, že užívajú antibiotiká len po predpísaní lekárom. 29 (25 %) uviedlo, že im zostali ATB z minulého ochorenia. 14 (12 %) respondenti ako zdroj antibiotík uviedli ATB nepredpísané lekárom, napr. Získané od niekoho z rodiny, či od priateľov a 1 (1 %) respondent uviedol, že ATB si kúpil v zahraničí.

Zaujímalo nás, aký časový úsek užívajú respondenti ATB. Zo 114 (100 %) respondentov, uviedlo 81 (71 %) respondentov, že ATB užívajú tak dlho ako predpísal lekár, poprípade ako bolo upravené na ďalšej kontrole. 33 (29 %) respondentov odpovedalo, že ATB užívajú len pokiaľ pretrvávajú príznaky infekcie a po ústupe ťažkostí ATB užívať prestane.

Následne sme zisťovali, aký prístup majú respondenti k liečbe ATB. Respondenti mali na výber napr., že ostanú doma pri užívaní ATB, alebo mohli zvoliť alternatívu, že pár dní ostanú doma a po zlepšení nastupujú už aj do práce, alebo užívajú ATB a chodia do práce. Zo 114 (100 %) respondentov 49 (43 %) respondentov uviedlo, že ak užívajú ATB, tak obvykle zostávajú doma v rámci pracovnej neschopnosti. 46 (40 %) respondentov uviedlo možnosť, že pár dní zostane doma, a ak sa im uľaví, začnú chodiť do práce

(do školy) a ďalej užívajú ATB. 19 (17 %) respondentov sa vyjadrilo, že užívajú ATB a zároveň chodia do práce (do školy).

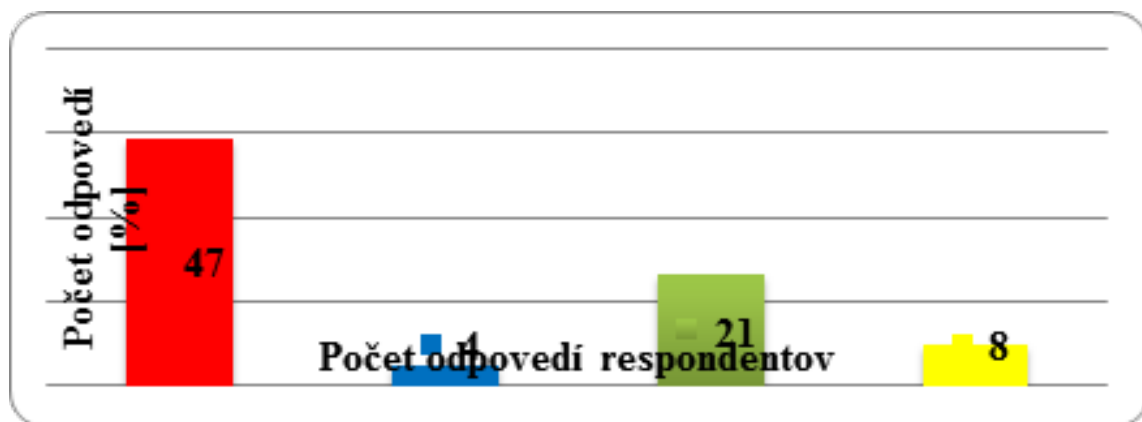
Odpoveď na tretiu výskumnú otázku (**Má dospelá populácia záujem získať informácie o antibiotickej liečbe?**), bola zisťovaná prostredníctvom dvoch položiek dotazníka.

Sú respondenti informovaní o správnom užívaní ATB? Zo 114 (100 %) respondentov 62 (54 %) respondentov si myslí, že je informovaných o správnom užívaní ATB, 40 (35 %) respondentov uviedlo možnosť neviem a 12 (11 %) respondentov označilo možnosť nie.

Samostatná položka zisťovala záujem o dostávanie informácií o správnom užívaní ATB zisťovala. Zo 114 (100 %) respondentov by malo záujem dostávať informácie o správnom užívaní antibiotík až 80 (70 %) respondentov. 34 (30 %) respondentov nemá záujem.

Ak respondenti záujem získať informácie, tak mali určiť kto ich má informovať o vhodnom užívaní ATB (Graf 4).

Graf 4: Zdroj informácií o vhodnom užívaní ATB



Z 80 (100 %) respondentov uviedlo 47 (59 %) respondentov, že o vhodnom užívaní ATB by ich mal informovať lekár, 21 (26 %) respondentov označilo možnosť lekárnik, 8 (10 %) respondentov si myslí že by mali byť informovaní prostredníctvom médií (TV, internet, noviny) a 4 (5 %) respondenti uviedli, že o vhodnom užívaní ATB by ich mala informovať sestra (Graf 4).

Nami získané dáta boli komparované s prieskumom European Commission (2010, 2013) a prieskumami Petříkovej (2012; Petříková *et al.* 2014).

Tvrdenie, že ATB zabíjajú vírusy považuje za pravdivé 38 % respondentov tejto štúdie. Sú to výsledky skoro podobné s výsledkami Petříkovej (2012), ktorá zistila, že 30 % respondentov si myslí, že antibiotiká zabíjajú vírusy a 15 % respondentov sa vyjadrilo, že ATB sú účinné proti prechladnutiu. V inom prieskume Petříková *et al.* (2014) zistili, že až 79 % respondentov si myslí, že neopodstatnené užívanie ATB vedie k znižovaniu ich účinnosti. Z prieskumu European Commission (2013) vyplýva, že 49 % verejnosti si myslí, že ATB zabíjajú vírusy a 41 % respondentov si myslí, že ATB sú účinné proti chrípke a prechladnutiu. V našom prieskume sme zistili, že 56 % respondentov vie o možnosti vyšetrenia bakteriálnej infekcie z kvapky krvi a viac ako 1/2 respondentov (67 %) uviedla, že túto informáciu majú z internetu. Podobné zistenie má aj Petříková (2012), 66 % respondentov vie o možnosti rozlíšenia vírusovej a bakteriálnej infekcie pomocou kvapky krvi. Podľa Marka (2009) vyšetrenie CRP napomáha racionálnej preskripcii ATB, redukuje nebezpečne rastúcu rezistenciu na ATB a urýchľuje diagnostický a terapeutický proces. 68 % respondentov tejto štúdie by využili možnosť tohto testu aj doma ak by mali takúto možnosť. Pričom len 16 % respondentov vedelo, že takýto test sa dá kúpiť v lekárni.

Ďalším zistením predloženej štúdie je, že 33 % respondentov neužívalo ATB za posledný rok ani raz. V porovnaní s prieskumom European Commission (2013) je zistený rozdiel vysoký, pretože v ich prieskume až 60 % respondentov uviedlo, že ATB neužilo ani raz. Užívanie ATB bez toho, aby sa pacient poradil s lekárom, doužívanie tých, ktoré zostali po predchádzajúcej liečbe alebo zadováženie si ich bez lekárskeho predpisu je nezodpovedné a v niektorých prípadoch dokonca nebezpečné. Z odpovedí respondentov tejto štúdie, ďalej vyplýva, že len 61 % užíva ATB po predpísaní lekárom a 25 % (1/4) respondentov užilo ATB, ktoré im zostali z minulého ochorenia. V prieskume European Commission (2013) sú zistenia odlišné, zistili, že 95 % respondentov užíva ATB len po predpísaní lekárom a len 2 % respondentov užilo ATB, ktoré im zostali z minulého ochorenia. Tento nepomer by mohlo súvisieť s tým, že bola iná vzorka respondentov (počet), ale aj to, že verejnosť Slovenska podceňuje následky nerozumného užívania ATB. Pozitívne je, ale zistenie, ktoré súvisí s dĺžkou ATB liečby. 71 % respondentov užíva antibiotiká tak dlho, ako bolo ordinované lekárom. 29 % respondentov užíva antibiotiká len tak dlho, pokiaľ pretrvávajú príznaky infekcie a po ústupe ťažkostí ich užívať prestane. Petříková *et al.* (2014) zistila, že iba 10 % respondentov užíva ATB len pokiaľ pretrvávajú príznaky ochorenia. Domnievame sa, že tieto zistenia Petříkovej *et al.* (2014) by mohli súvisieť s rozsiahlou kampaňou zameranou na zvyšovanie povedomia o ATB a rizikách spojených

s ich neobozretným používaním. Z ďalších zistení vyplýva, že len 43 % respondentov využíva celú naordinovanú dávku ATB. 43 % respondentov uviedlo, že ak užívajú ATB, tak obvykle zostávajú doma v rámci pracovnej neschopnosti, 40 % respondentov uviedlo, že pár dní zostanú doma, a ak sa im uľaví, začnú chodiť do práce (do školy) a ďalej užívajú ATB. 17 % respondentov užíva ATB a zároveň chodia do práce (do školy). Z týchto zistení môžeme predpokladať, že respondenti počas liečby ATB nedodržiavajú pokoj na lôžku. Mohli by mať obavy z nesplnenia neodkladných pracovných povinností, alebo z dôvodu straty na zárobku.

V nadväznosti na predchádzajúce zistenie sme zistili, že viac ako 1/2 respondentov (59 %) si myslí, že o vhodnom užívaní ATB by ich mal informovať lekár. Viac ako ¼ (26%) respondentov si myslí, že by ich mal informovať lekárnik, 10 % uviedlo, že by ich mali informovať médiá (TV, internet, noviny) a len 5 % respondentov si myslí, že by ich mala informovať sestra. Z prieskumov European Commission (2010, 2013) ktoré, podobne zisťovali aký zdroj informácií o ATB je respondentmi považovaný za dôveryhodný vyplýva, že pre 88 % respondentov je to lekár, pre 47 % lekárnik a 13 % respondentov uviedlo sestru. Dovoľujeme si tvrdiť, že samozrejme najlepším spôsobom poskytovania informácií by mohla byť kombinácia všetkých uvedených možností, ale myslíme si, že práve sestra je kompetentná realizovať výchovu pacienta k podpore, udržiavaniu a obnove zdravia. Na Slovensku je táto kompetencia

podporená aj zákonom (Zákon č. 576/2004, § 2). Podobne aj v Českej republike sú strategické plány, napr. vypracované Českou asociáciou sestier). Jedným z cieľov je podporovať rast a dôležitosť ošetrovateľstva v očiach verejnosti, umožniť spoluprácu sestier so vzdelávacími prostriedkami, zapojenie sa sestier do tvorby ako poradcovia. Sestry majú prezentovať svoje stanoviská k verejným témam súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti (Plevová *et al.* 2011). ECDC (2015) z výsledkov štúdií konštatuje, že „spokojnosť pacienta v podmienkach primárnej starostlivosti závisí viac od účinnej komunikácie ako od získania receptu na antibiotiká“.

Na základe výsledkov prieskumu si dovoľujeme tvrdiť, že celková znalosť respondentov o ATB je nedostatočná a skúsenosti s nimi nemá dospelá populácia priaznivé. Dospelá populácia však má záujem získavať informácie o racionálnom užívaní ATB a za najdôveryhodnejší spôsob získavania týchto informácií považujú lekára. Bolo by vhodné v pravidelných intervaloch (2 – krát za rok) monitorovať vedomosti populácie a identifikovať nedostatky. Na základe nich zvoliť efektívnu stratégiu cielennej informačnej kampane, ktorú by prípadne koordinoval Úrad verejného zdravotníctva SR v spolupráci s regionálnymi úradmi verejného zdravotníctva, lekármi, lekárnikmi, sestrami, učiteľmi a študentmi škôl zdravotníckych odborov a médií. Zámerom tejto cielennej informačnej kampane by bolo zvyšovať povedomie širokej verejnosti o ATB s konečným cieľom zmeniť správanie a tak zachovať účinnosť antibiotík pre budúce generácie. Na internetovej stránke ECDC sú on-line dostupné informačné materiály ako informačné grafiky, plagáty, letáky, videá a príbehy pacientov. ECDC víta použitie týchto materiálov pri regionálnych i národných kampaniach a podujatiach.

Budúci výskum je potrebný, mohol by mapovať spoluprácu a efektivitu práce odborníkov zainteresovaných v problematike ATB.

Výsledky nášho prieskumu nemôžeme zovšeobecňovať sú platné len v našom súbore respondentov. Prieskum bol ohraničený iba na časť dospelaj populácie Trnavského kraja.

POĎAKOVANIE

PharmDr. Petříková Alena, PhD. z Veterinárnej a farmaceutickej univerzity v Brne za sprostredkovanie dotazníka. MUDr. Jarošovej Viere, MUDr. Mórovéj Eve, PhD., MUDr. Odnogovi Jozefovi a MUDr. Vejmelkovej Tatiane za umožnenie distribúcie dotazníkov verejnosti v priestoroch čakární.

LITERATURA

- [1] ECDC. 2015. *Rezistencia voči antibiotikám – fakty a údaje*. [online]. [citované 2015-04-06]. Dostupné na internete: <http://ecdc.europa.eu/sk/eaad/Documents/Primary%20care%20-%20Factsheet_SVK.PDF>.
- [2] EUROPEAN COMMISSION. 2010. *Antimicrobial resistance*. [online]. [citované 2015-04-05]. Dostupné na internete: <http://ec.europa.eu/health/antimicrobial_resistance/docs/ebs_338_en.pdf>.
- [3] EUROPEAN COMMISSION. 2013. *Antimicrobial resistance*. [online]. [citované 2015-04-05]. Dostupné na internete: <http://ec.europa.eu/health/antimicrobial_resistance/docs/ebs_407_en.pdf>.
- [4] EÚ má stratégiu v oblasti antibiotík. 2011. [online]. [citované 2015-01-16]. Dostupné na internete: <<http://www.euractiv.sk/zdravotnictvo/clanok/eu-ma-strategiu-v-oblasti-antibiotik-018177>>.
- [5] FOLTÁN, V. 2013. *Utilizacia antibiotík v Slovenskej republike projekt ESAC*. [online]. [citované 2015-01-10]. Dostupné na internete: <<http://www.health.gov.sk/Zdroje/?Sources/dokumenty/ww2/stranky/ak/Spotreba-ATB-projekt-ESAC.pdf>>.
- [6] JINDRÁK, V., HEDLOVÁ, D., URBÁŠKOVÁ, P. et al. 2014. *Antibiotická politika a prevence infekcií v nemocnici*. Praha : Mladá fronta, 2014. 709 s. ISBN 978-80-204-2815-8.
- [7] KRČMÉRY, V., SOKOLOVÁ, J., KULKOVÁ, N. 2013. Prečo je spotreba antibiotík na Slovensku vyššia v porovnaní s českou republikou? In *Lekárnik*. [online]. 2013, roč. 18, č. 2 [citované 2015-01-10]. Dostupné na internete: <http://www.sssf.sk/media/pdf/Lekarnik_02_2013.pdf>. ISSN 1335-924X.
- [8] MARKO, P. 2009. Vyšetrenie CRP v ambulancii všeobecného lekára. In *Via practica*. [online]. 2009, roč. 6, č. 1 [citované 2015-03-15]. s. 29–32. <Dostupné na internete: <<http://www.solen.sk/pdf/3368b7be8f1b3ee669acf7688d8f5df0.pdf>>. ISSN 1339-424X.
- [9] PETŘÍKOVÁ, A. 2012. Antibiotic Awareness Week in Czech pharmacies – patients' perspective on rational use of antibiotics. [online]. [citované 2015-04-15]. Dostupné na internete: <<http://www.fip.org/abstracts?page=abstracts&action=generatePdf&item=7820>>.
- [10] PETŘÍKOVÁ, A. 2014. Pharmacist's role in rational use of antibiotics: Antibiotic Awareness Week in Czech pharmacies 2014 . [online]. [citované 2015-04-15]. Dostupné na internete: <http://www.postersessiononline.com/173580348_eu/congresos/74fip/aula/-POS-CPS_124_74fip.pdf>.
- [11] PLEVOVÁ, I. 2011. *Ošetřovatelství 1*. Grada : Praha. s. 285. ISBN 978-80-247-3558-0.
- [12] TESAR, T. et al. 2012. Preskripcia antibiotík ako verejno-zdravotnícky problém. In *Slovenský lekár*. ISSN 1335-0234, 2012, roč. 22, č. 7-8, s. 123.
- [13] VÁGNEROVÁ, M. 2000. *Vývojová psychologie*. Praha : Portál, 2000. 522 s. ISBN 80-7178-308-0

[14] Zákon č. 576/2004 §2 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov. [online]. [citované 2015-04-20]. Dostupné na internete: <<http://www.health.gov.sk/?zakony>>.

KNOWLEDGE OF ADULT POPULATION ABOUT ANTIBIOTICS USE

ABSTRACT

Antimicrobial resistance is currently a serious threat for public health. This problem has been caused by an excessive and unadvised use of antibiotics. The aim of this research was to find out what knowledge about proper antibiotics use adult population has. A quantitative method of the research was chosen in which we used a questionnaire created as a part of the initiative called "Antibiotic week in Pharmacies" in the Czech Republic. We modified this questionnaire for the Slovak adult population. Participants of the research were 114 people from Trnava region (Slovakia), of the average age of 35. We found that the respondents (39 %) were insufficiently informed as regards an antibiotic treatment and they have unfavorable experience with antibiotics use. The public (70 %) is interested in educating and getting information related to the antibiotics use. The most important source of information for more than three quarters of respondents (88 %) are physicians. Based on our results, we recommend further monitoring of population's knowledge on a regular basis and analyzing their limitations. It is necessary to increase the awareness of the public on antibiotics via an information campaign with the final aim to change their approach to antibiotic treatment and thus to contribute to keeping antibiotic effectiveness for future generations.

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

PhDr. Ingrid Juhášová, PhD.
Vysoká škola polytechnická Jihlava
katedra zdravotnických studií
Tolstého 16
586 01 Jihlava
E-mail: ingrid.juhasova@vspj.cz

Bc. Zuzana Janušková, dipl. sestra
TANAMED s.r.o.,
Mestská poliklinika Družba
Starohájska 2
917 01 Trnava
Slovenská republika
E-mail: kolatorovazuzana@gmail.com

doc., PharmDr. Pavol Beňo, CSc.
Trnavská univerzita Trnava
Fakulta zdravotníctva a sociálnej
práce
Katedra LVMvZ
Univerzitné námestie 1
918 43 Trnava
Slovenská republika
E-mail: pavol.beno@truni.sk

KEYWORDS:

antibiotics, antimicrobial resistance,
knowledge, adult population

χ^2 - TEST PRE KONTIGENČNÚ TABUĽKU 6x2 A JEJ POUŽITIE V SOCIÁLNEJ PRÁCI S KLIENTMI S NELÁTKOVOU ZÁVISLOSŤOU

JÁN JURISTY
NATAŠA BUJDOVÁ
VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNÍCTVA
A SOCIÁLNEJ PRÁCE SV. ALŽBETY



ABSTRAKT

Použitie štatistických metód v oblasti sociálnej práce je už dnes samozrejmosťou. Metóda chí-kvadrát je často využívaná v podmienkach výskumu terénnej sociálnej práce. Je vhodným a pomerne rýchlym testom na zistenie štatistickej signifikatnosti, resp. významnosti. Pre svoju pomernú jednoduchosť je vhodná aj pre použitie v akademických podmienkach vysokoškolských študentov humanitného zamerania. Výsledkom riešenia je zistenie závislosti, alebo nezávislosti medzi dvomi štatistickými znakmi. Následne, ak je konštatovaná závislosť, jej mieru môžeme vyjadriť pomocou ďalších pravidiel, napr. podľa Cramerovho pravidla. Tým získame základnú predstavu o povahe vzťahu týchto dvoch pozorovaných štatistických znakov.

KLÍČOVÁ SLOVA:

chí-kvadrát, student, test

ÚVOD

Uroveň matematického vzdelania je na každom type strednej školy iná. Je to spôsobené aj nedávnou úpravou, znížením týždennej dotácie hodín matematiky na stredných školách. Takmer všetci naši terénni humanitní pracovníci disponujú len bežným stredoškolsým stupňom matematického vzdelania. Našou snahou je na modelovom príklade ukázať možnosti spracovania údajov nielen terénnym humanitným pracovníkom ale aj študentom sociálnej práce, či iných humanitných odborov.

MODELOVÝ PRÍKLAD

Modelový príklad je zameraný na výskum nelátkových závislostí, a to či vek a pohlavie majú štatistickú významnosť/nevýznamnosť.

Terénny pracovník s odboru sociálnej práce, v zdravotníckych zariadeniach, pre liečbu nelátkových závislostí na Slovensku, prevádzal výskum pomocou anonymných dotazníkov. Medzi konkrétnymi otázkami boli aj zaradené otázky týkajúce sa nelátkových závislostí. Jedna z nich znela: **V akom veku u Vás nastala Vaša nelátková závislosť?** Testovalo sa na hladine významnosti $\alpha = 0,05$. Pomocou tohto testu zistíte štatistickú významnosť, resp. bezvýznamnosť medzi vekom a pohlavím.

Tab. č. 1

Vek (roky)	V akom veku u Vás nastala Vaša nelátková závislosť?		
	muži	ženy	
pod 15	17	3	20
15-18	29	21	50
19-22	52	36	88
23-26	41	25	66
27-30	12	24	36
viac ako 30	4	8	12
$n_{.k}$	155	117	272

V tomto príklade pozorovanými znakmi budú dva nominálne štatistické znaky X a Y . Znak Y označuje vekovú kategóriu začatia nelátkovej závislosti a znak X , ktorý označuje pohlavie.

V zmysle teórie testu χ^2 [4; str. 119] nám vznikne kontingenčná tabuľka tab. č.1 a testovať budeme nulovú hypotézu H_0 v tvare:

Riešenie:

Testovať budeme nulovú hypotézu H_0 v tvare:

H_0 : Veková kategória začiatku nelátkovej závislosti je nezávislá od pohlavia.

Vypočítame teoretické početnosti:

$$\frac{n_1 \cdot n_{.1}}{n} = \frac{20 \cdot 155}{272} = 11,4; \quad \frac{n_1 \cdot n_{.2}}{n} = \frac{20 \cdot 177}{272} = 13,01;$$

$$\frac{n_2 \cdot n_{.1}}{n} = \frac{50 \cdot 155}{272} = 28,5; \quad \frac{n_2 \cdot n_{.2}}{n} = \frac{50 \cdot 177}{272} = 21,5;$$

$$\frac{n_3 \cdot n_{.1}}{n} = \frac{88 \cdot 155}{272} = 50,15; \quad \frac{n_3 \cdot n_{.2}}{n} = \frac{88 \cdot 177}{272} = 37,85;$$

$$\frac{n_4 \cdot n_{.1}}{n} = \frac{66 \cdot 155}{272} = 37,61; \quad \frac{n_4 \cdot n_{.2}}{n} = \frac{66 \cdot 177}{272} = 28,39;$$

$$\frac{n_5 \cdot n_{.1}}{n} = \frac{36 \cdot 155}{272} = 20,51; \quad \frac{n_5 \cdot n_{.2}}{n} = \frac{36 \cdot 177}{272} = 15,49;$$

$$\frac{n_6 \cdot n_{.1}}{n} = \frac{12 \cdot 155}{272} = 6,84; \quad \frac{n_6 \cdot n_{.2}}{n} = \frac{12 \cdot 177}{272} = 5,16;$$

Je zrejmé, že všetky teoretické početnosti prevyšujú číslo 5. To znamená, že podmienky na dobrú aproximáciu sú splnené. Dosadíme do vzorca pre testovaciu štatistiku:

$$\begin{aligned}\chi^2 = & \frac{(17-11,4)^2}{11,4} + \frac{(3-13,01)^2}{13,01} + \frac{(29-28,5)^2}{28,5} + \frac{(21-21,5)^2}{21,5} + \frac{(52-50,15)^2}{50,15} + \\ & + \frac{(36-37,85)^2}{37,85} + \frac{(41-37,61)^2}{37,61} + \frac{(25-28,39)^2}{28,39} + \frac{(12-20,51)^2}{20,51} + \frac{(24-15,49)^2}{15,49} + \\ & + \frac{(4-6,84)^2}{6,84} + \frac{(8-5,16)^2}{5,16} = 22,2906 \doteq \underline{\underline{22,3}}.\end{aligned}$$

Kritickým oborom je množina $W_\alpha = (\chi_\alpha^2((r-1) \cdot (s-1)); \infty)$, kde $\chi_\alpha^2((r-1) \cdot (s-1))$ je kritická hodnota. Ak $\chi^2 \in W_\alpha$, tak hypotézu H_0 zamietame. V našom prípade je podľa štatistickej tabuľky $[6; \text{str. 70}] \chi_{0,05}((6-1) \cdot (2-1)) \Rightarrow \chi_{0,05}^2(5 \cdot 1), \chi_{0,05}^2(5) = 11,070$.

Pretože pre naše vyrátané $W_\alpha = (11,070; \infty)$; $\chi^2 \in W_\alpha$; $[22,3 \in (11,070; \infty)]$, t.j. je prvkom intervalu $(11,070; \infty)$, hypotézu H_0 **zamietame**. Potvrdil to aj PC-CHTEST z Excelu, kde sme dosadili naše hodnoty a získali sme výsledok $0,000461 < 0,05 (= \alpha)$ vtedy H_0 zamietame. (pozri $[3; \text{str. 156}]$)

Záver: Veková kategória začiatku látkovej závislosti je **závislá** od pohlavia.

b., Výpočet stupňa závislosti pomocou Cramerovho koeficientu:

$$V = \sqrt{\frac{\chi^2}{n \cdot (m-1)}} = \sqrt{\frac{22,3}{272 \cdot (2-1)}} \doteq 0,29$$

„ medzi 0 až 0,1 ... zanedbateľná závislosť; medzi 0,1 až 0,3 ... slabá závislosť;
 medzi 0,3 až 0,7 ... stredná závislosť; medzi 0,7 až 1 ... silná závislosť “ $[1; \text{str. 214}]$

VÝSLEDKY

Z výpočtu Cramerovho koeficientu: Konštatujeme slabú závislosť medzi sledovanými štatistickými znakmi.

ZÁVER

V dnešnej dobe, dobe všemožných výskumov (politických, reklamných, odborných, sociologických ..., a aj z odboru sociálnej práce) je už dnes často považované vedieť spracovať hromadné údaje. Na jednoduchom modelovom príklade sme sa snažili čitateľa uviesť do problematiky štatistického spracovania dát.

χ^2 - TEST FOR PIVOT TABLE 6x2 AND ITS USE IN SOCIAL WORK WITH CLIENTS WITH NON – SUBSTANCE ADDICTIONS



ABSTRACT

The use of statistical methods in social work is already commonplace. The method chí-kvadrát is often used in terms of social work field research. It is a good and relatively rapid test to detect statistical significance. For its simplicity it is also suitable for use in academic conditions of university students in humanities. The result of the detection of dependence or independence between two statistical codes. Consequently, if it is stated dependence, the rate can be expressed by other rules, for example, according to Cramer's rules. By that, we gain a fundamental understanding of the nature of the relationship of these two statistical observed features.

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

Ing. Ján Juristy, PhD.
Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej
práce sv. Alžbety
Katedra sociálnej práce
Palackého 1
811 02 Bratislava
Slovenská republika

PhDr. Nataša Bujdová, PhD.
Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej
práce sv. Alžbety
Katedra sociálnej práce
Palackého 1
811 02 Bratislava
Slovenská republika
E- mail: natasabujdovamail.com

KEYWORDS:

chí-kvadrát, student, test

PACIENT S DIAGNÓZOU PORUCHA OSOBNOSTI V NEPSYCHIATRICKÉ PÉČI

IRENA KOMENDOVÁ
NEMOCNICE HAVLÍČKŮV BROD,
P. O.
MASARYKOVA UNIVERZITA
V BRNĚ



ABSTRAKT

Téměř 10 % populace trpí nějakou formou poruchy osobnosti (PO). S PO se pojí jak psychické tak somatické potíže, přičemž péče o tyto pacientky je náročná nejen finančně, ale i psychicky pro všechny zúčastněné. Porucha osobnosti není nemoc v pravém slova smyslu a její léčba je svízelná, přičemž psychofarmakologická léčba může zlepšit doprovodnou symptomatologii, avšak nedokáže vyřešit osobnostní deficit. Psychoterapie pak může pacientovi pomoci dozrát v některých aspektech jeho osobnosti, ale úplné vyléčení poruchy osobnosti je nemožné. Přesto se tito pacienti setkávají s nepochopením. Lepšímu porozumění této diagnózy na straně zdravotníků somatických oborů medicíny může napomoci lepšímu pochopení pacientů s PO, vyhnout se jeho stigmatizaci a docílit lepší spolupráce.

KLÍČOVÁ SLOVA:

porucha osobnosti, zdravotní péče,
komunikace

Poruchy osobnosti jsou relativně častou diagnózou v běžné populaci. Četnost výskytu poruch osobnosti se liší u jednotlivých druhů poruch osobnost a celková prevalence je udávána v české literatuře mezi 6-9 % ⁽¹⁾, přičemž zahraniční zdroje udávají prevalenci asi 10 % ^(2; 3). Lidé s touto diagnózou nevyhledávají jen péči psychologicko-psychiatrickou, ale jsou poměrně velkou zátěží i pro všeobecnou lékařskou praxi. Často se dožadují léčby svých rozmanitých potíží a zároveň odmítají léčebná doporučení.

Porucha osobnosti (PO; dříve psychopatie) se vyznačuje zřetelně odlišným chováním od norem kultury. Tyto odchylky se vyskytují v oblasti citění a myšlení, což hluboce narušuje vytváření vztahů s druhými lidmi. Tyto vzorce chování jsou stabilní, přičemž se často pojí s různě vyjádřenými emočními problémy, problémy v oblasti sociální adaptace a i v pracovní oblasti. Pacientovi často chybí náhled a jako zdroj svých potíží považuje okolí. Psychologickou péči tak často vyhledávají spíše partneři a jiní blízcí pacientů. Jedinec s poruchou osobnosti disponuje limitovaným repertoárem reakcí na zátěžové momenty v jeho životě a jeho zvládací mechanismy často udržují jeho potíže. Lékaři a ostatní zdravotníci vnímají pacienty s poruchou osobnosti jako „obtížné a náročné“. Komorbidita psychických poruch je značná – nejčastěji se setkáváme s depresiemi a úzkostmi. Rozvoj komorbidních psychických poruch má souvislost s jedním výrazným znakem PO – problém s identitou. U jedince se stabilní identitou se také může rozvinout

depresivní reakce na nepříznivou životní událost, ale s určitou pomocí se dokáže „odrazit ode dna“ a pokračovat dále ve svém životě. Na druhou stranu jedinec s nestabilní identitou zažívá chronické pocity nejistoty, prázdnoty a jeho kapacita na zvládání i běžné zátěže je limitovaná. Porucha osobnosti tedy jistým způsobem brání uzdravení se z jiných psychických poruch ⁽⁴⁾, zvyšuje riziko sebevraždy ⁽⁵⁾, a dále je spojována se závislostí na psychoaktivních látkách, impulzivitou a násilím ^(6, 7). Není tedy překvapením, že pacienti s PO často vyhledávají zdravotní, ale i sociální péči. Roli hraje i subjektivní podprůměrné hodnocení vlastního zdravotního stavu ⁽⁸⁾.

Etiologie poruch osobnosti představuje kombinaci biologických determinant (genetické vlivy, perinatální poškození, záněty mozku apod.) a vlivy prostředí (rodinné, sociální, kulturní, psychotraumata apod.) ⁽⁹⁾. Jedinec s touto diagnózou bývá často „poškozen“ dvakrát – dědičností a výchovným vlivem rodiče s touto poruchou. Stejně tak pouhá dispozice k poruše může být rozvinuta psychosociálními vlivy, jako je neúplná rodina, extrémní výchova (nadměrné rozmazlování, přílišná přísnost), vrstevnické party atd.

Typickým znakem poruchy osobnosti je nevyrovnaný vývoj osobnosti, přičemž hovoříme o tzv. infantilismech a prekocizmech. Tedy některé aspekty osobnosti se rozvinou nedostatečně a jiné nadměrně. Každý typ poruchy osobnosti má svůj typický rejstřík jádrových

přesvědčení o sobě a druhých ⁽⁹⁾. Tato jádrová přesvědčení jsou zabudována ve struktuře mysli (kognitivní schémata) a jedinec zpracovává informace na základě toho, zda souhlasí s jeho přesvědčením, vybírá pouze ty informace, které jeho jádrové přesvědčení potvrzují, a znehodnocuje, ignoruje nebo podceňuje ty informace, které svědčí o opaku ⁽⁹⁾.

V klinické praxi se setkáváme s určitým překrýváním se jednotlivých kategorií PO – mnoho pacientů splňuje kritéria pro více jak jednu PO, ale zároveň je nepravděpodobné, že trpí několika poruchami osobnosti ⁽¹¹⁾. Je nutné si uvědomit, že poruchy osobnosti nejsou nemoci, ale jen extrémně vystupňované povahové a charakterové rysy, které vedou k poruchám sociální adaptace ⁽¹²⁾. Proto nemůžeme od léčby psychiatrické či psychologické očekávat vyléčení. Psychofarmakologická léčba může zmírnit projevy komorbidních psychických poruch. Psychoterapie naproti tomu může pomoci dozrát některým aspektům osobnosti. Úplné vyléčení není možné.

V našem článku se budeme držet dělení poruch osobnosti dle MKN-10, nicméně rozdělení dle DSM-IV je nápomocné v rychlé orientaci poruch osobnosti, a proto jej zkráceně uvedeme:

1. Podivínské, excentrické osobnosti: paranoidní, schizoidní, schizotypní.
2. Dramatické, emocionální a nestálé osobnosti: antisociální (tj. disociální v MKN-10), hraniční, histriónské a narcistické.
3. Úzkostné, bázlivé osobnosti: vyhýbavé,

závislé a obsedantně-kompulzivní (tj. anankastická v MKN-10).

PARANOIDNÍ PORUCHA OSOBNOSTI

Prevalence v celkové populaci je kolem 0,5 – 2,5 % ⁽¹⁾. Jádrové přesvědčení: Jsem zranitelný a svět je nebezpečné místo, musím být opatrný. Nadměrně rozvinutými strategiemi je ostražitost, nedůvěřivost a podezřavost. Nedostatečně rozvinutými strategiemi jsou důvěra, smysl pro humor. Raný vývoj takového jedince byl pravděpodobně narušen pocitem, že nemůže ovlivnit své okolí, které bylo nevypočitatelné, rozmarňné a věčně nespokojené. Dítě je stále ve střehu, aby zachytilo i ten nejmenší náznak toho, co se bude dít dál. Např. nevypočitatelné chování závislého rodiče, nejasný postoj rodiče k tomu, co od dítěte vyžaduje. Vliv má ale i učení: rodina, která vnímá svět jako ohrožující a nehodný důvěry, přenáší tyto pocity na děti. Lidé s paranoidní poruchou osobnosti často promítají svoji podezřívavost na druhé jako zlost.

Mezi diagnostická kritéria patří např. nadměrná citlivost k odstrkování a odbývání; podezřavost a sklon k překrucování; bojovný smysl pro osobní práva; vztahovačnost; hledání skrytých významů ⁽¹⁾.

U pacienta s touto poruchou se může snadno rozvinout podezřavost, všechna nejasná sdělení tuto podezřavost jen posilují. Proto je dobré být v kontaktu s takovým pacientem předvídatelný, otevřený, jednoznačný, vyhýbáme se

humoru. Tito pacienti jsou velmi citliví na dění kolem sebe a na chování personálu. Může na sebe vztahovat cokoli, co se kolem něj děje, což ho zúskostní, bude se cítit ohrožený a vzniká riziko agresivního chování. Nikoli proto, že je pacient agresivní sám o sobě, ale protože neví jak se bránit a cítí se ohrožen. Takovému pacientovi někdy bude potřeba několikrát zopakovat postup léčby, procedur, které se k ní pojí, co se s ním bude dít, podrobnosti o lécích apod. Každá změna či odchylka od toho, co jsme mu sdělili, je pro něj ohrožením. V případě dlouhého čekání na ošetření, nutnosti dát přednost jinému pacientovi, je vhodné pacienta po určitých časových intervalech obeznamovat o tom, co se děje a nenechat si ho nic „domýšlet“. Zcela jistě bude pacient klidnější, když s ním bude jednat vždy stejný lékař, sestra, ošetřovatel atd. Je nutné počítat s chladnějším přístupem pacienta a menší ochotou se společensky zapojovat, např. do běžného hovoru.

SCHIZOIDNÍ PORUCHA OSOBNOSTI

Prevalence asi 0,8-4,9 % ⁽³⁾, přičemž porucha se častěji vyskytuje mezi příslušníky rodin pacientů se schizofrenií a je častější u mužů než u žen ⁽¹⁾. Jádrové přesvědčení: Jsem zranitelný a druzí jsou zlí. Rozvinout strategií je autonomie a naopak nedostatečně rozvinutá je vzájemnost a intimita. Rodinné prostředí takových pacientů může být emočně chudé, ale i přehnaně stimulující ⁽¹²⁾. Zkušenost s blízkým vztahem je ohrožující, protože jedinec byl buď nadměrně zahrnut podněty a zažíval chaos, nebo v něm blízkost vyvolala stud. Projevit emoce pro něj znamená

nebezpečí příliš velké blízkosti. Proto emoce zažívá odosobněně, odděleně od vztahu s druhými. Stahuje se do vlastního světa, typické je denní snění. Má sklon devalvovat, ale i idealizovat.

Mezi diagnostická kritéria patří: emoční chlad a oploštělá emotivita; lhostejnost ke chvále i kritice; malý zájem o sex; obliba samotářských činností; nadměrná pozornost věnovaná fantazii; nedostatek blízkých přátel; necitlivost ke společenským normám a konvencím ⁽¹⁾.

I zde nečekejme od pacienta zapojování se běžné komunikace, např. jen tak si s ním popovídat o počasí, když mu převlékáme postel či zavádíme kanylu. Jeho odstup tolerujeme. Potřeba motivovat pacienta pochvalami se zde také mine účinkem. Pro takového pacienta je vůbec lidský kontakt náročný a tak může být problém chtít po pacientovi časté ambulantní kontroly např. v souvislosti s nějakým chronickým onemocněním. Je vhodné klást větší důraz na vysvětlení, proč je nutné opouštět jeho bezpečný prostor domova za účelem kontrol, než jak jsme tomu zvyklí u drtivé většiny pacientů. Taktéž hodnotit pacienta na základě toho kolik má smysluplných vztahů je nevhodné. To, co je pro většinu lidí důležité – dostatek přátel a jejich fyzická přítomnost v našich životech, pevná rodinná pouta – je pro schizoida nesrozumitelné.

DISOCIÁLNÍ PORUCHA OSOBNOSTI

Prevalence poruchy je v rozmezí 0,2 – 9,4 % v celkové populaci ⁽¹⁾. Jádrové přesvědčení: Musím být silnější

a chytřejší než ostatní, jinak jsem zranitelný. Rozvinutými strategiemi jsou bojovnost, expanzivita a využívání druhých. Nedostatečně rozvinutá je empatie, sociální citlivost, schopnost zakoušet vinu a odložit uspokojení. Prostředí, ve kterém dítě vyrůstá, je neempatické, násilné a zneužívající ⁽¹³⁾. Dítě není schopno vytvořit si vlastní svědomí a systém sociálních hodnot, a tak směřuje pouze k primitivnímu uspokojování svých potřeb. Navazuje jen povrchní vztahy, hodnotu má pro něj síla a emoce znamenají slabost. Disociální osobnost nemá potřebu vzájemnosti ve vztahu, druhé hodnotí jen podle užítku. Dále se u těchto jedinců setkáváme s primitivní závistí a devalvací.

Typickými diagnostickými vodítky jsou lhostejnost ke společenským pravidlům a závazkům; nedostatek citu a chladný zájem o ostatní ⁽¹⁾. Kapacita pro zvládání zátěže je dosti malá, a tak snadno dochází k agresivním explozím. Je důležité si uvědomit, že ne všichni zločinci mají tuto poruchu a ne všichni lidé s touto poruchou páchají trestné činy ⁽⁹⁾.

U pacienta s touto diagnózou musíme počítat se sklonem k manipulaci, provokaci a využívání. Pacient často nedůvěřuje radám a doporučením zdravotníků, což souvisí se špatnou zkušeností s autoritami už v dětství. U těchto pacientů se často můžeme setkat s předstíráním příznaků onemocnění za účelem získání léků pro svůj abúzus (závislost je u této diagnózy častá) ⁽⁹⁾. Je vhodné se vyhnout moralizování, stavění se do pozice autority či kontrolora – takto snadno dojde k dosti nepříjemnému střetu s pacientem. Vhodné je vytvořit

vztah jasně ohraničený – od dodržování času návštěv a ambulanci po základní režim na lůžkovém oddělení, až po jasně stanovené hranice chování pacienta – co jsme schopni tolerovat a co už nikoli.

EMOČNĚ NESTABILNÍ PORUCHA OSOBNOSTI

Prevalence se udává v rozmezí 0,7 – 3,9 % ⁽²⁾, přičemž je častější u žen ⁽¹⁾. MKN 10 rozděluje tuto diagnózu na hraniční typ osobnosti a impulzivní typ; DSM-IV užívá pouze diagnózu hraniční porucha osobnosti.

Jádrové přesvědčení: Jsem špatný a zranitelný, lidé mě opustí. Rozvinutými strategiemi jsou upoutání pozornosti, testování okolí a manipulace. Nedostatečně rozvinuté je zvládání emocí, tolerance samoty a vzájemnost. K narušení vývoje dochází ve chvíli, kdy dítě opouští symbiózu s matkou a vytváří si vědomí vlastní individuality ⁽¹³⁾. Pokud matka nedokáže na dítě adekvátně reagovat (příliš odmítavá nebo hyperprotektivní), identita dítěte se neohraničí a ztrácí pojem své existence. Často se také jedná o oběti sexuálního zneužívání a týrání v dětství. Takový jedinec je nestabilní jak ve vnímání sama sebe tak ve schopnosti udržet si stabilní vztahy. Realitu vnímá „černobíle“, hovoříme o tzv. štěpení (splitting). Dochází tak buď k idealizaci druhých či naprosté devalvací, přičemž není nic mezi tím.

Tito pacienti jsou často zlostní a dožadují se „svých práv“. Výjimkou nejsou časté telefonáty lékaři – pacient nezná své „hranice“. Štěpení se projeví tak, že buď

zdravotníka adorují, nadměrně k němu přilnou a záhy ho devalvují, přičemž důvod devalvace někdy není vůbec zřejmý. Může se jednat jen o gesto, nevinnou poznámku, kterou proneseme. Tito pacienti často produkují nejrůznější psychosomatické stesky, někdy se mohou tyto stesky jevit jako manipulativní za účelem získání pozornosti adorovaného zdravotníka a vyvolání jeho zvýšeného zájmu o pacienta. Tito pacienti často „testují“ druhé a vystavují je nepříjemným situacím. Důležité je „držet si vlastní hranice“, nenechat se strhnout pacientem a stále mu dávat najevo, co tolerujete a co už nikoli.

HISTRIÓNSKÁ PORUCHA OSOBNOSTI

Odhady výskytu poruchy v populaci jsou široké – 6 až 45 % ^(1, 9). Tradiuje se sice vyšší výskyt u žen, avšak u mužů je diagnostika podhodnocena. Jádrové přesvědčení: Sám o sobě jsem méně než druzí, pokud je zaujmu, budou mne milovat. Rozvinutými strategiemi je předvádění se, dramatizace; nedostatečně rozvinuté jsou vzájemnost, kontrola, stabilita ⁽¹³⁾. Rozvoj této poruchy se předpokládá v tzv. oidipovském období (4-5 let), kdy dítě získává identitu chlapce či dívky. K narušení dochází u chlapců v případě zesměšňování jejich mužských výkonů. U dívek narušení dochází, pokud se nemohou identifikovat se svou nedostatečně ženskou matkou. Sexuální role pak není internalizována a je pouze povrchní – ženy působí vyzývavě a muži předvádějí své „chlapáctví“ ⁽¹³⁾.

Typickými diagnostickými znaky jsou

teatrálnost; zvýšená sugestibilita; labilní a mělká emotivita; potřeba být středem pozornosti; koketerie a nadměrná pozornost věnovaná vlastní fyzické přitažlivosti ⁽¹⁾.

U těchto pacientů se často setkáváme se somatizací, s disociačními poruchami, ale i poruchami nálady a sexuálními poruchami. Histriónská osobnost vyhledává stále pozornost a ztráta pozornosti u ní vyvolává nepříjemné pocity. Často se můžeme setkat s nevhodným sexuálním sváděním, což se projevuje i v oblékání, líčení a chování. Tito pacienti si idealizují zdravotníky do rolí záchránců. U žen je to v podobě závislého chování a koketování za cílem posílení pocitu vlastní důležitosti, u mužů se spíše setkáváme s přehnanou maskulinitou, za kterou schovávají pocit vlastní slabosti. V kontaktu s takovým pacientem nebudme překvapeni značnou plytkostí emocí a jejich proměnlivostí, zvýšenou produkcí a proměnlivostí somatických stesků, „vyráběním“ nejrůznějších vedlejších účinků léčby – to vše pacient produkuje za účelem zajištění si pozornosti, nikoli však vědomě!

ANANKASTICKÁ PORUCHA OSOBNOSTI

Pravalence se udává od 0,9 do 2,4 % ⁽³⁾, přičemž častější je tato porucha u mužů. Jádrové přesvědčení: Když nebudu vše kontrolovat, skončí to katastrofou; na druhé nelze spoléhat. Rozvinutými strategiemi jsou kontrola a odpovědnost, nedostatečně rozvinuté jsou spontánnost, flexibilita, delegace zodpovědnosti a tolerance. Za rozvojem

této poruchy může stát nadměrný tlak na socializaci v dětství. Rodiče vyžadují dodržování pravidel, i když na to dítě ještě není zralé (typickým příkladem je příliš časný nácvik na nočník). Neustálá kontrola a hodnocení vede k nadměrnému vývoji superega (svědomí). Jakmile jedinec selže v něčem, co je mimo jeho kontrolu, cítí značnou nejistotu, ale i zlost. Takoví jedinci oddělují emoce od kognice.

Diagnostickými znaky jsou přehnané pochyby a opatrnost; přehnané zaměření se na detaily, seznamy, pořádek apod.; perfekcionismus; pedantství; rigidita; nerozumné vyžadování dodržování určitých pravidel od druhých ⁽¹⁾.

Takový pacient může mít značné problémy podřídit se autoritě zdravotníka. Dokáže se do detailu věnovat svým potížím a očekává, že si tyto podrobnosti bude zdravotník pamatovat. Tito pacienti budou s obtížemi tolerovat žviřálnost a zlehčování. Bývá to disciplinovaný pacient, avšak tvrdohlavý, chce vše kontrolovat a může odmítat doporučení zdravotníka.

ZÁVISLÁ PORUCHA OSOBNOSTI

Prevalence této poruchy se udává v zahraniční literatuře od 0,1 – 1,5 % ^(2,3) a je stejně běžná u mužů i u žen, přičemž roli často hraje chronické tělesné onemocnění či separační úzkostná porucha v dětství ⁽¹⁾. Z toho i logicky plyne jádrové přesvědčení: Jsem bezmocný a druhí se o mne musejí postarat ⁽¹³⁾. Rozvinuté tedy budou strategie vyhledání pomoci a vazby a naopak nerozvinutá soběstačnost, rozhodnost a odpovědnost.

Závislé chování má v sobě i agresivní část v podobě vynucování si péče.

Diagnostickými kritérii jsou vybízení jiných lidí či dovolování jim přebírat za jedince zodpovědnost; podřizování svých vlastních potřeb druhým; neochota vznášet rozumné požadavky na osoby, na nichž je jedinec závislý; obavy, zda bude schopen se o sebe postarat; stálá obava, že bude opuštěn; omezená schopnost dělat běžná rozhodnutí ⁽¹⁾.

Tito pacienti často velmi dobře spolupracují při léčbě. Snaží se zavděčit se pochvalami směrem ke zdravotníkům, touží po péči. Někdy mohou vyžadovat okamžitou pozornost svým potížím, které mohou vnímat jako jedinečné a mimořádné a pokud nedostanou okamžitou péči, může přijít reakce v podobě hněvu. Na zdravotníkovi jsou závislí a vidí v něm rodičovskou postavu. Zdravotník by se měl pak vyvarovat plnění této „role zachránce“, čímž by jen prohluboval pasivitu a závislost pacienta.

ÚZKOSTNÁ (VYHÝBAVÁ) PORUCHA OSOBNOSTI

Prevalence je od 0,8 – 5,2 % ⁽³⁾. Jádrové přesvědčení: Jsem nešikovný, nevyznám se a lidé mne odmítnou ⁽¹²⁾. Rozvinutými strategiemi jsou vyhýbání se agresivitě, citlivost vůči potřebám druhých a vstřícnost. Nedostatečně rozvinuté jsou tolerance ke kritice, asertivita, sebedůvěra a iniciativnost. Za kritické období vzniku této poruchy se považuje období druhého roku života, kdy dítě využívá svůj rozvoj motoriky a nově nabyté dovednosti

k poznávání světa, avšak narazí na své fyzické limity. Zde je potřeba pomoc rodiče, a pokud je rodič úzkostný a neposkytne dítěti dostatečnou oporu, může se u dítěte objevit přesvědčení, že bude přijato, jen pokud bude naprosto bezproblémové. Takový jedinec často přijímá hodnocení a postoje od druhých bez toho, aby se s nimi skutečně identifikoval.

Pacienti s touto poruchou budou „testovat“ zdravotníka – jeho schopnost morálně nehodnotit pacienta, neodsuzovat, nekritizovat ⁽⁹⁾. Toto „testování“ bude probíhat spíše na počátku péče (např. při pravidelné péči v ambulanci) a postupně si pacient vytvoří pocit důvěry, která ale může být až přehnaná a pacient se snadno stává na zdravotníkovi závislým. Neustále od něj vyžaduje důležitá rozhodnutí týkající se jeho léčby, protože sám sobě nevěří. Zdravotníka pak může pacient zbožňovat a adorat jeho kvality. Pacienta se tak pokoušíme postupně povzbuzovat k dělení vlastních rozhodnutí, upozorňujeme ho na fakt, že má vlastní hodnotu a je důležité, aby si dokázal říci, co a jak potřebuje.

Oproti závislé PO dokáží pacienti s úzkostnou PO tolerovat samotu a potřeby ostatních, dokáží si vytvořit a udržet vztah, na který nejsou tolik odkázáni ⁽¹⁴⁾.

NARCISTICKÁ PORUCHA OSOBNOSTI

Prevalence se udává v rozmezí 0,03 – 2,7 % ⁽²⁾. Jádrové přesvědčení osciluje mezi: Jsem méně než druzí a nikdo si mě neváží a Jsem lepší než druzí a zasloužím si zvláštní obdiv ⁽¹²⁾. V raném věku byl

jedinec s touto poruchou poznamenán opakovaným a intenzivním zraňováním svého sebevědomí, což vedlo k poruše sebevědomí v dospělosti a dochází k tomu, že střídavě nadhodnocuje a podhodnocuje druhé ⁽⁹⁾.

Základními diagnostickými vodítky jsou velká představa o vlastní důležitosti a přeceňování svých úspěchů; zaujetí fantaziemi o absolutním úspěchu, vlastní skvělosti, kráse; víra, že je jedinečný a že může být pochopen jen jiným zvláštním či vysoce postaveným člověkem či institucí; potřeba nekonečného obdivu; představa o zvláštní privilegovanosti; využívání mezilidských vztahů ve svůj prospěch; chybění empatie; závist či víra v to, že druzí závidí jemu; arogance ⁽¹⁾.

Takový pacient vyhledá jen takového odborníka, který „je někdo“. Je jedinečný a proto může být v péči pouze jiného jedinečného člověka. Tito pacienti často přicházejí k odborníkovi se slovy, že je jediný, kdo mu může pomoci, protože je jedinečný a nejlepší. Často neoprávněně očekává velmi slibný způsob léčby a splnění svých očekávání a představ. Zdravotníka tak může idealizovat, ale i devalvovat, např. po té, co pocítí kritiku a nikoli jen bezmezný obdiv. Spolupráci tak rychle ukončí a vyhledá jiného odborníka, kde se celý proces opakuje.

PASIVNĚ-AGRESIVNÍ PORUCHA OSOBNOSTI

Prevalence je uváděna okolo 1,7 % ⁽²⁾. Jádrovým přesvědčením je: Jsem soběstačný, kontrola druhých mě

zraňuje ⁽¹³⁾. Takový jedinec je autonomní, pasivní a vzdorovitý, nedokáže být asertivní, špatně spolupracuje. Při rozvoji této poruchy předpokládáme vliv trestání tvrdohlavosti, prosazování se a agresivity u dětí ⁽¹⁾. To vede ke skrývání hněvu a jakési pseudozdvořilosti.

Typickým příkladem pasivní agrese je odpověď na jakýkoli návrh zdravotníka: „Ano, ale...“ Tito pacienti často nedodržují doporučení, neustále mají spoustu „rozumných“ důvodů proč to nejde. Takto se brání pocitu kontroly ze strany zdravotníka. Zdravotníka tak frustrují a vyvolávají u něj hněv, který sami cítí. Vhodné jsou menší kroky a menší cíle a přenášení zodpovědnosti na pacienta – např. ať sám navrhne, jak by mohl dodržet nějaké režimové opatření. Kontrolu tedy předáme jemu a pacient tak nebude mít potřebu bránit se pasivně-agresivním způsobem.

LITERATURA

- [1] Smolík, P. (2002). Duševní a behaviorální poruchy. (2., rozšířené vydání). Praha: Maxdorf.
- [2] Lenzenweger, M. F. (2008). Epidemiology of personality disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 31, pp. 395-403.
- [3] Samuels, J. (2011). Personality disorders: Epidemiology and public health issues. *International Review of Psychiatry*, 23, pp. 223-233.
- [4] Newton-Howes, G., Tyrer, P., Johnson, T. (2006). Personality disorder and the outcome of depression: Meta-analysis of Publisher studies. *The British Journal of Psychiatry*, 188, pp. 13-20.
- [5] Blasco-Fontecilla, H., Baca-Garcia, E., Dervic, K, et al., (2009). Severity of personality disorders and suicide attempt. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 119, pp. 149-155.
- [6] Colpaert, K., Vanderplasschen, W., De Maeyer, J., et al. (2012). Prevalence and determinant of personality disorders in a clinical sample of alcohol-, drug-, and dual-dependent patients. *Substance Use and Misuse*, 47, pp. 649-661.
- [7] Yu, R., Geddes, J.R., Fazel, S. (2012). Personality disorders, violence, and antisocial behavior: A systematic review and meta-regression analysis. *Journal of Personality Disorders*, 26, pp. 775-792.
- [8] Folk, M., Hotopf, M., Stewart, R., Hatch, S., Hayes, R., Moran, P. (2014). Personality disorder and self-rated health: A population-based cross-sectional survey. *Journal of Personality Disorders*, 28, pp. 319-333.
- [9] Praško, J. a kol. (2009). Poruchy osobnosti. Praha: Portál.
- [10] Beck, A. T., Davis, D.D., Freeman, A. (Eds.). (2014). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: Guildford Press.
- [11] Kealy, D., Steinberg, P.I., Ogrodniczuk, J.S. (2014). "Difficult" patient? Or does he have a personality disorder? *The Journal of Family Practice*, 63, pp. 697-703.
- [12] Balon, R. (2002). Poruchy osobnosti. In Höschl, C., Libiger, J., Švestka, J. (Eds.), *Psychiatrie* (pp. 527-544). Praha: Tigris.
- [13] Faldyna, Z. (2005). Specifické poruchy osobnosti. Část I. Diagnostika. *Psychiatrie pro praxi*, 1, pp. 48-51.
- [14] Faldyna, Z. (2005). Specifické poruchy osobnosti. Část II. Diferenciální diagnostika a terapie. *Psychiatrie pro praxi*, 2, pp. 96-99.

PATIENT WITH PERSONALITY DISORDER IN NON- PSYCHIATRIC HEALTH CARE



KONTAKTNÍ ÚDAJE:

PhDr. Irena Komendová, Ph.D.
Nemocnice Havlíčkův Brod, p. o.
Ambulance klinické psychologie
Husova 2624
580 22 Havlíčkův Brod
E-mail: irena.komendova@onhb.cz

Masarykova univerzita v Brně
Filozofická fakulta
Psychologický ústav
Arne Nováka 1
602 00 Brno
E-mail: 235636@mail.muni.cz

ABSTRACT

Nearly 10 % of population suffers from personality disorder (PD). PD is connected with both mental and physical health problems. Health care of PD is demanding not only financially, but also mentally for all involved. PD is not an illness as such and its treatment is difficult. Pharmacotherapy can help reduce accompanying symptomatology, but cannot address personal deficits. Psychotherapy can help to mature some aspects of the personality, but no treatment can result in remission of PD. Despite of that, patients still encounter lack of understanding for their condition. Better understanding of DP can help to a health worker in non-psychiatric health care to understand better a patient with PD and avoid stigmatization and reach for better cooperation.

KEYWORDS:

personality disorder, health care,
communication

HYPNÓZA A FANTOMOVÁ BOLEST

IRENA KOMENDOVÁ
NEMOCNICE HAVLÍČKŮV BROD,
P. O.
MASARYKOVA UNIVERZITA
V BRNĚ

ABSTRAKT

Fantomová bolest se vyskytuje nejen po chirurgickém či traumatickém odstranění končetiny, ale i jiných částí těla, při poranění páteře, odtržení brachiálního plexu a takéž u dětí s kongenitální aplazií končetiny. Rozvíjí se až u 85 % pacientů a zůstává stále matoucím fenoménem. Důležitou součástí péče o pacienta s fantomovou bolestí je i psychologická léčba, přičemž jako velmi účinná se jeví hypnoterapie. Tento článek se zaměřuje na možnosti hypnoterapie u pacientů s fantomovou bolestí končetiny, včetně přehledu dosud publikovaných studií na dané téma.

KLÍČOVÁ SLOVA:

fantomová bolest, hypnóza, přehled
výzkumu

Fantomová bolest (FB) po chirurgickém nebo traumatickém odstranění části těla se rozvíjí u 54-85 % pacientů (1, 2, 3, 4). Fantomové bolesti se nevyskytují jen po amputacích, ale také po odtržení brachiálního plexu (3, 5, 6), po poranění páteře a také u 20 % dětí s kongenitální aplazií končetiny (7). Fantomová bolest se nejčastěji týká amputované končetiny, ale může se objevit i po odstranění jiných částí těla, např. po amputaci prsu, jazyka apod. V tomto článku se zaměříme na řešení fantomové bolesti končetin pomocí hypnózy.

Syndrom fantomové bolesti končetiny zahrnuje nejen bolest, přičemž rozlišujeme (1):

- fantomovou bolest – bolestivé pocity vztahující se k chybějící končetině;
- fantomové senzace – jakékoli pocity v chybějící končetině kromě bolesti
- bolest pahýlu – bolest lokalizovaná do pahýlu končetiny.

ETIOLOGIE FANTOMOVÉ BOLESTI

Ačkoli dosud nebyl nalezen přesný mechanismus vzniku fenoménu fantomové končetiny, v literatuře se setkáme se třemi hlavními teoriemi mechanismu vzniku fantomové bolesti: psychologické mechanismy, periferní mechanismy a centrální mechanismy.

FB je v tomto případě vysvětlována buď jako manifestace nějakého emočního problému nebo vznikající na základě určité struktury osobnosti pacienta. Dřívější studie ukázala, že pacienti s přetrvávající fantomovou bolestí vykazují znaky rigidity a zvýšené potřeby závislosti (8). Tato teorie byla i přes nedostatek empirických důkazů přijata. Novější výzkumy ale ukazují, že osobnostní faktory nehrají tak významnou roli. Za určitých okolností ale mohou psychologické faktory jako deprese, úzkost, vyčerpanost a nespavost spustit nebo zhoršit FB u jinak psychicky zdravých osobností (9, 10, 11). Ztráta končetiny je hlubokým zásahem do integrity pacienta a není tedy překvapující, že 20 – 60 % pacientů po amputaci vykazuje známky klinicky významné deprese (12, 13). Pacienti s nedostatečnými zvládacími strategiemi a obávají se vždy nejhoršího při setkání s bolestí, jsou více ovlivněni bolestí a považují ji za více obtěžující než pacienti s dobrými zvládacími strategiemi (14).

PERIFERNÍ MECHANIZMY

Teorie zaměřující se na periferní faktory předpokládá, že fantomová bolest se objevuje v souvislosti s nadměrnými výboji v zadních rozích míšních způsobených ztrátou aferentních vstupů z amputované končetiny (15). Na konci přeríznutého nebo poškozeného nervového vlákna vzniknou neuromy, které produkují spontánní a abnormální aktivitu. Ta může být potenciálním zdrojem bolesti pahýlu a FB. Nicméně tato teorie nevysvětluje mechanismus FB u pacientů s vrozenou aplazií končetiny (15).

CENTRÁLNÍ MECHANIZMY

B yly popsány tři centrální mechanismy: teorie kortikální reorganizace, teorie senzitivace míchy a neuromatrixová teorie⁽¹⁶⁾.

Kortikální reorganizace je proces, ve kterém jsou somatosenzorické a motorické funkce kortikální oblasti reprezentující amputovanou končetinu převzaty sousedícími kortikálními oblastmi^(15, 17).

Senzitivace míchy se objevuje po poranění periferních nervů. Dochází ke zvýšené neuronové aktivitě, rozšíření neuronového receptivního pole a nadměrné dráždivosti spinálních neuronů. Tento proces se nazývá centrální senzitivace⁽¹⁶⁾.

Poslední teorií v této oblasti je teorie neuromatrixová. Neuromatrixe je síť neuronů v několika oblastech mozku, včetně thalamu, somatosenzorické kůry, retikulární formace, limbického systému a posteriorního parietálního kortexu, které reagují na senzitivní vstupy a neustále produkují specifický vzorec impulsů – tzv. neurosignature – zaznamenávající, že tělo je neporušené⁽¹⁸⁾. Pokud ale dojde ke ztrátě různých informací přicházejících z končetin do neuromatrixe, rozvine se fantomová bolest^(18, 19). To ale nevysvětluje, proč někteří pacienti rozvinou FB a někteří nikoli.

PSYCHOLOGICKÁ LÉČBA FANTOMOVÉ BOLESTI

I když psychologické faktory nejsou primárním zdrojem vzniku FB, psychologická léčba může mít velký přínos

při řešení FB. Důležitá je příprava pacienta již před amputací a jeho seznámení s možností rozvoje fantomové bolesti. Hypnoterapie a kognitivně-behaviorální terapie jsou pak nejčastějšími postupy při řešení zvládání FB.

Hypnoterapie dokáže změnit vnímání bolesti tím, že působí na psychologické a emocionální komponenty, což nepřímo ovlivňuje fyziologickou odezvu. Hypnóza je bezpečný léčebný postup, který může snížit výdaje na léčbu chronické bolesti. Bezpečný za předpokladu, že je prováděn odborníkem. V našich podmínkách se jedná o psychology a lékaře, kteří úspěšně absolvovali akreditovaný výcvik v hypnoterapii (jejich seznam je možné nalézt na www.psycholog.coolnet.cz).

Hypnóza je změněný stav vědomí, v němž se pozornost hypnotizovaného plně soustředí na hypnotizéra a jeho sugesci. Schopnost ponořit se do hypnózy koreluje se sugestibilitou jedince. Ostatní charakteristiky a rysy a osobnosti nemají na hypnabilitu významný vliv, jako např. extraverte, introverze. Sugestibilita je schopnost přebírat tvrzení hypnotizéra bez kritického zvažování. Změněný stav vědomí je charakteristický zkresleným vnímáním a hodnocením skutečnosti. Nicméně stále zůstává aktivní část kontrolní funkce a dohlíží na to, co se děje – hypnotizovaný tedy nemůže udělat něco, co je proti jeho vůli a co si nepřeje. Asi 5 % dospělé populace není vůbec hypnabilní, a 15 % dospělé populace je schopno hluboké hypnózy. Z toho jen 2 % je velmi hluboce hypnabilních, např. mohou otevřít oči během hypnózy a halucinovat to, co jim hypnotizér sugeruje

⁽²⁰⁾. Celých 80 % populace je mírně až středně hypnabilních ⁽²⁰⁾. Hloubka hypnózy je stanovena na základě reakcí pacienta a jeho zpětné vazbě o tom, co v hypnóze zažíval a s jakou intenzitou. Používá se třístupňová klasifikace dle Forela ⁽²⁰⁾ a taktéž pětibodová diagnostická škála Orna a O'Connella ⁽²⁰⁾.

Vztah hloubky hypnózy a úspěšnosti léčby je sporný. Ze zkušeností víme, že míra schopnosti ponořit se do hypnózy není přímo úměrná úspěšnosti terapie. Roli hraje důvěra pacienta v metodu i hypnotizéra a aktivní přístup pacienta k řešení problému. Nicméně výzkumy ukázaly, že v oblasti řešení bolesti je výhodnější střední až vysoká hypnabilita pacienta ^(21, 22). Podle experimentálních studií koreluje možnost navození hypnotické analgezie s celkovou hypnabilitou 0,50 ⁽²⁰⁾.

Metaanalytické studie se zaměřením na účinnost hypnózy při řešení bolesti doložily, že hypnotické sugesce mohou působit jako efektivní analgetikum ^(21, 23). Přehled randomizovaných studií ukazuje na významný vliv hypnózy v případech akutní procedurální bolesti i chronické bolesti ⁽²²⁾. Mimo to existují i důkazy o změnách subjektivního vnímání bolesti při použití zobrazovacích metod, přičemž sugesce podávané při hypnóze vyvolávají změnu aktivace v mozkových oblastech vnímajících bolest ^(24, 25). Hypnoticky navozená analgesie je zprostředkována zvýšenou funkční konektivitou mezi střední částí gyrus cinguli a rozsáhlou kortiko-subkortikální sítí včetně mozkového kmene, thalamu, insuly, předního gyrus cinguli, premotorické korové oblasti a prefrontálního kortexu, což svědčí pro změnu

v integraci senzorických, emočních, kognitivních a behaviorálních aspektů zažívané bolesti ⁽²⁶⁾.

V hypnoterapii se při práci s fantomovou bolestí zachází s chybějící končetinou jako se skutečnou a používají se téměř stejné postupy jako při řešení bolesti existující končetiny. Mnoho pacientů s FB očekává zaměření léčby právě na chybějící končetinu a nikoli na pahýl ⁽²⁷⁾. Pacienti nejčastěji popisují bodání, mravenčení, píchání, pálení, svědění v chybějící končetině, přičemž tyto pocity jsou často právě ty, které pacient měl před samotnou amputací. Taktéž se setkáme s referováním o pocitech kroucení končetiny či prstů na končetině do nepřírozených poloh, pocit zmenšené končetiny. Výjimkou nejsou pacienti, kteří udávají počátek bolesti vždy v určitou hodinu během dne.

U studií zaměřených na hypnoterapii FB se setkáváme mnohdy s metodologickými problémy, jako je prezentace jednotlivých případů bez kontrolní skupiny. Taktéž hypnotické intervence se ve studiích různí a počet sezení variuje od jednoho do 64. Hypnotické intervence obsahují hypnotické imaginace, hypnotické sugesce zmenšování nebo pohybu fantomové končetiny, vizualizace a řízenou imaginaci. Jen některé studie jasně popisují hypnotické intervence a míru bolesti před a po hypnóze.

Studie lze rozdělit na dvě skupiny dle zaměření (1) ipsativní/imaginace a (2) pohyby/imaginace. Ipsativní znamená, že jsou zohledněny individuální rozdíly při užití hypnózy. Hypnoterapie je pak nastavena přímo na míru danému pacientovi. Pohyby/

imaginace se vztahuje k individuální imaginaci pohybu fantomové končetiny nebo změny polohy za účelem úlevy od bolesti. Pouze jedna studie uvádí naprosté vymizení bolesti po ukončení hypnoterapie a následně i po pěti od ukončení terapie ⁽²⁸⁾. Další 12 studií, které poskytují informace o stavu bolesti po ukončení terapie, uvádí signifikantní snížení míry bolesti, která již výrazně nezasahuje do kvality života pacienta ^(24, 27, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38).

Tabulka 1: Přehled literatury na téma hypnóza a fantomová bolest

Autor článku	Řešený problém	Léčba	Výsledek
Zaměření: Ipsativní/imaginace			
Siegel (1979) ⁽²⁹⁾	Amputace nad levým kolenem (bolest již před amputací). FB po několik týdnů, povaha bolesti nespecifikována.	10 sezení (7 z nich hypnóza). Relaxace, autohypnóza, sugesce anestetické rukavice (představa "chladu").	2 měsíce po léčbě pacientka používá sama regulaci bolesti. Množství užívaných analgetik zredukováno o polovinu.
Chaves (1986) ⁽²⁸⁾	Amputace paže (bolest již před amputací). FB po dobu 5 měsíců jako "napětí" a pocit ruce a paže "v nepřírozené poloze".	3 sezení hypnózy. Relaxace, sugesce zaměřené na snížení napětí. Představa tepla. Domácí používání nahrávky hypnózy.	Bez bolesti po pěti letech po ukončení terapie. Užívání nahrávky hypnózy každý měsíc.
Chaves (1993) ⁽³⁰⁾	Amputace v polovině pravého stehna (bolest již před amputací). FB po dobu 4 let: "kousání mravenců", "těsně stažené obvazy", napětí ve svazech (noha v nepohodlné pozici).	Nespecifikovaný počet sezení. Hypnóza zaměřena na relaxaci a sugesce zaměřené na zmenšování fantomové končetiny. Hypnotická imaginace: "utínání hlav mravenců", "přestřihnutí obvazů".	Na konci terapie snížení diskomfortu o 30 %. Občasné zcela bez bolesti. Fantomová končetina se dle pacienta zmenšuje.

Sthalekar (1993) ⁽³¹⁾	Odtržení pravého brachiálního plexu (před tím bez bolesti). FB po 3,5 měsíce jako neustálé "brnění" v pravé paži a intermitentní bodání v určité lokalizaci, pocity pálení v pravé paži a ruce.	21 sezení po dobu 8 týdnů. Návlek relaxace v autohypnóze a imaginace pláže/zahrady/lesa. Uzdravující teplo proudící paží. Pozitivní, na budoucnost orientované sugesce.	Při následném 2týdenním sledování bolest pod kontrolou. Bolest nenarušuje denní aktivity. Návrat do práce. Pravou ruku již nemá pacient zavěšenou, optimistický pohled do budoucnosti.
Brown et al. (1996) ⁽³²⁾	Amputace pravé nohu u kolene (před amputací není stav bolesti znám). FB označena jako "silná".	Tři sezení (dohromady 5 hodin). Hypnotická metafora stromu poničeného záplavou, ztráta větví a následně opětovný růst silných větví.	Během následujících 12 měsíců nosí protézu a jezdí na horském kole. Není znám stav bolesti.
Oakly et al. (2002) ⁽²⁷⁾	Amputace pravé nohy nad kolenem (bez bolesti před amputací). FB po dobu 6 let - začala 2 roky po amputaci: „mravenčení v chodidle, řezavá bolest v chodidle, pocit dlabání v kotníku“.	Hypnotická imaginace: "dláto na dovolené", "mořská voda uvolňuje pocit sevření". Pozitivní představy o změně a pokroku.	Na konci terapie "dloubavá" bolest zmizela a nevrátila se po dobu 3 měsíců následného sledování pacientky. Ostatní bolest zůstala. Lépe zvládá zátěž a je méně nervózní.

Chan (2006) ⁽³³⁾	Amputace pod levým kolenem (předtím bez bolesti). FB po dobu 7 let, začala 2 roky po amputaci. Bolest pociťovaná jako: "mravenčení" po celé noze, „pila zařezávající se do levých prstů na noze, vrták tlačící na levou patu".	20 sezení během 20 týdnů. Hypnotická sugesce "ponožky a obvazů" na levém chodidle působící jako analgetikum, imaginace injekce pethidinu, audionahrávka hypnotické analgezie, nácvik autohypnózy po prvních 6 sezeních, posledních 5 sezení zaměřeno na efekt terapie, prevenci relapsu, psychoedukace a KBT techniky pro zvládnání deprese a úzkosti a zlepšení zvládnání zátěží.	Bolest byla redukována a začátek bolesti byl z denních hodin přesunut na pozdní noc. Signifikantně byla zredukována afektivní složka bolesti, zvýšilo se sebevědomí a kontrola bolesti.
Rickard (2005) ⁽³⁴⁾	20 pacientů s FB: 19 amputace dolní končetiny a 1 amputace horní končetiny.	Pacienti rozděleni do terapeutické skupiny (n=10) a kontrolní skupiny (n=10). Hypnotické sugesce v terapeutické skupině byly individuálně nastaveny, kontrolní skupina byla bez léčby.	Terapeutická skupina vykazovala dlouhodobě snížení bolesti a stálé zlepšování stavu. Kontrolní skupina beze změn.

Zaměření: Pohyb/imaginace

Muraoka (1996) ⁽³⁵⁾	Amputace nad kolenem levé nohy (před amputací bez bolesti). FB po dobu 25 let pociťovaná jako intermitentní pálivá bolest a neustálá tupá bolest (noha a chodilo v nepohodlné pozici a příliš krátká noha).	64 hypnoterapeutických sezení po dobu 3 let. 3 fáze: a+b) sugesce pohybu nohy a zvětšování nohy do normální velikosti, c) sugesce zmenšování fantomové končetiny.	Na konci léčby bez pocitů fantomové končetiny s občasnými záchvaty bolesti. Celkově byla bolest zredukována z 8 na 1 na škále 0-10.
LeBaron & Zelter (1996) ⁽³⁶⁾	Amputace levé nohy (chybí záznam o bolesti před amputací). FB pociťovaná jako "trhání", "praskání", "bodání" ve šlapce chodila. Vysoce hypnabilní pacient.	3 hypnoterapeutická sezení. Relaxace, sugesce v hypnóze zaměřené na relaxaci a stažení svalů v obou nohách. Pacient pociťoval volný pohyb v prstech a noze fantomové končetiny. Přesun necitlivost v ruce na levou fantomovou končetinu.	Dva týdny po ukončení terapie 50-100 % úleva od bolesti na základě autosugescí nebo poslechu nahrávky hypnózy. Pacient je méně obtěžován zbytkovou FB a spí normálně.
Ersland et al. (1996) ⁽³⁷⁾	Amputace nad loktem pravé paže (chybí záznam o bolesti před amputací). FB po 18 měsíců v prstech a zápěstí fantomové končetiny (prsty a zápěstí v nepřirozené poloze).	Hypnóza jako součást rehabilitačního programu - nespecifikován počet sezení. Relaxace a hypnotické sugesce zaměřené na pohyb prstů a uvolnění.	FB redukována (nekvantifikováno). Pocit kontroly vedl k toleranci residuální bolesti.

Rosen et al. (2002) (24)	Případ a) Traumatická amputace pravé paže (před amputací bez bolesti). FB po dobu 5 let. Sálající bolest ve fantomové paži a prstech. Abnormální držení paže a kontrakce v prstech a paži. Vysoce hypnabilní pacient	Asi 12 sezení po dobu 6 měsíců. KBT s hypnózou. V hypnóze imaginace fantomové končetiny v pohodlné pozici nebo pohybující se volně. Taktéž imaginace lyžování a pohyb obou paží v rytmu.	Bez bolesti v průběhu první hypnoterapie - trvání jeden den a následně návrat intermitentní bolesti. Na konci léčby se intenzita bolesti snížila z 80 na 50. Frekvence bolesti zredukována o 55 %. Pacient pociťuje zmenšování fantomové končetiny.
	Případ b) Traumatická amputace prstů levé ruky (před amputací bez bolesti). FB po 3 roky. Silná bolest v levé ruce, "řezavá" bolest v prstech, zejména během nepříjemných pohybů. Střední hypnabilita pacienta.	Asi 12 sezení po dobu 6 měsíců. KBT s hypnózou. V hypnóze imaginace fantomové končetiny v pohodlné pozici nebo pohybující se volně. Taktéž imaginace zmenšování bolestivé oblasti.	Na konci léčby byla intenzita bolesti snížena ze 40 na 20 a frekvence bolesti snížena o 50 %. V obou případech byli pacienti sledováni po 2,5 roku od ukončení léčby.

Oakly et al. (2002) (27)	Odrůžení levého brachiálního plexu (před tím bez bolesti). FB po dobu 5 let jako intermitentní křeče v ruce a pocit pálení. Častější vystřelující bolest skrz paži a tepání v kloubech (ruka v nepohodlné "zatuhnuté" poloze).	Pacient měl předešlou zkušenost s kontrolou bolesti a subjektivním pohybem levé ruky při užití terapie s pomocí zrcadla. Jedno sezení hypnózy se sugescí návratu ke zkušenosti se zrcadlem a věková regrese do doby před úrazem.	Během prožívání pohybu levé ruky v hypnotickém stavu při imaginaci terapie pomocí zrcadla a během věkové regrese FB zcela vymizela. Pohyb levé ruky pacient v hypnóze nezažíval tak silně jako při terapii se zrcadlem ve skutečnosti. Intenzita bolesti ohodnocena jako 4 z 10 před hypnózou, 0 během hypnózy a 2,5 po hypnóze.
Bamford (2006) (38)	25 pacientů s amputací: 18 amputace dolní končetiny, 7 amputace horní končetiny.	6 hypnoterapeutických sezení po týdnu: vizualizace, řízená imaginace dle výběru pacienta (zahradka, pláž, les), a pohyb fantomové končetiny, relaxace a nácvik autohypnózy.	Statistická analýza odhalila signifikantní změnu ve skórech bolesti na začátku léčby, po léčbě a 6 měsíců po léčbě (u 22 pacientů, 6 pacientů nevrátilo dotazníky).

KAZUISTIKA

Na našem pracovišti je hypnóza při řešení fantomové bolesti pacientovi navržena při nemožnosti ovlivnit bolest analgetiky. Dochází tedy ke spolupráci mezi chirurgem a psychologem ku prospěchu pacienta. Příkladem je následující kazuistika.

Pacientka ve věku 55 let po amputaci levého bérce s fantomovou bolestí trvající více jak měsíc byla odeslána z chirurgické ambulance pro zvážení možnosti hypnoterapie. U této pacientky se bolest dostavovala vždy v určitou hodinu během dne. Jednalo se o intenzivní pocit „kroucení“ prstů na levé fantomové končetině, „brnění a píchání“. Bolest byla silná, těžko zvladatelná analgetiky. Hypnabilita pacientky byla střední, spolupráce byla kvalitní. Pacientka absolvovala celkem 7 sezení v rozmezí 2,5 měsíce. Hypnóza obsahovala sugesci relaxace a tepla proudícího do levé fantomové končetiny s imaginací vytlačování nepříjemných pocitů z této končetiny a uzdravování končetiny pomocí tepla. Imaginace obsahovala i představu levé končetiny jako zdravé, v normální poloze. Dále byla vytvořena posthypnotická sugesci. To znamená, že na základě určitého signálu (v případě pacientky stisk palce a ukazováku na pravé ruce) dojde k vyvolání stejných pocitů relaxace, tepla a ústupu bolesti jako v hypnóze. Již po první hypnóze byla tato posthypnotická sugesci funkční. Vliv na bolest nebylo možno ověřit vzhledem k tomu, že při této návštěvě byla pacientka bez bolesti. Další návštěva pacientky byla možná až po 10 dnech. Od prvního sezení pacientka pociťovala

snížení bolestivosti a stále funkční posthypnotickou sugesci. Pokaždé, když se bolest dostavila, pacientka aplikovala tuto posthypnotickou sugesci a došlo k odeznění bolesti do několika minut. Za několik dní došlo ke zhoršení bolesti vlivem pádu na pahýl. Posthypnotická sugesci byla nefunkční. V terapii jsme pokračovali a došlo k opětovnému zlepšení stavu, dle pacientky o 80 %. Během dvou týdnů se dostavila bolest jen 3x a bolesti rychle ustoupily po aplikování posthypnotické sugesci. Následovali ještě další tři sezení, přičemž stav se stále zlepšoval. Pacientka referovala o mírné bolesti, která se dostaví několikrát týdně vždy v 8 hodin večer a během několika minut ustoupí po aplikování posthypnotické sugesci. Tento stav se udržoval 1,5 měsíce a vzhledem ke stagnaci stavu, se kterým byla pacientka spokojená, byla terapie ukončena. Dva měsíce po ukončení terapie je pacientka již bez potíží a začíná používat protézu.

ZÁVĚR

Z poměrně malého rozsahu literatury na téma hypnózy a fantomové bolesti je patrné, že je nutný další výzkum k získání hlubšího poznání o tomto vztahu. Je pravděpodobné, že hypnóza může být efektivním nástrojem k řešení fantomové bolesti. Jak již bylo uvedeno výše, hypnóza je bezpečná metoda s velkým potenciálem, dlouhou tradicí a kvalitní vědeckou základnou. Má tedy potenciál stát se běžnou součástí péče o pacienta s fantomovou bolestí.

LITERATURA

- [1] Nikolajsen, L., Jensen, T.S. (2001). Phantom limb pain. *British Journal of Anaesthesia*, 87, pp. 107-116. [Elektronická verze]
- [2] Ehde, D.M., Czerniecki, J.M., Smith, D.G., Cambell, K.M., Edwards, W.T., Jensen, M.P., et al. (2000). Chronic phantom sensations, phantom pain, residual limb pain, and other regional pain after lower limb amputation. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 81, pp. 1039-1044. [Elektronická verze]
- [3] Melzack, R. (1992). Phantom limbs. *Scientific American*, 266, pp. 120-126. [Elektronická verze]
- [4] Jensen, T.S., Krebs, B., Nielsen, J., Rasmussen, P. (1985). Immediate and long-term phantom limb pain in amputees: Incidence, clinical characteristics and relationship to pre-amputation limb pain. *Pain*, 21, pp. 267-278. [Elektronická verze]
- [5] Shankar, H., Hansen, J., Thomas, K. (2015). Phantom pain in patient with brachial plexus avulsion injury. *Pain Medicine*, 16, pp. 777-781. [Elektronická verze]
- [6] Son, B. C., Ha, S. W. (2015). Phantom remodeling effect of dorsal root entry zone lesioning in phantom limb pain caused by brachial plexus avulsion. *Stereotactic and Functional Neurosurgery*, 93, pp. 240-244. [Elektronická verze]
- [7] Melzack, R., Israel, R., Lacroix, R., Schultz, G. (1997). Phantom limbs in people with congenital limb deficiency or amputation in early childhood. *Brain*, 120, pp. 1603-1620. [Elektronická verze]
- [8] Parkers, C. M. (1973). Factors determining the persistence of phantom pain in the amputee. *Journal of Psychosomatic Research*, 17, pp. 97-108.
- [9] Sherman, R. A., Sherman, C.J., Gall, N.G. (1987). Psychological factors influencing phantom limb pain. *Pain*, 28, pp. 285-295. [Elektronická verze]
- [10] Arena, J. G., Sherman, R.A., Bruno, G.M., Smith, J.D. (1990). The relationship between situational stress and phantom limb pain: Cross-lagged correlational data from six-month pain logs. *Journal of Psychosomatic Medicine*, 34, pp. 71-77. [Elektronická verze]
- [11] Giummarra, M.J., Moseley, G.L. (2011). Phantom limb pain and bodily awareness: Current concepts and future directions. *Current Opinions in Anaesthesiology*, 24, pp. 524-531. [Elektronická verze]
- [12] Whyte, A. N., Niven, C. A. (2001). Psychological distress in amputees with phantom limb pain. *Journal of Pain and Symptom Management*, 22, pp. 938-946. [Elektronická verze]
- [13] Durmus, D., Safaz, I., Adigüzel, E., Uran, A., Sarisoy, G., Goktepe, A.S., Tan, A. K. (2015). The relationship between prosthesis use, phantom limb pain and psychiatric symptoms in male traumatic limb amputees. *Comprehensive Psychiatry*, 59, 45-53. [Elektronická verze]
- [14] Hill, A., Niven, C. A., Knussen, C. (1995). The role of coping in adjustment to phantom limb pain. *Pain*, 62, 79-86. [Elektronická verze]

- [15] Flor, H., Nikolajsen, L., Jensen, T.S. (2006). Phantom limb pain: A case of maladaptive CNS plasticity? *Nature Reviews Neuroscience*, 7, pp. 873-881. [Elektronická verze]
- [16] Niraj, S., Niraj, G. (2014). Phantom limb pain and psychologic management: A critical review. *Pain Management Nursing*, 15, pp. 349-364. [Elektronická verze]
- [17] Baron, R., Binder, A., Wasner, G. (2010). Neuropathic pain: Diagnosis, pathophysiological mechanisms, and treatment. *The Lancet Neurology*, 9, pp. 807-819. [Elektronická verze]
- [18] Melzack, R. (2005). Evolution of the neuromatrix theory of pain. The Prithvi Raj Lecture. Presented at the Third World Congress of World Institute of Pain, Barcelona 2004. *Pain Practice*, 5, pp. 85-94. [Elektronická verze]
- [19] Iannetti, G. D., Mouraux, A. (2010). From the neuromatrix to the pain matrix (and back). *Experimental Brain Research*, 205, pp. 1-12. [Elektronická verze]
- [20] Kratochvíl, S. (2009). *Klinická hypnóza. 3., aktualizované vydání*. Praha, Grada.
- [21] Montgomery, G.H., DuHamel, K.N., Redd, K.N. (2000). A meta-analysis of hypnotically induced analgesia: How effective is hypnosis? *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 48, pp. 138-153. [Elektronická verze]
- [22] Patterson, D. R., Jensen, M.P. (2003). Hypnosis and clinical pain. *Psychological Bulletin*, 129, pp. 495-521. [Elektronická verze]
- [23] Hawkins, R.M.F. (2001). A systematic meta-review of hypnosis as an empirically supported treatment for pain. *Pain review*, 8, pp. 47-73. [Elektronická verze]
- [24] Rosen, G., Willoch, F., Bartenstein, P., Berner, N., Rosjo, S. (2001). Neuropsychological processes underlying the phantom limb pain experience and the use of hypnosis in its clinical management: An intensive examination of two patients. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 49, pp. 38-55. [Elektronická verze]
- [25] Jensen, K. B., Bena, Ch., Loggia, M. L., Wasan, A.D., Edwards, R. R., Gollub, R.L. (2012). The use of functional neuroimaging to evaluate psychological and other non-pharmacological treatments for clinical pain. *Neuroscience Letters*, 520, pp. 156-164. [Elektronická verze]
- [26] Faymonville, M. E., Roediger, L., Del Fiore, G., Delguedre, C., Phillips, C., Lamy, M., Luxen, A., Maquet, P., Laureys, S. (2003). Increased cerebral functional connectivity underlying the antinociceptive effects of hypnosis. *Cognitive Brain Research*, 17, pp. 255-262. [Elektronická verze]
- [27] Oakly, D. A., Whitman, L. G., Halligan, P. W. (2002). Hypnotic imagery as a treatment for phantom limb pain: two case reports and a review. *Clinical Rehabilitation*, 16, pp. 368-377. [Elektronická verze]
- [28] Chaves, J. F. (1986). Hypnosis in the management of phantom limb pain. In T. Dowd, J. Healy (Eds.), *Case studies in hypnotherapy* (pp. 198-209). New York: Guildford Press.
- [29] Siegel, E. F. (1979). Control of phantom limb pain by hypnosis. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 21, pp. 285-286. [Elektronická verze]

- [30] Chaves, J. F. (1993). Hypnosis in pain management. In R. H. Rhue, S. J. Lyn, I. Kirsch (Eds.), *Handbook of clinical hypnosis* (pp. 511-532). Washington, DC: American Psychological Association.
- [31] Sthalekar, H. A. (1993). Hypnosis for relief of chronic phantom pain in a paralysed limb: A case study. *Australian Journal of Clinical Hypnotherapy and Hypnosis*, 14, pp. 75-80. [Elektronická verze]
- [32] Brown, G.W., Summers, D., Coffman, B., Riddell, R., Poulsen, B. (1996). The use of hypnotherapy in school-age children: Five case studies. *Psychotherapy in Private Practice*, 15, pp. 53-65. [Elektronická verze]
- [33] Chan, R. (2006). Hypnosis and phantom limb pain. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 34, pp. 55-64. [Elektronická verze]
- [34] Rickard, J. A. (2004). Effects of hypnosis in the treatment of residual stump pain and phantom limb pain. Doctoral thesis. Zdroj: https://research.wsulibs.wsu.edu/xmlui/bitstream/handle/2376/254/J_Rickard_100604.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- [35] Muraoka, M., Komiyama, H., Hosoi, M., Mine, K., Kubo, C. (1996). Psychosomatic treatment of phantom limb pain with post-traumatic stress disorder: A case report. *Pain*, 66, 385-388. [Elektronická verze]
- [36] LeBaron, S., Zeltaer, L.K. (1996). Children in pain. In J. Barber (Ed.), *Hypnosis and suggestion in the treatment of pain: A clinical guide* (pp. 305-340). New York: Norton.
- [37] Ersland, L., Rosen, G., Lundervold, A., Smievoll, A.I., Tillung, Tl., Sunderberg, H., Hugdahl, K. (1996). Phantom limb imaginary finger tapping causes primary motor cortex activation: An fMRI study. *NeuroReport*, 8, 207-210. Zdroj: https://www.researchgate.net/publication/14159263_Phantom_limb_imaginary_fingertapping_causes_primary_motor_cortex_activation_An_fMRI_study
- [38] Bamford, C. (2006). A multifaceted approach to the treatment of phantom limb pain using hypnosis. *Contemporary Hypnosis*, 23, pp. 115-126. [Elektronická verze]

HYPNOSIS AND PHANTOM LIMB PAIN



KONTAKTNÍ ÚDAJE:

PhDr. Irena Komendová, Ph.D.
Nemocnice Havlíčkův Brod, p. o.
Ambulance klinické psychologie
Husova 2624
580 22 Havlíčkův Brod
E-mail: irena.komendova@onhb.cz

Masarykova univerzita v Brně
Filozofická fakulta
Psychologický ústav
Arne Nováka 1
602 00 Brno
E-mail: 235636@mail.muni.cz

ABSTRACT

Phantom pain occurs not only after surgical or traumatic limb amputation, but also after amputation of other body parts, in case of spinal cord injury and brachial plexus avulsion and also in children with congenital limb deficiency. It results in up to 85 % of amputees and it remains puzzling phenomenon. Psychological care is important part of the care of a patient, whereas hypnotherapy appears to be as very effective. This article focuses on the potential of hypnotherapy in patients with phantom limb pain, including overview of published studies on this topic to date.

KEYWORDS:

Phantom limb pain, hypnosis, research overview

BEREAVEMENT SUPPORT PROVIDED WOMEN WITH PERINATAL LOSS

MÁRIA LEHOTSKÁ
KATOLÍCKA UNIVERZITA
V RUŽOMBERKU

ABSTRACT

Introduction: This work deals with the adaptation process in time and situation during pregnancy failure and perinatal loss. It refers to the physiological process of mourning and its possible failure. It emphasizes the role of nurses and midwives in the promotion of healthy mourning, as well as prevention and early seizures of maladaptation disorders.

Data Set and Method: Research involved 161 women with a history of miscarriage and perinatal loss, and 180 nurses and midwives. The method of data collection was a questionnaire.

Aims: The goal was to identify the most common feelings, needs, experiences of women with pregnancy failure. Next goal was to find out the use of specific nursing interventions in the prevention of maladaptation, key factors influencing adaptation and the most maladaptation manifestations in different types of losses.

Results: The research confirmed a high prevalence of adjustment disorders in the immediate and late (average 2.1 years) period after a loss, regardless of its type. The most common reaction to the loss was traumatic reaction - described feelings and symptoms meet the criteria for acute stress

disorder, post-traumatic stress disorder or post-abortive syndrome - immediately after a loss (96,6 %), two years apart (75,3 %). We've also had a low rate of implementation of specific nursing interventions. The biggest impact on adaptation mainly represented partner support. Our results largely agree with the current revised view on the issue of failed pregnancy.

KEYWORDS:

bereavement support, perinatal loss, pregnancy loss, anniversary assessment

INTRODUCTION

Perinatal loss (perinatal loss, pregnancy loss) indicates intrauterine fetal death, miscarriage, abortion because of fetal anomalies and maternal health reasons, stillbirths and the death of a child in the early postpartum period, whereupon the expected reaction of mothers (parents) is a deep sadness and sorrow (Gorrie et al., 1994, Mattson et al., 1993, Urbanová, 2004).

Some experts distinguish between natural and artificial fetal death and to the concept of perinatal loss they do not incorporate the abortion. Today, however, there is an increasing acceptance of abortion, especially in the higher stages of pregnancy as a perinatal loss. This is also confirmed by the results of many studies dealing with the examination of the impact of artificial abortion on the mental state of women (Hyde Bryar, 1997, Hunfeld et al., 1996, Lorenzen et al., 1995, Urbanová, 2004).

It is well known that during pregnancy it comes to the formation of the strong emotional bond between a mother and her child. Expectation of childbirth shapes and reshapes family relationships. Because of miscarriage, stillbirth or the death of a child in the early postpartum period, these relationships re-change. The process of adaptation to the unsuccessful pregnancy is usually long-termed and it is conditioned multifactorially.

In the process of woman (families) adaptation to unsuccessful pregnancy it can lead to participation of effective, but also less effective mechanisms. The result

is the varying degree of effectiveness of coping with unsuccessful pregnancy.

Involvement of ineffective coping strategies is causing the maladaptation of a parent and problems in different areas of quality of life.

If we want to provide quality and individualized nursing care to women and families with unsuccessful pregnancy, it is necessary that we, as health care providers, realize the need to join a support system of grieving parents.

Some obstetric, pediatric or neonatology workplaces, especially abroad, create their guidelines, documentation, nursing care plans and standardized procedures for families with unsuccessful pregnancy. Even some departments require from their employees graduation of courses (bereavement programs).

Training activities are spanned by the universities, hospitals, respectively religious organizations.

Institute of Medicines report emphasizes the need for training of professionals with mourning parents and in the perinatal palliative care. Further it stresses the need for continuing education and the creation of curricula for undergraduate education of health professionals (Gold, 2007).

The best known programs, which provide, except the training of professionals, the consulting services and supportive care for families, include: *Wisconsin*

Stillbirth Service Program - WiSSP (www.marchfoldimes.com), *Gundersen Lutheran Bereavement Services* (www.bereavementprograms.com), *March of Dimes* (www.marchfoldimes.com).

In connection with treatment of women and families with unsuccessful pregnancy we meet in the literature with the term “support care” or “bereavement support”. The objective of supporting care is especially the support of physiological process of grieving, the acceptance and respecting the rights of parents and children, realization of processes supporting the physiological mourning, the establishment of adequate psychical and physical conditions to parents for parting with the child and providing of empathetic approach to the grieving family (Magyarová, 2005).

“Support care” means the providing of emotional, physical, social, spiritual and information support.

OBJECTIVE AND METHODOLOGY OF WORK

RESEARCH OBJECTIVES

- To document and compare the incidence of pathological ways of adapt by individual types of perinatal loss.
- Identify factors affecting adaptation.
- Identify the utilization rate of specific nursing interventions, minimizing the risk of maladaptive reactions.

WORKING HYPOTHESIS

Based on the objectives and the problems we have formulated the following hypotheses:

- H1 We assume that there is a link between the unsuccessful pregnancy and the development of psychopathological symptomatology.
- H2 We assume that the absence of specific nursing interventions will be indicated by more women with a history of failed pregnancy as by midwives (nurses).
- H3 We assume that in satisfying the psychological needs of women with unsuccessful pregnancy nurses and midwives dedicate greater attention to traditional and routine procedure as the procedure based on the latest scientific knowledge.

CHARACTERISTICS OF FILE

The research sample consisted of two sets of respondents:

1. Followed group consisted of nurses and midwives in the workplace (gynecology-obstetrics, neonatal departments, ICU), where we can assume their relatively frequent contact with women and families who have experienced unsuccessful pregnancy. The total number of respondents from the first reference group was of 180 nurses and midwives working in: Gynecology and Obstetrics JLF University Hospital in Martin, Gynecology and Obstetrics Hospital in UVN SNP in Ružomberok, Gynecological and neonatal departments Lower Orava region L.N. Jégé

Hospital in Dolný Kubín, Gynecology and Obstetrics University Hospital J. A. Reiman in Prešov, Gynecology and Obstetrics Topoľčany and Gynecology and Obstetrics Hospital in Komárno.

2. Followed file of women with a history of failed pregnancy were women in postabortive period (immediately after abortions, or with a history of abortion) and women who have experienced intrapartum, intrauterine or early post-natal death of the child. They were the patients who were hospitalized at the same work as those ones in the first reference file. Selection of respondents in both study groups was random (from clinics database, departments).

RESEARCH METHODOLOGY

To collect relevant data, the achievement of the set objectives and verification of hypotheses, we used empirical methods - a questionnaire for both studied files.

Relevance of its utilization in our work, especially in relation to a specific group of respondents (2nd reference file) is in ensuring the anonymity and thus in the findings of objective information, as this would be in direct contact with respondents. The questionnaire allowed us to find out a relatively large amount of information in relation to the objectives as well as comparison of these data and their statistical evaluation.

Its use also allowed us to gain insight into individual subjective experience and attitudes of respondents.

Questionnaires contained categorization, open, closed, semi-open and scaled items. Scaled items reflected the degree of agreement/disagreement with these statements, respectively, the frequency of use of each activity and the occurrence of specific symptoms.

To support the validity and reliability of the collected data we used validation method of triangulation by the both monitored files. In the second group by the formulation of items we came out of standardized and evaluation measurement tools for the diagnosis of dysfunctional sadness (Range of perinatal grieving, Hogan mourning, Survey of experiencing of grief).

To verify the clearness of formulated items there was performed a piloting in the file of 30 respondents in both files.

In the framework of interpretation of the results are in the tables for summary statistics listed two rates of the central tendency (middle values) and it is the *arithmetic mean* $\bar{x}$ and *median* $\tilde{x}$ and one rate of variance (dispersion) of values, *standard deviation* s .

For testing of the working hypothesis there were selected appropriate statistical tests. For testing of hypotheses regarding the variable data (scaled score data) there was used the Student's t-test – the paired test if it was a comparison of the average scores of the same group of respondents in different circumstances or the unpaired test in other cases (eg. when comparing attitudes of patients and nurses). In the hypotheses concerning the relative numbers there was used the

proportion test. There was always tested so called null hypothesis, it is an argument that between the compared variables *is no* statistically significant difference (the *difference is zero*). For each test there was chosen a significance level of 0,05 (5 %), which represents the risk (probability) that there will be rejected the valid hypothesis. About the acceptance or rejection of hypotheses decided so called P-value, which represents the critical level of significance. In cases where the P-value is smaller than the chosen significance level of 0.05, the null hypothesis is rejected, in other cases received. P-value is generally in the protocols stated to 4 decimal places. If these places are zero, and the first digit is valid up to some other place, we stated that “the P-value is much smaller than

0,05”. The P- value is smaller, the difference is more significant.

Interpretation of results and verification of hypotheses:

H1 We assume that there is a link between the unsuccessful pregnancy and the development of psychopathological symptomatology.

To verify this hypothesis, we used a questionnaire for patients, items IV, V, score of item VI (except paragraphs 5, 10 and 18, which are not considered psychopathological symptoms), as well as the score of item VIII (in paragraphs 7 - 15) - considered triangulation of the facts.

Table 1: Occurrence of maladaptive symptoms (except items 5, 10 and 18) – summary statistics

Summary statistics	1	2	3	4	6	7	8	9
Extent	146	146	146	146	146	146	146	146
Arithmetic average	1,95	2,25	2,62	1,88	2,99	2,95	2,25	2,87
Median	2	2	3	2	3	3	2	3
Standard deviation	0,900	1,224	1,039	1,010	0,898	1,046	0,877	1,128

Summary statistics	11	12	13	14	15	16	17	19
Extend	146	146	146	146	146	146	146	146
Arithmetic average	2,50	2,98	2,64	2,36	1,95	3,16	2,95	1,75
Median	2,5	3	3	2	2	3	3	2
Standard deviation	0,881	0,913	0,931	1,003	0,931	0,797	0,912	0,914

Item VI contained concrete expressions of postabortive syndrome, perinatal loss, sadness and other dysfunctional maladaptive expression (In Table 1 expressed by numbers from 1 to 19, with respect to the following specific symptoms: 1 - thinking of a lost child, 2 - I am afraid that the loss repeats, 3 - I feel more lonely than before the loss, 4 - I cry at the memory of this event, 6 - I am not able to move forward in life, 7 - I am afraid that I have not been sufficiently careful during pregnancy, 8 - I wonder why it happened just me, 9 - I think other actions contributed to the death of a child, 11 - I am in a sorrow, 12 - I am dreaming of a lost child, 13 - I have feelings of guilt, 14 - I am totally absorbed in thoughts of a child, 15 - by looking at other children in the thoughts I am going back to the lost one, 16 - I do not care of routine daily activities, 17 - I feel helpless, 19 - I wonder what life would be if the child lived). Respondents expressed rate of agreement with the occurrence of these symptoms (1 - almost always, 2 - often, 3 - sometimes, 4 - almost never).

This was based on the observed average score of 2,50 (median 3, standard deviation 1,064), responses of 146 patients who were compared with a scale of 4 ("almost never"), which characterizes the absence of these symptoms.

Through Student's t- test there was at a significance level of 0,05 (5 %) demonstrated a statistically significant difference between the average value of 2,50 and the value 4. P - value is much smaller than 0,05. Thus, there *is a link between the unsuccessful pregnancy and*

the development of psychopathological symptomatology.

By comparing of expressions of maladaptation in women with one loss, and in women with repeated losses, we found some change of character of maladaptive expressions, but the average score of the occurrence of these symptoms is comparable.

The average value of responses by women with repeated loss is 2,54 with a standard deviation of 1,079. This means that the frequency of the selected maladaptive symptoms is between "sometimes" and "often".

With Student's t-test at a significance level of 0,05 (5 %) there was not demonstrated a statistically significant difference between the mean score 2,51 (patients without recurrent losses) and the mean score 2.54 (patients with recurrent losses). P-value = 0,9166 > 0,05. Thus, there *is a link between repeated unsuccessful pregnancy and the development of psychopathological symptomatology.*

Hypothesis H1 was accepted.

Hypothesis H2

We assume that the absence of specific nursing interventions will be indicated by more women with a history of failed pregnancy as midwives (nurses).

We verified the Hypothesis H2 through comparison of corresponding points of IX. item in the questionnaire of patients and item VII. in the questionnaire of nurses

and midwives. Corresponding points are specific nursing interventions, which implementation we watched from the perspective of dated rate of utilization by nurses and midwives, and in terms of experience of women themselves with their render. The items in both files were scaled. In the item IX (questionnaire for patients) corresponded the maximum scale value score 3-total grasps the experience of women with medical care

and item VII (questionnaire for nurses and midwives), was the maximum scale value *4-almost always* is this intervention used by nurses and midwives.

Furthermore, in the table there is the percentage of (proportionately) the average score and maximum scale values (eg. $40.67 = 100 \cdot 1.22/3$ or $54.75 = 100 \cdot 2.19/4$).

Table 2: The rate of application of selected nursing interventions from the view of nurses (midwives) and patients

Patients Item IX	Statistics		SaPA Item VII	Statistics		P-value
	Average score	Share - propor- tion		Average score	Share - propor- tion	
I was satisfied with provided information	1,93	64,33	We do an open conversation about childbirth, abortion, child	2,84	71,00	0,1992
I was allowed direct contact with a child	1,22	40,67	We allow direct contact of parents with their dead child	2,19	54,75	0,0114*
The staff provided concrete souvenirs	1,27	42,33	We provide to parents concrete memories of child	1,76	44,00	0,7622
I had an adequately provided privacy	1,90	63,33	Woman is located to room separately	2,47	61,75	0,7695

Patients Item IX	Statistics		SaPA Item VII	Statistics		P-value
	Average score	Share - proportion		Average score	Share - proportion	
I have been advised of opportunity to perform funeral ceremony	1,41	47,00	We inform parents about the possibility of burial of prematurely aborted fetus	2,82	70,50	0,0000 ***
I was informed of the possible sources of support	1,55	51,67	We provide contact with psychologists or supporting groups	2,29	57,25	0,3141
I had provided a constant contact with my family	2,05	68,33	We provide a constant contact with a family	3,68	92,00	0,0000 ***
The staff was interested in my psychical state	1,81	60,33	We ask a woman of her feelings	2,99	74,86	0,0050 **
I received tranquilizers or sleeping pills	1,93	64,33	We offer tranquilizers, sedatives or other psychopharmacological	2,90	72,50	0,1132
The staff was interested in how the other family members handle the situation	1,27	42,33	We notice how the other family members handle the situation	2,10	52,50	0,0676

Proportions in the case of patients express their percentage of satisfaction with the nursing interventions. In the case of nurses and midwives the proportions express the percentage rate of use of those interventions. Statistically significant differences are indicated by one, two or three stars according to the degree of significance.

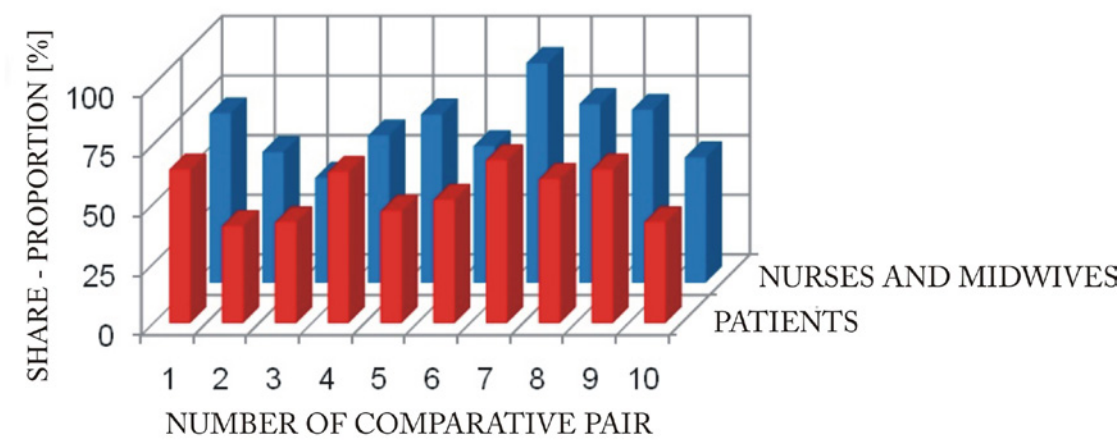
Thus, **hypothesis H2 is confirmed** (P-value is smaller than the significance level 0.05) by results of comparison of interventions for safeguarding contact with family, information on the implementation of funeral rituals, monitoring of psychical state, ensuring of direct contact with a dead child. In these interventions nurses and midwives indicate a high utilization rates and in contrast, patients report a low degree of experience with providing of these mentioned interventions.

The hypothesis H2 is not confirmed (P-value is greater than the specified significance level 0.05) by results of the comparison of other interventions concerning with providing of information, providing of souvenirs, ensuring of privacy, providing of contacts with professionals and support groups, monitoring the managing of situation of other family members. In the results, which do not confirm the hypothesis H3 there has not been demonstrated a statistically significant difference between the rate of application by nurses and assessment rate by patients. In these cases, the balance is in the absence of intervention.

The rate of patients experience with monitored interventions in terms of

the percentage represents 40 to 60 %. This fact reflects the absence of followed interventions. Nurses use these interventions predominantly at 40 to 70 % (excluding interventions whose utilization rate did not agree with the experience of women themselves and with the exception of psychotropic medications and sedatives). This can be assessed as insufficient use of interventions that are considered effective in the health care of women with unsuccessful pregnancy.

Figure 1: The rate of application of selected nursing interventions from the perspective of nurses (midwives) and from the perspective of patients



Hypothesis H3

We assume that in meeting the mental health needs of women with unsuccessful pregnancy the nurses and midwives dedicate greater attention to traditional and routine procedure as the procedure based on the latest scientific knowledge.

In the verification of hypothesis H3 we came from item III, IV, VII, VIII and IX of the questionnaire for nurses and midwives. We evaluated the answers of respondents in the view of application of traditional methods - based on the assumption that the expression of perinatal loss and postabortive syndrome are relatively rare or short-lived and in the view of application of the latest scientific knowledge in nursing care for women with unsuccessful pregnancy. The effort of traditional practices was mainly to suppress the thoughts of a traumatic event, such as a miscarriage or perinatal loss certainly

is. According to the latest findings the grieving of parents after the loss should be seen as an individual process, changing over time, and this approach assumes a vastly different practice in nursing care in satisfying of psychological needs.

In item III we watched how nurses and midwives perceive the expression of an insufficient adaptation to unsuccessful pregnancy. In this item, most nurses and midwives reported as the manifestation of insufficient adaptation the crying. But crying just after a loss can not be viewed as pathological, but as expected reaction. If nurses and midwives consider crying as pathological reaction, they will also try to suppress it (the effort to suppress the experience is considered the basis of maladaptive reactions). In the past, such a procedure was recommended, so it represents the traditional approach to care. The current trend consists in promoting of verbalizing of feelings and

expression of emotions. Similarly, the additional symptoms that are not specific to dysfunctional grieving, we have included into traditional routines.

Social isolation and apathy, which can be classified as maladaptation symptoms, as well as other symptoms that are specific for dysfunctional grieving, we have included to the evaluation of expressions based on newest knowledge.

Similarly, we proceed in section VI, where specific statements represent the same access to the patient.

Most nurses and midwives (72,2 %) react in an effort to provide emotional support to women with experience of perinatal loss by expression of participation (*"I'm sorry for what happened ..."*). Only 29,4 % use elements of therapeutic communication that promotes verbalization of feelings (*"Would you tell me more about..."*). Just the statement of participation and support of verbalizing of feelings are according to the latest scientific knowledge deemed as appropriate communication approaches.

Some nurses and midwives (5,6%) are trying to draw attention to possible anomalies of the child (*"It is better now, it would be handicapped..."*), respectively, reduce the importance of pregnancy (*"You're young; you still can have children..."*). 38,9 % were in this situation trying to provide comfort to a woman by uncovering of their own experiences (eg. *"I know how you feel now..."*). These communication approaches are currently being evaluated as inappropriate respectively traditional; they were preferred in the past.

In item VII we compared the rate of utilization of traditional nursing interventions (avoiding direct communication, we do not want to be impertinent to women, we try to suppress thoughts of this event, we restrict visiting hours, serve sedatives, tranquilizers and other psychotropic drugs) and of currently recommended (other interventions in Item VII).

In item VIII we evaluated expression that nurses and midwives consider inappropriate in the context of communication. In item IX (response to crying of patients) were re-assessed the response as routine or as corresponding new trends in communication.

Table 3: Comparison of traditional and new approaches to nursing care

Procedures	Traditional and routine		Accor. to new knowledge		P-values
	Multiplicity		Multiplicity		
	total	relative [%]	total	relative [%]	
III. Manifestations	182	68,16	85	31,84	0,0000***
VI. Comforting responses	113	38,18	183	61,82	0,0001***
VII. Interventions	2,62*	1,014**	2,59*	1,12**	0,5207
VIII. Expressions	187	50,68	182	49,32	0,7939
IX. Response to crying	77	34,22	148	65,78	0,0000***

Absolute frequencies in the table may exceed the value of 180, because they represent the total sums of responses in several categories. Relative frequencies are calculated from the whole absolute frequency (for example, $68.16 = 100 \cdot 182 / (182 + 85)$), so that their sum is always 100 %. Items with frequencies are evaluated by a test of proportions (relative frequencies). Interventions are of scale values and therefore they are evaluated by Student's t-test, which works with averages and standard deviation. In row VII intervention is signed with one star the arithmetic means and standard deviations with two stars. P-values are in the last column. The significance degree is expressed with stars. With blue script are marked relative frequencies of prevailing practice (as nurses stated) by statistically significant differences.

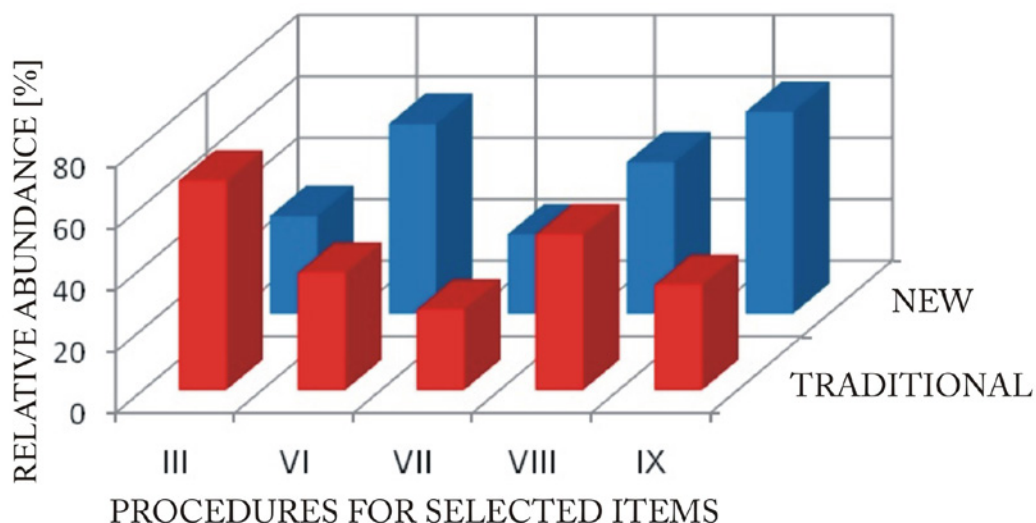
For item III (signs of maladaptation) the hypothesis is confirmed. P-value is much

smaller than the chosen significance level of 0,05 (5 %). A significant majority of nurses consider the first manifestations of an inappropriate adaptation of patients to failed pregnancy/child loss, a depression, crying and sadness (traditional view), which is according to the latest knowledge considered wrongly.

In item VI (comforting responses) the hypothesis was not confirmed. P-value is much smaller (0,0001) than the chosen significance level of 0,05, but in favor of the use of new communication approaches. Nurses and midwives in order to provide comfort to a woman with unsuccessful pregnancy use therapeutic communication supporting the verbalizing of feelings and also expressing of participation and regret. In item VII (use of nursing interventions) we did not find a statistically significant difference between the use of traditional and new approaches. The result does not confirm the hypothesis.

In item VIII and IX (assessment of inappropriate expressions, response to crying) the hypothesis was not confirmed.

Figure 2: Comparison of traditional and new practices in nursing care



In the chart for item VII there are for better resolution referred 10- multiple of the mean values in order to maintain the integrity of items verifying the hypothesis.

DISCUSSION

Unsuccessful pregnancy may cause intense distress for the woman herself, but also for her partner or other family members and it requires from health professionals highly sensitive approach and approach based on the latest scientific knowledge (Mansell, 2006).

According to the authors: Cisarik et al. (1996), Simonová (1998), Lang, (2001), Hebert (1998), Robinson (1999), Bowles et al. (2000), Thompson (2001), Armstrong (2002), Wallerstedt, Higgins (1994), Adeyemmi (2008), Brownlee, Oikonen

(2004), Poltawska (1991), represents failed pregnancy a psychotraumatic acting experience.

Most respondents (87,7 %) of the first reference file (nurses and midwives) said that the nursing care in the immediate period after the loss of a child significantly affects the adaptation process.

This is confirmed by the results of many studies (DiMarco et al., 2002, Gold, 2007, Magyarová, 2005, Robinson et al., 1999, Grout et al., 2000...).

However, women themselves perceive this situation diametrically different. Neither one respondent claims that a member of a support system after the loss of a child was a nurse, midwife or other health professional.

We assume that the absence of participation of health professionals in the support system is at least to some extent influenced by the persistence of traditional bio-medical approach to patients with unsuccessful pregnancy.

Care of women with unsuccessful pregnancy in our country is mainly concentrated on mastering the somatic complications related to unsuccessful pregnancy and there is paid a minimal attention to the psychological response to the loss of a child or to the grieving process itself.

Di Marco et al. (2002) argue that the process of grieving after the loss of a child is a highly individual, while the interest and practice of health care providers represents one single factor that significantly affects the process.

The rate of utilization of specific nursing interventions, minimizing the risk of perinatal grieving from the perspective of nurses and midwives, was compared to experiences of patients themselves (Table 2).

Least of monitored selected interventions (mean score 1,61= never - rarely) were used by nurses the study of mental condition of the woman after her release. We think that the low utilization rate of this intervention (as well as many others) is largely influenced by the nature of the work and practice at individual workplaces. In the Slovak health care conditions there is not a standard practice to contact the women with a negative reproductive

experience in order to monitor her mental state.

Bowlby (1983) states that just in those people who have never showed any or minimal traumatic reactions, significant symptoms of dysfunctional sadness were shown later.

In relation to perinatal loss, or postabortive syndrome we are often faced with intensifying of maladaptive manifestations in the period that is somehow relevant to the loss - there are so-called anniversary reactions (anniversary reaction); (Hašto, 2005).

Just watching the mental state after the release is considered to be the support basis of physiological grieving in a family (support care) and of prevention of maladaptation.

It is necessary to see how the situation is handled not only by a woman but also by her partner and possibly other family members (this intervention is used by nurses and midwives occasionally - mean score 2,10).

To objectify a status of adaptation to an unsuccessful pregnancy, to capture early signs of maladaptation, as well as to distinguish normal reactions to loss from the expression of dysfunctional grieving is allowed by utilization of measurement and evaluation techniques. The utilization rate is according to the results of our research again very low (mean score = 1, 82 is used only occasionally).

With the increasing professionalism of nurses and with seeking the autonomy of nursing profession there also increases the responsibility of nurses at entry, mid-term and the final assessment for clinical and research purposes. Measurement and evaluation tools are necessary to create an information database, which is the basis for a quality nursing care. These data also demonstrate the level of nursing care and professional competence. The mean can become a direct part of the procedural standards, nursing forms and protocols. When selecting assessment mean it is necessary except the validity and reliability to take into account its cultural sensitivity, interdisciplinary nature, complexity of administration and the fact if it is a standardized mean (regularly revised by clinical experts); (Bóriková et al., 2009).

Very low score of application (1,76) was also found in the provision of specific memories (ultrasound image of the fetus, fingerprint of soles, photo) to the child. Those intervention is realized by nurses very rarely (rarely - never).

Providing souvenirs is a normal and self-evident part of nursing care abroad, which has to confirm the loss, to confirm that the pregnancy was real and to refute ideas of parents about possible harm to the fetus (Robinson et al., 1999, Leifer, 2004).

In the early eighties of 20th century it has began in literature to write about the need to convey for parents specific memories of the child in the case of losing before birth. In 1988, in the USA at the request of parents with experience of perinatal

loss the procedure started to be verified in practice. Clinical practice and also research in the sphere of perinatal loss at the beginning of the nineties (Lemmer, 1991, Menke, McClead, 1990, Ryan et al., 1991) indicate a positive impact of the utilization of souvenirs for the grieving process (Thompson, 2001).

Except providing of souvenirs some hospitals, especially in Anglo-Saxon countries, organize commemorations as "remembrance services" for "lost" children in that year. Some families practice also the repeated annual events, mostly the charity events that enable and reinforce the re-memories of a lost child (Robinson et al., 1999, Stringham, 1982).

Many mothers in a case of the loss of a child at a later stage of pregnancy expressed a wish to keep the child in their arms; it's a wish that is often reluctant to meet by the staff at the hospital. There is a general consensus (at least among psychologists and experts for this issue) that parents should be encouraged to see the child, touch and hold him. If this is the presumed death of a newborn in the early postpartum period, parents should be allowed to visit the newborn, to participate in its treatment, to be with him, when he dies (Hašto, 2005).

The allowing of direct contact of parents with the stillbirth achieved in our study group of nurses and midwives the average score of 2,19 (occasionally). Women themselves evaluate the extent of application of this intervention much lower (1,22 - absolutely does not

express). Even at low rates of application of this intervention, there is a statistically significant difference ($P = 0,0114$) in the responses of nurses, midwives and patients. We assume that nurses have to some extent realized the need and the right of parents to a direct contact, but they hinder to convey it, apparently for fear of violent emotional reactions of parents.

The biggest differences in the indicated level of implementation of interventions evaluated by nurses and midwives, compared with the assessment of women's experience ($P = 0,0000$), were found out in the sphere of informing parents about the possibility of burial of aborted and previously withdrawn fetus. While nurses and midwives indicated that information of this nature are provided in 70 % of cases, only 47 % of women reported that they were informed about the possibility of burial of their child. We let us argue that despite the legislative amendment (Act no.470/2005) allowing the burial of stillborn, aborted or premature withdrawal of a human fetus, the parents are not informed about this possibility by medicals. Based on the responses of nurses and midwives (indignantly commented, respectively, stroke out the possibility of a burial of premature or withdrawn fetus) we conclude that the medicals probably inform of this possibility only those parents whom the child died at birth, after birth or in high pregnancy stage. The high score of utilization of this intervention has been achieved by selection of abortions.

Funeral and burial rituals allow to parents to express their pain, to perceive support

from family and friends (expression of sympathy). They help to the living siblings to accept the death of a sibling (they know where his grave is); (Stringham, 1982).

Unsuccessful pregnancy represents an event that affects all areas of woman life (families), especially if it is linked to the development of dysfunctional sadness, postabortive syndrome or other manifestations of complicated mourning. Taking care of a woman (family) with such experience necessarily requires a multi-disciplinary cooperation. On this basis, we tried to find out how often the nurses and midwives provide a contact with psychologists, support groups, respectively, with other professionals for women of unsuccessful pregnancy. Average scale values informing on the utilization of intervention amounted to a value 2,29 (occasionally). Percentage (proportion) of the average score and the maximum scale value refers to the use of psychological help (another expert or nurses and midwives are not involved into the care) in 57,25 % of cases. Women reported a similar proportion of mediated contacts (51,67 %).

By comparing the responses of women in Item VIII we found an interesting fact. Despite the fact that in more than fifty percent the women have the enabled contact with psychologists, they use it only minimally. The assistance of a psychologist in this item was rated as the least used coping strategy. However, if women seek this assistance, they rated it as highly effective ($\bar{x}\bar{x} = 1.44$, $\bar{x}\bar{x} = 2$ - helps me very much). We think that that result

is influenced to some extent by the still persistent prejudices in society, as well as by the absence of information support from health professionals (not only to mediate contact, but also to explain how the process of grieving courses, how a psychologist can be helpful, etc.).

Information support is another important part of a healthy grieving process. It should include: an open conversation about the birth/abortion, the circumstances/reasons (mean score of use in our studied group 3,30 = sometimes), an open conversation about the child, a stage of its development (average score of use in our studied group 2,38 = occasionally), an explanation of the process of grieving to parents (mean score of use in our studied group 1,87 = occasionally - never).

But the question remains how, although only sometimes or rarely, the nurses and midwives provide the information support to the women, when, according to the obtained results, they can not identify the signs of maladaptation (item III the first reference file, verifying the hypotheses H3) and thus it is clear that they do not know how the process of grieving courses. Statistically significant difference ($P = 0,0000$) were also found in the declarations (by nurses and midwives) of allowing the unrestricted contact with family (92 %) and of evaluation of granted options by patients (68,3 %).

Some limitation of contact with the family is supported by the fact that according to the words of nurses and midwives themselves (51,1 %) into the health care

of women with unsuccessful pregnancy they involve family only partially and mostly only the partner. Up to 20,6 % of respondents do not involve the family into the care at all.

We assume that the low level of implementation of nursing interventions has participated to some extent in our studied group of women with a history of failed pregnancy on a high prevalence of traumatic reactions, as well as on the equivocal results for the hypothesis H3.

Just nurses and midwives rated as the most difficult part of nursing care for women with unsuccessful pregnancy the psychological support of patients (67,2 %) and direct contact with a woman (43,9 %). They realize (87,8 %) that the nursing care can play an important role in preventing of maladaptative disorders. Therefore, to improve nursing care for this specific group of women the vast majority of nurses and midwives (57, 2 %) would welcome the completion of training courses in the sphere of perinatal loss. Although we have found nurses who refused this option very strictly, the majority showed willingness and need to obtain new information on the physiological support for grieving parents who lost their child. The disinterest of some group of nurses and midwives can be explained as a consequence of relatively large current claims, inadequate rewarding and not least of disincentives transformation measures (limited powers in respect of claims for education, etc.).

According to 45,6 % of nurses and midwives the quality would be increased by a humane

approach of staff and by the creation of standardized procedures (40,6 %).

DiMarco et al. (2002) studied the effect of educational programs for professionals' on the perception of perinatal loss. Perception of the emotional needs of women and families of experienced perinatal loss was different from the perception of the needs of women after abortion. Pretest also showed a lower susceptibility to emotional needs in general. In the test realized after completing of educational training for health professionals, they showed a higher sensitivity to the emotional needs of clients. Significantly higher score (almost the same as for perinatal loss) of perception after completing the educational program has been proven also in the perception of the needs of women after abortion. DiMarco in his study points out to the clear benefit of training courses for health professionals for the quality of care.

We share the view that the implementation of the latest scientific achievements in the sphere of promoting of physiological grieving in nursing care for women/families with unsuccessful pregnancy may contribute to higher efficiency, to humanization and individualization of care and ultimately extend the autonomous nursing practice.

LITERATURE

- [1] ADEYEMI, A. et al. 2008. Depressive Symptoms in a Sample Women Following Perinatal Loss. In *Journal of the National Medical Association*. ISSN 0027-9684, dec. 2008, vol. 100, no. 12, s. 1463-1468.
- [2] ARMSTRONG, D. S. 2002. Emotional distress and prenatal attachment in pregnancy after perinatal loss. In *Journal of Nursing Scholarship*. on line. 2002, vol. 34, no.4. citované 10. decembra 2008 pp. 339-346. Databáza PROQUEST. ISSN 1527-6546.
- [3] BOWLBY, J. et al. 1983. *Verlust, Trauer und Depression*. Frankfurt : Fisher. Podľa: HAŠTO, J. 2005. *Vzťahová väzba*. 1. vyd. Trenčín : vydavateľstvo F, 2005. 300s. ISBN 80-88952-28-X.
- [4] BOWLES S. V. et al. 2000. Acute and Post-traumatic Stress Disorder After Spontaneous Abortion. In *American family physician*. ISSN 0002-838X, Marec 2000, vol. 61, no. 6, p. 1689-1695.
- [5] BROWNLIE, K. - OIKONEN, J. 2004. Toward a Theoretical Framework for Perinatal Bereavement. In *British Journal of Social Work*. ISSN 0045-3102, 2004, vol. 34, no. 4. p. 517-529.
- [6] CISARIK, F. et al. 1996. Genetická prognostika v gravidite. In *Praktická gynekológia*. ISSN 1335-4221, 1996, roč. 3, č. 1, s. 9-14.
- [7] DiMARCO, M. et al. 2002. Effect of an educational bereavement program on health care professionals perceptions of perinatal loss. In *The Journal of Continuing education in Nursing*. ISSN 00220124, Jul/August 2002. vol. 33, no. 4, pp. 180-187.
- [8] GOLD, K. J. 2007. Navigating care after a baby dies: a systematic review of parent experiences with health providers. In *Journal of Perinatology*. ISSN 0743-8346, 2007. vol. 27, Iss. 4, pp. 230-237.
- [9] GORRIE, T. M. et al. 1994. *Foundations of Maternal Newborn Nursing*. 1st ed. Philadelphia : Saunders Company, 1994. 1041 p. ISBN 0-7216-4033-8.
- [10] GROUT, L. et al. 2000. The Myth of the Replacement Child: Parents Stories After Perinatal Death. In *Death Studies*. on line. Mar. 2000, vol. 24, Iss. 2, p. 93-113. cit. 11.1.2009 Databáza: HEALTH SOURCE: NURSING /ACADEMIC EDITION. ISSN 0748-1187.
- [11] HAŠTO, J. 2005. *Vzťahová väzba*. 1. vyd. Trenčín : vydavateľstvo F, 2005. 300s. ISBN 80-88952-28-X.
- [12] HEBERT, M. P. 1998. Perinatal bereavement in its cultural context. In *Death studies*. ISSN 0748-1187, 1998, vol.22, no. 1, p. 61-78.
- [13] HUNFELD, J. A. M. et al. 1996. Quality of life and Anxiety in Pregnancies After Late Pregnancy Loss: A Case-control Study. In *Prenatal Diagnosis*. ISSN 0197-3851, sept. 1996, vol. 16, no.9, p. 783-790.
- [14] HYDE BRYAR, S. 1997. One Day You are Pregnant and One Day You are Not : Pregnancy Interruption for Fetal Anomalies. In *JOGNN*. ISSN 1521-6934, 1997, vol. 26, no. 5, p. 559-566.

- [15] LANG, A. et al. 2001. Weathering the storm of perinatal bereavement via hardinewss. In *Death Studies*. ISSN 0748-1187, 2001, vol. 25, no.1, p. 497-511.
- [16] LEIFER, G. 2004. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství*. 1. české vyd. Praha : Grada, 2004. ISBN 80-247-0668-7.
- [17] LEMMER, C. M. 1991. Parental perceptions of caring following perinatal bereavement. In *Wester Journal of Nursing Research*. ISSN 0193-9459, 1991, vol. 13, no. 4, p. 475-493.
- [18] MAGYAROVÁ, G. 2005. Podpora rodičov pri úmrtí novorodenca – naše skúsenosti s aplikáciou štandardu. In *Trendy v ošetrovatelství IV*. Ostrava : Zdravotne sociálna fakulta Ostravskej univerzity. 2005. ISBN 80-7368-182-X.
- [19] MANSELL, A. 2006. Early pregnancy loss. In *Emergency Nurse*. ISSN 1354-5752, December 2006, vol. 14, Iss. 8, p. 26-28.
- [20] MATTSON, S. et al. 1993. *Core Curriculum for Maternal-Newborn Nursing*. Philadelphia : Saunders Company, 1993. 800 p. ISBN 0-7216-3122-3.
- [21] MENKE, J. A. - McCLEAD, R. M. 1990. Perinatal grief and mourning. In *Advances in Pediatrics*. ISSN 0065-310, 1990, vol. 37, p. 261-283.
- [22] POLTAWSKÁ, W. 1991. Psychické následky potratů. In *Úcta k životu - život nenarodený*. Praha : Zvon, 1991. ISBN 80-7113-010-9. s. 39 - 43.
- [23] ROBINSON, M. et al. 1999. The relationship of attachment theory and perinatal loss. In *Death Studies*. ISSN 0748-1187, 1999. vol. 23, no. 3, p. 257-271.
- [24] RYAN, R. E. 1991. Facilitating care after perinatal loss: A comprehensive checklist. In *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*. ISSN 0884-2175. vol. 20, no. 5 p. 385-389.
- [25] SIMONOVÁ, M. 1998. Psychické následky po potrate. In *NADÁCIA ÁNO ŽIVOTU – MATKY V NÚDZI. Miriam, prečo plačeš?* Trnava – Košice : Spolok sv. Vojtecha, 1998, 116-121.
- [26] STRINGHAM, J.G. et al. 1982. Silent birth: mourning a stillborn baby. In *Social Work*. ISSN 0037-8046, 1982, vol. 27, no. 4. p. 322-327
- [27] THOMPSON, S., J., P. 2001. *Framing history: The meaning parents ascribe to bereavement photographs received following perinatal loss* : dizertačná práca. s.l.: Duquesne University, 2001.161p.
- [28] URBANOVÁ, E. 2004. *Etické problémy spojené s interrupciou v druhom trimestri tehotenstva (Dizertačná práca)*. Martin : JLF UK. 2004.
- [29] WALLERSTEDT, CH. - HIGGINS, P. 1994. Perinatal Circumstances That Evoke Differences in the Grieving Response. In *The Journal of Perinatal Education*. ISSN 1058-1243, Jun 1994, vol.3, Iss. 2, p. 35-40.

PODPORA FYZIOLOGICKÉHO SMÚTENIA U ŽIEN S PERINATÁLNOU STRATOU

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

PhDr. Mária Lehotská, PhD.
Katolícka univerzita v Ružomberku
Fakulta zdravotníctva
Katedra ošetrovateľstva
Nám. A. Hlinku 48
03401 Ružomberok
Slovenská republika



ABSTRACT

Úvod: Článok sa zaoberá problematikou adaptačného procesu v postabortívnom období a v situácii perinatálnej straty. Poukazuje na fyziologický priebeh smútenia a na jeho možné poruchy. Zdôrazňuje úlohu sestier a pôrodných asistentiek v podpore zdravého smútenia, ako aj v prevencii a včasnom záchyte maladaptívnych porúch.

Súbor a metódy: Výskumu sa zúčastnilo 161 žien s anamnézou potratu a perinatálnej straty a 180 sestier a pôrodných asistentiek. Metódu zberu údajov predstavoval dotazník.

Ciele: Cieľom výskumu bolo identifikovať najčastejšie pocity, potreby a skúsenosti žien s neúspešným tehotenstvom. Zistiť mieru využívania špecifických ošetrovateľských intervencií v prevencii maladaptácie. Identifikovať faktory vplývajúce na adaptáciu, ako aj najčastejšie maladaptívne prejavy u jednotlivých typov straty.

Výsledky: Výskumom sa potvrdila vysoká prevalencia porúch adaptácie v bezprostrednom ako aj v neskoršom (priemer 2,1 roka) období po strate, a to nezávisle od jej typu. Najčastejšia reakcia na stratu bola traumatická – opísané reakcie a pocity spĺňali kritériá pre akútnu stresovú poruchu, post-traumatickú stresovú poruchu a postabortívny syndróm – bezprostredne po strate (96,6 %), s odstupom dvoch rokov (75,3 %). Zistili sme tiež nízku mieru uplatňovania špecifických ošetrovateľských intervencií. Najväčší vplyv na adaptáciu mala predovšetkým podpora partnera. Získané výsledky sa do značnej miery zhodujú so súčasným revidovaným pohľadom na problematiku neúspešného tehotenstva.

KLÍČOVÁ SLOVA:

podpora fyziologického smútenia,
perinatálna strata, neúspešné
tehotenstvo, výročný assessment

ŠPECIÁLNE TERAPIE A ICH VYUŽÍVANIE V DENNÝCH STACIONÁROCH NA SLOVENSKU A V ČECHÁCH

SILVIA MORÁVKOVÁ
DENNÝ STACIONÁR PRE ĽUDÍ
POSTIHNUTÝCH AUTIZMOM



ABSTRAKT

V našej práci sme sa zaoberali využívaním špeciálnych terapií v denných stacionároch pre deti a mládež s postihnutím v Slovenskej a Českej republike. Venovali sme sa súčasnému stavu v oblasti rehabilitácie ľudí s postihnutím, špeciálnym terapiám, ich liečebným potenciálom a ich praktickou aplikáciou v zariadeniach. Bližšie sme sa zaoberali ergoterapiou, arteterapiou, muzikoterapiou, hipoterapiou a canisterapiou. Cieľom výskumu bolo porovnať aktuálnu situáciu v oblasti poskytovania vybraných špeciálnych terapií v denných stacionároch na Slovensku a v Čechách. Výskumnou metódou bol samostatne zostavený dotazník, ktorý sme rozposlali do vybraných denných stacionárov. Vo výsledkoch sme zisťovali hlavné rozdiely v druhoch poskytovaných špeciálnych terapií, vo frekvencii ich vykonávania, v personálnych a priestorových podmienkach na vykonávanie špeciálnych terapií v denných stacionároch v Slovenskej a Českej republike. Porovnali sme aj finančné a materiálno-technické podmienky na vykonávanie špeciálnych terapií v denných stacionároch. Tiež sme sa venovali zvlášť problematike financovania špeciálnych terapií a ponúkli sme možnosti riešenia.

KLÍČOVÁ SLOVA:

rehabilitácia ľudí s postihnutím,
špeciálne terapie, denný stacionár

ÚVOD

Rehabilitácia je súbor postupov, ktorých cieľom je umožniť osobám so zdravotným postihnutím, aby dosiahli a zachovali si optimálnu fyzickú, zmyslovú, intelektovú, psychickú alebo sociálnu úroveň funkcií a boli v najvyššej možnej miere nezávislé“ (Matoušek a kol., 2005, s. 92). Tým sa zachová optimálna kvalita jeho života, čo vedie k životnej spokojnosti.

V našej práci sme sa zamerali na liečebné prostriedky ucelenej rehabilitácie, ktoré zahŕňajú špeciálne terapie a ich praktické využívanie u ľudí s postihnutím (Jankovský 2001, s. 16). ucelenou rehabilitáciou pomenúva konkrétny súbor aktivít, ktoré majú za cieľ vytvoriť optimálne podmienky pre prirodzenú integráciu populácie s postihnutím v spoločnosti. Uvádza tiež, že ucelená rehabilitácia má rozhodujúci význam práve v rámci starostlivosti o ľudí s postihnutím. Predpokladá vytvorenie funkčného multidisciplinárneho tímu, v ktorom má každý odborník svoje špecifické postavenie. Vzájomné prelínanie a interdisciplinarita viacerých odborov, ktoré tu vystupujú do popredia je dôležitá pre vytvorenie a udržanie najlepších možných podmienok pre týchto ľudí. V našej práci sme sa venovali vybraným špeciálnym terapiám: ergoterapii, arteterapii, muzikoterapii a zooterapiám.

ERGOTERAPIA – LIEČBA ZMYSLUPLNOU ČINNOSŤOU

Svetová federácia ergoterapeutov (2015, s. 1) definuje ergoterapiu ako profesiu, ktorá sa zameriava

na podporu zdravia a celkovej pohody jedinca prostredníctvom zamestnania. Primárnym cieľom ergoterapie je umožniť ľuďom zúčastniť sa každodenných aktivít. Ergoterapeuti dosahujú tohto cieľa tak, že sa snažia pomôcť ľuďom uskutočňovať činnosti, ktoré zvyšujú možnosť ich začlenenia.

Krivošíková (2011, s. 21) uvádza ciele ergoterapie:

- Podporuje zdravie a duševnú pohodu osoby prostredníctvom zmysluplnej aktivity,
- Pomáha zlepšovať schopnosti, ktoré osoba potrebuje pre zvládanie bežných denných činností, pracovných činností a aktivít voľného času,
- Umožňuje osobe naplňovať sociálne role,
- Napomáha k plnému zapojeniu osoby do aktivít jeho sociálneho prostredia a komunity,
- Uplatňuje terapiu zacielenú na klienta, ktorý je aktívnym účastníkom terapie a podieľa sa na plánovaní a procese terapie,
- Usiluje o zachovanie príležitosti zúčastňovať sa aktivít každodenného života všetkým osobám bez ohľadu na ich zdravotné postihnutie alebo znevýhodnenie.

Hintnausová a Hintnaus (1999, s. 10-14) vo svojej príručke približujú skúsenosti z Detského centra ARPIDA (Česká republika), ktoré má bohaté skúsenosti s ergoterapiou. Veľa zariadení uvádza, že

vykonávajú ergoterapiu so svojimi klientmi, ale zamieňajú si to často s pracovnou rehabilitáciou a táto je často vykonávaná človekom, ktorý nemá dostatočné znalosti v tejto oblasti. V ergoterapii má mať svoje miesto metóda samostatných pokusov a omylov a tiež je dôležité vedenie ergoterapeuta – učenie pomocou druhej osoby.

ARTETERAPIA A MUZIKOTERAPIA – LIEČBA UMENÍM

Pri arteterapii a muzikoterapii sa využíva liečebný potenciál umenia. Arteterapia sa používa pri práci s rôznymi typmi klientov. Môže byť súčasťou terapie mentálne handicapovaných a je tiež veľmi vhodná aj pre ľudí s poruchami autistického spektra. Vzťah terapeuta s klientom je najdôležitejším liečebným faktorom. Arteterapia podobne ako aj ostatné špeciálne terapie má svoje formy. Podľa Šickovej-Fabrici (2006, s. 47) ju môžeme v zariadení aplikovať formou: individuálnej alebo skupinovej. Pri individuálnej arteterapii má klient terapeuta k dispozícii len pre seba a vzniká tak intenzívny emocionálny zážitok styku s chápaným človekom. Skupinová arteterapia je náročnejšia forma, hlavne pre arteterapeuta.

Americké muzikoterapeutické združenie (2015, s. 1) uvádza, že muzikoterapia využíva overené hudobné intervencie na dosiahnutie individuálnych cieľov v rámci terapeutického vzťahu medzi klientom a profesionálom, ktorý absolvoval schválený muzikoterapeutický program. Hudba pomáha riešiť fyzické, emocionálne,

kognitívne a sociálne potreby jednotlivcov. Prostredníctvom hudobného zapojenia v terapeutickom kontexte, sú schopnosti klientov posilnené a prevedené do iných oblastí ich života. Muzikoterapia tiež poskytuje cesty ku komunikácii pre tých, ktorí majú ťažkosti sa vyjadriť slovami. Výskumy v muzikoterapii podporujú jej účinnosť v mnohých oblastiach, ako sú: celková fyzická rehabilitácia a uľahčenie pohybu, zvýšenie motivácie ľudí, poskytuje emocionálnu podporu pre klientov a ich rodiny a poskytuje priestor pre vyjadrenie pocitov.

ZOOTERAPIA – LIEČBA POMOCOU KONTAKTU SO ZVIERAŤOM

Ako uvádza Hrozenská a kol. (2008, s. 122) zooterapie sa v posledných rokoch dostávajú do popredia záujmu odborníkov – pracovníkov zdravotníckych zariadení i zariadení sociálnych služieb, v ktorých sú klientmi práve ľudia s postihnutím. My sme si spomedzi viacerých druhov zooterapií vybrali najpoužívannejšie druhy: hipoterapiu a canisterapiu. Pri hipoterapii ide o aktivity spojené s rehabilitáciou človeka pomocou koňa. „Azda v žiadnej liečebnej metóde nedochádza k takému tesnému a organickému, vzájomne facilitujúcemu prepojeniu bio-psycho-sociálnych faktorov ako v hipoterapii“ (Gúth a kol., 2005, s. 327). Hipoterapia sa najčastejšie využíva pri rehabilitácii ťažkých neurologických postihnutí, akými sú napr. detské mozgové obrny. Pri hipoterapii s týmito klientmi môžeme využívať prvky rytmizácie dychu, reči, cvikov k zlepšeniu rovnováhy.

Canisterapia ako jedna zo špeciálnych terapií sa tiež pomaly dostáva do Domovov sociálnych služieb a denných stacionárov a pravidelná návšteva psíkom začína byť žiadaná klientmi i personálom. Je stavaná zatiaľ na dobrovoľnej báze. Ide totiž o činnosť veľmi náročnú i nákladnú. Pri canisterapii sa využíva liečebné pôsobenie psa. Eisertová (In: Velemínsky a kol., 2007, 174-176) uvádza, že pes je motiváciou k rehabilitácii, polohovaním napomáha k uvoľneniu spasticity, pomáha v rozvíjaní motoriky, je zdrojom zlepšenia komunikácie, zlepšuje nadväzovanie sociálnych kontaktov. Pes je zdrojom mnohých stimulov pre osoby s postihnutím. Aj keď je dieťa ťažko postihnuté, vždy je schopné vnímať somatické podnety, ktoré mu sprostredkuje pes. Významný je dych psa, ktorý je plynulý a dieťa veľmi upokojuje.

CIELE A METÓDY

Téma špeciálnych terapií sa v súčasnej dobe dostáva stále viac do popredia. Väčšina výskumných prác sa zaoberá konkrétne len jednou terapiou a výskumy sú skôr kvalitatívne. My sme chceli v našom výskume zistiť súčasnú situáciu v denných stacionároch. Zaujímalo nás ako sa využíva rozmanité spektrum špeciálnych terapií. Chceli sme porovnať túto situáciu na Slovensku a v Čechách. Zaujímalo nás, či sú viditeľné rozdiely v praxi týchto zariadení. Naším cieľom bolo zistiť a porovnať aktuálnu situáciu v oblasti poskytovania vybraných špeciálnych terapií v denných stacionároch v Slovenskej a Českej republike.

Konkrétne sme sledovali tieto ciele:

- zistiť rozdiely vo variabilite poskytovaných špeciálnych terapií vykonávaných v denných stacionároch v Slovenskej a Českej republike,
- zistiť rozdiely vo frekvencii vykonávania špeciálnych terapií v denných stacionároch v Slovenskej a Českej republike,
- zistiť rozdiely v personálnych a priestorových podmienkach na vykonávanie špeciálnych terapií v denných stacionároch v Slovenskej a Českej republike,
- zistiť rozdiely vo finančných a materiálno-technických podmienkach na vykonávanie špeciálnych terapií v denných stacionároch v Slovenskej a Českej republike.

Náš výskum bol kvantitatívny. Výskumnou metódou bol nami zostavený dotazník, ktorým sme zisťovali základné informácie v oblasti špeciálnych terapií a podmienky na ich vykonávanie v denných stacionároch v Slovenskej a Českej republike. Dotazník sme rozposlali do denných stacionárov na Slovensku a v Čechách, spolu to bolo 99 zariadení. Konečný počet zariadení, ktoré nám dotazník vyplnili bolo 36 spolu. Na dotazník nám odpovedala kompetentná osoba za konkrétne zariadenie, napr. vedúci zariadenia, sociálny pracovník. Výsledky sme spracovali prostredníctvom tabuliek početností ako uvádza aj Chráska (2007, s. 85). Základné triedenie sme robili pomocou tzv. čiarkovacej *metódy*. Vo výsledkoch sme spracovali jednotlivé

odpovede do tabuliek, kde sme uviedli početnosti, percentuálne zastúpenie, či priemery.

VÝSLEDKY A DISKUSIA

Pri vyhodnocovaní výsledkov bolo dôležité nezabúdať na to, že počet odpovedajúcich zariadení pre Slo-venskú a Českú republiku nebol totožný (16 slovenských a 20 českých). Preto sme uviedli v tejto tabuľke okrem početnosti (n_i) aj percentuálne vyjadrenie, z denných stacionárov, ktoré odpovedali, aby neprišlo k skresleniu údajov. V tabuľke sme zachytili variabilitu poskytovaných špeciálnych terapií v denných stacionároch.

Tab. 1: Variabilita vykonávaných špeciálnych terapií

Špeciálne terapie	Denné stacionáre - Slovensko		Denné stacionáre - Česko	
	n_i	%	n_i	%
ergoterapia	15	93,8	13	65,0
arteterapia	15	93,8	13	65,0
muzikoterapia	13	81,3	16	80,0
hipoterapia	8	50,0	12	60,0
canisterapia	3	18,8	15	75,0
iná terapia	8	50,0	10	50,0

Pri zisťovaní rozdielov vo variabilite poskytovaných špeciálnych terapií medzi zariadeniami na Slovensku a v Čechách sme zistili, že rozdiely sú v najčastejšie vykonávanom druhu špeciálnych terapií. Na Slovensku to je ergoterapia a arteterapia a v Čechách muzikoterapia. Najväčší rozdiel je vo vykonávaní canisterapie. Ako sme mali možnosť zistiť aj z praxe so zooterapiami sme sa v denných stacionároch na Slovensku stretli väčšinou len s **hipoterapiou**. **Ďalej sme zistili, že v slovenských zariadeniach sú väčšie výkyvy vzhľadom k počtu zariadení, ktoré dané terapie vykonávajú.** Je viditeľné, že niektoré špeciálne terapie sa vykonávajú len v malom počte slovenských

denných stacionárov. V českých denných stacionároch oveľa rovnomernejšie vykonávajú všetky druhy. Možno je to spôsobené aj sociálnou politikou každej krajiny, teda **zákonmi či financovaním jednotlivých terapií.**

Pri zisťovaní frekvencie, zariadenia v dotazníku označili koľkokrát do týždňa, či do mesiaca vykonávajú uvedené špeciálne terapie. Do frekvenčnej tabuľky sme priradili aj možnosť rôzne, keďže práve takto odpovedali niektoré zariadenia. Vyplýva to z toho, že ku každému klientovi pristupujú individuálne, a to vyžaduje prispôbiť aj individuálny časový harmonogram špeciálnych terapií.

Tab. 2: Priemery frekvencie vykonávaných špeciálnych terapií za týždeň

špeciálne terapie	SR priemer/týždeň	ČR priemer/týždeň
ergoterapia	4,13	3,77
arteterapia	3,47	3,08
muzikoterapia	3,77	3,06
hipoterapia	1,75	1,67
canisterapia	2,67	1,60
iná terapia	3,63	2,20

Pri komparácii zariadení na Slovensku a v Čechách môžeme vidieť, že frekvencia ergoterapie, arteterapie a muzikoterapie je podobná. Najvyšší bol počet zariadení, ktoré tieto terapie vykonávajú 5x za týždeň (každý deň) na Slovensku aj v Čechách. Hipoterapiu vykonávajú zariadenia taktiež podobne. Najčastejšie to bolo 1x za týždeň. Canisterapia sa na Slovensku robí len v malom počte zariadení, aj frekvencia bola rôzna. V českých zariadeniach vidíme najčastejšie pravidelné vykonávanie 1x za týždeň. V českých denných stacionároch sa oveľa viac vykonávanie špeciálnych terapií robí rôzne. Teda viac prispôbujú špeciálne terapie individuálnym potrebám klientom.

Pri zisťovaní personálneho zastúpenia špeciálnych terapií odpovedali zariadenia zvlášť u každej terapie. Bolo treba zistiť to u každej terapie samostatne, keďže sme sa aj v praxi stretli, že rozličné terapie vykonávajú rôzni odborníci a niekedy sa vykonávajú aj neodborne.

Tab. 3: Personálne zastúpenie jednotlivých špeciálnych terapií

Terapia		pracovník zariadenia s akreditačným vzdelaním	certifikovaný pracovník za- riadenia	pracovník zariadenia s iným vzde- laním	externý odbor- ník	iné
ergoterapia	SR (n _i 15)	4	3	11	–	–
	ČR (n _i 13)	4	5	6	1	–
arteterapia	SR (n _i 15)	5	2	8	1	–
	ČR (n _i 13)	7	3	4	1	1
muzikoterapia	SR (n _i 13)	2	4	9	3	–
	ČR (n _i 16)	7	4	4	4	1
hipoterapia	SR (n _i 8)	1	3	2	1	2
	ČR (n _i 12)	2	4	–	8	–
canisterapia	SR (n _i 3)	–	1	1	–	1
	ČR (n _i 15)	2	2	–	13	–
iná terapia	SR (n _i 8)	1	1	5	1	1
	ČR (n _i 10)	4	1	3	1	1

Ďalšie zistenie z nášho výskumu bolo, že existujú rozdiely v personálnych podmienkach na vykonávanie jednotlivých špeciálnych terapií medzi dennými zariadeniami na Slovensku a v Čechách. Denné stacionáre v Českej republike disponujú oveľa viacej akreditovanými pracovníkmi, ktorí terapie vykonávajú ako na Slovensku. Môžeme porovnať, že v Čechách celkovo oveľa viacej využívajú externých odborníkov. V tomto je teda značný rozdiel. V denných stacionároch na Slovensku sa skutočne málo využíva prepojenie s externými odborníkmi. Práve využívanie externých odborníkov na špeciálne terapie je podľa nášho názoru v denných stacionároch veľmi dôležité. Viditeľné je to hlavne u zvieracích terapií. Myslíme si, že hlavne preto sa v slovenských zariadeniach vykonávajú menej, že nemajú odborníkov, ktorí by ich robili. Práve využívanie externých odborníkov je dobrým riešením.

Ďalej sme zisťovali, či sú rozdiely v priestorových podmienkach na vykonávanie špeciálnych terapií v denných stacionároch v Slovenskej a Českej republike. Spracovali sme otázku, v ktorej sa zariadenia mali vyjadrovať na intervalovej Likertovej škále, aké majú možnosti na vykonávanie špeciálnych terapií z hľadiska priestorov. Na Slovensku zariadenia označili najčastejšie, že majú dobré priestorové podmienky. V českých zariadeniach najčastejšie odpovedali, že majú veľmi dobré a dobré podmienky (zhodne 7 zariadení). Jedno zariadenie odpovedalo, že disponujú veľmi zlými priestorovými podmienkami a tri zariadenia disponujú vynikajúcimi podmienkami. Keďže odpovede na intervalovej škále boli pestré, uvádzame tabuľku, kde sme vypočítali priemer z odpovedí na škále pre zariadenia na Slovensku aj v Čechách. Jednotky na škále sme označili číslami od vynikajúce – 5 až po veľmi zlé – 1.

Tab. 4: Priemery priestorových možností na vykonávanie špeciálnych terapií

Denné stacionáre	Priemer zo škály
SR	3,19
ČR	3,45

Ďalej sme zisťovali prostriedky čerpania finančných prostriedkov na poskytovanie špeciálnych terapií. Slovenské denné stacionáre najčastejšie využívajú na špeciálne terapie príspevky od sponzorov (11 zariadení). V českých zariadeniach sú to taktiež príspevky od sponzorov (14 zariadení), ale tiež príspevky zo štátu (14 zariadení). Príspevky od rodičov sa oveľa viacej využívajú v českých zariadeniach. V súvislosti s týmto aj Jankovský (2001, s. 10) uvádza, že v českom dennom stacionári ARPIDA samotní rodičia budovali toto zariadenie z vlastných finančných zdrojov a zriadili priestory pre komplexnú starostlivosť o ťažko zdravotne postihnuté deti. Na základe toho môžeme usúdiť, že práve rodičia

aktívne finančne podporujú svoje deti pri komplexnej rehabilitácii. Financie z projektov a samofinancovanie je pre obe republiky podobné. Ďalej zariadenia na Slovensku aj v Čechách zhodne najčastejšie označili, že majú dobré finančné možnosti na vykonávanie špeciálnych terapií. Taktiež bolo zhodné, že ani v slovenských ani v českých denných stacionároch neoznačili odpoveď vynikajúce. Uvádzame tabuľku, ktorá nám môže pomôcť pri komparácii. Znova uvádzame priemery finančných možností, ktoré sme získali z odpovedí na škále.

Tab. 5: Priemery finančných možností na vykonávanie špeciálnych terapií

Denné stacionáre	Priemer zo škály
SR	2,75
ČR	2,90

Z tabuľky môžeme vidieť veľmi podobné výsledky pre zariadenia na Slovensku aj v Čechách.

Posledné je porovnanie materiálno-technických možností na vykonávanie špeciálnych terapií na Slovensku a v Čechách. V zariadeniach na Slovensku majú najčastejšie dobré materiálno-technické možnosti a v Čechách veľmi dobré. V nasledujúcej tabuľke sme uviedli priemery, ktoré sme vypočítali z odpovedí. Opäť sú veľmi podobné výsledky.

Tab. 6: Priemery materiálno-technických možností na vykonávanie špeciálnych terapií

Denné stacionáre	Priemer zo škály
SR	3,56
ČR	3,60

V materiálno-technických možnostiach teda vzhľadom ku škálovému hodnoteniu neexistujú rozdiely. Z vlastnej praxe sme mohli vidieť, že aj zariadenia na Slovensku majú skutočne veľmi dobré možnosti na vykonávanie špeciálnych terapií. Disponujú účelne zariadenými miestnosťami aj pomôckami.

Zaujímavé bolo tiež zistenie, ktoré sa nám objavilo pri otvorenej otázke, kde mali zariadenia napísať, čo by v danej oblasti zmenili či zlepšili. Jedno české zariadenie odpovedalo: „Chcelo by to zmeniť oblasť času a financií. Financie na mzdy špeciálne vyštudovaných terapeutov sú vzhľadom k finančným možnostiam na pomôcky nepomer. Skôr získame vybavenie než financie na mzdu terapeuta. Od toho sa odvíja málo času na terapiu – dieťa s postihnutím potrebuje denne fyzioterapiu, ergoterapiu..., ale jedna terapeutka našich 35 klientov denného stacionára nezvládne“. Práve v ňom sa ukrýva celá podstata

a problém vykonávania špeciálnych terapií ako aj vzťah medzi finančnými a materiálnymi podmienkami. Je to práve o tom, že financie získajú, ale tie sú na materiálno-technické vybavenie.

Náš prieskum sme sa rozhodli doplniť o analýzu obsahu otvorenej otázky v našom dotazníku, kde sme sa zariadení pýtali, čo by chceli v tejto oblasti zmeniť. Práve táto časť by teda mohla byť významná a poukázať na možné rozdiely či podobnosti medzi zariadeniami.

Tab. 7: Vyjadrenia denných stacionárov o možnostiach na zmenu

Čo by chceli zariadenia zlepšiť	Počet zariadení v SR	Počet zariadení v ČR	Počet zariadení spolu
Financovanie špeciálnych terapií	6	6	12
Možnosť ďalšieho vzdelávania zamestnancov	3	3	6
Dostupnosť zooterapií	3	2	5
Priestorové podmienky	-	2	2
Odborníci a odborné asociácie	2	-	2
Externí pracovníci s akreditovaným vzdelaním	1	-	1
Materiálno–technické zabezpečenie	1	-	1
Lepšie prepojenie s verejnosťou	-	1	1
Sme v danej oblasti spokojný	2	-	2

Keďže bol počet odpovedajúcich zariadení na túto otázku rovnaký, môžeme komparovať odpovede pre zariadenia na Slovensku a v Čechách. Viditeľne bol najväčší počet zariadení v oboch republikách, ktoré by chceli zlepšiť financovanie špeciálnych terapií. Ako sme už uviedli veľmi páľčivá je práve oblasť financovania. K tejto oblasti sa vyjadril rovnaký počet zariadení na Slovensku aj v Čechách. Tiež zariadenia cítia potrebu ďalšieho vzdelávania sa zamestnancov v oblasti špeciálnych terapií, no aj s tým sa spájajú ďalšie problémy ohľadom dostupnosti a financovania najmä na Slovensku. Tiež by prijali väčšiu dostupnosť zooterapií.

ZÁVER

Na záver uvádzame konkrétne odporúčania pre prax. Pri ich formulovaní nám pomohli tiež odpovede denných stacionárov, čo by chceli v danej oblasti zmeniť.

Zmeniť a zlepšiť financovanie. Pre vykonávanie špeciálnych terapií je treba mať finančné zázemie nielen na mzdu odborníka, ale aj na náklady spojené s prevádzkovaním činnosti. Riešením by mohlo byť príklad krajín so silnou ekonomikou a službami v zdravotníctve a sociálnej oblasti. Je treba, aby bol odborný lekár dobre oboznámený s pozitívami liečby prostredníctvom týchto terapií. Mohol by predpísať liečbu na poukaz, pričom by bola hrazená poskytovateľovi – špeciálnemu terapeutovi, ktorý spĺňa stanovené podmienky na vykonávanie danej terapie. Tým by mohli prichádzať aj externí odborníci do denných stacionárov a ponúkať svoje služby.

Zaistiť odborné vykonávanie špeciálnych terapií. Úroveň poskytovania špeciálnych terapií je rôzna a je potrebné, aby sa rozlišovalo, či skutočne ide o špeciálnu terapiu. Niektoré zariadenia napr. záujmový krúžok kreslenia nazývajú arteterapiou a je vykonávaná človekom s nedostatočným vzdelaním pre túto činnosť. To môže viesť k skreslenému pohľadu na účinky a vykonávanie špeciálnych terapií. Je dôležité, aby si zamestnanci doplnili akreditované vzdelávanie v jednotlivých druhoch terapie, aby mali lepší prístup k informáciám a vzdelávaniu. Medzi dennými stacionármi a Asociáciami

zaoberajúcimi sa výkonom špeciálnych terapií by malo byť lepšie prepojenie. Napr. Zákon o sociálnych službách by mal vymedziť možnosti pre vzdelávanie zamestnancov zariadení v špeciálnych terapiách a poskytnúť im pre to aj podmienky. Ak by prichádzalo k ich odbornému vykonávaniu, tak by sa špeciálne terapie mohli stať uznávanými terapiami a štát by mohol finančne prispievať na vzdelávanie zamestnancov v Asociáciách.

Doplniť vzdelávateľov v oblasti špeciálnych terapií. Na Slovensku je málo organizácií, ktoré umožňujú vzdelávať sa v oblasti špeciálnych terapií. Mohli by sme si zobrať príklad z Čiech, kde sa začína rozvíjať vzdelávanie v tejto oblasti na vysokých školách. Práve zdravotno-sociálne fakulty ponúkajú konkrétne odbory pre špeciálne terapie, napr. zooterapie.

Viacej odborných asociácií, ktoré by zastrešovali jednotlivé terapie. Tým by bolo aj viac možností na vzdelávanie personálu. Je potrebné, aby asociácie v tejto oblasti vydávali vlastné publikácie, články, pracovné stretnutia a tým pomáhali denným stacionárom v zlepšovaní špeciálnych terapií.

LITERATURA

- [1] AMERICAN MUSIC THERAPY ASSOCIATION. 2015. *What is Music Therapy*. [online]. [cit. 2015-10-04]. Dostupné na internete: <<http://www.musictherapy.org/about/musictherapy/>>.
- [2] GÚTH, A. a kol. 2005. *Liečebné metodiky v rehabilitácii pre fyzioterapeutov*. Bratislava : Liečreh Gúth, 2005. 472 s. ISBN 80-88932-16-5.
- [3] HINTNAUSOVÁ, M. – HINTNAUS, L. 1999. *Účast rodičů a pedagogů při ergoterapii dětí se zdravotním postižením*. Praha : Institut pedagogicko-psychologického poradenství ČR, 1999. 27 s.
- [4] HROZENSKÁ, M. a kol. 2008. *Sociálna práca so staršími ľuďmi a jej teoreticko-praktické východiská*. Martin : Osveta, 2008. 180 s. ISBN 978-80-8063-282-3.
- [5] CHRÁSKA, M. 2007. *Metody pedagogického výzkumu: Základy kvantitativního výzkumu*. Praha : Grada Publishing a.s., 2007. 272 s. ISBN 978-80-247-1369-4.
- [6] JANKOVSKÝ, J. 2001. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením*. Praha : Triton, 2001. 158 s. ISBN 80-7254-192-7.
- [7] KRIVOŠÍKOVÁ, M. 2011. *Úvod do ergoterapie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 364 s. ISBN 978-80-247-2699-1.
- [8] MATOUŠEK, O. a kol. 2005. *Sociální práce v praxi*. Praha : Portál, 2005. s. 89-109. ISBN 80-7367-002-X.
- [9] ŠICKOVÁ-FABRICI, J. 2006. *Arteterapia – Ú(zá)žitkové umenie?*. Bratislava: Petrus, 2006. 273 s. ISBN 80-89233-10-4.
- [10] VELEMÍNSKÝ, M. a kol. 2007. *Zooterapie ve světle objektivních poznatků*. České Budějovice : Dona, 2007. 335 s. ISBN 978-80-7322-109-6.
- [11] WORLD FEDERATION OF OCCUPATIONAL THERAPISTS. 2015. *Definition of Occupational Therapy*. [online]. [cit. 2015-09-04]. Dostupné na internete: <<http://www.wfot.org/AboutUs/AboutOccupationalTherapy/DefinitionofOccupationalTherapy.aspx>>.

THE SPECIAL THERAPIES AND THEIR USING IN DAILY INSTITUTIONS IN SLOVAKIA AND CZECH REPUBLIC



ABSTRACT

In our work, we focused on special therapies using in daily institutions for disabled children and youth in Slovak and Czech Republic. We concerned on actual situation in the field of rehabilitation of people with disabilities, special therapies, their therapeutic potential and their practical application in the institutions. Specifically we dealt with occupational therapy, art therapy, music therapy, hippotherapy and canistherapy. The goal of the research was to compare the actual situation in the field of selected special therapies in daily institutions in Slovakia and Czech Republic. Research method was a independently made questionnaire, that we sent out to selected daily institutions. In the results, we found out the main differences in the types provided special therapies, in the frequency of their implementation, in personnel and spatial conditions for the using of specific therapies in daily institutions in Slovakia and the Czech Republic. We compared the financial and material-technical conditions for the using of special therapies in daily institutions. We also focused on particular issue of funding for special therapies and we offered possible solutions.

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

Mgr. Silvia Morávková
sociálna pracovníčka
Denný stacionár pre deti a mládež
postihnuté autizmom
Baničova č. 14
949 12 Nitra
Slovenská republika
E-mail: silvika.moravkova@gmail.com

KEYWORDS:

rehabilitation, people with disabilities,
special therapies, daily institution

EDUKAČNÍ ÚLOHA SESTRY PŘI CÉVNÍ MOZKOVÉ PŘÍHODĚ

LADA NOVÁKOVÁ
VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNÍCTVA
A SOCIÁLNEJ PRÁCE SV. ALŽBETY

LADA CETLOVÁ
VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ
JIHLAVA

ABSTRAKT

Cévní mozková příhoda (CMP) je definována, jako onemocnění projevující se klinickým obrazem, zabývá se otázkou jednotlivých rizikových faktorů, problematikou diagnostiky a léčby. Nedílnou součástí i je prevence a ošetrovatelské péče o pacienta s daným onemocněním. Dále došlo k vymezení problematiky edukace, popisu jednotlivých fází edukačního procesu, definování cílů a druhů metod edukace. Výzkumnou metodu jsme zvolili použití standardizovaného dotazníku Hodnocení kvality života po cévní mozkové příhodě SS - QOL. Dotazník byl distribuován dvěma cílovým skupinám respondentů. Jednu skupinu tvořili pacienti, kteří prodělali cévní mozkovou příhodu. Celkem se výzkumu účastnilo 248 pacientů. Druhou oslovenou skupinou respondentů byly sestry pracující na neurologickém oddělení, kterým byl distribuován dotazník doplněný o demografické údaje. Celkem se výzkumu zúčastnilo 187 sester. Výzkumné šetření probíhal v osmi zdravotnických zařízeních. Mapovali jsme otázku vlivu vzdělání a délky praxe sester na vyhodnocení potřeb a priorit pacientů po prodělaném onemocnění. Zaměřili jsme se i na otázku vzdělávání.

KLÍČOVÁ SLOVA:

cévní mozková příhoda, edukace,
ošetrovatelství, prevence

Cévní mozková příhoda je akutní onemocnění, při kterém dochází k poškození mozkové tkáně. Jde o závažné invalidizující onemocnění s vysokou mortalitou, které postihuje stále větší počet lidí. Ročně postihne v České republice až 40 tisíc pacientů. Jedna třetina pacientů umírá a to převážně z důvodů pozdního залечení, až u 45 % pacientů dochází k ochrnutí poloviny těla, u 22 % pacientů lze pozorovat poruchy chůze a bezmála 15 % pacientů má problémy s řečí. Riziko vzniku onemocnění se zvyšuje s přítomností rizikových faktorů. Mezi neovlivnitelné rizikové faktory řadíme například věk, pohlaví či genetické vlivy. Za ovlivnitelné faktory považujeme například pohybovou aktivitu, udržování optimální tělesné hmotnosti, omezení soli, tuků a cukrů. Dalším ovlivnitelným faktorem je omezení kouření, konzumace alkoholu, ale i preventivní kontroly u praktického lékaře. Prevence je zaměřena jednak na zabránění vzniku onemocnění, na edukaci, na snahu zabránit atace s vazbou na správně vedenou léčbu. Cílem edukace je osvojení si nových poznatků, získávání vědomostí, dovedností a dosažení změny chování jednotlivce. Pacient má právo na přístup k informacím a v ošetrovatelství je edukace jistou formou předávání konkrétních sdělení. Správně vedená komunikace ze strany sestry upevňuje u pacienta pocit důvěry. Jednotlivé role sestry vycházejí z pomoci jednotlivcům, rodinám a skupinám. Aby bylo možné poskytovat kvalitní a bezpečnou ošetrovateľskou péči u pacientů po prodělané cévní mozkové příhodě spojenou s účelně vedenou

edukací, je žádoucí, aby se sestry cíleně v dané problematice vzdělávaly. Jelikož ne vždy je ošetrující zdravotnický personál dostatečně informován o příčinách, prevenci a komplikacích související s cévní mozkovou příhodou. Na základě vzdělávání sestra může lépe vyhodnotit potřeby a priority pacientů s vazbou na kvalitu života po prodělaném onemocnění. Vzhledem k tomu, že se pacient na základě onemocnění stává často závislým na svém okolí, je zde důležitá i spolupráce rodiny, která přispívá k překonávání překážek tohoto postižení.

Cílem práce je posouzení a zhodnocení možnosti uplatnění sestry v edukačním procesu s vazbou na prevenci onemocnění. Neméně důležité je však i zjištění vyhodnocování jednotlivých potřeb pacientů sestrou, v souvislosti s délkou praxe a samotným vzděláním. Práci jsme zaměřili také na porovnávání odpovědí samotných pacientů a sester pracujících na neurologickém oddělení s vazbou na předem vytyčené cíle.

METODY

Soubor tvořily dvě skupiny výzkumného vzorku. Jednu skupinu tvořily všeobecné sestry pracující na neurologickém oddělení a to jak v lůžkové, tak i ambulantní části zdravotnických zařízení. Dotazníkového šetření se mohly účastnit sestry bez rozdílu odborného dohledu. Druhou skupinou výzkumného vzorku byli pacienti po prodělané CMP. Oslovených bylo osm zdravotnických

zařízení. Specifická měřicí technika, která umožňuje hodnotit kvalitu života pacientů po prodělané CMP, je SS - QOL (Stroke Specific Quality of Life Scale). Jedná se o bodový systém hodnocení 12 oblastí - energie, rodinná role, řeč pohyblivost, nálada, osobnost, sebek péče, sociální role, myšlení, zrak, funkce horních končetin, práce - produktivita (Hsueh et al., 2011). K získání výzkumných dat jsme pro pacienty použili standardizovaný dotazník Hodnocení kvality života po CMP.

SESTRY

Počet distribuovaných dotazníků byl stanoven po předchozím zjištění aktuálních počtů sester na neurologických odděleních jednotlivých nemocnic. Samotné distribuci dotazníků předcházela osobní domluva s kompetentním managementem ošetrovatelské péče daných zdravotnických zařízení. V případě jedné nemocnice se jednalo o přímé oslovení ředitele nemocnice. Při osobní domluvě byla dohodnuta stanovená pravidla pro distribuci dotazníků na oddělení a postup návratu vyplněných dotazníků. Samotná distribuce mohla probíhat až po písemném schválení žádosti o realizaci dotazníkového šetření. Proces distribuce a návratu dotazníků probíhal ve spolupráci s vrchními sestrami jednotlivých oddělení.

PACIENTI

Počet distribuovaných dotazníků byl stanoven jako reprezentativní vzorek. Pacientům byly dotazníky předány sestrou při ambulantním kontrolním vyšetření.

Ambulantní sestra vysvětlila účel daného šetření a v případě potřeby poskytla pomoc takovou formou, aby neovlivňovala pacientovo rozhodnutí.

ANALÝZA VÝSLEDKŮ

Z celkového počtu 187 sester jich 82 (44 %) mělo délku praxe na současném oddělení do 5 let a 105 (56 %) jich mělo délku praxe na současném oddělení 5 a více let.

Celkový počet dotazníků distribuovaných sestrám byl v počtu 200 kusů. Ke zpracování bylo navraceno 187 dotazníků, což znamenalo návratnost 93 %. Při zpracování nebyl vyřazen žádný dotazník.

Celkový počet dotazníků distribuovaných pacientům byl v počtu 320 kusů. Ke zpracování bylo navraceno 248 dotazníků, což znamenalo návratnost 77 %. Při zpracování nebyl vyřazen žádný dotazník.

V naší práci jsme předpokládali, že sestry s praxí 5 a více let považují za zatěžující pro pacienty po CMP narušení oblasti sebek péče více než sestry s praxí do 5 let, jsme testovali třemi položkami standardizovaného dotazníku. Zjistili jsme předpokládané vyšší hodnocení sestrami s délkou praxe nad 5 let a tento rozdíl jsme při statistickém testování vyhodnotili jako statisticky významný. Odpovědi sester s praxí nad 5 let byly rozloženy spíše exponenciálně se statisticky zanedbatelným podílem negativních odpovědí. Za nejvíce zatěžující pro pacienty po CMP považovaly sestry s praxí nad 5 let oblékání, oblasti stravy a toalety

byly hodnoceny zhruba shodně. Odpovědi sester s praxí do 5 let nabývaly u všech tří testovacích otázek spíše normálního rozložení s maximy v oblasti odpovědi „Spíše souhlasím“. U všech tří otázek byl zjištěn vyšší podíl odpovědí „Ani souhlas, ani nesouhlas“ a „Spíše nesouhlas“. I sestry s praxí do 5 let považovaly za nejvíce zatěžující pro pacienty po CMP oblast oblékání. Při porovnání obou kategorií sester byl u všech tří testovacích otázek zjištěn interval spolehlivosti v blízkosti nuly, což bylo pravděpodobně způsobeno vyšší směrodatnou odchylkou. Námi zjištěné výsledky jsou v souladu s výzkumy provedenými v zahraničí. Vlivem délky praxe sester se zabývala Noorkhairina (2013), která došla k závěru, že zkušenější sestry s vyšším vzděláním jsou lépe schopny vyhodnotit edukační potřeby pacientů. Jak uvádí „Rozhodnutí o tom, jaké metody budou použity, by měly být založeny na faktorech jako je velikost a složení cílové skupiny (věk, vzdělání, kulturní pozadí) nebo prostředí výuky“. Noorkhairina (2013) dále uvádí, že sestry by měly při edukaci pacientů po CMP v maximální míře strukturu obdobnou, jakou má ošetrovatelský proces, tedy „Assessment, planning, implementation and evaluation phase (Hodnotící, plánovací, implementační a vyhodnocovací fáze)“. Vyšší hodnocení zátěže oblasti péče o sebe sestrami s délkou praxe 5 a více let je podle našeho názoru způsobeno tím, že sestry během své praxe zlepšují své edukační dovednosti. K tomuto přispívá i související vyšší počet absolvovaných výukových programů. Vzhledem k povaze našeho výzkumu nejsme přesně schopni identifikovat, jaké faktory pomáhají

sestrám s delší dobou praxe lépe vyhodnotit edukační potřeby pacientů, ale domníváme se, že to je zejména to, že jsou sestry schopné používat zpětnou vazbu a tím zlepšovat jejich edukační dovednosti.

Obávali jsme se, že sestry s delší praxí budou k procesu vzdělávání pacientů po CMP přistupovat rutinně a se stopami indexu vyhoření, ale naše obavy se tímto výzkumem nepotvrdily.

Dále jsme předpokládali, že sestry s praxí 5 a více let považují za zatěžující pro pacienty po CMP narušení sociální role více, než sestry s praxí do 5 let. Také jsme zjistili předpokládané vyšší hodnocení sestrami s délkou praxe nad 5 let a tento rozdíl jsme při statistickém testování vyhodnotili jako statisticky významný. I když jsme došli ke stejnému výsledku jako u předcházejícího tvrzení, bylo rozložení odpovědí odlišné - u odpovědí sester s praxí do 5 let bylo shodně zjištěno normální rozdělení s maximem u odpovědi „Spíše souhlasím“, ale v případě sester s praxí nad 5 let jsme zjistili místo exponenciálního rozdělení normální rozdělení s maximem u odpovědi „Spíše souhlasím“. Tyto výsledky poukazují na to, že sestry s praxí nad 5 let považují za závažnější oblast pro pacienty po CMP oblast sebepečce než oblast sociální role. U těchto tvrzení jsme předpokládali stejný průběh vzestupu u sester s delší dobou praxe. Závěrem porovnání je zjištění, že s delší praxí docházejí sestry při vzdělávání pacientů po CMP ke zjištění, že oblast sociální role není narušena v takové míře jako oblast sebepečce. Námi zjištěné výsledky jsou v souladu s výzkumy provedenými v zahraničí. Pohlová (2009) ve

svém výzkumném šetření uvádí, že v rámci statistického průměru je respondentkou sestra s vyšším odborným vzděláním ve věku 34 let a s klinickou praxí v délce 14,5 roku. Velmi často jsou vědomostia převážně zkušenosti dány právě délkou praxe. Často není sestra motivována k dalšímu vzdělání ani z hlediska finančního nebo z důvodu zvýšení svého sociálního statusu.

Také jsme předpokládali, že sestry s vyšším vzděláním, dokážou lépe posoudit kvalitu života pacientů po CMP, než sestry se středoškolským vzděláním. Zjistili jsme předpokládané vyšší hodnocení sestrami s vyšším vzděláním a tento rozdíl jsme při statistickém testování vyhodnotili jako statisticky významný. Odpovědi sester se středoškolským vzděláním nabývaly u všech tří otázek exponenciálního rozdělení s výrazným maximem u odpovědí „Určitě souhlasím“. Odpovědi sester s vyšším vzděláním byly rozloženy plošší exponenciální křivkou, která byla u otázky „Cítil/a jste se většinu času unavený?“ nepravidelná s vyšším počtem odpovědí „Spíše nesouhlasím“. Odpovědi pacientů nabývaly spíše normálního rozdělení bez výrazných anomálií. Sestry se středoškolským vzděláním v našem výzkumu podle našich předpokladů přeceňovaly závažnost problémů pacientů po CMP v oblastech pohyblivost a energie. Toto ukazuje na skutečnost, že sestry s nižším vzděláním nechápou priority pacientů a tím nejsou schopny plně využít potenciál vzdělávacích aktivit pro pacienty po CMP. U sester s vyšším vzděláním byla tato situace lepší - jejich hodnocení závažnosti bylo sice u všech tří otázek vyšší než hodnocení pacienty po CMP, ale tento

rozdíl byl menší a byl v mezích statistického normálu. Námi zjištěné výsledky jsou v souladu s některými výzkumy provedenými v zahraničí. K obdobným závěrům došli Hoffmann a kol. (2009) a Eames a kol. (2013). Žádný výrazný vliv vzdělání na chápání potřeb pacientů po CMP nezjistili Rodgers a kol. (1999), O'Mahony (1997) nebo Lawrence (2010). Lepší vyhodnocení priorit potřeb pacientů sestrami s vyšším vzděláním bylo podle našeho názoru způsobeno již cílenou výukou předmětů při studiu, jako je například ošetrovatelská péče o nemocné v neurologii. Tento předmět si jako integrální součást komplexu předmětů klinického ošetrovatelství klade za cíl seznámit studenty s principy léčení a ošetřování nemocných s neurologickými onemocněními. Seznamuje s patofyziologií neurologických onemocnění, diagnostickými metodami v neurologii a se základními klinickými neurologickými obrazy. Předmět vytváří u studentů komplex znalostí o multidisciplinárním přístupu a odlišnostech individuální péče v oblasti primární, sekundární a terciární neurologické péče. Jak Šulistová a Trešlová (2012) uvádí, cílem studia je prohloubení poznatků z pedagogiky, didaktiky a výchovy ke zdraví, zdravotních rizik souvisejících s životním stylem. Znalost klíčových dokumentů podpory zdraví, prokázání dovednosti přípravy a realizace edukačního plánu jedince, skupiny a veřejnosti. V rámci studia je budoucí sestra seznamována i s otázkou edukační činnosti. Jedná se o poskytnutí základních informací o významu výchovy a vzdělání. Záměrem je vytváření edukačních programů pro prezentaci ve zdravotnickém prostředí,

edukační strategie a samotné využití v ošetrovatelství. V neposlední řadě se jedná i o prezentaci edukačních programů pro jednotlivce, skupinu nebo populaci.

V našem výzkumu jsme dále předpokládali, že sestry s vyšším vzděláním, dokážou lépe posoudit oblast rodinné role pacientů po CMP, než sestry se středoškolským vzděláním. Zjistili jsme také předpokládané vyšší hodnocení sestrami s vyšším vzděláním a tento rozdíl jsme při statistickém testování vyhodnotili jako statisticky významný. Odpovědi sester se středoškolským vzděláním byly rozloženy exponenciálně, ale s méně strmým průběhem křivky a bez výrazných anomálií. Odpovědi sester s vyšším vzděláním nabývaly také podobného rozdělení a jedinou výraznější anomálií byl zvýšený počet odpovědí „Spíše nesouhlasím“ u otázky „Nebyl/a jste schopen/na zapojit se do činností jen tak pro zábavu s rodinou?“.

Odpovědi pacientů nabývaly normálního rozložení, ale u otázky „Nebyl/a jste schopen/na zapojit se do činností jen tak pro zábavu s rodinou?“ byl zjištěn zvýšený počet kladných odpovědí. Hodnocení sester se středoškolským vzděláním značně vyšší, než hodnocení pacientů po CMP. Odpovědi sester s vyšším vzděláním byly blíže odpovědím pacientů s odchylkami v mezích statistického normálu. Došli jsme k závěru, že sestry se středoškolským vzděláním v našem výzkumu podle našich předpokladů přeceňovaly závažnost problémů pacientů po CMP a tím nejsou plně schopny využít potenciálu edukačních programů pro pacienty po prodělané CMP.

Vzdělání nelékařských zdravotnických pracovníků v České republice zohledňuje celosvětový trend a zároveň probíhá v souladu se strategií Evropské unie. Formy vzdělávání se dělí na kvalifikační na celoživotní, navazující a získanou odbornou způsobilost. „*Péče o pacienty a její kvalita závisí rovněž ve velké míře na celoživotním vzdělání těch, kdo jsou odpovědní za její poskytování.*“ uvádí Bártlová (2005, s. 39) ve studii na téma Sociální aspekty vzdělávání sester. Rada Evropy již v roce 1995 na doporučení Mezinárodní rady sester a Světové zdravotnické organizace vydala mezinárodní kritéria, ve kterých je definována univerzitní příprava sestry. V již zmiňované studii (Bártlová, 2005) je patrné, že nezanedbatelným faktorem pro rozhodování o další formě vzdělání je věk a počet let praxe sestry. Vysokoškolské studium upřednostňují více sestry s kratší délkou praxe a sestry nižší věkové kategorie. Naopak sestry s délkou praxe 15 a více let využívají spíše k formám vzdělávání specializační vzdělávání, nebo pouze celoživotní vzdělávání. Lze tedy konstatovat, že sestry se vzdělávají nejen kvůli legislativním požadavkům, ale i z důvodu zájmů o nové trendy a touze mít více znalostí, čímž mohou poskytovat kvalitní a bezpečnou péči. Rovněž jsme předpokládali, že sestry vzdělávající se v oblasti edukace vyhodnotí kvalitu života pacientů po CMP lépe, než sestry, které se v této problematice nevzdělávají. Zjistili jsme předpokládané bližší hodnocení sestrami, které se vzdělávají v oblasti edukace, a tento rozdíl jsme při statistickém testování vyhodnotili jako statisticky významný.

Odpovědi sester, které se nevzdělávají v oblasti edukace, nabývaly u všech tří otázek exponenciálního rozdělení s výrazným maximem u odpovědi „Určitě souhlasím“. Odpovědi sester, které se vzdělávají v oblasti edukace, nabývaly u všech tří otázek ploššího exponenciálního rozdělení bez výrazných odlišností a byly podobné odpovědím pacientů s malými, statisticky zanedbatelnými odchylkami. Výsledky našeho výzkumu ukazují na efektivitu vzdělávacích programů pro sestry, které se shodují i s vyjádřením Müllerové (2006). Jak Müllerová uvádí, v rámci vzdělávací aktivity „Podpora a edukace rodiny v péči o pacienty starší 65 let“ se zaměřením na vzdělávání sester v nových trendech ošetřování pacientů po CMP. Cílem projektu bylo vytvoření modelové péče, která by vedla ke zlepšení kvality života pacientů postižených CMP starších 65 let, usnadnění integrace do rodiny, a vytvoření podmínek pro péči v přirozeném, tj. rodinném prostředí. V rámci seminářů zaměřených na otázky edukace a prevence, bylo pozitivní hodnocení účinnosti edukačních intervencí. Jedním se základních hodnotících kritérií byla i položka hodnocení kvality života pacientů po CMP.

Lepší vyhodnocení priorit potřeb pacientů sestrami, které se vzdělávají v oblasti edukace, bylo i v souladu s výsledkem průzkumu Radkové a Čičákové (2009), které se zaměřily na postoj sester k edukaci pacientů jako potřebné součásti ošetrovatelského procesu. V tomto realizovaném průzkumu se všech 100 % oslovených sester vyjádřilo k potřebě cíleně se vzdělávat v otázce edukace

a zároveň i řádného vedení dokumentace o provedené edukaci. Z dostupných údajů je také patrný kladný vztah k realizaci edukace, jež vyjádřilo 84 % respondentů. Za zajímavou jistě patří i studie, která se zabývala srozumitelností edukačních materiálů pro pacienty s cévní mozkovou příhodou a pro pečovatele, kteří tyto nemocné ošetřují, autorů Hoffman a McKenna (2007).

Autoři se také zabývali kvalitou edukace, která byla pacientům poskytnuta ve zdravotnickém zařízení a zároveň i srozumitelností edukačních materiálů. Závěr výzkumu svědčil o obtížnosti edukačních materiálů a nedostatečné edukaci. Ta byla pacientům poskytována personálem, který se cíleně nevzdělával v dané problematice. Přičemž oslovení respondenti si přáli, aby jim ze strany zdravotnického personálu byla poskytnuta kvalitnější a obsáhlejší edukace.

Z výzkumu realizovaného Bardovou (2013) taktéž vyplynulo, že jako hlavní negativní faktor bylo označeno používání odborných výrazů v edukačním materiálu. Respondenti hodnotili edukaci jako nedostatečnou a edukační materiály jim vůbec nebyly poskytnuty. Současně vyslovili zájem, aby jim ve zdravotnickém zařízení byla poskytnuta kvalitnější edukace a bylo jim umožněno vzdělávání z edukačních materiálů. Námi zjištěné výsledky jsou v souladu s výzkumy provedenými v zahraničí. Noorkhairina (2013) zdůrazňuje prospěšnost těchto vzdělávacích programů pro sestry, ale zároveň ve svém přehledu dosavadních výzkumů udává, že se tato prospěšnost

žádným z výzkumů neprokázala. K podobnému závěru došli výzkumníci v dalších výzkumech. Jak udávají Hoffmann a Cochrane (2009) „Edukační proces nebude efektivní, pokud nebude podporován adekvátním přístupem a řádnou koordinací výukových aktivit zdravotnických pracovníků“. Noorkhairina (2013) i Lawrence (2010) zároveň upozorňují na problémy, kdy velice dobře sestavené vzdělávací programy pro zdravotnické pracovníky nebyly řádně provedeny a tím zcela ztratily smysl.

U našeho dalšího předpokladu, že sestry považují komunikační handicap u pacientů po prodělané CMP za závažnější než handicap zrakový, jsme zjistili, že sestry nepovažují komunikační handicap za závažnější než zrakový handicap, tedy opačně, než jak jsme předpokládali. Dále jsme zjistili předpokládané vyšší hodnocení významnosti komunikačního handicapu než zrakového handicapu, ale tento rozdíl jsme při statistickém testování vyhodnotili jako statisticky nevýznamný.

Odpovědi v obou porovnávaných kategoriích nabývaly normálního hodnocení s maximem u odpovědi „Středně souhlasím“. Chybně jsme předpokládali, že sestry považují za závažnější problémy v oblasti komunikace. Vycházeli jsme z toho, že pacienti po prodělané CMP potřebují řešit spíše psychické problémy, než problémy související s jejich zdravotními problémy. Při přípravě sester na edukaci pacientů po prodělané CMP by podle našeho názoru měly být zvýrazněny psychické aspekty edukace.

Námi zjištěné výsledky jsme porovnali s výzkumy provedenými v zahraničí. Z důvodu cévní mozkové příhody dochází k výrazným změnám zdravotního stavu u takto postižených osob, které jsou pak velmi často závislé na druhé osobě. CMP mění život pacienta, ale i jeho rodinných příslušníků. Osoba po CMP vyžaduje často neustálý kontakt druhé osoby, proto vykonávat roli pečující osoby není vůbec jednoduchý úkol.

Bardová (2013) se ve své průzkumné práci zaměřila na znalost příznaků cévní mozkové příhody laickou veřejností. Více než polovina respondentů se domnívá, že částečně ví, jak se projevuje CMP. Z výzkumného šetření plyne, že nejčastěji uváděným příznakem je slabost až ochrnutí nebo porucha citlivosti poloviny těla, druhým nejčastějším je ztráta rovnováhy, nejistota nebo nečekaný pád, třetím nejčastějším je porucha řeči, čtvrtým je náhlá porucha zraku a zmatenost a pátým nejčastěji uváděným příznakem cévní mozkové příhody je porucha psaní nebo čtení. Z výzkumného šetření tedy vyplývá, že většina dotazovaných respondentů zná alespoň tři příznaky cévní mozkové příhody. Kalina (2008) ve své knize uvádí, že v populaci je stále nízká úroveň povědomí o příznacích CMP. Další část výzkumného šetření byla zaměřená na prevenci a informovanost o CMP. Téměř všichni respondenti vědí, že prevence je předcházení vzniku nemocí a zabránění rozvoje onemocnění.

Problematika vzdělávání pacientů po prodělané CMP je v České republice nedílnou součástí péče o pacienty a jejím cílem je zlepšit kvalitu života pacientů po CMP, pomoci jim osvojit si dovednosti potřebné pro běžný život a pomoci pacientům osvojit si zásady správného životního stylu s cílem zabránit opakované CMP. Edukace se stala nedílnou součástí ošetrovatelského procesu při práci sester. Je nezbytné sestry dále vzdělávat v této problematice a prohlubovat jejich znalosti v oblasti komunikace, psychologie a péči o pacienty s neurologickým onemocněním včetně problematiky cévní mozkové příhody. Neoddělitelnou součástí je i motivace sester k vytváření nových edukačních postupů a pomůcek, které jim usnadní provádění ošetrovatelského procesu a pacientům dovolí lépe přijmout nové informace. Otázkou zůstává i zamýšlení nad vhodným načasováním edukačního procesu.

Hlavním záměrem naší práce bylo ucelené prozkoumání problematiky vzdělávání a edukace v otázce onemocnění cévní mozkovou příhodou, kdy výzkumný problém zněl: Posoudit a zhodnotit možnost uplatnění sestry v edukačním procesu prevence CMP.

Abychom mohli naplnit tento problém, definovali jsme tři výzkumné cíle. Prvním cílem bylo zjistit, zda má délka praxe sester a jejich vzdělání vliv na jejich chápání potřeb pacientů po prodělané CMP. Na základě zjištění jsme došli k závěru, že vyšší hodnocení zátěže oblasti péče

o sebe sestrami s délkou praxe 5 a více let je způsobeno tím, že sestry během své praxe zlepšují své edukační dovednosti a využívají i zpětné vazby. Jistě k tomuto přispívá i související vyšší počet absolvovaných výukových programů.

Druhým cílem práce bylo zjistit schopnosti sester vyhodnotit potřeby a priority pacientů po prodělané CMP. Z výsledků, které jsme komparací získali, vyplynulo, že sestry se středoškolským vzděláním spíše přeceňují závažnost problémů pacientů po CMP v oblastech pohyblivost a energie a v oblastech pohyblivost a energie. Toto poukazuje na skutečnost, že sestry s nižším vzděláním nechápou priority pacientů a tím nejsou schopny plně využít potenciál vzdělávacích aktivit pro pacienty. Sestry s vyšším vzděláním se ve svých odpovědích více přiblížily k hodnocení oslovených pacientů.

Posledním cílem bylo zjistit, jaké oblasti vzdělávání pacientů po prodělané CMP považují sestry za prioritní. Zde jsme vycházeli z předpokladu, že pacienti potřebují řešit více psychické problémy než problémy související s jejich zdravotními problémy. Zároveň jsme vycházeli i z předpokládané znalosti sester v otázce prevence a edukačního procesu. Z tohoto zjištění je vhodné již při vzdělávání sester se zaměřit na zvýraznění psychických aspektů edukace. Naplněním jednotlivých dílčích cílů jsme splnili stanovený výzkumný problém rigorózní práce. V našem výzkumu jsme zjistili, že sestrám pomáhají uskutečňovat vzdělávání a chápat potřeby

pacientů vyšší dosažené vzdělání a kursy a jejich znalosti a dovednosti se zvyšují s délkou jejich praxe. Sestry u vzdělávacího procesu nepodceňují psychické aspekty vzdělávání na úkor fyzických aspektů. Pozitivním zjištěním byla i skutečnost, že sestry nepřístupují k pacientům a procesu edukace rutinně a nejsou u nich patrný známky syndromu vyhoření.

LITERATURA

- [1] BARDOVÁ, M. 2013. *Role sestry v prevenci cévní mozkové příhody*: absolventská práce. Příbram: SZŠ a VOŠZ, 2013. 98 s.
- [2] BÁRTLOVÁ, S. 2005. Sociologické aspekty vzdělávání sester. In *Sestra*. ISSN 1210-0404, 2005, roč. 15, č. 11, s. 16-17.
- [3] BURTON, C. GIBBON, B. 2005. Expanding the role of the stroke nurse: a pragmatic clinical trial. *Journal of Advanced Nursing*. 2005. 52(6): 640-650.
- [4] EAMES, S., HOFFMANN, T., WORRALL, L. et al. 2013. Randomised controlled trial of an education and support package for stroke patients and their carers. *BMJ Open*. 2013. 3:e002538 doi:10.1136/bmjopen-2012-002538.
- [5] HOFFMANN, T., COCHRANE, T. 2009. What education do stroke patients receive in Australian hospitals? *Patient Education and Counseling*. 2009. 77(2): 187-191.
- [6] HOFFMANN, T., McKENNA, K. 2007. Analysis of stroke patients' and carers' reading ability and the content and design of written materials: Recommendations for improving written stroke information. *Patient Education & Counseling*. ISSN 0738.3991, 2007, č. 3, roč. 60, s. 286-293.
- [7] HSUEH, L. et al. 2011. Construct Validity of Stroke-Specific Quality of Life Questionnaire Ischemic Stroke Patients. In *Archives Physical Medicine and Rehabilitation*. ISSN 0003 9993, 2011, 92 (7): 1113-1118.
- [8] JOUBERT, J., REID, C., BARTON, D et al. 2009. Integrated care improves risk-factor modification after stroke: initial results of the Integrated Care for the Reduction of Secondary Stroke model. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 80(3): 279-284.
- [9] KALINA, M. et al. 2008. *Cévní mozková příhoda v medicínské praxi*. 1. vyd. Praha: Triton, 2008, 231 s. ISBN 978-807-3871-079.
- [10] LAWRENCE, M., KERR, S. et al. 2010. An exploration of lifestyle beliefs and Lifestyle behaviour following stroke: findings from a focus group study of patients and family members. *BMC family practice*. 2010. 11(1): 97-108.
- [11] McMANUS, J., CRAIG, A., McALPINE, C. et al. 2009. Does behaviour modification affect post-stroke risk factor control? Three-year follow-up of a randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation*. 2009. 23(2): 99-105.
- [12] MÜLLEROVÁ, N. a kol. 2006. Podpora a edukace rodiny v péči o pacienty starší 65 let. In *Sestra*. [online]. 2006 [cit. 2014-12-09]. Dostupné na <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/podpora-a-edukace-rodiny-v-peci-o-pacienty-starsi-65-let> 279633.
- [13] NOORKHAIRINA, S. et al. 2013. Secondary Stroke Prevention through Patient Education Intervention on Lifestyle Risk Factors: A Review. *Health and the Environment Journal*. ISSN 2180-1126, 10/2013; 4(2):127-151.
- [14] O'MAHONY, P., DOBSON, R et al. 1997. Satisfaction with information and advice received by stroke patients. *Clin Rehab*. 1997.11:68–72. doi: 0.1177/026921559701100110.

- [15] POHLOVÁ, A. 2013. Přístup všeobecných sester z klinické praxe ke studiu na VŠ. [online], 2013. [cit: 2014-12-13]. Dostupné na <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/pristup-vseobecnych-sester-z-klinicke-praxe-ke-studiu-na-vs-459317>.
- [16] RODGERS, H., ATKINSON, C. et al. 1999. Randomized Controlled Trial of a Comprehensive Stroke Education Program for Patients and Caregivers. *Stroke*. 1999. 30: 2585-2591 doi: 10.1161/01.n.30.12.2585.
- [17] SIT, J. W. et al. 2007. A quasi-experimental study on a community-based stroke Prevention programme for clients with minor stroke. *Journal of Clinical Nursing*. 2007. 16: 272–281. doi: 10.1111/j.1365-2702.2005.01522.x
- [18] ŠULISTOVÁ, R., TREŠLOVÁ, M. 2012. *Pedagogika a edukační činnost v ošetrovateľské péči pro sestry a porodní asistentky*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita, 2012. 191 s. ISBN 978-80-7394-246-5.

EDUCATION ROLE OF NURSES IN STROKE



ABSTRACT

Cerebrovascular accident (CVA) is defined as a disease presenting clinical picture, dealing with the question of individual risk factors, diagnosis and treatment issues. An integral part is also prevention and nursing care of patients with that disease. There was also a defining issue of education, describe the different stages of the educational process, defining the goals and the kinds of methods of education. Research method we have chosen to use a standardized questionnaire rating the quality of life after stroke SS - QOL. The questionnaire was distributed to two target groups of respondents. One group consisted of patients who had a stroke. A total of 248 patients participated in the research. The other respondents were approached by a group of nurses working in the neurology department, which was distributed a questionnaire completed by demographics. A total of 187 nurses participated in the study. The survey was conducted in eight health care facilities. We mapped the influence of education and length of practice nurses to evaluate the needs and priorities of patients after myocardial disease. We focused on the issue of education.

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

PhDr. Lada Nováková
doktorandské štúdium ošetrovateľstva
Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej
práce sv. Alžbety
Ústav zdravotníckych disciplín
Palackého 1
810 00 Bratislava
Slovenská republika
E-mail: lada.novakova@onhb.cz

doc. PhDr. Lada Cetlová, PhD.
Vysoká škola polytechnická Jihlava
katedra zdravotníckych štúdií
Tolstého 16
586 01 Jihlava
E-mail: lada.cetlova@vspj.cz

KEYWORDS:

cerebrovascular accident, education,
nursing care, prevention

FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ POHLED SPOLEČNOSTI NA OSOBY SE SEXUÁLNÍMI DEVIACEMI

JANA NOVOTNÁ
HANA VOJÁČKOVÁ
VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ
JIHLAVA



ABSTRAKT

Text přináší zamyšlení nad tématem poruch sexuální preference, jež je na pomezí několika vědních oborů tedy sociální práce, psychologie a medicíny. Příspěvek přináší analýzu výsledků dat z dotazníkového šetření provedená u laické veřejnosti. Cíleně se zaměřuje na hlavní faktory ovlivňující pohled veřejnosti na osoby s parafilii.

KLÍČOVÁ SLOVA:

Parafilie, sexuální deviace, norma, sexualita, společnost

ÚVOD

Sexualita představuje jeden ze základních individuálních i interpersonálních motivů v životě každého člověka. Jedinec se už rodí jako tvor sexuální a sexualita jej provází celým jeho životem. Vliv sexuality je jedním z faktorů, jež ovlivňují osobnost i mezilidské vztahy. (Weiss, 2008)

Synonymy pojmu sexuální deviace, s nimiž je možné se v odborné literatuře setkat, jsou především pojem parafilie nebo poruchy sexuální preference. Tyto poruchy je možné definovat jako kvalitativní odchylky od struktury sexuálního motivačního systému. Jejich projevy však mohou být velmi rozmanité od neškodného jednání až po sexuální delikt. (Weiss, 2010) Sexuální deviace se v populaci objevovaly vždy stejně jako například vrozené vady. Přesto že se toto téma týká společnosti již od pradávna, jedná se o často tabuizované téma. Jedním z důvodů proč tomu tak je, je velká citlivost tohoto tématu. Přesto, že sex sám o sobě se stává čím dál běžnějším tématem diskutovaným ve společnosti, toto neplatí o podobách sexuality, jež vybočují ze společností uznávané normy. Stanovení normy v oblasti sexuality je však velmi komplikovaným tématem.

NORMA VERSUS DEVIACE

V otázce sexuálních deviací je významné nastavení normy. Co je tedy normální a co je již za hranou této normy? Normu lze vnímat jako standard či nástroj pro proměňování reality. Nástroj umožňující srovnání jako například

rozlišování mezi žádoucím a nežádoucím, zdravým a patologickým apod.

Co je v jedné společnosti označováno za normální, nemusí být v druhé takto chápáno vůbec. U norem se mimo plurality a obecného charakteru objevuje i kulturní a časová podmíněnost. Žádnou normu nelze chápat absolutně, neboť její konstrukce je v mnoha ohledech relativní. Obsah normy kopíruje proměny společenských hodnot a posuzování určitého typu chování. Reflektuje ekonomický, politický a sociálně-kulturní stav společnosti. (Urban, 2012)

Ze sexuologického hlediska je možné normu nastavit jako konsenzuální (souhlasné) sexuální aktivity, které se odehrávají mezi psychosexuálně a somatosexuálně dostatečně zralými a pokrevně v přímé linii nespřízněnými partnery. Současně však tyto aktivity musí splňovat kritérium, že nevedou k psychickému nebo tělesnému poškození. (Weiss, 2010)

SEXUÁLNÍ DEVIACE A MEZINÁRODNÍ KLASIFIKACE NEMOCÍ

Dle Mezinárodní klasifikace nemocí verze 10 (dále již jen MKN-10) jsou sexuální deviace nebo-li parafilie zahrnuty pod kódem F65 (Poruchy sexuální preference) do sekce „Poruchy osobnosti a chování u dospělých“. Parafilie jsou podle této klasifikace charakterizovány jako sexuální impulzy, fantazie nebo praktiky, které jsou neobvyklé, deviantní nebo bizarní. (Weiss, 2010)

Světová zdravotnická organizace (dále již jen WHO) (2015) v Mezinárodní klasifikaci nemocí vymezuje základní definice základních typů parafilií a to následovně:

FETIŠISMUS (KÓD F65.0)

Fetišismus je definován jako spoléhání na některé neživé předměty jako stimulus pro sexuální vzrušení a sexuální uspokojení. Mnohé fetiše jsou ve vztahu k lidskému tělu, jako oděvní součásti a obuv. Jiné běžné příklady jsou charakterizovány určitou strukturou, jako guma, plastické hmoty a kůže. Fetiše se různí ve své důležitosti pro daného jednotlivce. V některých případech jednoduše slouží ke zvýšení sexuálního vzrušení, které je docilováno normálním způsobem.

FETIŠISTICKÝ TRANSVESTITISMUS (KÓD F65.1)

Ten je definován jako nošení šatů opačného pohlaví, aby se dosáhlo sexuálního vzrušení, a aby se vytvořilo vzezření osoby opačného pohlaví. Fetišistický transvestitismus je odlišen od transsexuálního transvestitismu svou jasnou souvislostí se sexuálním nabuzením a silným přáním odstranit oblečení, jakmile se dostavil orgasmus a sexuální nabuzení klesá. Může se vyskytovat jako časnější fáze ve vývoji transsexualismu. (WHO, 2015)

EXHIBICIONISMUS (KÓD F65.2)

Exhibicionismus je definován jako vzrušení a ukájení se obnažováním

genitálu před apetovaným objektem. Exhibicionismus patří mezi nejrozšířenější sexuální deviace. (Zvěřina, 2003)

VOYERISMUS (KÓD F65.3)

Voyerismus je definován jako vracející se nebo přetrvávající tendence dívat se na osoby v sexuálním nebo intimním chování, jako je svlékání, aniž o tom pozorovaný objekt ví. Obvykle vede k sexuálnímu vzrušení a masturbaci. (WHO, 2015)

PEDOFILIE (KÓD F65.4)

Pedofilie je definována jako vzrušení, jehož je dosaženo zaměřením na dětské objekty bez znaků dospívání. Pedofil je vzrušován jak specifickým dětským chováním, tak fyzickou nevyspělostí objektu. Deviace může být zaměřena na objekty opačného pohlaví (heterosexuální), stejného pohlaví (homosexuální) či obojí (ambivalentní, bisexuální). (Veselský, 2010)

SADOMASOCHISMUS (KÓD F65.5)

Sadomasochismus je definován jako preference sexuální aktivity, která zahrnuje působení bolesti, ponížení nebo omezování osobní svobody. Jestliže subjekt raději takovou stimulaci přijímá, jde o masochismus, jestliže jí sám provádí, pak jde o sadismus. Subjekt často pociťuje sexuální vzrušení jak ze sadistických, tak masochistických aktivit. Do tohoto kódu je zařazen také masochismus a sadismus.

MNOHOČETNÉ PORUCHY SEXUÁLNÍ PREFERENCE (KÓD F65.6)

Mnohočetné poruchy sexuální preference jsou definovány jako výskyt více poruch sexuální preference, z nichž není žádná hlavní. Nejobvyklejší kombinací je fetišismus, transvestitismus a sadomasochismus.

JINÉ PORUCHY SEXUÁLNÍ PREFERENCE (KÓD F65.8)

Jiné poruchy sexuální preference jsou definovány jako rozmanitost jiných vzorců sexuální preference a aktivity jako obscénní telefonické hovory, přitlačování se na lidi v tlačenici na veřejných místech z důvodu sexuální stimulace, sexuální aktivity se zvířaty a vlastní škrcení nebo vyvolávání mozkové anoxie pro větší intenzitu sexuálního vzrušení. Do této kategorie je možné zařadit například frotérství, nekrofilii, zoofilii, pyrofilii atd. (WHO, 2015)

VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Pod záštitou interního grantu Vysoké školy polytechnické v Jihlavě č. 1200/4/61355 byl realizován pilotní kvantitativní výzkum, který byl zaměřený na sexuální deviace v percepci široké veřejnosti. Jako technika sběru dat byl zvolen dotazník. Vlastní šetření probíhalo ve fyzické i elektronické podobě v několika etapách v měsících březen až srpen 2015. Data pro kvalitativní výzkum byla získána pomocí anonymního dotazníku, který je tvořen uzavřenými, polootevřenými a otevřenými otázkami.

Celkem se do tohoto výzkumu zapojilo 1 681 respondentů. V rámci genderového rozložení se jednalo o 74 % žen a 26 % mužů. Na začátku dotazníku bylo respondentům vysvětleno, jak jsou definované jednotlivé sexuální deviace, které jsme v dotazníkovém šetření zjišťovaly.

Tabulka 1: Věková struktura respondentů

Věková struktura respondentů			
Období	Roky	N	%
Adolescence	20 – 15	302	18
Mladší dospělost	30 – 21	866	51
Střední dospělost	45 – 31	304	18
Starší dospělost	60 – 46	150	9
Sénium	a více 61	59	4

Zdroj: Vobr, 2013; vlastní výzkum

Pohled společnosti na problematiku parafilií může být ovlivněn mnoha faktory, mezi ty nejvýznamnější patří osobní zkušenost s osobou s parafilií nebo její obětí, parafilik v okruhu známých nebo přátel, informovanost o této problematice a v neposlední řadě jsou významným faktorem ovlivňujícím mínění společnosti rovněž média.

Obrázek 1: Hlavní faktory ovlivňující názory



Zdroj: vlastní výzkum

INFORMACE PREZENTOVANÉ MÉDIÍ

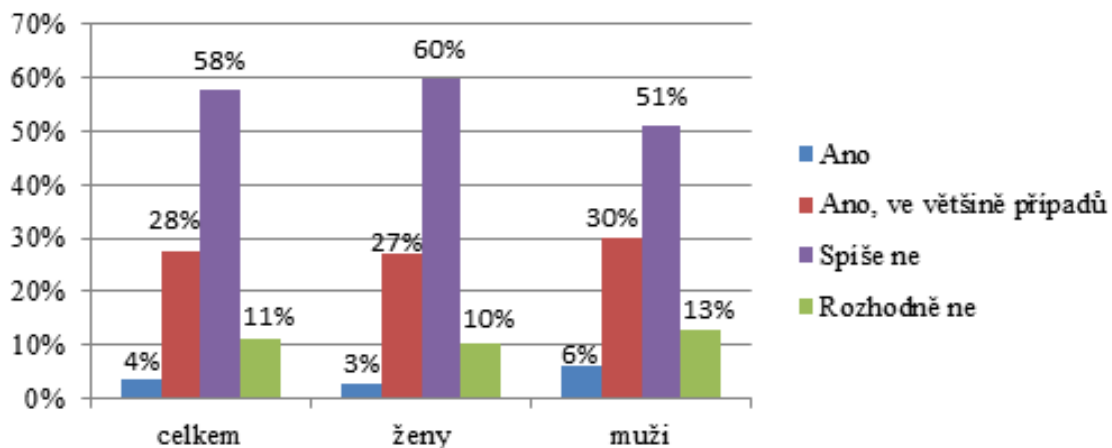
Média ať již v jakékoli podobě mají silný vliv na utváření celospolečenského klimatu ve vztahu k různým tématům. Zvolená forma interpretace předkládaných informací má značný dopad na celkové vnímání problematiky. Média kauzy delikventních parafiliků často skandalizují, což sekundárně vede k negativnímu postoji společnosti k této skupině. Tento pohled potvrzuje i Weiss (2008), který uvádí: *Sexuální deviace se v poslední době díky senzacechtivých sdělovacích prostředků staly vděčným tématem spojujícím sexuálně většinou populaci v pocitu spravedlivého odsudku.*

Jedna z otázek výzkumného šetření byla zaměřena na oblast objektivnosti informací, jež jsou médiu předkládána o problematice

parafilii. Více než polovina respondentů (58 %) považuje v médiích předkládané informace o této oblasti za spíše neobjektivní. V rámci genderového rozložení více skepticky na podávané informace nahlíží spíše ženy než muži (viz obrázek 2).

Při porovnání hodnocení objektivnosti mediálních informací mezi celkovým souborem respondentů a respondenty s osobní zkušeností s osobou s parafilii došlo k zajímavému zjištění, že hodnocení obou těchto skupin opisuje obdobnou křivku. Osoby s osobní zkušeností s parafilikem jsou mírně kritičtější k mediálně získávaným informacím. Rozdíly jsou však jen několik málo procent a jedná se tedy o rozdíl statisticky nevýznamný.

Obrázek 2: Objektivnost informací prezentovaných médii o osobách s parafiliemi



Zdroj: vlastní výzkum

V rámci výzkumu byly k této sekci stanoveny tři základní hypotézy a to:

H1: Má pohlaví vliv na objektivnost informací prezentovaných v médiích?

H2: Má bydliště vliv na objektivnost informací prezentovaných v médiích?

H3: Má věk vliv na objektivnost informací prezentovaných v médiích?

Tyto hypotézy byly statisticky testovány pomocí chí-testu dobré shody. Pro hypotézu H1 i při hladině významnosti 0,1 % až 5 % byl výsledkem závěr, který prokazuje existenci závislosti pohlaví respondentů a hodnocení objektivnosti mediálních sdělení. Testové kritérium pro zadané hodnoty pro hypotézu H1 vyšlo 16,372. Kritické hodnoty jsou menší než zjištěné kritérium.

Pro hypotézu H2 byla stanovena hodnota testové kritéria 0,265 a tudíž nulová hypotéza je nezamítnuta. Tímto se potvrdilo, že bydliště respondentů nemá vliv na odpovědi ohledně objektivnosti informací a nezáleží na hladině významnosti.

Pro hypotézu H3 bylo testové kritérium stanoveno hodnotou 43,399 a nulová hypotéza je zamítnuta na hladině významnosti 0,1 % až 5 % a potvrzuje se tedy, že věkové rozložení respondentů má vliv na odpovědi ohledně objektivnosti informací.

Tabulka 2: Vliv osobní zkušenosti s parafilikem na hodnocení objektivnosti informací prezentovaných médii

Objektivnost informací v médiích v kontextu osobní zkušenosti								
Osobní zkušenost s parafilikem	Objektivnost informací z médií							
	Ano		Ano, ve většině případů		Spíše ne		Rozhodně ne	
	%	N	%	N	%	N	%	N
Fetišismus	23	14	26	121	34	326	48	89
Voyeurismus	34	21	25	117	29	276	39	73
Pedofilie	11	7	19	90	21	205	25	46
Sadismus	11	7	22	102	30	291	42	78
Masochismus	16	10	20	94	29	277	41	77
Exhibicionismus	26	16	47	218	46	446	51	95

Zdroj: vlastní výzkum

OSOBNÍ ZKUŠENOST S OSOBOU S PARAFILÍ

Osobní zkušenost s osobou parafilika **může mít mnoho podob. Do této oblasti je možné zařadit několik skupin osob, první z nich jsou jistě samotní parafilici.** Další skupinou mohou být osoby, které se staly obětí, a tedy byly přímo parafilikem konfrontovány. Poslední kategorií jsou osoby, které se setkaly s parafilikem **v rámci svého blízkého nebo širšího sociálního prostředí. Nejčastěji se jedná o přátele nebo známé.** Hlubší analýza této oblasti však nebyla předmětem tohoto výzkumu.

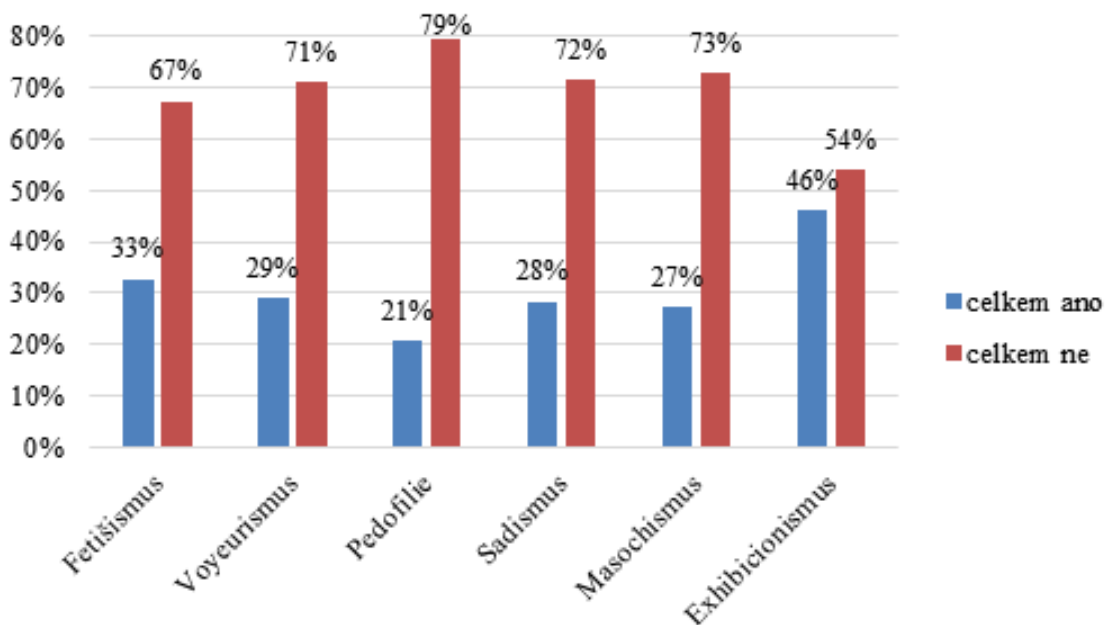
Poměrně překvapujícím zjištěním byl podíl osob, které uvádí, že se ve svém osobním životě setkaly s osobou parafilika (viz obrázek 3). Tento vysoký podíl může mít přímou souvislost s genderovým rozložením výzkumného souboru, kdy

ženy tvořily 74 % výzkumného souboru. Právě ženy jsou nejčastějšími oběťmi osob se sexuálními deviacemi. Toto tvrzení podporuje i Zvěřina (2003), který uvádí, že například s exhibicionismem jako nejrozšířenější parafilí se v průběhu života setká téměř každá žena. Tato zkušenost je nejčastější ve věku do 25 let. V našem souboru uvádí osobní setkání s exhibicionistou největší podíl respondentů a to 46 %.

Při podrobnějším pohledu na osoby s touto zkušeností (viz obrázek 4), je však možné zjistit, že procentuální rozložení mezi ženami a muži se výrazně neliší. Příčinnou tohoto výsledku může být fakt, že v souboru mohou být zahrnuti i muži, jež sami parafiliky jsou nebo je znají ze svého sociálního prostředí. Ale také se může jednat o nesprávné vyhodnocení jednání **či chování** známé osoby, jež následně vede k **nesprávnému** zařazení do

některé kategorie sexuálních deviací. Příkladem takového chybného zařazení je počínání dospívajícího muže, který z důvodu nedostatku možností realizace vlastní sexuality potají sleduje ženy při převlékání, u čehož se uspokojuje. Tento muž může být následně snadno laickou veřejností chybně označen jako voyer.

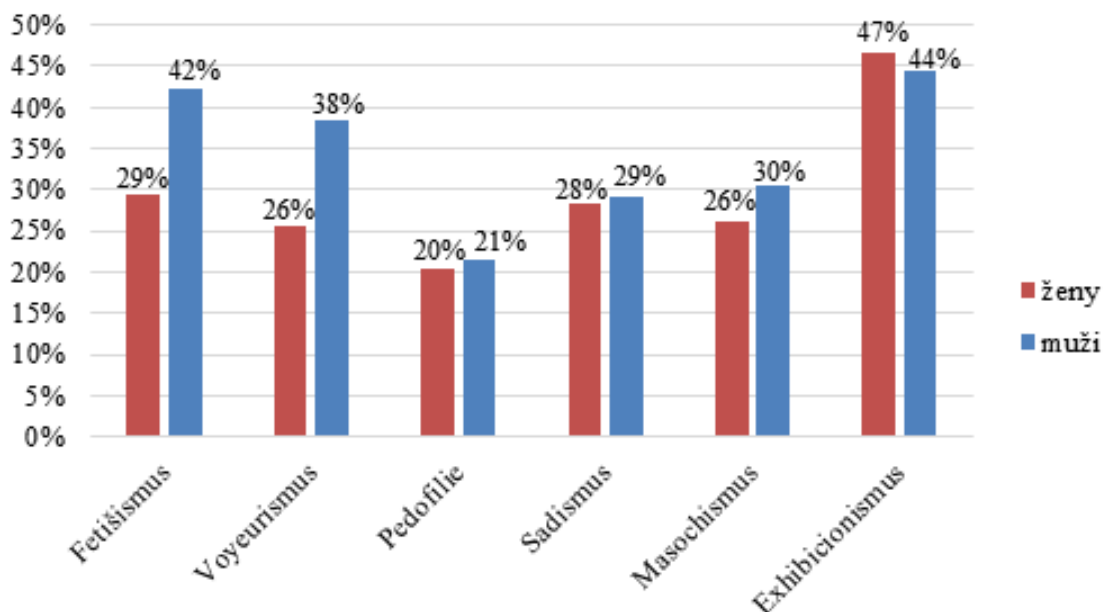
Obrázek 3: Osobní zkušenost s parafiliiemi (obecně)



Zdroj: vlastní výzkum

Další procentuální vyjádření jsou vztahována výhradně ke skupině respondentů, kteří se s osobou parafilika ve svém životě setkali. Zajímavou skutečností je fakt, že nejvíce respondentů se setkala s osobou exhibicionisty, jednalo se o 46 %. Druhou nejpočetnější skupinou se stala skupina osob, jež byla v kontaktu s osobou fetišisty (33 %). Tyto poruchy jsou společností považovány za **málo nebezpečné. Z tohoto důvodu k nim přistupuje spíše tolerantně. Naopak nejméně respondentů se setkala s osobou pedofila (21 %) (viz obrázek 3).**

Obrázek 4: Osobní zkušenost s jednotlivými typy parafilí dle pohlaví



Zdroj: vlastní výzkum

Dalším analyzovaným tématem byly postoje osob s osobní zkušeností s parafilikem. Své postoje mohli respondenti hodnotit na škále 1 až 5 (1 - neutrální postoj, 5 - velmi negativní postoj).

Nejčastějším postojem k osobám s fetišismem je neutrální tedy velmi tolerantní a to celkem v 56 %. V porovnání s ostatními skupinami parafilí jedná se o odchylku od normy, která je společností nejvíce tolerována.

Nejčastějším postojem k osobám s **voyerismem je s 27 % postoj ze středu škály označený hodnotou 3. Postoje k této poruše je symetricky rozdělen podél celé škály.**

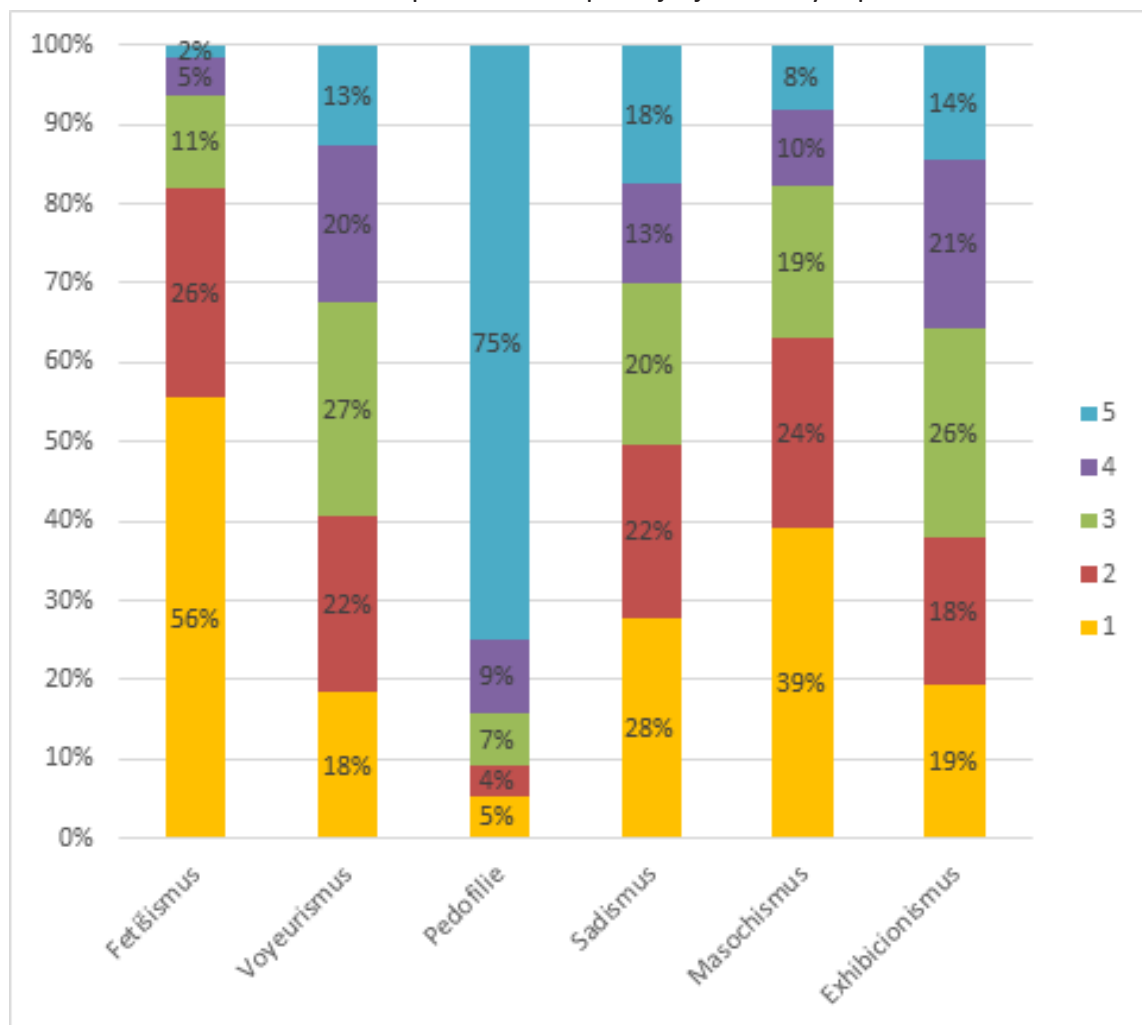
Nejčastějším postojem k osobám s **pedofilí je zásadně negativní u převážné většiny respondentů (75 %).**

Nejčastějším postojem k osobám se sadismem je ve 28 % postoj neutrální, ostatní odpovědi jsou rovnoměrně rozloženy po celé škále. Toto zásadní rozdíl ve srovnání výsledků se skupinou osob bez osobní zkušenosti s parafilikem, kde byl pohled na tuto skupinu hodnocen výrazně negativněji.

Nejčastějším postojem k osobám s masochismem je ve 39 % postoj neutrální.

U exhibicionismu největší podíl odpovědí (26 %) přísluší postoji ze středu škály, který je označen hodnotou 3. Postoje k této poruše jsou symetricky rozděleny podél celé škály.

Obrázek 5: Osobní zkušenost s parafilikem a postoj k jednotlivým parafiliiám



Zdroj: vlastní výzkum

Výsledky testových kritérií a potvrzení či zamítnutí hypotézy pro genderové rozložení a bydliště je uvedené v následující tabulce 3. Hypotézy H4 až H15:

H4: Má pohlaví vliv na postoj respondenta a jeho osobní zkušenost s fetišismem?

H5: Má bydliště vliv na postoj respondenta a jeho osobní zkušenost s fetišismem?

H6: Má pohlaví vliv na postoj respondenta a jeho osobní zkušenost s voyeurismem?

H7: Má bydliště vliv na postoj respondenta a jeho osobní zkušenost s voyeurismem?

H8: Má pohlaví vliv na postoj respondenta a jeho osobní zkušenost s pedofilií?

H9: Má bydliště vliv na postoj respondenta a jeho osobní zkušenost s pedofilií?

H10: Má pohlaví vliv na postoj respondenta a jeho osobní zkušenost se sadismem?

H11: Má bydliště vliv na postoj respondenta a jeho osobní zkušenost se sadismem?

H12: Má pohlaví vliv na postoj respondenta a jeho osobní zkušenost s masochismem?

- H13: Má bydliště vliv na postoj respondenta a jeho osobní zkušenost s masochismem?
H14: Má pohlaví vliv na postoj respondenta a jeho osobní zkušenost s exhibicionismem?
H15: Má bydliště vliv na postoj respondenta a jeho osobní zkušenost s exhibicionismem?

Tabulka 3: Faktory ovlivňující postoje respondentů

Testová kritéria a rozhodnutí na 5 % hladině významnosti						
	Pohlaví			Bydliště		
	Hypotéza	Testové kritérium	Rozhodnutí	Hypotéza	Testové kritérium	Rozhodnutí
Fetišismus	H4	0,9686	nemá vliv	H5	8,6820	nemá vliv
Voyeurismus	H6	19,8314	má vliv	H7	0,6178	nemá vliv
Pedofilie	H8	15,6930	má vliv	H9	4,7300	nemá vliv
Sadismus	H10	2,0236	nemá vliv	H11	4,7032	nemá vliv
Masochismus	H12	2,7945	nemá vliv	H13	6,2867	nemá vliv
Exhibicionismus	H14	26,9713	má vliv	H15	1,6459	nemá vliv

Zdroj: vlastní výzkum

U všech typů parafilií je pomocí chí-testu dokázáno, že lokalita **bydliště nemá vliv na odpovědi respondentů**. U faktoru pohlaví toto tak jednoznačně tvrdit nelze. U parafilií jako je fetišismus, sadismus a masochismus je možné **jednoznačně říci, že pohlaví na odpovědi respondentů nemá vliv**. Kdežto u parafilií typu voyerismu, pedofilie a exhibicionismu **má pohlaví vliv na odpovědích respondentů**.

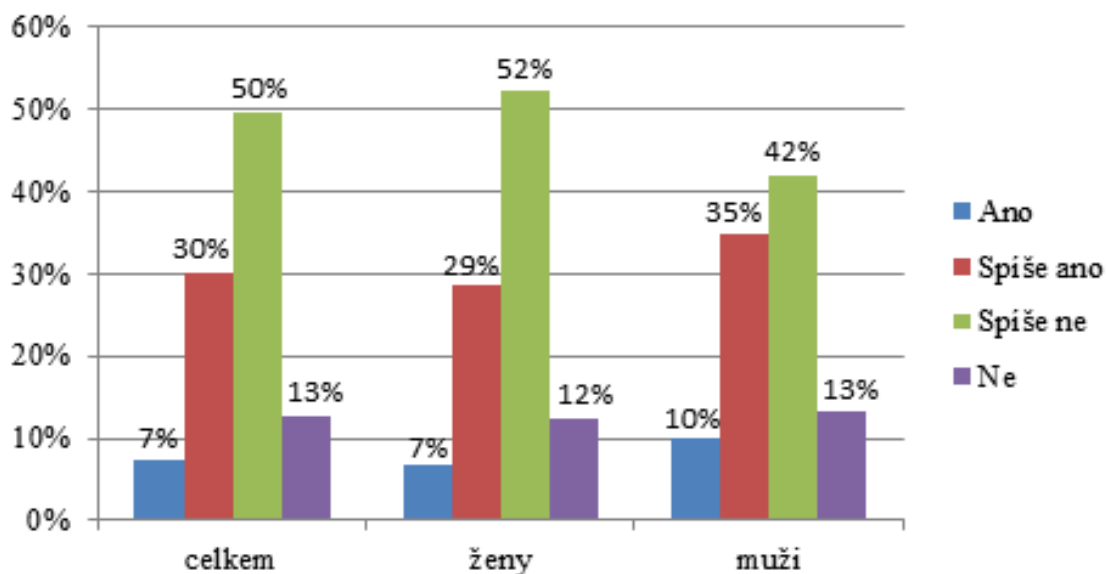
INFORMOVANOST VEŘEJNOSTI O PARAFILIÍCH

Dnešní moderní doba je dobou „snadno“ dostupných informací. Díky internetu se výrazně urychlil proces získávání a předávání informací. Otázkou však zůstává odborná úroveň, kvalita a správnost

informací, které je možné zde nalézt. Co se týká vydané odborné literatury na českém trhu, v **současné době** se jedná o její výrazný deficit. Veřejnost je tedy do značné míry závislá na informacích prezentovaných médií.

Z výsledků výzkumu vyplývá, že respondenti vnímají ve více než v 60 % informovanost společnosti o parafiliích za spíše nedostatečnou nebo nedostatečnou. **Z pohledu genderového rozdělení na úroveň informovanosti pozitivněji nahlíží muži než ženy.** (viz obrázek 6)

Obrázek 6: Dostatečná úroveň informovanosti veřejnosti



Zdroj: vlastní výzkum

ZÁVĚR

Sexuální deviace jsou tématem, které je s lidskou populací spojeno již od pradávna. I přesto zůstává tato oblast pro společnost do značné míry zahalena tajemnem, které vyvolává strach, ale také vzrušení. Hlavní faktory, jež ovlivňují pohled společnosti na osoby se sexuálními deviacemi, je možné rozdělit do několika skupin.

První skupinou je osobní zkušenost s atakem osoby s parafilii nebo s její obětí. Je to jeden s nejsilnějších motivů, který může mít dopad na celkové názory a postoje této osoby na tuto oblast. V případě této skupiny se jedná ve většině případů o vytváření postojů negativních.

Druhou skupinou jsou osoby s parafilikem v okruhu svých známých nebo přátel. Tento

faktor může osobu ovlivňovat pozitivním směrem k této skupině nebo může vést rovněž k vytváření negativních postojů. Z výsledků výzkumu nebylo možné tyto dvě skupiny respondentů odlišit. Bylo však zjištěno, že významný podíl respondentů udává osobní zkušenost s osobou parafilika. Nejčastěji respondenti uváděli, že se ve svém životě setkali s osobou exhibicionisty. Dalším zajímavým aspektem je i to, že procentuálně jsou poměry žen a mužů, kteří se setkali s osobou parafilika u většiny typů velmi vyrovnané. Výraznější rozdíl byl popsán pouze u fetišismu a voyeurismu, kde setkání s osobou s touto poruchou popsal výrazně větší podíl mužů.

Informovanost o této problematice je faktorem, který má zpravidla mírně pozitivní dopad na postoje společnosti ke skupině parafiliků. Veřejnost obecně hodnotila v 63 % informovanost o sexuálních

deviacích jako spíše nedostatečnou nebo zcela nedostatečnou. To znamená, že respondenti sami pociťují nedostatek informací v odborných, ale i populárních (nebulvárních) zdrojích zaměřených na tuto tematiku.

Posledním významným faktorem ovlivňujícím mínění společnosti jsou média. Z výsledků výzkumu vyplynulo, že společnost považuje informace prezentované médii za relevantní nebo spíše relevantní jen ve 32 %. Znamená to tedy, že česká společnost se snaží kriticky nahlížet na médii předkládané informace. Otázkou však zůstává, v jakém rozsahu se to dané populaci objektivně daří. Zajímavým zjištěním je prokázání vlivu pohlaví a věku na hodnocení objektivnosti mediálně podávaných informací.

Faktorů, které ovlivňují názory a postoje k problematice parafilí je jistě daleko širší spektrum například demografické faktory (pohlaví, věk apod.) a mnohé další.

Atmosféra strachu, jež je často v souvislosti s tímto tématem vytvářena má negativní dopady na společnost, ale také na subkulturu osob s parafilí. Zvýšení informovanosti laické, ale i odborné veřejnosti může být cestou k snížení celospolečenské stigmatizace parafilních osob a tím může vést i k větší ochotě těchto osob vyhledat odbornou pomoc.

LITERATURA

- [1] URBAN, Lukáš; DUBSKÝ Josef; BAJURA, Jan. *Sociální deviace*. 2. vyd. Plzeň: Aleš Čeněk, 2012. 231 s. ISBN 978-80-7380-397-1.
- [2] VESELSKÝ, Zbyněk. Sexuální deviace u žen. *GYNEKOLOG* [online]. 2009, 14 (1), 13-16 s. [cit. 2015-03-01]. Dostupné z: <http://www.gyne.cz/clanky/2009/109cl3.htm>.
- [3] VOBR, Radek. *Antropomotorika*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2013, ISBN 978-80-210-6284-9.
- [4] WEISS, Petr. *Sexuální deviace: klasifikace, diagnostika, léčba*. 1. vyd. Praha: Portál, 2008, 351 s. ISBN 80-717-8634-9.
- [5] WEISS, Petr a kol. *Sexuologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. xiii, 724 s. ISBN 978-80-247-2492-8.
- [6] WHO. *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů* (MKN-10). [online]. 2015 [cit. 2015-03-01]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>.
- [7] ZVĚŘINA, Jaroslav. *Sexuologie (nejen) pro lékaře*. 1. vyd. Brno: CERM, 2003, 287 s. ISBN 80-720-4264-5.

FACTORS AFFECTING THE COMPANY'S VIEW ON PEOPLE WITH INDECENT



KONTAKTNÍ ÚDAJE:

PhDr. Jana Novotná, Ph.D.
Vysoký škola polytechnická Jihlava
katedra sociální práce
Tolstého 1556/16
586 01 Jihlava
Email: jana.novotnai@vspj.cz

Mgr. Hana Vojáčková, Ph.D.
Vysoký škola polytechnická Jihlava
katedra technických studií
Tolstého 1556/16
586 01 Jihlava
Email: hana.vojackova@vspj.cz

ABSTRACT

Reflections on the little explored areas of the social impact of disorders of sexual preference, which is on the border of several disciplines, therefore, social work, psychology and medicine. The paper presents the results of an analysis of data from a questionnaire survey conducted among the general public. Specifically focuses on the main factors influencing the public's view of people with paraphiliac.

KEYWORDS:

paraphilia, sexual deviance, standard, sexuality, society

THERAPY OF DYSPHAGIA IN THE REHABILITATION OF PATIENTS SM

HALINA ROMUALDA ZIĘBA
PODHALE STATE HIGHER
VOCATIONAL SCHOOL INSTITUTE
OF PHYSIOTHERAPY IN NOWY
TARG

ZUZANA HUDÁKOVÁ
CATHOLIC UNIVERSITY IN
RUZOMBEROK

ABSTRACT

Abstract the aim of the study is to present the therapy of dysphagia in the rehabilitation of patients SM. Dysphagia is a disorder that affects the reception and movement of food from the mouth into the throat and esophagus, and is associated with swallowing discomfort. Sometimes the symptom occurs as a stand-alone or accompanied by other diseases. Swallowing disorders in the course of neurological diseases relate to neurogenic dysphagia. The problem dysphagia is common for people with neuromuscular diseases, it is most common with mechanical dysphagia and oropharyngeal. Dysphagia can manifest itself through: choking, coughing, tearing, sneezing, retching, feeling of food retention in the esophagus, dilation, pain on swallowing. The most common disorder is a fellow neurological disease, significantly reducing the quality of life of patients, sometimes causing life-threatening complications, especially respiratory. Clinical signs of dysphagia include difficulty in starting the act of swallowing, frequent choking content of food or passing food through the nose. One outcome is malnutrition and may contribute to debilitated patients. In planning the rehabilitation of patients with SM dysphagia

therapy should be included as early as possible, even before the advent of the problems associated with the consumption of food. Dysphagia therapy must be comprehensive, that is: not only include exercises to increase mobility of the temporomandibular joints, but also the mobility of the tongue, swallowing maneuvers exercise and elements of soft tissue therapy. Therapy should be continuous and systematic, regardless of the severity of dysphagia. Particularly important is the implementation of prevention of dysphagia in children with neuromuscular disorders by incorporating exercise rehabilitation program masticatory system (1,6).

KEYWORDS:

dysphagia, physiotherapy, sclerosis
multiplex SM

INTRODUCTION

Dysphagia, difficulty of swallowing act (grec.), dysphagia called *z* are due to diseases that threaten the health and even life. Clinical signs of dysphagia include difficulty in starting the act of swallowing, frequent choking content of food or passing food through the nose. Most patients complain about dysphagia regardless of the consistency of food, difficulty in moving the food in the mouth. They feel the weakness and increasing fatigue in the muscles of the jaw. They complain about bite force reduction, limitation of movement of the mandible and a feeling of stiffness in the temporomandibular joints (1,2). As a result, eating takes them more time, there is impatience and irritability. Patients perceive this state as a deterioration of their quality of life. Typically, dysphagia occurs within a few months of the problems in communicating (3,4).

This problem is particularly troublesome for patients whose first symptoms of dysphagia are fairly early, as it happens in spinal muscular atrophy type Ib (SMA Ib). Spinal muscular atrophy is a hereditary disease in an autosomal recessive manner. This disease occurs in large clinical diversity of SMA to SMA IIIb Ia, where Ia SMA is the most severe form, SMA IIIb mildest. Dysphagia can manifest itself through: choking, coughing, tearing, sneezing, retching, feeling of food retention in the esophagus, dilation, pain on swallowing. The most common disorder is a fellow neurological diseases, significantly reducing the quality of life of patients,

sometimes causing life-threatening complications, especially respiratory. Note the relationship between problems with speech and difficulty of swallowing (5).

Dysphagia can be divided into:

- oropharyngeal dysphagia,
- mechanical dysphagia,
- functional dysphagia,
- odynophagia (4).

THE PROCESS OF SWALLOWING

Swallowing a physiological act takes place in three phases, oral, pharyngeal and oesophageal

The first phase - oral, consists of two stages:

- preparatory phase, in which the grinding food. To this phase was the proper course, it is necessary to: the efficiency and coordination of short lips, cheeks adequate muscle tone, smooth movements of the tongue and jaw;
- phase specific, oral, in which shift of the billet in the direction of the throat, due to the muscle tongue and cheeks. When the bite is moved outside the arches to the palate begins with a swallowing reflex phase, lasts 0,3 seconds. The first phase of swallowing is controlled by the central nervous system and depends on neuromuscular coordination at the level of the throat and upper esophageal sphincter, subject to conscious control. The organs

and nerves involved in swallowing oral phase are broadcasting organs, which control and efficiency also determine the correct articulation. The human body, using the same structures, realizes two, or rather three operations, such as food intake, breathing and speech (phonation and articulation) (3).

Phase two – throat – occurs in the billet shift by the cavity of the throat in the direction of the esophagus. During this process, the nasal cavity is closed by lifting the soft palate. It takes 1-3 seconds, is a reflex independent of the will.

Phase three – esophageal, is initiated by the opening of the upper esophageal sphincter. Bite of food, formed in the preparatory stage using a peristaltic movements, is moved toward the lower esophageal sphincter, the final step is the opening of the lower esophageal sphincter. Going bite tract is independent of the will, to regulate neuromuscular and correct construction of the esophagus and gastric przetykowo- connection. It takes 4-10 seconds (3,4).

THE ETIOLOGY OF DYSPHAGIA

Etiological factors of dysphagia are very diverse, they are referred to depending on the phase of the process of swallowing. The most common causes of dysphagia include:

in the first phase – oral, neurological diseases, malformations, tumors, mechanical damage, inflammation of the oral mucosa, salivary gland disorders;

in the second phase – the throat, it is considered: diseases of the central and peripheral nervous system, such as demyelinating disease, ischemic, neuro and polyneuropathy, neuromuscular disorders, cancer, conditions after surgery in pharynx and larynx;

dysphagia for the third phase – esophageal responsible, among others: neurological diseases, movement disorders of the esophagus, cancer, esophageal fistula tchawicz-, stenosis and diverticula of the esophagus (7).

In the case of occurrence of dysphagia in the course of neurological diseases talks about neurogenic dysphagia. The incidence of this symptom in the proceedings of some neurological diseases is as follows: amyotrophic lateral sclerosis: 48-100%, neuromuscular diseases: 85%, long-term hypoxia: 80%, strokes: 80%, cranio-cerebral injuries: 70% muscular dystrophy: 70% failure within the brainstem: about 60%, myasthenia gravis: 17-53%, Parkinson's disease: 50% (6,7).

Depending on the level of damage to the motor unit, discriminates the following group of diseases: originally muscle (pathological processes taking place in the muscle), neurogenic processes (pending re in the muscle due to damage to peripheral motor neuron), degradative neuromuscular. The common feature connecting these 3 groups of diseases are pathological processes of genetic regarding motor unit, research methods and diagnostic and clinical symptoms. The characteristic clinical manifestations of most of these diseases are muscle

weakness, muscle flaccidity, paresis, weakening or abolition of reflexes. If these are sufficiently strong, a consequence of their feature impaired motor function, and even problems with normal physical development in children and adolescents (6).

In neuromuscular diseases mechanical dysphagia and oropharyngeal are frequently encountered. These patients frequently complain of dysphagia regardless of the consistency of food, difficulty in moving food in the mouth. They feel the weakness and increasing fatigue of the jaw muscles. They complain about the bite force reduction, limitation of movement of the mandible and a feeling of stiffness in the joints temporo-mandibular. As a result, eating takes them more time, there is impatience and irritability (5).

SYMPTOMS OF DYSPHAGIA

The symptoms are closely connected with the phase of swallowing. Disorders of the oral phase on residual food in the mouth and difficulty in forming the parison. They express the following situations:

- outflow of food, caused ajar mouth,
- inability to move the bite of the buccal cavity deep,
- inability to properly set occlusion,
- retention of food in the vestibule of the cheeks, on the tongue, hard palate,
- uncontrolled or too early getting up food into the throat.

PHARYNGEAL PHASE DISORDERS GENERATE THE FOLLOWING DIFFICULTIES

- the entry of food into the nasal cavity, regurgitation through the nose, sneezing, tearing,
- entry of food into the larynx, coughing, choking,
- retching.

DYSPHAGIA IN STEP ESOPHAGEAL MANIFESTED

- feeling of stopping bite while passing through the esophagus,
- dilation, crease, chest pain (3, 6).

THERAPY AND PRINCIPLES OF CARE OF PATIENTS WITH DYSPHAGIA

Dysphagia therapy is aimed at maintaining the best ability to swallow, elimination of aspiration of gastric contents into the bronchial tree, preserving nutritional standards and help in the transition from tube feeding to breastfeeding. Safe oral feeding the patient with dysphagia is possible when it meets the following requirements: have a preserved consciousness, efficient breathing, no shrinkage larynx and bronchi, the correct salivation, lack of aspiration pneumonia. Establishment of a sick nasogastric tube, which is widely used medical impact, comfortable in nursing care, due to the significant reduction in the patient's feeding time and the elimination of complications from respiratory, unfortunately improves swallowing act. It should be deferred and

preceded by making every effort to sustain the longest muscle function involved in the process of swallowing (8,9).

Such treatments as stomach tubes together, and the use of the sequential action of the compensation, which is a surgical procedure to place the probe in the stomach - percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG percutaneous endoscopic gastrostomy) should be used for

severe dysphagia, the patient looming destruction or numerous complications from the the respiratory system. Proper assessment of the scale of the problem is very important because it determines the treatment of the sick. Language- American Speech-Hearing Society recommends a seven dysphagia severity scale (the higher the point value admits the patient, the less disturbed the process of swallowing) (11):

Tabela 1: American Speech-Language-Hearing Society (11)

Points	Dysphagia
0	The patient can not be tested (eg. due to severe general condition), swallowing non-functional,
1	Swallowing possible, but disorganized and / or delayed, does not provide meet the nutritional requirements,
2	Swallowing disturbed, can not meet the needs of food, need help with eating meals,
3	Dysphagia, it is possible to satisfy nutritional needs,control is required and the use of assistive technology,
4	Swallowing possible, but disorganized and / or delayed, does not provide meet the nutritional requirements,
5	The patient may occasionally need guidance and application of appropriate techniques food intake,
6	Swallowing is functional most of the time, although occasionally may occur minor irregularities, the act of eating requires a longer time,
7	Swallowing normal.

The patient complaining of difficulties may have in mind: coughing during eating, retention of food in the mouth and throat, general feeling that the food is connected with problems and chronic over time and that all leads to weight loss. Other symptoms may include completed stories pneumonia, especially those repeated, increased secretion coughing, especially at the end of eating or after, changing his voice in the form of veiling. If swallowing is diagnosed by videofluoroscopy, which enables observation study of the

formation of gum and bite tract in the oral phase, pharyngeal phase and moves the base of the tongue, hyoid bone and the side walls of the throat, it is helpful Scale for Assessment of dysphagia (Dysphagia Severity Rating Scale) (3).

Tabela 2: Scale to Assess Dysfagii (Dysphagia Severity Rating Scale) (3)

Points	Dysphagia level	Dysphagia
0		Normal swallowing mechanism
1	minimum dysphagia	Visible small disturbances of normal swallowing, the patient may experience discomfort when swallowing, does not require a change in diet,
2	mild dysphagia	The current Oropharyngeal dysphagia; presumably neededare specific guidelines as to how to swallow. A slight modification of food consistency may be recommended,
3	mild/medium dysphagia	There is a possibility of aspiration, but decreases with the use of specific techniques and diet modification swallowing, eating time significantly extendedcomplementaryfeedingcan be recommended,
4	average dysphagia	There is a possibility of aspiration, aspiration track on one or more consistencies, the patient can eat certain foods with specific techniques to minimize the potential aspirations; it is recommended that observation and assistance is givenduring meals, you may givesupplementary feeding or oral gavage,
5	medium/severe dysphagia	The patient aspiruje10% of foods from most consistency with the risk of aspirations of all consistency; the possibility of aspiration decreased with the use of specific guidance to swallow, no cough reflex or defense reflex larynx, nutrition maintenance recommended alternative if you have problems with respiratory failure itis recommended to applyoral feeding,
6	severe dysphagia	Over 10% of aspiration for all foods consistencies; it is recommended that the patient was oral feeding.

ASSESSMENT OF DYSPHAGIA OROPHARYNGEAL

Although there is no obvious correlation between the aspiration of food or liquid into the respiratory tract and inflammation of the lungs, the results of many studies have shown, however, a positive correlation between the two states. Frequent choking up, can cause pneumonia. Treatment of a faulty swallowing act helps prevent against malnutrition, and pneumonitis. Poor nutrition and dehydration can have serious medical problems and simultaneously multiply the costs of treatment. Maintenance and improvement of the mechanism of oral nutrition are also something that provides good nutrition and hydration and form a protective factor against increased spending on health care (3).

Assessment of dysphagia oropharyngeal allows you to:

1. defining the nature of anatomical and functional changes in the mouth and throat, which cause difficulties,
2. assessing the effectiveness of treatment,
3. develop a plan of rehabilitation in the context of medical diagnosis and medical history.

In order to understand the clinical symptoms in the context of dysphagia medical history and diagnosis is very important interview, on the basis of management strategy which can be determined. The test starts at the bedside. It is the assessment of his condition, careful questioning about the

symptoms while eating, rating anatomical changes, sensory and functional oral cavity, pharynx and larynx. In addition, you have to assess his speech and cognitive skills, then we make an attempt to eat while maintaining safety. Testing by the bed, however, is insufficient due to lack of radiological examination, because at the time of eating, there is a number of changes in the motor function of the throat muscles. Testing by the bed is, however, an important part of the proceedings in the evaluation of swallowing function, assessment of changes in the speech and cognitive skills of the patient. We can also assess how quickly and how effectively the patient can swallow. The impact of further therapeutic also has the ability to memorize commands and use them. In order to assess the need for radiological examination should be performed each bedside examination, prior to instrumental studies (4).

IMAGE RESEARCH AREA ORO-THROATY

Techniques useful in studying oropharyngeal are:

Lateral x-ray is used as the first to observe the time swallowing and its speed and performance, as well as a possible aspiration. In the position anterolateral inhalation superimposed on the esophagus and evaluation aspiration it is impossible. Radiological studies tend not to assess bragging about the fact but to assess why this is happening. Moreover, in this way we can determine how best to swallow strategy to even small amounts of sick could eat (6).

Ultrasound – which allows you to visualize swallowed food, but nevertheless serves as an anatomical and functional assessment of the structure Oropharyngeal during swallowing. Research ultrasound is used to monitor the activity of language in the oral cavity to measure the length of the cavity, as well as to visualize the movement of the hyoid bone. However, due to the multiplicity and type of structures (cartilage, bone, muscle) included in the throat this technique, so far, can not be used for testing the throat. The inability to visualize the throat limits the usefulness of ultrasonography in the study of the throat and is used only for testing oral ingestion. Meanwhile, the pharyngeal phase is physiologically most important, because the respiratory tract closes and opens the esophagus.

Videoendoscopy – is used more and more frequently to study the anatomy of the mouth, pharynx and larynx before and after ingestion. But you can not see the same phase swallowed. The moment calls swallow reflex is closing around the pipe endoscopic throat, blocking the image. Many important activities happening during this closure, while videoprobes for endoscopy and videofluoroscopy (3).

The clinician can bring about the nature of disorders by observing the debris littering after ingestion, when the image is viewed endoscopic again, but this process is not straightforward and is based on the symptoms, not the observation of the swallowing. The benefit of video-endoscopic study is the lack of X-ray irradiation. However, you need to insert

a tube through the nose, which may constitute a change in the swallowing process in some patients and can be uncomfortable and not tolerated by others.

By endoscopy these movements can be observed against the act of swallowing, but not in its duration. The most common way of testing in the evaluation process is videofluoroscopy pharyngeal swallow. Apply here X-rays in small doses. You can see the area oropharynx well in side view and posterior-anterior. Videofluoroscopy does not allow measurement of the pressure developed during the act of swallowing but allows indirect evaluation by observing the movement of the billet in relation to the structure through which it passes.

Videofluorography – used to observe the act of swallowing various foods. It starts mainly from the research side. The patient is given a certain amount of fluid, and then inform him how to drink from a cup. Then recommended to chew solid foods, such as, a fragile biscuits. The patient can be given different foods, depending on the interest of the clinician. When a patient has difficulty with special foods, we serve them with barium confused with them, or smeared with barium(7).

ANALYZING THE FUNCTIONAL STATE OF THE NEUROMUSCULAR SYSTEM, THERE ARE THREE TYPES

I. type – the disorder causes loss of ability to form a billet tract and move it toward the throat, as a result, leads to deposition

of food in the mouth. These disorders are most common neurological diseases, inflammations or irritations language.

II. type – swallowing disorders, presenting with problems of displacement fluid or bite through the lower part of the larynx, accompanied by coughing, choking, regurgitation through the nose leading to aspiration, tearing, sneezing or retching. It happens that the only initial symptom or swallowing disorders oro-pharyngeal is the feeling of scratching in the throat and dry cough occurring during the meal. They are, inter alia, in cancer, inflammatory diseases of the throat and neurological disorders.

III. type – the characteristic symptom of esophageal dysphagia is administered by the patient stopping bite impression and a feeling of food sticking during his trek through the esophagus. Usually accompanied by a feeling of wrinkling, spreading or completeness of the bridge, often in the area corresponding to the location of the lesion in the esophagus making passage difficult. Sometimes, particularly if the obstacle is in the lower section of the esophagus, the above symptoms may occur when a very rapid consumption of meals at the base of the neck and may even lead to disturbances in the phase II swallowing. But, even in such a case, the first symptoms occur at a level corresponding narrowing of the esophagus, while the symptoms of upper parts of the esophagus are dependent on the accumulation and retention of gastric contents.

Odynofagia – dys phagia may be accompanied by pain associated with swallowing. Odynophagia occurs together with dysphagia after traumas and inflammation of the esophagus (acute, bacterial, viral and fungal pharyngitis, tonsillitis) as well as transient symptom after eating too hot foods and liquids, the delicate esophagus injuries associated with swallowing badly chewed or dry and hard foods, and the presence of cancers of the oral cavity and throat. It happens that some patients can coexist dysphagia and odynophagia, eg. In chronic fungal infections (candidiasis of the esophagus in patients with AIDS) or chemotherapy - or radiation therapy (12).

TREATMENT PROCESS

1. PROPER POSTURE WHILE EATING

Proper posture while eating is a sitting position with a straight neck. If necessary, use props. The head should be in the axis of the body, twist from side to side, and not deviate upwards or downwards too. The chin should approach the chest. If a patient due to the general state of health does not accept meal alone, you should have the opportunity of looking for a meal, because visual stimuli act as a stimulant to the desire of eating and swallowing reflex. The possibility of eye contact persons nursing and patience is important to adjust the pace and size of food portions to the possibility of the patient. The rate of feeding should be absolutely customized to the capabilities of the patient and make sure that the previous mouthful was swallowed before they are given the

next. If food is not long in arrears or been swallowed as a whole, you can be given instead of the next portion of the empty spoon, which can be a stimulus to swallow patients with paresis can be used to change the position, which consists of twisting the head in the direction of body parts with paresis (paralysis when is one-sided), this position facilitates movement of the bite and reduces the risk of aspiration due ajar larynx (10).

2. TECHNIQUES TO HELP YOU SWALLOW

The literature describes two techniques to facilitate swallowing, using them reduces the risk of aspiration, both techniques require exercises with the participation of the therapist and the good cooperation with the patient (7).

- Swallowing on glottal – recommended when the patient immediately after swallowing observed coughing or choking, as well as for patients with symptom of a weakened movement of the tongue toward the back. These symptoms may suggest a weakened protection of the larynx. This requires that the procedure is according to the following scheme: breath – stop air – Swallowing (can be repeated) – exhale with odkrztuszeniem – breath.
- Maneuver Mendelssohn – it is the maximum extension of the throat when swallowing, and a conscious extension of laryngeal elevation in bite-swallow phase (2,3). If the problem swallowing gives residual feelings or

concerns when it takes more than one swallow to move one bite of food, it is necessary to strengthen the work of the throat and back of the tongue called thimble, through the use of special exercises such as swallowing with increased strength, loud swallowing and swallowing Super supraglottic, consisting of stopping the air phase of swallowing with the strong mountings both hands on the seat such a swallowable not use in patients with paresis (7).

3. SPECIALIZED EQUIPMENT FOR EASY CONSUMPTION

You should avoid taking meals in the supine position, it can cause choking. Feeding the sick or help in the adoption of meals should be done in a sitting position. Spoon for feeding should be large, flat and smooth rounded edges. Laying cushion in the lumbar spine (between the back seat and backrest), helps maintain the correct position. If the patient can not independently maintain the head, neck brace can be assumed for the duration of the meal. Drinking is recommended through a tube, which undoubtedly makes it easier to control the amount of fluid introduced into the mouth at one time. You can use special cups with a low placed spout to avoid the risk of aspiration(12).

If the problems are smaller, the patient can take fluids from a cup or a cup of recurving edges, make sure that the vessel was filled with liquid, low levels of the beverage in the vessel, forcing tilt the head back. Avoid cups with a spout in the lid and

bottles, because they force an incorrect position during swallowing (6).

4. MODIFICATION OF FOOD FED AND RECOMMENDATIONS FOR FEEDING

The consistency and temperature of the meals are important for the process of swallowing. The sick person easiest to swallow semi-solid food of dense, uniform consistency, like thick yogurt. If the patient coughs while drinking, fluids must be thickened (jelly can be used to thicken juices), avoid liquids such as water, tea and uneven, like a compote of fruit (10).

In the case of impaired sensation in the larynx defensive reaction in the form of cough may not appear, it does not mean, however, that swallowing properly. The symptom reach food or fluids into the larynx (aspiration) is a clear voice alteration after swallowing a dish or drink, becomes a "wet and more hoarse." Problems with swallowing may also apply to solid foods. That is, when the efficiency of the lips, cheeks, jaw and tongue is insufficient for the preparation and transfer of the billet from the oral cavity to the pharynx. Avoid hard foods, dry bulk such as: porridge, rice and crumbling biscuits or wholemeal bread. The diet should contain: Soft foods of uniform consistency: mashed potatoes, soft boiled vegetables, minced meat, pudding, yogurt, jelly. You should use other routes of administration of drugs (do not crush the tablets of the drug on a spoon). During chewing and swallowing mouth of the patient must be closed. A major problem in patients with dysphagia is badly matched dental prosthetics (many patients struggling with weight loss).

It is recommended that you do not talk during the meal, and the patient wait for 15 minutes after food intake remained in a sitting position. The distinctive taste and temperature are beneficial, as it enhances the feeling in the mouth and throat. Portions should not be too large. Disposable bite flat volume big spoon is optimal. Too small volume of billet, disperses in the mouth and does not exert pressure on the tongue and bows to the palate, so do not provoke the swallowing reflex. Care should be taken to impose portions of the center of the tongue or (with the shock of language on the healthy side) when fed with a spoon, gently push the tongue and remove steeply upward. If food stays in the mouth, so-called "double-swallowing" (7,8).

EXERCISES TO IMPROVE ORGANS OF THE MOUTH, PHARYNX AND LARYNX

Sets of exercises should be selected individually by neurologopedę, most of them can be carried out by the patient themselves, under the supervision of a nurse or caregiver. It is important to frequency of their repetition. The patient can be encouraged to exercise while performing other tasks, such as when the toilet body. There are direct or indirect techniques (10, 9).

Intermediate exercises performed without gastric contents consist of exercises movement of the lips, tongue, jaw and larynx.

EXERCISE STREAMLINING

Exercise cheeks

- maintaining air in the cheeks,
- transfusion of air between the cheeks,
- retraction cheeks inwardly both alternately,
- stuffing his cheeks language.

Exercises to improve his lips

- maintaining air in the cheeks with tight lips,
- air moving in the right once again in the left cheek,
- smacking his lips, whistling,
- he bites his teeth, alternating upper and lower lip,
- massaging lips with lip
- blowing through a straw

Exercises language

- massage the inside of the cheeks, tongue (pushing the cheeks),
- surrounds the language of dental arches,
- munching (tongue palate),
- eject the language of the oral cavity,
- licking lips,
- pendulum (hitting the corners of the mouth tongue sticking out,
- nibbling teeth tip of the tongue, swallowing with maintaining this position (9, 10).

Cichocki P. et al (2011) describes a method of therapy, "carried out in the patient for 8-weeks comprising":

- stretching the neck muscles by Anderson,
- massage the soft tissue around the temporomandibular joints,
- massage the initial attachment point (zygomatic bone) masseter muscle,
- postisometric masseter muscle relaxation (in the direction of abduction),
- active movements in the temporomandibular joints,
- active language training,
- maneuvers swallowing act (5).

Rehabilitation takes place in the order shown 3 times a week for 20 minutes. For the first two weeks therapy was focused on loosening stiffness in the neck and TMJ and science cooperation with the therapist. Most of the time was spent on stretching and massage. From 3 to 6 weeks of treatment more and more time spent on exercise postisometric and active exercises. Last two weeks of rehabilitation consisted mainly improving swallowing maneuvers and skills of relaxation during exercise to increase range of motion of the temporomandibular joints."In the case of the use of physiotherapy stated objective and subjective positive effects of therapy. The measurement results show an improvement in mobility. At the same time a subjective assessment by the patient indicates a change in quality of life related to improving the range of motion of the temporomandibular joints, improving comfort in receiving, moving, crushing and swallowing bites of food. Subjective evaluation also subject to the stiffness of the jaw feeling that after 8 weeks of treatment decreased" (5).

CONCLUSION

Medical rehabilitation process is multifaceted, and one of its main objectives is to delay the weakening and, consequently, muscle atrophy, muscle eg: prolonging the function of locomotion, prevention of contractures and deformities of the spine, maintaining the efficiency of the respiratory system. In the process of treatment of the patient plays an important role diet modification, a suitable feeding equipment, knowledge of the swallowing techniques, as well as improving exercise the muscles of the oral cavity, pharynx and larynx and respiratory training. In planning the rehabilitation of patients with SMA 1b dysphagia therapy should be considered as early as possible, even before the advent of the problems associated with the consumption of food. Dysphagia therapy must be comprehensive. Not only include exercises to increase mobility of the temporomandibular joints, but also the mobility of the tongue, swallowing maneuvers exercise and elements of soft tissue therapy. In addition, treatment should be continuous and systematic, regardless of the severity of dysphagia. Particularly important is the implementation of prevention of dysphagia in children with neuromuscular disorders by incorporating exercise rehabilitation program masticatory system.

LITERATURE

- [1] DOBRZYŃSKI P., CHĘCIŃSKI P.,(2001), Zaburzenia połykania (dysfagia).Terapia, Warszawa,; 1: 35–38.
- [2] WISKIRSKA -WOŹNICA B., PRUSZEWICZ A., WALCZAK M.: Zaburzenia połykania–postępowanie diagnostyczne i zasady rehabilitacji. PrzewLek. 2002, 5, 9, 102–104.
- [3] O'NEIL KH.,et al. The Dysphagia outcome and severity scale. Dysphagia. 1999;3:139-40.
- [4] TERLIKIEWICZ J., MAKAREWICZ R.: Zaburzenia połykania dysphagia. Pol Med Paliatywna. 2003, 2, 1, 31–38.
- [5] PAWEŁ CICHOCKI P., ŻYŻNIEWSKA-BANASZAK E., MOSIEJCZUK H., (2011).,
- [6] Strategy of physiotherapy in dysphagia associated with spinal muscular atrophy type IB: Case study., Annales Academia E medica estetinensis in Szczecin 57, 1, 26–30.
- [7] JĘDRZEJOWSKA M., (2010), Próby terapeutyczne w dystrofii mięśniowej typu Duchenne’a i rdzeniowym zaniku mięśni. Polski Przegląd Neurol., 6, Suppl. A, 34–35.
- [8] NOWAKOWSKA H., GRABOWSKA H., MIELNIK M., (2012), Terapie wspomagające opiekę pielęgniarską nad pacjentami z zaburzeniami połykania, Problemy Pielęgniarstwa, Wrocław, 20 (1): 126–132.
- [9] KAWASHIM K., MOTOHASHI Y., FUJISHIMA I., (2004), Prevalence of Dysphagia Among Community -Dwelling Elderly Individuals as Estimated Using a Questionnaire for Dysphagia Screening. Dysphagia,
- [10] GOZALEC D., Pulmonary manifestations of neuromuscular disease withspecial reference to Duchenne muscular dystrophy and spinal muscularatrophy. Pediatr Pulmonol. 2000, 29, 2, 141–150.
- [11] TAE- HYUN C., DUCK- WON O., JAE- HUN S.: Noninvasive treatment strategy for swallowing problems related to prolonged nonoral feeding in spinal muscular atrophy type II. Dysphagia. 2010, 25, 261–264.
- [12] HAUSMANOWI – PERUSEWICZ I., et al.,(2005), Choroby nerwowo-mięśniowe. Wyd. Czelej, Lublin.
- [13] ROFELS L., ARREOLA V., ALMIRALL J., CABRE M., CAMPINS L., GARCIA-PERIS P., et al. Diagnosis and management of oropharyngeal dysphagia and Its nutritional and respiratory complications in the elderly. Gastroenterol Res Pract. 2011;pii: 818979.

REHABILITÁCIA PACIENTOV SO SKLERÓZOU MULTIPLEX PRI LIEČBE DYSFÁGIE



ABSTRAKT

Cieľom tejto štúdie je predstaviť terapiu dysfágie pri rehabilitácii pacientov so sklerózou multiplex (SM, SMA). Dysfágia je porucha, ktorá má vplyv na príjem a pohyb potravín z úst do hrdla a pažeráka a je spojená s poruchou prehĺtania. Niekedy sa problémy vyskytujú spolu inými ochoreniami. Poruchy prehĺtania pri neurologických ochoreniach súvisia.

s neurogénou dysfágiou. Problém dysfágie je spoločný pre ľudí s neuromuskulárnym ochorením, najčastejšie je mechanická alebo orofaryngeálna dysfágia. Dysfágia sa môže prejavovať ako: dusenie, kašeľ, slzenie, kýchanie, dvíhanie žalúdka, zadržiavanie potravín v pažeráku, dilatácia a bolesť pri prehĺtaní. Najčastejšou príčinou býva neurologické ochorenie, čo výrazne znižuje kvalitu života pacientov, niekedy môžu spôsobiť aj život ohrozujúce komplikácie, najmä dýchacie ťažkosti. Klinické príznaky dysfágie zahŕňajú problémy

s naštartovaním prehĺtania, časté dusenia s obsah potravín či priechodom potravy cez nos. Jedným z výsledkov je podvýživa

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

doc. PhDr. Zuzana Hudáková, PhD.
Katolícka univerzita v Ružomberku
Fakulta zdravotníctva
Nám. A. Hlinku 48
034 01 Ružomberok
Slovenská republika
E-mail: zuzana.hudakova@ku.sk

Dr. Halina Romualda Zięba
Podhale State Higher Vocational
School in Nowy Targ
Institute of Physiotherapy
Kokoszkow 71
34-400 Nowy Targ
Poland
E-mail: azsomatic@gmail.com

a môže prispievať k oslabeniu pacientov. Pri plánovaní liečby pacientov s dysfágiou pri SM by mala byť čo najskôr zahrnutá aj rehabilitácia, a to ešte pred príchodom problémov spojenými s konzumáciou potravy. Liečby dysfágie musí byť komplexná, to znamená, že nezahŕňa len cvičenie na zvýšenie mobility čelustných kĺbov, ale aj mobilitu jazyka, prehĺtacie manévry a terapiu mäkkých tkanív. Liečba by mala byť kontinuálna a systematická, bez ohľadu na závažnosť dysfágie. Zvlášť dôležité je uplatňovať prevenciu dysfágie u detí s neuromuskulárnymi poruchami tým, že sa do liečby začlenení aj rehabilitačný program pre žuvacie svaly (1,6).

KLÍČOVÁ SLOVA:

dysfágia, rehabilitácia, skleróza multiplex SMA

BIOLOGICKÁ LÉČBA REVMATICKÝCH CHOROB - ZLEPŠENÍ KVALITY ŽIVOTA NEMOCNÝCH

JANA BUBLÁKOVÁ
VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ
JIHLAVA

LENKA BUČKOVÁ
NEMOCNICE JIHLAVA, P. O.



ABSTRAKT

Revmatická onemocnění autoimunitní povahy nemají svou kauzální léčbu. Jedinou možností zlepšení stavu pacienta je vylepšení jeho dosavadní kvality života snahou

o zachování maximální soběstačnosti jedince a zmírnění nežádoucích příznaků nemoci jako je bolest a omezení pohybu. Výzkumným vzorkem pro posouzení efektu biologické léčby na zlepšení kvality života byli pacienti, kteří biologickou léčbu absolvují. Biologická léčba je vnímána velice pozitivně, zejména v oblasti útlumu bolesti a vylepšení dopadu na pracovní a společenský život nemocných.

KLÍČOVÁ SLOVA:

revmatická onemocnění, kvalita života,
biologická léčba

Revmatologická onemocnění jsou laickou veřejností obvykle mylně vnímána jako nemoci postihující pohybový aparát, a to především klouby a záda, a postihující zejména starší věkovou kategorii. Zdánlivě opomíjena pak zůstávají závažná revmatická onemocnění postihující všechny věkové kategorie, která patří mezi chronicky nevyléčitelné choroby, a která jsou velice často doprovázena deformitami končetin. Závažnost těchto onemocnění spočívá i v jejich dopadu na ekonomickou a sociální sféru. Reprezentanty těchto onemocnění jsou např. revmatoidní artritida (RA) či ankylozující spondylitida (AS), nemoci spadající do kategorie tzv. autoimunitních chorob. Jedná se o zánětlivá onemocnění, při kterých dochází k aktivaci vlastního imunitního systému, který vytváří protilátky proti strukturám vlastního těla, v případě revmatologických chorob se jedná o místa inserce šlach a ligament na kost (SA) či synoviální výstelku kloubů, šlach a tíhových váčků (RA) (Olejárová, 2008; Pavelka, 2012). Kauzální léčba nemocí není známa, proto se do popředí snahy zdravotníků dostává snaha zlepšit kvalitu života pacienta, kterého jeho nemoci definitivně zbavit neumíme. Posouzení kvality života je velice individuální a zahrnuje několik oblastí. Cíl je ale obvykle podobný u všech pacientů: snaha zajistit co možná nejplnohodnotnější život, eliminovat bolest a zvýšit soběstačnost jedince ve všech úrovních. Velkým přínosem moderní medicíny je biologická léčba, která přináší pacientům oddálení nežádoucích příznaků nemoci a tím tedy výrazně vylepšuje právě výše zmiňovanou kvalitu života. Pro revmatologické pacienty je důležité najít psychickou rovnováhu, protože jejich onemocnění je postihuje

nejen po stránce fyzické, ale ve velké míře i psychické. Pacienti se musí naučit s tímto onemocněním žít a díky biologické léčbě mají výhled na lepší budoucnost.

METODA A VÝZKUMNÝ SOUBOR

Zvolenou metodou práce bylo kvantitativní výzkumné šetření. Data byla získána pomocí dotazníkového šetření. Inspirací pro vytvoření dotazníku byl standardizovaný dorazník *SF-36 – O kvalitě života podmíněné zdravím*, který je využíván pro zjišťování kvality života, a který byl pro účely vlastního výzkumu upraven.

Výzkumným souborem byli pacienti s revmatoidním onemocněním, a to nemocní s diagnostikovanou revmatoidní artritidou a ankylozující spondylitidou. Kritériem pro výběr respondentů bylo dané onemocnění a užívání biologické léčby. Věková hranice pacientů zapojených do výzkumu byla 18 – 74 let. Konečný soubor tvořilo 102 pacientů, 54 pacientů s revmatoidní artritidou a 48 nemocných s ankylozující spondylitidou. Patrný byl rozdíl v pohlaví a věku u nemocných s revmatoidní artritidou a ankylozující spondylitidou. U revmatoidní artritidy převládaly ženy, jejichž věk se pohyboval v rozmezí 51 – 70 let, a u ankylozující spondylitidy to byli muži ve věku 31 – 50 let.

Cíle výzkumu:

C1: Posoudit kvalitu života pacientů s revmatologickým onemocněním před nasazením biologické léčby.

C2: Zmapovat, do jaké míry ovlivnilo nasazení biologické léčby kvalitu života revmatologického pacienta.

Výzkumné otázky:

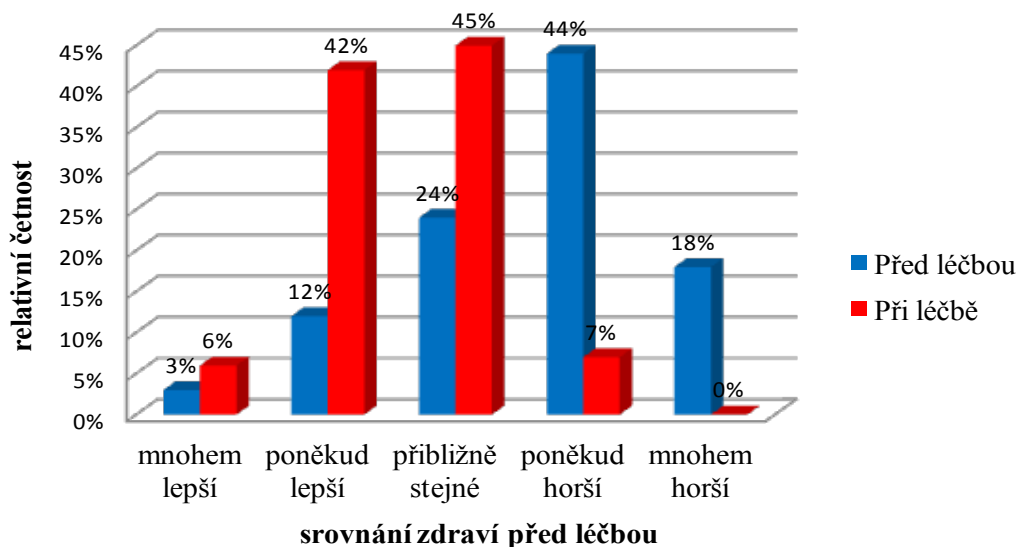
1. Přináší biologická léčba pacientům subjektivně vnímané výrazné vylepšení zdravotního stavu?
2. Má biologická léčba vliv na pacientovo psychické zdraví?
3. Jak pacienti nejčastěji hodnotí kvalitu života před a po nasazení biologické léčby?

VÝSLEDKY A DISKUZE

První výzkumná otázka se zabývá subjektivním pocitem nemocných, tedy zda jim biologická léčba přináší subjektivně vnímané výrazné zlepšení stavu.

Z vyhodnocených odpovědí se zřejmě, že biologická léčba přináší pacientům pocit vylepšení zdravotního stavu, přesto ale nikdo z respondentů nehodnotí své zdraví jako výtečné. Pokud měli pacienti srovnat své zdraví dnes v porovnání se stavem před léčbou, tak 42 % pacientů uvedlo, že je jejich zdraví „poněkud lepší“ a pouze 12 % pacientů uvedlo tuto charakteristiku i před léčbou (viz graf č.1). Velký rozdíl je rovněž patrný v odpovědi na dotaz, zda by hodnotili své zdraví jako „poněkud horší“, před léčbou tuto skutečnost uvedlo 44 % pacientů a při léčbě pouze 7 % pacientů (viz graf. č. 1). Pacienti své zdraví při biologické léčbě nejčastěji definují jako „cítím se poněkud lépe“, než bez této léčby. Zřejmý je ale strach či přetrvávající nejistota pacientů z budoucnosti spojené se změnami zdravotního stavu. Na dotaz, zda očekávají, že se jejich zdraví zhorší, odpovědělo 70 % respondentů, že si nejsou jisti a 17 % si dokonce myslí, že ano (viz tab. č. 1).

Graf č. 1: Vnímání zdraví



Zdroj: autor

Tabulka č. 1: Prohlášení o zdraví

Prohlášení:	Určitě ano		Většinou ano		Nejsem si jist		Většinou ne		Určitě ne	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
a. Zdá se, že onemocním (jakoukoli nemocí)	5	4,9	12	11,8	68	66,7	12	11,8	5	4,9
b. Jsem stejně zdravý (a) jako kdokoliv jiný	0	0	1	0,9	33	32,4	32	31,4	36	35,3
c. Očekávám, že se mé zdraví zhorší	3	2,9	18	17,4	71	69,6	4	3,9	3	2,9
d. Mé zdraví je perfektní	0	0	3	2,9	7	6,9	29	28,4	63	61,8

Zdroj: autor

Z výzkumu Kaase (2013) je zřejmé, že výsledky jsou podobné, v jeho práci odpověděli pacienti na otázky omezení v běžných činnostech v podobných procentech. V jeho práci se potvrdila hypotéza, kdy mají pacienti obtíže s vykonáváním běžných denních činností.

Druhá výzkumná otázka je zaměřena na pacientovu psychiku, tedy na fakt, zda biologická léčba má vliv na psychické zdraví nemocných. Většina pacientů při léčbě nemá dle našeho výzkumu pocit, že by je psychický stav omezoval v běžných denních činnostech. Podle výsledků výzkumu lze konstatovat, že pacienti se cítili více ovlivněni psychickým stavem v době nemoci před užíváním biologické léčby, kdy nebyli schopni vykonávat všechny pracovní úkoly, zatím co biologická léčba tyto projevy zmírnila. V otázkách omezení vnímání a pozornosti u pacientů nebyl velký rozdíl v odpovědích pacientů v období před léčbou a při léčbě, a to opět ve prospěch biologické léčby.

Společenský život měla omezený před léčbou více jak polovina dotázaných. Naopak při léčbě se již procenta v odpovědích pacientů srovnala a odpovídali

na dotaz konstatováním, že je společenský život omezen nemocí pouze „trochu“ či „mírně“. Z odpovědí respondentů se dá usuzovat, že při léčbě se pacienti cítí více psychicky vyrovnaní a nejsou zde právě zaznamenány takové výkyvy, jako v odpovědích před léčbou.

Obdobnými otázkami se zabývala ve své práci Langová (2013). Můžeme posuzovat pouze otázky, které byly vedeny s pacienty při léčbě. Její výzkum vyšel velmi podobně, pacienti se cítili omezeni ve společenském a rodinném životě pouze trochu.

Pacienti v otázkách, které zjišťovali, jak se cítili v předchozích dnech, odpovídali většinou uprostřed tabulky (viz tabulka č. 2), kde jsou odpovědi typu občas a málokdy ve 40 – 50 %. Průměrně odpovědi typu pořád se vyskytovali kolem 3 %. Dotazy se týkaly, zda se cítili plni elánu, energie, unaveni, vyčerpáni nebo trpěli depresí, nervozitou, smutkem, pesimismem anebo byli šťastni.

Tabulka č. 2: Pocity v předchozích týdnech

Jak často v předcho- zích týdnech jste ...	Pořád		Většinou		Dost často		Občas		Málokdy		Nikdy	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
cítili plni elánu	2	1,9	2	1,9	6	5,9	45	44,1	36	35,3	11	10,8
byli velmi nervózní	3	2,9	9	8,8	13	12,7	46	45,1	25	24,5	6	5,9
měli depresi	2	1,9	3	2,9	6	5,9	31	30,4	51	50	9	8,8
pocítovali klid a pohodu	0	0	2	1,9	16	15,7	53	51,9	24	23,5	7	6,9
byli plni energie	0	0	4	3,9	19	18,6	32	31,4	34	33,3	13	12,7
pocítovali pesimismus a smutek	2	1,9	9	8,8	11	10,8	43	42,2	26	25,5	11	10,8

cítili se vyčerpaní	9	8,8	14	13,7	34	33,3	34	33,3	11	10,8	0	0
byli šťastný	0	0	5	4,9	37	36,3	50	49,1	10	9,8	0	0
cítili se unaveni	10	9,8	24	23,5	35	34,3	33	32,4	0	0	0	0

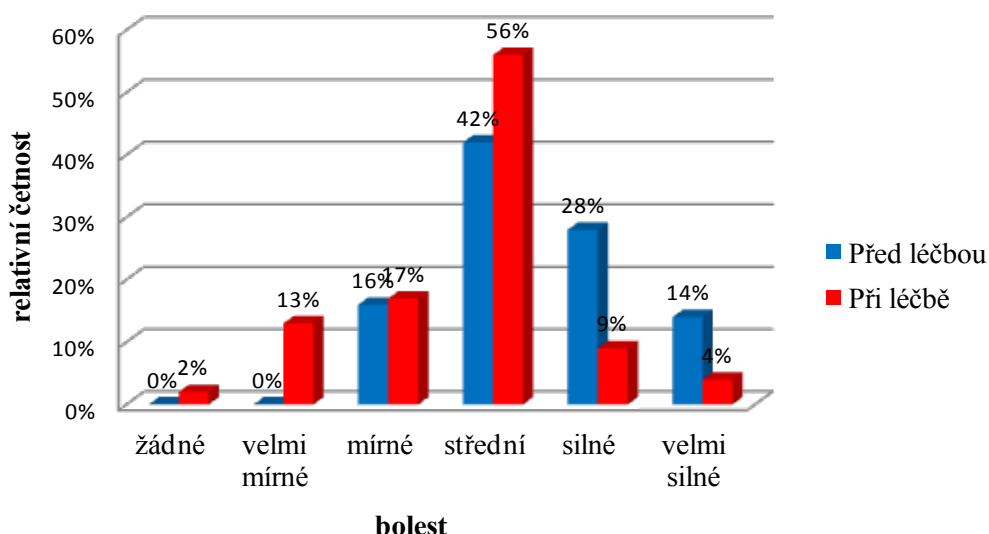
Z výzkumu Jansové (2011) je zřejmé, že psychika revmatologických pacientů je velmi zatížená. V její práci se zaměřila na lázeňskou péči a z výsledků vychází, že psychika u pacientů se zvedla a pacienti byli zapojeni do společenských a kulturních akcí, které by jinak v místě bydliště neabsolvovali. Mohli se setkat se stejně nemocnými a probrat potíže, které je trápí. Potíže bránící tělesným a emocionálním obtížím ve společenském životě, jako jsou návštěvy přátel a příbuzných, uvedlo občas více jak polovina pacientů, lze usuzovat, že skoro polovina dotázaných pacientů si myslí, že jim léčba po psychické stránce spíše pomohla. Ze zhodnocených odpovědí vyplývá, že biologická léčba na psychickou stránku pacientů působí. Zlepšuje jejich zapojení do společnosti a nebrání tolik jejich začlenění mezi zdravé jedince.

Třetí výzkumná otázka se zaměřila na kvalitu života pacientů před a při nasazení biologické léčby.

Pokud budeme posuzovat kvalitu života je potřeba si uvědomit, co nejvíce lidem dělá potíže, jaký stav je nejvíce ovlivňuje. Bolest patří k aspektům, které kvalitu života mohou podstatně ovlivnit. Pokud se jednalo o bolesti před léčbou, měli pacienti velmi silné až silné bolesti o 15 % více než při léčbě (viz graf č. 2). Bolesti bránily pacientům v práci, ale i doma poměrně dost a velmi silně před léčbou, naopak mírně

bránily více jak polovině pacientům při léčbě. Z odpovědí respondentů je zřejmé, že bolest velmi brání kvalitě života, neumožňuje pacientům pracovat v takové míře, v jaké by chtěli, a biologická léčba jim přináší úlevu od bolesti.

Graf č. 2: Bolest



V omezeních při práci kvůli zdravotním potížím jsou z výsledků výzkumů zjevné menší rozdíly v odpovědích před léčbou a při léčbě, ale určitě výsledky mluví pro užívání biologické léčby.

V otázkách týkajících se běžných činností, jako je nošení nákupu, chůze do schodů, chůze po schodech, koupání a oblékání se, tak zde většina pacientů odpověděla, že před léčbou byli omezeni v těchto činnostech hodně. V období podávání léků se v těchto činnostech necítili omezeni vůbec. Kvalita života je určitě zlepšena, pacienti zvládají lépe fyzickou aktivitu při léčbě biologickými preparáty. Výsledky práce se ztotožňují s výsledky významné klinické studie, kterou prováděl kolektiv lékařů pracujících v biologických centrech, která potvrdila, že v prvním roce anti-TNF léčby v první linii došlo u většiny pacientů s RA ke klinicky významnému zlepšení kvality života, i když nebylo dosaženo odhadované populační normy. (Závada, Uher, Hejduk et al., 2013)

ZÁVĚR

Pacienti s revmatoidní artritidou a ankylozující spondylitidou jsou léčeni v revmatologických ambulancích a centrech. Biologická léčba se objevuje i v léčbě jiných onemocnění, je to podle studií léčba budoucnosti. Je zde, ale potřeba informovat pacienty i o možných následcích, které tuto léčbu mohou provázet. Podle odborných studií na Slovensku AIFP, klesla hospitalizace u revmatologických pacientů z 30 % na pouhých 5 %. Díky biologické léčbě mohou klesnout přímé i nepřímé náklady. Patří sem například hospitalizace, chirurgická léčba, ztráta pracovní výkonnosti, pracovní neschopnost, invalidita, následné ošetrovatelské péče atd. Biologická léčba je stále ve vývoji a je zde šance, že pokud jeden lék přestane mít takový účinek, který od něj očekáváme, bude možnost nahradit ho jiným účinným lékem. (Revma Liga, 2015)

LITERATURA

- [1] JANSOVÁ, E., 2011. Biopsychosociální potřeby nemocných s revmatoidní artritidou a systémovým lupus erythematoses. Olomouc. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Pedagogická fakulta. Katedra antropologie a zdravovědy.
- [2] KASS, J., 2013. Míra obtíží při vykonávání běžných denních činností u pacientů s revmatoidní artritidou. České Budějovice. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta.
- [3] LANGOVÁ, M., 2013. Revmatologická onemocnění v produktivním věku. Plzeň. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni. Fakulta zdravotnických studií.
- OLEJÁROVÁ, M., 2008. Revmatologie v kostce. Praha: Triton. 231 s. ISBN 978-80-7387-115-4.
- [4] PAVELKA, K., 2012. Revmatologie. Praha: Maxdorf. 737 s. ISBN 978-80-7345-295-7.
- [5] Revma Liga Česká republika. Biologická léčba pro pacienty i lékaře - brožura AIFP[online] 17. 2. 2015 [citováno 2015-09-20]. Dostupné z www: <http://www.revmaliga.cz/node/565>
- [6] SF-36® Health Survey Scoring Demonstration [online]. 2012 [cit. 2015-09-12]. Dostupné na www: <http://www.sf-36.org/demos/SF-36.html>
- [7] ZÁVADA J., UHER M., HEJDUK K., VENCOVSKÝ J., PAVELKA K., kolektiv lékařů biologických center, 2013. Zdravím podmíněná kvalita života u pacientů s revmatoidní artritidou v průběhu prvního roku anti-TNF léčby (hodnocení dotazníkem SF-36 a srovnání se vzorkem všeobecné populace České republiky) – výsledky z registru biologické léčby ATTRA. Česká Revmatologie [online]. 21 (3), p. 123-130 [cit. 2015-09-2]. ISSN 1803-6597. Dostupné z www: <http://www.prolekare.cz/ceska-revmatologie-clanek/zdravim-podminena-kvalita-zivota-u-pacientu-s-revmatoidni-artritidou-v-prubehu-prvniho-roku-anti-tnf-lecby-hodnoceni-46961>

BIOLOGICAL TREATMENT OF RHEUMATIC DISEASES - IMPROVING THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS



KONTAKTNÍ ÚDAJE:

Mgr. Jana Bubláková, Dis.
Vysoká škola polytechnická Jihlava
katedra zdravotnických studií
Tolstého 16
586 01 Jihlava
E-mail: janabublakova@centrum.cz

Bc. Lenka Bučková
Nemocnice Jihlava, p. o.
Vrchlického 59
586 01 Jihlava
E-mail: lebu@email.cz

ABSTRACT

Rheumatic diseases of the autoimmune nature do not causal treatment. The only possibility of improving the patient's condition is improving his quality of life of the current effort to maintain maximum self-sufficiency of individuals and mitigating the adverse symptoms of the disease such as pain and restriction of movement. The research sample for assessing the effect of biologic therapies to improve the quality of life of patients who undergo biological treatment. Biological therapy is perceived very positively, especially in the area of pain relief and improvement of the impact on employment and social life of the patients.

KEYWORDS:

Rheumatic diseases, quality of life,
biologic therapy

POSTAVENIE A ÚLOHY SUPERVÍZORA V POMÁHAJÚCICH PROFESIÁCH

JANA KUŠNIERIKOVÁ
MARTINA MOJTOVÁ
UNIVERZITA KONŠTANTÍNA
FILOZOFA V NITRE



ABSTRAKT

Supervízia ako metóda skvalitňovania činnosti pomáhajúcich pracovníkov sa počas jej historického vývoja vo svete a na Slovensku stala prirodzeným nástrojom pomoci a podpory. Celý proces supervízie výrazne ovplyvňuje rola a osoba supervízora. Vyškolený a motivovaný supervízor pomáha odbúrať bariéry na strane supervidovaných i na strane organizácie, čo vedie k šíreniu záujmu o supervíziu vo všetkých pomáhajúcich profesiách. Cieľom príspevku je objasniť úlohy a ciele práce supervízora v pomáhajúcich profesiách, prekážky a bariéry, s ktorými sa supervízori stretávajú.

KLÍČOVÁ SLOVA:

supervízor, supervízia, supervidovaný,
pomáhajúce profesie

Supervízia vždy bola a stále je vnímaná ako nástroj pomoci, podpory a skvalitňovania práce pomáhajúcich pracovníkov. Je chápaná a prijímaná ako prirodzená súčasť práce, ktorá plní množstvo úloh a cieľov – od prevencie vyhorenia až po zvyšovanie kvality práce pomáhajúceho pracovníka. Je veľmi dôležité, aby bola správne legislatívne ukotvená a vykonávaná vyškolenými profesionálmi – *supervízormi*, ktorí dokážu svojim prístupom a osobnosťou správne motivovať pomáhajúcich pracovníkov a vedúcich organizácií k prijatiu supervízie do ich pracoviska.

Byť dobrým supervízorom je však zložitá, ale súčasne veľmi obohacujúca úloha. Supervízor predstavuje odborníka, ktorý má dostatok poznatkov a skúseností, koná s vysokou mierou empatie, úcty, flexibility, záujmu, autenticity a otvorenosti. Musí vedieť adekvátne reagovať na rôzne situácie v supervíznom procese : obavy a neistotu, ktoré môžu pociťovať supervídovaní či neprimerané požiadavky zo strany vedenia organizácie, kde supervíziu poskytuje. No ani všetky vlastnosti a kompetencie nestačia na to, aby sa z tohto odborníka stal dobrý supervízor, ktorý dokáže prispieť k naplneniu všetkých funkcií a cieľov supervízie. Dôležitým faktorom zostáva výcvik a odborné vzdelávanie supervízorov na Slovensku, ako aj osobná motivácia a pripravenosť supervízorov vstupovať do tejto pozície.

Nazeranie na supervíziu, na jej možnosti a oblasti využitia či preferované ciele sa počas historického vývoja vo svete menilo. Slovo *supervízia* má svoj pôvod v latinčine a je odvodené od dvoch slov: „*super*“ – čo znamená nad, naj, cez alebo nadmernosť či prehnanosť a „*videre*“ - vízia, vidina, zjavenie, pohľad do budúcnosti (Vaska, 2012). Voľne sa spojenie týchto slov prekladá ako vidieť nad, hľadiť cez. Takto definovaná supervízia vo všeobecnosti by mohla označovať akýkoľvek nadhľad z hora, teda pohľad z inej perspektívy, čo pre supervídovaného predstavuje prínos v profesionálnom aj osobnostnom raste (Oláh, Schavel, Tomka, 2008). Začiatky supervízie môžeme charakterizovať ako *neformálne pohovory*, počas ktorých skúsenejší pracovník sprostredkoval skúsenosti a poznatky začínajúcemu pracovníkovi. Supervízia sa objavuje v pomáhajúcich profesiách už koncom 19. storočia. Jednou z prvých prác zo sociálnej oblasti, kde sa supervízia objavuje, je publikácia *od J. R. Bracketta* - Supervízia a vzdelávanie v charite z roku 1904 (Kadushin, Harkness, 2002).

Jedným zo zakladateľov supervízie, tak ako ju poznáme dnes, bol v európskom kontinente *M. Bálint*, ktorý prišiel s revolučnou myšlienkou, podľa ktorej je najdôležitejším liekom pre pacienta jeho terapeut, ako aj ich vzájomný vzťah (Oláh, 2005). Sedenia, ktoré organizoval pre lekárov a iných pracovníkov kliniky, sa neskôr stali známe ako *bálintovské skupiny* – zvláštny druh výcvikových a supervíznych skupín.

Prvé náznaky formovania supervízie v našich podmienkach sa objavujú v bývalom Československu až *začiatkom 70-tych rokov*. Jej vývoj a uplatnenie je opäť späté so psychoterapiou (Gabura, 1999). Významný medzník pre rozvoj supervízie práve v sociálnej práci bol rok 1999, keď Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny podporilo projekt *odbornej prípravy prvých supervízorov v sociálnej práci* (Schavel, Tomka, 2010). Doteraz sa vyškolili desiatky kvalifikovaných supervízorov a prebehlo niekoľko dlhodobých výcvikov v supervízii formou akreditovaného ďalšieho vzdelávania. Významnú úlohu na Slovensku zohrávajú dve inštitúcie – Asociácia supervízorov a sociálnych poradcov, zriadená v roku 2001 (člen Európskej asociácie supervízie), a Inštitút ďalšieho vzdelávania sociálnych pracovníkov Vysokej školy sv. Alžbety, založený v roku 2008 (Tomka, 2009). Hoci supervízia sa objavuje na Slovensku podstatne neskôr ako vo svete, môžeme zaznamenať jej značný vývoj a pokrok v rôznych oblastiach.

SUPERVÍZOR – MOTIVÁCIA A VÝCVIK SUPERVÍZORA NA SLOVENSKU

Prostredníctvom supervízie skúsený a kompetentný supervízor pomáha supervidovaným a zaisťuje kvalitu služieb určeným klientom, využíva moc authority, výmenu informácií, myšlienok a nápadov a vyjadrovanie pocitov, monitoruje pracovný výkon, odovzdáva odborné vedomosti a skúsenosti a zaisťuje supervidovaným aj emocionálnu podporu (Tsui, 2005). Úlohy, ktoré vykonáva

supervízor počas supervízie, smerujú k týmto cieľom:

- overovanie správnosti postupov pri práci s klientom,
- rozširovanie alternatív práce s klientom,
- korigovanie nesprávnych alebo neefektívnych postupov a metód práce s klientom,
- podpora rastu a učenie sa pomáhajúceho pracovníka (Gabura, Pružinská, 1995).

Výkon supervízie so sebou prináša nadobudnutie špecifických vlastností, schopností, osvojenie efektívnych metód práce so svojimi klientmi a samozrejme splnenie základných kvalifikačných predpokladov a základných podmienok pre výkon tejto profesie. Z tohto dôvodu sa aj na Slovensku rozšírili akreditované kurzy supervízorov, ktoré si nachádzajú svoju tradíciu.

Skôr, ako sa supervízor rozhodne vstúpiť do tohto výcviku, mal by v prvom rade poznať *dôvody a motívy*, ktoré ho viedli pôsobiť v tejto oblasti. Dôležité je, aby zahanbujúce motívy supervízor nepotlačil, ale našiel spôsob, ako uspokojiť potreby, ktoré tieto motívy často predstavujú. Hawkins a Shohet (2004) sa venujú tejto problematike podrobnejšie a vysvetľujú, prečo byť supervízorom – tým, kto pomáha. Niektorí pracovníci sa podľa týchto autorov stávajú supervízormi *prirodzeným vývojom plynúceho z ich povýšenia*. Ide často o lektorov či vedúcich pracovníkov, ktorí sú v danej organizácii služobne najstarší, majú najviac skúseností, a preto za nimi stále častejšie chodia

ostatní pracovníci. Títo supervízori náhle strácajú priamy kontakt s klientmi, a preto sa môže stať, že si zo supervidovaných spravia tzv. „kváziklientov“. Ďalší sa stávajú supervízormi, aby sa *zbavili tlaku práce s klientmi* v mylnej nádeji, že práca so supervidovanými im prinesie pokojný život. Iní sú *povýšení do vedúcej funkcie*, pretože lepšie vykonávajú riadenie, než prácu s ľuďmi, no k práci vedúceho pracovníka v pomáhajúcich profesiách často patrí aj supervízia. Stávajú sa z nich potom neochotní supervízori, ktorí nepovažujú supervíziu za dôležitú. Z mnohých pracovníkov sa stanú supervízori, pretože *vyhľadávajú nové výzvy a rozmery v tejto role*. Byť supervízormi pre nich znamená dostať príležitosť rozvinúť svoje vlastné schopnosti a využiť doterajšie skúsenosti a pomáhať supervidovaným rozvíjať vlastné štýly práce a riešenie obtiažnych situácií. Ďalším, avšak často popieraným dôvodom, prečo sa stať supervízorom, môže byť *príležitosť dostať sa pred ostatných*. Noví supervízori niekedy zakrývajú vlastnú úzkosť tým, že využívajú supervidovaných k posilneniu vlastnenej pseudorole experta, ktorý pozná všetky odpovede. Druhým skrytým motívom, môže byť aj *situácia pracovníka, ktorý sám nevie, ako získať supervíziu* a kompenzuje to tým, že dáva ostatným ten druh supervízie, ktorý by sám potreboval a chcel pre seba, v nádeji, že tak zázračne privolá niekoho, kto to isté ponúkne aj jemu.

Supervízne výcviky majú na Slovensku len krátkodobú tradíciu. *Prvý výcvik supervízorov* bol zrealizovaný až v roku 1998, pričom jeho cieľom bolo prispieť ku skvalitneniu práce sociálnych pracovníkov a zabezpečiť účastníkom výcviku základné

vedomosti, zručnosti a predpoklady pre supervíznu prax. Cieľovú skupinu tvorilo 23 odborníkov z praxe, zamestnancov štátnej správy, zariadení sociálnych služieb a neštátnych subjektov. Odborným garantom a hlavnými lektormi tohto výcviku bol *Martin Scherpner* a *Ján Gabura*. Účastníci absolvovali 5 stretnutí s celkovým rozsahom 160 hodín. Výcvik bol ukončený v roku 2000 a úspešne ho absolvovalo 16 účastníkov (Schavel, Tomka, 2010).

Supervízor môže vykonávať supervíziu len ak napĺňa stanovené podmienky a kritériá v kontexte tej krajiny, kde pôsobí. Vaska (2012) uvádza, že z pohľadu niektorých európskych i svetových asociácií a organizácií pripravujúcich budúcich supervízorov sa javí, že na Slovensku platia mierne kritériá už pri vstupe do výcviku supervízorov. Slovenskí supervízori tak často nespĺňajú kritériá, ktoré sú stanovené napríklad Európskou asociáciou pre supervíziu a koučing.

Asociácia supervízorov a sociálnych poradcov ponúka akreditované vzdelávanie *Supervízia*, pričom stanovuje už spomínané podmienky vstupu do tohto výcviku, ale aj tematické okruhy a iné podmienky absolvovania. Účastníci absolvujú najprv nácvik supervíznych zručností formou tréningu v 12 – 16 členných skupinách, kde okrem praktických nácvikov a tréningov zameraných na modelovanie, prehrávanie, rozbor kazuistík prostredníctvom video alebo audio nahrávok, sa budú zameriavať aj na teoretickú prípravu, ktorá zahŕňa nasledovné okruhy: teoretické základy a podmienky supervízie, formy a metódy supervízie, sebareflexia a reflexia supervízora, komunikácia v supervízii, proces

rozhovoru s klientom, analýza supervíznych situácií, supervízia pre študentov a nových pracovníkov, supervízia tímu a organizácie, vizualizácia v supervízii a etika supervízora. Celkový rozsah prípravy supervízorov je 240 hodín, ktoré sú rozložené do 6 stretnutí, takže celkové trvanie kurzu môže trvať rok až rok a pol (Supervízia v pomáhajúcich profesiách, 2014).

Podobnú štruktúru má aj výcvik v *Inštitút ďalšieho vzdelávania sociálnych pracovníkov*, ktorý rovnako ponúka akreditovaný program *Výcvik supervízorov v sociálnej práci* v trvaní taktiež 240 hodín. Príprava supervízorov predstavuje 6 blokov, každý v rozsahu 30 hodín, ďalších 60 hodín absolvujú účastníci supervidovanie svojej

supervíznej práce priamo počas výcviku. V rozsahu vzdelávacej aktivity nie sú zakomponované aktivity, ktoré účastníci absolvujú v pracovnom prostredí; tieto aktivity budú zamerané na spracovanie zadaných úloh (audio, video nahrávka práce s klientom, skupinou, tímom), ktoré budú prezentované a analyzované na jednotlivých stretnutiach. Účastník môže pristúpiť k záverečnej skúške, ak absolvoval minimálne 90% výcviku. Záverečná skúška pozostáva z praktického predvedenia supervíznej činnosti pred výcvikovou skupinou prostredníctvom video alebo audio nahrávky supervidovania s klientom (Výcvik supervízorov v sociálnej práci, 2014).

Tab.1: Kritéria na vstup do výcviku supervízorov

Kritéria na vstup do výcviku supervízorov na Slovensku podľa Asociácie supervízorov a sociálnych poradcov a Inštitútu pre ďalšie vzdelávanie sociálnych pracovníkov	Kritéria na vstup do výcviku supervízorov podľa Európskej asociácií pre supervíziu a koučing
ukončené vysokoškolské vzdelanie humanitného smeru (pomáhajúca profesia)	ukončené vysokoškolské vzdelanie humanitného smeru alebo medicíny
minimálne 3 až 5 rokov praxe so sociálnym klientom v sociálnej oblasti	najmenej 13 rokov praxe v oblasti pomáhajúcich profesií
absolvovaný dlhodobý výcvik v niektorej z poradenských škôl alebo sociálno-psychologický výcvik (doplnkové kritérium)	ukončený sebaskúsenostný výcvik v psychoterapii (minimálne 500 hodín)
	minimálne 120 hodín supervízie vlastnej práce
	skúsenosť s vedením uceleného vzdelávacieho programu v oblasti pomáhajúcich profesií (minimálne 120 hodín) alebo skúsenosť s vedením pracoviska, tímu (minimálne 3 roky)

Supervízor za žiadnych okolností nemal byť človek, ktorý neplní základné kvalifikačné požiadavky a predpoklady pre výkon supervízie, porušuje ľudské práva a slobody, nedodríava platné etické princípy pre výkon supervízie, nemá záujem zúčastňovať sa supersupervízie, je konfliktný a prenáša do supervízie osobné problémy, porušuje kontrakt supervízie, je pracovne preťažený, alebo trpí syndrómom vyhorenia či pracovne stagnuje (Vaska, 2012).

SUPERVÍZOR – VLASTNOSTI A METÓDY PRÁCE

Supervízor by mal disponovať vlastnosťami a schopnosťami, ktoré sú charakteristické pre pracovníkov pomáhajúcich profesií: altruizmus, ochota pomáhať, flexibilita, otvorenosť, schopnosť medzikultúrnej práce (Schavel, Tomka, 2010). Výsledkom všetkých vlastností, schopností a kompetencií dobrého supervízora je *vytvorenie vzťahu* so supervidovaným a *bezpečného prostredia*, v ktorom sa supervidovaný cíti prijímaný, oceňovaný a získava pozitívne skúsenosti so supervíziou. Často sa tiež stáva, že pomáhajúci pracovník prichádza na supervíziu v strese úzkosti, hneve, obavách. Pokiaľ sa bude cítiť dostatočne bezpečne, aby o týchto nepríjemných pocitoch mohol hovoriť, a plne si ich sám sebe prizná, bude schopný očistiť sa a prehodnotiť svoje postupy. Supervízor taktiež udržiava vzájomnú, slobodnú a efektívnu komunikáciu medzi supervidovaným, vytvára atmosféru, ktorá umožňuje vyjadrenie skutočných pocitov a emócií supervidovaného, vytvára dôverný vzťah podporujúci

sebavedomie supervidovaného a ktorý je charakterizovaný vrelosťou, empatiou, rešpektom, flexibilitou, autenticitou, úprimnosťou, psychologickým bezpečím a otvoreným prijímaním, nevyužíva mocenské techniky, ale riešenie sporov založené na konsenze, kooperácii a demokratickej participácii, slúži ako vzor odbornej kompetencie pri pomoci supervidovaným s ich prácou, pričom integruje potreby organizácie s potrebami pracovníkov, koná neautoritatívnym spôsobom, hoci zastáva úradnú autoritu a moc, ktorá vyplýva z pozície supervízora (Kadushin, 1992 In Matoušek a kol, 2003, s. 358).

Dôležitým predpokladom dobrého supervízora je mať okrem všetkých spomínaných vlastností a schopností *supervíziu aj sám pre seba*. Supervízor by mal byť aktívny v získavaní supervízie, pretože je pre neho samého ústrednou formou podpory a súčasťou neustáleho profesného učenia a vývoja. No okrem skrytých motívov často ovplyvňujú prácu supervízora aj jeho vlastné dobré či negatívne skúsenosti so supervíziou. Schavel a kol. urobili v roku 2013 výskum zameraný na analýzu niektorých oblastí výkonu supervízie v sociálnej práci na Slovensku, pričom ich cieľom bolo zachytiť spätnú väzbu práve od supervízorov, ktorí pôsobia v tejto oblasti. Zameriavali sa na rôzne súčasti kvalitného supervízneho procesu (frekvencia supervízie, finančná stránka, spôsob zabezpečovania supervíznej zákazky a iné), pričom svoju pozornosť sústredili aj na vlastnú supervíziu supervízora. Výskumnú vzorku tvorilo 141 supervízorov pôsobiach v oblasti sociálnej práce. Výskumníci im položili

otázku, či supervízori v sociálnej práci na Slovensku sa zúčastňujú *supersupervízií*. Až 58,16% (82) respondentov, uviedlo, že majú supervíziu, zvyšok 41,84% (59) respondentov uviedlo pravý opak. Je veľmi dôležité, aby supervízor konzultoval svoje postupy, zdieľal a reflektoval ich s čo možno najvyššou mierou objektivity (Schavel a kol., 2013).

Tab. 2: Schopnosti, zručnosti a poznatky ideálneho supervízora

1.	Schopnosť vytvárať atmosféru umožňujúcu ventiláciu emócií, neistoty
2.	Poskytovanie systematickej, objektívnej a včasnej spätnej väzby
3.	Schopnosť počas supervízie kreatívne využívať rôzne techniky
4.	Schopnosť vysokej miery empatie, úcty, autentickosti a flexibility
5.	Poskytovanie ocenenia a podpory
6.	Posilňovanie efektívnych intervencií supervidovaných v ich práci s klientmi
7.	Schopnosť konfrontovať supervidovaného s protichodnými názormi citlivo
8.	Schopnosť podávať návrhy a zistenia ako návrhy, ku ktorým sa supervidovaný môže vyjadriť
9.	Schopnosť poskytnúť informácie a poznatky najmä pre začínajúcich pracovníkov

Ideálny supervízor dokáže ovplyvniť správanie supervidovaného pomocou množstva *metód, procesov a techník*. Jeho úspešnosť sa odvíja od jeho kreativity a schopnosti adekvátne využiť techniky ako sú brainstorming (explorácia nových myšlienok), hranie rolí (skúšanie nového správania) a modelovanie správania (demonštrácia efektívnejšieho riešenia problémov), riadená reflexia (prehrávanie procesov z interakcií) a adekvátna spätná väzba. *Spätná väzba*, ktorá je zároveň aj jedna zo základných metód supervízie, je poskytovaná supervidovanému supervízorom, ktorý sa zameriava na konkrétne prvky v správaní v konkrétnej situácii. Ponúka ju spôsobom, ktorý dokáže supervidovaný spracovať a prijať, mal by sa vyhnúť moralizovaniu, hodnoteniu

či predčasnej interpretácii. Okrem tejto metódy supervízori často využívajú aj :

- *poskytovanie informácií a poznatkov* (tento typ supervíznej intervencie má veľký význam najmä pri školskej a skupinovej supervízii),
- *konfrontáciu* (využíva sa pri výskyte protichodných názorov, vylučujúcich sa argumentov, ktoré môžu supervidovaného neistovať počas celého procesu),
- *posilňovanie* (využíva sa najmä pozitívne posilňovanie užitočných a efektívnych intervencií supervidovaného, oceňovanie jeho postupov pri práci s klientom či schopnosti otvoriť sa a hovoriť o neprijemných emóciách),
- *reflexiu* (supervízor môže ponúknuť

svoju reflexiu prezentovaného prípadu svojich pocitov, predstáv, názorov, skúseností), *schválenie*

- (supervidovaný dostáva uistenie o primeranosti a efektívnosti jeho postupov, čo posilňuje jeho profesionálne sebavedomie a istotu),
- *ventiláciu* (supervízor vytvára prostredie, v ktorom supervidovaný môže ventilovať negatívne i pozitívne emócie, strach, neistotu, obavy zo zlyhania, zlosť, stagnovanie a iné komplikované emócie a situácie) (Schavel, Tomka, 2010).

Poznanie týchto techník a ich správne používanie vytvára so supervízie bezpečný priestor pre pochopenie postojov a postupov práce pomáhajúcich pracovníkov.

PREKÁŽKY A BARÉRY SUPERVÍZNEHO PROCESU

V roku 2014 sme realizovali prieskum „Supervízori v pomáhajúcich profesiách a ich pohľad na supervíziu na Slovensku“. Prieskumnú vzorku tvorilo 15 aktívnych a akreditovaných supervízorov z celého Slovenska, s minimálne trojročnou a viac praxou v pozícii supervízora. Respondenti tvorili v sumáre skupinu v rozmedzí od 29 do 69 rokov. Najpočetnejšiu skupinu tvorili respondenti vo veku od 35 do 44 rokov, a to až 8 respondentov (53,33%). V našej prieskumnej vzorke mierne prevažovali ženy (53,33 %). Muži tvorili podiel 46,67%. Najväčšie zastúpenie v oblasti vzdelania mala sociálna práca, psychológia a špeciálna pedagogika. Jedným z cieľov prieskumu bolo zistiť, akým negatívam a bariéram musia supervízori počas procesu čeliť, a aké sú kladené požiadavky na nich. Pri prieskume sme využili pološtrukturovaný rozhovor, ktorý sme po doslovnom prepise podrobili obsahovej analýze.

Tab. 3: Prekážky a negatíva supervízie

Indukované kategórie	Popis kategórie	Absolútna početnosť
Požiadavky zo strany vedenia organizácie	<i>Nátlak na supervízora, aby poskytoval informácie vedeniu o supervidovaných bez ich vedomia alebo žiadosť, aby supervíziu naplnil len formálne.</i>	3
Prekážky v organizácii	<i>Nedostatok financií, materiálno-technické prekážky – nevyhovujúce priestory, realizácia supervízia v internom prostrední organizácie, hlboké narušenie pracovných vzťahov, zlá pracovná atmosféra.</i>	9
Negatívny postoj	<i>Neochota supervidovaných zapojiť sa do procesu, nedôvera, obavy a strach.</i>	7
Informácie a skúsenosti	<i>Nedostatok informácií o supervízií, nesprávne informácie, predsudky (supervízor bude vynášať), zlé skúsenosti s predchádzajúcou supervíziou.</i>	4
Celkový počet výrokov		23

Približne polovica výrokov respondentov na otázku s akými prekážkami alebo požiadavkami sa najčastejšie stretávajú, sa v našom prieskume týkala rôznych oblastí organizácie, kde pracovník - supervidovaný pôsobí. Supervízori sa stretávajú niekedy s *nátlakom zo strany vedenia organizácie*, aby im poskytol informácie o supervidovaných bez ich vedomia, čo zásadne supervízori odmietajú. Záznam o supervíznom procese môžu poskytnúť len so súhlasom supervidovaných. Okrem toho považujú ako negatívum aj žiadosť, aby supervíziu splnili len formálne. Veľkú kategóriu tvorili rôzne *prekážky v organizácii*, ktoré bránia efektívnemu procesu supervízie – nedostatok financií, materiálno-technické prekážky (nevyho-

vujúce priestory, supervízia v internom prostredí organizácie), zlá, negatívna pracovná atmosféra v celej organizácii alebo používanie supervízie ako spôsob vyhrážania sa pracovníkom zo strany vedenia. Podobné skúsenosti a postrehy so zavádzania supervízie do zariadení medzi rokmi 2006 - 2010 opísali aj Izrealová a Žilinčíková (2010). Medzi najčastejšie prekážky zaradili najmä tieto: manažment organizácie dostatočne nerozumie, čo je supervízia a čo môže od nej očakávať, nevie vytvoriť program supervízie pre svojich zamestnancov, vnímania supervíziu ako nástroj kontroly a vyhrážania sa alebo požaduje len formálne splnenie povinností (výmenný obchod). Aby sa tieto faktory a prekážky minimalizovali, je potrebné

pomôcť celej organizácii pochopiť význam a zmysel supervízie. Niektorí respondenti vnímajú ako negatívum práve to, ak má supervidovaný nesprávne informácie alebo predsudky o supervízií. Ako sme už naznačili, môže to súvisieť s nesprávnym informovaním zo strany vedenia alebo manažmentu organizácie alebo z iných zdrojov. Významne ovplyvňujú aj proces supervízie zlé skúsenosti supervidovaných s predchádzajúcou supervíziou. Myslíme si, podobne ako Vaska (2012), že supervíziu by mal vykonávať len odborník – profesionál s niekoľkoročnými skúsenosťami v priamej práci s klientom, absolvovaným akreditovaným výcvikom a možnosťou byť sám stále pod supersupervíziou. Jeho praktická realizácia supervízie môže totiž významne ovplyvniť postoj supervidovaných. Na dôležitosť tejto profesionality, schopností a kompetencií pracovať s ľuďmi a viesť supervíziu, poukazuje aj výskum Vasku a Čavovskej (2012), kde respondenti (začínajúci sociálni pracovníci, študenti sociálnej práce) vyzdvihli práve túto požiadavku ako dominujúcu.

Okrem toho, že supervízori musia prekonať počiatočný odpor, neistotu zo strany supervidovaných, často sa stretávajú aj s neprimeranými očakávaniami a požiadavkami. V našom prieskume respondenti identifikovali tieto požiadavky:

- Supervízor (označovaný ako expert na problémy) má poskytnúť konkrétnu odpoveď (rada, informácia) ako postupovať pri problémoch (vyriešenie konkrétnej situácií).
- Snaha zaplniť supervíziu len relaxáciou, diskusiami, ventilovaním napätia prostredníctvom neformálnych rozhovorov (neochota ísť do hĺbky, otvárať a riešiť konkrétne problémy).
- Formálne realizovanie supervízie bez aktívnej účasti supervidovaných (vykazovanie supervízie pre účely zákona).
- Zaradenie sebarozvojových programov do supervízie.

ZÁVER

Podstatu filozofie supervízie naplňajú supervízori, ktorí poznajú úlohy a funkcie supervízie, ovládajú metódy práce so supervidovanými a tak prispievajú k naplneniu cieľov supervízie. Supervízor musí poznať nielen ciele supervízie, ale aj role a postavenie, ktoré v tomto procese nadobúda. V jednej roli musí často obsiahnuť hneď niekoľko funkcií:

- supervízor ako poradca poskytujúci oporu,
- supervízor ako pedagóg, ktorý pomáha druhým nadobúdať vedomosti, skúsenosti a rozvíjať sa,
- supervízor ako manažér, ktorý má zodpovednosť voči supervidovanému, jeho organizácií, ale aj klientom danej organizácie.

Supervízor tak často musí vedieť kombinovať funkcie a role, čo vyžaduje veľké úsilie a skúsenosti (Hawkins, Shohet, 2004).

Odpor, strach, neistota a nedostatok informácií sú prekážky, s ktorými budú supervízori možno ešte dlho bojovať, no atmosféra supervízie sa mení a prináša množstvo pozitívnych zmien. Mení sa kvantita a kvalita supervíznych výcvikov, forma supervízie a jej frekvencia. Napriek pozitívam je potrebné neustále pracovať na zlepšovaní celého supervízneho procesu a podmienok jej poskytovania.

Na pomáhajúcich pracovníkov je v súčasnosti vyvíjaný veľký tlak, pričom musia plniť množstvo úloh a byť vždy

pripravený reagovať na aktuálne spoločenské dianie. Ak chce pomáhajúci pracovník pracovať čo najefektívnejšie, mal by mať zabezpečenú supervíziu. Supervízia v pomáhajúcich profesiách zostáva dôležité, významné a nenahraditeľné miesto.

POUŽITÉ ZDROJE

- [1] GABURA, J. 1999. Supervízia v sociálnej práci. In SCHERPNER, M. – RICHTER-MARKERT, W. – SITZENSTUHL, I. Sprevádzanie v praxi (vedenie), poradenstvo a učenie: Princípy sociálnej práce. Dolný Kubín : Vydavateľstvo Peter Huba. 1999. ISBN 80-88803-28-4. s. 157 – 175
- [2] GABURA, J. - PRUŽINSKÁ, J. 1995. Poradenský proces. Praha : sociologické nakladateľstvá, 1995. 174 s. ISBN 80-80850-10-9.
- [3] HAWKINS, P. – SHOHET, R. 2004. Supervize v pomáhajících profesích. Praha: Portál, 2004. 208 s. ISBN 80-7178-715-9.
- [4] IZRAELOVÁ, J. – ŽILINČÍKOVÁ, D. 2010. Postrehyzo supervízie v oblasti sociálnychslužieb, sociálnoprávnej ochrany detí a v lokálnom projekte na podporu rodín. [online]. 2010, [cit. 2013-24-11]. Dostupné na internete: <
- [5] <http://www.prohuman.sk/socialna-praca/postrehy-zo-supervizie-v-oblasti-socialnych-sluzieb-socialopravnej-ochrany-deti?page=65/>>.
- [6] KADUSHIN, A. 1992. Supervision in SocialWork. In : MATOUŠEK, O. a kol. 2003. Metody a řízení sociální práce. Praha : Portál, 2003. 141 s. ISBN 80-7178-548-2.
- [7] KADUSHIN, A. – HARKNESS, D. 2002. Supervision in SocialWork, 4th. ed., New York and Chichester, WestSussex : ColumbieUniversity Press, 2002. 583 p. ISBN 0-231-12094-X.
- [8] OLÁH, M. 2005. Supervízia v sociálnej práci: jej filozofia, formy, školy, ciele a súčasný stav. Prešov : Prešovská univerzita, 2005. 85 s. ISBN 80-8068-307-7.
- [9] OLÁH, M. – SCHAVEL, M. - TOMKA, M. 2008. Príručka pre skvalitnenie supervízie v detských domovoch. Bratislava : Asociácia vzdelávateľov v sociálnej práci, 2008. 35 s. ISBN 978-80-969905-0-4.
- [10] SCHAVEL, M. a kol. 2013. Analýza niektorých oblastí výkonu supervízie v sociálnej práci na Slovensku. In Prohuman, odborný internetový časopis [online]. 2013, [cit. 2014-02-10]. Dostupné na internete: <<http://www.prohuman.sk/socialna-praca/analiza-niektorych-oblasti-vykonu-supervizie-v-socialnej-praci-na-slovensku>>. ISSN 1338-1415.
- [11] 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.
- [12] Supervízia v pomáhajúcich profesiách. [online]. 2014, [cit. 2014-02-11]. Dostupné na internete: <http://www.assp.sk/sk/?p=k_supervizi>.
- [13] TOMKA, M. 2009. Z histórie supervízie: praktickej výučby v sociálnej práci. In Čistý deň. ISSN 1336-4243, 2009, roč. 7, č. 3-4, s. 18 – 19.
- [14] TSUI, M. 2005. SocialWorkSupervision. Contexts and Concepts. 1 st ed., California: SAGEPublications, Inc. 20005. 178p. ISBN 0-7619-1767-5.
- [15] VASKA, L. 2012. Teoretické aspekty supervízie začínajúcich sociálnych pracovníkov. Bratislava : IRIS. 2012 176 s. ISBN 978-80-89238-70-5.

- [16] VASKA, L. – ČAVOJSKÁ, K. 2012. Supervízia u začínajúcich profesionálov vo výkone sociálnej práce. Výskumná správa. Bratislava : IRIS. 66s. ISBN 978-80-89238-72-9.
- [17] Výcvik supervízorov v sociálnej práci. [online]. 2014, [cit. 2014-02-11]. Dostupné na internete: <<http://www.ivsp.sk/?q=vycvik-supervizorov-v-socialnej-praci>>.
- [18] Status and Tasksof a Supervisor in Assisting Professions

STATUS AND TASKS OF A SUPERVISOR IN ASSISTING PROFESSIONS



ABSTRACT

During its historical development, supervision, as a method of improving the quality of work of helping workers, has come a natural tool of help and support worldwide and in Slovakia too. The whole process of supervision is significantly influenced by the role and the person of a supervisor. Qualified and motivated supervisor helps remove the barriers on the side of the supervisees and also on the side of an organization. This leads to increase in interest in supervision in all helping professions. The aim of this contribution to the debate is to clarify the tasks and goals of a supervisor in helping professions and the obstacles and barriers with which the supervisors face.

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

Mgr. Jana Kušnieriková
Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre
Fakulta sociálnych vied
a zdravotníctva
Katedra sociálnej práce a sociálnych
vied
Kraskova 1
949 74 Nitra
Slovenská republika
E-mail: jana.kusnierikova@ukf.sk

prof. PhDr. Martina Mojtovej, PhD.
Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre
Fakulta sociálnych vied
a zdravotníctva
Katedra sociálnej práce a sociálnych
vied
Kraskova 1
949 74 Nitra
Slovenská republika
E-mail: mmojtova@ukf.sk

KEYWORDS:

supervisor, supervisee, supervision,
helping professions

ANALÝZA RIZIK METODOU FMEA

JANA MARSOVÁ
VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNÍCTVA
A SOCIÁLNEJ PRÁCE SV. ALŽBETY
BRATISLAVA

ABSTRAKT

Zdravotnická zařízení a jejich systémy se stávají stále složitější. Souběžně s takovým vývojem je potřeba vyvíjet a zavádět do klinické praxe nové metody a nástroje managementu kvality a rizik. Jedním z moderních „nástrojů“ řízení rizik je metoda FMEA. Zkratkou FMEA jsou v managementu rizik zpravidla označovaná počáteční písmena anglických výrazů Failure Mode and Effect Analysis což znamená analýza chyb a jejich následků. Původně byl tento nástroj FMEA řízení rizik vytvořen v 70. letech minulého století pro potřeby NASA a postupně byla metoda přejímána zejména do oblasti průmyslu a výroby. V současné době můžeme sledovat zavádění metody FMEA snad do všech odvětví, ať už se týkají inovací, vývoje, výroby nebo dodávání služeb. Jako nástroj řízení kvality ve zdravotnických zařízeních se metoda FMEA začala objevovat poměrně před krátkým časovým úsekem. FMEA je v zahraniční literatuře označována jako nejčastěji používaný standardizovaný proaktivní nástroj řízení rizik. Popisovaná pozitiva využití standardizované metody FMEA spočívají v prevenci chyb a jejich následků, snížení nákladů, které z následků mohou vyplývat, zapojení zaměstnanců do řízení rizik, diskuzi nad problematickými procesy, analýze stávajícího systému řízení kvality a navržení nápravných opatření.

KLÍČOVÁ SLOVA:

analýza rizik, index priority rizik, pravděpodobná možnost, závažnost, zjistitelnost

ANALÝZA RIZIK METODOU FMEA

Řízení rizik neboli risk management je svým popisem v soudobé zahraniční i tuzemské literatuře zaměřený na odstraňování rizik nebo alespoň jejich posouvání do akceptovatelných oblastí. Jedním z moderních „nástrojů“ řízení rizik je metoda FMEA. Zkratkou FMEA jsou v managementu rizik zpravidla označovaná počáteční písmena anglických výrazů Failure Mode and Effect Analysis což znamená analýza chyb a jejich následků.

Původně byl tento nástroj FMEA řízení rizik vytvořen v 70. letech minulého století pro potřeby NASA a postupně byla metoda přejímána zejména do oblasti průmyslu a výroby. V současné době můžeme sledovat zavádění metody FMEA snad do všech odvětví, ať už se týkají inovací, vývoje, výroby nebo dodávání služeb. Jako nástroj řízení kvality ve zdravotnických zařízeních se metoda FMEA začala objevovat poměrně před krátkým časovým úsekem.

FMEA je v zahraniční literatuře označována jako nejčastěji používaný standardizovaný proaktivní nástroj řízení rizik aplikovatelný zejména v průmyslu a technických odvětvích, ale i v prostředí zdravotnictví. Lin, Q.L., et al. (2014) ve své publikaci uvedli, že systémy zdravotnických zařízení jsou stále složitější a vzájemně propojené a mezioborové. Kladli si otázku; jak zajistit a zlepšit bezpečnost, zabezpečení a spolehlivost zdravotnických prostředků? Účinná analýza lidské spolehlivosti a posuzování zdravotnických prostředků má zásadní význam pro zlepšení kvality zdravotnické péče a prevenci poškození pacienta lékařem

či sestrou. FMEA je podle kolektivu již zmíněných autorů metoda, která umožňuje posoudit systém, navržený procesu nebo služby, ve kterých se mohou vyskytnout selhání též nazývané: problémy, chyby, rizika a obavy. Lze říci, že metoda umožňuje řešit problém spojený s procesem nebo s produktem ještě dříve než nastane. Jde tedy o určitý nástroj, prostřednictvím kterého odborníci v konkrétních oborech dopředu určují a definují vady a nedostatky, které mohou nastat. Metoda má preventivní charakter. FMEA mimo jiné umožňuje poznat a vyhodnotit potenciální chyby produktu nebo procesu a určit jejich dopad, identifikovat kroky, které by mohly eliminovat nebo redukovat šance na vznik potenciálních chyb a podrobně dokumentovat celý analyzovaný proces. Dle literatury aplikace metody FMEA spočívá v následujícím širším výčtu pozitiv:

- systematický přehled o jednotlivých součástech vady/problému tak, aby bylo možno zjistit jaké poškození z vady výrobku, nebo problémového procesu vyplývají a na základě toho nedostatky odstranit nebo minimalizovat,
- stanovit účinek jakéhokoli selhání a predikovat dopad jakéhokoli selhání na další výrobu nebo proces a jejich funkce,
- umožňuje výpočet pravděpodobnosti selhání procesů jejich sub-procesů a produktů,
- umožňuje stanovit požadavky na testovací program pro stanovení režimu selhání,

- umožňuje stanovit požadavky na testovací program a ověřit empirickou spolehlivost předpovědi,
- poskytuje vstupní data pro obchodní studie ke stanovení účinnosti změn v navrhovaném výrobku nebo procesu nebo určuje pravděpodobný účinek modifikace stávajícího výrobku nebo procesu,
- určit vysoce rizikové jednotlivé komponenty produktu nebo součásti procesu, které mohou být následně přizpůsobeny větší spolehlivosti,
- eliminovat nebo odstraňovat nežádoucího účinky, který se mohou generovat při výrobě či zavádění procesu,
- odhalit přehlédnutí, špatný úsudek a chyby, které mohou nastat,
- snižovat dobu vývoje výrobku a náklady na zavedení procesu tím, že odhalí mnoho potenciálních nedostatků před zahájením provozu a uvedením výrobku,
- poskytovat zaškolení nových zaměstnanců,
- sledování průběhu projektu,
- komunikaci všech odborníků, kteří se zabývají stejným problémem (Besterfield et al., 2011).

Jednoznačně lze říci, že díky velmi podrobné analýze určeného nejčastěji výrobku či procesu lze minimalizovat rizika a zvýšit bezpečnost práce, což obvykle vede k eliminaci dodatečných nákladů v jakémkoliv oboru i ve zdravotnickém prostředí. Metoda též umožňuje komunikace v týmu a učení se navzájem.

Literatura a praktická aplikace managementu rizik rozeznává mnohé modifikace metody FMEA, podle toho kde se aplikuje, na co je analýza zaměřená a jak se data získaná analýzou hodnotí, avšak stále hovoříme o metodě FMEA. Druhy či modifikace FMEA lze kategorizovat podle různých autorů. V literatuře jsou mezi nejfrekventovanější modifikace zařazeny:

- PFMEA - umožňuje analyzovat procesy, které jsou konkretizovány pro určitý obor,
- SFMEA - experti analyzují strukturu a chování soustav,
- FMECA - zaměřuje se na závažnost a kritičnost poruch soustav; písmeno „C“ označuje ve zkratce kritičnost,
- PPFMEA - umožňuje analyzovat výrobní procesy výrobků,
- DFMEA - je zaměřena na analýzu technických návrhů a konstrukcí produktů (Janiček a kol., 2013).
- SAFMEA – jde o statistickou analýzu FMEA, při které je dodržen stejný postup jako u FMEA avšak v numerické fázi jde o statistické vyhodnocení indexu RPN vyjádřeného neomezeným počtem expertů (Tichý, 2006).

K jakémusi dokreslení kompletní informace o kategorizaci možných modifikací FMEA ještě dostupné publikace uvádí tzv. HFMEA. Modifikace HFMEA byla v USA navržena tak, aby vyhovovala potřebám analýzy ve zdravotnickém prostředí (Ashley, Armitage, 2010).

APLIKACE METODY FMEA

FMEA je označována jako metoda verbálně – numerická pro využití metody brainstormingu a numerického vyhodnocení rizikivosti sledovaného procesu, produktu, systému aj. Zjednodušeně řečeno brainstorming umožňuje týmem expertů vydefinovat jednotlivé potenciální vady/chyby a v numerické vyhodnocení umožňuje přiřadit definovným vadám tříparametrický odhad rizik, jímž je závažnost (Sv - severity), pravděpodobnost (Lk - likelihood), zjištěnost chyb (Dt - detection) a vyčíslení celkové rizikové číslo obecně označované jako index priority rizik (RPN).

1. VERBÁLNÍ FÁZE

Samotná verbální část analýzy v sobě zahrnuje ještě několik důležitých činností:

- příprava (na základě identifikace rizikového procesu se manažer rizik seznámí s projektem, přesně identifikuje všechny aspekty projektu a provede identifikaci všech aspektů projektu),
- brainstorming,
- tvorba formuláře FMEA (na základě dvou předchozích fází, manažer rizik navrhne takzvaný formulář),
- účast expertů (určení expertů obdrží stejnopisy formulářů a verze tištěných stupnic a navrhnou jejich eventuální doplnění či změnu).

Základním metodologickým nástrojem v první fázi analýzy rizik je tedy brainstorming, který ve skupině expertů vede manažer rizik. Manažer rizik také výstupy z brainstormingu vyhodnocuje, formalizuje a vytváří podklad k formuláři pro kvantifikaci rizik daného procesu v další fázi.

Co se týče tvorby formuláře, též někdy nazývaný deník FMEA, je potřeba stanovit míry rizikivosti vyjadřující závažnost Sv (závažnost nebezpečí), Lk (pravděpodobná možnost), Dt (zjištěnost/odhalitelnost). Velmi důležitá je proto důkladná příprava veškerých dokumentů a podkladů (formulářů) tak, aby jak moderátor (manažer rizik), tak respondenti (myšleno experti) měli možnost dobře se orientovat v kladených otázkách a v hodnocení rizik jednotlivých položek procesu. Podle metodiky FEMAnarozsahu škálové stupnice nezáleží (může být např. 1 – 5 nebo 1 – 10) avšak je účelné, aby nejlepšímu hodnocení odpovídala nejméně 1, v žádném případě ne 0 (Tichý, 2006).

Součástí přípravy je vymezení kritické hodnoty RPN (značené RPN_{krit}). Podle metodiky je obvyklé stanovit takové hodnoty ještě předtím, než je samotná analýza rizik započata. Alba Mesa et al. (2015) popsali, že ve zdravotnictví dosud neexistují spolehlivé důkazy pro jednoznačně určenou kritickou hodnotu RPN_{krit} . V průmyslu je obvykle za takové RPN_{krit} považována hodnota nad 300 při škále s nejvyšším číselným hodnocením 10. Takový proces je potom považován za vysoce rizikový a musí být zastaven a restrukturalizován a opětovně analyzován. Z toho důvodu se často

kritické hodnota RPN_{krit} 300. Při analýze FMEA ve zdravotnictví mohou být využity i následující hodnoty uvedené v tabulce 1 znázorňují celkové hodnocení rizika, kdy při využití pětistupňové škály hodnota 51 a vyšší znamená RPN_{krit} .

Tabulka 1: Celkové hodnocení rizika (Koudelka, Vávra, 2006).

rizikový stupeň	RPN_{krit}	míra rizika
5	> 100	nepřijatelné riziko
4	$51 \div 100$	nežádoucí riziko
3	$11 \div 50$	mírné riziko
2	$3 \div 10$	akceptovatelné riziko
1	< 3	bezvýznamné riziko

2. NUMERICKÁ FÁZE

V kvantifikaci rizika jde o úsek analýzy rizika, ve kterém se numericky hodnotí a popisuje účinek možné realizace scénářů nebezpečí (Tichý, 2006). Hlavním cílem kvantifikace rizika je odhadnout četnost a závažnost následků chyb a priorizovat rizika podle jejich hodnoty. Numerická fáze proaktivní metody řízení rizik se dále dělí do několika činností. Podle metodiky definujeme následující:

- vyplnění formulářů jednotlivými respondenty - experty)
- vyhodnocení RPN (manažer rizik do vzorce pro výpočet RPN dosazuje jednotlivé položky a vypočítává celkový index priority rizika)
- kvantifikace způsobů a následků (Tichý, 2006).

ZÁVĚR

Soudobé nároky na zdravotnické zařízení určují vývoj takových přístupů, které umožňují nejvyšší

efektivitu terapeutických, diagnostických a ošetrovatelských zásahů s minimalizací nákladů spojených s pochybeními. Tím máme na mysli, že cílem zdravotnických zařízení je poskytovat takové služby, které budou v souladu s trendem kontinuálního zvyšování kvality a bezpečnosti zdravotnické péče poskytované pacientům. Znamená to nejen poskytování nejmodernější možné péče dostupnými prostředky, ale i řízení kvality péče a rizik takovými nástroji, které odpovídají novým požadavkům. Takovým moderním nástrojem je standardizovaná metoda FMEA, které je velmi hojně využívaná nejen v průmyslových a technických odvětvích, ale i ve zdravotnictví. Jejimi hlavními pozitivy jsou možnosti přistupovat k nežádoucí události ještě dříve, než nastane, zapojení zaměstnanců do procesu analýzy rizik, na základě analýzy rizik a stávajících řídicích dokumentů nastavovat nová pravidla, standardy kvality v souladu s integrovanými systémy managementu kvality ve zdravotnických zařízeních.

POUŽITÉ ZDROJE

- [1] ALBA MESA, F. - SANCHEZ HURTADO, M. A. - SANCHEZ MARGALLO, F. M. - GOMEZ CABEZA de Vaca, V., - KOMOROWSKI, A. L. (2015). Application of Failure Mode and Effect Analysis in Laparoscopic Colon Surgery Training. *World Journal of Surgery*, 39, 536–542. doi:10.1007/s00268-014-2827-1. [online]. 2015. [citované 2015-02-01]. Dostupné na internetu:<
- [2] <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4300411/>>.
- [3] ASHLEY, L. - ARMITAGE, G., 2010. Failure mode and effects analysis: An empirical comparison of failure mode scoring procedures. In *Journal of Patient Safety*. ISSN 15498417, roč. VI., č. 4, s. 210-215.
- [4] BESTERFIELD, D. et al. 2011. *Total Quality Management*. 3. vyd. New Delhi : India Binding House, 2011. 559 s. ISBN 978-81-317-3227-4. COLES, G., et al. 2010. Three kinds of proactive risk analyses for health care. In *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*. ISSN 15537250, 2010, roč. 36, č. 8, s. 365-375.
- [5] JANÍČEK, P., a kol. 2013. *Expertní inženýrství v systémovém pojetí*. Praha: Grada, 2013. 592 s. ISBN 978-80-247-7.
- [6] KOUDELKA, C. - VÁVRA, V. 2006. Rizika a jejich analýza.[online]. [citované 2014-3-15]. 17 s. Dostupné na internetu:<<http://fei1.vsb.cz/kat420/vyuka/Magisterske%20nav/prednasky/web/RIZIKA.pdf> >.
- [7] LIN, Q.L., et al. 2014. Human reliability assessment for medical devices based on failure mode and effects analysis and fuzzy linguistic theory. In *Elsevier - Safety Science*. ISSN 0925-7535, 2014, roč. LXII., č. 2, s. 248–256.
- [8] TICHÝ, M. 2006. *Ovládání rizika: analýza a management*. Praha : C. H. Beck, 2006. 396 s. ISBN 80-7179-415-5.

RISK ANALYSIS BY METHOD FMEA



KONTAKTNÍ ÚDAJE:

PhDr. Jana Marsová
Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej
práce sv. Alžbety
Ústav zdravotníckych disciplín
katedra Ošetrovateľstva
Námestie 1. mája 1
810 00 Bratislava
Slovenská republika
E-mail: jani-novotna@seznam.cz

ABSTRACT

Medical facilities and their systems are becoming increasingly complicated. In parallel with this development is the need to develop and introduce into clinical practice new methods and tools of quality management and risk management. One of the modern „tools“ Risk management is a method FMEA. Acronym FMEA in risk management are generally called the initial letters of English words Failure Mode and Effect Analysis which means analysis of errors and their consequences. Initially, the FMEA risk management tool created in the 70s last century for the needs of NASA and the method gradually be taken up mainly in industry and manufacturing. Currently, we can monitor the implementation of FMEA perhaps in all sectors, whether they relate to innovation, development, production or service delivery. As a tool for quality management in healthcare facilities FMEA began appearing before a relatively short period of time. FMEA is in foreign literature known as the most widely used standardized proactive risk management tool. Described positive the use of standardized methods FMEA lies in the prevent of errors and their consequences, cost reduction, which may

result from the consequences, employee involvement in risk management, discuss the problematic processes, analyzing the existing quality management system and propose corrective measures.

KEYWORDS:

analysis of risks, detection, likelihood, risk priority number, severity

VÝBĚR PROFESE VŠEOBECNÉ SESTRY A SLEDOVÁNÍ MOTIVACE STUDENTŮ/ EK KE STUDIU OŠETŘOVATELSTVÍ

JANA MARSOVÁ
VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNÍCTVA
A SOCIÁLNEJ PRÁCE SV. ALŽBETY
BRATISLAVA

ABSTRAKT

Ve výzkumu jsme se věnovali problematice volby profese a studijní motivace v oboru Všeobecná sestra. Použili jsme metodu kvantitativního výzkumu, přičemž se jednalo o dva nestandardizované dotazníky se škálovými otázkami. První dotazník byl určený pro studenty/ky 1. ročníku, byl zaměřen na motivy vedoucí k volbě profese, studia a motivaci během studia. Šlo o následující motivy: rodina, přátelé, učitel, vzor, postava z uměleckého díla, zkušenost s nemocí, altruismus, prestiž, dominance, zájem o obor, zkušenost s nemocí, ekonomické motivy, tradice v rodině, ctižádost a neúspěch. Druhý dotazník byl určený pro studenty/ky 2. a 3. ročníků a navíc obsahovaly otázky ohledně reflexe změny 9 předdefinovaných motivů důležitých během studia. Jednalo se o altruismus, prestiž, dominance, zájem o obor, zkušenost s nemocí, ekonomické motivy, tradice v rodině, ctižádost a neúspěch. Ke statistickému zpracování jsme použili 236 dotazníků. Zjistili jsme, že pro volbu studia byly významné zejména vnitřní motivy, jako jsou altruismus 50,4 %, zájem o obor v 49,2 % a vlastní ctižádost ve 24,2%. Jako zcela důležité motivy během studia respondenti uváděli praxe s pacienty ve

39,0 %, vliv pedagogů ve 33,5 % a studijní výsledky v 31,4 %. Naopak jako zcela nedůležitý pro volbu studia se jevil motiv dominance v 65,3 %. Z vyhodnocení změn 9 motivů u studentů/ek 2. a 3. ročníku vyplývá, že během studia se statisticky významně snížila důležitost altruismu (0,01), zvýšila se statisticky významně zkušenost s nemocí (0,001), zvýšila se ekonomická motivace (0,1) a statisticky významně se zvýšila i důležitost tradice profese v rodině (0,05).

KLÍČOVÁ SLOVA:

motivace ke studiu, ošetřovatelství, student/ka ošetřovatelství, výběr profese

Motivace lidského chování je značně zajímavá oblast zkoumání psychiky člověka, tím spíše, když se jedná o motivaci k výběru profese a působení motivačních vlivů během zvoleného studijního oboru. Motivaci dnes chápeme jako hybnou sílu, mající energizující charakter, záměrnost (tzn., že udává našemu počínání smysl a směr) a dokáže přimět jedince, aby ve svém jednání setrval. Čáp, Mareš (2001) velmi jednoduše definovali motivaci jako *souhrn hybných momentů v osobnosti a činnosti: souhrn toho, co člověka pobízí, aby něco dělal nebo co mu v tom zabraňuje* (Čáp, Mareš, 2001, s. 145). Základní funkční jednotkou určující lidské chování jsou takzvané motivy. Mezi nejdůležitější druhy motivů lze podle Nakonečného (2009) řadit: pudy, potřeby, zájmy, postoje, hodnoty a tendence. V systému motivace jde o působení vždy více než jednoho motivu. Motivace je ve většině případů rozdělována na vnitřní a vnější. Učení a motivace ke studiu bývá provázena nejrůznějšími motivy, jak vnitřními tak vnějšími. Podle dostupných informací je k efektivnímu učení a úspěšnému absolvování studia zapotřebí zejména vnitřní motivace. Tím je myšlena vnitřní potřeba a zájem o studium a jednotlivé předměty, touha poznávat a dozvídat se nové poznatky, osvojovat si dovednosti ve zvoleném typu studia. Vnitřní a vnější motivaci u studentů lze podle Lokši, Lokšové (1999) rozpoznat následovně: *studenti vnitřně motivovaní mají zájem o studium a jsou zvědaví, mají snahu pracovat pro své vlastní uspokojení, preferují nové a flexibilní činnosti, mají snahu pracovat*

samostatně a nezávisle, preferují vnitřní kritéria úspěchu a neúspěchu; naopak u studentů s vnější motivací nacházíme spíše učení motivované snahou získat dobré známky, snahu studijními úspěchy uspokojit rodiče nebo učitele, závislost na pomoci učitele, jsou orientovaní na vnější kritéria posouzení úspěchu (Lokša, Lokšová, 1999, s. 16).

Co se týče volby povolání, jde podle Průchy a kol. (2003) *proces zahrnující rozhodování o volbě studia nebo přípravy na povolání, konkrétního povolání a celou profesní dráhu člověka* (Průcha a kol., 2003, s. 274). Volba povolání je součástí celkového vývoje osobnosti. Při výběru profese hraje svou roli: pohlaví, nabídka volných pracovních míst, perspektiva studovaného oboru, rodiče, škola, specialisté v poradenství a samotná zvolená vzdělávací instituce. Dlužno podotknout, že profese všeobecné sestry je právě převážně doménou žen než mužů.

Pohnutky, které vedou mladé jedince k volbě profese sestry, mohou být nejrůznější, přičemž záleží na mnoha ovlivňujících faktorech, které do motivačního procesu vstupují. Motivů lze dělit na vnitřní a vnější; pokud se však jedná o problematiku volby profese všeobecné sestry, setkáváme se s dělením motivů na tradiční pro pomáhající profesi a materiální. Somers a kol. (2010) provedli kvalitativní studii, kde vedli rozhovory s 31 studenty prvních ročníků bakalářského studia ošetřovatelství. Po vyhodnocení rozhovorů došli k závěru, že lze studenty v podstatě rozdělit podle motivace do dvou skupin.

V první skupině byli studenti s tradičním zaměřením pomáhající profese, tedy na péči o druhé lidi. Druhá skupina studentů byla podle autorů zaměřena spíše materiálně, na budování profesní kariéry, odměny v zaměstnání a možnost pracovní mobility. K již tradičním vnitřním motivům stát se všeobecnou sestrou lze tedy zařadit potřebu pečovat o druhé, altruismus a zájem o obor. K dalším frekventovaným motivům zejména materiální povahy patří: jistota zaměstnání, finanční ohodnocení, materiální zabezpečení, pracovní podmínky, získání či zvýšení kvalifikace, lepší uplatnění na trhu práce či kariérní růst. Toto naše např. tvrzení dokládá Hollup (2006), který prováděl kvalitativní studii pomocí polo-strukturovaných rozhovorů se 47 sestrami (27 mužů a 20 žen) v pěti zdravotnických zařízeních. Unikátní na tomto šetření je, že na Mauriciu je zastoupení mužů v profesi sestry téměř 50%. Proto se ve vzorku respondentů objevil nadpoloviční počet sester - mužů. Po analýze rozhovorů dospěl autor studie k závěru, že ošetrovatelství je atraktivní z 90 % zejména proto, že zde sestry nacházejí jistotu zaměstnání, dobrý finanční příjem u státního zaměstnavatele se všemi právy a sociálním postavením, které s sebou nese. Mezi další podstatné motivy, které podle dostupných soudobých informací vedou k volbě profese je vliv rodiny a sociálního okolí, vzor profesionála (myšleno sestra, lékař) v blízkém okolí, zkušenost s nemocí vlastní nebo v blízkém okolí, genderové hledisko. To potvrdil např. výzkum autorů Larsen a kol. (2003) prostřednictvím dotazníkového šetření mimo jiné zjistili u 498 respondentů z řad studentů ošetrovatelství, že je ve výběru profese ovlivnila: vlastní zkušenost

nebo zkušenost v blízkém sociálním okolí s hospitalizací nebo nemocí, vlastní předešlá pracovní zkušenost se zdravotní péčí a vzor sestry v rodině a blízkém okolí. Z vnitřních motivů to byla touha pečovat o druhé a z vnějších možnost variability zaměstnání (tj. specifická ošetrovatelská péče).

METODY

HYPOTÉZY

H₀: Není rozdíl ve sledovaných motivech před zahájením studia a během studia.

H_A: Je rozdíl ve sledovaných motivech před zahájením studia a během studia.

H₁: Je rozdíl ve sledovaných motivech mezi podsoubory posluchačů, které byly vytvořeny podle hodnot parametrů, které nás zajímají (ročník, forma studia, zdravotnická zkušenost, zdravotník v rodině).

CÍLE

Hlavní cíl: Zjistit jaká byla a je motivace studentů/ek studijního oboru Všeobecná sestra před zahájením studia a během studia.

C₁: Zjistit jaká byla motivace studentů/ek studijního oboru Všeobecná sestra pro výběr profese a pro zahájení studia.

C₂: Zjistit jaké motivy ovlivňují studenty/ky během studia studijního oboru Všeobecná sestra.

C₃: Zjistit zda a jak se změnily motivy studentů/ek 2. a 3. ročníků studijního oboru Všeobecná sestra.

C₄: Porovnat motivy studentů studijního oboru Všeobecná sestra v závislosti na proměnných (tj. ročník, forma studia,

především zdravotnická zkušenost nebo vzdělání, všeobecná sestra nebo jiný zdravotník v rodině).

METODA

Jako prostředek zjištění potřebných informací a hlavního cíle „*Zjistit jaká byla a je motivace studentů/ek oboru Všeobecná sestra ke studiu a během studia tohoto oboru*“ jsme zvolili metodu kvantitativního výzkumu, a to dotazníku. Podstata kvantitativního výzkumu spočívá ve zkoumání mezi proměnnými. Dotazníková metoda je podle Kohoutek (2002) *vhodnou metodou ke zjištění potřebných informací o rodině, postojích, ke škole, ke zjišťování skutečnosti, úspěchu i neúspěchu, sebehodnocení, konfliktů, perspektiv, hodnotového systému, zájmů, profesní orientace*, atd. (Kohoutek. 2002, s. 153). Dotazník jsme převzali od autorky Inky Hanušové a modifikovali ho tak, aby vyhovoval potřebám našeho výzkumného šetření. Do dotazníku byly zařazeny škálové otázky, které podle Kohoutka (2002) *umožňují posuzovat jevy způsobem, který zajišťuje určitou objektivnost a zároveň umožňuje jejich kvantitativní zachycení* (Kohoutek, 2002, s. 153).

Jednalo se o dva typy nestandardizovaných dotazníků. Pro studenty/ky 1. ročníků obsahují tyto škálové otázky: Ohodnoťte škálou od 1 do 5 jednotlivé motivy (vlivy), které ovlivnily vaše rozhodnutí stát se všeobecnou sestrou? Ohodnoťte škálou od 1 do 5 jednotlivé motivy, které u vás vedly k rozhodnutí studovat studijní obor Všeobecná sestra. Ohodnoťte škálou od 1 do 5 jednotlivé motivy (vlivy), které vás ovlivňují během studia? Pod každou

otázkou byla umístěna tabulka, která nabízela motivy či vlivy, jež měly vliv na motivaci k výběru studia nebo motivaci během studia. Respondenti hodnotili každý motiv číselnou škálou odstupňovanou od 1 do 5. Přičemž motiv označený číslem 1 byl nedůležitý, 2 spíše nedůležitý, číslem 3 označovali motiv, u kterého se respondenti neuměli rozhodnout, zda je či není důležitý, 4 spíše důležitý a 5 motiv důležitý.

V případě dotazníků určených pro studenty/ky 2. a 3. ročníku studijního oboru Všeobecná sestra jsme navíc přidali otázku: Změnila se vaše původní motivace během studia? Respondenti měli hodnotit každé jednotlivé motivy taktéž škálou od 1 do 5. Vyplňovali hodnocení jen těch motivů, u kterých došlo ke změně oproti situaci, kdy zahajovali studium v daném studijním oboru.

Dotazníky obsahovaly tři části. V úvodu se zaměřujeme na zjištění faktografických údajů o respondentech, což jsou: fakulta, ročník studia na VŠ, forma, věk, především zdravotnické vzdělání/zkušenosti, všeobecná sestra nebo jiný zdravotník v rodině, obor, který byste rád/a po studiu vykonával/a. Druhá část obsahuje instrukci a návod jak vyplnit dotazník. Třetí část dotazníku monitoruje otázky zaměřené na motivaci k výběru profese a na motivaci při studiu zvoleného studijního oboru, tj. Všeobecná sestra.

Pilotně jsme dotazník vyzkoušeli. Primárním úkolem pilotního přezkoumání nebyla samotná data, ale ověření formulace otázek a podchycení případných nedostatků dotazníku. Zjistili jsme, že dotazník je srozumitelný a mohli jsme

jej tedy začít distribuovat. Zvolili jsme dvě formy šíření dotazníku. První způsob distribuce představoval osobní kontakt, kdy jsme s dotazníky přímo přicházeli za studenty/kami do výuky a po jejich vyplnění jsme je opět sesbírali. Distribuci dotazníků pomocí internetu jsme zvolili jako druhou cestu získávání informací. Avšak tento zvolený a předpokládaný tok údajů se ukázal jako velmi málo účinný. O procentuální návratnosti z tohoto důvodu bohužel nelze ani hovořit. Ke konečnému zpracování kvantitativních dat jsme měli k dispozici 236 kompletně vyplněných dotazníků. Našimi respondenty se stali vysokoškolští studenti/ky studijního oboru Všeobecná sestra. Dotazníky jsme distribuovali ve třech vzdělávacích institucích, tj. 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze, 3. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze, Západočeská Univerzita v Plzni v bakalářském studiu, a to jak v prezenční formě, tak i v kombinované formě studia.

CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOBORU

Respondenty se stali vysokoškolští studenti/ky studijního oboru Všeobecná sestra. Dotazníky jsme distribuovali ve třech vzdělávacích institucích, tj. 1. LF, 3. LF, ZČU v **bakalářském studiu, a to jak v prezenční formě, tak i v kombinované formě studia.** Z 1. lékařské fakulty jsme vyhodnocovali 75 dotazníků (31,8 %), z 3. lékařské fakulty jich bylo 142 (62 %) a z fakulty zdravotnických studií ZČU to bylo 19 (8,1 %). Průměrný věk ve vzorku čítající 236 respondentů byl 30,18 let, přičemž věkové rozpětí respondentů bylo od minima 19 let po maximum 53 let.

Z vyhodnocení vyplynulo, že nejpočetnější skupinou respondentů byli studenti/ky z **prvních ročníků, tj. 94 (39,8 %).** U druhých a třetích ročníků bylo zastoupení respondentů vždy v absolutním počtu 71 (30,1 %). V zastoupení 161 (68,2 %) byli respondenti z kombinované formy studia (dále jen K). V prezenční formě studia (dále jen P) bylo 75 (31,8 %) respondentů. Současně 36 respondentů (15,3 %) nemělo žádné předešlé zdravotnické vzdělání. V dvou stech případech (84,7 %) šlo o respondenty, kteří před zahájením studia ošetřovatelství na vysoké škole již získali vzdělání v některém z nelékařských oborů. 152 respondentů (64,4 %) uvádělo, že neměli zdravotníka v rodině. V počtu 84 (35,6 %) naopak přítomnost zdravotníka v rodině respondenti uváděli.

Výsledky

V cíli č. 1 (C₁) šlo o to, zjistit: *jaká byla motivace studentů/ek studijního oboru Všeobecná sestra pro výběr profese a pro zahájení studia.* K cíli č. 1 se vztahovaly otázky č. 1 a č. 2. Otázka č. 1 směřovala k objasnění záměru, které motivy ovlivnily rozhodnutí respondentů stát se všeobecnou sestrou. Jednalo se o motivy, které jsme považovali za motivy s jasnou vazbou na sociální okolí. Dotazovali jsme se na hodnocení následujících motivů: *rodina, přátelé, učitel, vzor, postava z uměleckého díla, zkušenost s nemocí.* Z motivů s jasnou vazbou na sociální okolí, které měly vliv na volbu profese Všeobecné sestry, respondenti nejčastěji volili tyto motivy: rodina (46,2 %), zkušenost s nemocí (44,5 %), vzor (35,2 %), učitel (25,8 %), přátelé (14,8 %) a postavu z uměleckého díla (14,8 %). Pro zajímavost jsme znázornili i odpovědi respondentů, kteří si mysleli, že

je výše jmenované motivy neovlivnily nebo spíše neovlivnily. Bylo zajímavé po sumarizaci zhodnotit, že ani jeden ze jmenovaných motivů nebyl vyhodnocen většinou respondentů jako důležitý v profesní orientaci. Z toho důvodu jsme nemohli vytvořit pouze pořadí četností výpovědí a nemohli konstatovat, že většina respondentů hodnotila konkrétní motiv jako důležitý pro volbu profese. Zmíněné pořadí sledovaných motivů jsme pro přehlednost vizualizovali v tabulce 1.

Tabulka 1: Pořadí motivů vázané na sociální okolí

Pořadí	Motiv (ano a spíše ano)	(%)	Motiv (ne a spíše ne)	(%)
1.	rodina	46,2	postava z uměleckého díla	77,6
2.	zkušenost s nemocí	44,5	přátele	75,4
3.	vzor	35,2	učitel	66,5
4.	učitel	25,8	vzor	54,6
5.	přátele	14,8	rodina	44,9
6.	postava z uměleckého díla	14,8	zkušenost s nemocí	39,4

K cíli č. 1 (C₁) se také vztahovala otázka č. 2. Otázka č. 2 byla zaměřená na *motivы, které vedly respondenty k rozhodnutí studovat studijní obor Všeobecná sestra*. Jednalo se o posouzení škálou od 1 do 5 u motivů: *altruismus, prestiž, dominance, zájem o obor, zkušenost s nemocí, ekonomické motivы, tradice v rodině, ctižádost a neúspěch*. Šlo o skupinu devíti motivů, o nichž jsme si mysleli, že jsou původní motivací samotných studentů/ek. Nejvýše preferovaným motivem hrajícím důležitou roli ve volbě studijního oboru a tudíž výběru profese byl zájem o obor (84,8 %), dále altruismus (82,2 %), ctižádost (53 %), zkušenost s nemocí (49,2 %), prestiž (40,3 %) tradice v rodině (11,4 %), ekonomické motivы (11 %), neúspěch (11 %) a dominance (8 %). Zmíněné pořadí sledovaných motivů jsme pro přehlednost vizualizovali v tabulce 2.

Tabulka 2: Pořadí prvotních motivů důležitých pro volbu profese

Pořadí	Motiv (ano a spíše ano)	(%)	Motiv (ne a spíše ne)	(%)
1.	zájem o obor	84,8	neúspěch	84,3
2.	altruismus	82,2	dominance	82,7
3.	ctižádost	53	tradice v rodině	81
4.	zkušenost s nemocí	49,2	ekonomické motivy	78
5.	prestiž	40,3	zkušenost s nemocí	37,7
6.	tradice v rodině	11,4	prestiž	37,2
7.	ekonomické motivy	11	ctižádost	32,2
8.	neúspěch	8,5	altruismus	9,7
9.	dominance	8	zájem o obor	7,6

Z celkového hlediska nás také zajímalo, jaké motivy působící na profesní orientaci dosáhly největší preference u oslovených studentů a studentek. V závislosti na těchto výsledcích, jsme sestavili celkové pořadí všech preferovaných motivů (viz tabulka 3). Stanovili jsme následující pořadí preference motivů: Zájem o obor (84,8 %), altruismus (82,2 %), ctižádost (53 %), zkušenost s nemocí obsažená v otázce č. 2 (49,2 %), rodina (46,2 %), zkušenost s nemocí obsažená v otázce č.1 (44,5 %), prestiž (40,3 %), vzor (35,2 %), učitel (25,8 %), přátelé (14,8 %), postava z uměleckého díla (14,8 %), tradice v rodině (11,4 %), ekonomické motivy (11 %), neúspěch (8,5 %) a dominance (8 %).

Tabulka 3: Pořadí všech motivů mající vliv na profesní orientaci

Pořadí	Motiv (ano a spíše ano)	(%)	Motiv (ne a spíše ne)	(%)
1	zájem o obor	84,8	neúspěch	84,3
2	altruismus	82,2	dominance	82,7
3	ctižádost	53	tradice v rodině	81
4	zkušenost s nemocí (otázka č. 2)	49,2	ekonomické motivy	78
5	rodina	46,2	postava z uměleckého díla	77,6
6	zkušenost s nemocí (otázka č. 1)	44,5	přátelé	75,4
7	prestiž	40,3	učitel	66,5
8	vzor	35,2	vzor	54,6
9	učitel	25,8	rodina	44,9
10	přátelé	14,8	zkušenost s nemocí (otázka č. 1)	39,4

Pořadí	Motiv (ano a spíše ano)	(%)	Motiv (ne a spíše ne)	(%)
11	postava z uměleckého díla	14,8	zkušenost s nemocí (otázka č. 2)	37,7
12	tradice v rodině	11,4	prestiž	37,2
13	ekonomické motivy	11	ctížádost	32,2
14	neúspěch	8,5	altruismus	9,7
15	dominance	8	zájem o obor	7,6

V souladu s **druhým cílem (C₂)** naší práce jsme chtěli zjistit: *jaké motivy ovlivňují studenty/ky během studia studijního oboru Všeobecná sestra*. K cíli č. 2 se vztahovala otázka č. 3. Otázkou č. 3 jsme nabádali k zamyšlení, jak by respondenti ohodnotili škálou od 1 do 5 jednotlivé vlivy, které ovlivnily jejich motivaci během studia studijního oboru Všeobecná sestra. Měli za úkol hodnotit škálou následující motivy: *pedagogové, studijní výsledky, praxe s pacienty, setkání se sestrami na praxích, spolužáci a osoby mimo školní prostředí*. Nejvíce preferovanými motivy působícími během studia byly: pedagogové (78,8 %), studijní výsledky (72,1 %), praxe s pacienty (71,2 %), setkání se sestrami na praxích (53,9 %), osoby mimo školní prostředí (50,5 %) a v poslední řadě spolužáci (45,4 %). Zmíněné pořadí sledovaných motivů jsme pro přehlednost vizualizovali v tabulce 4.

Tabulka 4: Pořadí motivů působících během studia

Pořadí	Motiv (ano a spíše ano)	(%)	Motiv (ne a spíše ne)	(%)
1.	pedagogové	78,8	osoby mimo školní prostředí	31,8
2.	studijní výsledky	72,1	spolužáci	28,8
3.	praxe s pacienty	71,2	setkání se sestrami na praxích	22,4
4.	setkání se sestrami na praxích	53,9	pedagogové	12,3
5.	osoby mimo školní prostředí	50,5	studijní výsledky	9,8
6.	spolužáci	45,4	praxe s pacienty	9,3

Třetím cílem (C₃) bylo zjistit: *zda a jak se změnily motivy studentů/ek 2. a 3. ročníků studijního oboru Všeobecná sestra*. Šlo vlastně o retrospektivní reflexi vlastních motivů. Pro identifikaci změny 9 motivů (položek), které nastaly během studia, společně pro studentky 2. i 3. ročníku jsme použili neparametrický Wilcoxonův test pro 2 závislé výběry. Z testu vyplynulo, že během studia se snížila statisticky významně důležitost altruismu, a to na hladině významnosti 0,01, zvýšila se statisticky významně zkušenost s nemocí, a to na hladině významnosti 0,001, zvýšila se ekonomická motivace, ale jen na hladině významnosti 0,1 a statisticky významně se zvýšila důležitost tradice, a to na hladině významnosti 0,05. U ostatních motivací se statisticky významná změna neprokázala.

Je nutné dodat, že jen malé procento respondentů přehodnotilo svou motivaci. V poslední řadě jsme chtěli zmínit výzkumné závěry, které se vztahovaly k **cíli č. 4 (C₄)**, ve kterém jsme chtěli *porovnat motivy studentů studijního oboru Všeobecná sestra v závislosti na proměnných (fakulta, ročník, forma studia, předchozí zdravotnické vzdělání, zdravotník v rodině)*. U všech sledovaných motivů bylo testováno testem χ^2 (chí-kvadrát), zda závisí na 5 ukazatelích (fakultě, ročníku studia, formě studia, na tom, zda měli předešlé zdravotnické vzdělání či zkušenosti a zda je zdravotník přítomen v jejich rodině). Závislost sledovaných položek na fakultě, vzhledem k malému počtu studentů na FZS, byla testována jen mezi fakultou 1. LF a 3. LF. Jako závislé na hladině významnosti 0,05 resp. 0,1 se ukázaly tyto motivy: prestiž (0,1), zájem o obor (0,05), ctižádost (0,05), neúspěch (0,05) a osoby mimo školní prostředí (0,1). Jako závislé na ročníku studia na hladině významnosti pouze 0,1 se ukázaly tyto motivy: rodina (0, 1), setkání se sestrami na praxích (0,1), a spolužáci (0, 1). Závislost sledovaných položek na přítomnosti zdravotníka v rodině (ano, ne) bez ohledu na příslušnost k fakultě nebo jiných proměnným byly závislé na hladině významnosti 0,001, respektive pouze 0,1 u motivů: rodina (0,1), tradice (0,001). Závislost sledovaných položek na formě studia, tedy prezenčního nebo kombinovaného studia (P, K) bez ohledu na fakultu jsme shledali závislé na hladině významnosti 0,01, respektive 0,01, respektive 0,05, respektive pouze 0,1 tyto motivy: rodina (0,05), prestiž (0,05) a dominance (0,1), ctižádost (0,05), praxe

(0,01) a sestry (0,001). Závislost mezi předchozím zdravotnickým vzděláním (ano, ne) bez ohledu na příslušnost k fakultě na hladině významnosti 0,05, respektive pouze 0,1 jsme shledali u těchto motivů: nemoc (0,05), dominance (0,1), zkušenost (0,1), ctižádost (0,05) a sestry na praxích (0,1).

ZÁVĚRY VZHLEDEM KE STANOVENÝM HYPOTÉZÁM

Závěrem našeho výzkumu jsme mohli vyslovit stanoviska nad tím, zda naše předpoklady byly správné či nikoliv. U hypotézy H_0 jsme předpokládali, že není rozdíl ve sledovaných motivech před zahájením studia a během studia. Tato hypotéza byla námi **vyvrácena**, protože z výzkumu vyplynulo, že je rozdíl ve sledovaných motivech před zahájením studia a během studia. V případě hypotézy H_A jsme předpokládali, že je rozdíl ve sledovaných motivech před zahájením studia a během studia. Naopak alternativní hypotéza **byla potvrzena**, protože z výzkumu vyplynulo, že je rozdíl ve sledovaných motivech před zahájením studia a během studia. Jedná se o motiv altruismu, kde došlo ke snížení hladiny důležitosti motivu altruismu. V případě motivů zkušenosti s nemocí, ekonomických motivů a tradice došlo naopak ke zvýšení hladiny významnosti. U hypotézy H_1 jsme předpokládali, že je rozdíl ve sledovaných motivech mezi podsoubory posluchačů, které byly vytvořeny podle hodnot parametrů, jež nás zajímají (ročník, forma studia, zdravotnická zkušenost, zdravotník v rodině). I tato hypotéza byla námi **potvrzena**. Z výzkumu

totiž vyplynuly zřetelné rozdíly v hodnocení důležitosti předdefinovaných motivů skupinami respondentů dle stanovených parametrů.

POUŽITÉ ZDROJE

- [1] ČÁP, J. - MAREŠ, J. 2001. *Psychologie pro učitele*. 1. vyd. Praha : Portál, 2001. 655 s. ISBN 80-717-8463-X.
- [2] HOLLUP, O. 2006. *Nurses in Mauritius motivated by extrinsic rewards: A qualitative study of factors determining recruitment and career choices*. [online]. [cit. 2012-11-20]. Dostupné na internetu: <<http://www.scopu.com/>>.
- [3] KOHOTEK, R. 2002. *Základy užité psychologie*. 1. vyd. Brno : Akademické nakladatelství CERM, 2002. 544 s. ISBN 80-214-2203-3.
- [4] LARSEN, P.D. - MCGILL, J.S. - PALMER, S.J. 2003. *Factors influencing career decisions: Perspectives of nursing students in three types of programs*. [online]. [citované 2012-09-09]. Dostupné na internetu: <<http://www.scopus.com/>>.
- [5] LOKŠOVÁ, I. – LOKŠA, J. 1999. *Pozornost, motivace, relaxace a tvořivost dětí ve škole*. Praha : Portál, 1999. 199 s. ISBN 80-7178-205-X.
- [6] NAKONEČNÝ, M. 2009. *Psychologie osobnosti*. 2., rozšířené a přepracované. vyd. Praha: Academia, 2009. 620 s. ISBN 978-80-200-1680-5.
- [7] PRŮCHA, J. - WALTEROVÁ, E. - MAREŠ, J. 2003. *Pedagogický slovník*. 4. aktualizované vyd. Praha : Portál, 2003. 322 s. ISBN 80-717-8772-8.
- [8] SOMERS, M.J. - FINCH, L. - BIRNBAUM, D. 2010 *Marketing Nursing as a Profession: Integrated Marketing Strategies to Address the Nursing Shortage*. [online]. [citované 2012-11-12]. Dostupné z: <<http://www.scopus.com>>.

SELECTION OF PROFESSION GENERAL NURSES AND MONITORING OF MOTIVATION FOR STUDENTS TO STUDY NURSING

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

PhDr. Jana Marsová
Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej
práce sv. Alžbety
Ústav zdravotníckych disciplín
katedra Ošetrovateľstva
Námestie 1. mája 1
810 00 Bratislava
Slovenská republika
E-mail: jani-novotna@seznam.cz

ABSTRACT

In our research we focused on the issue of choice of profession and academic motivation in the field of General nurse. We used method of quantitative research, which involved two unstandardized questionnaires with scaling issues. The first questionnaire was designed for students of 1st year, was focused on the motives leading to the choice of profession, learning and motivation during the study. The second questionnaire was designed for students of 2nd and 3rd year and contained a questions about the reflection changes 9 predefined themes during the study. For the statistical processing we used 236 questionnaires. We found out that for the choice of study were important particularly inner motives, such as altruism 50.4% interest of the field at 49.2% and its own ambition at 24.2%. As quite important themes during the study respondents reported experiences with patients at 39.0%, the influence of teachers at 33.5% and the study results at 31.4%. Contrarily, as quite unimportant for

the choice of study appeared motive of dominance at 65.3%. From the evaluation of changes of 9 motives in student of 2nd and 3rd year follows that during the study was statistically significantly reduced the importance of altruism (0.01), increased statistically significantly the experience of illness (0.001), increased economic motivation (0,1) and statistically significantly increased the importance of tradition of profession in family (0.05).

KEYWORDS:

analysis of risks, detection, likelihood, risk priority number, severity

NEUROPSYCHICKÁ ZÁTĚŽ VŠEOBECNÝCH SESTER A PORODNÍCH ASISTENTEK NA GYNEKOLOGICKO – PORODNICKÝCH ODDĚLENÍCH

JANA ŠÁLKOVÁ
FAKULTNÍ NEMOCNICE OSTRAVA

YVETTA VRUBLOVÁ
FAKULTNÍ NEMOCNICE OSTRAVA
OSTRAVSKÁ UNIVERZITA
V OSTRAVĚ

ABSTRAKT

Cílem práce bylo zjistit stupeň neuropsychické zátěže u sester a porodních asistentek, které pracují na Gynekologicko-porodnické klinice (GPO) Fakultní nemocnice Ostrava, tento stupeň zátěže srovnat mezi jednotlivými odděleními. Průzkumové šetření probíhalo v období srpen – říjen 2014. Výzkumný soubor tvořilo 102 všeobecných sester a porodních asistentek pracujících na (GPK). Výzkum byl realizován pomocí standardizovaného Meisteova dotazníku

k hodnocení neuropsychické zátěže doplněného demografickými otázkami. Šetřením v oblasti zátěže byla zjištěna monotónnost na všech odděleních GPK kromě operačních sálů, zde vyšla lehká zátěž při analýze rozptylů. To znamená zátěž, při které nehrozí ohrožení zdraví, subjektivního stavu ani výkonnosti. Dále se potvrdil významný rozdíl ve 4. hypotéze a dílčím cíli 11 ve vztahu oddělení a konflikty, kdy na oddělení operačních sálů sestry instrumentářky označily svou práci jako prostředí, kde prožívají nejvíce konfliktů. Při hodnocení jednotlivých položek z dotazníku nebyl prokázán vliv roků praxe na jednotlivé odpovědi.

KLÍČOVÁ SLOVA:

neuropsychická zátěž, sestra, porodní asistentka, zdravotnické prostředí

Současný způsob života stále více zvyšuje psychické zatížení každého z nás. Reakci na zátěž může vyvolat vnější podnět nebo vnitřní konflikt. Intenzita prožitku stresu se liší podle možností každého jedince. Pojem stres je často používán jako pojmenování pro konflikt, úzkost a nepříjemně pociťované situace, kterým je zdravotník běžně vystavován. Zátěžové situace se vyskytují u všech pomáhajících profesí nejvíce však ve zdravotnictví, protože tato práce potřebuje přesné a jasné rozhodování a smysl pro odpovědnost. Nejsou zde tolerovány žádné závažné chyby, které by mohly vést k ohrožení lidského života nebo dokonce k úmrtí klienta. Dnes je obecně přejímána teorie, podle níž je zátěž interakcí mezi požadavky, které jsou na člověka kladeny (různé situace, prostředí) a mezi mírou vybavenosti tyto požadavky zvládnout a vyrovnat se s nimi. „Zátěž je vlastně obecný pojem, který označuje jakékoli vlivy, které na člověka jako na bio-psycho-sociální systém působí“[1]. Medicínské vědy a ošetrovatelství se stále vyvíjejí. Jsou nalézány nové a nové poznatky, a je tedy potřeba se těmito změnám přizpůsobovat. To vyžaduje permanentní vzdělávání a tím i boj proti zátěži a stresu [2]. Zátěž vzniká z nerovnováhy mezi jedincem a prostředím. Člověk je závislý na prostředí. Na této závislosti je založeno pojetí potřeb, přičemž neuspokojení těchto potřeb je zátěží v prvotním smyslu. K pojetí zátěže je třeba přidat vývojový pohled, z něhož lze zátěž obecně považovat za stimul fylogenetického i ontogenetického vývoje [3]. **Zátěž a stres** jsou pojmy současné moderní psychologie,

psychiatrie a neurologie mnohem širší než v původním konceptu autora teorie stresu H. Selyeho, který použil tohoto termínu k označení reakce lidského organismu při mimořádných, extrémních poruchách jako je posttraumatický, popáleninový, tepelný či chladový šok. Postupně bylo prokázáno, že stresový stav skutečně může být navozen čistě psychologickým působením, což k takovému pojetí stresu, ve kterém jsou zdůrazňovány především jeho psychologické aspekty [4].

Reakce lidí na zátěžové situace neboli Coping je vyrovnávání či zvládání strategie anglicky: „To cope“, což znamená vyrovnávat se s něčím. Tedy jde o chování, kterým zvládáme určité požadavky v určitém prostředí, jsou to vyrovnávací postupy, pomocí kterých zvládáme náročné životní situace. Mnozí lidé zvládají zátěžové situace velmi efektivně, ale pokud je coping neúčinný, tak se mohou objevit chorobné příznaky. Někteří autoři považují coping k řešení problému a jiní autoři považují coping za zlepšení emoční bilance, tedy jak je problém prožívání [5].

Zátěžové situace tvoří úplnou přirozenost našeho běžného života[4]. Stresory pocházející z vnějšího prostředí a jsou v podstatě měřitelné objektivně. Zážitková reakce a vynaložené adaptační úsilí je především subjektivní. Zjišťuje se nepřímo prostřednictvím subjektivních výpovědí či sledováním reakce, která je fyziologická případně behaviorální [6]. Obecnou míru odolnosti vůči všem zátěžovým situacím označujeme jako frustrační toleranci.

Míra odolnosti vůči zátěžím závisí jednak na vrozených předpokladech, jednak na dosažené vývojové úrovni, ale i na individuálních zkušenostech a celkovém aktuálním stavu jedince. Pokud zátěž překročí míru vlastní frustrační tolerance, nastupují různé způsoby obrany, které jedinec využívá, aby opět dosáhl duševní rovnováhy [7]. Zátěž může mít pro člověka v určité míře i pozitivní význam. Taková zátěž může člověka pozitivně motivovat a stimulovat k lepší výkonům [8].

Důsledky psychické zátěže na lidský organismus. K výkonu náročných pracovních funkcí je třeba určitého úsilí zaměstnance, které vyplývá ze síly a váhy osobních ambicí a snahy o sebe prosazení. To je spojeno s mimořádnými nároky na jeho psychiku a způsob soukromého života. Chybí-li tyto faktory, je kvalita výkonu funkce ohrožena, protože její požadavky na zaměstnance jsou vnímány jako mimořádná forma pracovní i psychické zátěže. Kompenzační faktory v uspokojení ambic nejsou pro zaměstnance dostatečnou satisfakcí. Optimální obsazení funkční pozice předpokládá soulad mezi třemi faktory, kterými jsou potřeby zaměstnance dále kapacita jeho schopností a také nároky práce. Nejsou-li tyto faktory v rovnováze, dochází v konečném důsledku k řadě negativních stavů. Trvalé neuspokojování seberealizačních potřeb vede k frustraci, poklesu pracovního výkonu a může vést k odchodům či výpovědi. Přecenění schopností při výběru na místo, které neodpovídá kapacitě jednotlivce, vede ke stresům a konfliktům vyvolaným zaměstnancem, protože nezvládá nároky pracovní náplně. Přičemž stresem netrpí

pouze zaměstnanec, ale špatným výkonem pracovníka trpí také organizace [9].

Zdravotnická zátěž je součástí zdravotnického povolání, které je spojeno s větší mírou zátěže než některé jiné profese. Riziko chybných výkonů a rozhodnutí, pracovních úrazů a psychosomatických chorob stoupá v důsledku působení nadměrné zátěže a je častým důvodem, proč zdravotnický personál odchází ze zdravotnictví [10]. Senzorická zátěž je spojována s požadavky na činnost periferních smyslových orgánů jim odpovídajících struktur centrálního nervového systému. Mentální zátěž plyne z požadavků na zpracování informací, které kladou nároky na pozornost, paměť, myšlení, rozhodování a představivost. Emoční zátěž je spojena se situacemi a požadavky vyvolávající právě citovou reakci [11]. Obecně jsou hlavními stresory přepracovanost, nedostatečná možnost řídit vlastní práci, zmatení rolí, směnný provoz, rotace a mechaničnost práce. Dalším podstatným stresorem je nevhodné chování nadřízených [12].

Profese sestry a stres, všeobecné sestry a porodní asistentky jsou profesionálové pracující s lidmi, jejich práce je zařazena mezi takzvané pomáhající profese. Tyto profese mají v náplni práce pomáhat jistým skupinám lidí, se kterými jsou v pracovním kontaktu a tím jsou zvýšeně ohroženi přítomností stresu [13].

CÍL: Cílem práce bylo zjistit stupeň neuropsychické zátěže u sester a porodních asistentek, které pracují na Gynekologicko-porodnické klinice (GPO) Fakultní nemocnice Ostrava, tento stupeň zátěže

srovnat mezi jednotlivými odděleními. Průzkumové šetření probíhalo v období srpen – říjen 2014.

METODIKA A VÝSLEDKY

Výzkum byl zaměřen na všeobecné sestry a porodní asistentky pracující na porodním sále, jednotce intenzivní péče, standardním oddělení gynekologie a šestinedělí dále sester a porodních asistentek pracujících na operačních sálech, příjmové a odborných ambulancích. V průzkumu bylo stanoveno 5 hypotéz a 12 dílčích cílů. Zkoumaný soubor tvořilo 102 všeobecných sester a porodních asistentek pracujících na Gynekologicko- porodnické klinice Fakultní nemocnice Ostrava. Do zkoumaného souboru nebyly zařazeny úsekové sestry, staniční sestry ani vrchní sestra pro odlišnou pracovní náplň. Výběr sester do zkoumaného vzorku byl záměrný. Podmínkou účasti dotazníkového šetření byla ochota sester a porodních asistentek ke spolupráci. Vyplnění dotazníku byla tedy zcela dobrovolná. Ke zjištění stupně zátěže byl použit standardizovaný Meisterův dotazník, který se používá ke zjištění stupně neuropsychické zátěže u různých profesí a nabízí druhy vyhodnocení jednak podle faktorů a dále podle jednotlivých položek. Z vyhodnocení demografických údajů vyplynulo, že výzkumný soubor byl tvořen sestrami a porodními asistentkami ve věku od 22 do 60 let, zastoupeny byly všechny kategorie dosaženého vzdělání, což je střední zdravotnické, střední zdravotnické se specializací, vyšší zdravotní či vysokoškolské. Sestry a porodní asistentky byly rozděleny do čtyř skupin podle odpracované délky praxe (0-5;

6-10; 11-20; 21 let a více) a také rozděleny na plný (82 dotázaných) a částečný (20 dotázaných) pracovní úvazek. V průzkumu byl zjištěn rozdíl mezi respondentkami na částečný a celý pracovní úvazek, kdy zdravotnice pracující na zkrácený úvazek se vždy do práce těšily, na rozdíl od sester a porodních asistentek pracujících na celý pracovní úvazek. Další zjištění bylo v průměrném věku v rámci oddělení, který se významně lišil, a byl tedy zjištěn statisticky významný rozdíl v průměrném věku mezi pracovníky oddělení Ambulance a oddělení JIP stejné kliniky, a to $p=0,044$, v ambulantní části pracují v průměru nejstarší respondentky (41,3 let) a naopak na oddělení JIP respondentky nejmladší (31,5 let). Při hodnocení podle faktorů bylo poustupováno pomocí hypotéz a dílčích cílů. Faktory byly počítány následně určeny stupně neuropsychické zátěže. Hypotéza č. 1 předpokládala rozdíl neuropsychické zátěže mezi skupinami sester a porodních asistentek na jednotlivých odděleních Gynekologicko- porodnické kliniky Fakultní nemocnice Ostrava (dále jen GPK FNO). V rámci ověřování hypotézy číslo 1 byly stanoveny dílčí cíle 1 - 6. Hypotézu číslo 1 jsme nezamítly, i když se potvrdila pouze v dílčím cíli 6, tento cíl se týká operačních sálů, které byly hodnoceny jako oddělení s přetížením, ostatní oddělení na GPK FNO vyšly bez zatížení. Můžeme pouze odhadovat, proč sestrám a porodním asistentkám na GPK vzhledem k náročnosti jejich práce vyšel tak nízký stupeň zátěže. Může to být vyvážeností průměrného věku na jednotlivých odděleních, délkou praxe. Také se nabízí domněnka, že všeobecné sestry a porodní asistentky mohou mít pozitivní rodinné zázemí a oporu ve svých rodinách a přátelích, což

má vliv na pracovní pohodu a psychickou vyrovnanost. Pozitivní výsledek zátěže respondentek z operačních sálů může mít náročná pracovní náplň a časový faktor. Podle druhu operace trvají výkony i několik hodin, sestra instrumentářka se musí plně soustředit na svou práci stejně jako operatér a navíc musí ještě předpovídat operátěrové kroky při operaci a být stále připravená reagovat v prostředí, kde jsou silná umělá světla nebo zase úplná tma. Na víc má na sobě několik vrstev ochranného oděvu v místnosti, i přes všechny tyto skutečnosti vyšlo hodnocení pouze s přetížím.

Při ověřování Hypotézy číslo 2 se hypotéza se zabývala rozdílem výskytu pracovní zátěže respondentek pracujících na částečný, nebo na celý pracovní úvazek. Při ověřování této hypotézy byly stanoveny dva dílčí cíle a to: Má pracovní úvazek vliv na skutečnost, že práce je tak psychicky náročná a proto je obtížné jí dělat po léta se stejnou výkonností. Tato hypotéza se nepotvrdila, až při analýze rozptylu byl zjištěn statisticky významný rozdíl v průměrném hodnocení mezi částečným a plným pracovním úvazkem., z čehož vyplývá že, všeobecné sestry a porodní asistentky pracující na GPK FN Ostrava na částečný pracovní úvazek nevnímají svou práci natolik psychicky náročnou, aby ji se stejnou výkonností nemohly dělat po léta. Všeobecné sestry a porodní asistentky pracující na plný pracovní úvazek ve stejném zařízení však vnímají svou práci natolik psychicky náročnou, že je pro ně obtížné jí dělat po léta se stejnou výkonností. Zde se lze domnívat, že je tomu proto, že sestry na částečný pracovní úvazek mají více volného času

k relaxaci a odpočinku. V dalším dílčím cíli, který se týkal pracovního úvazku a otázky: po několika hodinách mám práce natolik dost, že bych chtěla dělat něco jiného, byla hypotéza zamítnuta. Z čehož se dá soudit, že délka pracovního úvazku nemá vliv ani na délku vykonávání práce se stejnou výkonností a ani na skutečnost, že by všeobecné sestry a porodní asistentky na GPK FN Ostrava po několika hodinách práce chtěly dělat něco jiného.

Při ověřování třetí hypotézy, která se týkala délky odpracované praxe na daném pracovišti GPK FN Ostrava a psychické náročnosti práce. V tomto případě nebyla zjištěna hladina statistické významnosti. Toto zjištění mohla ovlivnit skutečnost, že největší zastoupenou skupinou sester a porodních asistentek je v délce praxe 6-10 let a to 35 z oslovených, dále 23 respondentek je ve skupině délky praxe 0-5 let. 24 sester a porodních asistentek vykonává praxi v délce 11-20let a pouze 20 oslovených je ve skupině s praxí 21 let a více.

Při ověřování hypotézy číslo 4 zabývající se řešením problémů a konfliktů v práci, od nichž se nelze odpoutat ani po pracovní době s ohledem na věk a typ oddělení. Zde byly stanoveny dva dílčí cíle. V prvním dílčím cíli se hypotéza zamítá na hladině statistické významnosti $p > 0,05$ v závislosti odpovědí mezi průměrným věkem a odpoutáním se od problémů a konfliktů i po pracovní době kdy $p = 0,8510$. Což znamená, že není rozdíl v průměrném věku a odpoutání se od problémů a konfliktů v práci. V druhém dílčím cíli byla potvrzena statisticky významná závislost $p = 0,0005$, což znamená, že je rozdíl mezi

operačními sály a oddělením šestinedělí a mezi operačními sály a porodními sály. Mezi ostatními odděleními n statisticky významný rozdíl.

Poslední pátou ověřovanou hypotézou bylo zjišťování, zda se daří udržet pozornost při práci v souvislosti s délkou odpracované praxe na pracovišti a to bez rozdílu oddělení Gynekologicko-porodnické kliniky. Při zpracování dat výsledných odpovědí nebyla prokázána statisticky významná závislost ($p = 0,2174$) těchto odpovědí mezi délkou odpracované praxe na pracovišti a udržením pozornosti při práci, protože se dlouhou dobu nic neděje. Hypotéza byla zamítnuta. Z tohoto výsledku se dá předpokládat, že práce na všech odděleních Gynekologicko-porodnické kliniky FNO Ostrava je zajímavá a tudíž není pro sestry a porodní asistentky těžké udržet si po celou pracovní dobu pozornost.

DISKUSE

Profese sestry a porodní asistentky je velmi náročnou profesí jak po fyzické, tak po psychické stránce a klade vysoké nároky na stránku kognitivní a emocionální.

Výzkum přinesl některé pozitivní výsledky týkající se neuropsychické zátěže a celkové pracovní pohody sester a porodních asistentek na GPK FNO. Výsledky mohou být zajímavé i pro odborníky, kterým není lhostejná spokojenost zdravotnických pracovníků na pracovišti. Výkon a pohodu při práci ovlivňuje a ohrožuje řada činitelů. Patří mezi ně spěch, nedostatek pomůcek, tlak na zvyšování kvalifikace, mnoho

administrativy, která však má v dnešní době velký význam a v neposlední řadě malá společenská prestiž oboru. Velmi důležité jsou mezilidské vztahy na pracovišti, které mnohdy nefungují. A tak není divu, že jsou sestry a porodní asistentky podrážděné, přetížené a unavené. Lidé bez vysoké míry etiky do zdravotnictví nepatří, stejně jako lidé, kteří jsou konfliktní. Podmínkou úspěchu v ošetrovatelské profesi je pozitivní motivace k výkonu náročného povolání, která přináší radost, spokojenost, pocit z dobře vykonané práce a také její smysluplnost a určitě i její prestiž ve společnosti. Zdravotníky a uchazeče o tuto profesi totiž nejčastěji odrazuje náročnost práce a vysoké nároky na charakterové vlastnosti, etiku a temperament, nízké finanční ohodnocení, nepřetržitý provoz, nutnost udržet stálou pozornost a riziko kritických následků na zdraví jak svém, tak i na zdraví ostatních lidí v případě pochybení. Ošetrovatelský personál si neztěžuje na nevhodné chování, nepochopení či přehlížení, ale chybí jim pochvala a ocenění.

ZÁVĚR

Důležitým faktorem ovlivňující zátěž je spolupráce a zvládání interpersonálních problémů, které vznikají ve zdravotnických týmech. Většinu těchto faktorů nelze ovlivnit. Je však možné oblast neuropsychické zátěže určitým způsobem alespoň zmírnit. Vedení nemocnice i pří- mí nadřízení zdravotnických pracovníků mohou zajistit odbornou psychologickou pomoc, v podobě konzultací s psychologem či odborné kurzy psychoprofylaxe a aser- tivity. Na prvním místě však zůstává lidský přístup a komunikace mezi jednotlivci a rozumové jednání zbavené předsudků a soupeření.

Tato problematika je a bude stále aktuální vzhledem k malému počtu studentů všech stupňů zdravotnických škol a také k velkému odchodu sester ze zdravotnictví.

LITERATURA

- [1] HLADKÝ, A. ŽÍDKOVÁ, Z. 1999. Metody hodnocení psychosociální zátěže: metodická příručka. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1999. 78s. ISBN 80-7134-890-5
- [2] ICM Definition of the midwife [online]. c2008 [cit. 2009-03-16].Englisch. Dostupný WWW: <http://www.internationalmidwives.org/Portals/5/Documentacion/ICM/DeCfiniti/Midwife2005.pdf>
- [3] HOŠEK, V. 1999. Psychologie odolnosti. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1999. 71s. ISBN 80-7184-889-1.
- [4] JOBÁNKOVÁ, M. a kol. 2002. Kapitoly z psychologie. Brno: NCO NZO 2002. 225 s. ISBN 80-7013-365-1.
- [5] BAŠTECKÁ, B. GOLDMANN, P. 2001. Základy klinické psychologie. Praha: Portál, 2001. 436 s. ISBN 80-7178-550-4.
- [6] WEBER, A. L. 1992. Social psychology, New York: Harper Collins Publ. 1992. Library of Congress Catalog 91-58279 ISBN 0-06-467157-7.
- [7] NAKONEČNÝ, M. 2004. Motivace lidského chování. Praha: Academia. 2004. 270 s. ISBN 80-200-0592-7.
- [8] ZACHAROVÁ, E.; HERMANOVÁ, M.; ŠRÁMKOVÁ, J. 2007. Zdravotnická psychologie. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 232 s. ISBN 978-80-247-2068-5.
- [9] DVOŘÁKOVÁ, Z. a kol. 2007. Management lidských zdrojů. 1. vyd. Praha: C. H. Beck. 2007. 485 s. ISBN 978-80-7179-893-4.
- [10] BARTOŠÍKOVÁ, I. 2006. O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry. 1. vyd. Brno: NCONZO, 2006. 86s. ISBN 80-7013-439-9.
- [11] JIRÁK, Z. VAŠINA, B. 2005. Fyziologie a psychologie práce. 1. vyd. Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta: Reponis Ostrava, 2005. 158s. ISBN 80-7368-107-2.
- [12] NEŠPOR, K. Léčivá moc smíchu. 2007. 3. vyd. Praha: Vyšehrad, 2007. 159s. ISBN 98-80-7021-878-5.
- [13] ŠVINGALOVÁ, D. 2006. Stres a vyhoření u profesionálů pracujících s lidmi. 1. vyd. Liberec: Technická universita v Liberci, 2006. 82s. ISBN 80-7372-105-8.

NEURO-PSYCHOLOGICAL BURDEN OF NURSES AND MIDWIVES IN GYNAECOLOGY AND OBSTETRICS CLINIC, UNIVERSITY HOSPITAL OSTRAVA



ABSTRACT

The aim of this study was to determine the degree of neuropsychological burden for nurses and midwives who work at the Gynaecology - obstetrics department of University hospital Ostrava and to compare the degree of distress between different departments. Examining survey was conducted between August and October 2014. The research sample consisted of 102 nurses and midwives working at the Gynaecology - obstetrics department of University hospital Ostrava. Research was conducted by using a standardized Meisteov's questionnaire to assess neuropsychic load supplemented by demographic questions. The investigation of the neuropsychological burden detected the monotony in all departments except the results obtained at the Operating theater department, where light load in the analysis of variance was shown. This means that the burden represents no threat to health, subjective status and performance of involved subjects. Also a significant

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

Mgr. Jana Šálková
Fakultní nemocnice Ostrava
Gynekologicko-porodnická klinika
17. Listopadu
780 00 Ostrava – Poruba
E-mail: jana.salkova@fno.cz

doc. PhDr. Yvetta Vrublová, PhD.
Fakultní nemocnice Ostrava
Gynekologicko-porodnická klinika
17. Listopadu
780 00 Ostrava – Poruba

Ostravská univerzita v Ostravě
Lékařská fakulta
Ústav ošetřovatelství a porodní
asistence
Syllabova 19
703 00 Ostrava – Zábřeh
E-mail: yvetta.vrublova@osu.cz

difference in 4th sub-goal hypothesis and partial goal 11 in respect of separation and conflict was shown, when the nurses working at the Operating rooms department identified their work as an environment where they experience the most conflict. When evaluating individual items of the questionnaire no influence of work experience on individual answers was shown.

KEYWORDS:

neuro-psychological stress, nurse,
midwife, health care

SYNDROM VYHOŘENÍ - VÝRAZNÝ SOCIÁLNĚ PATOLOGICKÝ JEV OHROŽUJÍCÍ POMÁHAJÍCÍ PROFESE

PETRA VRŠECKÁ
VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ
JIHLAVA



ABSTRAKT

Syndrom vyhoření je jev, který se v současné době objevuje v souvislosti s výkonem pomáhajících profesí. Tento příspěvek se snaží o charakteristiku základních souvislostí, které se syndromem vyhoření souvisejí. V první části se snaží o definování syndromu vyhoření, jak ho popisují domácí i zahraniční autoři a popisuje možné vyvolávající příčiny syndromu vyhoření. Nelze přesně určit, co je tou prvotní vyvolávající příčinou syndromu vyhoření, existuje mnoho faktorů, které se na vzniku podílejí. V další části příspěvku jsou popsány projevy a definovány nejohroženější skupiny zaměstnanců, kteří mohou být syndromem vyhoření postiženi. V příspěvku jsou prezentována základní výzkumná data, která se týkají dané problematiky a která proběhla ve vybraných zdravotnických zařízeních. Na závěr se příspěvek zabývá obecnými zásadami prevence.

KLÍČOVÁ SLOVA:

syndrom vyhoření, pomáhající profese, burnout, únava, vyčerpání

ÚVOD

V současné době se o syndromu vyhoření vedou diskuze mezi odbornou i laickou veřejností. Pokud bychom chtěli nějakým způsobem odlišit syndrom vyhoření od ostatních sociálně patologických jevů, tak si nejdříve musíme jasně stanovit, co syndrom vyhoření je. Naším předním odborníkem v této oblasti je profesor PhDr. Jaro Křivohlavý, Csc., který zemřel v roce 2014 a který ve své knize „Jak neztratit naději“ popisuje společné znaky všech definic syndromu vyhoření a to:

- negativní příznaky- ať již tělesné, nebo psychické, či sociální,
- je uváděn v souvislosti s určitým povoláním – většinou s pomáhající profesí
- příznaky syndromu vyhoření se objevují i u lidí psychicky jinak zdravých
- se syndromem vyhoření je spojována značná psychická a tělesná únava (Křivohlavý, 1998)

SYNDROM VYHOŘENÍ

Syndrom vyhoření byl poprvé popsán jako burnout - odborný termín, který se objevil v psychologii a psychoterapii v sedmdesátých letech 20. století. Pro základní ujasnění obsahu tohoto pojmu uvádím několik výroků a definic různých autorů:

Dle amerických psychologů Pinesové a Aronsona je burnout formálně definován a subjektivně prožíván jako stav fyzického, emocionálního a mentálního vyčerpání,

kteřé je způsobeno dlouhodobým zabýváním se situacemi, které jsou emocionálně náročné. Tyto emocionální požadavky jsou nejčastěji způsobeny kombinací dvou věcí: velkým očekáváním a chronickými situačními stresy. (Křivohlavý, 1998)

Jiná definice autorů Maslacha a Jacksona uvádí, že burnout je syndromem emocionálního vyčerpání, depersonalizace a sníženého osobního výkonu. Dochází k němu tam, kde lidé pracují s lidmi, tj. tam, kde se lidé věnují potřebným lidem. (Maslach, Schaufeli, Leiter, 2001)

Dle psycholožky Yallské univerzity Dr. Carrie Cherniis je burnout výsledek procesu, v němž jsou lidé velice intenzivně zaujati určitým úkolem (ideou) a ztrácejí své nadšení. (Křivohlavý, 1998)

V začátcích zkoumání toho, co vlastně představuje syndrom vyhoření, převládaly názory, že nejohroženější skupinou jsou lidé, jejichž hlavní náplní je péče o druhé a požadavky na bezchybné výkony. (Kebza, Šolcová, 2003)

Syndrom vyhoření se snažili popsat i čeští autoři, například dle Tamary a Jiřího Tošnerových lze syndrom vyhoření popsat jako duševní stav objevující se často u lidí, kteří pracují s jinými lidmi a jejichž profese je na mezilidské komunikaci závislá. Tento stav ohlašuje celá řada příznaků: člověk se cítí celkově špatně, je emocionálně, duševně i tělesně unavený. Má pocitu bezmoci a beznaděje, nemá chuť do práce ani radost ze života. (Tošnerová, Tošner, 2010)

Pojem burnout nemusí být spojován pouze s oblastí pomáhajících profesí, i když zde je jeho výskyt nejčastější. U syndromu vyhoření se nejedná pouze o stavy únavy a vyčerpání, deprese či nespokojenosti s prací a se životem vůbec, které zná v jisté míře každý a které jsou doprovodnými znaky u burnout syndromu. Jde o proces, kdy vlivem působení mnoha stresových faktorů dochází k negativním změnám ve vnímání, prožívání a chování jedince. (Honzák, 2013)

Některé definice syndromu vyhoření jsou zaměřovány na konečný stav, to je na stav citového, fyzického a myšlenkového vyčerpání. Jiné jsou definovány jako proces, který má vlastní vývoj. Všechny definice však mají několik společných atributů:

- přítomnost negativních emocionálních známek jako například deprese, vyčerpání atd.,
- je nejčastěji propojován s určitými typy povolání, které jsou uváděny jako více rizikové, např. zdravotníci,
- nižší efektivita práce není spojována se špatnými pracovními schopnostmi a dovednostmi, ale naopak s negativními vytvořenými postoji a z chování z nich vyplývajících,
- důraz je zde především kladen na psychické příznaky a na prvky chování nežli na provázející tělesné příznaky,
- syndrom vyhoření se vyskytuje i u lidí zdravých po psychické stránce, nijak nesouvisí s psychickou patologií. (Jeklová, Reitmayerová, 2006)

Zřejmě nelze přesně určit, co je tím prvotním, co syndrom vyhoření vyvolává,

existuje mnoho faktorů, které se na vzniku podílejí například:

- konflikty rolí,
- přílišná očekávání,
- nedostatek autonomie,
- nejasnosti v hierarchických strukturách - a nemusí to být pouze v zaměstnání,
- nedostatečná podpora ze strany nadřízených,
- vztahové konflikty,
- velké množství práce,
- nedostatek času,
- velká odpovědnost,
- mobbing.... (Kallawas, 2007)

Tento seznam by mohl být velmi dlouhý, nicméně nikdo přesně nedokáže určit, kde je začátek vyhoření a kde pouze únava a nechuť.

Kdo je syndromem vyhoření nejvíce ohrožen?

Existují povolání, u kterých je syndrom vyhoření popisován daleko častěji, než u jiných povolání.

Jsou to zejména tak zvané pomáhající profese, tedy profese, které představují poměrně široký soubor nejrozličnějších povolání majících vztah k bezprostřední práci s lidmi, jsou však mnohem více službou a posláním, než rutinní prací.

Mezi pomáhající profese patří například:

- lékaři a zdravotní sestry,
- psychologové, psychoterapeuti,
- sociální pracovníci,
- učitelé,

- policisté,
- a jiná povolání, kde dochází k tzv. „pomáhání“ ostatním lidem. (Křivohlavý, 2012)

Obecně lze říci, že syndromem vyhoření jsou nejvíce ohroženy profese pomáhající lidem. Pomáháním většinou přebírají jejich problémy, starosti, co nejlépe naplňuje jejich potřeby a své odsouvají do pozadí (Venglářová et al., 2011).

Syndrom vyhoření se také vyskytuje častěji u osob, kterým není umožněno se podílet na celkovém rozhodování a volbě řešení. Projevuje se u osob, které nemají dostatek autonomie. (Maslach, 2001)

NEJČASTĚJŠÍ PROJEVY SYNDROMU VYHOŘENÍ

Syndrom vyhoření se projevuje celou řadou příznaků, z nichž nejvýraznější a nejtypičtější jsou tři základní symptomy: vyčerpání, odcizení a pokles výkonnosti. (Stock, 2010)

Syndrom vyhoření se projevuje subjektivními i objektivními příznaky. Některé mohou být výrazně patrné, jiné skryté a jen naznačené. Člověk sám si většinou své obtíže nesnadno přiznává. U dotyčného jedince, který je na pokraji syndromu vyhoření se objevují především symptomy, které jsou na úrovni psychické, fyzické i sociální:

- beznaděj,
- velká psychická i fyzická únava,
- pesimismus, rozčarování, zklamání,
- úzkost, obavy a strach,
- emoční vyčerpání, dotýčný se cítí

- prázdný, chladný, v koncích,
- odstrčení, nemůže sám něco dělat, není motivován, a ostatní jsou rychlejší, výkonnější a spokojenější,
- stres, neustálé napětí,
- nízké sebehodnocení, není spokojený sám se sebou, nemá o sobě dobré mínění,
- nedostatek energie a síly,
- i sebemenší problém ho zatěžuje, neví si s ním rady,
- nedostatek tvořivosti, motivace, plánů. (Jeklová, Reitmayerová, 2006)

Syndrom vyhoření můžeme také definovat jako chronické vyčerpání organismu, jedná se o duševní stav, který se velmi často objevuje u lidí pracujících s lidmi, což jsou například zdravotníci, sociální pracovníci, lékaři, učitelé. Nastupuje pozvolné vyčerpání, které vzniká dlouhodobým působením stresujících podnětů. (Novák, 2010)

FÁZE SYNDROMU VYHOŘENÍ

Burnout je důsledkem dlouhodobě působící zátěže. Proces, jehož vyvrcholením je vyhoření, probíhá v několika fázích.

„Jedním z přístupů ke stanovení fází burnout syndromu je koncepce čtyř základních fází vyhoření, reprezentovaná např. pracemi Ch. Maslachové, autorky řady dalších prací o burnout syndromu a jedné z nejužívanějších metod k jeho diagnóze.“ (Kebza, Šolcová, 2003)

V první fázi je charakteristické, že pracovníci jsou velmi nadšení, angažovaní a dělají svoji práci s velkým zaujetím.

Bohužel jsou dlouhodobě přetěžováni, což má negativní vliv na jejich tělesnou i psychickou stránku.

Co se týče druhé fáze, tak zde dochází k postupnému psychickému a fyzickému vyčerpání. Ve třetí fázi přechází vyčerpání k odosobnění v rámci obranného mechanismu. Čtvrtá fáze je charakteristická vyčerpáním pracovníka a k projevům nezájmu, až lhostejnosti. (Kebza, Šolcová, 2003)

OBECNÉ ZÁSADY PREVENCE SYNDROMU VYHOŘENÍ

Prevenci lze v zásadě rozdělit na primární a sekundární. Do primární prevence patří například zvládání asertivních technik, využívání relaxačních technik a dobrá organizace volného času. Sekundární prevence zahrnuje psychologickou pomoc a také změnu povolání (Stíbalová, 2010).

Zásad, jak se chránit před syndromem vyhoření je mnoho. V prevenci syndromu vyhoření je nutné udržovat se v dobré tělesné kondici a naučit se nenosit si práci domů. (Bartošíková, 2006)

Mezi další patří například:

- aktivní přístup k problémům, otevřenost,
- nemít obavy se změn, být si vědom toho, že změny jsou přirozenou součástí vývoje,
- nebýt pasivní, aktivně se podílet na řešení,
- být si vědom toho, že stresové situace tu jsou a budou a umět stres izolovat

- od ostatních životních činností,
- rozvíjet vztahy s ostatními lidmi, nebýt izolovaný,
- mít ve svém okolí někoho, na koho se můžeme se svými problémy obrátit,
- vytvořit si pevné rodinné zázemí,
- osvojit si zdravý životní styl. (Kebza, Šolcová, 2003)

Tento příspěvek je teoreticko - praktický, proto jsem se rozhodla ve výzkumné části zjistit, jak se odráží znalosti o syndromu vyhoření v praxi a jaké je zastoupení výskytu syndromu vyhoření podle délky praxe u všeobecných sester.

METODY VÝZKUMU A VÝZKUMNÝ VZOREK

Hlavní metodou výzkumu byl nestandardizovaný dotazník, který se vztahoval k těmto cílům:

Zjistit znalosti všeobecných sester o prevenci syndromu vyhoření.

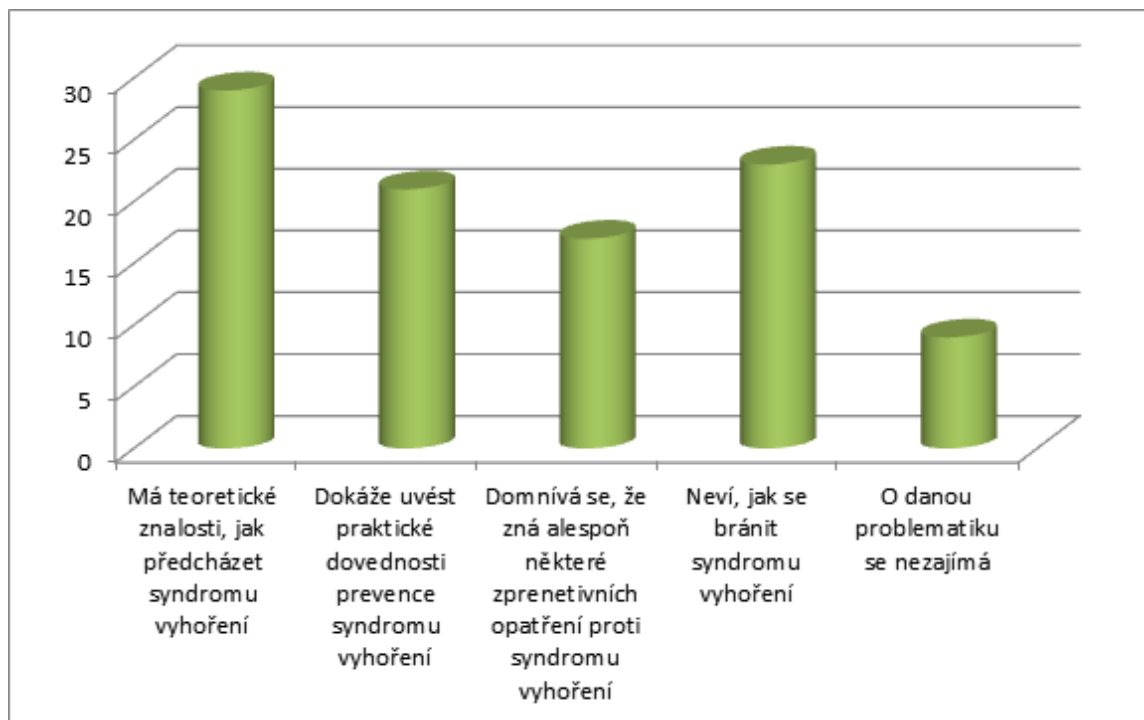
Zjistit souvislost mezi délkou praxe všeobecných sester a výskytem syndromu vyhoření.

Výzkum probíhal ve Fakultní nemocnici Královské Vinohrady a předmětem výzkumu byly všeobecné sestry pracující v ambulancích jak interních, tak chirurgických oborů. Rozdáno bylo celkem 70 dotazníků a zpět se vrátilo 65 správně vyplněných dotazníků. Při zpracování získaných dat jsem použila Microsoft Office Word 2007 a Microsoft Office Excel 2010.

VYBRANÉ VÝSLEDKY VÝZKUMU

Vybrané otázky šetření týkající se problematiky znalosti všeobecných sester o prevenci syndromu vyhoření uvádím v grafu.

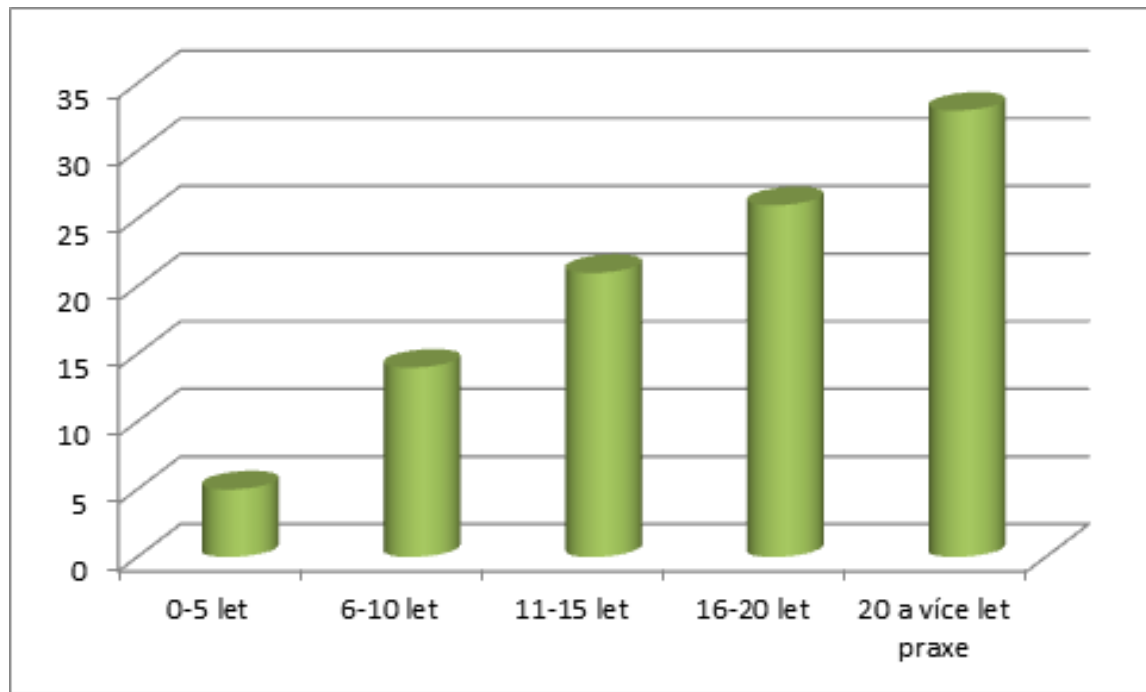
Graf č. 1: Znalosti všeobecných sester týkající se prevence syndromu vyhoření



Z uvedených dat vyplývá, že většina všeobecných sester se domnívá, že jejich znalosti týkající se prevence syndromu vyhoření je dostatečná. Celkem 19 všeobecných sester (29 %) uvedlo, že má teoretické znalosti, jak předcházet syndromu vyhoření, 14 (21 %) všeobecných sester uvádí, že dokáže uvést praktické dovednosti prevence syndromu vyhoření, 11 všeobecných sester (17 %) uvedlo, že zná alespoň některé z preventivních opatření proti syndromu vyhoření, 15 všeobecných sester (23 %) odpovědělo, že neví, jak se bránit syndromu vyhoření a 6 (9 %) všeobecných sester se o danou problematiku se nezajímá.

Na otázky týkající se závislosti délky praxe na výskytu syndromu vyhoření jsou výsledky šetření takovéto:

Graf č. 2: Závislost délky praxe na výskytu syndromu vyhoření



Z uvedených výsledků vyplývá, že nejvíce všeobecných sester, které se setkaly se syndromem vyhoření je ze skupiny s nejdelší délkou praxe a to 20 a více let, těchto pracovníků bylo 14 (33 %). Druhou nejpočetnější skupinou jsou všeobecné sestry, které mají délku praxe 16-20 let, těch se se syndromem vyhoření setkala 11 (26 %), třetí nejpočetnější skupinou jsou sestry, které pracují 11-15 let ve zdravotnictví, těch bylo 9 (21 %), ve skupině všeobecných sester, které mají délku praxe 6-10 let se se syndromem vyhoření setkala 6 (14 %) všeobecných sester a nejméně se se syndromem vyhoření setkávaly všeobecné sestry, které mají délku praxe do 5ti let, ty byly 2 (5 %).

DISKUZE

V ýzkumné šetření, které bylo provedeno ve Fakultní nemocnici Královské Vinohrady ukazuje data, která byla získána i v jiných zdravotnických zařízeních. Z uvedeného vyplývá, že většina všeobecných sester se domnívá, že jsou jim známa preventivní opatření a techniky, které jsou potřebné ke zvládnutí stresu a prevenci syndromu vyhoření. Co se týká výskytu syndromu vyhoření v určitých skupinách podle délky praxe, je jasné, že čím déle všeobecné sestry praxi vykonávají, tím více jsou ohroženy výskytem tohoto syndromu. K podobným výsledkům došla i kolegyně Kateřina Suchanová ve své práci na téma Syndrom vyhoření a jeho prevence z pohledu sestry, nebo kolegyně Veronika Spěváková, která se touto problematikou zabývala rovněž.

ZÁVĚR

P omáhající profese patří mezi velmi náročná povolání jak po stránce psychické, po stránce fyzické, tak po stránce neustále se zvyšujících požadavků na pracovníky. Je třeba si uvědomit důležitost prevence syndromu vyhoření, jednak ze strany zaměstnavatelů a vedoucích pracovníků, ale také ze strany pracovníků samotných.

LITERATURA

- [1] BARTOŠÍKOVÁ, Ivana. *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2006. ISBN 8070134399.
- [2] JEKLOVÁ, Marta a Eva REITMAYEROVÁ. *Syndrom vyhoření*. Vyd. 1. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006, 32 s. Psychologie pro každého. ISBN 80-869-9174-1.
- [3] HONZÁK, Radkin. *Jak žít a vyhnout se syndromu vyhoření*. Vyd. 1. Praha: Vyšehrad, 2013. ISBN 978-80-7429-331-3.
- [4] KALLWASS, Angelika a Eva REITMAYEROVÁ. *Syndrom vyhoření v práci a v osobním životě*. Vyd. 1. Překlad Petr Babka. Praha: Portál, 2007, 139 s. Orientace (Karmelitánské nakladatelství), sv. 42. ISBN 978-807-3672-997.
- [5] KEBZA, Vladimír a Iva ŠOLCOVÁ. *Syndrom vyhoření: (informace pro lékaře, psychology a další zájemce o teoretické zdroje, diagnostické a intervenční možnosti tohoto syndromu)*. 2., rozš. a dopl. vyd. Překlad Petr Babka. Praha: Státní zdravotní ústav, 2003, 23 s. Orientace (Karmelitánské nakladatelství), sv. 42. ISBN 80-707-1231-7.
- [6] KŘIVOHLAVÝ, Jaro a Eva REITMAYEROVÁ. *Hořet, ale nevyhořet*. 2., přeprac. vyd., V KNA 1. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2012, 175 s. Orientace (Karmelitánské nakladatelství), sv. 42. ISBN 978-807-1955-733.
- [7] KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Jak neztratit nadšení*. Vyd. 1. Praha: Grada, 1998, 131 s. Psychologie pro každého. ISBN 80-86991-74-1
- [8] Maslach, C., Schaufeli, W., Leiter, M. (2001): Job Burnout. Annual Review of Psychology, 52. Dostupné z: <http://fagbokforlaget.no/boker/downloadpsykorg/KAP3/artikler/Burnout.pdf>, staženo dne 5. 3. 2016
- [9] NOVÁK, Tomáš. *Sám sobě psychologem* 2. 1. vyd. Praha 7: Grada Publishing a. s, 2010. ISBN 9788024729565
- [10] STÍBALOVÁ, K., *Co je to Burnout syndrom*. Odborný časopis sociální služby. Tábor, 2010, roč. 12, č. 10. ISSN 1803-7348.
- [11] STOCK, Christian. *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. Poradce pro praxi. ISBN 978-80-247-3553-5.
- [12] TOŠEROVÁ, Tamara a Jiří TOŠER. *Burn out, Syndrom vyhoření: interní pracovní sešit*. Praha: Hestia, 2010
- [13] VENGLÁŘOVÁ, PhDr. Martina et al. *Sestry v nouzi*. Praha 7: Grada Publishing a.s, 2011. ISBN 9788024731742.

BURNOUT IN THE HELPING PROFESSIONS



KONTAKTNÍ ÚDAJE:

Kontaktní údaje
Mgr. Petra Vršecká
Vysoká škola polytechnická Jihlava
Katedra zdravotnických studií
Tolstého 16
586 01 Jihlava
E-mail: petra.vrsecka@vspj.cz

ABSTRACT

Burnout is a phenomenon that currently appears in connection with the performance of the helping professions . This paper tries to characterize fundamental aspects that are related to burnout . The first part seeks to define burnout as described by both domestic and foreign , definitions of burnout are numerous. It also describes the possible underlying causes of burnout , you can not determine exactly what is causing the primary cause of burnout, there are many factors that contribute to the formation. In the next section describes the symptoms and defined the most vulnerable groups of employees who may be burnout shot . In this contribution are presented basic research data relating to the issue and held at selected health facilities Finally, the paper deals with the general principles of prevention.

KEYWORDS:

burnout, helping professions, burnout, fatigue, exhaustion

HISTORIE PORODNICKÝCH ODDĚLENÍ V ČESKÝCH ZEMÍCH

VLASTA DVOŘÁKOVÁ
VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ
JIHLAVA



ABSTRAKT

Dějiny prvních porodnic jsou spojeny především s péčí o sirotky a s péčí o opuštěné a nemanželské děti. Nejstarším ústavem, který v historii pečoval i o těhotné ženy, byl v 17. století Vlašský špitál v Praze. Snaha poskytovat pomoc těhotným a rodícím ženám se postupem času prohlubovala a vysoké počty svobodných matek přiměly císařovnu Marii Terezii k rozhodnutí, že v roce 1762 nařídila zřídit zvláštní dům, kde by těhotné našly útulek. Tak byl položen první oficiální základ porodnice a nalezince. S prvními porodnickými odděleními jsou také spjata jména velmi významných lékařů.

KLÍČOVÁ SLOVA:

historie, porodnické oddělení, těhotná žena, porod

ÚVOD

První porodnické oddělení v Čechách vzniklo až na počátku 17. století ve Vlašském špitálu na Malé Straně. Kromě péče o rodící ženy se zde poskytovala péče těhotným ženám a jejich dětem. Postupem času špitál navíc plnil také funkci výukovou a po řadu let to byla jediná instituce tohoto druhu nejen v Praze, ale i v českých zemích. Postupně však ústav na své úkoly nestačil, proto byla tato péče přemístěna do nově upravené prostornější porodnice a nalezince u kostela sv. Apolináře na Novém Městě pražském. V roce 1784 byly vybudovány také porodnice v Brně a Olomouci, takže Morava byla v té době na tom dočasně lépe než Čechy s jedinou porodnicí. Dějiny prvních porodnic jsou spojeny především s péčí o sirotky a s péčí o opuštěné a nemanželské děti (Čech a kol., 1999).

V ústavech se tehdy rodilo málo dětí, podíl na tom měl zákon z roku 1888, podle něhož měly být přijímány rodičky jen v nejnutnějším případě se závažnými komplikacemi (Štembera, 2004). V zahraničí vznikala porodnická oddělení taktéž, například Hôtel Dieu ve Francii v roce 1620 (Niklíček, 1985).

PORODNICKÉ ODDĚLENÍ VE VLAŠSKÉM ŠPITÁLE

Nejstarším ústavem, který poprvé pečoval i o těhotné ženy byl Vlašský špitál. Vlaši žijící v Praze se sdružili do Italské kongregace a snažili se zajistit podporu a ochranu všem chudým. V roce 1602 zakoupili dům ve Vlašské ulici č. p. 335/III pod Jánským vrškem na Menším

městě pražském. Císař svým listem z roku 1608 osvobodil špitál od „všelijakých berních a sbírek zemských“ a kongregaci bylo povoleno vykupovat další nemovitosti potřebné k rozšíření špitálu a přijímat dary a odkazy.

Vysoké počty svobodných matek přiměly císařovnu Marii Terezii k rozhodnutí, že v roce 1762 nařídila zřídit zvláštní dům, kde by těhotné našly útulek. Bylo zakoupeno několik domů v Soukenické ulici ke zřízení porodnice a nalezince (1765-1766). V roce 1765 byl na Novém Městě pražském otevřen ústav, který měl pečovat nejen o opouštěné děti, ale později i o svobodné matky. Byla to snaha řešit tak závažný sociální problém, se kterým bylo tehdejší porodnictví neoddělitelně spojeno. Tak byl položen první oficiální základ porodnice a nalezince. Po deseti letech existence byl tento ústav i se svými povinnostmi přemístěn do Vlašského špitálu, který v tu dobu navíc plnil již také funkci výukovou. Byla to po řadu let jediná instituce toho druhu nejen v Praze, ale i v českých zemích.

Vlašský špitál v posledním čtvrtstoletí před svým zrušením (1789) patřil k nejbohatším a nejvýznamnějším ústavům svého druhu v Čechách a jako jeden z mála plnil funkci jak zdravotnického, sociálního tak i výchovného zařízení. Vlašský špitál, zpočátku jen nemocnice a útulek pro chudé, fungoval velmi brzy jako nalezinec a sirotčinec a v poslední fázi své existence také jako porodnice s dvaceti postelemi a třemi porodními lůžky. Bezplatně rodící ženy se musely podvolit demonstracím

při výuce mediků i porodních asistentek. Špitál se tak stal i místem klinické výuky medicíny (Čech a kol., 1999; Klaus, 1953).

ZEMSKÁ PORODNICE A NALEZINEC „U APOLINÁŘE“

V roce 1789 zrušil v rámci reformy veřejného zdravotnictví Josef II. Vlašský špitál a jeho jmění bylo zabaveno. Porodinec a nalezinec byl 17. srpna roku 1789 přestěhován do nadační budovy pro duchovní při kostele svatého Apolináře. Podle plánů F. L. Hergeta byla budova upravena pro účely porodnice a nalezince tak, aby vyhovovala pokynům daným v direktivních pravidlech (Klaus, 1953; Živný, Sýkorová, 2001).

Ke schválení zřízení porodního domu došlo již 3. dubna 1789. Hlavním důvodem vzniku takového zařízení bylo postavení zařízení chránící ženy: *„Již nebude moci nedostatku bezpečného oútočiště, a bázeň před hanbou těch, ješto skrz svodnictví, aneb svou poklisku matkou učiněné jsou, nikdy více za výmluvu skutku takového sloužiti, před kterým člověk s uzásnutím trne. Oútočiště pro nešťastné těhotné osoby jest již před rukami, a obětuje pomoci potřebným bez ohledu na stav aneb náboženství laskavé přijmutí. Jeho cí. král. Milost ráčil tomu cíli stavení při chrámu páně svatého Apolináryše ležící vykáziati, a náležitě připraviti dáti“* (Čepický, 2013, str. 26). Porodní dům měl dvoje dveře. První vchod byl obecný a druhý vchod sloužil pro ženy, které chtěly zůstat v anonymitě. Oboje dveře byly opatřeny zvonečkem a žena po svém příchodu zazvonila a okamžitě byla přijata. Oddělení mělo tři kategorie pokojů. Na

prvním oddělení žena platila denně jeden zlatý, na druhém oddělení 30 krejcarů denně. Na třetím oddělení (v obecních světnicích) se platilo denně 10 krejcarů nebo také nic, pokud se jednalo o ženy, které pro svoji chudobu nemohly zaplatit a pouze ty směly být demonstrovány posluchačům lékařské fakulty. O rodičky zde pečovala jedna porodní bába, tři opatrovnice a kuchařka se služkou. Pokud žena chtěla pouze odrodit a odejít domů, zaplatila 2 zlaté. Platba u přijatých žen probíhala vždy dopředu na osm dní. Ženy, které chtěly po porodu zanechat své dítě v porodním domě, tak také platily (z prvního oddělení 20 zlatých, z druhého oddělení 10 zlatých a ze třetího 6 zlatých). Každé oddělení mělo svoji modlitebni, kterou ženy v naprostém soukromí mohly navštěvovat (Čepický, 2013).

Kapacita však záhy nestačila přílivu rodiček. Proto bylo provedeno v letech 1824-1827 rozšíření porodnice. Tíživou situaci porodnice vyřešil až nový objekt, který byl postaven podle projektu Josefa Hlávky v letech 1866-1875, a otevřen byl 26. dubna 1875. Na svou dobu velmi moderní budova měla 11 provozních a léčebných vzájemně propojených traktů s 62 účelovými a 248 vedlejšími místnostmi s kapacitou 367 lůžek.

Budova Zemské porodnice, také nazývaná červený dům, se stala vítaným útočištěm svobodných a opuštěných matek. Proto byl zde také nalezinec, kde mohly rodičky své mnohdy nechtěné potomky bez dalších možných potíží zanechat. Zemská porodnice měla zvláštní vchod, který vedl na tajné oddělení. U toho vchodu čas od času zastavil kočár a bohatá dáma

z lepší společnosti, s obličejem zahaleným závojem, se rychle spěchala zbavit plodu své mnohdy hříšné lásky. Dítka, která se v Zemské porodnici narodila, byla křtěna v arkýřové kapli, částečně umístěné ve středním rizalitu hlavního průčelí.

K těžkým porodům byli voláni ranlékaři ze všeobecné nemocnice. Velkým nedostatkem ústavu byla skutečnost, že zde nebyla voda, kterou bylo nutno denně dovážet z novoměstských nádrží, v době sucha a v zimě často až z Vltavy. Celý objekt byl rozdělen pomyslnou středovou osou na dvě části, ve východní měla být umístěna lékařská klinika, v západní klinika babická. Hned po otevření porodnice byla založena druhá porodnická klinika pro lékaře, a proto bylo nutno změnit vnitřní členění ústavu tak, aby pojalo nikoliv dvě, ale tři kliniky. A tak například tajné oddělení se muselo spokojit pouze s jedním křídlem východního přízemí. Takovéto architektonické řešení mělo jednu obrovskou výhodu. Pokud na jednom oddělení vypukla infekce (zejména horečka omladnic), mohlo být okamžitě uzavřeno, aniž by narušilo celkový chod nemocnice (Klaus, 1953; Živný, Sýkorová, 2001).

Dodnes stále budova Zemské porodnice poskytuje péči rodícím ženám a zároveň láká mnohé návštěvníky, kteří mohou ohodnotit architektonické dílo Josefa Hlávky.



Budova Zemské porodnice

VÝZNAMNÍ LÉKAŘI PRACUJÍCÍ V PRVNÍCH PORODNICÍCH

HYNEK JAN RUTH (1731 – 1797)

Porodnice ve Vlašském špitále se bezprostředně týkal dvorský dekret z 21. 10. 1783, jímž bylo nařízeno konat zde praktickou výuku porodnictví. Jejím vedením byl pověřen právě Ruth, který byl již v roce 1790 jmenován prvním profesorem porodnictví na pražské fakultě, přednášel česky i německy. Jeho němčina i čeština byla předmětem opakované kritiky (Čech a kol., 1999). Dokonce i profesor Václav Rubeška se vyjádřil takto: „*Žádný z profesorů té doby tak chybně nepsal. Jest s podivením, jak se mohl stát magistrem porodnictví, doktorem medicíny a universitním profesorem. Co si mohly z jeho theoretických výkladů vzíti jeho české žáčky babičství a čemu se naučiti mohly z jeho knihy, je velkou záhadou. Každým způsobem byly to nebohé oběti jeho ignorantství a neschopnosti.*“ (Klaus, 1953, s. 14) Stejně tak se nepodařilo za působení Rutha úspěšně realizovat praktickou výuku v porodnici.

JAN MELIČ (JOHANN MELITSCH, 1763 -1837)

První velkou osobností pražského porodnictví byl Jan Melič. Na svoji dobu znal velmi dobře porodnictví teoreticky i prakticky, napsal hodnotná pojednání o vcestném lůžku a také o inkarceraci těhotné retroflektované dělohy. Svě znalosti pro praxi i přednášky získával pilným studiem, včetně francouzských pramenů, a na několika zahraničních pobytech. Profesor Melič měl obrovské

sociální cítění, pečoval o svobodné ženy a děti ze svých finančních prostředků, zřídil privátní porodnici spojenou s ambulantními návštěvami nemocných. To vše spojoval s teoretickou a praktickou výukou studentů a porodních babiček. Melič také navrhl na svoji dobu velmi moderní způsob sociálního pojištění a péče, který se uskutečnil až o sto let později. V mnohém předstihl svoji dobu, zůstal však bohužel nepochopen a zemřel chudý a zapomenut (Čech a kol., 1999).

ANTONÍN JUNGSMANN (1775 - 1854)

Na zlomu 18. a 19. století nastává ve vývoji porodnictví v Čechách veliká změna. Do porodnice a nalezince Na Větrově zřízené 1803 u kostela sv. Apolináře nastupuje Antonín Jungmann. Je přednostou od roku 1811 do roku 1850 (Roztočil, 2008).

Jungmann nastoupil na pražskou porodnickou kliniku v období bezvládnosti a chaosu. Už od roku 1806 neměla klinika vedoucího a nikdo se o ni nestaral. Klinice náleželo pouze šest místností, chyběly nástroje, nedostatečný byl i zdravotnický personál. Nebyl zde žádný asistent a tak Jungmann sloužil sám, k ruce měl pouze mediky a vrchní porodní bábu. Protože do té doby neexistovaly žádné písemné záznamy o vykonané praxi, zavedl Jungmann psaní porodopisů a sám pečlivě zaznamenával veškeré administrativní a klinické údaje týkající se žádostí, úředních výnosů apod.

Po mnohých prosbách a žádostech dostal Jungmann peníze na zakoupení potřebných nástrojů, které objednal ve Vídni, ale jeho žádost o dotaci na pořízení knih pro

založení odborné knihovny byla zamítnuta. Jak již bylo uvedeno výše, v letech 1824 – 1825 byla klinika rozšířena, kromě přístavby o zahradu o výměře 3400 sáhů, byl postaven domek pro profesora a byty pro porodní báby. Po přestavbě měla klinika 17 pokojů, z nichž bylo 10 pro bezplatnou třídu, 66 postelí pro nedělky, 42 postelí pro novorozence a dalších 7 pokojů jako tajné oddělení. To mohly použít ženy, které chtěly porodit utajeně a jejich totožnost neznal ani personál porodnice.

Až do roku 1850 nebyla porodnice již dále rozšiřována, ale když v témže roce odcházel Jungmann do důchodu, byla klinika rozdělena na kliniky dvě, jak již bylo uvedeno, jedna pro lékaře a druhá pro porodní báby.

Za dobu Jungmannova více než čtyřicetiletého působení bylo na klinice odvedeno 50 000 porodů, a tuto náročnou práci vykonával Jungmann sám, pouze s jedním asistentem. V porodnici zavedl pevný medicínský řád a administrativní systém. Výrazně zlepšil úroveň výuky. Pravidelně přednášel německy, ale také česky. Jeho pedagogické povinnosti byly značné. Pětkrát týdně přednášel v Karolinu teoretické porodnictví, v zimním semestru dopoledne německy a odpoledne česky, v letním semestru přednášel v opačném pořadí. Praktická cvičení prováděl denně v porodnici u Apolináře. Tato výuka spočívala nejen ve vyšetřování těhotných a rodiček, v pozorování a provádění potřebných úkonů, ale i ve cvičení na fantomu a na operacích prováděných na mrtvolách žen a dětí. Na konci každého semestru probíhaly u Jungmanna semestrální zkoušky všech

posluchačů medicíny a žaček babictví, které měly předepsaný praktický výcvik po dobu 6 – 8 týdnů. Jungmann musel být tedy neustále k dispozici, navíc jako primář nemocnice neměl ani letní prázdniny. Za dobu 42 leté učitelské činnosti Antonína Jungmanna prošlo klinikou více než 2200 studentů medicíny a kandidátů chirurgie a 8200 porodních babiček (Drugová, 2002; Sedláčková, 1973). Kurzy Jungmanna navštěvovali nejen odborníci z celé Evropy, ale dokonce i z USA (Čech a kol., 1999).

WILHELM LANGE (1813 – 1881)

V roce 1850 vzniklou babickou kliniku vedl jako první Jungmannův žák Wilhelm Lange. Nezůstal zde však dlouho, již v roce 1851 odešel na lékařskou fakultu do Heidelbergu. Za dobu svého krátkého působení ve funkci přednosta kliniky však vypracoval návrh na reformu výuky porodních bab, podle kterého pak výuka probíhala v podstatě až do roku 1920. Teoretické přednášky se již nekonalý v Karolinu, ale spojená teoreticko – praktická výuka probíhala ve čtyřměsíčních kurzech v českém i německém jazyce vždy pro 60 žaček přímo v porodnici (Drugová, 2002; Klaus, 1953).

JAN STRENG (1817 – 1887)

Po Langově odchodu byla klinika pro výchovu porodních babiček svěřena profesoru Janu Strengovi. Tento Jungmannův žák obohatil sbírku knih pro výuku porodních asistentek o další dílo *Učebná kniha o porodnictví pro babičky*. Jan Streng se potom s celou porodnicí Na Větrově, která více než 70 let sídlila v Apolinářské ulici č. 447, slavnostně

přestěhoval do nedaleké nově otevřené porodnice projektované a postavené architektem Josefem Hlávkou (1831 – 1908).

Klinika pro porodní babičky ovšem stále zůstávala v přízemních prostorách bývalé porodnice Na Větrově. Po Strengově odchodu na lékařskou kliniku se jejího vedení ujal jeden z dalších odchovanců Jungmannovy školy **Ferdinand Weber z Ebenhofu** (1810 – 1893). Byl zastáncem antiseptiky v porodnictví a zdatným organizátorem, měl velkou zásluhu na vybudování nové porodnice Na Větrově, v níž posluchačky dostaly celé západní křídlo, a konečně našly důstojné prostory pro výuku i ubytování. Roku 1882 byla univerzita rozdělena na českou a německou, výuka se zde dále konala v obou jazycích podle národnosti posluchaček. Také Weber pro ně napsal učebnici, dokonce v obou jazykových mutacích, nebyla však příliš zdařilá, cennější byly jeho kazuistiky v odborných časopisech (Doležal, 2001; Drugová, 2002).

S historií prvních porodnic jsou samozřejmě spjata i další jména, jako například Václav Rubeška, Karel Pawlík a mnozí další.

ZÁVĚR

Cesta vznikání prvních porodnických oddělení nebyla jednoduchá. Prvním zařízením v Čechách, kde docházelo k porodům, byl v 17. století Vlašský špitál v Praze, který plnil funkci jak zdravotnického, sociálního tak i vzdělávacího zařízení. Druhou velmi významnou porodnicí byla Zemská porodnice, která poskytuje péči rodícím ženám dodnes. S prvními porodnickými odděleními jsou také spojena jména velmi významných lékařů, například Hynka Jana Rutha, Antonína Jungmanna, Jana Strenga, Jana Meliče a mnohých dalších.

LITERATURA

- [1] ČECH, E. a kol. 1999. *Porodnictví*. Praha: Grada Publishing, 1999. 434 s. ISBN 80-7169355-3.
- [2] DOLEŽAL, A. 2001. *Od babictví k porodnictví*. Praha: Karolinum, 2001. ISBN 80-246-0277-6.
- [3] DRUGOVÁ, J. 2002. *Historie porodnictví*. Absolventská práce uložena ve Zdravotnickém muzeu Národní lékařské knihovny v Praze.
- [4] ČEPICKÝ, P. 2013. *Porodnická čítanka I*. Praha: Levret, 2013. 124 s. ISBN 978-80-87070-70-3.
- [5] KLAUS, K. 1953. *Tradice české gynekologie*. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství, 1953.
- [6] NIKLÍČEK, L. 1985. *Dějiny medicíny v datech a faktech*. Praha: Avicenum, 1985. ISBN 08-042-85.
- [7] ROZTOČIL, A. 2008. *Moderní porodnictví*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. ISBN 978-80-247-1941-2.
- [8] SEDLÁČKOVÁ, R. 1973. *Historie babictví v Čechách a na Moravě*. Brno: Ústav pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků, 1973.
- [9] ŠTEMBERA, Z. 2004. *Historie české perinatologie*. Jessenius Maxdorf, 2004. ISBN 80-7345-021-6.
- [10] ŽIVNÝ, J., SÝKOROVÁ, J. 2001. *Gynekologicko-porodnická klinika na počátku 3. tisíciletí*. Praha, 2001.

THE HISTORY OF OBSTETRIC DEPARTMENTS IN THE CZECH LANDS



KONTAKTNÍ ÚDAJE:

PhDr. Vlasta Dvořáková, PhD.
Vysoká škola polytechnická Jihlava
katedra zdravotnických studií
Tolstého 16
586 01 Jihlava
E-mail: vlasta.dvorakova@vspj.cz

ABSTRACT

The history of first maternity hospitals is mainly associated with the care of orphans and abandoned and illegitimate children. The oldest institution that ever cared for pregnant women was in the 17th century Italian hospital in Prague. The effort to provide assistance to pregnant and labouring women has gradually deepened and the high number of single mothers forced the Empress Maria Theresa in 1762 to order the establishment of a special house where pregnant women could find the shelter. Thus was laid the official foundation of first hospital and orphanage. With the first obstetrical departments are also associated names of very eminent physicians.

KEYWORDS:

history, maternity ward, pregnant woman, birth

POSTOJ SESTER K CELOŽIVOTNÍMU VZDĚLÁVÁNÍ

LENKA GÖRNEROVÁ
VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ
JIHLAVA

ABSTRAKT

Teoretická východiska: S rozvojem ošetrovatelství se postupně mění i role sestry. Vynucuje si to nejen rozvoj a pokrok v medicíně, ale i v ošetrovatelství. Současné ošetrovatelství od sestry očekává, že je uznávaným odborníkem v oblasti svého samostatného působení, ale je i na určité úrovni vzdělání. Je tedy nutné, aby si sestry udržovaly vysokou úroveň odbornosti celoživotně, aby se dále vzdělávaly. Vzdělávání ve zdravotnictví je dnes chápáno jako celoživotní proces neustálého, osobnostního, sociálního a profesionálního rozvoje. Veškeré vzdělávání probíhá podle potřebné legislativy.

Cíl: Zjistit postoj sester k celoživotnímu vzdělávání.

Soubor a metody: Námi zkoumaným vzorkem byly sestry pracující na pozicích vrchních sester, staničních sester, sester na ambulancích a sester pracujících u lůžka. Výzkumná data jsme získali v Nemocnici Jihlava a Nemocnici Havlíčkův Brod. Pro získání dat byla použita dotazníková technika sběru dat. Celkem bylo zařazeno do výzkumu 495 sester.

Výsledky: U všech tří testovaných otázek bylo sice zjištěno, že mladší sestry považují systém celoživotního vzdělávání sester za přínosný více než starší sestry, ale rozdíl zjištěný u otázky 3 byl při statistickém testování vyhodnocen jako statisticky nevýznamný. Starší sestry obecně hodnotí současný systém vzdělávání a celoživotní vzdělávání negativně. Celoživotní vzdělávání v mnoha případech přešlo do situace, že sestry musí za 10 let nasbírat 40 kreditů a tak absolvují pasivně občas nějakou konferenci nebo seminář, ale nevidí v tom žádný přínos.

Závěr: Více jak polovina sester ve zkoumaném vzorku vnímá celoživotní vzdělávání za spíše přínosné, což je velmi uspokojivý výsledek. Byla by vhodná motivace ze strany zaměstnavatele a poté by se ještě zvýšila ochota sester se vzdělávat.

KLÍČOVÁ SLOVA:

sestra, vzdělávání, celoživotní vzdělávání

S rozvojem ošetrovatelství se postupně mění i role sestry. Vynucuje si to nejen rozvoj a pokrok v medicíně, ale i v ošetrovatelství. Současné ošetrovatelství od sestry očekává, že je uznávaným odborníkem v oblasti svého samostatného působení, ale je i na určité úrovni vzdělání. Je tedy nutné, aby si sestry udržovaly vysokou úroveň odbornosti celoživotně, aby se dále vzdělávaly. Vzdělávání ve zdravotnictví je dnes chápáno jako celoživotní proces neustálého, osobnostního, sociálního a profesionálního rozvoje. Veškeré vzdělávání probíhá podle potřebné legislativy. Legislativní úpravy jsou ve prospěch profese a zajišťují jak úroveň péče, tak její kontrolu (Staňková, 2002).

Zdravotnictví ve vyspělých zemích, včetně České republiky, prochází významnými změnami. Sestry jsou stále častěji považovány za základní zdroj a východisko většiny strategií pro reformy ve zdravotnictví, představují nejpočetnější skupinu zdravotnického personálu v Evropském regionu Světové zdravotnické organizace (WHO), a jejich práce podstatnou měrou přispívá k plnění cílů, jež si členské státy stanovily pro zdraví celé populace v 21. století. Jen málo povolání prošlo v relativně krátkém časovém údobí tolika zásadními změnami jako profese sestry. Role sestry prodělala velmi složitý vývoj v minulosti, a ještě výraznější měrou se mění i dnes. Mění se profesionální i právní postavení sestry, mění se požadavky na vzdělání, pracovní podmínky apod. Na jedné straně jsou na profesi sestry kladeny stále větší

nároky na zvyšování specializací, na straně druhé je nutné udržet holistický přístup v ošetrovatelství. Tradičně byla sestra považována za člena týmu, který poskytuje základní (fyzickou) péči pacientům. Nová pojetí medicíny však kladou na roli sestry stále nové a nové úkoly a stejně tak se stále rozšiřuje její míra odpovědnosti. Tyto změny vycházejí z orientace profesní činnosti sester na celek lidského zdraví a opírají se o vědecké poznatky společenských věd, aplikované psychologie, sociologie, ošetrovatelství apod. Do popředí se dostávají činnosti, které mají bezprostřední vztah k psychické pomoci, kterou sestra poskytuje pacientovi při zdolávání nemoci, stále větší úlohu hrají úkony spojené s funkcí vychovatele a konečně činnosti spojené s odbornou funkcí ošetrovatelské péče (Bártlová, 2006).

V materiálech Světové zdravotnické organizace (WHO) je věnována pozornost problematice ošetrovatelství, postavení sestry v systému zdravotnické péče a rovněž zde jedno značně zaznívá požadavek na profesionalizaci sestry. Také v ČR je častá frekvence pojmů „profesionální ošetrovatelství“ a „profesionální ošetřování“ (Bártlová, 2006).

Vzhledem k měnící se náplni práce sester a stoupajícím nárokům na jejich kompetence je ve světě věnována velká pozornost systému vzdělávání této profesní skupiny. Definice odborné způsobilosti, z níž kompetence vycházejí, je stanovena podle Mezinárodní rady sester (ICN) takto: „úroveň práce, v níž se projevuje účinné

používání znalostí, dovedností a úsudku“ (Alexander, Runciman, 2003, s. 8). Sestry musí být vzdělávány a školeny tak, aby byly schopny postavit se novým výzvám, jež na ně kladou nové požadavky na zdravotní osvětu a prevenci chorob, rozvoj komunit, práci v multidisciplinárních týmech, na snahu přenést poskytování zdravotní péče blíže lidem a na rovnost přístupu k péči. Této problematice se věnuje řada mezinárodních organizací, např. Mezinárodní rada sester, Světová zdravotnická organizace, Evropská Unie, která nejen usiluje o vysokou kvalitu ošetrovatelské péče v členských zemích, ale chce poskytnout sestrám možnost volného pohybu v rámci pracovního uplatnění. K tomu je nezbytné, aby všechny zúčastněné země poskytovaly jednotnou úroveň odborné přípravy této jedné z největších systematicky vzdělávaných profesních skupin (Strategické dokumenty, 2002).

Rada Evropy vypracovala základní směrnice pro jednotnou kvalifikaci a vzdělávání sester, které vznikly na základě společné dohody několika evropských zemí. Program Evropské ústředny WHO nazvaný Evropská strategie pro vzdělávání všeobecných sester a porodních asistentek, který byl přijat evropskými členskými zeměmi v roce 2000, definuje nové a náročné úkoly sester na počátku druhého tisíciletí a vymezuje základní principy kvalifikace sester včetně charakteristiky škol. Strategie vyjadřuje vývojové trendy ve vzdělávání sester, které odrážejí nároky současné ošetrovatelské praxe, a které je třeba všemi členskými zeměmi, včetně ČR, akceptovat. Ministerstvo zdravotnictví ČR uvedený dokument taktéž přijalo (Strategické dokumenty, 2002).

Program Strategie WHO zdůrazňuje, že ošetrovatelské vzdělávání je orientováno na podporu a udržování zdraví, na individuální holistickou péči o nemocné, že centrem vzdělávání sester a je zdravý či nemocný jedinec, jeho rodina, partner, sociální skupina a komunita. Obsah ošetrovatelského vzdělání má být multiprofesní a interdisciplinární, aby zajišťoval účelnou týmovou spolupráci. Minimální akademická úroveň požadované kvalifikace musí být vysokoškolská na úrovni bakaláře. Délka studijního programu musí být dostatečně dlouhá, tak, aby budoucí sestry mohly získat specifické profesní kompetence (Strategické dokumenty, 2002).

Česká republika musí jako člen EU dodržovat a akceptovat standardy pro vzdělávání sester. Jsou stanoveny minimální standardy pro obsah profesního vzdělání u tzv. regulovaných profesí, kam spadají i sestry. Výsledkem profesního vzdělání jsou pak požadované kompetence a získání nezbytné licence pro výkon povolání. Základem profesionálních kompetencí je plnění určitého odborného úkolu. Odborným úkolem profesionální ošetrovatelské péče je zajištění a uspokojování potřeb klienta. Vlastní kompetence jsou chápány jako kombinace znalostí se schopností jejich využití v konkrétní situaci v praxi. Ošetrovatelské kompetence zahrnují postoje, teoretické a praktické dovednosti, které si sestra osvojila. Během svého vzdělávání by si sestry měly osvojit kompetence ve všech komponentách:

- teoreticko-analytické kompetence,
- praktické kompetence,

- učební kompetence,
- sociální kompetence,
- profesionální etické kompetence.

Nová koncepce vzdělávání v ošetrovatelství v souladu se strategií EU zohledňuje celosvětový trend, který představuje hlubokou změnu v pojetí ošetrovatelské praxe i nový způsob profesionální přípravy sester pro institucionalizovanou a individualizovanou ošetrovatelskou péči. V modelu zemí EU jsou s tímto trendem spojeny i určité požadavky na proměnu celé hierarchie zdravotnického systému (Bártlová, 2006).

V ČR na základ dochází k podstatným změnám v oblasti pregraduálního a postgraduálního vzdělávání sester tak, aby bylo v souladu s direktivami a doporučením EU. V praxi to znamená postupný přechod k vysokoškolskému typu vzdělávání a povinnosti celoživotního vzdělávání. Pod pojmem vysokoškolské vzdělání sester v ČR rozumíme bakalářské studium vedoucí k získání způsobilosti, bakalářské rozšiřující studium pro již kvalifikované sestry a navazující studium magisterské i doktorandské (Bártlová, 2006).

Zásadní změna ve vzdělávání sester u nás nastala přijetím zákona č.96/2004 Sb., novelizace 22. 4. 2011 vzniká nový zákon č. 105/2011 Sb. o nelékařských zdravotnických povoláních, příslušných vyhlášek a nařízení vlády. Odborná způsobilost k výkonu povolání všeobecné sestry se získává absolvováním akreditovaného zdravotnického bakalářského studijního oboru pro přípravu všeobecných sester. Toto studium trvá tři roky a zahrnuje 4600 hodin odborné

výuky, která je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Postkvalifikační studium se aktivuje jako vysokoškolské magisterské studium ve studijním programu ošetrovatelství, anebo se může aktivovat jako specializační studium, nebo certifikovaný kurz. Celoživotní vzdělávání je povinné pro všechny zdravotní pracovníky a plnění této povinnosti se prokazuje na základě kreditního systému. Motivace sester k celoživotnímu vzdělávání může směřovat k vlastní osobě. Cílem je potřeba poznat sebe sama, rozvíjet a rozšiřovat si odborný přehled, potřeba být vzdělaný, udržet krok se změnami doby, získat sebedůvěru, sebeúctu. Přístup k celoživotnímu vzdělávání může ovlivnit ještě celá řada dalších faktorů, například možnost osobního růstu, pracovní postup, získání funkčního místa, pracovní prostředí a podmínky, vztahy se spolupracovníky. Kreditní systém slouží pro zápočet k vydání osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu. Výši kreditních bodů za konkrétní vzdělávací aktivitu stanovuje vyhláška č. 321/2008 Sb., kterou se stanoví kreditní systém pro vydání osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez přímého vedení nebo odborného dohledu zdravotnických pracovníků. Osvědčení vydává Ministerstvo zdravotnictví na dobu 10 let. Specializační vzdělávání je koncipováno modulově a je rozděleno do tří období. V první době je nutné absolvovat modul základní, ve druhé době modul odborný a do třetí doby spadá modul speciální. Celková délka vzdělávacího programu pro získání specializované způsobilosti je stanovena minimálně na 36 měsíců, z čehož 12 měsíců po zařazení do studia pracuje studující v úseku práce,

ve kterém se specializuje (Sbírka předpisů, vyhláška 321, 2008; Sbírka předpisů, zákon 105, 2011).

Ošetrovatelská praxe prochází změnami, které jsou výsledkem transformace zdravotnictví a profesionální přípravy. Sestry se nacházejí na důležité historické křižovatce. Na jedné straně stojí zmatek, chaos a na druhé straně nesmírné příležitosti i možností pro sestry. Nové století bude patřit sestře špičkové úrovni, která umí kriticky myslet, má všestranný přehled, dokáže stmelit pracovní kolektiv tak, aby odváděl precizní práci na všech úsecích. Porozumí pacientům po všech stránkách a dovede se vzít do psychiky pacientů. Ovládne své osobní emoce, bude do své práce přenášet stále nové a modernější prvky své specializace, neustále se vzdělávat a dokáže aktivně plánovat svou budoucnost. Skutečně vyškolené kvalitní sestry, které půjdou ruku v ruce s lékařem a vrchní sestrou, budou nejen zvyšovat prestiž na pracovišti, ale budou vyhledávány samotnými pacienty, o které nám jde především, je tedy úkol nelehký a složitý. Na druhé straně je otázka vedoucích pracovníků jednotlivých oddělení, jak se chopí své role a budou se snažit všemi dostupnými prostředky vytvořit vhodné podmínky pro rozvoj sester (Škrla, Škrlová, 2003).

METODOLOGIE A METODY VÝZKUMU

Námi zkoumaným vzorkem byly sestry pracující na pozicích vrchních sester, staničních sester, sester na ambulancích a sester pracujících u lůžka. Výzkumná data jsme získali v Nemocnici Jihlava a Nemocnici Havlíčkův Brod. Pro

získání dat byla použita dotazníková technika sběru dat. Vzhledem k obavám z nízké návratnosti dotazníků jsem před jejich rozdělením kontaktovala vrchní a staniční sestry jednotlivých oddělení a řešila distribuci dotazníku za jejich asistence. Na základě jejich kladného vyjádření jsem předpokládala vyšší návratnost, která se potvrdila. Zdůrazněna byla anonymita a časově neomezené vyplňování dotazníku. Na oddělení byly vyplněné dotazníky vhažovány do předem připravené schránky. Byli jsme velmi překvapeni ochotou sester zúčastnit se výzkumu. Celkem bylo zařazeno do výzkumu 495 sester.

Výzkumná data potřebná k testování stanovené hypotézy jsme pro přehlednost uspořádali do tabulek nebo grafů.

Při matematickém zpracování výsledků jsme při výpočtech průměrů, sumárních součtů, procent a rozdílů, použili základní matematické algebraické metody. Při výpočtech a formulaci jednotlivých vzorců jsme použili funkce Rovnice a Vložit funkci, které jsou součástí tabulkového procesoru Excel v programu Microsoft Office Professional Plus 2010 společnosti Microsoft Corporation.

STANOVENÝ CÍL:

Zjistit postoje sester k celoživotnímu vzdělávání

HYPOTÉZA:

Sestry mladší než 30 let považují systém celoživotního vzdělávání sester za přínosný více než sestry starší než 30 let

VÝSLEDKY A DISKUSE

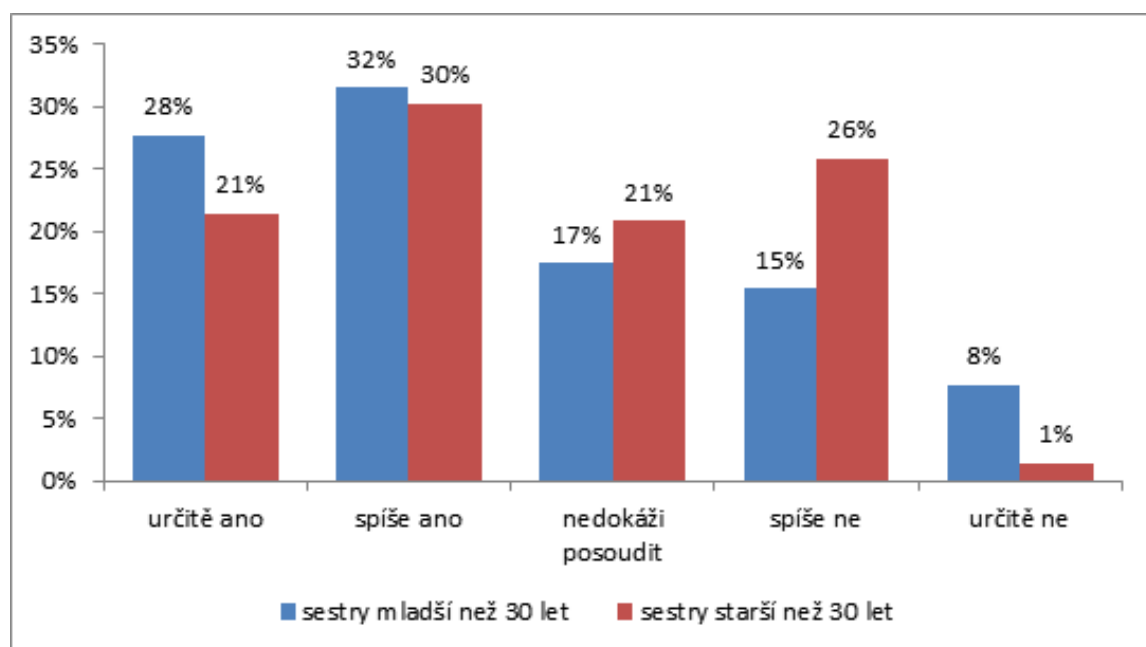
Sestry mladší než 30 let považují systém celoživotního sester za přínosný více než sestry starší než 30 let

Pro ověření platnosti hypotézy H jsme respondentkám v obou vzorcích položili v dotazníku 3 dílčí otázky – otázky 1, 2 a 3.

TESTOVÁNÍ HYPOTÉZY H OTÁZKOU DOTAZNÍKU Č. 1 „MYSLÍTE, ŽE JE DŮLEŽITÉ, ABY SE SESTRA CELOŽIVOTNĚ VZDĚLÁVALA?“

V položce dotazníku číslo 1 měly respondentky možnost výběru odpovědi z variant „určitě ano“, „spíše ano“, „nedokáží to posoudit“, „spíše ne“ a „určitě ne“. Odpovědi respondentek jsou shrnuty v grafu 1.

Graf 1: odpovědi respondentek na otázku „Myslíte, že je důležité, aby se sestra celoživotně vzdělávala?“



Na otázku, zda je důležité, aby se sestra celoživotně vzdělávala, odpovědělo určitě ano 43 sester mladších než 30 let (28 %) a 73 sester starších než 30 let (21 %), spíše ano odpovědělo 49 sester mladších než 30 let (32 %) a 103 sester starších než 30 let (30 %), nedokáží posoudit odpovědělo 27 sester mladších než 30 let (17 %) a 71 sester starších než 30 let (21 %), spíše ne odpovědělo 24 sester mladších než 30 let (15 %) a 88 sester starších než 30 let (26 %) a určitě ne odpovědělo 12 sester mladších než 30 let (8 %) a 5 sester starších než 30 let (1 %).

Prosté matematické srovnání relativních četností v porovnávaných vzorcích ukázalo, že otázka č. 1 naši hypotézu H potvrdila (celoživotní vzdělávání považovalo za prospěšné 60 % sester mladších než 30 let v porovnání s 51 % sester starších než 30 let). Pro ověření toho, zda je tento rozdíl statisticky významný, jsme provedli jeho statistické testování.

STATISTICKÉ TESTOVÁNÍ HYPOTÉZY H OTÁZKOU Č. 1 FORMULACE NULOVÉ A ALTERNATIVNÍ HYPOTÉZY

Pro potřeby statistického testování jsme si stanovili nulovou a alternativní hypotézu následovně:

H_0 : Sestry mladší než 30 let považují systém celoživotního sester za přínosný stejně jako sestry starší než 30 let

H_1 : Sestry mladší než 30 let považují systém celoživotního sester za přínosný více než sestry starší než 30 let

ZVOLENÍ PŘIJATELNÉ ÚROVNĚ CHYBY ROZHODOVÁNÍ

Vzhledem k povaze námi provedeného výzkumu, kdy jsme dotazníkovou metodou zjišťovali subjektivní názory respondentek, jsme si zvolili jako plně dostatečnou hladinu významnosti $\alpha = 0,05$, tedy 5%.

VÝPOČET TESTOVACÍ STATISTIKY

Vzhledem k povaze námi testovaných dat, tedy porovnávání dvou relativních četností, jsme se rozhodli použít testování rozdílu četností pomocí asymptoticky platné procedury.

a) výpočet směrodatné odchylky

$$s_{(p_1-p_2)} = \sqrt{\frac{0,60(1-0,60)}{155} + \frac{0,51(1-0,51)}{340}} = 0,047$$

b) výpočet intervalu spolehlivosti

$$(p_1 - p_2) \in (0,60 - 0,51 - 1,960 * 0,047; 0,60 - 0,51 + 1,960 * 0,047) = \\ = (0,00; 0,18)$$

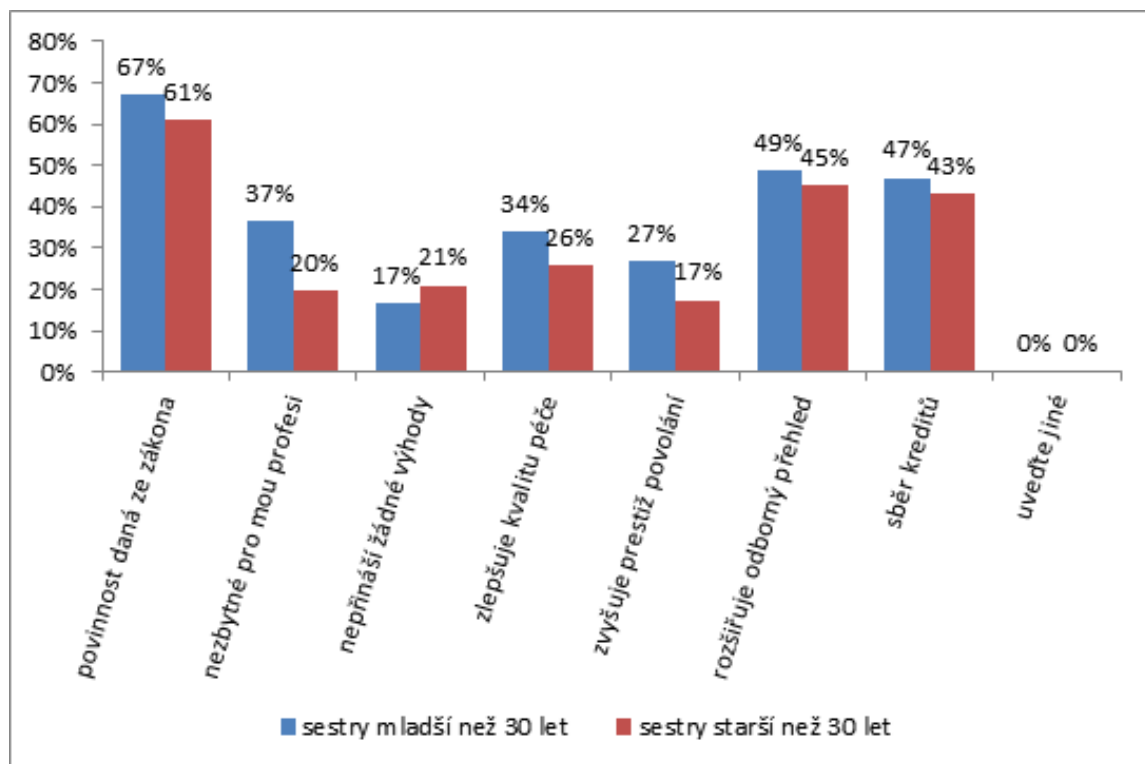
Vzhledem k tomu, že interval spolehlivosti nepokrýval nulu, mohli jsme na hladině významnosti $\alpha = 0,05$ nulovou hypotézu zamítnout a přijmout alternativní hypotézu.

Hypotéza H „Sestry mladší než 30 let považují systém celoživotního sester za přínosný více než sestry starší než 30 let“ se tedy **otázkou č. 1 potvrdila**.

TESTOVÁNÍ HYPOTÉZY H OTÁZKOU DOTAZNÍKU Č. 2 „JAKÝ JE VÁŠ NÁZOR NA CELOŽIVOTNÍ VZDĚLÁVÁNÍ SESTER?“

V položce dotazníku číslo 2 měly respondentky možnost výběru odpovědi z variant „povinnost daná ze zákona“, „nezbytné pro mou profesi“, „nepřináší žádné výhody“, „zlepšuje kvalitu poskytované péče“, „zvyšuje prestiž povolání“, „rozšiřuje odborný přehled“, „sběr kreditů“ a „uveďte jiné“. Respondentky mohly označit více možností. Odpovědi respondentek obou porovnávaných vzorků jsou shrnuty v grafu 2.

Graf 2: odpovědi respondentek na otázku „Jaký je Váš názor na celoživotní vzdělávání sester?“



Na otázku, jaký mají názor na celoživotní vzdělávání, zvolilo variantu „povinnost daná ze zákona“ 77 sester mladších než 30 let (67 %) a 207 sester starších než 30 let (61 %), variantu „nezbytné pro mou profesi“ zvolilo 42 sester mladších než 30 let (37 %) a 67

sester starších než 30 let (20 %), variantu „nepřináší žádné výhody“ zvolilo 19 sester mladších než 30 let (17 %) a 71 sester starších než 30 let (21 %), variantu „zlepšuje kvalitu péče“ zvolilo 39 sester mladších než 30 let (34 %) a 88 sester starších než 30 let (26 %), variantu „zvyšuje prestiž povolání“ zvolilo 31 sester mladších než 30 let (27 %) a 59 sester starších než 30 let (17 %), variantu „rozšiřuje odborný přehled“ zvolilo 56 sester mladších než 30 let (49 %) a 153 sester starších než 30 let (45 %), variantu „sběr kreditů“ zvolilo 54 sester mladších než 30 let (47 %) a 146 sester starších než 30 let (43 %) a variantu „uved'te jiné“ nezvolila žádná respondentka v obou porovnávaných skupinách.

Prosté matematické srovnání relativních četností pozitivních odpovědí v porovnávaných vzorcích ukázalo, že otázka č. 2 naši hypotézu H potvrdila (odpovědi vyjadřující pozitivní postoj k celoživotnímu vzdělávání zvolilo 53 % sester mladších než 30 let v porovnání se 46 % sester starších než 30 let). Pro ověření toho, zda je tento rozdíl statisticky významný, jsme provedli jeho statistické testování.

STATISTICKÉ TESTOVÁNÍ HYPOTÉZY H OTÁZKOU Č. 2 FORMULACE NULOVÉ A ALTERNATIVNÍ HYPOTÉZY

Pro potřeby statistického testování jsme si stanovili nulovou a alternativní hypotézu následovně:

H_0 : Sestry mladší než 30 let považují systém celoživotního sester za přínosný stejně jako sestry starší než 30 let

H_1 : Sestry mladší než 30 let považují systém celoživotního sester za přínosný více než sestry starší než 30 let

ZVOLENÍ PŘIJATELNÉ ÚROVNĚ CHYBY ROZHODOVÁNÍ

Vzhledem k povaze námi provedeného výzkumu, kdy jsme dotazníkovou metodou zjišťovali subjektivní názory respondentek, jsme si zvolili jako plně dostatečnou hladinu významnosti $\alpha = 0,05$, tedy 5%.

VÝPOČET TESTOVACÍ STATISTIKY

Vzhledem k povaze námi testovaných dat, tedy porovnávání dvou relativních četností, jsme se rozhodli použít testování rozdílů četností pomocí asymptoticky platné procedury.

a) výpočet směrodatné odchylky

$$s_{(p_1-p_2)} = \sqrt{\frac{0,53(1-0,53)}{318} + \frac{0,46(1-0,46)}{791}} = 0,033$$

b) výpočet intervalu spolehlivosti

$$(p_1 - p_2) \in (0,53 - 0,46 - 1,960 * 0,033; 0,53 - 0,46 + 1,960 * 0,033) = \\ = (0,01; 0,13)$$

SROVNÁNÍ EMPIRICKY ZJIŠTĚNÉ HODNOTY S INTERVALEM SPOLEHLIVOSTI

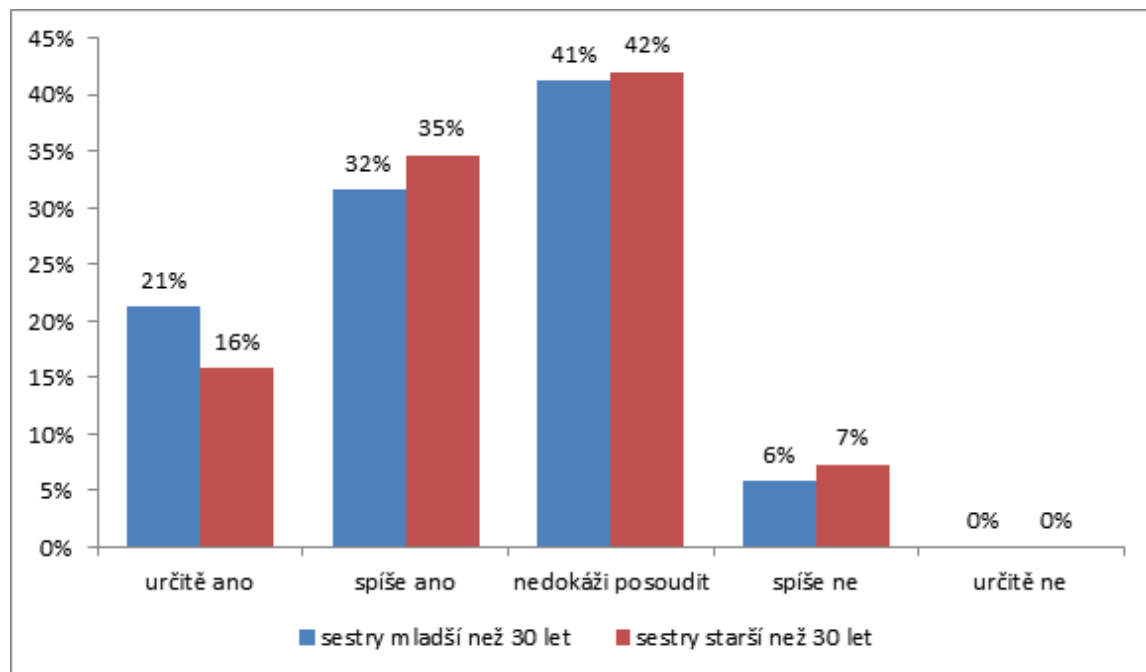
Vzhledem k tomu, že interval spolehlivosti nepokrýval nulu, mohli jsme na hladině významnosti $\alpha = 0,05$ nulovou hypotézu zamítnout a přijmout alternativní hypotézu.

Hypotéza H „Sestry mladší než 30 let považují systém celoživotního sester za přínosný více než sestry starší než 30 let“ se tedy **otázkou č. 2 potvrdila**.

TESTOVÁNÍ HYPOTÉZY H OTÁZKOU DOTAZNÍKU Č. 3 „KDYBY NEBYL ZAVEDEN KREDITNÍ SYSTÉM VZDĚLÁVAL/A BYSTE SE?“

V položce dotazníku číslo 3 měly respondentky možnost výběru odpovědi z variant „určitě ano“, „spíše ano“, „nedokáži to posoudit“, „spíše ne“ a „určitě ne“. Odpovědi respondentek jsou shrnuty v grafu 3.

Graf 3: odpovědi respondentek na otázku „Kdyby nebyl zaveden kreditní systém vzdělával/a byste se?“



Na otázku, zda by se sestry vzdělávaly, kdyby nebyl zaveden kreditní systém, odpovědělo určitě ano 33 sester mladších než 30 let (21 %) a 54 sester starších než 30 let (16 %), spíše ano odpovědělo 49 sester mladších než 30 let (32 %) a 118 sester starších než 30 let (35 %), nedokáží posoudit odpovědělo 64 sester mladších než 30 let (41 %) a 143 sester starších než 30 let (42 %), spíše ne odpovědělo 9 sester mladších než 30 let (6 %) a 25 sester starších než 30 let (7 %) a určitě ne neodpověděla žádná sestra v obou porovnávaných skupinách.

Prosté matematické srovnání relativních četností v porovnávaných vzorcích ukázalo, že otázka č. 3 naši hypotézu H potvrdila (že by se určitě nebo spíše vzdělávaly, uvedlo 53 % sester mladších než 30 let v porovnání s 51 % sester starších než 30 let). Pro ověření toho, zda je tento rozdíl statisticky významný, jsme provedli jeho statistické testování.

STATISTICKÉ TESTOVÁNÍ HYPOTÉZY H OTÁZKOU Č. 3 FORMULACE NULOVÉ A ALTERNATIVNÍ HYPOTÉZY

Pro potřeby statistického testování jsme si stanovili nulovou a alternativní hypotézu následovně:

H_0 : Sestry mladší než 30 let považují systém celoživotního sester za přínosný stejně jako sestry starší než 30 let

H_1 : Sestry mladší než 30 let považují systém celoživotního sester za přínosný více než sestry starší než 30 let

ZVOLENÍ PŘIJATELNÉ ÚROVNĚ CHYBY ROZHODOVÁNÍ

Vzhledem k povaze námi provedeného výzkumu, kdy jsme dotazníkovou metodou zjišťovali subjektivní názory respondentek, jsme si zvolili jako plně dostatečnou hladinu významnosti $\alpha = 0,05$, tedy 5%.

VÝPOČET TESTOVACÍ STATISTIKY

Vzhledem k povaze námi testovaných dat, tedy porovnávání dvou relativních četností, jsme se rozhodli použít testování rozdílů četností pomocí asymptoticky platné procedury.

a) výpočet směrodatné odchylky

$$s_{(p_1-p_2)} = \sqrt{\frac{0,53(1-0,53)}{155} + \frac{0,51(1-0,51)}{340}} = 0,048$$

b) výpočet intervalu spolehlivosti

$$(p_1 - p_2) \in (0,53 - 0,51 - 1,960 * 0,048; 0,53 - 0,51 + 1,960 * 0,048) = \\ = (-0,07; 0,11)$$

SROVNÁNÍ EMPIRICKY ZJIŠTĚNÉ HODNOTY S INTERVALEM SPOLEHLIVOSTI

Vzhledem k tomu, že interval spolehlivosti pokrýval nulu, mohli jsme na hladině významnosti $\alpha = 0,05$ nulovou hypotézu přijmout a zamítnout alternativní hypotézu. **Hypotéza H** „Sestry mladší než 30 let považují systém celoživotního sester za přínosný více než sestry starší než 30 let“ se tedy **otázkou č. 3 nepotvrdila**.

DISKUSE

Sestry mladší než 30 let považují systém celoživotního sester za „přínosný více než sestry starší než 30 let“, se našim výzkumem se našim výzkumem částečně potvrdila. Při testování byla potvrzena otázkami č. 1 a 2, ale nebyla potvrzena otázkou 3. U všech tří testovaných otázek bylo sice zjištěno, že mladší sestry považují systém celoživotního vzdělávání sester za přínosný více než starší sestry, ale rozdíl zjištěný u otázky 3 byl při statistickém testování vyhodnocen jako statisticky nevýznamný. Starší sestry obecně hodnotí současný systém vzdělávání a celoživotní vzdělávání negativně. Celoživotní vzdělávání v mnoha případech přešlo do situace, že sestry musí za 10 let nasbírat 40 kreditů a tak absolvují pasivně občas nějakou konferenci nebo seminář, ale nevidí v tom žádný přínos. Je to dáno i nízkou motivací sester se vzdělávat. Hlavní roli sehrává i finanční stránka,

protože si konferenční poplatky a cestovné musí hradit samy, bez nároku na úhradu zaměstnavatelem a ještě si čerpají vlastní volno. Pokud by byla pozitivní motivace ze stran zaměstnavatele, tak by se změnil i přístup sester se vzdělávat. K podobnému závěru dospěl i Nolan, který nezjistil žádnou významnou závislost mezi věkem sester a postojem k celoživotnímu vzdělávání. Zjistil pouze rozdíly v postojích k celoživotnímu vzdělávání mezi sestrami na základních funkcích a sestrami ve vedoucích funkcích (2000). Ani Danielson a Berntsson nezjistili při výzkumu postojů sester ke vzdělávání žádné významné rozdíly mezi sestrami různých věkových skupin (2007). Yfantis došel také k podobným závěrům, ale zjistil, že sestry udávají velké problémy při přístupu k dalšímu vzdělávání – ačkoli 82 % sester hodnotilo kontinuální vzdělávání jako prospěšné pro jejich práci, 83 % z nich uvedlo, že mají značné problémy s účastí v těchto vzdělávacích programech (2010). I když se naše hypotéza částečně potvrdila, nepovažujeme námi zjištěné údaje za uspokojivé – za určitě nebo spíše přínosné považovalo celoživotní vzdělávání pouze 52 % dotazovaných sester a 39 % z nich uvedlo, že to nedokáží posoudit.

Motivovat sestry k celoživotnímu vzdělávání, protože tam, kde je člověk angažovaný a aktivní v profesním výkonu, je ochoten investovat čas a námahu do vzdělávání. Především zvyšovat jejich motivaci, měnit jejich postoje a otevřenost a tím účelně využívat jejich potenciálu.

ZÁVĚR

Náš výzkum, ve kterém na otázky v dotazníku odpovídalo 495 sester ze dvou nemocnic na Vysočině, měl za cíl zjistit postoj sester k celoživotnímu vzdělávání, cíl byl splněn. Více jak polovina sester ve zkoumaném vzorku vnímá celoživotní vzdělávání za spíše přínosné, což je velmi uspokojujivý výsledek. Byla by vhodná motivace ze strany zaměstnavatele a poté by se ještě zvýšila ochota sester se vzdělávat. Nyní dávají přednost spíše pasivní účasti na konferencích, aby splnily doložit požadované kredity do registrace sester, a nenutí je to aktivně se zapojovat do vzdělávání.

LITERATURA

- [1] ALEXANDER, M. F. – RUNCIMAN, J. P. 2003. *Struktura kompetencí všeobecné sestry podle ICN*. Přel. Dobrovodská, L. a Tesáčková, M. 1. Vyd. Brno: NCO NZO, 2003. 57 s. ISBN 80 7013-392-9.
- [2] BÁRTLOVÁ, S. 2006. *Vzdělávání a profesionalizace sester v ČR*. Florence, 2006. Roč. 2., č. 1. S. 53-54. ISSN 1801-464X.
- [3] BÁRTLOVÁ, S. 2006. *Zdravotnictví v České republice*. Praha: 2006. Roč. 9, č. 4, 166-169s. ISSN 1213-6050.
- [4] DANIELSON, E – BERNTSSON L. 2007. *Nurse Education Today*. Nov;27(8):900-8. ISSN: 0260-6917.
- [5] NOLAN, M. – OWEN, R. – CURRAN, M. – VENABLES A. 2000. *Reconceptualising the outcomes of Continuing Professional Development*. International Journal of Nursing Sciences. 2000. 37(5):457-67. ISSN 2167-7441.
- [6] SBÍRKA PŘEDPISŮ ČESKÉ REPUBLIKY. 2011. *Zákon č. 105/2011 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů*, 2011. [online]. Dostupné z internetu: <http://komorazt.cz/wp-content/uploads/2011/04/105-2011.pdf>
- [7] SBÍRKA PŘEDPISŮ ČESKÉ REPUBLIKY. 2008. *Vyhláška č. 321/ 2008 Sb., kterou se stanoví kreditní systém pro vydání osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez přímého vedení nebo odborného dohledu zdravotnických pracovníků*, 2008. [online]. Dostupné z internetu: www.utb.cz/file/20040_1_1/.
- [8] STAŇKOVÁ, M. 2002. *Na mnohá zlepšení ošetrovatelské péče nepotřebujeme peníze*. Sestra. Praha: 2002, roč. XII, č. 11, 6 s. ISSN 1210-0404.
- [9] STRATEGICKÉ DOKUMENTY PRO VŠEOBECNÉ SESTRY A PORODNÍ ASISTENTKY. 2002. 1. Vyd. Praha: Ministerstvo zdravotnictví, 2002. 271 s. ISBN 80-85047-21-7.
- [10] ŠKRLA, P. – ŠKRLOVÁ, M. 2003. *Kreativní ošetrovatelský management*. Praha: Advent- Orion, 2003. 485 s. ISBN 80-7172-841-1.
- [11] YFANTIS, A. – TINIAKOU, I – YFANTI, E. 2010. *Nurses' attitudes regarding Continuing Professional Development in a district hospital of Greece*. Health Science Journal. Vol. 4 Issue 3, p. 193-200. ISSN 1108-7366.

NURSES ATTITUDE TO LIFELONG LEARNING



KONTAKTNÍ ÚDAJE:

PhDr. Lenka Görnerová
Vysoká škola polytechnická Jihlava,
katedra zdravotnických studií
Tolstého 16
586 01 Jihlava
E-mail: lenka.gornerova@vspj.cz

ABSTRACT

Theoretical background: With the development of nursing there is gradually changing the role of nurse. It is necessitated not only by the development and progress in medicine but also in nursing. Current nursing expects nurse to be a respected expert in her independent activities but also to have a certain level of education. It is therefore necessary for the nurse to maintain a high level of expertise and to educate during her professional life. Education in Health is now seen as a lifelong process of continuous, personal, social and professional development. Every level of education is regulated by law.

Objective: To determine the attitude of nurses to lifelong learning.

Methods: Our research sample were nurses working in positions of head nurses, station nurses, ambulance nurses and bedside nurses. Research data were collected in hospitals Jihlava and Havlickuv Brod. To obtain the data a questionnaire was used as data collection technique. 495 nurses took part in our research.

Results: In all three test questions we indeed found that younger nurses consider the system of lifelong education of nurses as more beneficial than older nurses but the difference detected in question 3 was in statistical testing evaluated as statistically insignificant. Older nurses generally assess the current system of education and lifelong learning negatively. Lifelong learning, in many cases, moved into a situation that nurses must every 10 years earn 40 credits to graduate, usually by passive participation in a conference or seminar, but they do not see any benefit in it.

Conclusion: More than half of surveyed nurses perceive the lifelong learning as rather valuable, which is a very satisfactory result. There would be appropriate a motivation from the side of the employer, which could increase the willingness of nurses to educate.

KEYWORDS:

nurse, education, lifelong learning



LOGOS POLYTECHNIKOS

Odborný recenzovaný časopis Vysoké školy polytechnické Jihlava, který svým obsahem reflektuje zaměření studijních programů VŠPJ. Tematicky je zaměřen do oblastí společenskovedních a technických.

Časopis vychází 4x ročně

Náklad 58 výtisků

Šéfredaktor: doc. Dr. Ing. Jan Voráček, CSc.

Odpovědný redaktor tohoto čísla:

PhDr. Vlasta Dvořáková, PhD.

Editor: Mgr. Alena Šetková (komunikace s autory a recenzenty)

Technické zpracování: Lukáš Mikula

Web editor: Mgr. Alena Šetková

Redakční rada:

doc. PhDr. Ladislav Benyovszky, CSc., prof. PhDr. Ivan Blecha, CSc.,
doc. Mgr. Ing. Martin Dlouhý, Dr., prof. Ing. Tomáš Dostál, DrSc., Ing. Jiří Dušek, Ph.D.,
Ing. Veronika Hedija, Ph.D., doc. PhDr. Martin Hemelík, CSc., prof. RNDr. Ivan Holoubek,
CSc., Mgr. Petr Chládek, Ph.D., prof. PhDr. Ivo Jirásek, Ph.D., prof. Ing. Bohumil Minařík,
CSc., doc. PhDr. Ján Pavlík, doc. PhDr. Karel Pstružina, CSc., prof. MUDr. Aleš Roztočil,
CSc., prof. Ing. Jan Váchal, CSc., doc. Ing. Libor Žídek, Ph.D.

Pokyny pro autory a deklarovaná forma příspěvků jsou dostupné na

<https://www.vspj.cz/tvurci-cinnost-a-projekty/casopisy-vspj/logos-polytechnikos>

Zasílání příspěvků

Redakce přijímá příspěvky v českém, slovenském a anglickém jazyce elektronicky
na adrese logos@vspj.cz

Adresa redakce:

Vysoká škola polytechnická Jihlava, Tolstého 16, 586 01 Jihlava

Distribuce: časopis je dostupný v elektronické podobě na webových stránkách VŠPJ.

V omezeném množství jej lze vyžádat zdarma na adrese redakce.

Vytiskl: AMAPRINT-Kerndl s.r.o., Třebíč

Vydání: březen 2016

© Vysoká škola polytechnická Jihlava

ISSN 1804-3682

Registrace **MK ČR E 19390**

RECENZENTI ČÍSLO 1/2016

Mgr. Radka Červená (Psychiatrická nemocnice Havlíčkův Brod)

Mgr. Jana Číhalová (OA, SZŠ a SOŠS Jihlava)

Mgr. Erika Foltánová (Denný stacionár pre osoby so zdravotným postihnutím, Nitra)

Mgr. Jana Gabrielová, PhD. (Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích)

Mgr. Petra Chymová (Nemocnice Havlíčkův Brod)

Mgr. Zdeňka Knechtová (Masarykova univerzita v Brně)

PhDr. Livia Kollárová, PhD. (Inštitút zdravotníctva a sociálnej práce sv. Ladislava, Nové Zámky)

Mgr. Blanka Krovová (SZŠ a VOŠZ Havlíčkův Brod)

Mgr. Lenka Krupová (Fakultní nemocnice Ostrava)

Mgr. Andrea Letková (SZŠ a VOŠZ Havlíčkův Brod)

PhDr. Bc. Eva Moraučíková, PhD. (Katolícka univerzita v Ružomberku)

PhDr. Janka Moravčíková, PhD. (Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre)

PhDr. Mária Novysedláková, PhD. (Katolícka univerzita v Ružomberku)

Mgr. Kateřina Ratislavová, Ph.D. (Západočeská univerzita v Plzni)

Mgr. David Rezničenko (Nemocnice Havlíčkův Brod)

PhDr. Alica Slamková, PhD. (Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre)

Mgr. Veronika Šimonová (Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre)

PhDr. David Urban, Ph.D. (Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích)

Mgr. Milena Vaňková, Ph.D. (Univerzita Karlova Praha)

Mgr. Hana Vorálková (OA, SZŠ a SOŠS Jihlava)