

2011

ROČNÍK 2

ČÍSLO 1

LOGOS POLYTECHNIKOS

V Š P

J

Vysoká škola
polytechnická
Jihlava

Vážené čtenářky a vážení čtenáři,
do rukou se vám dostává v pořadí již páté vydání časopisu LOGOS POLYTECHNIKOS, tentokrát se zaměřením na obor zdravotnictví a sport. Přijměte naše pozvání na cestu ošetrovatelstvím jako samostatnou vědeckou disciplínou.

Toto číslo obsahuje články zaměřené nejen na ošetrovatelskou péči, ale i články se zaměřením na aktivní vyhledávání a uspokojování biologických, psychických a sociálních potřeb nemocného a zdravého člověka v péči o jeho zdraví.



Florence Nightingale (1820 - 1910)
zakladatelka moderního ošetrovatelství a první ošetrovatelské školy
v r. 1860 v Londýně

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

PhDr. Lada Cetlová, PhD.
vedoucí Katedry zdravotnických studií
Vysoká škola polytechnická Jihlava

CETLOVÁ Lada	
Porucha výživy ve stáří.....	3
DRAHOŠOVÁ Lenka	
Problematika kouření studentů oboru Všeobecná sestra VŠPJ.....	14
DVOŘÁKOVÁ Vlasta	
Vzdělávání porodních asistentek v historii	30
HROZENSKÁ Martina	
Starnutie, staroba a kvalita života (ovplyvňovaná zdravím).....	38
JUHÁSOVÁ Andrea	
Komparácia rizík vyhorenia v profesii zdravotnej sestry a učiteľa.	48
KASANOVÁ Anna, HROZENSKÁ Martina	
Vplyv onkologického ochorenia žien na ich sociálny status	56
KOPÁČIKOVÁ Mária	
Historický pohľad na poskytovanie prenatálnej starostlivosti v regióne Trnavy	67
KRIŠKOVÁ Anna	
Starostlivosť o seniorov, poskytovatelia a aspekt klasifikačných systémov ošetrovateľstva.....	75
STANČIAK Jaroslav, RYŠKOVÁ Viera	
Psychosociálna problematika ošetrovania v onkológii.....	87
ŠTEFÁNIKOVÁ Jana, KOPÁČIKOVÁ Mária	
Prenatálna komunikácia medzi matkou a dieťaťom	96
VÖRÖSOVÁ Gabriela	
NEECHAM škála na posúdenie akútnej zmätenosti sestrou	104
KOPŘIVOVÁ Jitka, ERBENOVÁ Pavla	
Zhodnocení účinnosti komplexního přístupu v terapii osob s nadváhou a obezitou.	116
MACHOVEC Bohumír	
Biologický a kalendářní věk studentů programu “Životní styl seniorů” na U3V při VŠPJ	126

Porucha výživy ve stáří

Lada Cetlová

Katedra zdravotnických studií VŠPJ

Abstrakt

Odborný článek je zaměřen na poruchu výživy, její příčinu, klasifikaci, diagnostiku a osobitě nahlíží na možnosti nutriční podpory pacientů. Autorka v práci prezentuje výsledky analýzy dotazníků zaměřených na zjištění stavu výživy pacientů hospitalizovaných na oddělení dlouhodobě nemocných. Soubor tvořilo celkem 105 respondentů, z tohoto počtu 61 respondentů tvořily ženy a 44 respondentů muži. Výsledky studie jsou analyzovány, interpretovány a graficky dokumentovány prostřednictvím tabulek a grafů.

Klíčová slova:

Malnutrice, Pacient, Výživa

JEL Classification: I19

ÚVOD

Výživa má výrazný vliv na proces stárnutí, a opačně stárnutí ovlivňuje výrazně nutriční potřeby jedince. Zlepšení dietní a nutriční péče o stárnoucí jedince zdravé, a zejména nemocné, podstatně snižuje riziko vzniku a rozvoj četných chronických onemocnění, například degenerativních onemocnění kardiovaskulárního, nervového, svalového a kosterního systému. Velmi významně se uplatňuje vliv výživy i na imunitní děje a sekundárně také na rozvoj nádorových onemocnění. U zdravých jedinců výživa významně ovlivňuje i výkonnost a kvalitu života [Zadák, 2001].

Léčebná výživa významně ovlivňuje strukturu léčebného postupu a napomáhá ke snižování nákladů na medikamentózní léčbu. Rizika nekvalitně poskytnuté léčebné výživy jsou srovnatelná s nekvalifikovaně poskytnutou léčbou (záměna diety, nedostatečná nutriční hodnota). Správnou výživu je třeba vnímat jako rovnocennou součást léčebného procesu. Existuje mnoho argumentů jak medicínských, tak ekonomických, v čem může správná nutriční podpora pomoci

pacientům, zvláště rizikovým, pro které může být podcenění příjmu hodnotné stravy fatální (zejména senioři, dlouhodobě nemocní a pacienti s duševními poruchami) [Starnovská, 2009]. Se stoupajícím věkem dochází v organizmu k fyziologickým změnám, které ovlivňují metabolické procesy ve stáří. Poruchy výživy ve stáří jsou významným problémem. Včasnou diagnostikou malnutrice ve stáří se můžeme vyvarovat zhoršení soběstačnosti a kvality života seniorů, umocnění rizika institucionalizace, prodloužení hospitalizace vzestupem procenta komplikací, zvýšení nákladů na léčbu a mortality geriatrických pacientů.

Malnutrice

Malnutrice je dle ESPEN GUIDELINES 2006 stav výživy, kdy deficit, přebytek (nebo nerovnováha) energie, proteinů a ostatních živin způsobuje měřitelné vedlejší účinky na tkáň nebo formu těla (tvar, velikost, složení), funkce a výsledný klinický stav. K malnutrici dochází, pokud je příjem základních energetických substrátů a bílkovin nižší než jejich potřeba, tzn. buď při sníženém příjmu potravy a neměnicích se potřebách organismu, nebo při normálním příjmu a zvýšených potřebách.

Podle stavu, ve kterém se organismus nachází v době nouze, rozlišujeme dva typy hladovění: prosté a stresové. Příčina prostého hladovění je v dlouhodobém, nedostatečném přísunu živin a energie. Tento typ prosté proteino-energetické malnutrice je nejčastější poruchou výživy u seniorů. Při stresovém hladovění dochází k současnému působení podvýživy a onemocnění, např. akutní infekce, zranění, kombinace více katabolických vlivů.

Zajištění uspokojivého nutričního stavu má význam pro nemocného i pro lékaře. I když malnutrice nemusí ohrožovat nemocného na životě, jejím vlivem se zvyšuje riziko mortality, komplikací a reoperací, zhoršuje se hojení ran, zvyšuje se vnímavost k infekcím, prodlužuje se hospitalizace a zvyšují se náklady na léčbu.

Důsledkem malnutrice je často zhoršení celkového stavu – únava, zhoršení sebeobsluhy a kvality života, deprese; úbytek svalové hmoty, upoutání na lůžko, zhoršené vykašlávání, vznik dekubitů; infekční komplikace – pneumonie, infekce močových cest, dekubitární infekce, abscesy, sepse; pooperační komplikace – zhoršení hojení ran; zhoršený přenos a dostupnost léků – snížená účinnost, zvýšené riziko komplikací, zvýšená morbidita, zvýšená mortalita.

Mezi příčiny malnutrice ve stáří [Jurašková a spol., 2007] patří defekt chrupu, poškození slinných žláz, onemocnění dutiny ústní, jícnu, gastrointestinálního

traktu a jater; užívání četných léků; snížená chuť k jídlu; psychické poruchy – deprese, demence; omezená hybnost; sociální faktory.

V gastrointestinálním traktu je nejčastějším problémem ztráta dentice, pokles tonu horního esofageálního svěrače a jeho opožděná relaxace, snížení motility žaludku a sekrece trávicích šťáv, ochablost bránice, změny střevních klků, častá bakteriální dysbalance, snížená vnímavost receptorů rekta na náplň, snížení tonu svěračů. Pokles hladiny leptinu produkovaného tukovou tkání je signálem pro hypotalamus k zapojení mechanismů snížení příjmu potravy a zvýšení metabolického obrátu.

Pro diagnózu malnutrice je velmi důležitá nutriční anamnéza. Nejvýznamnějším údajem je úbytek hmotnosti za určitý časový úsek. Mezi další údaje patří dietní zvyklosti, například vegetarián, bezlepková dieta, diabetická dieta, vynucené změny diety, bolest břicha, počet a změna charakteru stolice (zácpa nebo průjem), nechutenství a zvracení, množství snědené stravy (resp. změny za časový úsek vynucené chorobou či stavem pacienta).

Fyzikální vyšetření - Výška a hmotnost - pokud lze, je nutné změřit a zejména zvážit pacienta. Nevěřit váze udávané pacientem, ale provést zvážení – váhový index – srovnat s hodnotami odpovídajícími věku a pohlaví. Nejčastěji se používá BMI (body-mass index)

$$\text{BMI} = \text{hmotnost (kg)} / \text{výška (m}^2\text{)}$$

pod 18,5 kachexie, 20-25 normální hodnota, 25-30 nadváha, nad 30 obezita, nad 40 monstrózní obezita.

Orientační stav výživy – kachexie, nadváha, obezita.

Stavba těla – orientační zhodnocení množství svalstva.

Varovné příznaky malnutrice – otoky dolních končetin, padání vlasů, stav kůže, hojení ran, hematomy, známky hypovitaminózy (např. krvácení z dásní, suchá kůže), karence stopových prvků [Kohout, 2004].

Nejčastější komplikace malnutrice

1. Poruchy imunity, bronchopulmonální a močové infekce.
2. Zpomalené hojení ran, infekce rány.
3. Hypoproteinémie, otoky, poruchy transportu hormonů a léků.
4. Zhoršená motilita a zhoršená bariérová funkce střeva, translokace bakterií do krevního oběhu.

5. Úbytek svalstva, svalová slabost – adynamie, slabost dechového svalstva, hypoxie, zvýšený výskyt bronchopulmonálních komplikací.

V pooperačním období stoupá u malnutričních pacientů počet komplikací na 30 %. U těžké proteinokalorické malnutrice stoupá počet pooperačních komplikací na 70 % a z toho mortalita na 25 % [Zadák, 2000].

Nutriční screening slouží k průkazu malnutrice a ke zhodnocení nutričního rizika u pacientů.

Pokud chceme, aby screening malnutrice měl smysl, musí být proveden u všech přijímaných pacientů. Nutriční screening provádí sestra v rámci **ošetrovatelské anamnézy**.

Riziko malnutrice

1. Bez nutnosti intervence (**0 – 3 body**).
2. Riziko malnutrice, nutné vyšetření nutričním terapeutem (**4 – 7 bodů**), od této chvíle je nutriční terapeut v přímém a trvalém kontaktu s pacientem.
3. Jistá malnutrice, nutná nutriční léčba (**8 – 12 bodů**) – sestra informuje ošetřujícího lékaře a nutričního terapeuta, který v případě rizika malnutrice následně vyplní rozšířený dotazník „Vyšetření malnutričních pacientů nutričním terapeutem“. Pacient může dosáhnout 8 bodů nutričního screeningu, i když není v riziku malnutrice, například: nejde zvážit, je ve stresu atd., ale potravu přijímá. V tomto případě se dotazník nevyplňuje.

Je vhodné, když nutriční terapeut každý den včetně víkendů dochází na jednotlivá oddělení za rizikovými pacienty, kde aktuálně upravuje dietu a jednotlivé postupy ve výživě. Vždy vše konzultuje s ošetřujícím lékařem. U dlouhodobě hospitalizovaných se nutriční screening po 7 dnech přehodnocuje. Na některých odděleních, např. interních, odděleních dlouhodobě nemocných, se provádí monitorace množství a kvality snědené stravy za den (např. pacient snědl polovinu porce, ale maso nechal...). Samozřejmostí nutriční intervence je také znalost a kontrola celkových kalorických hodnot jednotlivých dietních režimů.

Do kompetencí nutričního terapeuta spadá i edukace nejen pacienta, ale také jeho rodiny.

Metodika

Cíl práce

Cílem práce bylo ověřit úroveň výživy seniorů hospitalizovaných na oddělení dlouhodobě nemocných standardní screeningovou metodou Mini Nutritional Assessment (MNA).

Hypotéza 1

Předpokládáme, že existuje významná závislost stavu výživy u seniorů hodnoceného dle BMI a stavu výživy seniorů hodnoceného dle testu MNA (Mini Nutritional Assessment).

Cíl hypotézy 1

Ověřit, zda existuje závislost stavu výživy u pacientů hodnoceného dle BMI a dle testu MNA.

Hypotéza 2

Předpokládáme, že minimálně 50 % respondentů bude mít hmotnost v normálním rozmezí, minimálně 5 % respondentů bude mít podvýživu a minimálně 10 % respondentů bude mít známky obezity.

Cíl hypotézy 2

Zjistit, jaká je hmotnost pacientů hospitalizovaných na oddělení dlouhodobě nemocných.

Hypotéza 3

Předpokládáme, že vyšší riziko malnutrice a dehydratace bude u pacientů hospitalizovaných delší dobu na oddělení dlouhodobě nemocných než u pacientů hospitalizovaných kratší čas.

Cíl hypotézy 3

Zjistit, zda se délka hospitalizace podílí na riziku vzniku malnutrice a dehydratace.

Soubor respondentů

Soubor tvořili pacienti hospitalizovaní na oddělení dlouhodobě nemocných v Nemocnici Havlíčkův Brod. Výběr osob nebyl přísně náhodný, ale byl dán ochotou a schopností pacientů spolupracovat na průzkumu. Soubor tvořilo

celkem 105 respondentů, z tohoto počtu 61 respondentů tvořily ženy a 44 respondentů muži.

Použitá metoda

Ke sběru dat byla použita metoda standardizovaného dotazníku Mini Nutritional Assessment (MNA). Původní MNA dotazník byl částečně modifikován a doplněn o otázky vztahující se především k identifikačním údajům pacientů.

Dotazník byl anonymní a jeho vyplnění nebylo časově omezeno. Vzhledem k cílové skupině respondentů a uspořádání dotazníku byl vyplňován za pomoci personálu oddělení dlouhodobě nemocných. Návratnost dotazníku byla vzhledem k tomu, že dotazník zadávali členové personálu oddělení dlouhodobě nemocných 100 % (110 dotazníků). Dva dotazníky byly nečitelně vyplněny, proto byly pro vyhodnocení nepoužitelné. Další tři dotazníky obsahovaly chybu v údajích, a proto také nemohly být použity. K průzkumu bylo tedy použito 105 dotazníků, což je 95,5 % z plánovaného počtu dotazníků.

Výsledky

Všechny výsledky jsou komentovány, zpracovány do grafů a tabulek.

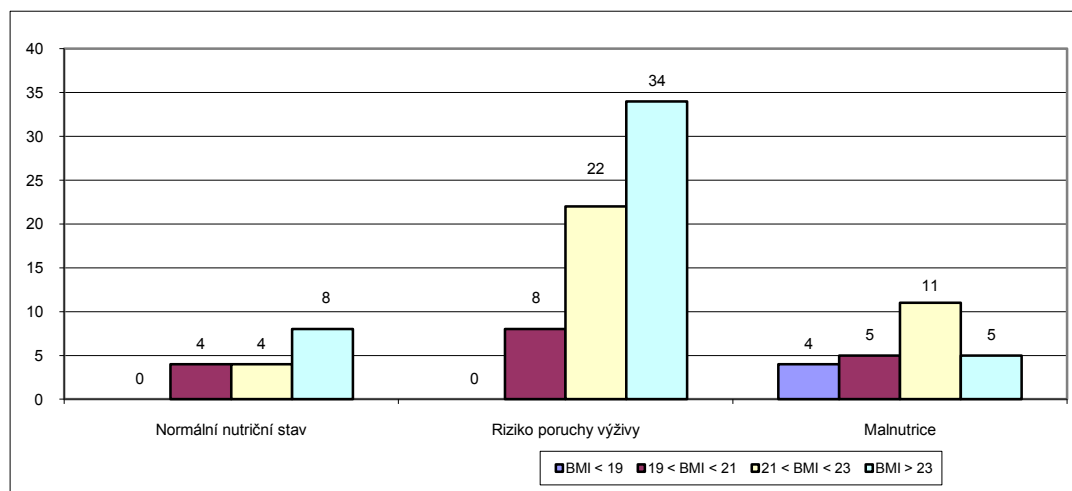
Hypotéza 1

Předpokládáme, že existuje významná závislost stavu výživy u seniorů hodnoceného dle BMI a stavu výživy seniorů hodnoceného dle testu MNA (Mini Nutritional Assessment).

Při porovnávání stavu výživy seniorů podle BMI a podle MNA jsme zjistili, že 16 respondentů (15,2 %) má normální nutriční stav (Tab. 1). Z tohoto počtu nebyl žádný respondent s BMI nižším než 19. Respondenti s BMI v rozmezí 19 – 21 byli 4 (25 %). Rovněž 4 respondenti (25 %) mají BMI v rozmezí 21 – 23 a 8 respondentů (50 %) má BMI vyšší než 23. Ve druhé skupině jsme porovnávali respondenty s rizikem poruchy výživy. Tuto skupinu tvořilo 64 respondentů (61 %). Z tohoto počtu nebyl žádný respondent s BMI nižším než 19. BMI v rozmezí 19 – 21 mělo 8 respondentů (12,5 %). BMI v rozmezí 21 – 23 mělo 22 respondentů (34,4 %) a BMI vyšší než 23 mělo 34 respondentů (53,1 %). Ve třetí skupině jsme porovnávali respondenty s malnutricí. Tuto skupinu tvořilo 25 respondentů (23,8 %). Z tohoto počtu byli 4 respondenti (16 %) s BMI nižším než 19. BMI v rozmezí 19 – 21 mělo 5 respondentů (20 %). BMI v rozmezí 21 – 23 mělo 11 respondentů (44 %) a BMI vyšší než 23 mělo 5 respondentů (20 %).

Tab. 1. Závislost stavu výživy seniorů hodnoceného dle BMI a dle testu MNA

BMI	Normální nutriční stav	Riziko poruchy výživy	Malnutrice
BMI < 19	0	0	4
$19 \leq \text{BMI} < 21$	4	8	5
$21 \leq \text{BMI} < 23$	4	22	11
BMI ≥ 23	8	34	5

Obr. 1. Závislost stavu výživy seniorů hodnoceného dle BMI a dle testu MNA (hodnocené váženým skóre)

První hypotéza se potvrdila. U pacientů s nízkým BMI stoupá riziko poruchy výživy až malnutrice.

Hypotéza 2

Předpokládáme, že minimálně 50 % respondentů bude mít hmotnost v normálním rozmezí, minimálně 5 % respondentů bude mít podvýživu a minimálně 10 % respondentů bude mít známky obezity.

Při porovnávání hmotnosti pacientů dle BMI jsme zjistili, že 3 respondenti (3 %) trpí podvýživou, 72 respondentů (69 %) má normální váhu a 30 respondentů (28 %) je obézních.

Tab. 2. Hmotnost respondentů dle BMI

Podvýživa (BMI pod 18,5)	3	3 %
Normální hmotnost (BMI 20-25)	72	69 %
Obezita (BMI více než 25)	30	28 %

Druhá hypotéza se potvrdila pouze částečně. Normální hmotnost mělo 69 % respondentů (hypotéza potvrzena), podvýživu měla 3 % respondentů (hypotéza nepotvrzena) a 29 % respondentů mělo obezitu (hypotéza potvrzena).

Hypotéza 3

Předpokládáme, že vyšší riziko malnutrice bude u pacientů hospitalizovaných delší dobu na oddělení dlouhodobě nemocných než u pacientů hospitalizovaných kratší čas.

Při délce hospitalizace 1 – 14 dní bylo 80 % respondentů v riziku vzniku poruchy výživy až malnutrice, 20 % respondentů bylo bez rizika vzniku poruchy ve výživě. Při délce hospitalizace 15 – 30 dní bylo 94 % respondentů v riziku vzniku poruchy výživy až malnutrice, 6 % respondentů bylo bez rizika poruchy ve výživě. Při délce hospitalizace 31 – 60 dní bylo 82 % respondentů v riziku vzniku poruchy výživy až malnutrice, 18 % respondentů bylo bez rizika poruchy ve výživě. Při délce hospitalizace 61 – 90 dní bylo 38 % respondentů v riziku vzniku poruchy výživy až malnutrice, 62 % respondentů bylo bez rizika poruchy ve výživě. Při délce hospitalizace 91 a více dní bylo 100 % respondentů v riziku vzniku poruchy výživy až malnutrice, 0 % respondentů bylo bez rizika poruchy ve výživě.

Tab. 3. Riziko vzniku poruchy výživy až malnutrice v závislosti na délce hospitalizace

Délka hospitalizace	1 - 14	15 - 30	31 - 60	61 - 90	91 a více
Riziko ve výživě až malnutrice	80 %	94 %	82 %	38 %	100 %
Bez rizika ve výživě	20 %	6 %	18 %	62 %	0 %

Hypotéza 3 se dle výše uvedených výsledků nepotvrdila. Zjistili jsme, že riziko poruchy výživy až malnutrice není přímo závislé na délce hospitalizace.

DISKUSE A ZÁVĚR

Na základě našich výsledků jsme pro zdravotnické pracovníky vypracovali doporučení, která by mohla snížit či omezit riziko poruchy výživy až malnutrice u seniorů.

Nutriční screening

Je nezbytné, aby sestry vyplnily nutriční screening u všech pacientů přijímaných na oddělení dlouhodobě nemocných. V praxi se nám osvědčilo, když je screening součástí příjmové anamnézy. Záleží na zdravotnickém zařízení, zda zvolí metodu základního nutričního screeningu, či bude po personálu požadovat podrobný nutriční screening. Screening by měl odhalit pacienty s rizikem poruchy výživy a s malnutricí. Při dlouhodobé hospitalizaci by mělo být samozřejmostí opakování screeningu, protože během hospitalizace může dojít i k výrazným změnám v oblasti výživy. Interval mezi jednotlivými screeningu může být individuální.

Spolupráce s nutričním terapeutem

Oddělení dlouhodobě nemocných by měla spolupracovat s nutričním terapeutem. V ideálním případě by bylo vhodné, aby byl nutriční terapeut přítomný přímo na oddělení a věnoval pozornost zejména pacientům s pozitivním výsledkem nutričního screeningu. S nutričním terapeutem by měl spolupracovat nejen lékař, ale i sestra. Je nezbytné, aby personál dodržoval doporučení nutričního terapeuta.

Leták pro seniory

Pro pacienty, kteří jsou ohroženi vznikem poruchy výživy nebo pacienty s malnutricí může ošetřující personál ve spolupráci s nutričním terapeutem vytvořit leták, který by obsahoval základní pokyny týkající se zásad správné výživy seniorů.

Pravidelné monitorování

Pro kontrolu a sledování přijatého množství jídla je možné vést speciální dokumentaci, do které personál zaznamenává jednak množství jídla, které pacient snědl, ale také potraviny, které nejedl. Množství stravy se většinou zaznamenává 3x denně (snídaně, oběd, večeře).

Spolupráce s rodinou

Při správné výživě seniorů nám mohou pomoci jednotliví členové rodiny. Po každé návštěvě zůstávají na pokoji seniorů různé potraviny. Většinou se však jedná o nevhodné potraviny. Pokud si nutriční terapeut, sestra či lékař vyhradí chvíli času na rozhovor s členy rodiny, můžeme získat spolupracovníky ve výživě seniora. Rodiny bychom měli informovat, které potraviny a tekutiny jsou pro jejich blízkého vhodné a mohou nám pomoci motivovat pacienta ve správném přístupu k výživě.

Vzdělávání zdravotnických pracovníků

Problematika výživy je dnes rozšířeným tématem. Sestry se mohou vzdělávat jak formou seminářů, školení, pomocí odborné literatury, ale i vysokoškolským studiem. Záleží pouze na ochotě personálu vzdělávat se.

Holistický přístup

Spočívá v respektování a uspokojování individuálních potřeb pacienta. Potřeba výživy patří mezi základní lidské potřeby a je třeba ji respektovat. Od zdravotníků je vyžadována empatie, tolerance a akceptace.

Literatura

- [1] KOHOUT, P. *Dokumentace a hodnocení nutričního stavu pacientů*. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2004. 39 s. ISBN 80-7345-030-5.
- [2] KOHOUT, P., KOTRLÍKOVÁ, E. *Základy klinické výživy*. Praha, Krigl, 2005. ISBN 80-86912-08-6.
- [3] TOPINKOVÁ, E. *Geriatric pro praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005. 270 s. ISBN 80-7262-365-6.
- [4] STARNOVSKÁ, T. *Výživa pacientů/ klientů*. 1. vyd. Praha: Galén, 2009. 21 s. ISBN 978-80-7262-596-3.
- [5] JURAŠKOVÁ, B., HRNČIARIKOVÁ, D., HOLMEROVÁ, I., KALVACH, Z. *Poruchy výživy ve stáří*. Med. Pro Praxi 2007; 4(11): 443-446.
- [6] ZADÁK, Z. *Malnutrice ve stáří - její vyhledávání a význam pro prevenci komplikací*. http://www.medicina.cz/odborne/clanek.dss?s_id=603&s_ts=40444,3940393519
- [7] ZADÁK, Z. *Výživa a stárnutí*. http://www.medicina.cz/odborne/clanek.dss?s_id=3760&s_ts=40444,4022453704

NUTRITION DISORDER IN OLD AGE

Abstract

Journal article focuses on eating disorders, its cause, classification, diagnosis and individually identifies the options for nutrition support patients. The author of scholarly articles presents the results of the analysis of questionnaires designed to determine the nutritional status of patients hospitalized in the department long-term patients. The group consisted of 105 respondents, 61 respondents were female and 44 male respondents. Study results are analyzed and interpreted graphically documented by tables and graphs.

Key words

Malnutrition, Patient, Nutrition

Kontaktní údaje na autora

PhDr. Lada Cetlová, PhD.

Vysoká škola polytechnická Jihlava

Katedra zdravotnických studií

Tolstého 16

Jihlava 568 01

e-mail: l.cetlova@gmail.com

tel.: 739 054873

Problematika kouření studentů oboru Všeobecná sestra VŠPJ

Lenka Drahošová

Vysoká škola polytechnická Jihlava

Abstrakt

Kouření obecně je dlouhodobým problémem celé naší společnosti. Kuřáci se vyskytují samozřejmě i mezi zdravotníky.

Tento průzkum přináší odpovědi, kolik studentů oboru Všeobecná sestra na VŠPJ je aktivními kuřáky a jak se k této problematice jako budoucí zdravotníci staví.

Klíčová slova

Kouření, všeobecná sestra, závislost.

JEL Classification: I19

Úvod

Tabák a kouření je popisováno již u indiánů, tam však mělo pravděpodobně pouze rituální význam. Do Evropy se dostal s námořníky Kryštofa Kolumba v roce 1492. Dnes je jeho užívání rozšířeno prakticky po celém světě. Masivní rozšíření kouření ale začalo, jak uvádí Kalina (Kalina, 2003) s vývojem strojů na výrobu cigaret začátkem 20. století. Nejvýznamněji se na jeho vzestupu podílely I. a II. světová válka.

První studie, které zkoumaly vliv kouření na zdraví, se objevily až v 50. letech 20. století, kdy byla prokázána souvislost mezi kouřením a karcinomem plic. Od té doby bylo řadou výzkumů zjištěno, že má vliv na velkou řadu nemocí (Stančiak, 2007).

Rizika kouření

Sociální a psychologická rizika

Jsou velmi zanedbatelná a právě proto je o to víc nebezpečnější riziko zdravotní, které je ale díky nízkému riziku sociálnímu a psychologickému zastřeno.

Zdravotní rizika

Kardiovaskulární (podíl kouření asi 20-25 %), nádory (30 %) a chronická plicní onemocnění (75 %). Nejčastější příčinou smrti v důsledku kouření je akutní infarkt myokardu.

Vznik závislosti na nikotinu

Závislost vzniká poměrně rychle na principu podmíněného reflexu. Nejprve se uplatňuje složka psychosociální (manipulace s cigaretou jako s předmětem – bez ohledu na její chemické účinky). Závislost fyzická se objevuje až přibližně po 2 letech pravidelného kouření a projevuje se abstinenčními příznaky při nedostatku nikotinu.

Vzniká pomnožením receptorů citlivých na nikotin v mozku. Jejich počet se však nezmenší ani po té, kdy již kuřák přestal kouřit, proto je velmi důležité, aby pokud jednou kouřit přestane, už cigaretu znovu nikdy neokusil (Kalina, 2003).

Abstinenční příznaky

Projevují se zpravidla za několik hodin po poslední dávce nikotinu a patří mezi ně, jak uvádí Kalina (Kalina, 2003), především:

- craving – neodolatelná touha po cigaretě
- nervozita, podrážděnost
- změna nálady
- nesoustředěnost
- poruchy spánku, únava
- smutek až deprese

Léčba

Je velmi složitá a pro kuřáka nejnáročnější v prvních 3 měsících. V této době také dochází k nejčastějším recidivám, tzn. návratům ke kouření.

Psychobehaviorální techniky

Snaží se odbourávat psychosociální složku závislosti a rozbít zažitý stereotyp kouření.

Farmakologická léčba

Náhradní terapie nikotinem se provádí nejčastěji formou náplastí, žvýkaček či inhalátorů.

Není to forma léčby kouření, ale pouze zabránění vzniku abstinenčních příznaků.

Bupropion - jedná se o lék závislosti na tabáku. Mechanismus účinku není zcela znám.

U silných kuřáků se doporučuje kombinace náhradní terapie nikotinem a bupropionu (Kalina, 2003).

Kouření a těhotenství

Závěry z výzkumu Masarykovy univerzity v Brně (MU) hovoří jasně a potvrzují negativní vliv na plod, ale i ženu:

„Kouření těhotných nepříznivě ovlivňuje průběh těhotenství a vývoj plodu. Průměrná hmotnost novorozenců u žen, které kouřily i v těhotenství, byla v průměru o 107 g nižší, průměrná délka o 1,3 cm kratší, obvod hlavy byl průměrně o 0,2 cm menší než u nekuřáček. Kuřáčky mnohem častěji udávaly větší obavy a neklid při začátku porodních bolestí i po návratu z porodnice, kdy se také častěji bezdůvodně rozčilovaly a pociťovaly vnitřní napětí.“

Velmi důležitá je neustálá edukace nemocných kuřáků, ať už je jejich primární onemocnění jakékoliv. Velice vhodným prostředím pro tuto činnost se zdá být i nemocnice. V této činnosti je nezastupitelná jak role lékaře, tak i role zdravotní sestry, která přichází do kontaktu s klientem v podstatě neustále. Proto je důležité znát i postoj budoucích sester ke kouření.

Metodika průzkumu

Průzkumu se zúčastnilo celkem 118 respondentů, 113 žen a 5 mužů. Jedná se o budoucí zdravotníky, studenty oboru Všeobecná sestra 1. a 3. semestru prezenčního studia VŠP Jihlava ve věku 19 – 21 let. Sběr dat proběhl v prosinci 2010.

Použit byl dotazník, který měl dvě části. První část byla určena pro všechny. Typy otázek byly polootevřené, uzavřené a otevřené.

Druhá část již byla cílena na kuřáky a skládala se ze dvou celků. První oblast byla zaměřena na zjištění, kdy začali kouřit, jak si kuřáci cigarety obstarávali před dosažením zletilosti, jak získávají finanční prostředky k zakoupení cigaret, jak je pro ně kouření finančně náročné, jejich perspektiva kouření do budoucnosti apod. Druhá oblast pak již sledovala typ závislosti na kouření a vycházela z Fragerstömova testu nikotinové závislosti (Kalina, 2003).

Hlavní cíle průzkumu byly následující:

Zjistit mezi studenty zastoupení kuřáků a nekuřáků. V souvislosti s tím získat i informace, kolik dotazovaných celkem cigaretu alespoň 1 x za život vyzkoušelo.

Objasnit důvody, proč studenti začínají kouřit.

Zmapovat postoj rodičů ke kuřákům a rodinné zázemí kuřáků.

Získat informace o tom, v kolika letech začali kuřáci kouřit a zda jim dělalo problémy obstarat si cigaretu v případě nezletilosti.

Zjistit míru závislosti kuřáků na kouření.

Jakou finanční zátěž znamená pro kuřáky kouření a jak si na ně obstarávají jako studenti peníze.

Odpovědět na otázku, jaké jsou důvody, které by byly pro respondenty motivem, proč přestat kouřit a jakou mají zkušenost s odvykáním.

Perspektiva kuřáků v kouření do budoucnosti.

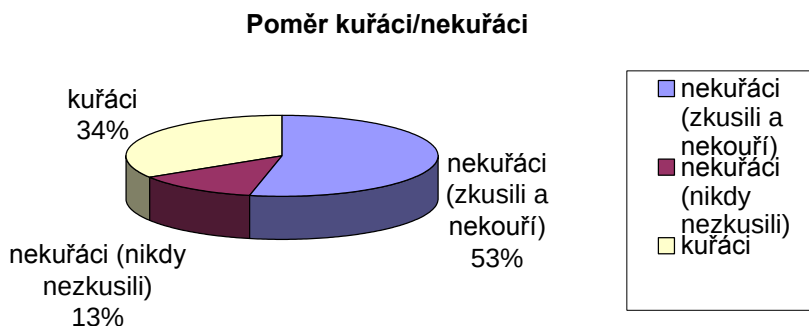
Zastoupení kuřáků mezi studenty oboru Všeobecná sestra

V první otázce jsme zjišťovali, kolik studentů patří mezi kuřáky a kolik mezi nekuřáky.

Výsledky jsou následující: za nekuřáky se považuje 78 (66 %) studentů, za kuřáky 40 (34 %).

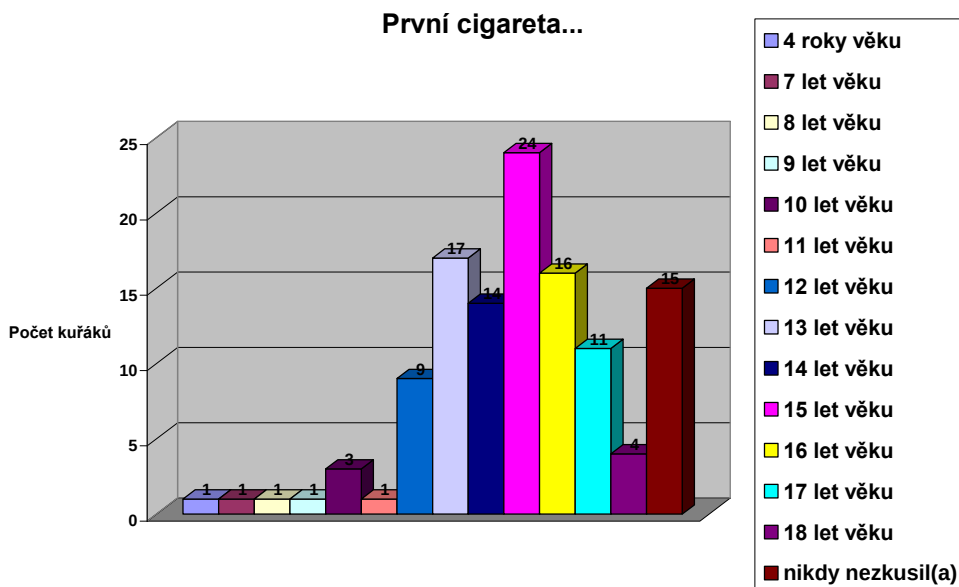
V porovnání s výzkumem (Sovinová, 2010) byly výsledky velice podobné. Sovinová uvádí, že ve věkové kategorii 15 – 24 let kouří 36,7 %. Nutno podotknout, že se ale jedná o jinou skladbu respondentů. V našem průzkumu je převážná většina žen (96 %), kdežto Sovinová uvádí v této věkové kategorii větší zastoupení mužů než žen. V celorepublikovém průměru pak vychází že, kouřilo v roce 2009 celkově ve věkové kategorii 15 – 64 let 20,2 % žen. To znamená, že ani výsledky našeho výzkumu nejsou nijak překvapující.

Další otázka průzkumu byla zaměřena na objasnění počtu studentů, kteří mají s kouřením zkušenost, tzn. zkoušeli alespoň 1 x za život kouřit a jak se to následně promítlo do současnosti. Tedy zda jsou z nich momentálně kuřáci či nekuřáci.



Graf 1 - Zkušenost studentů s kouřením

Součástí průzkumu byla i otázka, v kolika letech respondenti okusili první cigaretu.



Graf 2 - Věk respondentů při první cigaretě

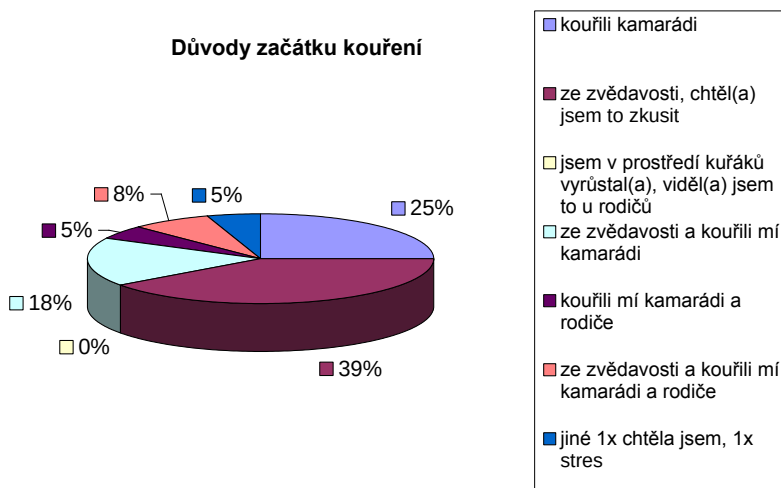
Z výzkumů Sovinové (Sovinová, 2010) vyplývá, že kritickým obdobím pro začátek kouření je věk od 14 do 15 let. Muži uvádějí začátky do 15 let, ženy začátky od 15 let. Z našeho výzkumu vyplývá, že v 15 letech si skutečně nejvíce respondentů poprvé zapálilo cigaretu, nicméně pravidelní kuřáci se z nich stali většinou mezi 16. – 18. rokem života. Nutno ovšem podotknout, že je tu i nezanedbatelná skupina kuřáků, kteří tuto otázku nezodpověděli.



Graf 3 - Věk pravidelného kouření

Další oblast se zabývala důvody, proč studenti začali kouřit.

Nejvíce respondentů začalo kouřit ze zvědavosti, protože to chtěli zkusit 16 studentů (39 %). Čtvrtina studentů (10) uvádí, že kouřit začali, protože kouřili jejich kamarádi, což také není příliš překvapující, stejně tak jako fakt, že 7 dotazovaných (18 %) kouří proto, že byli zvědaví a kouřili jejich kamarádi. Zajímavé bylo, že nikdo nezvolil možnost „v prostředí kuřáků jsem vyrůstal(a) a viděl(a) jsem to u rodičů“. Rodiče se tedy jako impuls projevují pouze v kombinovaných odpovědích spolu s kamarády a zvědavostí.

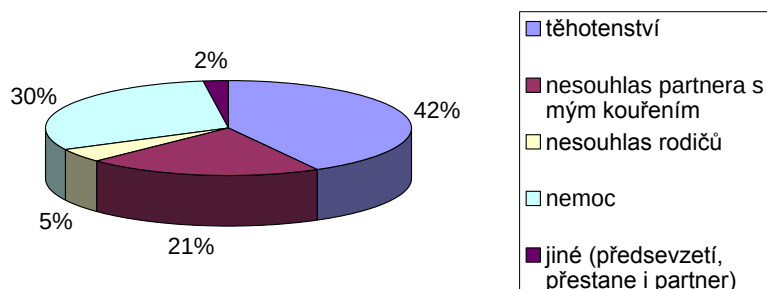


Graf 4 - Důvody začátku kouření

Další část průzkumu byla zaměřena na to, co by bylo pro kuřáky impulsem k tomu, aby přestali kouřit. Zdůrazňujeme, že 95 % kuřáků tvoří ženy a pouze 5 % muži, což může být pro další hodnocení výsledků podstatné.

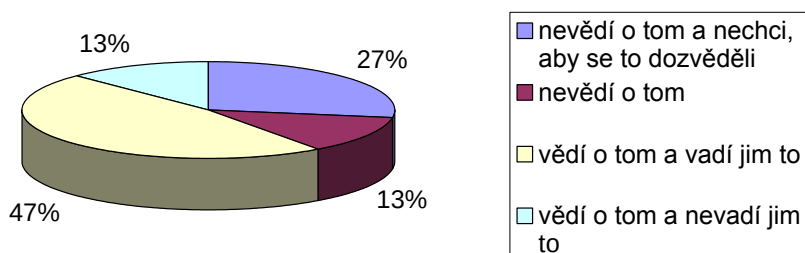
Zde mohli respondenti vybírat více odpovědí. Pro nejvíce dotazovaných by impulsem bylo těhotenství. Nicméně je to i tak aktuální problém, stejně jak uvádí ve svém článku Kopáčiková (Kopáčiková, 2009). Více se této problematice věnujeme v diskuzi.

Nezanedbatelnou roli by sehrála i nemoc. Zajímavé je, že poměrně důležitým důvodem by byl i odmítavý postoj partnera. Dále se zde ukazuje, že rodiče v období dospělosti ztrácí na své potomky vliv, a to i přes to, že je finančně podporují ve studiu (viz níže). Pouze pro 5 % dotazovaných by se stali důvodem, proč přestat kouřit. Na druhou stranu je zde vidět vliv partnera, který by v tomto rozhodování mohl mít poměrně nezanedbatelnou úlohu. Pro uvedený počet (21 %) studentů by impulsem k zanechání kouření byl jeho nesouhlas.

Přestat kouřit by mne donutilo

Graf 5 - Důvod přestat kouřit

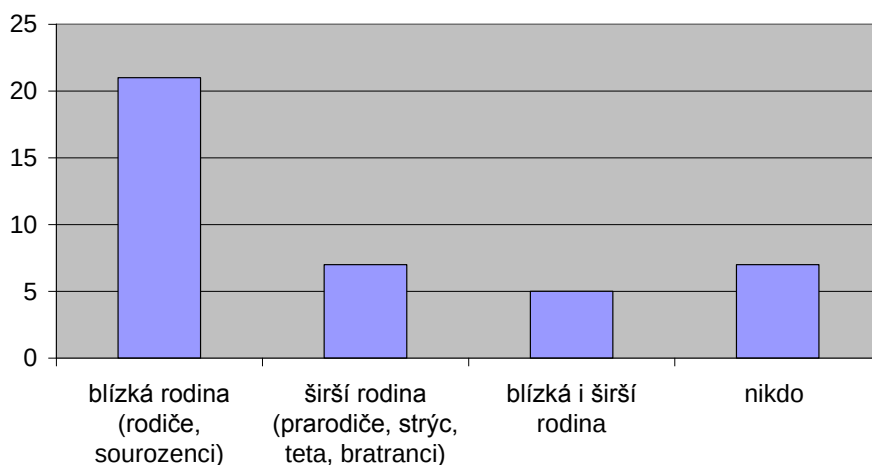
I v této otázce se ukazuje nižší vliv rodičů na své již dospělé děti, jelikož 60 % z nich o kouření svých potomků neví. 27 % kuřáků ale nechce, aby se tuto informaci rodiče dozvěděli, což může souviset s tím, že finanční prostředky na cigarety ještě získávají právě z kapesného od rodičů – viz níže. A také s tím, že pravděpodobně očekávají nesouhlas rodičů – tak, jak naznačují výsledky u kuřáků, o kterých rodiče ví, ale nesouhlasí s nimi (47 %). 13 % respondentů pak uvádí, že o kouření jejich rodiče vědí, ale nevádí jim to.

Postoj rodičů ke kouření respondentů

Graf 6 - Postoj rodičů

Rodinné prostředí kuřáků je také zajímavé. Z celkové četnosti kuřáků (40) jich 21 (52 %) uvádí, že kouří blízká rodina – tzn. rodiče či sourozenci. 7 (17,5 %) pak označilo širší rodinu a 5 (13 %) blízkou i širší rodinu. 7 (17,5 %) pravidelných kuřáků však uvedlo, že v jejich blízké ani širší rodině nikdo nekouří.

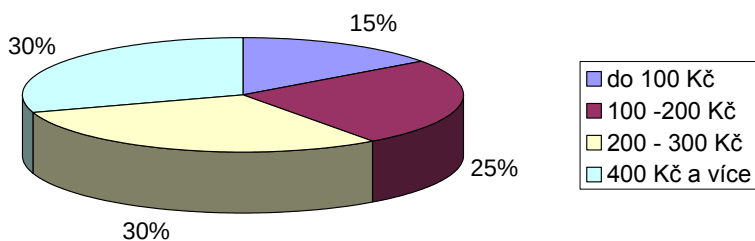
Rodinné prostředí kuřáků



Graf 7 - Rodinné prostředí kuřáků

Další oblast sledovala, kolik kuřáci utratí za měsíc finančních prostředků na obstarání cigaret. Výsledky jsou shrnuty v následujícím grafu.

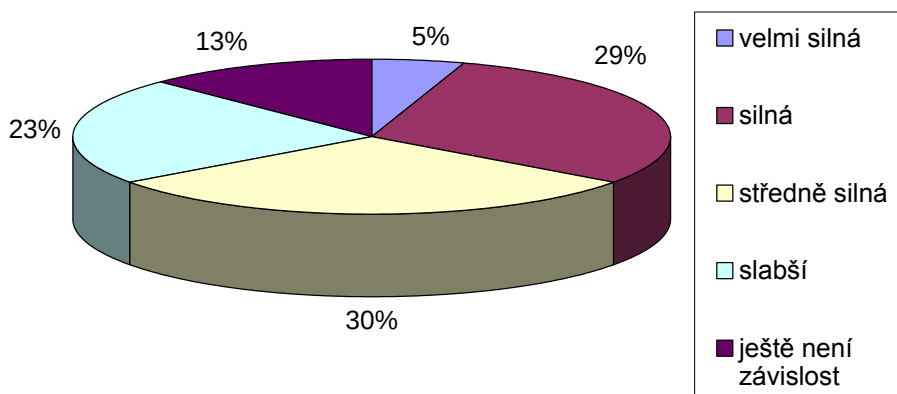
Finanční výdaje za cigarety za měsíc



Graf 8 - Finanční výdaje

Dále jsme se pokusili zjistit, jakou míru závislosti jednotliví respondenti prokazují. K tomuto účelu byl použit test vycházející z Fragerstömova testu nikotinové závislosti (Kalina, 2003).

Typy závislosti na tabáku



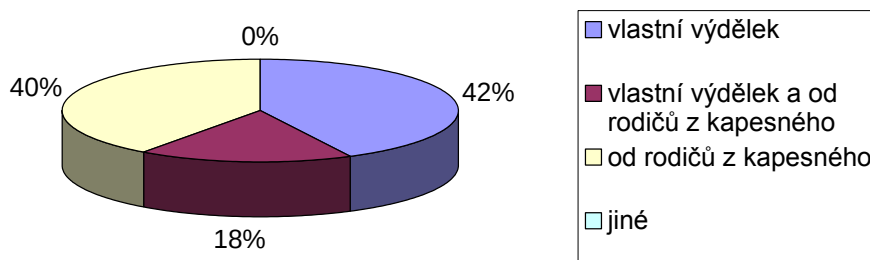
Graf 9 - Nikotinová závislost

U 5 (13 %) respondentů se nedá jejich kouření považovat za závislost – v testu uváděli většinou, že nekouří pravidelně, zapalují si často první cigaretu až v odpoledních hodinách, nekouřit jim nedělá žádný problém a vykouří max. 1 - 5 cigaret za den. 9 studentům (23 %) vyšla podle daných kritérií závislost slabší. Přibližně stejně početné jsou však skupiny kuřáků středně silných (12) a silných (12), které dohromady dávají téměř 60 %. A ve všech případech se jedná o ženy. 2 respondenti (5 %) pak spadají do kategorie velmi silné závislosti, konkrétně se jedná o jednoho muže a jednu ženu.

Způsob obstarávání financí na nákup cigaret.

Tato oblast průzkumu ukázala, že 17 respondentů si peníze na cigarety obstarává vlastním výdělkem. 7 studentů uvádí, že peníze získávají z části přivýdělkem a z části z kapesného od rodičů. Zbývající pak získávají peníze pouze z kapesného od rodičů. Nikdo z respondentů neuvedl, že by si finance obstarával nějakým dalším způsobem.

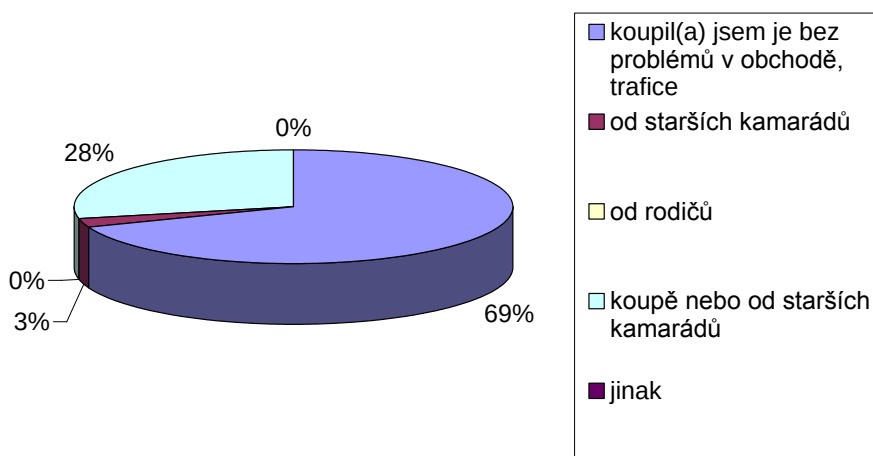
Zdroje finančních prostředků pro kouření



Graf 10 - Zdroj finančních prostředků na kouření

Výsledky znázorňují, jaký přístup k cigaretám měli studenti před dovršením 18 let. Následující graf ukazuje poměrně překvapivě, že 69 % respondentům nedělalo problém si cigarety koupit běžně v obchodě. Vzhledem k tomu, že v současné době je respondentům v průměru 19 – 20 let, nemusí tento stav odpovídat současné situaci v našich obchodech, nicméně i přesto je to úvaha k zamyšlení.

Způsob obstarání cigaret před dosažením zletilosti

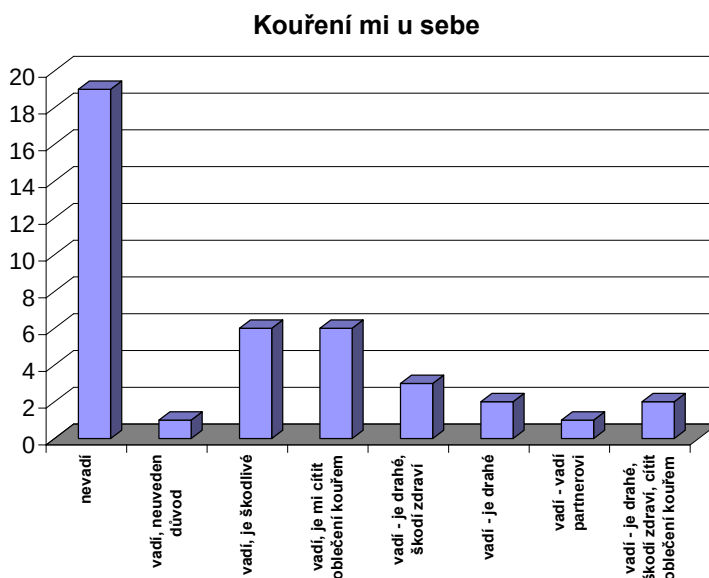


Graf 11 - Obstarávání cigaret před dovršením zletilosti

Další část průzkumu se snaží zjistit, jaký mají kuřáci ke svému zlovyku postoj, zda jim kouření vadí nebo nevadí.

19 (48 %) respondentů uvádí, že kouření pro ně není problém a nevadí jim, ale více než polovina studentů uvádí, že je kouření z nějakého důvodu obtěžuje.

11 studentů (27 %) uvedlo ve svých důvodech alespoň 1 z důvodů, proč jim tento zlovyk vadí, že si tím poškozují zdraví. 9 studentů (22 %) udává ale jako jediný důvod, proč jim kouření vadí, nepříjemný zápach oblečení nebo finance. Když k tomu ještě připočteme 19 studentů, kterým kouření vůbec nevadí, dostáváme celkem 70 % respondentů kuřáků, kterým množství nevadí škodlivé účinky kouření na jejich zdraví. Pokud vezmeme v potaz, že kouření může mít vliv na jejich zdraví již od juvenilního věku – jak například uvádí Cetlová (Cetlová, 2008) a Stančiak (Stančiak, 2008) pak otázkou zůstává, zda jsou si toho patřičně vědomi.



Graf 12 - Postoj kuřáků k vlastnímu kouření

Následující oblast se týká toho, zda se již pokoušeli respondenti přestat kouřit. 19 studentů (48 %) uvádí, že se přestat kouřit zatím nepokoušelo. Koresponduje to plně s počtem kuřáků, kteří na otázku, zda jim u sebe kouření vadí, odpověděli, že ne. Zbývajících více než polovina 21 (52 %) kuřáků se již přestat kouřit pokoušela. 9 (23 %) z nich to zkoušelo neúspěšně jedenkrát, ostatní 12 (30 %) to zkoušeli několikrát.

Mezi nejčastějšími způsoby, které použili k odvykání, byly dotazovanými uváděny snižování dávek cigaret, úplná abstinence ze dne na den – nejčastěji

jako předsevzetí, jedenkrát byla uvedena nikotinová žvýkačka. Respondenti v rámci své odborné praxe mají možnost tuto vykonávat i v poradnách pro podporu zdraví. Bylo by zajímavé sledovat, kolik zájemců by o tuto formu praktikování z řad kuřáků mělo zájem.

Diskuze

Cílovou skupinou průzkumu byla skupina studentů, kteří se v budoucnosti chtějí stát zdravotními sestrami.

Průzkum ukázal, že na VŠP Jihlava, na Katedře zdravotnických studií, kouří celkem 34 % studentů, což v porovnání s celorepublikovým průměrem (Sovinová, 2010) není nijak překvapivé zjištění.

87 % studentů alespoň jednou v životě zkusilo kouřit a to nejčastěji ve věku 15 let, což jsou stejné výsledky jako ve výzkumu prováděného Sovinovou.

U kuřáků byl nejčastějším důvodem, proč kouřit začali, vliv kamarádů a zvědavost nebo případně kombinace obou faktorů. Překvapivě nikdo nenapsal jako jediný důvod, že v prostředí kuřáků vyrůstal, protože kouřili jeho rodiče. A to i přes fakt, že 26 respondentů ze 40 uvádí, že v současnosti kouří jejich nejbližší rodina.

Zajímavé jsou také důvody, proč by kuřáci přestali kouřit.

Vzhledem k tomu, že respondenty jsou většinou ženy, objevuje se jako nejčastější důvod, který by je donutil přestat kouřit těhotenství (42 %). Otázkou je, zda je tento výsledek uspokojivý vzhledem k tomu, že kouření v průběhu gravidity může vážně ohrozit plod. Nutno podotknout, že tyto kuřačky jsou, respektive budou, jako zdravotní sestry s touto problematikou dostatečně obeznámeny. Stejně tak, jako s problematikou kouření v souvislosti s nemocí. Tam je číslo 30 % také k diskuzi – zvláště pak, pokud studentky budou znát veškeré negativní dopady tohoto zlovyku na lidské zdraví. Nicméně jsme si vědomi, že tyto odpovědi, týkající se budoucnosti, nemusí být zcela relevantní.

Pro zajímavost výsledek výzkumu provedeného na MU v Brně. Do studie se v Brně zapojilo 3 645 těhotných žen, z nichž v období do otěhotnění kouřilo 42 % zkoumaných, přičemž 9 % vykouřilo víc než krabičku denně. Po zjištění těhotenství přestala kouřit polovina ze zkoumaných, téměř čtvrtina kuřáček během těhotenství kouřit nepřestala a 5 % žen vykouřilo více než krabičku denně i během těhotenství.

Jelikož 24 kuřáků uvádí, že si kouření financuje samo anebo v kombinaci s kapesným od rodičů, stálo by možná za další průzkum zjistit, zda dnes studenti skutečně mají možnost v takové míře vlastního příjvodu. A dále pak, zda je

pro ně tento zlovyk „hnacím motorem“ pro vlastní výdělečnou činnost. Zajímavé by bylo i porovnání, kolik kuřáků oproti nekuřákům je finančně samostatných.

Další diskutovatelnou otázkou je údaj, že téměř 70 % respondentů si cigaretu bez problémů obstaralo v době nezletilosti koupí v obchodě. Vzhledem k současnému věku studentů je tato informace momentálně neaktuální, nicméně i přesto by to mohl být podnět pro příslušné kontrolní orgány. A to především díky tomu, že do věku 18 let je u nás prodej tabákových výrobků zakázán.

Z průzkumu dále vyplývá, že 70 % kouřících respondentů v současné době nebere v potaz, že kouření škodí jejich zdraví.

Závěr

Tímto průzkumem bylo zjištěno, že procentuelní zastoupení kuřáků a nekuřáků na Katedře zdravotnických studií VŠPJ je srovnatelné s jinými průzkumy. A to i přes fakt, že složení respondentů našeho průzkumu je atypické. Je tvořeno z 95 % ženami, studentkami oboru Všeobecná sestra – tudíž budoucími zdravotníky. Právě zdravotní sestry jsou ty, které by se měly podílet na edukaci svých potenciálních klientů nejen v souvislosti s ošetrovatelskou péčí, ale v rámci svých kompetencí i na edukaci ke zdravému životnímu stylu.

87 % studentů má s cigaretou vlastní zkušenost, tzn. alespoň jednou v životě zkoušelo kouřit.

Nejvíce studentů začalo kouřit ze zvědavosti anebo proto, že kouřili jejich kamarádi. 60 % rodičů o kouření svých potomků neví a 40 % kuřáků si své kouření financuje z kapesného od rodičů.

70 % kuřáků nevadí negativní účinky kouření na jejich zdraví.

Přibližně 60 % respondentů předpokládá, že za 5 let asi kouřit nebude.

Ze získaných údajů je patrné, že kouřícím studentům by se v průběhu jejich studia měly dostat veškeré informace ohledně škodlivosti kouření takovou formou, která by co nejvíce změnila jejich postoj.

Literatura

- [1] CETLOVÁ, L., NOVOTNÝ, J., STANČIAK, J. 2008: Minimalizace rizikových faktorů u adolescentních hypertonií. In Súčasný trendy vo vzdelávaní odborném a laickém verejnosti v zdravotníckych disciplínach. Zborník príspevkov. Trnava, 2008, s. 50-57. ISBN 978-80-8082-214-9.

- [2] CETLOVÁ, L., STANČIAK, J. 2010: The issue of adolescent hypertensives. In Abstraktgyűjtemény, International Symposium Nyíregyháza, Hungary 9-10 szeptember, NURSING 100 YEARS AFTER FLORENCE NIGHTINGALE. 2010, s. 14. ISBN 978-963-473-413-0.
- [3] KALINA, Kamil, et al. Drogy a drogové závislosti 1: mezioborový přístup. 1. vydání. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. 640 s. Dostupné z WWW: <http://www.drogy-info.cz/index.php/pomoc_a_podpora/ucebnice_drogy_a_zavislosti/drogy_a_drogove_zavislosti_k_kalina_a_kol_dil_1_dil_2>. ISBN 80-86734-05-6.
- [4] KOPÁČIKOVÁ, M., STANČIAK, J., NOVOTNÝ, J. 2009: Fajčenie v gravidite – stále aktuálny problém. IN: Ošetrovatelstvo 21. storočia v procese zmien III.: Zborník z medzinárodného sympózia. Nitra: Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre, Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva, 2009, s. 424 -431, ISBN 978-80-8094-554-1.
- [5] Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti. Informační portál o ilegálních a legálních drogách [online]. 2003 -2006. Praha: Úřad vlády České republiky, 2006 [cit. 2010-12-28]. Info. Dostupné z WWW: <<http://www.drogy-info.cz/index.php/info>>.
- [6] SOVINOVÁ, Hana. Vývoj prevalence kuřáctví v dospělé populaci ČR Názory a postoje občanů ČR k problematice kouření období 1997 - 2009 [online]. Praha, 2010. 41 s. Výzkumná zpráva. Státní zdravotní ústav. Dostupné z WWW: <<http://www.szu.cz/uploads/documents/czzp/zavislosti/koureni/Zprava2009DEF.pdf>>.
- [7] STANČIAK, J. 2007: Historický pohľad drogových závislostí. In: Manuál pre poradenstvo prevencie drogových závislostí. Úrad verejného zdravotníctva SROV., 2007, s.8-11. ISBN 978-80-7159-170-2.
- [8] STANČIAK, J., NOVOTNÝ, J., KRIŠTOFÍK, Š.: Sociálno-ekonomický význam návykových látok ovplyvňujúcich počatie a graviditu, IN Ochrana života IX., Trnavská univerzita, 2008, Trnava, s.108-117, ISBN 978-80-8082-241-5
- [9] Výzkum potvrdil negativní vliv kouření rodičů na zdraví jejich dětí. Tisková zpráva MU Brno [online]. 28. června 2010, Tiskové zprávy 2010, [cit. 2010-12-28]. Dostupný z WWW: <<http://www.muni.cz/events/calendar/14319882?lang=cs>>.

PROBLEMS OF SMOKING BETWEEN STUDENTS OF NURSING CARE AT VŠPJ

Abstract

Smoking is a continuous problem of whole society of the Czech republic. It is a notorious fact that smoker we can find between nurses too.

This study provides answers of how many students of nursing care in VŠPJ are smokers and what is their attitude to smoking generally.

Key words

Smoking, nurses, nicotine dependence.

Kontaktní údaje na autora

Mgr. Lenka Drahošová
Katedra zdravotnických studií
VŠP Jihlava
email: drahosol@vspj.cz

Vzdělávání porodních asistentek v historii

Vlasta Dvořáková

Vysoká škola polytechnická Jihlava

Katedra zdravotnických studií

Abstrakt

Porodní asistentky vykonávaly tedy dlouho svoji profesi bez zvláštní přípravy, záleželo hodně na jejich vůli. Cesta k vyššímu vzdělání porodních babiček byla velice složitá. Často i vzdělaní lidé byli plní předsudků a tmářské názory bránily přirozenému vývoji porodní péče. Naštěstí se tehdy našlo dost průkopníků, kteří navzdory všem předsudkům, které přinášela soudobá společnost, dokázali vybudovat ucelený vzdělávací systém a překonat tím konzervativní postoje k porodní pomoci.

Klíčová slova

Vzdělávání, Porodní asistentky, Historie

JEL Classification: I19

Úvod

Pohled do historie vzdělávání porodních asistentek je nesmírně zajímavý. Porodní báby můžeme v historii lidstva vysledovat již ve starém Egyptě, později v Řecku a Římě, ale i u Aztéků, Inků a jiných starých civilizací.

V dávných dobách žena rodila pravděpodobně v osamění bez jakékoliv pomoci. Byla tak vydána velkému nebezpečí. Teprve později, když se lidé začali sdružovat a organizovat, začaly ženám poskytovat pomoc starší zkušené ženy z rodiny. Jejich činnost se zpočátku opírala pouze o vlastní zkušenosti a poznatky předávané mezi generacemi. Postupně tak vznikalo nové povolání určené pouze ženám. Pro muže to bylo povolání nedůstojné, pouze při komplikacích byli přivoláváni lazebníci, bradýři, ranhojiči či felčari. Oficiální medicína se prakticky porodnictvím nezabývala, některé poznatky byly tradovány z učení Hippokrata a Galena. Tak tomu bylo celý středověk a začátek novověku. V našich zemích byla v této době cesta porodnictví ještě složitější. Politické a náboženské nepokoje, které vyvrcholily v pobělohorské době a s nástupem Habsburků, spolu s církevními názory vykonaly své. Se značným

zpožděním k nám pronikaly například anatomické poznatky z poloviny 16. století. Také značná izolace od zemí, ve kterých se porodnictví začalo ubírat správným směrem (Francie, Anglie), byla brzdou rozvoje.

Až v 18. století u nás začala vstupovat v platnost různá nařízení, která upravovala a kontrolovala náplň činnosti porodních babiček, jejich vzdělání a sociální postavení. O tato nařízení se zasloužila hlavně Marie Terezie. Do té doby se porodní báby učily od svých starších a zkušenějších kolegyň.

Povolání porodní asistentky je jedno z nejstarších povolání. Podívejme se tedy na vývoj vzdělávání porodních babiček v Čechách od jeho začátku do 20. let dvacátého století.

Vzdělávání porodních asistentek do 18. století

Porodní báby (nebo také báby položné, pupkořezné) u nás vykonávaly svou práci dlouhou dobu bez jakéhokoliv odborného vzdělání. Měly k dispozici pouze své zkušenosti, a to přesto, že 16. a 17. století přineslo řadu knih s porodnickou tematikou. Byly ovšem většinou psány v němčině. Narážíme zde na problém gramotnosti.

První do češtiny přeložená kniha pro babičky byla známá a v Evropě oblíbená kniha Eucharia Roesslina *Růžová zahrada těhotných žen a bab pupkořezných*. V češtině vyšla roku 1519, tedy 6 let po svém prvním vydání. Přeložil jí a svými názory doplnil Mikuláš Klaudyán (Kulhá, Nicolaus Cluadian), lékař a tiskař z Mladé Boleslavi.

Překlady porodnických příruček od německých a jiných evropských autorů byly jediným zdrojem informací o porodnickém povolání, proto byly pro porodní báby nezbytnými pomocníky.

Období vlády Marie Terezie

Pokrok ve vzdělávání porodních bab nastal za vlády Marie Terezie (1717 – 1780), kdy vešel v roce 1753 v platnost Generální zdravotní řád pro Království české. Pro příklad zajímavý úryvek:

„Poněvadž jsme s nelibostí vyrozuměli, že sem tam v městech se nacházejí báby porodní, jež nemají náležité vědomosti a zkušenosti, na venkově pak všelijaké ženské osoby úřadu tohoto se ujímají, třeba nebyly nikdy zkoušeny, ani přísahy nesložily, čímž se těhotným a rodícím ženám působí velké nebezpečí na jejich těle a životě, proto abychom tím lépe mohli dbát jištění po dostatečných vědomostech a jiných potřebných vlastnostech takových osob ženských, ráčíme tomu opravdově chtít a poroučeti, aby ustanovený profesor anatomie

v příslušných dobách uděloval řádná, bab se týkající kolegia, a též cvičení konal, a to chudým zdarma, majetným pak za roční plat 6 zlatých, ve kterých kolegiích mají nařízeno dáti se vynajíti nejen ty, které se miní báby vzdělati a usaditi.“

Za období vlády Marie Terezie měly porodní babičky tuto přísahu:

„Já N.N. přísahám Bohu všemohoucímu, jeho důstojné a bez prvotního hříchu počaté matce panně Marii i všem svatým, že se ve svém úřadu babském chci zachovati tím způsobem, a to:

1. Panu děkanu a pánům doktorům v tomto svém úřadu povinnost, poslušnost a čest prokázati.
2. Jejich nadání, ustanovení a nařízení, které by se mého úřadu týkaly a staly nebo ještě státi mohly, poslušně a pilně zachovávat. Nikoliv však:
3. Žádné svobodné osobě ani v době její měsíční čas vynucovati nebo děti předčasně vyháněti, ani jim k tomu nějaké léky raditi, tím méně užívatí dáti.
4. Ani rodícím ženám bolest působiti nebo pro vypuzení dítěte léky podávati, leč by to panem děkanem a doktorem bylo uznáno za dobré, dále:
5. Mdlé děti, které by před příchodem na svět nebo z nedostatku kněze museli zemřítí, nejinak z nouze křtiti než přírodní vodou slovy: „Já tě křtím ve jménu Otce i Syna i Ducha svatého“. Kdyby takové dítě bylo živo a k řádnému křtu přineseno, pak se ve všem tímto od její c.k. Milosti nedávno vydaným naučením bedlivě řídit.

A posléze:

6. Kdybych se dozvěděla, že by nějaká žena, která by nebyla od pána doktora řádně zkoušena, uznána a do přísahy vzata, u rodičích žen se dala potřebovati, bez průtahu chci to udati panu děkanovi a pánům doktorům, ostatně se také ve všem, jak se sluší poctivé ženě zachovati chci. K tomu mi dopomáhej Bůh, jeho důstojná a bez prvotního hříchu počatá matka Marie panna i všichni svatí. Amen!"

Od roku 1759 zajišťoval výuku pro porodní báby zvláštní učitel (byl to doktor medicíny a magistr porodnictví, tehdy s titulem Mgr. a Med. Dr.) a pro báby byly vydávány české a německé učebnice porodnictví. V obou jazycích se také konala jejich výuka.

Roku 1770 byl vydán zdravotní řád platný pro celou habsburskou monarchii – *Generále normativum in re sanitaris*. Přesně byly ve zdravotním řádu vymezeny povinnosti všech zdravotnických pracovníků, včetně porodních babiček. Tento zákon platil celých 100 let.

Zcela samostatným vývojem procházela Morava. Roku 1773 byla postátněna jezuitská kolej v Olomouci. Tato univerzita měla 3 fakulty: teologickou, filozofickou a právnickou, a roku 1778 byla přeložena do Brna. Tam se na filozofické fakultě přednášela anatomie a chirurgie. Po čtyřech letech byla Brněnská univerzita zrušena a místo ní v Olomouci zřízeno lyceum s dvouletým medicínsko – chirurgickým učením. Tato škola vychovávala městské a venkovské ranhojiče a také školila porodní babičky.

Antonín Jungmann (1775 - 1854)

Velkou měrou se o výuku porodních babiček v Čechách zasloužil lékař a porodník, zakladatel slavné Pražské porodnické školy Antonín Jungmann, který v roce 1804 vydal svou první česky psanou učebnici porodnictví *Úvod k babení*. Během jeho 42 leté učitelské činnosti prošlo pražskou klinikou více než 8200 porodních babiček.

Profesor Jungmann 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.

Nejvyšší nařízení z 18. prosince 1775 zapovíдалo nezkušeným bábám pomáhat při porodu, a to při prvním přestupku pod pokutou 6 říšských tolarů, při druhém dvojnásob a při třetím pak pod „*citelným trestem tělesným*“. Úřad, který neposlušné báby trpí má pod pokutou 50 tolarů „*takové pokoutné přestoupnice vypuditi*“.

Podle nového řádu medicínského učení ze 17. února 1804, tedy z roku, kdy poprvé vyšel Jungmannův *Úvod k babení*, nebyly již porodní báby zkoušeny od krajského ranhojiče, nýbrž musely přijet do Prahy, absolvovat celý kurz porodnictví a pak se ještě dva měsíce v babictví cvičit. „*Nezkoušené a nepotvrzené báby se netrpí*“, jak píše Jungmann na první straně.

Podívejme se nyní blíže na to, jak to za Jungmannových časů vypadalo s žačkami babické školy. Jako první uvádí ve své knize pravidla studia babického:

- Bába se učí zadarmo.

- Báby mají v celé rozsáhlé říši stejná práva, jen pro sídelní město Vídeň byly určeny nějaké výjimky.
- Báby jsou osvobozeny od vrchnostenské roboty a obecných přídavků. Nikdo je nemůže k robotě nutit. Toto osvobození se ovšem nevztahovalo na práce a povinnosti na statku, kde bába žila.
- Báby neplatí daň nábytku.
- Osobám, které se učily na cizí útraty, bylo denně určeno 40 krejcarů. Dotyčná pak musela přinést řádné potvrzení od úřadu.
- Báby byly zkoušeny zadarmo, platily jen 4 zlaté a 30 krejcarů za diplom vyvedený na pergamenu. Tuto částku platil ten, od kterého bába dostávala denní plat 40 krejcarů.
- Existovala možnost, že báby měly zkoušku úplně zadarmo, musely se však písemně zavázat „*že jen venku, ne pak v hlavním městě babiti budou, protože jich zde bez toho nazbyt jest*". S obcí nebo vrchností se bába mohla dohodnout na ročním platě, který ovšem určovala vrchnost. Nebývalo to ale méně než 50 zlatých ročně (mezi dvěma hlavními mincemi existoval poměr 1 tolar = 2 zlaté = 40 grošů. Pro zajímavost: jedna slepice stála 1 groš, sukně pak 20 grošů, kůň se dal pořídit za 1030 grošů), polovinu platila vrchnost a druhou polovinu obec. Zcela dobrovolná byla dohoda o deputátě.

Dále se z nařízení z 30. 11. 1821 dozvídáme, že báby, které žádají o studium babictví, musí být nejdříve vyzkoušeny a přijaty mají být jen ty, které „*dostatečnou schopnost a zkušené připravení vyjeví; musí následovně každá dobře čísti a měla by také psáti umět*".

K dosažení vážnosti a hodnosti babické Jungmann požaduje:

- Aby k řádnému vykonávání úřadu byla bába zdravá, „churavá, neb rozmazaná bdění noční a jiné nesnáze denní těžce nese. Budiž tělem čistá, bez ohavných osutin, svrabu a jiných neřestí; ruce měj bába jemné, citlivé s ohlazenými nehty k potřebnému ohledání.“ Z tohoto ohledu se na tuto práci nehodily ženy nádenice, jejichž ruka od tvrdé polní práce zhrubla a „potřebný cit ztratila“.
- Mimo tělesné vlastnosti by bába měla být prostředního věku 20 – 30 let v době, kdy na studia přichází. „Mladá bývá většinou nepovážlivá, ztřeštěná, bez důvěrnosti obecně; příliš letitá zase zapomnělá, nestatečná, nevrlá a často predsudků plná.“ Proto bylo nařízeno aby ženy, které se blíží padesátce nebyly již do učení přijímány.

- Cenu babičky zvyšovala šlechtnost, čitelnost srdce, bedlivost v jednání, opatrnost, střídmost, pováživost, trpělivost, přívětivost, svědomitost v jejím konání u bohatých i u chudých a tyto všechny vlastnosti také Jungmann po svých žáčkách požadoval. Mimo jiné také „*svornost se spolubabíci ženami kdekoliv jich více dle lidnatosti přibývá, mlčenlivost, poslušnost zprávám a nařízením vrchnostenským a rozšafnost v právních případech. Budiž bába nepřítelkyně marné žvanivosti, klevet a opilství.*“

Wilhelm Lange (1813 – 1881), Jungmannův žák, vypracoval návrh na reformu výuky porodních bab, podle kterého pak výuka probíhala v podstatě až do roku 1920. Teoretické přednášky se již nekonaly v Karolinu, ale spojená teoreticko – praktická výuka probíhala ve čtyřměsíčních kurzech v českém i německém jazyce vždy pro 60 žaček přímo v porodnici.

Prof. Vojtěch Vyšín napsal v roce 1888 učebnici *Babictví*, kde například píše o tom, že porodní babičky musí mít učebnici babictví, aby do ní mohly kdykoliv nahlédnout. Nesmí knihu nikomu darovat ani prodat.

Václav Rubeška (1854 – 1933)

Další významná osobnost v oblasti vzdělávání porodních bab. Rubeška působil na babické klinice v Praze, kde vedl výuku porodních asistentek. V roce 1893 bylo rozhodnuto, že babická klinika již nebude dále součástí univerzity a bude z jejího svazku vyčleněna jako samostatná C. K. škola babická v Praze.

Rubeška udělal mnoho pro zkvalitnění výuky porodních asistentek. Především jim dal vynikající učebnici *Porodnictví pro babičky*. Poprvé vyšla roku 1893, poté ještě čtyřikrát v opakovaných a doplňovaných vydáních, naposledy roku 1920. V recenzi známého brněnského porodníka Františka Pachnera na její čtvrté vydání v Časopise lékařů českých čteme: „*Kdyby o všechno bylo v našem porodnictví tak vzorně postaráno, jako o tuto učebnici, měli bychom vzorné babictví, neboť Rubeškova kniha je vskutku vzorná v nejlepším slova smyslu... kniha vzorná i pro lékaře poučná.*“

Pod jeho vedením se každoročně konaly tři čtyřměsíční kurzy, dva pro posluchačky z českých oblastí, jeden pro německé. Představovalo to velké pracovní zatížení bez jakékoliv dovolené. Odhaduje se, že za 28 let prošlo jeho školením 5000 porodních babiček, které potom pracovaly po celých Čechách.

Závěr

Povolání porodní asistentky bylo po řadu staletí opomíjené a opomíjená byla i příprava na tuto profesi. Cesta k vyššímu vzdělání porodních babiček byla velice složitá. Naštěstí se našlo dost průkopníků, kteří dokázali vybudovat vzdělávací systémy.

Literatura

1. CETLOVÁ, L., DVOŘÁKOVÁ, V., STANČIAK, J.: *Vzdělávání studentů v oblasti kvality a bezpečí*. In zborník príspevkov zo 4. medzinárodnej vedeckej konferencie „Vzdelávanie nelekárskych odboroch.“ Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave, 2010, s. 87 - 95. ISBN 978-80-89352-47-0.
2. CETLOVÁ, L., DVOŘÁKOVÁ, V.: *Vzdělávání sester na Vysočině*. In zborník príspevkov z konferencie: „Historické pohľady na vývoj ošetrovateľstva a ošetrovateľského vzdelávania.“ Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, katedra ošetrovateľstva, Trnavská univerzita, 2010, s. 61-64. ISBN 978-80-8082-393-1.
3. ČECH, HÁJEK, SRP a kol. *Porodnictví*. Praha: Grada, 1999. ISBN 80-7169-355-3.
4. DOLEŽAL, A. *Od babictví k porodnictví*. Praha: Karolinum, 2001. ISBN 80-246-0277-6.
5. DVOŘÁKOVÁ, V. *Historie babictví a porodnictví*. Olomouc, 2004. Diplomová práce na pedagogické fakultě Univerzity Palackého na katedře antropologie a zdravotní vědy. Vedoucí diplomové práce Věra Vránová
6. GORDON, R. *Podivuhodné dějiny lékařství*. Praha: Melantrich, 1995. ISBN 32-015-95.
7. NYKLÍČEK, L. *Přehled dějin českého lékařství a zdravotnictví*. Brno: IDVZP, 1989. ISBN 80-7013-032-6.
8. NYKLÍČEK, L. *Dějiny medicíny v datech a faktech*. Praha: Avicenum, 1985. ISBN 08-042-85.
9. SCHOTT, H. *Kronika medicíny*. Praha: Fortuna Print, 1994. ISBN 80-85873-16-8.
10. PACHNER, Fr., BÉBR, R. *Učebnice pro porodní asistentky*. Praha: 1932.
11. ROZTOČIL, A. a kol. *Porodnictví*. Brno: IDVZP, 2001. ISBN 80-7013-339-2
12. RUBEŠKA, V. *Porodnictví pro babičky*. Praha: Karel Pitter, 1910.

THE HISTORY OF EDUCATION OF MIDWIVES

Abstract

Midwives also carried out their profession for many years without any special preparation, and their will was an important factor that determined their success.

The path to higher education for midwives was very complicated. Often even educated people were full of prejudices, and taboo prevented the natural development of care for women undergoing childbirth.

Fortunately, at that time there were a lot of pioneers in the field, who despite all of the prejudices that existed in society managed to develop a target education system and thus overcome the conservative attitudes regarding helping with childbirth.

Key words

Education, Midwives, History

Kontaktní údaje na autora

Mgr. Vlasta Dvořáková
Vysoká škola polytechnická Jihlava
Katedra zdravotnických studií
Tolstého 16, Jihlava 58610
e-mail: dvorakvl@vspj.cz
tel.: + 420 605 527 140

Starnutie, staroba a kvalita života (ovplyvňovaná zdravím)

Martina Hrozenská

Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre

Abstrakt

Postoj spoločnosti ku starobe sa neustále vyvíja a mení a s tým súvisí aj spoločenská rola starších ľudí a ich sociálny status, ktorý je vždy vymedzený určitými právami a požiadavkami. V príspevku sa venujeme problematike sociálnych aspektov kvality života osôb vyššieho veku. Príspevok má teoretický charakter, v jeho úvodnej časti rozoberáme kvalitu života ako multidimenzionálneho fenoménu. V druhej časti sa venujeme kvalite života súvisiacej so zdravím.

Kľúčová slova

Kvalita života ovplyvňovaná zdravím. Starnutie. Staroba.

JEL Classification: I19

Úvod

Na starnutie sa pozeralo ako na proces so stratami, ktorý speje k smrti. Ďalšie výsledky výskumu evolučnej zákonitosti však ukázali, že nie všetky zmeny po maturácii organizmu sú iba straty. Zistilo sa, že systémy organizmu starnú rôznou rýchlosťou a že dynamika starnutia v akomkoľvek veku môže byť rôzna. Tento proces nezahŕňa iba straty, ale aj stabilitu a zisk a teda starnutie nespočíva iba na biologickom procese, ale rovnako aj na pôsobení vplyvov psychologických i sociálnych.

Kvalita života starších ľudí

Starnutie populácie na Slovensku sa deje v súlade so svetovým trendom. Projekcia vývoja obyvateľstva do roku 2015, podľa Štatistického úradu

Slovenskej republiky z roku 1993, dáva odpoveď na to, aké budú dôsledky vekovej štruktúry obyvateľstva a kam smeruje náš populačný vývoj. [6]

Európske štáty po ukončení demografickej revolúcie prešli na nízke úmrtnosti a pôrodnosti a v celospoločenskom pohľade sú tak výrazne poznačené štruktúrnymi zmenami obyvateľstva. Práve zmeny zloženia podľa pohlavia, veku, rodinného stavu a vzdelania sa stávajú čoraz významnejším determinantom ďalšieho vývoja spoločnosti a ich dopady ďaleko prekračujú vplyvy faktora počtosti populácie daných krajín. [11]

L. Straková [8] v tejto súvislosti konštatuje: „Na prelome milénia sa zvyšuje na našej planéte počet ľudí v treťom veku života. Tento spoločenský jav súvisí s rozvojom lekárskej vedy, predlžovaním priemernej dĺžky života a so zníženou pôrodnosťou. Starnutie obyvateľstva je aj celoeurópskym problémom. Predpokladá sa, že v roku 2030 štvrtina populácie v ekonomicky rozvinutom svete bude mať 65 rokov a takmer polovica populácie západnej Európy bude vo veku nad 50 rokov.“

Je známe, že čím sú ľudia starší, tým viac sa vzájomne líšia. Dané rozdiely sú v úzkom vzťahu k fyzickému zdraviu a k sociálno-ekonomickým okolnostiam. Konštantnosť alebo zmena závisia od takých faktorov, akými sú zdravie, sociálne postavenie, osobnosť, štýl života a iné.

Vo vzťahu senior a kvalita života dnes často rezonuje stratégia predlžovania života bez chorôb a neschopnosti, čo je definované kritériami ako sebestačnosť, životná spokojnosť a iné. Je pochopiteľné, že kvalita života sa prelína v značnej miere s dĺžkou života. To však neznamena, že každé predĺženie života by viazalo na seba jeho vyššiu kvalitu. Táto kategória je podmienená viacerými faktormi endogénnej a exogénnej povahy, z ktorých mnohé možno modifikovať na osobnej alebo spoločenskej úrovni.

Najčastejšie verejnosťou zdôrazňovaný prvok kvality života je dobré zdravie. Zdravie ako telesné, duševné a sociálne blaho. Zdravie je však výslednicou mnohých ďalších faktorov – interakcie človeka s prostredím, emóciami človeka, resp. nachádzaním zmyslu života v každej životnej situácii i v starobe. K zmyslu života patrí aj postoj jednotlivca k starobe, postoj k smrti, osobitne k vlastnej. Starší človek vzťahom k deťom, k rodine, k partnerovi, resp. zmysluplosťou povolania, zamestnania, ktoré kedysi vykonával, najmä však vyrovnanosťou so svojím životom, radosťou z preukazovanej lásky v podobe zážitku z dávania, práve týmito vzťahmi vyjadruje spokojnosť so životom, nachádza zmysel žiť ďalej.

Pojem kvalita života je vyhradený pre každú ľudskú bytosť. Verejnosť a mnohí ľudia si myslia, že kvalita života je subjektívnou predstavou, takže definícia je potom závislá na perspektíve a názoroch hodnotiacej osoby. Ak chceme hodnotiť kvalitu života druhej osoby musíme si uvedomiť, že nie my sme ústrednou postavou. Otázka ľudských potrieb je veľmi široká a tejto problematike sa venuje veľa autorov. Ľudský život stojí na potrebách a túžbach jedinca na určitej hierarchii, resp. ich uspokojovaní, alebo neuspokojovaní. Hodnotenie kvality života môže spočívať v posúdení určitej dynamiky a hierarchického usporiadania ľudských potrieb vznikajúcich na úrovni somatickej, psychickej, sociálnej a duchovnej. Kvalitu života ovplyvňujú objektívne okolnosti a situácie, ktoré determinujú život človeka najmä v tom, ako človek určité životné záťaž zvláda, ako ich prežíva, aký im pripisuje význam a hodnotu.

Kvalita života má svoj rozmer biologický, neurofyzologický, psychologický, sociálny, ekonomický, etický, estetický a iné. V reálnom naplnení takejto štruktúry môže niektorý z rozmerov dominovať alebo môže byť ohraničene zastúpený až potlačený, no vymedzenie podstaty kvality života na jej optimálnej úrovni a v optimálnej podobe musí rátať z mnohorozmernosťou tohto javu a zohľadňovať ju vo vzťahu k štruktúre človeka. Kvalita života jestvuje vždy v spojitosti s jednotlivými vrstvami a úrovňami tejto kvality. Preto z hľadiska hodnotenia určitého stavu nestačí hovoriť o kvalite života vôbec, ale vždy v spojení s odpoveďou na otázku: „Aká kvalita a pre koho?“ Tento prístup vyžaduje, aby kvalita života, jej úroveň bola vyjadrená cez konkrétne ukazovatele. Bez nich by bol tento pojem iba abstrakciou.

Definovať kvalitu života, stanoviť jej indikátory, analyzovať teoretické i praktické problémy je interdisciplinárna otázka, ktorej riešenie si vyžaduje syntézu hľadísk mnohých prístupov a poznatkov rôznych vedných disciplín. Myslíme si, že práve v týchto parciálnych hľadáiskách by integrujúcou disciplínou mohla byť teória sociálnej práce, resp. sociálnej politiky.

Z hľadiska ukazovateľov kvality života ako jednoty ekonomických, politických a kultúrnych faktorov, môžeme do tohto systému zaradiť:

- stav hospodárskeho systému s jeho dôsledkami v možnostiach aktívneho pracovného uplatnenia členov spoločnosti, v tvorbe materiálnych a duchovných hodnôt;
- spôsob odmeňovania za prácu v súlade s komplexnými kritériami jej náročnosti (fyzickej i kvalifikačnej) a ekonomickej efektívnosti ako ekonomický základ zabezpečenia životnej úrovne a uspokojovania základných potrieb ľudí;

- stav zamestnanosti a sociálneho zabezpečenia v prípade nezamestnanosti;
- stav zabezpečenia zdravej výživy obyvateľstva;
- úroveň bývania a stav bytovej výstavby;
- úroveň starostlivosti o zdravie členov spoločnosti a spôsob ich zabezpečenia v prípade choroby;
- podmienky na pracovné a spoločenské uplatnenie ťažko zdravotne postihnutých ľudí a možnosti ich sebarealizácie ako plnoprávných občanov;
- úroveň koncepčného environmentálneho programu spoločnosti a jeho realizácie v praktickej ochrane životného prostredia;
- stav prírodných a sociálnych komponentov životného prostredia;
- stav a úroveň spoločenskej starostlivosti o rodinu a o výchovu detí, ako aj starostlivosti o deti bez rodinného zázemia;
- podmienky vzdelávania - základného, odborného, vysokoškolského a celoživotného, a možnosti rozvoja osobnosti;
- stav zabezpečenia primeraného plnohodnotného života ľudí v starobe;
- možnosti slobodných spoločenských aktivít ľudí a ich účasti v spoločenskom živote, úroveň demokracie v spoločenských vzťahoch a v politickom systéme, ako aj stav tolerancie a možností multikultúrnej spoločnosti;
- stav zabezpečenia mierového života ľudí a stav zabezpečenia ich ochrany pred agresiou a násilím;
- stav zabezpečenia a ochrany základných ľudských práv, úroveň právneho systému a garancií spravodlivého uplatňovania práva;
- stav možností voľného času a úroveň možností jeho využívania na odpočinok, regeneráciu síl, kultúrne a iné hodnotné záujmy slúžiace na rozvoj osobnosti;
- podmienky starostlivosti o ľudí odkázaných na rôzne formy sociálnej pomoci;
- stav spoločenskej morálky a jej vplyv na ľudskú súdržnosť;
- úroveň zabezpečenia sociálnych istôt ľudí a stav ich reflexie v pocite istoty a spokojnosti.“ [5]

Ukazovatele kvality života možno stanoviť aj z uhla negatívneho, teda ako faktory narušenia a rozkladu kvality života:

- devastácia prírody a narušenie životného prostredia technosférou;

- politika vojen a uplatňovania rôznych foriem násilia;
- dehumanizujúce dôsledky odcudzenia trhu v oblasti ekonomiky, politiky, kultúry;
- nespravodlivé sociálno-ekonomické spoločenské vzťahy a ich odraz v prehľbovaní sociálnej nerovnosti;
- ignorovanie humanistických zásad a významu sociálnej politiky štátom. [5]

Všetky spomínané ukazovatele kvality života tvoria podmienky formovania spoločenského spôsobu života a možnosti jeho individuálnych modifikácií v podobe mnohotvárných životných štýlov rôznych ľudí v závislosti od ich individuálnych odlišností.

Na meranie kvality života boli vytvorené dvoj- až trojdimenzionálne modely kvality života. Tie však nevystihujú dostatočne aj sociálnu dimenziu tohto javu. Myslíme si, že štvordimenzionálny model kvality života pravdivejšie odráža široké spektrum tohto fenoménu. Model kvality života by mal byť tvorený z týchto dimenzií: materiálnej, zdravotnej, psychickej a sociálnej. Sociálna dimenzia kvality života je bezpochyby jednou z východiskových kategórií ako sociálnej práce, tak i sociálnej politiky. Š. Strieženec [9] definuje kvalitu života ako „súhrn objektívne i subjektívne posúdiťelných stránok činností a vnemov človeka v jeho každodennom živote, v reálnom sociálnom priestore s určitými pravidlami vzájomného spolužitia, s otázkami cieľa, zmyslu a údelu pozemského života. Zároveň hovorí, že v sociálnej práci pristupujeme k životu ako k sociálnemu faktoru, že sa bez vlastného pričinenia rodíme, že človek skôr život žije, ako si ho uvedomuje, ako ku komplexnej činnosti živej bytosti, ktorým je daná i množstvom sprievodných komponentov a interakcií s inými ľuďmi a sociálnymi skupinami.

Možno teda hovoriť o úzkom vzťahu medzi kvalitou a zmyslom života. Pokračujúc v tomto chápaní kvality života je potom sociálna dimenzia prienikom všetkých troch vyššie uvedených dimenzií – teda materiálnej, zdravotnej, psychickej. Človek až v porovnaní s inými ľuďmi, vo vnímaní kvality cudzích životov, prežíva kvalitu života vlastného ako určitú konkrétnu sociálnu veličinu. Individuálne hodnotenie kvality života je vo veľkej miere ovplyvnené spoločenskou komunikáciou, záťažovými situáciami – ich zvládaním, ale aj negatívnymi javmi priamo u klienta, alebo v jeho okolí. V interakcii s prostredím si človek uvedomuje aktuálne prežívanú kvalitu života, a uvedomuje si aj niektoré jej nedostatky, a ich príčiny. Sociálna dimenzia kvality života sleduje objektívne premenné, ktoré sú nezávislé na individuálnej vôli jednotlivca a ovplyvňujú kvalitu jeho života.

Do dimenzie sociálnej môžeme zaradiť otázky spojené s riešením sociálnych problémov spoločnosti:

- zamestnanosť resp. nezamestnanosť;
- tvorba pracovných miest;
- sociálne únosný štandard;
- minimálny štandard;
- chudoba;
- bezdomovstvo;
- kriminalita;
- tolerancia;
- subsidiarita;
- sociálne istoty;
- sociálny status a iné.

Vo vedeckej literatúre sa fenoménom kvality života zaoberalo viacero autorov (Bigelow, Brodsky, Stewart, Olson (1982) Katschnig (1997) Lorenz, Koller (2002) a ďalší In: [2]). Otázky kvality života a prvých konceptov v súvislosti s ňou priniesli najmä medicínske prístupy k pacientom s psychiatrickými, onkologickými, ale aj geriatrickými diagnózami.

Výskum kvality života je charakteristický určitými dominujúcimi vednými prístupmi na jednej strane (najmä psychológia a zdravotníctvo), na strane druhej možno badať pokusy o syntetizujúce prístupy. Každopádne škála chápania predznačeného fenoménu je veľmi široká. V tejto súvislosti vyberáme náčrt štyroch základných trendov konceptualizácie kvality života podľa R. Čornaničovej [2], ktorá hovorí o (1) sociologicko-ekonomických, (2) psychologických, (3) aplikačných konceptualizáciách s akcentom na medicínsku a sociálnu oblasť a (4) syntetizujúcich-teoretických a praktických trendoch v konceptualizácii kvality života.

Najznámejším syntetizujúcim modelom je model WHO, publikovaný v roku 1997 na základe výsledkov projektu zo 17 krajín sveta. Tento model určuje základné oblasti kvality života, ako aj vnútorné komponenty v každej z týchto oblastí. Vychádza sa z predpokladu, že na kvalite života sa podieľajú štyri základné oblasti-domény, ktoré sa vnútorne členia na ďalšie indikátory.

Štyri základné oblasti sú: telesné zdravie a úroveň nezávislosti, psychické funkcie, sociálne vzťahy, prostredie.

Oblasť- *telesné zdravie a úroveň nezávislosti* obsahuje tieto indikátory: Energia a únava, Bolesť a nepohoda, Spánok a odpočinok, Mobilita, Aktivity v každodennom živote, Závislosť od liekov a zdravotných pomôcok, Pracovná kapacita.

Oblasť *psychické funkcie* obsahuje tieto indikátory: Imidž vlastného tela a zjavu, Negatívne emócie, Pozitívne emócie, Sebahodnotenie, Myslenie, učenie, pamäť, pozornosť, Spiritualita, osobné presvedčenie.

Oblasť *sociálne vzťahy* obsahuje indikátory: Osobné vzťahy, Sociálna podpora, Sexuálne aktivity.

Oblasť *prostredie* obsahuje tieto indikátory: Finančné zdroje, Sloboda, fyzická bezpečnosť, Zdravotná a sociálna starostlivosť, Prostredie donova, Možnosti získať informácie a kompetencie, Participácia na voľnočasových a rekreačných aktivitách, Fyzikálne prostredie (emisie, hluk, premávka, klíma), Doprava.

Každý indikátor predstavuje zložitý problémový komplex. V rozličných spoločenských a geografických podmienkach môže jeho kvantitatívne optimum predstavovať iné vyjadrenie.

Syntetizujúce teoretické modely kvality života sa pokúšajú začleniť a integrovať všetky základné činitele do teoretického modelu, ktorý by odrážal vzájomné vzťahy a prepojenia. Prednosťou týchto modelov je, že poukazujú na to, čo je v živote človeka podstatné, poukazujú tiež na podmienenosť a väzbu jednotlivých prvkov v priebehu celého životného cyklu.

V medicíne sa často stretáme s pojmom „Health-Related Quality of Life“ (HRQoL), teda kvalita života súvisiaca so zdravím resp. ovplyvňovaná zdravím, zdravotným stavom. L. Motlová a E. Dragomirecká [7] ju definujú ako pacientov subjektívny názor na zdravie a telesné, psychické i sociálne funkcie. Všeobecné formulácie týkajúce sa kvality života a kvalita života súvisiaca so zdravím nie sú navzájom kontraproduktívne, naopak vzájomne sa dopĺňajú a v určitých prípadoch sa aj prekrývajú, nakoľko vplyv externých faktorov na zdravie jedinca je neopomenuteľný.

Meranie kvality života prináša komplexný pohľad na prítomnosť choroby v živote jednotlivca. Prostredníctvom týchto meraní sa identifikujú a deskribujú oblasti ľudského života, ktoré sú chorobou najviac postihované. Všeobecne možno konštatovať, že kvalita života chorého človeka zasahuje do podmienok jeho života, do jeho rodinnej klímy, ako aj do sociálnej siete, ktorou jedinec

disponuje. Nemožno vynechať ani dôležité body akými sú finančný príjem jednotlivca a možnosti a formy pomoci, ktoré má k dispozícii, počnúc príbuznými – rodinou, priateľmi, pomocou v oblasti neziskového sektora až po pomoc v štátnych inštitúciách.

Význam merania kvality života jedinca spočíva v prípadoch HRQoL najmä v subjektívnom prežívaní vlastnej choroby, v obmedzeniach, ktoré so zdravotným stavom súvisia, ako aj v kompenzačných mechanizmoch, ktorými samotný jedinec disponuje. E. Goppoldová [4] definuje význam merania kvality života nasledovne:

- Výskum - objasňuje, ktoré liečebné postupy sú účinné a ktoré sú efektívne vzhľadom k vynaloženým prostriedkom.
- Klinická prax - hodnotenie jednotlivých klientov a ich potrieb (monitorovanie psychosociálnych problémov v rámci individuálnej starostlivosti o pacienta).
- Komunitná starostlivosť - porovnávanie efektívnosti rôznych typov komunitnej starostlivosti a sledovanie procesu rehabilitácie.
- Populačné štúdie zamerané na sledovanie zdravotných problémov.
- Klinické pokusy (prípadne porovnávanie účinnosti liekov).

Záver

Zdravie možno chápať ako hodnotu, ako všeobecný cieľ, o ktorý sa človek usiluje. Kvalitu života v seniorskom veku v prevažnej miere ovplyvňuje zdravie, vnímané ako telesné, duševné a sociálne blaho. Zdravie je však výslednicou mnohých faktorov – interakcie s prostredím, emóciami človeka, okolia, nachádzaním zmyslu života v každej životnej situácii i v starobe.

Literatura

- [1] BENGTON, U. L. - KUYPERS, J. 1986. The family support cycle: Psychosocial issues in the aging family. In.: J. M. A. Munnichs, P. Mussen & E. Olbrich (eds) Life Span and Change in a Gerontological Perspective. New York: Academic Press. 1986
- [2] CETLOVÁ, L. 2009: Péče o seniory na oddělení dlouhodobě nemocných a řešení jejich sociálních služeb. In: zborník príspevkov z konferencie: „Dni sociálnej práce“ a „InteRRa 8“. Dni sociálnej práce. „Sociálna sféra Slovenskej republiky a sociálna práca (Európa, právo a prax)“, a „Rómske

- osobnosti“. Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva Univerzity Konstantina Filozofa v Nitre, 2009, s. 100. ISBN 978-80-8094-650-0.
- [3] CETLOVÁ, L. 2009: Canisterapie u hospitalizovaných pacientů na oddělení dlouhodobě nemocných. In: zborník príspevkov z konferencie: „Dni sociálnej práce“ a „InteRRa 8“. Dni sociálnej práce. „Sociálna sféra Slovenskej republiky a sociálna práca (Európa, právo a prax)“ a „Rómske osobnosti“. Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva Univerzity Konstantina Filozofa v Nitre, 2009, s. 94. ISBN 978-80-8094-659-3.
- [4] KOPÁČIKOVÁ, M., CETLOVÁ, L., SVOBODOVÁ, D. 2010: Ošetrovanie chorých Alzheimerovou chorobou. Florence. 2010. roč. VI, č. 2, s. 36 – 38. ISSN 1801–464X.
- [5] ČORNANIČOVÁ, R. 2004. Konceptualizácie kvality života v kontexte vzdelávania dospelých a sociálnej práce. In.: Tokárová, A., Kredátus, J., [3] Frk, V. (Eds.). Kvalita života a rovnosť príležitostí – z aspektu vzdelávania dospelých a sociálnej práce. [online]. Zborník príspevkov z vedeckej konferencie s medzinárodnou účasťou. 24. a 25. novembra 2004 v Prešove. s. 27-37. [Citované 12. júla 2007] Dostupné na: <http://www.ff.unipo.sk/kvdsp/download/zbrnk/zbrnkKZaRP2005>
- [6] GOPPOLDOVÁ, E. 2003. Sledování kvality života u pacientů s duševním onemocněním. In: Truhlářová, Z. (Ed.). Aktuální otázky sociální práce. Sborník příspěvků 2003. Hradec Králové: UHK. s. 72-78. ISBN 80-86771-01-6.
- [7] HALEČKA, T. 2001. Kvalita života ako pojem a problém sociálnej politiky a sociálnej práce. In.: Práca a sociálna politika roč. 9, 2001, č. 12, s. 2-6.
- [8] LITOMĚŘICKÝ, Š.: Kvalita života starého človeka a intervenčná gerontológia, In.: Lekársky obzor, 45/1996, č. 6, s. 177-180
- [9] MOTLOVÁ, L.- Dragomirecká, E. 2003. Schizofrenie a kvalita života. Psychiatrie. 2003, roč. 7, č. 2, s. 84-90. ISSN 1212-0383.
- [10] STRAKOVÁ, L. Európske Fórum starnúcej populácie: In Geriatria, roč. 5, č. 1/05, s. 49-50. ISSN 1335-1850
- [11] STREŽENEC, Š. 1996. Slovník sociálního pracovníka. 1.vydanie. Trnava: AD, 1996. 255 s. ISBN 80-967589-0-X
- [12] TRUHLÁŘOVÁ, Z. - MARKOVÁ, D. 2007. Společenské mýty o sexualitě seniorů. In: 15. celostátní kongres k sexuální výchově v České republice: Pardubice 2007, Sborník referátů. Praha: Společnost pro plánování rodiny a sexuální výchovu v Praze a Nová tiskárna Pelhřimov, 2007, p. 156 - 158. ISBN 978-80-86559-80-3.

- [13] VAŇO, B. (ed.), JURČOVÁ, D., MÉSZÁROS, J. 2002. Prognóza vývoja obyvateľstva SR do roku 2050 [Prognosis of the development of population in SR till 2050]. Bratislava: Infostat, 2002, 121 p.

AGING, AGE AND HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE.

Abstract

The posture of the society to the old age is still developing and changing and with this fact is connected the social role of old people and their societal status, that is always limited by some rights and requirements. In the contribution we deal with the problems of social aspects of quality of life in people at older age. The article has a theoretical character, in its introductory part we analyze a difficult multidimensional phenomenon of the quality of life. The second part of the paper is devoted to Health-Related Quality of Life.

Key words

Health-Related Quality of Life. Aging. Age.

Kontaktní údaje na autora

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

Komparácia rizík vyhorenia v profesii zdravotnej sestry a učiteľa

Andrea Juhášová

Abstrakt

V práci sa zaoberáme špecifikami syndrómu vyhorenia a jeho možným dopadom na emocionálne prežívanie a výkon v populácii zdravotných sestier. Skúmame riziko ohrozenia syndrómom vyhorenia v sesterskom povolaní a sledujeme, ktorý z prejavov (emocionálne vyprahnutie, depersonalizácia, pokles pracovného výkonu) sa u ohrozených sestier prejavuje najčastejšie. V závere práce načrtávame možnosti riešenia danej problematiky.

Kľúčová slova

Syndróm vyhorenia. Zdravotné sestry. Učítelia.

JEL Classification: I19

Úvod

Pomáhajúcich profesií je mnoho a súhrne by sme mohli povedať, že sú to odborníci, ktorí mnohokrát jednajú s klientmi nachádzajúcimi sa v zložitých životných situáciách alebo prežívajúcimi krízu. Sú to špecialisti vo svojich profesiách a počíta sa u nich s tým, že budú svojim klientom pomáhať či už pri riešení emocionálnych, zdravotných alebo sociálnych problémov. Spoločnosť na nich často kladie také požiadavky, ktoré sú neprimerané a vychádzajú z ideálnych predstáv o osobnosti pomáhajúceho. Mnohokrát býva spoločnosť s nimi natoľko stotožnená, že aj samotný pomáhajúci sa s nimi identifikuje.

Rozdelenie pomáhajúcich pracovníkov je podľa mnohých autorov rôzne. Uvádzame niekoľkých autorov, u ktorých sa vyskytuje členenie pomáhajúcich profesií.

Podľa Kopřivu (1997, s. 11) môžeme medzi pomáhajúce profesie zaradiť lekárov, zdravotné sestry, pedagógov, sociálnych pracovníkov, ošetrovatelky, psychologov.

Schmidbauer (2000, s. 13) sem ešte zahŕňa vychovávateľov, psychoterapeutov, duchovných a učiteľov.

Matoušek (2003, s. 51) pomáhajúce profesie nazýva sociálne povolania a zaraďuje medzi ne: učiteľov, sociálnych pracovníkov, psychológov, vychovávateľov, sociológov, psychoterapeutov, fyzioterapeutov, logopédov, zdravotné sestry a pod.

Čoraz častejšie sa stretávame so syndrómom vyhorenia u zdravotných sestier a učiteľov. Príčiny SV sú často umiestňované iba do roviny psychologickkej, no v poslednom čase sa čoraz viac stretávame s publikáciami, ktoré SV vnímajú holisticky a medzi príčinami vzniku nájdeme aj teórie biochemické (Wilson, 2005). Zastávame názor, že jednota organizmu je podmienená vyváženosťou biologickej i psychickej roviny. V našej práci sa viac orientujeme na psychologické aspekty SV.

Zdravotné sestry sú fyzicky a psychicky preťažené, cítia tlak zo strany lekárov, ale aj pacientov. Pracujú v trojzmennej prevádzke, často musia zaskakovať za svoje neprítomné kolegyne a časté je aj striedanie služieb. Sú nespokojné zo svojim finančným ohodnotením, nemôžu zladit' svoje role (rolu matky, manželky), pribúda im čoraz viac administratívnej práce. K ďalším príčinám, ktoré vedú u sestier k syndrómu vyhorenia patria aj zlé medziľudské vzťahy, najmä medzi sestrami ale aj nestabilita kolektívu. Ošetrovateľská starostlivosť prebieha výrazne asymetricky, to znamená, že zdravotná sestra viac dáva než dostáva. Taktiež pociťujú zdravotné sestry málo slobody v rozhodovaní, cítia sa pod tlakom (www.psychologia.sav.sk, 13. 12. 2007).

„Práca v zdravotníctve má svoje špecifiká, avšak priebeh a príznaky vyhorenia sú rovnaké ako v iných profesiách povolaniach. Vyvolávajúce príčiny sa môžu v malej miere líšiť od iných oblastí pracovnej činnosti. Pri syndróme vyhorenia sa do popredia vždy dostáva otázka zmysluplnosti vlastnej práce, ktorá často negatívne rezonuje v postojoch zúčastnených. Riziková je silná motivácia a zapálenie pre prácu, zaujatie určitou úlohou, pričom úsilie je spojené s prehnane vysokými cieľmi a nadmerným pracovným zaťažením, pre nedostatočnej pozitívnej spätnej odozve. Najčastejšie sa stávajú obeťou tí, ktorí na seba príliš nemyslia“ (Klimeková, 2007, s. 20).

V povolaní učiteľov na základných školách sa často stretávame s podobnými príčinami i následkami syndrómu vyhorenia. „Očakávania kladené na učiteľa sú veľmi vysoké. Žiaci od neho očakávajú zrozumiteľný výklad učiva, pochvalu a uznanie, zábavu, pomoc pri učení, radu, emocionálnu blízkosť, spravodlivé jednanie. Rodičia požadujú účinné sprostredkovanie vedomostí a znalostí svojím

potomkom, zaistenie ich trvalého pokroku v učení, radu, ochranu detí pred nebezpečenstvom, empatiu, terapiu a spoluprácu. Kolegovia od učiteľa chcú aby mal vždy dobrú náladu, zveroval sa im so svojimi starosťami, počúval ich problémy a podporil ich v konfliktných situáciách. Vedenie školy očakáva od pedagóga dosiahnutie odpovedajúcich výukových a výchovných cieľov, objektívne posudzovanie výkonov žiakov, bezkonfliktný manažment triedy, udržiavanie disciplíny, príkladné správanie, spoločenskú a profesionálnu angažovanosť, pripravenosť integrovať do výučby i problémových žiakov a iné. Verejnosť žiada aby učiteľ žiakov pripravil pre trh práce, motivoval ich k výkonom a úspechom, naučil ich využívať svoje klady a potlačovať zápory. Ak chce učiteľ všetkým vyhovieť, dostane sa do stresu. Je nutné vymedziť si hranice“ (Hennig, Keller, 1996, s. 45 – 46).

Materiál a metódy

Z hľadiska prieskumného problému nás zaujímalo porovnanie rizík syndrómu vyhorenia u zdravotných sestier a učiteľov na základných školách, porovnanie najčastejších prejavov (depersonalizácia, emocionálne vyčerpanie, znížený pracovný výkon) syndrómu vyhorenia u zdravotných sestier a učiteľov na základných školách. Na základe preštudovanej literatúry a prieskumov, ktoré sa v danej problematike realizovali sme stanovili hlavný cieľ prieskumu: Porovnať výskyt syndrómu vyhorenia v profesiách zdravotných sestier a učiteľov na základných školách.

C1: Porovnať výskyt syndrómu vyhorenia u zdravotných sestier a učiteľov.

C2: Porovnať výskyt prejavov (EE, DP, PA) syndrómu vyhorenia u zdravotných sestier a učiteľov na základných školách.

H1: Rozdiel výskytu syndrómu vyhorenia u zdravotných sestier a učiteľov na ZŠ bude štatisticky významný.

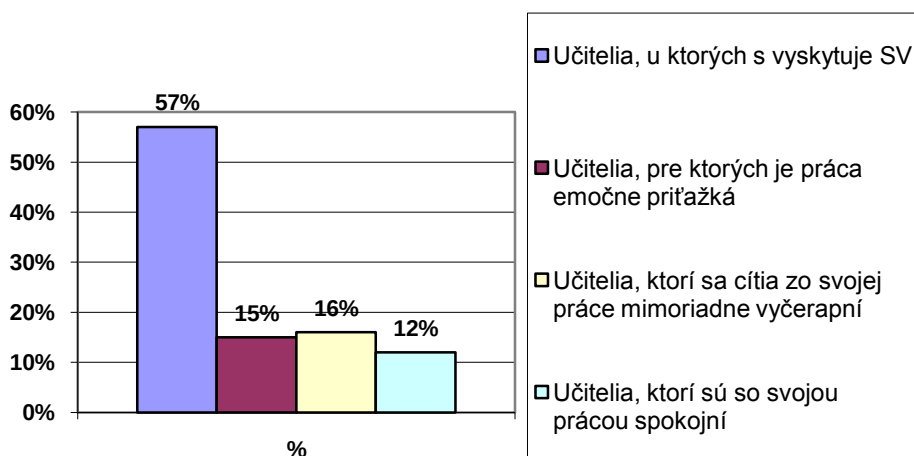
O2: Aké budú rozdiely medzi poradím významnosti EE, DP, PA u zdravotných sestier a učiteľov na ZŠ?

Prieskumný súbor tvorili učitelia na základných školách a zdravotné sestry pracujúce na dermatovenerologických, obvodných, chirurgických, gynekologických a infektologických ambulanciách a zdravotné sestry pracujúce na ortopedickom, chirurgickom, internom a urologickom oddelení. Výber respondentov bol náhodný. Základný súbor tvorilo 100 učiteľov základných škôl a 100 zdravotných sestier. Dotazník MBI (Maslach burnout inventory) bol hlavnou prieskumnou metódou. Obsahuje 22 položiek. Jadro dotazníka tvoria otázky zamerané na získanie odpovedí na dosiahnutie prieskumných cieľov.

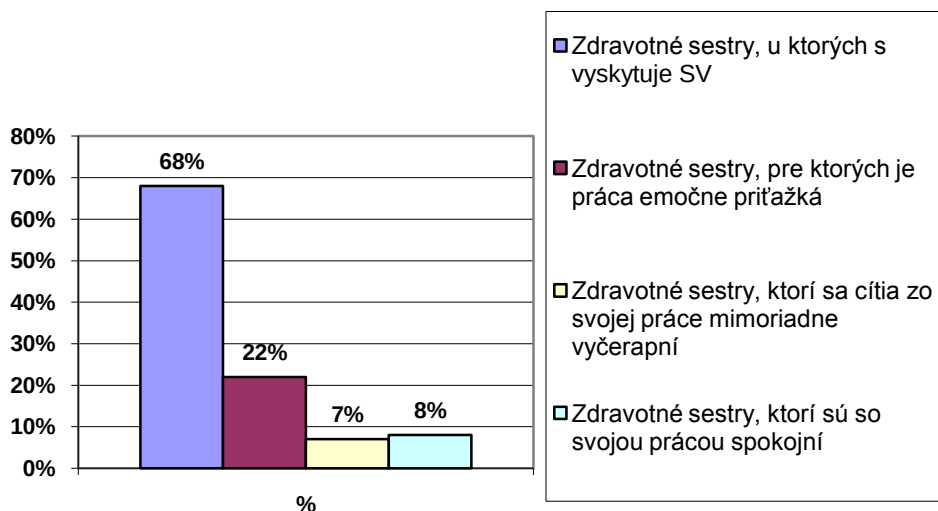
Na každú otázku odpovedali respondenti jednou zo 7 stupňovej Likertovej škály a to v rozpätí od „nikdy“ až po „denne“. Dotazník zisťuje tri hlavné zložky syndrómu vyhorenia – emocionálne vyčerpanie, depersonalizáciu, znížený pracovný výkon. Dotazník má 9 otázok zameraných na emocionálne vyčerpanie, 5 otázok zameraných na depersonalizáciu a 8 otázok zameraných na znížený pracovný výkon. Výsledky sme vyhodnocovali štatistickými metódami, pomocou programu Microsoft Excel.

Výsledky a diskuse

Graf 1 Výskyt SV u učiteľov ZŠ

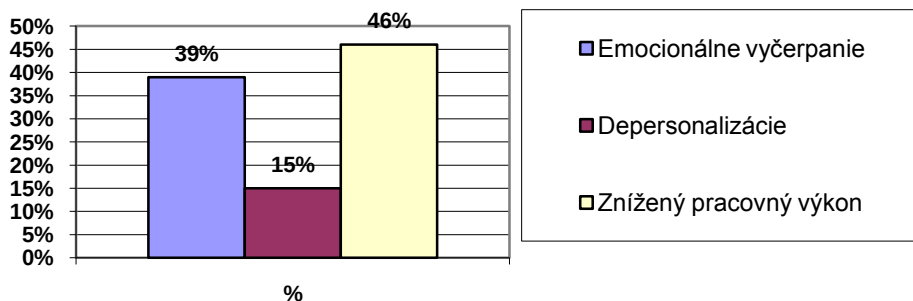


Graf 2 Výskyt SV u zdravotných sestier

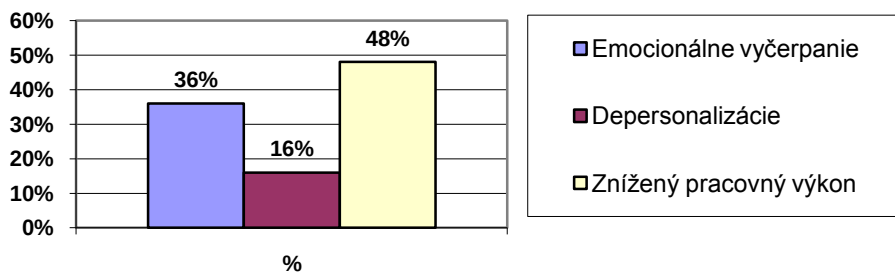


Z grafov 1 a 2 môžeme vidieť, že syndróm vyhorenia postihuje viac zdravotné sestry 63 % ako učiteľov 57 %. Práca je emočne priťažká pre 22 % zdravotných sester, pre učiteľov 15 %. 16% učiteľov sa cíti zo svojej práce mimoriadne vyčerpaných, zdravotné sestry vykazujú kategóriu vyčerpanie na 7 %. 12 % učiteľov je spokojných so svojou prácou, zdravotných sestier 8 %. Na základe výpočtu Pearsonovho korelačného koeficientu vznikli 4 skupiny respondentov, a to učitelia a zdravotné sestry, u ktorých sa SV vyskytuje ($ZS = 0,995$, učitelia = $0,975$), pre ktorých je práca emočne priťažká ($ZS = 0,976$, učitelia = $0,953$), ktorí sa cítia zo svojej práce mimoriadne vyčerpaní ($ZS = 0,898$, učitelia = $0,925$), a ktorí sú so svojou prácou spokojní ($ZS = 0,862$, učitelia = $0,892$). Títo respondenti nám podobne odpovedali na rovnaké otázky. Na základe týchto dvoch grafov môžeme povedať, že sa hypotéza č. 1 potvrdila. Zdravotné sestry sú postihnuté syndrómom vyhorenia viac ako učitelia.

Graf 3 Prejavy SV u učiteľov na ZŠ



Graf 4 Prejavy SV u zdravotných sestier



Analýzou odpovedí respondentov sme zistili, že najčastejším prejavom vyhorenia je znížený pracovný výkon u oboch skupín. Z grafov č. 3 a 4 môžeme

vidieť, že vyššie percento dosiahli zdravotné sestry 48 % ako učitelia – 46 %. Druhým prejavom syndrómu vyhorenia je emocionálne vyčerpanie. V tomto prípade je percento vyššie u učiteľov 39 % než u zdravotných sestier 36 %. Posledným prejavom vyhorenia, ktoré sme v dotazníku skúmali je depersonalizácia. V tomto prípade sa dá povedať, že výsledky tohto prejavu boli takmer rovnaké. Depersonalizácia dosiahla u zdravotných sestier 16 % a u učiteľov 15 %.

Z dotazníka MBI (Maslach burnout inventory) sme vypočítali aj priemerné skóre u zdravotných sestier a u učiteľov.

Priemerné skóre učiteľov:

$$EE = 23,1$$

$$DP = 8,4$$

$$PA = 23,8$$

Priemerné skóre zdravotných sestier:

$$EE = 22,5$$

$$DP = 9,1$$

$$PA = 27,6$$

Z uvedeného prehľadu jednoznačne vyplýva, že významné hodnoty u oboch skupín dosiahli kategórie pocitu zníženej kompetencie a slabej výkonnosti a v emocionálnom vyčerpaní. Najnižšie priemerné skóre dosiahli respondenti vo faktore depersonalizácia. Greenglas a kol. (1990) uvádzajú, že nezistili významné rozlíšenia medzi učiteľmi v emočnom vyčerpaní a v depersonalizácii. Naše výsledky potvrdzujú tento trend, aj keď rozlíšenie v depersonalizácii je menej významné. Pre zdravotné sestry je aj veľkou záťažou to, že musia pracovať v trojzmennej prevádzke. Pri striedaní trojzmenných služieb majú častokrát málo času na oddych a relax. Nestíhajú sa venovať svojej rodine a svojim záľubám. Okrem toho že musia pracovať na tri zmeny sa stáva, že neraz musia zastúpiť aj svoje neprítomné kolegyne, alebo musia pracovať nadčas, na úkor svojho osobného voľna. Medzi ďalšie príčiny, ktoré môžu viesť u zdravotných sestier k vyhoreniu patria konfliktné medziľudské vzťahy na pracovisku, nestabilita kolektívu a nadmerná fyzická záťaž.

Na základe výsledkov našej práce je zrejmé, že obe pomáhajúce profesie sú v súčasnosti reálne ohrozené syndrómom vyhorenia. Je nevyhnutné, aby sa v danej oblasti nešírila iba osвета, ale aby sa podnikali konkrétne projekty na prevenciu syndrómu vyhorenia.

Závěr

Syndrómom vyhorenia v dnešnej uponáhľanej dobe trpí veľa ľudí, ktorí si to však ani častokrát neuvedomujú. Najväčšou tragédiou je, že najčastejšie sa stávajú obeťou tohto syndrómu tí, ktorí chcú najviac pomôcť a pritom si neuvedomujú, že aj oni potrebujú pomoc. Syndrom vyhorenia postihuje učiteľov a zdravotné sestry, vstupujúcich do zamestnania s veľkou mierou nadšenia. Sú vysoko motivovaní. Očakávajú, že im ich práca dá zmysel života. Považujú danú prácu skôr za poslanie ako za zamestnanie.

Cieľom prieskumu v danej oblasti bolo porovnať výskyt syndrómu vyhorenia v profesiách zdravotných sestier a učiteľov na základných školách. Zvolili sme metódu MBI dotazníka, ktorý sme použili na prieskumnom súbore zdravotných sestier a učiteľov na ZŠ. Pomocou dotazníka sme porovnali prejavy syndrómu vyhorenia (EE, DP, PA) v týchto dvoch profesiách.

Na základe výsledkov a štatistických zistení, ktoré sme získali z dotazníka, sme zistili, že viac postihuje syndróm vyhorenia zdravotné sestry ako učiteľov na základných školách. Je to dané tým, že sestry sú viac vystavované fyzickej a psychickej záťaži pri ošetrovaní pacientov, ťažko chorých, zomierajúcich pacientov a pacientov s náhlymi zmenami zdravotného stavu, že neustále pracujú v nepretržitej prevádzke pri rovnomernom, ale aj nerovnomernom rozvrhnutí pracovných zmien. Výskyt syndrómu vyhorenia u nich tak isto súvisí s nedostatkom podpory.

Vyššia pozornosť by sa mala venovať tomu, čo robiť, aby sa výskyt syndrómu vyhorenia v pomáhajúcich profesiách eliminoval. Je preto veľmi dôležité, aby sa všetky dosiaľ získané výsledky z výskumov dôkladne uplatňovali v praxi.

Literatura

- [1] DANIEL, J. 2003. *Prehľad všeobecnej psychológie*. Nitra: Enigma, 2003. ISBN 80-89132-05-7.
- [2] GREENGLAS and collective. 1990. A gender-role perspective of coping and burnout. In *Applied psychology*. ISSN 1464-0597, volume 39, number 1, 5 – 27 pages.
- [3] HENNIG, C. – KELLER, G. 1996. Antistresový program pro učitele: Projevy, příčiny a způsoby překonání stresu z povolání. Praha: Portál, 1996. ISBN 80-7178-093-6.
- [4] KILÍKOVÁ, M. 2006. *Stres v profesii sestry*. In: *Zdravotníctvo a sociálna práca*, roč. 1, č. 2/2006, s. 9 – 14, ISSN 1336-9326.

- [5] KLIMEKOVÁ, Anna. 2007. „Burnout“ alebo kde sa podel náš životný elán. Bratislava: Ministerstvo obrany Slovenskej republiky. 2007. ISBN 978-80-89261-09-3.
- [6] KOPŘIVA, K. 1997. *Lidský vztah jako součást profese*. Praha: Portál, 1997. ISBN 80-7178-150-9.
- [7] MATOUŠEK, O. a kol. 2003. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2003, ISBN 80-7178-548-2.
- [8] SCHMIDBAUER, W. 2000. *Psychická úskalí pomáhajících profesí*. Praha: Portál, 2000, ISBN 80-7178-312-9.
- [9] WILSON, L. 2005. Adrenal Burnout Syndrome. <http://educate-yourself.org/cn/adrenalburnout19apr05.shtml> www.psychologia.sav.sk 13. 12. 2007.

Príspevok vznikol vďaka podpore grantu:

VEGA č. 1/0221/11 pod názvom: Evaluácia výsledkov procesu resocializácie klientov resocializačných stredísk v podmienkach Slovenskej republiky a GRUNDTVIG – Učiace sa partnerstvá – Central European Grundtvig Partnership for Life-long Education in Health and Social Care, 9410 0439.

Kontaktní údaje na autora

Mgr. Andrea Juhásová, PhD.

Katedra sociálnej práce a sociálnych vied

FSVaZ UKF v Nitre

Kraskova 1

94974 Nitra

e-mail: ajuhasova@ukf.sk

Vplyv onkologického ochorenia žien na ich sociálny status

Anna Kasanová, Martina Hrozenská

Katedra sociálnej práce a sociálnych vied, FSVaZ UKF v Nitre

Abstrakt

V posledných päťdesiatich rokoch výskyt rakoviny prsníka nepretržite stúpa. V našej štúdii prinášame odpovede na otázky, ako sa dokážu ženy s touto skutočnosťou vyrovnat', ako sa menia ich hodnoty, aká je ich sociálna pozícia v rodine, na pracovisku a aká je ich sociálna situácia. Výsledky výskumu poukazujú na vplyv rakoviny na pozíciu žien v sociálnych skupinách. Zároveň vypovedajú o zhoršenej finančnej situácii respondentiek v súvislosti s chorobou. Dospeli sme tiež k zisteniu, že respondentkám chýbajú informácie o možnostiach, ktoré poskytuje zdravotný a sociálny systém SR.

Kľúčová slova

Rakovina prsníka. Sociálny status. Svojpomocná skupina.

JEL Classification: I19

Úvod

Na rakovinu prsníka resp. prsníkov môže ochoriť ktorákoľvek žena. Iba v Európe trpí na rakovinu prsníka takmer 430 000 žien. Rakovina prsníka tak predstavuje až asi 30 % spomedzi všetkých nových registrovaných nádorových ochorení. U žien je najrozšírenejšou formou nádorového ochorenia. V roku 2006 zomrelo len v Európe na nádor prsníka 131 900 žien [3].

Sociálne aspekty života onkologicky chorých žien

Rakovina predstavuje pre človeka závažný psychický stres, ktorý je nezriedka spojený s bolesťou, telesnými ťažkosťami, znížením či stratou doterajšieho pracovného uplatnenia, obmedzením sociálnych kontaktov. „Chorý potrebuje dostatočný čas a skúsenosť, aby sa vyrovnal so zmenami a prispôbil sa novej životnej situácii. Takto sa začína meniť sociálna situácia chorého a tiež aj jeho vzťahy v rodinnej a pracovnej societe“ [6]. S touto diagnózou sa spája nečakaná

zmena celého, doteraz zabehnutého života nielen postihnutej ženy, ale aj jej rodiny a najbližšieho okolia. Sociálny dopad, ktorý toto ochorenie so sebou nesie, nie je špecifický len pre rakovinu prsníka, ale všeobecne pre onkologické ochorenia. Klienti musia čeliť zmene prostredia, vypadnutiu zo sociálnych rolí, strate súkromia. Pre ženu, ktorej lekár oznámi túto diagnózu, je nesmierne ťažké sa s ňou vyrovnat'. Ak je zachytená a liečená v začiatočných štádiách, možnosť vyliečenia je vysoká. U mnohých žien sa však diagnostikuje až pokročilé štádium ochorenia, ktoré je spojené s bolesťou a útrapami. Niekedy sa k tomu ešte pridajú problémy v zamestnaní spôsobené dlhodobou práceneschopnosťou a následný prechod do invalidity často znamená, že žena nedokáže uhradiť všetky náklady spojené s domácnosťou. Medzil'udské i partnerské vzťahy sú preverované ťažkými skúškami. Toto ochorenie poznamenáva nielen telo, ale i dušu ženy. Ako jedno z mála ochorení je do istej miery i viditeľné - kozmeticky zohavuje hrudník ženy. V mnohých prípadoch je však amputácia prsníka nevyhnutná k prežitiu.

Sociálny status značí postavenie, resp. miesto, ktoré zaujíma jednotlivec vo svojej sociálnej skupine. Podľa A. Tokárovej a kol. [7] celková charakteristika každého člena skupiny odrážajúca jeho miesto v skupine sa označuje termínom pozícia, ktorá sa v termínoch prestíže, významu a hodnoty pre skupinu vyjadruje pojmom sociálny status. Väčšina respondentiek nášho výskumu sú členkami svojpomocnej skupiny, ktorá má v ich živote dôležité miesto. Ako dôvod vzniku svojpomocných skupín O. Matoušek [2] uvádza „prejav rastúceho občianskeho sebedomia a reakciu na nedokonalé alebo chýbajúce profesionálne služby. Ďalej tento autor popisuje podstatné prvky činnosti svojpomocných skupín:

- oslabenie pocitu izolácie u ľudí s akýmkoľvek problémom; emocionálna a niekedy i iná podpora, ktorú si členovia poskytujú;
- zvládanie ťažkostí tým, že postihnutý pomáha niekomu inému s rovnakým problémom;
- presadzovanie záujmov skupiny vo verejnom priestore.“

Naša cieľová skupina sa najčastejšie pohybuje v skupinách ako sú rodina, pracovný kolektív a svojpomocná skupina.

Tým, že sa vplyvom ochorenia mení sociálny status ženy, mení sa aj jej sociálna rola a životná situácia. Keď sa žena dozvie svoju diagnózu „rakovina prsníka“, prepadne ju negatívne pocity: strach, ľútosť, beznádej... podobne, ako mnohým iným ľuďom, sa jej vynorí v podvedomí hlboko zakorenený mýtus o tom, že kto má rakovinu, čoskoro zomrie. Prežíva hlavne strach pred operáciou a „predovšetkým, ak je treba prsník odstrániť, obavy zo straty ženskosti (že už

nebude kompletnou ženou), obavy z toho, ako bude na jej telesnú zmenu reagovať partner a či novú situáciu zvládne aj sama“ [5]. Negatívne emócie často vedú u ženy k hlbkej kríze a obavám, že operácia prsníka ju poznačí a stratí podstatný atribút svojej ženskosti so všetkým, čo je s tým pre ženu spojené: hrdosť, sebavedomie a schopnosť sexuálnych zážitkov. Vo chvíľach, kedy je žena „na dne“, je pre ňu veľmi dôležité hovoriť s ľuďmi, ktorým môže dôverovať. Či už je to niekto z jej blízkeho okolia (rodina, priatelia) alebo niekto z profesionálov (lekár, psychológ, sociálny pracovník) alebo členky svojpomocných skupín, ktoré navyše poznajú situáciu z vlastného prežívania.

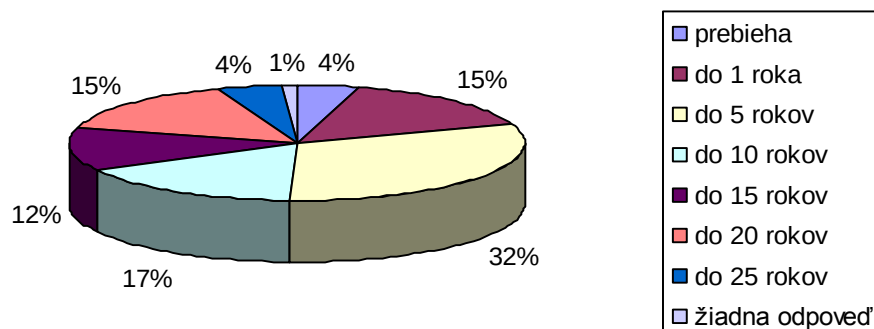
Ciele výskumu a niektoré výskumné zistenia

Našu výskumnú vzorku tvorilo 91 žien z nitrianskeho klubu Venuša a z onkologickej ambulancie. Oslovili sme ženy, ktoré už rakovinu prsníka prekonali, nakoľko tie už nie sú vo fáze stresu, traumy, vzdoru a pod. a boli ochotnejšie spolupracovať s nami. Priemerný vek participantiek dosiahol hodnotu 48 rokov. Využili sme nami zostavený dotazník, ktorý pozostával z 22 poloopených a uzavretých otázok.

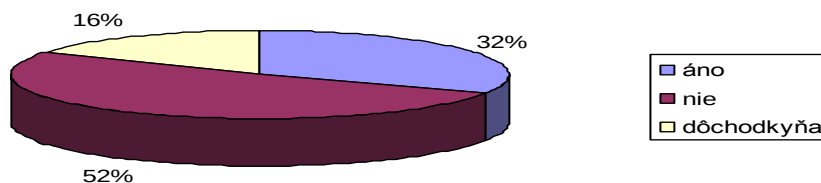
Hlavným cieľom našej štúdie bolo zistiť vplyv onkologického ochorenia žien na ich sociálny status. Zisťovali sme:

1. Zmenu pozície žien v sociálnych skupinách, v ktorých sa pohybujú.
2. Finančnú situáciu žien a ich rodín vplyvom onkologického ochorenia.
3. Mieru informovanosti o možnostiach, ktoré poskytuje zdravotný a sociálny systém onkologickým pacientkám.
4. Dôležitosť a význam svojpomocných klubov pre ženy, ktoré prekonali rakovinu.

V úvode výskumu nás zaujímala informácia vypovedajúca o časovom období, ktoré uplynulo od zahájenia liečby. Zistili sme, že 4 % opýtaných žien boli v čase realizácie výskumu práve v terapeuticknej fáze. Najvyšší podiel tvorili ženy, ktoré sú 5 rokov po terapii, bolo ich 32 % z celkového počtu. 15 % opýtaných bolo rok po terapii, podobne 15 % opýtaných bolo do 20 rokov od nastavenia terapie. Ďalšie zistenia sú zaznamenané v grafe č.1.



Graf 1: Obdobie po terapii

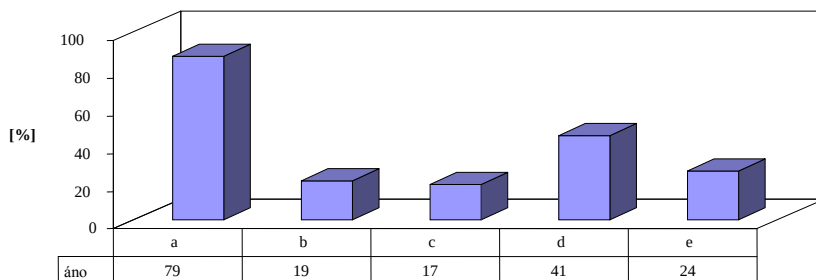


Graf 2: Pracovný status respondentiek

V nasledujúcej otázke sme sa zaujímali o to, či sú participantky zamestnané resp. poberajú starobný alebo iný dôchodok. 32 % opýtaných bolo v čase realizácie výskumu v pracovnom procese. 52 % respondentiek nebolo v čase realizácie výskumu zamestnaných a zvyšných 16 % tvorili dôchodkyne.

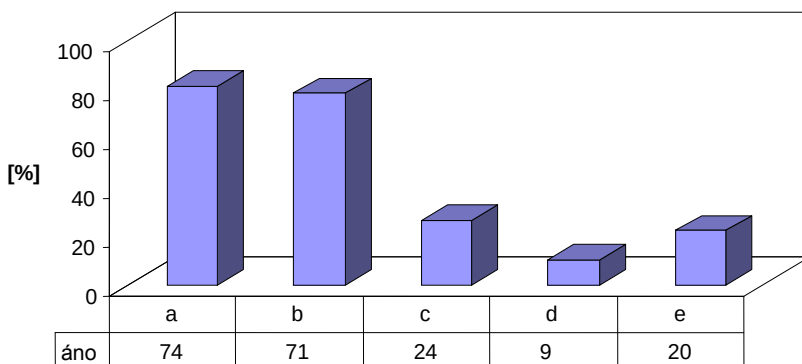
V nasledujúcej otázke sme sa zaujímali o to, či sú participantky držiteľkami preukazu ZŤP? Zistili sme kladnú odpoveď u 62 % opýtaných žien, naopak možnosť „nie“ využilo 38 % opýtaných. Preukaz sa vydáva na základe posúdenia zdravotného postihnutia, kedy sa zároveň rozhodne o miere funkčnej poruchy a o tom, že ide o občana s ťažkým zdravotným postihnutím. Tento preukaz je určený na uplatnenie kompenzácií, ktoré smerujú k prekonaniu alebo zmierneniu sociálnych dôsledkov ťažkého zdravotného postihnutia.

Ďalej sme požiadali respondentky, aby vybrali z uvedených sociálnych skupín tie, ktorých sú členkami ev. aby doplnili ďalšie. 79 žien (uvádzame v absolútnych číslach, nakoľko respondentky mohli vybrať viacero volieb), je v súčasnosti členkou rodiny (v grafe stĺpec a); 19 z nich je súčasťou pracovného kolektívu (v grafe stĺpec b); 17 je členkami záujmového klubu (v grafe stĺpec c); 41 navštevuje svojpomocnú skupinu (v grafe stĺpec d); 24 z nich je členkou aj inej skupiny (v grafe stĺpec e – turistika, UTV, seniorklub). Respondentky mohli voliť viacero alternatív odpovede.



Graf 3: Príslušnosť k sociálnej skupine

Podobne sme poprosili participantky, aby vybrali z uvedených sociálnych skupín tie, ktorých boli členkami v minulosti prípadne doplnili ďalšie skupiny. Zistili sme, že:



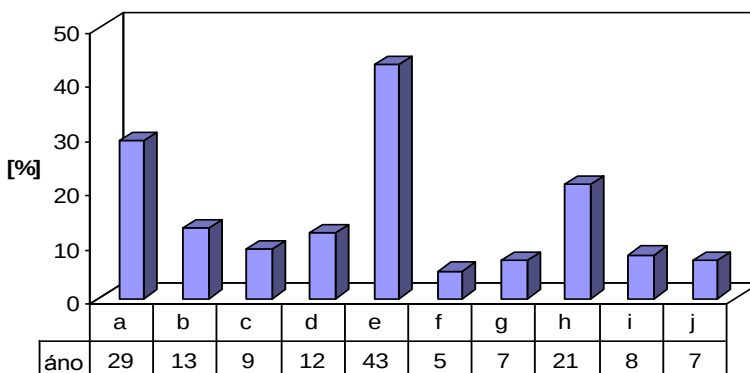
Graf 4: Príslušnosť k sociálnej skupine z minulosti

74 žien boli, resp. sú členkami rodiny (v grafe stĺpec a); 71 z nich boli súčasťou pracovného kolektívu (v grafe stĺpec b); 24 bolo členkami záujmového klubu (v grafe stĺpec c); 9 navštevovalo svojpomocnú skupinu (v grafe stĺpec d); 20 z nich boli členkami aj inej skupiny (v grafe stĺpec e).

Zaujímali sme sa taktiež o pocity spojené s chorobou a ich vplyvmi na sociálnu pozíciu v niektorej sociálnej skupine (ako je rodina, pracovný kolektív, priatelia a pod.).

70 % (64) respondentiek nepocituje, že by sa vplyvom ochorenia zmenila ich pozícia v sociálnej skupine. 29 % (26) opýtaných má pocit, že sa ich pozícia zmenila – buď v pracovnom kolektíve (14 %), v rodine (6 %), medzi priateľmi (4 %) a v športe (3 %). Jedna respondentka na túto otázku neodpovedala. Z uvedeného vidíme, že u 1/3 žien má rakovina prsníka vplyv na ich pozíciu v niektorých sociálnych skupinách.

Pri prekonávaní rakoviny človek prežíva mnoho negatívnych pocitov a obáv o svoj život, zdravie, vzhľad a pod. Zaujímalo nás, čo presne respondentky pocítovali. Respondentky mohli voliť viacero alternatív odpovede.



Graf 5: Obávané situácie

Respondentky reagovali na uvedené situácie nasledovne:

- 29 % (26) z nich sa obávali straty zamestnania (stĺpec „a“)
- 13 % (12) mali strach z diskriminácie v zamestnaní (stĺpec „b“)
- 9 % (8) sa báli, že stratia priateľov (stĺpec „c“)
- 12 % (11) pocítovali obavy zo straty pozície v istej sociálnej skupine, (napr. rodina, priatelia, pracovný kolektív) (stĺpec „d“)

- 43 % (39) sa báli zlej ekonomickej situácie (stĺpec „e“)
- 5 % (5) mali strach z odsúdenia (stĺpec „f“)
- 7 % (6) respondentiek sa obávalo sociálnej izolovanosti (v grafe stĺpec g)
- 21 % (19) opýtaných žien sa báli straty záujmu manžela/partnera (príp. jeho odchodu) (stĺpec „h“)
- 8 % (7) mali strach z reakcie detí (stĺpec „i“)
- 7 % (6) uviedli iné dôvody svojich obáv (stĺpec „j“), napr.: jedna respondentka pociťovala strach o pozostalých, jedna sa bála bagatelizovania choroby, jedna - či nezostane na obťaž deťom.

Nasledujúca otázka znela: Naplnili sa niektoré z týchto Vašich obáv (napr. reálne ste sa stretli s diskrimináciou v zamestnaní, opustil Vás manžel a pod.)?

U 81 % (73) žien sa ich obavy, ktoré uviedli v predchádzajúcej otázke, nenaplnili a 5 % (5) respondentiek na túto otázku neodpovedalo. Pre 13 z nich sa tieto obavy stali skutočnosťou - uviedli nasledovné situácie: 4 respondentky stratili zamestnanie, 4 stratili manžela, 3 pocítili diskrimináciu a 2 respondentky označili kladne všetky formy obáv, ktoré sme v otázke ponúkli.

Chceli sme tiež vedieť, aká je informovanosť onkologických pacientiek.

50 % (45) z opýtaných žien nevie o všetkých možnostiach výhod a príspevkov pre onkologické pacientky a chceli by sa o tejto problematike dozvedieť viac. 45 % (41) respondentiek si myslí, že sú o tejto problematike dostatočne informované. 4 % (4) žien nevedia o týchto možnostiach.

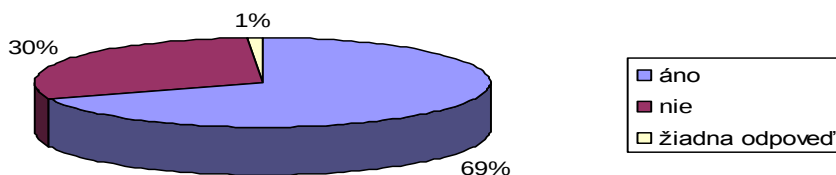
Následne sme sa zaujímali o to, či participantky dostali príspevok od štátu určený na kompenzáciu zdravotnej a sociálnej situácie spojenej s onkologickou diagnózou. Kladne odpovedalo 19 žien, z toho: 6 využilo preukaz ZŤP, 4 na parochňu, 4 na epitézu, 7 na špeciálnu podprsenku, 2 na protézu. Príspevok od štátu nevyužilo 72 opýtaných žien.

Osobitná časť výskumu sa dotýkala zhodnotenia ekonomickej situácie participantiek vplyvom ochorenia. 54 % (49) respondentkám sa zhoršila ich ekonomická situácia vplyvom ochorenia, 3 % (3) uviedli dočasné zhoršenie počas PN. V 42 % (38) prípadoch sa ekonomická situácia nezhoršila.

Zisťovali sme taktiež to, či majú respondentky ďalšie výdavky aj po ukončení liečby. U 66 % (60) sa ukázalo, že ešte stále majú výdavky spojené s ochorením.

32 % (29) z opýtaných už takéto výdavky nemá a 2 ženy sa k tejto téme nevyjadrili.

V živote pacientov, obzvlášť so závažnými zdravotnými problémami zohrávajú významnú úlohu svojpomocné skupiny. „Ženy, ktoré navštevujú svojpomocnú skupinu využívali významne častejšie stratégie vyhľadávania emocionálnej opory, odreagovanie emócií, pozitívna reformulácia, humor a sebaobviňovanie“ [8]. Opýtali sme sa preto respondentiek, či využívajú alebo využili možnosti stretnutia v svojpomocných skupinách. V prípade kladnej odpovede nás zaujímalo, v čom im tieto skupiny pomáhajú resp. pomohli a v čom vidia respondentky ich prínos. Väčšina žien z nášho súboru – 69 % (63) navštevuje svojpomocnú skupinu. 30 % (27) žien uviedlo, že nenavštevuje svojpomocnú skupinu. V čom vidia prínos takejto skupiny pre seba (uvedieme najpočetnejšie): 10 % (9) respondentiek vidí prínos hlavne v zdieľaní s ľuďmi s podobnou diagnózou; pre 9 % (8) sú prínosom hlavne osobné stretnutia a rozhovory; 8 % (7) vidí dôležitosť v informovanosti; rovnako – 8 % (7) si takto našlo nové priateľstvá; 7 % (6) považuje za prínos liečebné rekondičné pobyty, cvičenie a plávanie; pre 4 % (4) z nich sú to výlety a zájazdy; rovnako 4 % (4) si myslia, že najväčším prínosom pre nich sú kultúrne podujatia; 3 % (3) sú presvedčené o tom, že všetko, čo klub robí, je pre ne dôležité, 2 % (2) považujú za prínosné prednášky s onkologickou tematikou. Žiaková-Maštenová [8] vo svojich zisteniach uvádzajú tieto závery: „Ženy, ktoré navštevujú svojpomocnú skupinu teda významnejšie častejšie prežívajú pozitívne zmeny v dimenzii interpersonálnych vzťahov. Tento výsledok naznačuje, že svojpomocná skupina zohráva významnú úlohu v zlepšovaní kvality interpersonálnych vzťahov žien.“



Graf 6: Navštevnosť svojpomocných skupín

Otázku: „*Čo vám toto ochorenie vzalo a čo vám dalo?*“ sme formulovali ako otvorenú, získané odpovede sme kategorizovali nasledovne:

Najčastejšie uvádzané negatíva: starosti, strach, bolesť, utrpenie, problém s ošatením (podprsienka, plavky), strach z umierania, zlá skúsenosť s lekárkou, zlá finančná situácia.

Choroba mi vzala: všetko, kus tela, fyzický vzhľad (ženskosť), zamestnanie, radosť zo života, optimizmus, sebavedomie, pocit istoty, zdravie, silu, časť života, ilúzie o manželstve, šport, prácu v záhrade, robenie dlhodobých plánov, nádej, že ma choroba nepostihne, duševný pokoj.

Choroba mi dala: prehodnotenie priorít (hodnôt), sebadôveru, nové priateľstvá, schopnosť tešiť sa zo života, zmenu životného štýlu, pohľad na život, pokoru, rozvážnosť, trpezlivosť, venovanie sa záľubám a športu, informácie, vedomosti (o chorobe), silu bojovať, akcie - spoznanie nových miest, spoznanie ľudí ochotných pomôcť, podporu zo strany najbližších, naučila som sa viac šetriť, pochopenie s chorými ľuďmi, osobnú pohodu, životné poučenie, ukázalo mi pravú tvár priateľov.

Diskusia

V čase realizácie nášho výskumu bola v pracovnom procese iba 1/3 respondentiek, 52 % boli dlhodobo PN, 16 % žien žilo z invalidného či starobného dôchodku. 2/3 žien uviedli, že naďalej majú výdavky súvisiace s onkologickým ochorením (lieky, vyšetrenia, protézy...) Tieto výsledky najviac dokumentujú, ako sa zmenila ekonomická situácia žien chorých na rakovinu prsníka. Jako pozitívum vnímame, že z 91 respondentiek navštevuje svojpomocnú skupinu 41 žien a 24 žien sú členkami inej záujmovej skupiny, dokonca niektoré navštevovali univerzitu tretieho veku. To znamená, že nerezignovali, majú aktívny prístup k životu, k novým informáciám, majú vyhliadky do budúcnosti a nádej na dlhšie prežívanie. Vzhľadom k tomu, že sme zistili slabú informovanosť žien o príspevkoch a úľavách, bolo by žiadúce, aby v čakárňach onkologických ambulancií boli k dispozícii brožúry informujúce ženy o sociálnej pomoci a kompenzáciách na zmiernenie negatívnych dôsledkov zhubného ochorenia. Taktiež vidíme priestor pre sociálneho pracovníka, ktorý by mal sporadicky dochádzať do svojpomocných skupín a informovať ženy o legislatívnych možnostiach, ako zlepšiť svoj sociálny status a hmotnú núdzu.

Z nášho prieskumu vyplynuli nasledovné zistenia:

1. rakovina prsníka ovplyvňuje pozíciu žien v ich sociálnych skupinách (v rodine, na pracovisku...)

2. finančná situácia žien a ich rodín sa vplyvom ochorenia, ktoré vyžaduje dlhodobú PN, výdavky na lieky, na cestovanie za vyšetreniami a liečbou a ďalšie zhoršuje
3. ženy nemajú dostatočné množstvo informácií o možnostiach, ktoré poskytuje zdravotný a sociálny systém SR (preukazy ZŤP, kompenzácie, príspevky a pod.)
4. pre ženy, ktoré prekonali rakovinu je svojpomocný klub dôležitý najmä pre možnosť osobných stretnutí so ženami s podobným osudom a v nachádzaní nových priateľstiev.

Záver

Ženy po prekonaní rakoviny prsníka sú všetky prežívajúcimi pacientkami, u ktorých sa môže ochorenie kedykoľvek znovu objaviť: fáza remisie môže byť prechodná – rôzne dlhá, ale v ideálnom prípade môže trvať i do konca života. Popri psychosociálnej starostlivosti kladieme dôraz na pozitívne partnerské, rodinné a spoločenské vzťahy, lebo tie sú predpokladom pre pozitívnu prognózu ochorenia.

Literatúra

- [1] JUHÁSOVÁ, A., PAVELOVÁ, E. 2009. *Vybrané kapitoly zo psychopatológie pre študentov sociálnej práce*. Nitra: UKF, 2009. 85 s. ISBN 978-8094-543-5
- [2] MATOUŠEK, O. a kol. *Základy sociální práce*. Praha: Portál, 2001. 309 s. ISBN 80-7178-473-7.(monografie)
- [3] Nádorové ochorenia prsníkov. [online]. [cit.2010-09-25] Dostupné z: http://www.bayerscheringpharma.sk/scripts/pages/sk/health/onkolgia/ndorov_ochorenia_prsnkov/index.php, (webové stránky)
- [4] Prevencia zachraňuje životy. [online]. [cit. 2010-09-21] Dostupné z: http://www.bayerscheringpharma.sk/scripts/pages/sk/health/onkolgia/ndorov_ochorenia_prsnkov/index.php(webové stránky)
- [5] *Rakovina prsníka*. 2006. 6. vydanie. Bratislava: Liga proti rakovine, 2006. 56 s. ISBN 80-89201-05-9 (informačná brožúra)
- [6] ŠKARBOVÁ, A. 1992. *Psychológia v klinickej onkológii*. Bratislava: Inštitút pre ďalšie vzdelávanie pracovníkov v zdravotníctve, 1992. 63 s. ISBN 80-7163-000-4.(monografia)
- [7] TOKÁROVÁ, A. a kol. 2002. *Sociálna práca: Kapitoly z dejín, teórie a metodiky sociálnej práce*. Prešov: Filozofická fakulta

- Prešovskej univerzity, 2002. 573 s. ISBN 80-8068-086-8. (monografia)
- [8] ŽIAKOVÁ, E. – MAŠTENOVÁ, Z. 2004. Kvalita života onkologických pacientiek. In. Džuka, J. 2004. *Psychologické dimenzie kvality života*, Prešov: PU, 519 s. ISBN 80-8068-282-8.

IMPACT OF CANCER IN WOMAN ON THEIR SOCIAL STATUS.

Abstract

In the last fifty years, the incidence of breast cancer has been gradually increasing. Our study provides answers to questions of how can women cope with this situation, how their values change, and change in their social status in the family, the work place and change in their social situation.

The research results refer to the impact of cancer on position of women in social groups. At the same time research speaks about the poor financial situation of respondents in connection with disease. We found out that, respondents have lack of information about the opportunities provided by health and social system of the Slovak Republic.

Key words

Breast Cancer. Social Status. Self-help Group.

Kontaktní údaje na autory

PhDr. Anna Kasanová,, PhD.

Katedra sociálnej práce a sociálnych vied

Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva Univerzity Konštantína Filozofa v Nitre

Kraskova 1, 94974 Nitra

Slovensko

E-mail: akasanova@ukf.sk.

PhDr. Martina Hrozenská, PhD.

Katedra sociálnej práce a sociálnych vied

Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva Univerzity Konštantína Filozofa v Nitre

Kraskova 1, 94974 Nitra

Slovensko

E-mail: mhrozenska@ukf.sk

Historický pohľad na poskytovanie prenatálnej starostlivosti v regióne Trnavy

Mária Kopáčiková

Fakulta zdravotníctva, Katolícka univerzita Ružomberok, SR

Abstrakt

Príspevok sa zaoberá históriou poskytovania prenatálnej starostlivosti. Zameriava sa na poskytovanie prenatálnej starostlivosti v historickom kontexte v regióne Trnavy.

Kľúčové slová

História. Pôrodná asistencia. Prenatálna starostlivosť.

JEL Classification: I19

Úvod

Každé spoločenské zriadenie si kladie medzi svoje najdôležitejšie úlohy zabezpečiť početné a zdravé potomstvo.

O starostlivosti pri pôrode u starých Slovanov nevieme nič určité. Situácia na Slovensku v 10. - 13. storočí bola podobná ako v celej Európe. Pôrodníku starostlivosť vykonávali najskúsenejšie laické ženy. Postupným usporadúvaním záležitostí zdravotníctva to boli práve pôrodné baby, ktoré boli najstabilnejšou inštitúciou zdravotníctva. Funkcia mestskej pôrodnej baby sa veľmi skoro objavuje i v mestských knihách. V minulosti práve pôrodné baby spolu s chirurgmi – ránhojičmi zabezpečovali starostlivosť o veľkú časť obyvateľov. Boli to väčšinou bezmenné, ale početné a významné dejateľky zdravotníctva (Lemon, 1997, s. 43).

História prenatálnej starostlivosti v regióne Trnavy

K najstarším zdravotníckym funkciám patrí starostlivosť o matky a potomstvo. Prakticky to bolo vyjadrené v tom, že „múdre ženy“ – pôrodné baby boli najstarším zdravotníckym činiteľom už aj v primitívnej spoločnosti.

Starostlivosť o ženu pri pôrode, v regióne Trnavy, v 10. – 13. storočí bola taká istá ako na území celého Slovenska. V Uhorsku sa „pôrodné baby“ ako verejná funkcia objavujú v 16. storočí. Roku 1552 bol vydaný zákon *Ordo politiae* – Poriadok o verejnom zdravotníctve, ktorý už upravoval náležitosti pôrodných báb: museli byť skúsené, museli bezplatne ošetrovať rodičky, a ak neboli pevne platené mestom alebo obcou, „tak sa im malo všeličo odpustiť“ (Šimončič, 1989).

Ak pôrodná baba bola ustanovená do svojej funkcie mestom, mesto určovalo plat, predpisovalo prísahu a pôrodná baba bola pod dozorom mestského lekára. V priebehu ďalšieho vývinu boli vydané prvé úradné inštrukcie pre pôrodné baby v roku 1745. Tieto prikazovali prísahu a skúšku pred úradným lekárom. Povinnosti pôrodným babám upresňoval Všeobecný zdravotnícky poriadok z roku 1770. Pred vykonávaním pôrodnickej praxe sa museli podrobiť skúške, ktorú mali odteraz skladať výlučne pred pôrodníkom, alebo úradným lekárom. Mali byť ustanovené v každej obci a ak išlo o malé obce tak pre dve – tri malé obce. Liečiť nesmeli, mali spolupracovať s úradmi a s úradným lekárom.

Pre pôrodnú asistenciu je medzníkom vzdelávanie pôrodných babíc na lekárskej fakulte Trnavskej univerzity v rokoch 1770-1777, pod vedením profesora Jána Jakuba Plencka. Po presťahovaní fakulty do Budína a neskôr do Pešti, neuspokojivú situáciu v poskytovaní pôrodnickej starostlivosti malo zlepšiť množstvo nariadení. Podľa nariadenia mali pôrodné baby začať a pripravovať na skúšky lekári. Pre nedostatok lekárov, ale aj pre rozličné iné príčiny sa ani toto nariadenie plne nerešpektovalo. Pôrodné baby, ktoré pri skúške obstáli, dostávali ceduľu a začali sa nazývať ceduľové. Na jednu pôrodnú babu ešte v druhej polovici 19. storočia pripadalo 50 000 obyvateľov, pričom až 10 000 obcí nemalo nijakú babu (Gregušová, 1992, s. 21).

Veľký obrat nastal v roku 1781, keď bolo nariadené, že pôrodné baby sa majú vyučiť na verejné útraty, respektíve po roku 1784 bolo potrebné zloženie skúšky na univerzite. Na základe tohto nariadenia boli pôrodné baby rozdelené do dvoch kategórií: tie, ktoré zložili skúšku alebo aspoň majú úmysel a sú schopné ju zložiť a ostatné nevzdelané, ktoré môžu vykonávať len pomocné služby. Pôrodné baby museli pomáhať rodičke, ktorá ich o pomoc požiadala, prípadne bezplatne (chudobným). Za prípadné priestupky proti svojmu povolaniu alebo nevedomosť boli trestané. Nariadenie z roku 1785 zakazovalo pôrodným babám vykonávať svoju funkciu (ak sú píanstvu oddané).

Pôrodné baby vo svojej funkcii boli zamestnancami mesta (obce), kde zaujímali určité sociálne postavenie. Ešte v prvej polovici 18. storočia bol ich sociálny status nízky. Bol totožný s postavením obecného hospodára, školmajstra,

špitálskeho správcu, hrobára. Od druhej polovici 18. storočia sa ustanovizeň pôrodnej baby dostáva do kategórie mestských zamestnancov, čo poukazuje na vzostup ich autority ako zdravotníckeho činiteľa.

Roku 1762 v Trnave účinkovali okrem mestského lekára aj dvaja súkromní lekári a tri pôrodné asistentky, ktoré figurujú medzi platenými zamestnancami mesta (neevidoval sa počet žien – ktoré podľa prastarého zvyku – pomáhali rodičkám). Tento počet pôrodných asistentiek bol bežný aj predtým. V roku 1710 mestská rada v Trnave zverila pod dozor mestského lekára jednu nemeckú a dve slovenské pôrodné asistentky. Ročný plat pôrodnej asistentky v roku 1797 bol 45 zlatých (Šimončíč, J., 1989, s. 106).

Nariadenie Uhorského ministerstva vnútra č. 95000/1902 hovorí o povinnostiach pôrodných pomocníc. Každá pôrodná pomocnica musí mať predpísané nástroje: babské pupkové nožnice, nechtové nožnice a kefku, katéter, irigátor, klystír a teplomer, mydlo a pupkové stužičky. Nástroje musí pôrodná baba prechovávať v čistom obale z plátna a musia byť uzatvorené v kapse. Diplomované pôrodné pomocnice boli oprávnené mať aj sublimátové pastilky na dezinfekciu, ktoré dostávali na predpis úradného lekára. Okrem nástrojov musia mať pôrodné pomocnice vždy čistú zásteru a uterák. Ich bydlisko muselo byť označené menom pomocnice a povolaním. Pôrodná pomocnica bola povinná vo dne i v noci pomáhať, ak ju k pôrodu zavolali. K druhému pôrodu mohla ísť až vtedy, ak to stav prvého odbaveného pôrodu dovoľoval. Pôrodná pomocnica musela zachovávať všetky "tajnosti" tehotných a rodičiek, nesmela byť nápomocná pri odohnaní plodu, pri ukradnutí alebo podstrčení dieťaťa. Bez príkazu lekára nesmela používať ani vonkajšie ani vnútorné liečivá pre rodičku. Každá pôrodná pomocnica musela mať predpísaný zápisník o pôrodoch. Každý pôrod musela do 24 hodín písomne alebo ústne nahlásiť príslušnému matrikárovi. Mŕtvo narodené plody okrem toho aj prezeračovi mŕtvol. V nebezpečenstve života mohla dieťa rímskokatolíckych alebo gréckokatolíckych rodičov s ich súhlasom pokrstiť. Dieťa iného vyznania pokrstiť nesmela. Musela žiť mravný a triezvy život. Musela oznamovať ženské, ktoré vykonávajú pôrodnícku prax bezprávne i všetky infekčné choroby, o ktorých vie. Pri pôrode musela dodržiavať čo najväčšiu čistotu a zamedzovať tak puerperálnej sepe a očnej blenorey. Mala predpísané oblečenie, spôsob čistenia nástrojov aj spôsob vyšetrovania rodičky, najmä však prichystanie rodičky na pôrod. Pôrodná pomocnica nesmela opatrovať rodičku so sepsou, ani chorú na iné ochorenie. Nesmela znečisťovať svoje ruky hnojivými vecami a nesmela byť prezeračom mŕtvych, ani ich umývať a obliekať. Nesmela zaobchádzať s mäsom, surovou kožou ani ich predávať. Keď sa

pôrodná asistentka nevyzerala v prípade, bola povinná zavolať lekára. Táto povinnosť platila tiež pri pohlavných chorobách, eklampsii, väčšom krvácaní, tvarových anomáliách rodidiel, nenormálnych polohách plodu, trhlinách hrádze a pod. Ak si pôrodné asistentky nekonali svoje povinnosti a zanedbávali ich, trestali sa vysokými peňažnými pokutami, ba aj žalárovaním. Pôrodná pomocnica bola podriadená buď obecnému, okresnému a krajinskému úradu. Ak boli pri vykonávaní pôrodnickej praxe zistené nedostatky a chyby, o ich odstránenie sa mal postarať obecný alebo okresný lekár (odborné poučenie).

Zriadenie obecnej pôrodnej baby v Dolnom Lopašove:

Predmet: Zriadenie miesta obecnej pôrodnej baby

Miestne zastupiteľstvo berie do úvahy počet obyvateľov 211 v roku 1908 a v zmysle § 27 článok 38 zriaďuje miesto dvojtriednej pôrodnej baby v roku 1909 v marci.

Pod číslom 3/1909 vydalo toto rozhodnutie, ktorým sa ustanovenie tejto funkcie potvrdilo. Jej honorár je podľa § 30 čl. 38 nasledovný:

1. plat v roku 1910 od prvého dňa januára 20 korún
2. osobné príplatky podľa pôrodu cez deň 1 korunu, v noci 2 koruny
3. cestovné podľa km, za km tam aj späť 80 halierov a v noci 1 korunu a 8 halierov

Návšteva – honorár cez deň 20 halierov, v noci 40 halierov

Miestne zastupiteľstvo súhlasí s prijatým rozhodnutím.

V Dolnom Lopašove v 1909 júla 20. (Horehájová, 1999, s. 67)

Zákon č. 236/1922, ktorým štát prenajíma výkony zdravotno-polícajné v § 15 hovorí, že pôrodné asistentky musia obce vydržiavať (spoločne s inými obcami). Zoznam pôrodných asistentiek účinkujúcich v obvode Patanského notariátu:

- 1) Tothová Estera, rod. Herceg, Pata, súkromná pôrodná baba 35-ročná, slovenskej národnosti nadobudla diplom 2.3.1920 v Ošetrovateľskej škole v Bratislave.
- 2) Borošová Etela rod. Chochláč, bytom Pata, obecná pôrodná baba 32 ročná, slovenskej národnosti nadobudla diplom 31. 3. 1920 v Ošetrovateľskej škole babskej v Bratislave.

Počet pôrodných báb v zdravotnom obvode Mestečko (Hlohovecký okres):

V dvanástich obciach s počtom obyvateľov 14000 pôsobilo 12 pôrodných báb.

Ešte v roku 1938 bol v regióne Trnavy nedostatok riadne kvalifikovaných pôrodných asistentiek. Preto tu bola vysoká úmrtnosť rodičiek i vysoká dojčenská úmrtnosť, najmä v prvom týždni a v prvom mesiaci po narodení. Za terajších pomerov, keď pôrodná asistentka má často ročný plat len 100 Kč a žije vo veľmi chudobnom kraji, dá sa náprava previesť iba radikálnou zákonnou úpravou Ministerstva verejného zdravotníctva a telesnej výchovy (Horehájová, 1999, s. 76).

Zákonom č. 49/1947 boli prenatálne poradne začlenené do zdravotnej správy. Zákon 103/1951 o zjednotenej liečebno-preventívnej starostlivosti sa stal v regióne Trnavy základom novej organizačnej štruktúry starostlivosti o tehotné ženy (Ugor, 1974).

V prenatálnych poradniach pracovali obvodné ženské sestry (pôrodné asistentky). Okrem práce v poradni pre tehotné, vykonávali aj návštevnú službu v rodinách. Každú návštevu vykonávala s určitým cieľom. Ku každej tehotnej pristupovala individuálne. Počas tehotnosti navštívili tehotnú ženu dva až tri razy, v prípade potreby aj častejšie. Pri návšteve si pôrodná asistentka začínala budovať vzťah dôvery s tehotnou ženou a zachovávala diskretnosť a potrebný takt.

Prvá návšteva sa uskutočnila obyčajne vtedy, keď už tehotná žena bola v prenatálnej poradni, alebo ak ju bolo treba vyzvať na prvú návštevu prenatálnej poradne. Pôrodná asistentka pri prvej návšteve zistila pokročilosť tehotnosti, zdravotné ťažkosti, psychické a sociálne podmienky. Do tehotenského preukazu zaznačila svoje meno, adresu, telefónne číslo a telefónne číslo záchrannej služby. Vyšetrla moč, zmerala krvný tlak a zisťovala subjektívne ťažkosti tehotnej ženy. Vysvetlila význam osobnej hygieny a starostlivosť o prsníky, poradila v otázkach správnej životosprávy. Ak zistila zdravotné ťažkosti, odporúčala tehotnej vyhľadať lekársku pomoc. V rámci psychofyzickej prípravy na pôrod odporučila žene tehotenský telocvik. Počas návštevy si všímala celkovú hygienickú a kultúrnu úroveň bývania a zaujímala sa o zdravotný stav členov rodiny.

Druhá návšteva sa uskutočnila v druhej polovici tehotnosti. Ak tehotná žena navštevovala poradňu, vykonala ju v čase materskej dovolenky. Postupovala ako pri prvej návšteve, okrem toho vyšetrla tehotnú vonkajšími hmatmi a počúvala ozvy plodu. Poučila ženu o príznakoch začínajúceho pôrodu, o potrebe privolania záchrannej služby pri odtoku plodovej vody alebo pri krvácaní. Radila žene pri príprave výbavy pre novorodenca. Zdôraznila, že na pôrodnú sálu si musí zobrať tehotenský preukaz, sobášny list a hygienické potreby.

Počas šestonedelia navštívila ženu 3 krát. Prvú návštevu do 24 hodín, druhú do troch dní a tretiu ku koncu šestonedelia. Cieľom návštevy bolo zistiť zdravotný stav ženy, skontrolovať zavíjanie maternice, očistky, ich farbu a zápach, pri epiziotómii hojenie hrádze. Poučila ženu o správnej životospráve, sledovala správanie a psychiku ženy, jej reakcie a vzťah k dieťaťu. Do roku 1979 vykonávala aj starostlivosť o novorodenca.

Súčasťou práce obvodnej pôrodnej asistentky boli aj pohotovostné služby. Počas nich sprevádzali rodičky do pôrodnice, poprípade odvádzali náhle pôrody v domácnosti (Gregušová, 1992).

V súčasnom období sa domáca prenatálna starostlivosť uskutočňuje formou návštev a zabezpečuje sa v kontinuite s ambulantnou prenatálnou starostlivosťou. Vykonáva sa hlavne u asociálnych žien a u žien rómskeho pôvodu.

Ústavná starostlivosť

Vznik mestského xenodóchia v Trnave sa nedá presne zistiť. Prvá správa o ňom v trnavských písomnostiach pochádza z r. 1490. Je to súpis odcudzeného majetku xenodóchia a kostolíka sv. Heleny. V rokoch 1770 – 1777 poslucháči lekárskej fakulty Trnavskej univerzity robili v tejto nemocnici klinickú prax. Verejnú nemocnicu postavila v Trnave Bratislavská župa v r. 1824, kde boli presťahovaní pacienti s venerickými chorobami, ktorí boli dovtedy hospitalizovaní v obecnom špitáli v Zelenči pri Trnave (Šimončíč, 1980).

Gynekologicko-pôrodnické oddelenie v Trnave bolo zriadené až v roku 1939, hoci nemocnica bola založená v roku 1824. Až do tejto doby poskytovalo pôrodnícku pomoc, najmä operačnú, chirurgické oddelenie. Dostupná dokumentácia tohto oddelenia začína dňom 1. 12. 1939. Prvým prednostom oddelenia bol MUDr. Elemír Nemec, ktorý patril medzi prvých priekopníkov – pôrodníkov na Slovensku. Malo samostatný operačný a pôrodnický sál. Prenatálna starostlivosť bola v spomínanej dobe nedostatočná, dôsledku čoho bola vysoká pôrodnická patológia. V roku 1948 malo pôrodnické oddelenie 19 postelí, takže väčšina žien rodila doma. Podľa dostupných dokumentov v roku 1956 malo pôrodnické oddelenie 30 postelí. Postupne sa zvyšoval počet žien, ktoré rodili v nemocniciach. Nedostatok pôrodnických postelí viedol v roku 1959 k otvoreniu pôrodnice v Smoleniciach, ktorá mala 20 postelí a až do roku 1981 poskytovala starostlivosť najmä rodičkám z okolitého vidieka. Na území vtedajšieho Trnavského okresu ku koncu roka 1960 poskytovalo tehotným ženám starostlivosť 47 ženských poradní. Ústavná starostlivosť bola poskytovaná rodičkám na pôrodnických oddeleniach v Trnave (30 postelí),

Piešťanoch (18 postelí), Smoleniciach (20 postelí) a v Hlohovci (20 postelí) (Ugor, 1974).

Postupne sa rozširovala sieť prenatálnych poradní, zvyšoval počet pôrodov v zdravotníckych zariadeniach, čo sa prejavilo v znížení novorodeneckej a dojčenskej úmrtnosti. Naliehavá potreba výrazne zvýšiť kapacitu pôrodnických lôžok sa v roku 1981 vyriešila otvorením gynekologicko-pôrodnického pavilónu s kapacitou 180 lôžok. 30 lôžok bolo vyčlenených pre oddelenie rizikovej tehotnosti a 90 lôžok pre oddelenia šestonedelia (Šimončíč, 1989, s. 80).

V súčasnosti je vyčlenených 16 lôžok pre oddelenie rizikovej tehotnosti a 30 lôžok pre oddelenie šestonedelia.

Záver

Celková zdravotná starostlivosť sa čoraz viac presúva na spoločnosť a zameriava sa predovšetkým na prevenciu. Štatistiky posledných desiatich rokov ukazujú na alarmujúci pokles pôrodnosti na Slovensku. V rámci prenatálnej starostlivosti je kvalita určujúcim pojmom. Zdravý štart do života musí byť prioritou každej spoločnosti. Normálny fyziologický pôrod kladie základ zdravého vývinu človeka. Poznanie histórie nás vedie k zlepšovaniu služieb poskytovaných pôrodnými asistentkami tehotným ženám v prenatálnej starostlivosti.

Literatúra

- [1] GREGUŠOVÁ, E. a kol. 1992. *Starostlivosť o ženu*. 1. vydanie, Martin: Osveta, 1992, 334 s. ISBN 80-217-0439-X.
- [2] HOREHÁJOVÁ, H. 1999. *História ošetrovateľstva a ošetrovateľského školstva*. Diplomová práca, Trnava: Trnavská univerzita, 1999, 104 s.
- [3] LEMON 1. 1997. *Učebný materiál pre ošetrovateľstvo*. 1. vydanie, Bratislava: Slovenská komora stredných zdravotníckych pracovníkov, 1997, 160 s. ISBN 80-967818-0-4.
- [4] ŠIMONČIČ, J. 1980. *Trnava okres a mesto*. Bratislava: Obzor, 1980, 407 s.
- [5] ŠIMONČIČ, J., WATZKA, J. 1989. *Dejiny Trnavy*. Bratislava: Obzor, 1989, 500 s. ISBN 80-215-0051-4.

- [6] UGOR, P. a kol. 1974. *Z histórie trnavského zdravotníctva. 150 rokov nemocnice v Trnave*. Trnava: Nemocnica s poliklinikou v Trnave, 1974, 204 s.

HISTORICAL OVERVIEW OF PRENATAL CARE IN REGION OF TRNAVA

Abstract

Article treats on history of delivery of prenatal care. Focus is on delivery of prenatal care in historical context of Trnava region.

Key words

History. Childbirth assistance. Prenatal care.

Kontaktní údaje na autora

PhDr. Mária Kopáčiková, PhD.
Katolícka univerzita Ružomberok
Fakulta zdravotníctva
034 01 Ružomberok
E- mail: maria.kopacikova@gmail.com

Starostlivosť o seniorov, poskytovatelia a aspekt klasifikačných systémov ošetrovateľstva

Anna Krišková

Súkromná stredná odborná škola Johannes Senio Service,
Bratislava, Slovenská republika

Abstrakt

Starnutie populácie je všeobecne rozpoznávané. Podiel postproduktívnej populácie v spoločnosti rastie. Spoločným strategickým zámerom je mať seniorov nezávislých, schopných sebaopatery, aktívnych a tomu adekvátne služby. Zvažujeme otázky kto a akým spôsobom bude služby poskytovať. Vo výučbe profesionálov využívame overené poznatky vybraných súborov z klasifikačných systémov ošetrovateľstva (NIC, NOC). Súbežne formujeme prístup zameraný na posúdenie potrieb poskytovateľov, ktorí sú vystavení riziku. Rozoznávame aj potreby neformálne opatrujúcich osôb, ktoré majú významnú rolu v starostlivosti o seniorov. Spoločne ide o zmenu v paradigme prijímateľov služieb, ktorej rozpracovanie je pred nami.

Kľúčové slová

Starostlivosť o seniorov, poskytovateľ, klient, vzdelávanie, klasifikačný systém sesterských činností (NIC), klasifikačný systém výsledkov sesterských činností (NOC).

JEL Classification: I19

Úvod

Starnutie populácie je všeobecne rozpoznávané. „Demografický vývoj vo svete a na Slovensku upozorňuje na skutočnosť, že v polovici nášho storočia budú mladí a starší ľudia predstavovať rovnaký podiel v zložení obyvateľstva. Seniori/ky sa tak stanú dôležitou cieľovou skupinou“. [1] Prístupy

k problematike starostlivosti o seniorov sú viaceré. Spoločným strategickým zámerom je mať seniorov nezávislých, schopných sebaopatery, schopných aktívne fungovať a obohacovať spoločnosť. Seriózne je vyjadrovaný v akčných plánoch, dokumentoch (Medzinárodný akčný plán o starnutí, Madrid, 2002; Medzinárodný deň starších ľudí a dosahovanie miléniových rozvojových cieľov).

Rozvoj služieb, najlepšie príklady z praxe starostlivosti o seniorov sú predmetom štúdia odborných skupín. Sú to napr. služby poradenstva; poskytovanie starostlivosti seniorovi s chronickou chorobou, telesným/psychickým postihnutím terénou, ambulantnou, pobytovou formou; koordinovanie poskytovaných služieb. [11] Podľa Žilovej je poznanie základných aspektov, ktorými sú konkrétny sociálny jav, problémy, faktory, charakteristiky predpokladom efektívnosti práce (pomoci) so staršími občanmi v rámci komunity. [12] Poskytovanie kvalitných služieb si vyžaduje primerane vzdelaných poskytovateľov, odborne spôsobilých na výkon odborných činností.

V kontexte starostlivosti o seniorov okrem odborníkov zaujíma významné miesto ďalšia skupina a to *neformálne opatrujúce osoby*. Repková uvádza, že chápanie pojmu „opatrujúca osoba“ (angl. carer) je veľmi rôznorodé. [9] Definuje opatrujúcu osobu ako: „osobu, ktorá poskytuje mimo profesionálneho a formálneho rámca neplatenú opateru niekomu, kto má chronickú chorobu, zdravotné postihnutie alebo inú dlhodobú zdravotnú potrebu alebo potrebu starostlivosti“. [9 ^{tamtiež}]

Predmetom nášho záujmu je prístup a rozpracovanie starostlivosti o tých, ktorí poskytujú služby seniorom a to s využitím klasifikačných systémov ošetrovatelstva NIC (Nursing Interventions Classification – Klasifikácia sesterských činností) [2]. Tiež ide o zameranie na dosiahnuté výsledky, ktorý prezentuje systém NOC (Nursing Outcomes Classification – Klasifikácia výsledkov ošetrovatelstva) [4] Uvedené klasifikačné systémy sú vedecky spracované tímom sestier, odborníkov z Iowskej univerzity, Iowa, USA. V Bratislave, v rámci aktivít projektu Fogarty, boli realizované viaceré odborné semináre s tematikou klasifikácií. [5, 10]

Cieľom príspevku je poukázať na možnosti využitia vybraných klasifikačných systémov ošetrovatelstva a ich zaradenie do výučby. Cieľom je aj zámer upriamiť pozornosť na skutočnosť, že je nevyhnutné zvažovať fenomén poskytovania starostlivosti na zdravotný a psychický stav poskytovateľa. Výsledky u poskytovateľa, ako odpoveď na poskytovanie starostlivosti sú pozitívne aj negatívne. Začleňujú pozitívne pocity z dlhodobej starostlivosti, ale

aj vyčerpanie, stres, napätie a depresiu. Tiež zdravotné problémy so zvýšením počtu vyšetrení u lekára, užívanie liekov, poškodenie imunitného systému.[11]

Poskytovatelia starostlivosti a ich vzdelávanie

Študijný program starostlivosť o seniorov

Od roku 2004 cielene, systematicky utvárame študijný program tak, aby sme pripravili odborne spôsobilých poskytovateľov služieb, schopných reflektovať potreby seniorov, optimalizovať manažment podmienok v kontexte verejného a neverejného sektoru. Schopných medziodborovej spolupráce a odborných činností v kontexte medzinárodnej spolupráce.

Potreby seniorov a ich uspokojovanie zaznamenávame do štruktúry individuálneho plánu [6, 7]. Len na začiatku je etapa ich implementovania do praxe v spojitosti so zlepšovaním kvality služieb a života seniorov. Poskytovanie služieb, starostlivosti terénou formou, ambulantnou, inštitucionalizovanou má svoje špecifiká. Vychádzame z klinických vedeckých poznatkov a v procese realizácie zvažujeme aktuálne potreby jedinca, podmienky, prostredie. Ide o dynamický proces, v ktorom poskytujúci s prijímateľom služieb udržiavajú vzťah vyrovnanosti, rovnováhy. Rozpracovanie metodiky terénnej formy poskytovania služieb starostlivosti seniorom, hľadisko ich kvality je stále otvorené. Je pre nás výzvou do blízkej budúcnosti.

Neformálne opatrujúce osoby

Na okraji pozornosti z hľadiska vzdelávania, pomoci pri praktických tréningoch a poradenstve zostáva skupina, ktorú označujeme ako neformálne opatrujúce osoby. Tvoria významnú skupinu. V bližšie nedefinovanej spolupráci so zdravotníkmi pracovníkmi a poskytovateľmi sociálnych služieb, preberajú vážne úlohy dlhodobej starostlivosti o člena rodiny, blízku osobu. Štúdie poukazujú na potrebu vzdelávania neformálnych poskytovateľov. Prieskum potvrdil, že: „podiel neformálne poskytujúcich osôb sa postupne zvyšuje a zároveň rastie podiel tých, ktorí patria do vekovej kategórie 60+ (z 25,6 % v marci 2007 na 29,1 % v marci 2010, www.upsvar.sk)“. [9] Štúdie poukazujú na potrebu podporných programov pre neformálne opatrujúce osoby (Family Caregiver Support Program, Qualls, Zarit, 2009).

Prijímatelia starostlivosti – nová paradigma

Posúdenia potrieb poskytovateľov, ktoré boli realizované, vedú k záveru o zmene paradigmy prijímateľov starostlivosti. Podľa Qualls, Zarit poskytovatelia, najmä ženy, ktoré vykonávajú tak potrebné služby čelia možnému riziku finančnému, emocionálnemu a zdravotnému. Posun paradigmy znamená, že *poskytovateľ je rozpoznávaný ako klient, ktorý má potrebu formálnej podpory*. [11] Posúdenie potrieb poskytovateľov starostlivosti pomôže zlepšiť poskytovanie služieb. Ďalej uvádzajú, že sú potrebné viaceré výskumy na určenie efektivity posúdenia k zlepšovaniu výsledkov u poskytovateľov služieb. Ide o znižovanie úrovne „vyhorenia“, depresie, zlepšovania zdravia, optimálneho fungovania, kvality života. [11^{tamtiež}]

Podľa Glenn „rozpoznávame“ rastúcu krízu v starostlivosti. Počet osôb, ktoré potrebujú starostlivosť rastie, počet osôb tradične poskytujúcich starostlivosť sa znižuje. Štatút pracovníkov poskytujúcich starostlivosť platenú alebo neplatenú je rozhodujúcim záujmom. [3]

Vybrané klasifikačné systémy ošetrovatel'stva a ich použitie vo výučbe

Vo výučbe, v rámci trojročného pomaturitného kvalifikačného vzdelávania v odbore starostlivosť o seniorov (76676), akreditovaného Ministerstvom školstva Slovenskej republiky, využívame poznatky, ktoré čerpáme z vybraných klasifikačných systémov. [10] Viedie nás k tomu skutočnosť, že klasifikačné systémy sú produktom vedeckého výskumu. Výskum je realizovaný tímom sestier, spravidla v doktorandskom, postgraduálnom štúdiu, ktoré majú priame prepojenie na prax.

Klasifikácia sesterských činností -NIC

Vyberáme súbory, ktoré sú v priamom vzťahu k nami diskutovanej problematike starostlivosti o poskytovateľov. Klasifikáciu sesterských činností (NIC – Nursing Interventions Classification) rozpracoval tím fakulty ošetrovatel'stva v Iowe, Centra pre NIC. Tím vypracoval systematický prístup k roztriedeniu, označeniu a usporiadaniu sesterských činností (konceptí sesterských činností) do hierarchického systému. Klasifikácia sesterských činností v rozsahu 486 „intervencií, zásahov – sesterských činností“ (na porovnanie: 336 v r. 1992, 433 v r. 1996) je sústavne doplňovaná. Vzťahy medzi jednotlivými koncepciami

budujú horizontálne prepojenia medzi piliermi klasifikačného systému.

Súbežne sa vytvára štandardizovaný jazyk na umožnenie vzájomnej odbornej ošetrovateľskej komunikácie medzi jednotlivými zariadeniami, na národnej a medzinárodnej úrovni. Je len prirodzené ich spracovanie do elektronickej verzie. Organizačno-formálne štruktúru tvorí: názov, definícia, číselný kód, činnosti zoradené do súboru, odkazy na zdroje príslušnej odbornej literatúry. [8]

Príklad so súboru NIC

Podpora pre poskytovateľa starostlivosti - 7040 NIC

(Caregiver support)

Definícia: Poskytnutie nevyhnutných informácií, obhajovanie, podpora na uľahčenie základnej starostlivosti poskytovanej inou osobou ako je zdravotnícky odborník

Činnosti:

Určite úroveň vedomostí poskytovateľa starostlivosti

Určite prebratie roly poskytovateľa starostlivosti

Prijmite vyjadrenia negatívnych emócií

Zisťujte sily a slabosti poskytovateľa starostlivosti

Potvrďte závislosť pacienta na poskytovateľovi, podľa potreby

Povzbudzujte poskytovateľa starostlivosti prijímať zodpovednosť, podľa potreby

Povzbudzujte akceptovanie vzájomných vzťahov závislosti medzi členmi rodiny

Sledujte problémy vzájomných vzťahov v rodine v spojitosti so starostlivosťou o pacienta

Poskytujte informácie o stave pacienta v súlade s jeho želaniami

Škóľte poskytovateľa starostlivosti o liečbe, ktorú pacient má v súlade s jeho želaniami

Poskytnite asistenciu poskytovateľovi zo strany komunitnej sestry a/alebo cez telefón

Zisťujte prejavy stresu

Naučte poskytovateľa starostlivosti technikám prekonania stresu

Školte poskytovateľa starostlivosti o procesoch žiaľu, smútku

Podporujte poskytovateľa v priebehu procesu smútku

Povzbudte poskytovateľa starostlivosti k účasti v podporných skupinách

Vyškolte poskytovateľa starostlivosti o stratégiu udržiavania vlastného fyzického a duševného zdravia

Podporujte poskytovateľa starostlivosti k udržiavaniu sociálnej siete

Určite zdroje, ktoré pomôžu poskytovateľovi oddýchnuť si

Informujte poskytovateľa starostlivosti o zdravotnej starostlivosti a zdrojoch komunity

Školte poskytovateľa starostlivosti v stratégii väčšej dostupnosti zdravotnej starostlivosti

Zastupujte poskytovateľa starostlivosti, ak je jeho preťaženie zjavné

Informujte urgentné služby, agentúry/osoby o tom, že pacient je doma, jeho zdravotnom stave a technológiách, ktoré môže používať so súhlasom pacienta a rodiny

Klasifikácia výsledkov ošetrovateľstva – NOC (Nursing Outcomes Classification)

Klasifikáciu výsledkov ošetrovateľstva – NOC a jej štruktúru odborníci členenia na domény: I. Funkčné zdravie; II. Fyziologické zdravie; III. Psychosociálne zdravie; IV. Vedomosti o zdraví – zdravé správanie; V. Ponímanie zdravia; VI. Zdravie rodiny; VII. Zdravie komunity. Začleňujú škály merania. [8,10] Napredovanie a rozvoj NOC je kontinuálne zabezpečované z Centra pre NOC, fakulty ošetrovateľstva, Iowskej univerzity. Skúsenosti s ich uplatňovaním vo výučbe, v praxi aktuálne formujeme do súboru, ktorý budeme predkladať odbornej verejnosti na diskusiu.

Príklady zo súboru NOC**Emočné zdravie poskytovateľa starostlivosti** (Caregiver Emotional Health - 2506 - NOC)

Doména: Zdravie rodiny (VI)

Príjímateľ starostlivosti:

Trieda: Stav zdravia členov rodiny (Z)

Zdroj údajov:

Škála (s): Maximálne vyrovnaný až po nevyrovnaný (a); a Silná až po žiadna n)

Definícia: Emočné dobré prežívanie rodinného poskytovateľa pri starostlivosti o člena rodiny

Výsledné ukazovatele: Udržiavať na ____ Zvýšiť k ____

Emočné zdravie poskytovateľa starostlivosti Celkové hodnotenie		Maximálne vyrovna- ný	Podstatne vyrovna- ný	Stredne vyrovna- ný	Mierne vyrovna- ný	Ne - vyrovna- ný	Nepo- užitel'- né
		1	2	3	4	5	NA
UKAZOVATELE :							
250601	Spokojnosť so životom						
250602	Pociťovanie kontroly						
250603	Sebaúcta						
250610	Istota do budúcnosti						
250611	Pociťovanie sociálnych súvislostí						
250612	Pociťovanie duchovnej pohody						
250614	Pociťovanie primeranosti zdrojov						

		Silná	Podstatná	Stredná	Mierna	Žiadna	NA
250604	Hnev						
250605	Rozhorčenosť						
250606	Pocit'ovane viny						
250607	Depresia						
250608	Frustrácia						
250609	Ambivalencia v situácii						
250613	Pocit'ovanie záťaže						
250616	Užívanie psychotropných látok						
Prvé vydanie 1997, tretie vydanie revidované, 2004							

Fyzické zdravie poskytovateľa starostlivosti (Caregiver Physical Health 2507 - NOC)

Doména: Zdravie rodiny (VI)

Prijímateľ starostlivosti:

Trieda: Stav zdravia členov rodiny (Z)

Zdroj údajov:

Škála(s): Maximálne vyrovnaný až po nevyrovnaný (a)

Definícia: Fyzické zdravie rodinného poskytovateľa pri starostlivosti o člena rodiny

Výsledné ukazovatele: Udržiavať na _____ Zvýšiť k _____

Fyzické zdravie poskytovateľa starostlivosti Celkové hodnotenie		Maximálne vyrovnaný	Podstatne vyrovnaný	Stredne vyrovnaný	Mierne vyrovnaný	Ne - vyrovnaný
UKAZOVATELE:		1	2	3	4	5
250715	Fyzické zdravie					
250702	Vzor spánku					
250703	Krvný tlak					
250704	Úroveň energie					
250705	Fyzické pohodlie					
250706	Úroveň pohyblivosti					
250707	Odolnosť voči infekciám					
250708	Fyzické činnosti					
250709	Hmotnosť					
250710	Fungovanie zažívacieho traktu					
250716	Funkcia srdca					
250717	Funkcia pľúc					
250718	Stav výživy					
250719	Stav poznávacích funkcií					
250711	Užívanie liekov					
250712	Pociťovanie zdravia					

Vzťah poskytovateľ starostlivosti - pacient (Caregiver - Patient Relationship - 2204)

Doména: Zdravie rodiny (VI)

Prijímateľ starostlivosti:

Zdroj údajov:

Trieda: Výkon rodinného poskytovateľa starostlivosti (W)

Škála(s): Nikdy pozitívny po sústavne pozitívny (k)

Definícia: Pozitívne vzájomné vzťahy a kontakty medzi poskytovateľom a prijímateľom starostlivosti

Výsledné ukazovatele: Udržiavať na ____ Zvýšiť k ____

Vzťah: poskytovateľ starostlivosti - pacient Celkové hodnotenie		Nikdy pozitívne	Zriedka pozitívne	Niekedy pozitívne	Často pozit.	Sústavne pozitívne
UKAZOVATELE:		1	2	3	4	5
220401	Účinná komunikácia					
220402	Trpezlivosť					
220403	Súlad					
220404	Pokoj					
220405	Poskytovanie fyzickej a emočnej starostlivosti a ubezpečenie					
220406	Spoločenský styk					
220407	Starat' sa					
220408	Dlhodobý záväzok					
220409	Vzájomné akceptovanie sa					
220410	Vzájomný rešpekt					
220411	Spoločné riešenie problémov					
220412	Zmysel pre zodpovednosť					
220413	Vzájomné prepojenie					

Záver

Starostlivosť o seniorov a reflexia budúcich potrieb si vyžiada dobrú prípravu odborníkov ako aj neformálne opatrujúcich osôb. Využívame existujúce poznatky, vybrané súbory z klasifikačných systémov ošetrovatel'stva a zaradujeme ich do procesu výučby. Prezentované súbory vedú rozvoj záujmu o monitorovanie a vyhodnocovanie emočného, psychického a fyzického zdravia poskytovateľov. Spoločne predstavujú východisko formovania uceleného

konceptu starostlivosti o poskytovateľov, schopných udržiavať požadovanú úroveň kvality služieb pre seniorov. Výsledky, ktoré sme v priebehu realizácie postupov s využitím klasifikačných systémov dosiahli, nás smerovali k ich adaptácii. Využívame ich aj pre oblasť humanitárnej asistencie a projektovej medzinárodnej rozvojovej pomoci (SAMRS /2008/04/08 - Biškeek, Kirgizsko).

Literatura

- [1] BALOGOVÁ, B. Kvalita života starších ľudí pripravovaných na vstup do dôchodku. Katedra vzdelávania dospelých a sociálnej práce, Filozofická fakulta, Prešovská univerzita, Prešov [online]. [cit. 2010-06-14]. Dostupné na <http://www.pulib.sk/elpub2/FF/Dzuka3/22.pdf>
- [2] CLOSKEY, C., J., BULECHEK, M., G. 2000. Nursing Interventions Classification (NIC). Iowa intervention project. Mosby. ISBN 0-323-00894-1
- [3] GLENN, N., E. 2010. Forced to care. Coercion and caregiving in America. Harvard Univeristy Press. ISBN 978-0-674 -04879-9
- [4] JOHNSON, M., MAAS, M., MOORHEAD, S. 2008. Nursing Outcomes Classification (NOC). Mosby. ISBN 978-0-323-05408-9
- [5] KRIŠKOVÁ, A., WILLARD, P., CULP, K. 2003. Ošetrovateľstvo v zdraví pri práci. Martin, Osveta. ISBN 80-8063-109-3
- [6] KRIŠKOVÁ, A. 2010. Profesionálne opatrovateľstvo. Oblasti opatrovania a aktivácia seniorov. Martin, Osveta. ISBN 978- 80-8063-329-5
- [7] KRIŠKOVÁ, A. 2010. Profesionálne opatrovateľstvo. Úvod do teórie. Martin, Osveta. ISBN 978 -80-8063-330-1
- [8] KRIŠKOVÁ, A. Klasifikačné systémy ošetrovateľstva.2006. In Ošetrovateľské techniky. Metodika sesterských činností. Martin, Osveta. ISBN- 80-8063-087-9
- [9] REPKOVÁ, K. 2010. Podpora neformálne opatrujúcich osôb – odporúčania pre sociálno-politickú prax. Výskumná úloha č. 2406. Inštitút pre výskum práce a rodiny, Bratislava
- [10] MAREČKOVÁ, J. 2007. In VÖRÖSOVÁ, G. a kol. Klasifikačné systémy a štandardizácia terminológie v ošetrovateľstve. Martin, Osveta, ISBN 978-80-8063-242-7
- [11] QUALLS, S., H., ZARIT, H., S. 2009. Aging Families and Caregiving. Wiley Series in Clinical Gerontopsychology. Wiley. ISBN 978-0470-00855-3, s. 241-249

- [12] ŽILOVÁ, A. 2005. Význam komunity pre osoby vyššieho veku. In Zborník z príspevkov z vedeckej konferencie s medzinárodnou účasťou - „Kvalita života a rovnosť príležitostí – z aspektu vzdelávania dospelých a sociálnej práce. Filozofická fakulta Prešovskej univerzity v Prešove. Dostupné na www.ff.unipo.sk/kvdsp

ELDERLY CARE, CAREGIVERS, AND ASPECT OF NURSING CLASSIFICATION SYSTEMS

Abstract

The aging tendencies in population are generally acknowledged. The percentage of post-productive members within society continuously grows. The common strategic objective is to have independent, self-sufficient and active seniors and, simultaneously, establish appropriate net of services. We deal with a question who and how can provide such services. When training new professionals, we use established sets of knowledge included in NIC and NOC classification systems. Apart from that, we form an approach focused on assessment of needs of caregivers who are exposed to risks. We also acknowledge needs of informal caregivers, as their role in elderly care is significant. In general, we deal with a changing pattern of care recipients that still needs to be developed.

Key words:

Elderly care, caregiver, client, education, Nursing Interventions Classification (NIC), Nursing Outcomes Classification (NOC)

Kontaktní údaje na autora

PhDr. Anna Krišková, PhD.
Súkromná stredná odborná škola JSS
Lachova 1, 85103 Bratislava, Slovensko
škola@jss.sk 00421 905626758

Psychosociálna problematika ošetrovania v onkológii

Jaroslav Stančiak¹, Viera Ryšková²

¹Fakulta zdravotníctva, KU, Ružomberok, SR

²Fakultná nemocnica Trnava, SR

Abstrakt

Nádorové choroby sú celosvetovým medicínskym a spoločenským problémom. Dvadsaťte storočie a prudký rozvoj medicíny sa v nemalej miere podpísalo na negatívnom vnímaní života. Ľudia sa viac boja utrpenia než samotnej smrti. Onkologické ochorenie predstavuje veľkú záťaž pre pacienta a vedie k narušeniu homeostázy. Kvalita života pacienta sa prejavuje navonok správaním a konaním, ktoré sa viaže na všetky sféry osobnosti t.j. osobnosť fyzickú, psychologickú, sociálnu a duchovnú. Cieľom príspevku je poukázať na psychosociálne aspekty ošetrovania v onkológii.

Kľúčová slova

Onkologické ochorenie – Pacient - Psychické prežívanie – Komunikácia - Sestra

JEL Classification: I19

Úvod

Nádorové choroby sú celosvetovým medicínskym a spoločenským problémom. Skutočnosť, že umieranie na rakovinu trvá relatívne dlho je spojená s výrazným psychickým a fyzickým utrpením. V posledných rokoch na Slovensku zomiera asi 11.000 ľudí na zhubné nádory, čo predstavuje 20% úmrtnosť. U mužov sa najčastejšie vyskytuje karcinóm pľúc, rakovina kože, hrubého čreva, konečníka, močového mechúra a žalúdka. U žien sú na prvom mieste nádory prsníka a ženských pohlavných orgánov.

Onkologické ochorenie vedie k spoločenským, emocionálnym, ekonomickým následkom, ktoré neovplyvňujú iba zdravie daného človeka, ale rovnako jeho

vzťah k ostatným ľuďom, jeho životný štýl a predstavu o vlastnom tele. Ochorenie vzhľadom na nákladnú liečbu predstavuje závažný ekonomický problém. Skutočnosť, že veľa mnoho ľudí na rakovinu zomiera, má i celospoločenský a sociálny rozmer.

Dvadsaťe storočie a prudký rozvoj medicíny sa v nemalej miere podpísalo na negatívnom vnímaní života. Ľudia sa viac boja utrpenia než samotnej smrti. Kvalita života pacienta sa prejavuje navonok správaním a konaním, ktoré sa viaže na všetky sféry osobnosti t.j. osobnosť fyzickú, psychologickú, sociálnu a duchovnú (Novotný, 2009).

Terminálna starostlivosť o onkologicky chorých zahŕňa starostlivosť klinickú, vrátane starostlivosti medikamentózne, ošetrovateľskej, psychologické, sociálnej a spirituálnej a rešpektuje momentálny psychický a somatický stav chorého.

Psychické prežívanie onkologického ochorenia

Po potvrdení diagnózy, prechádza chorý najčastejšie do štádia odovzdanosti, stavu rezignácie. Sprevádza ho bezradnosť a smútok, neraz aj ťaživé depresie a myšlienky na to, že sa mu život končí.

Dnes je známe, čo onkologický pacient prežíva, preto postoj a skutky sestry sú ovplyvňované jej osobou a osobnou zrelosťou. Ku komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti patrí i správne pochopenie nádorovej choroby. Reakcia pacientov na onkologickú chorobu je odlišná od reakcií na diagnózy iných ochorení a preto podpora pacienta s rakovinou je potrebná pri zmene jeho psychického stavu, pretože laická verejnosť nemá dostatok informácií o rakovine, ale stále registrujú skôr údaje o úmrtnosti ako o liečbe ochorenia. Po stanovení diagnózy pacient väčšinou dostáva skromnejšie informácie o liečebných postupoch a s negatívnymi liečebnými účinkami sa oboznamuje až počas liečby. Dôležitý je optimistický postoj ošetrovateľského personálu a rodinných príslušníkov.

Každé ochorenie vplýva na človeka inak a vplýva hlavne na tieto oblasti:

- emocionálna – citová, ktorá prichádza s prvými príznakmi,
- reaktivity a správania – každé ochorenie je sprevádzané určitým napätím. Pod vplyvom ochorenia sa mení správanie pacienta vo vzťahu k jeho sociálnemu prostrediu napr. uzatváranie sa do seba, egocentričnosť,
- zmeny osobnosti – pocit menejcennosti, znižovanie sebaúcty.

V dospelosti sa počas choroby do popredia dostávajú obavy z poklesu príjmu, straty zamestnania, straty partnerského vzťahu. V starobe do popredia vystupuje emotívna stránka, kde sa stretávame s obavami samoty, opustenosti, strachu zo smrti.

Reakcie chorých na chorobu závisia od:

- celkovej citlivosti napr. reakcia chorých na nepríjemné podnety,
- zdravotného uvedomenia, ktoré môže byť ovplyvnené výchovou, zdravotnou výchovou, skúsenosťou,
- charakteru hodnôt, od ktorých závisí prístup k ochrane zdravia jedinca (Jasingerová, 2001).

Sociálne aspekty

V priebehu onkologického ochorenia nastávajú mnohé zmeny v sociálnej situácii človeka. Aj tieto zmeny sú pre ošetrovateľskú starostlivosť veľmi dôležité. Každý človek má svoje sociálne potreby, ktoré vyplývajú zo statusu človeka, ako spoločenskej bytosti, žijúceho v istom sociálnom prostredí, ktorý má svoju rodinu, svoju prácu, svoje problémy, záujmy, záväzky, sny a priania. Naraz je z tohto prostredia vytrhnutý z dôvodov ochorenia. Ochorenie pre človeka môže znamenať zbavenie povinnosti, obmedzenie životných možností, obmedzenie súkromia atď. Negatívny vplyv na človeka majú predovšetkým dlhodobé pôsobiace faktory v priebehu onkologického ochorenia.

Kvôli chorobe často pacient nemôže vykonávať v plnej miere svoju profesiu. Znížená mobilita vedie k úplnej strate zamestnania. Pre značnú časť chorých ľudí je tiež sprievodným javom ohrozenie ich sociálneho postavenia, spoločenskej a rodinnej prestíže. Spravidla sa zhoršuje aj ekonomické zabezpečenie. Menia sa vzťahy v rodine, spolužitie s viacerými generáciami, partnerské väzby, najmä ich kvalitatívna úroveň. Ochorenie môže viesť k zlepšeniu vzťahov v rodine. Negatívne dôsledky pozorujeme častejšie u partnerov, ktorí nie sú schopní vybočiť z tradičného spôsobu spolužitia a pružne obmieňať svoje sociálne role. Zjavuje sa pocit osamelosti. Človek sa postupne uzaviera do seba alebo do svojho najbližšieho okolia. Prerúšením sociálnych a medziľudských kontaktov vzniká sociálna izolácia. Človek stráca určité životné istoty, skôr či neskôr je sociálne závislý od iných a potrebuje pomoc.

Schopnosť pohybu ovplyvňuje schopnosť sebaúcty. Sebaúcta a sebakoncepcia sú nevyhnutné pre duševné i telesné zdravie človeka. Zdravá sebakoncepcia

umožňuje človeku nájsť šťastie v živote a lepšie sa vyrovnáť so sklamaniami a zmenami. Neschopnosť získať pozitívny náhľad na seba samého (self-image) je najväčšou prekážkou v liečbe ochorení (Kozierová, 1995).

Onkologickú starostlivosť nemôžeme redukovať na prioritnú protinádorovú liečbu, ale má zahŕňať i úsilie o psychický a sociálny komfort chorých. Psychická záťaž zo zlyhania liečby, následnej bolesti a smrti pôsobí nešpecificky, ale iste. Kvalifikovaná sociálna pomoc pre pacienta a jeho príbuzných je, alebo mala by byť súčasťou onkologickej liečby. Nielen pacienti, ale i príbuzní potrebujú túto pomoc pri riešení krízovej životnej situácie, spôsobenej diagnostikovaním nádorového ochorenia, ktoré často znamená riziko smrti, alebo trvalého telesného postihnutia (odstránenie prsníka, amputácia končatiny a pod.). V dôsledku dlhotrvajúcej, agresívnej a kombinovanej liečby (ako je operácia, liečba žiarením, chemoterapia) vznikajú nové sociálne problémy – zabezpečenie domácnosti, finančné problémy, neplánovaná práceneschopnosť, prípadne i strata zamestnania.

Psychosociálnou podporou treba dosiahnuť, aby pacienti (a ich príbuzní) viedli naďalej normálny spôsob života a aby sa aspoň čiastočne podarilo odpútať pozornosť od nádorového ochorenia. V rámci psychosociálnej pomoci by mal byť zdravotnícky personál informovaný o pomeroch v rodine, mal by viesť (a dostať súhlas od pacienta) kto z rodiny má byť informovaný o stave pacienta a naopak, komu si pacient nepraje podávať informácie o svojej diagnóze, aktuálnom stave a o celkovej situácii.

V prípade nedostupnosti resp. nedôvery voči zdravotníckym pracovníkom je dobré, ak pacient a jeho rodina využívajú napr. Linku pomoci Ligy proti rakovine, kde vzhľadom na jej personálne obsadenie dostanú odbornú radu alebo informácie o tom, na ktoré konkrétne pracovisko sa treba obrátiť. Naliehavá je preto zmena postojov širokej lekárskej a zdravotníckej verejnosti vychádzajúca z reálneho stavu poznania. Rovnako je dôležitá i zmena laickej verejnosti. Systematická zdravotná výchova obyvateľstva musí zahŕňať chápanie prirodzeného charakteru ochorenia s dôrazom na jeho vyliečiteľnosť, upozornenie na prvé varovné príznaky zhubných ochorení, zdôrazňovať nutnosť preventívnych vyšetrení, zdravého spôsobu života, v prípade dlhodobej liečby aj riziko neoverených postupov v onkológii a informovanie o úspechoch onkologického výskumu a prípadoch vyliečenia. Psychosociálna onkológia prešla tiež vlastným vývojom, podobne ako liečba nádorových ochorení a v súčasnosti je vedená tak, aby neviedla v populácii ku karcinofóbii, kedy strach a obavy prevládajú nad súdnosťou.

Komunikácia s onkologickým pacientom

Získavanie dôvery nie je jednoznačný akt, ale dlhodobý proces o ktorom rozhoduje často prvý kontakt medzi ošetrojúcim personálom a pacientom. Pacient má právo na otvorenú komunikáciu. Najdôležitejším prvkom je dôvera. Pacient musí veriť, že ošetrovateľský personál urobí všetko potrebné, aby výsledok bol čo najlepší. Postoj k pacientovi má byť pravdivý a zachovávajúci vždy nádej na vyliečenie. Ak je prognóza dobrá, treba to chorému povedať, ale súčasne mu vysvetliť nutnosť ďalšieho sledovania po liečbe a ak je zlá treba zachovať dôveru a nádej chorého. Pacientovi treba pomôcť vyrovnať sa s vážnym ochorením, pretože žiť s nádorovým ochorením znamená i redukciu jeho osobných plánov, zmenu základných životných postojov hodnotovej orientácie. Pacient musí svoju chorobu uniesť a povinnosťou ošetrovateľského personálu je urobiť proces ochorenia zniesiteľnejším. Situáciu v komunikácii s pacientom často komplikuje tabuizácia otázky konečnosti ľudského pozemského života a preto závažnosť týchto situácií viedla i k vytvoreniu samostatnej psychoonkológie. Dnes je známe čo onkologický pacient prežíva a preto postoj a skutky lekára a sestry sú do veľkej miery ovplyvňované ich osobnou a osobnostnou zrelosťou. Medzinárodná únia proti rakovine odporúča onkológom, aby pacientom umožnili aktívnu účasť na rozhodovaní o liečbe a upozornili ich na možné komplikácie a prípadnú neúčinnosť niektorého liečebného postupu. Toto je možné len pri dobrej informovanosti pacienta o výskyte, výskume rakoviny a najnovších diagnostických a liečebných postupoch. Cieľom komunikácie medzi sestrou a pacientom je dodať mu odvahu hovoriť o rakovine, klásť otázky a nebáť sa, že odpovedanému neporozumejú a hlavne nebáť sa, že v boji s rakovinou bude pacient sám. V boji s chorobou treba využiť skutočnosť, že naša psychika pôsobí na naše telo rovnakým spôsobom ako ono pôsobí na našu psychiku.

Osobnosti ošetrovania

Podpora onkologického pacienta je jedným z dôležitých protektívnych faktorov pri zvládnutí stresu z ochorenia a liečby. Pacienti, ktorí dostávajú od rodiny a priateľov dostatok emocionálnej podpory sú v procese liečby veľakrát aktívnejší, majú väčšiu motiváciu bojovať a neopúšťajú sa. Pozitívne a negatívne faktory, ktoré vplývajú na priebeh onkologického ochorenia a liečby znázorňuje tabuľka č. 1.

Tabuľka 1 Pozitívne a negatívne faktory vplyvajúce na priebeh onkologického ochorenia (www.solen.sk/viapracticas2/2007)

Čo môže pomôcť chorobu zvládnuť	Čo môže chorobu komplikovať
• kvalitná komunikácia, informácie o chorobe a možnostiach liečby	• tendencia uzatvárať sa do seba a vyhýbať sa informáciám o chorobe
• aktívny postoj k chorobe a liečbe	• pasívna odovzdanosť chorobe
• udržiavanie dobrej fyzickej kondície	• psychická dekompenzácia a nevyhľadávanie odbornej pomoci
• podpora rodiny a priateľov	• malá podpora zo strany rodiny a priateľov

Medzi hlavné osobitosti ošetrovania onkologicky chorých pacientov zaradujeme komunikáciu. Onkologický pacient potrebuje cítiť podporu svojho okolia, spoluúčasť a záujem zo strany ošetrojúceho personálu. Pri komunikácii je potrebné navodiť ovzdušie dôvery, ktoré by pacienta upokojovalo, zbavovalo ho obáv a strachu. Na dosiahnutie kvalitnej obojstrannej komunikácie sestry s pacientom je potrebné rešpektovať niektoré všeobecné požiadavky:

- empatia – schopnosť vcítiť sa do toho, čo pacient prežíva, ako hodnotí svoj vzťah k chorobe, ako ju prežíva, čo si o nej myslí. Porozumenie a spoluúčasť prináša pacientovi úľavu a sestre dôležité informácie,
- individuálny prístup – znamená prispôsobenie nášho správania k pacientovým špecifickým zvláštnostiam,
- úcta k pacientovi – znamená vážiť si ho vždy za každých okolností ako človeka,
- pozitívny vzťah k pacientovi – prejavuje sa vo výraze tváre, v pohľade, v pohyboch tela i v odstupe sestry, vo verbálnej a neverbálnej komunikácii (Andrášiová, 2007).

Jednotlivé fázy onkologického ochorenia sprevádzajú tieto symptómy:

- problémy s prijímaním potravy – objavujú sa v súvislosti s chemoterapiou a rádioterapiou a sú aj sprievodným problémom terminálnej fázy ochorenia,
- nevoľnosť a zvracanie sú nepríjemné ťažkosti, vedú k vychudnutiu,
- zápcha a hnačky – tieto problémy sú pomerne časté, môžu sa striedať a byť veľmi nepríjemné a bolestivé. Príčinou zápchy môže byť nedostatok aktivity (chronická choroba, pripútanosť na lôžko),

podvýživa, dehydratácia, lieky (ópiáty). Hnačky sú problematickejšie ako zápcha, človek má obmedzenú kontrolu pohybu stolice. Vedie často k zápalom a bolestivosti okolia análneho otvoru, čo vyžaduje dobré a citlivé ošetrovanie,

- náchylnosť k infekciám – v súvislosti s liečbou môžu nastať tieto hematologické zmeny: anémia, leukopénia, trombocytopenia a v týchto prípadoch je oslabený celý imunitný systém,
- preležaniny – ktoré sa môžu zapáliť. Všetky rany sú potenciálnou bránou infekcie a chorí vyžadujú veľmi starostlivé sledovanie a dôslednú ošetrovateľskú starostlivosť,
- bolesti – súvisia s vlastným chorobným procesom, často sa prejavujú úzkostným výrazom tváre, zaujímaním úľavovej polohy, verbalizáciou bolesti atď.,
- úzkosť, depresie, ktoré sú sprievodným javom strachu zo smrti. Pacient sa uzatvára do seba, cíti sa menejcenný, spoločensky sa izoluje a trpí pocitom beznádeje (Andrášiová, 2007).

Záver

K najvýznamnejším znakom súčasného obdobia patrí neustále sa zvyšujúci počet nevyliciteľne chorých pacientov v terminálnom štádiu ochorenia. Dvadsať storočie a prudký rozvoj medicíny sa v nemalej miere podpísalo na negatívnom vnímaní života. Ľudia sa viac boja utrpenia než samotnej smrti.

Vytvorenie psychicky kladného, vzájomného vzťahu medzi sestrou a onkologickým pacientom nie je iba cieľom, ale priamo prostriedkom k dosiahnutiu cieľa. V prehľade možností psychickej pomoci chorému človeku prvoradý dôraz kladieme na činy a v druhom rade na neverbálne prejavy.

Na kvalitnú ošetrovateľskú starostlivosť vplýva aj samotná osobnosť sestry. Záleží na jej ľudských, morálnych, odborných a psychologických schopnostiach, ktoré môže využívať pri zabezpečovaní návratu pacienta do normálneho života a udržania jeho psychickej rovnováhy. Za významné prvky v pôsobení sestier na psychický stav onkologických pacientov pokladáme: psychohygienu, komunikáciu, empatiu, priaznivé interakčné a interpersonálne vzťahy.

V súčasnosti sa zdôrazňuje humanizácia medicíny. Preto frázu „musíme pomáhať“ nahradíme predsavzatím „chceme pomáhať onkologicky chorému človeku.“

Literatura

- [1] Andrášiová, M. a kol. 2002. Hospice a paliatívna starostlivosť. 1. vydanie, Bratislava: Oto Németh, 2002, 54 s. ISBN 80-96 8416-0-2
- [2] Andrášiová, M. 2007. Psychologické minimum o psychickom prežívaní onkologického pacienta. Via pract., 2007, roč. 4 (S2): 42-46, dostupné na www.solen.sk, 29. 5. 2010
- [3] Baštecká, B. et. al. 2001. Základy klinické psychológie. 1. vydanie, Praha: Portál, 2001, 440 s. ISBN 80-7178-550-4.
- [4] Čižmáriková, J. 2005. Psychológia umierajúceho. Sestra, 2005, č. 9, s. 33. ISSN 1335-9444.
- [5] Dostálová, O. 1986. Psychoterapeutické prístupy k onkologickým nemocným. Praha: Avicenum, 1986, 208 s. ISBN neudané.
- [6] Gulášová, J. 2003. Psychologický prístup a zásady komunikácie s umierajúcim pacientom. Revue ošetrovatel'stva a laborator'nych metod'ik, 2003, č. 3, 71 s. ISSN 335-5090.
- [7] Kopáčiková, M., Novotný, J., Stančiak, J., Lauková, m. 2009. Paliatívna ošetrovatel'ská starostlivosť v domácich podmienkach. In: Zborník z konferencie s medzinárodnou účasťou Důstojné umírání II. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd, 2009, s. 58-68. ISBN 978-80-244-2381-4
- [8] Kozierová, B., Erbová, G., Olivierová, R., 1995. Ošetrovatel'stvo I., Martin: Osveta, 1995, s. 958 ISBN 80-217-0528-0
- [9] Křivohlavý, J. 2002. Psychologie nemoci. 1. vydanie, Praha: Grada, 2002, ISBN 80-247-0179-0.
- [10] Novotný, J., Kopáčiková, M., Stančiak, J., Ryšková, V. 2009. Paliatívna starostlivosť z pohľadu pacienta a jeho rodiny. In: Zborník z konferencie s medzinárodnou účasťou Důstojné umírání II. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd, 2009, s. 99-108. ISBN 978-80-244-2381-4

THE PSYCHOSOCIAL ASPECTS OF NURSING CARE IN ONCOLOGY

Abstract

Oncology diseases are a global medical and social problem. The twentieth century and the rapid development of medicine, has significant contribution in the negative perception of life. People are more afraid of suffering than death

itself. Cancer presents heavy burden for the patient and leads to disruption of homeostasis. Quality of patients life is reflected outwardly on behavior and conduct, which is binded to all spheres of people's personality - physical, psychological, social and spiritual personality. The contribution of this paper is to highlight the psychosocial aspects of nursing care in oncology.

Key words

Oncology disease – Patient - Psychological survival – Communication - Nurse

Kontaktní údaje na autora

j.stanciak@gmail.com

Prenatálna komunikácia medzi matkou a dieťaťom

Jana Štefániková¹, Mária Kopáčiková²

¹SZŠ Trnava, FZaSP Trnavská univerzita Trnava, SR,

²FZ Katolícka univerzita Ružomberok, SR

Abstrakt

Prenatálne obdobie je významným vývojovým obdobím, počas ktorého sa vytvárajú všetky potrebné predpoklady pre budúci samostatný život jedinca. V tomto období prebieha predovšetkým biologický vývoj. No prejavujú sa tu i prvé jednoduché psychické reakcie. Znamená to, že ľudský plod má postupne väčšiu schopnosť prijímať väčšie množstvo informácií a správať sa k nim primeraným spôsobom. Plod je teda schopný určitým spôsobom komunikovať s matkou, ktorá je prvým a najdôležitejším komunikačným „partnerom“ dieťaťa. Prenatálna komunikácia je vyjadrením vnútorného puta medzi matkou a dieťaťom.

Kľúčová slova

Prenatálne obdobie. Zmysly. Prenatálna komunikácia.

JEL Classification: I19

ÚVOD

Prenatálne obdobie je významným vývojovým obdobím, počas ktorého sa vytvárajú všetky potrebné predpoklady pre budúci samostatný život jedinca. Dieťa už od šiesteho mesiaca prenatálneho vývoja je bytosťou, ktorá vníma, cíti, pamätá si a dokonca si uvedomuje mnohé podnety, ktoré naň pôsobia priamo alebo sprostredkovane cez matku.

“Pre prenatálne dieťa je prvým svetom maternica jeho matky, ktorá mu poskytuje prvé milujúce, alebo, naopak, nehostinné prostredie. Milujúce prostredie v matkinom lone vytvára predpoklady na vytvorenie si dôvery, otvorenosti, ústretovosti a sebadôvery po narodení. Naopak, nehostinné

prostredie je znakom budúcej nedôvery, podozrievavosti a ťažšieho nadväzovania kontaktov v postnatálnom období. Matka tu môže plniť úlohu najväčšieho pomocníka, alebo môže predstavovať pre dieťa prekážku. Citovo vnímavejší rodičia, prejavujúci viac náklonnosti a lásky k deťom v prenatálnom a postnatálnom období, majú fyzicky uvoľnenejšie deti s nižšou hladinou stresových hormónov, sú sociálne obratnejšie, dosahujú lepšie výsledky v škole – obzvlášť v matematike a v čítaní.“ (Matulníková, 2003)

Prenatálna komunikácia medzi matkou a dieťaťom

Prenatálny vývoj trvá deväť kalendárnych alebo desať lunárnych mesiacov. Ide o obdobie od oplodnenia vajíčka, až po narodenie dieťaťa. V tomto období sa vytvárajú všetky orgánové systémy – ide predovšetkým o biologický vývoj. Vznikajú i základy budúceho citového vzťahu medzi matkou, resp. oboma rodičmi a očakávaným dieťaťom. Priebeh prenatálneho obdobia má veľký význam, pretože vytvára predpoklad pre ďalšie postnatálne vývojové zmeny.

Prenatálne obdobie sa delí na tri fázy:

- fáza oplodnenia – trvá tri týždne;
- embryonálne obdobie – trvá od štvrtého do dvanásteho týždňa. Vytvárajú sa tu všetky hlavné orgánové základy. V tomto období je embryo veľmi citlivé. Faktory, ktoré na neho pôsobia môžu byť príčinou vzniku závažných vývojových chýb.
- fetálne obdobie – trvá od dvanásteho týždňa do narodenia. V tomto období sa dokončuje vývoj orgánových systémov, ktoré začínajú fungovať.

Už v prenatálnom období sa medzi matkou a dieťaťom vytvorí komunikačný systém. Prenatálna komunikácia je najprirodzenejšou vecou na svete. Je vyjadrením vnútorného puta medzi matkou a dieťaťom. Aby sme mohli komunikovať, potrebujeme informácie nielen posielat', ale ich aj prijímať. K prijímaniu signálov z okolitého sveta nám slúžia zmysly. Pomocou nich sa prenatálne dieťa v druhej polovici tehotenstva čoraz intenzívnejšie pripravuje na vonkajší svet. Zmysly mu ponúkajú jedinečnú príležitosť zhromažďovať a spracovávať informácie prichádzajúce i zvonka.

Moderná prístrojová technika (vnútro maternicová fotografia, fetálne ultrazvukové vyšetrenie, fetoskopia, apd.) umožnila sledovať vývoj plodu v prenatálnom období. Už v siedmom týždni gravidity má plod vyvinuté hmatové receptory a je schopný reagovať na tlak, ľahký dotyk, teplotu, bolesť. (Michalková, 2003, s. 10)

Približne v 18. týždni je hmat už natoľko vyvinutý, že dieťa môže cítiť jemný dotyk hladiacej ruky cez brušnú stenu. Hmat však ešte nie je naplno prepojený s mozgom. Prenatálne dieťa síce vie, že sa ho niečo dotýka, ale nevie ešte, kde na tele tento pocit vníma.

Od šiesteho týždňa tehotnosti sa na jazyku vytvárajú chuťové poháriky a od štvrtého mesiaca dieťa pije plodovú vodu, v ktorej prevláda sladkastá chuť. Týmto spôsobom napomáha rozvoju funkcie gastrointestinálneho traktu a obličiek.

Okolo 20. týždňa býva vyzreté čuchové tkanivo a nasleduje rozvoj sluchu. Sluchový aparát je úplne funkčný už v dvadsiatom týždni gravidity, a toto možno využiť k nadviazaniu komunikácie s plodom na základe zvukových vnemov. (Michalková, 2003, s. 10)

Schopnosť habituácie na vibrácie je preukázaná od 22. týždňa tehotenstva. Nenarodené dieťa už dokáže vnímať a priradovať zvuky. V prvom rade počuje silnú zvukovú kulisu zloženú z tlkotu matkinho srdca, šumenia jej krvi vo veľkých cievach, zvuku trávenia v žalúdku a črevách, a tiež z dýchania. Už v prenatálnom období môže byť sluch poškodený pôsobením zvuku s vyššou frekvenciou ako 90 decibelov. Schopnosť habituácie závisí na aktuálnom stave centrálného nervového systému. Zhoršuje sa napr. pri nedostatku kyslíka matky, pri podávaní liekov matke, ale i do hodiny a pol po vyfajčení jednej cigarety, či pri emočnom strese matky.

Od šestnásteho týždňa sa začínajú postupne vytvárať zrkové tyčinky citlivé na svetlo. Oči sa otvoria až od 30. týždňa tehotenstva a potom sa zatvárajú až v spánku.

V 16. týždni gravidity možno dokázať „reč tela“ – úsmev, mračenie, šklabenie... Ku koncu tretieho mesiaca tehotenstva sa prenatálne dieťa v maternici pohybuje. Čím viac sa vyvíja centrálny nervový systém, tým sú tieto pohyby diferencovanejšie a koordinovanejšie. Dieťa pohybuje hlavičkou, siaha si rukou na tvár, otvára pusku, zíva, prehltáva, môže mať štikútku, cumle si palec. Je to najvhodnejší čas pre nadviazanie intenzívnejšieho kontaktu.

Od 24. týždňa prenatálneho života plodu začína „život mozgu“ a plod sa tak mení na mysliacu vnímajúcu ľudskú bytosť, ktorá je schopná aj učiť sa.

Rozvoj zmyslov je u prenatálneho dieťaťa komplexnou záležitosťou. Jeden vývojový krok zasahuje do ďalšieho. Jeden bez druhého by nebol možný.

V prenatálnom období sa medzi matkou a prenatálnym dieťaťom vytvorí komunikačný systém, na ktorom má väčší podiel matka, ale aj dieťa zohráva

dôležitú úlohu. Reaguje na potreby špecifickým spôsobom, čím dáva informácie o svojich pocitoch alebo potrebách.

Prenatálne dieťa:

- vie sa učiť;
- dokáže upozorniť na zdravotné problémy;
- počuje a vie odpovedať na hlasy, zvuky – vrátane hudby;
- vie vystihnúť, aké city sa k nemu prechovávajú;
- vie reagovať na lásku;
- je aktívna a vnímavá bytosť.

Verny (1993) v súvislosti s prenatálnym životom dieťaťa zhrňa svoje poznatky takto:

- Prenatálne dieťa dokáže vidieť a počuť, môže prežívať a dokonca je schopné učiť sa, ale iba na veľmi jednoduchej úrovni.
- Z toho vyplýva, že to, čo dieťa cíti a vníma, začína formovať jeho postoje a očakávania voči sebe samému. Ako bude seba vnímať, to závisí – čiastočne – od toho, čo sa o sebe dozvie v maternici.
- Hlavným zdrojom týchto posolstiev, ktoré dieťa formujú, je jeho matka. To neznamená, že by každá povrchná starosť alebo úzkosť mala vplyv na jej dieťa. To, na čom záleží sú trvalejšie a hlbšie formy cítenia, ktoré prostredníctvom trvajúcej úzkosti a neistoty môžu negatívne vplývať na prenatálne dieťa. Na druhej strane, také povznášajúce emócie, ako radostné očakávanie, môžu významne prispieť k jeho zdravému citovému vývinu.
- Najnovšie výskumy sa začínajú čím ďalej, tým viac zameriavať aj na otca a jeho city. Donedávna sa na ne neprihliadalo. Teraz vieme, že to, čo muž cíti k žene a k nenarodenému dieťaťu, je jedným z najvýznamnejších činiteľov určujúcich úspešnosť tehotnosti.

Proces utvárania väzby prebieha prostredníctvom troch rozličných komunikačných kanálov:

- **Fyziologický spôsob komunikácie** – je jediný, ktorý je v určitom slova zmysle nevyhnutný. Hlavnú úlohu zohráva krv, ktorá prechádza placentou. Umožňuje výmenu plynov, energetických a odpadových látok, hormónov, liekov a iných chemických substancií. Cez tento kanál

je plod ovplyvňovaný matkiným fyzickým stavom. Ak matka prežíva stres, nadmerné vylučovanie adrenalínu môže viesť k poškodeniu plodu, čo sa prejaví napr. jeho intenzívnym kopaním.

- **Zmyslová komunikácia** (behavoriálny kanál) – zahrňuje nielen matkin denný rytmus, psychickú a fyzickú záťaž, stupeň aktivity, ale i vplyvy vonkajšieho prostredia. Plod reaguje na niektoré zmyslové podnety, napr. na masírovanie, zmenu polohy, matkin hlas. Psychológovia odporúčajú nadviazať prvý kontakt už 30 – 40 dní po oplodnení („spojenie“ – „bonding“).
- **Rezonančný kanál** – zahrňuje emocionálny a racionálny postoj matky k plodu. Zaraďujeme sem i extrasenzorické vnímanie - matka sústreďuje svoju pozornosť na plod, prežíva určitým spôsobom jeho existenciu, konkretizuje si jeho podoby vo svojich predstavách. Túto informáciu plod pomerne presne vníma.

V prenatálnej komunikácii samozrejme stojí v popredí vzťah matky a dieťaťa. To však neznamená, že otec, súrodenci a blízki priatelia sú z nej vylúčení. Najmä otec má schopnosť nadviazať kontakt so svojím dieťaťom už v prenatálnom období cez dva komunikačné kanály, ktoré sú čiastočné odlišné od matky:

- priama komunikácia cez behavoriálny kanál, ktorá je rovnaká ako u matky,
- nepriama komunikácia otca s plodom, ktorá je založená na jeho pôsobení na matku. (Kozarovský, 1991)

Prenatálna komunikácia má nasledujúce výhody:

- Vytvára **dôveru**. Keď sa rodičia dieťaťom zaoberajú už veľmi skoro, budú mať tiež viac dôvery vo svoje vlastné rodičovské schopnosti, až príde dieťa na svet.
- Podporuje **vzťahy**. Rodičia poskytujú svojmu dieťaťu pocit, že je na tomto svete vítané. To je základným kameňom lásky a dôvery.
- Poskytuje **podnety**. Deti sa stimulujúcimi podnetmi učia a môžu sa vďaka tomu duševne i telesne lepšie vyvíjať.

- Poskytuje **posilu**. Keď deti reagujú na podnety a láskanie zvonku, posilňujú tak rodičov v ich úsilí. Naopak to prirodzene platí tiež.
- Zvyšuje **citlivosť**. Kto chce svojmu dieťaťu lepšie rozumieť i po narodení, musí sa učiť, ako citlivo reagovať na jeho potreby.

Význam prenatálnej komunikácie potvrdzujú aj výskumy u detí depresívnych matiek. Z výskumu vyplýva, že dieťa depresívnej matky sa zdá byť menej citlivé na tváre a hlasy už v novorodeneckom období. Zároveň sa tieto deti menej dokázali orientovať pri pohľade na tvár/hlas (podnet zo strany skúšajúceho stupnice Brazelton) a na ich vlastný krik a zvuky ostatných detí. Tato menšia citlivosť bola spôsobená väčším vzrušením, menšou pozornosťou a menšou "empathiou." (Field et al., 2007, 2005, Hernandez- Reif et al., 2006, Tornek et al., 2003)

ZÁVER

Každá matka môže vytvoriť svojmu dieťaťu lepšie podmienky pre zdravie a šťastie a to už niekoľko mesiacov pred narodením. Veľký význam má ľúbiť svoje dieťa, tešiť sa na jeho príchod od prvej chvíle. Poskytnúť mu pocit pokoja, bezpečia, radosti a naopak v čase nepokoja viacej sily, rozhodnosti a odhodlania. To, čo prežije pred narodením a pri ňom, môže výrazne ovplyvniť jeho budúcnosť. Akceptácia dieťaťa, jeho citová výchova a komunikácia už pred narodením nepochybne prospieva prenatálnemu dieťaťu, matke, otcovi, ale i najbližšiemu okoliu.

LITERATÚRA

- [1] BAŠTECKÁ, B.- GOLDMANN, P. 2001. *Základy klinické psychológie*. Praha: Portál, 2001, 440 s. ISBN 80-7178-550-4.
- [2] FIELD, T., HERNANDEZ-REIF, M., DIEGO, M., FEIJO, L., VERA Y., GIL, K., SANDERS, C. 2007. *Responses to animate and inanimate faces by infants of depressed mothers*. Early Child Development and Care, 2007; 177:533 – 539.
- [3] FIELD, T., HERNANDEZ-REIF, M., VERA Y., DIEGO, M., BENDELL, D., YANDO, R. 2005. *Anxiety and anger effects on depressed mother-infant spontaneous and imitative interactions*. Infant Behavior and Development 2005; 28:1 – 9.
- [4] HERNANDEZ-REIF, M., DIEGO, M., FIELD, T. 2006. *Instrumental and vocal music effects On neonates of depressed and non-depressed mothers*.

- Infant Behavior and Development 2006; 29:518 – 525. [PubMed: 17138304]
- [5] HERNANDEZ-REIF, M., FIELD, T., DIEGO, M., VERA Y, PICKENS, J. 2006. Happy faces are habituated more slowly by infants of depressed mothers. Infant Behavior & Development 2006; 29:131 – 135. [PubMed: 17138268]
- [6] KOZEROVSKÝ, V., MARKOVÁ, H., GOLDMANN, P., MAREK, J. 1991. *Význam a úloha otce v průběhu těhotenství a porodu*. Praktický lékař, 1991, roč. 71, č. 10, s. 371 – 376.
- [7] MATULNÍKOVÁ, L. 2003. *Fyzický a duševný život nenarozeného dítěte*. Ošetrovatel'stvo a pôrodná asistencia, 2003, roč. 1, č. 2, s. 10-12. ISSN 1336-183002-04.
- [8] MICHALKOVÁ, P. 2003. *Psychologický význam a úloha otce v průběhu těhotenství a porodu z hlediska práce porodní asistentky*. Ošetrovatel'stvo a pôrodná asistencia, 2003, roč. 1, č. 5, s. 9 -12. ISSN 1336-183002-04.
- [9] TEUSEN, G. – GOZE-HÄNEL, I. 2003. *Prenatální komunikace*. Praha: Portál, 2003, 80 s. ISBN 80-7178-753-1.
- [10] TORNEK, A., FIELD, T., HERNANDEZ-REIF, M., DIEGO, M., JONES, N. 2003. Music effects; on EEG in intrusive and withdrawn mothers with depressive. Psychiatry 2003; 3:234 – 243. [PubMed: 14587360]
- [11] VERNY, T. – KELLY, J. 1993. *Tajomný život dieťaťa pred narodením*. Bratislava : SPN, 1993, 177 s. ISBN 80-08-02055-5.
- [12] VÁGNEROVÁ, M. 2000. *Vývojová psychológia*. Praha : Portál, 2000, 528 s. ISBN 80-7178-308-0.

PRENATAL COMMUNICATION BETWEEN MOTHER AND CHILD

Abstract

Prenatal period is the key stage of development when all the prerequisites for the future life of an individual are being built up. It is mainly within this period when biological development takes place and the first simple psychic reactions are manifested. Foetus gradually becomes able to perceive bigger and bigger amount of information, process it and adopt an adequate attitude, thus being able to communicate with its mother, the very first and major communication “partner”. Prenatal communication is the expression of an internal bond between mother and child.

Key words

Prenatal period. Senses. Prenatal communication.

Kontaktní údaje na autory

PhDr. Jana Štefániková

SZŠ Trnava, FZaSP Trnavská univerzita Trnava

917 00 Trnava

E- mail: jana.stef@post.sk

PhDr. Mária Kopáčiková, PhD.

Katolícka univerzita Ružomberok

Fakulta zdravotníctva

034 01 Ružomberok

E- mail: maria.kopacikova@gmail.com

NEECHAM škála na posúdenie akútnej zmätenosti sestrou

Gabriela Vörösová

Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre

Abstrakt

Skoré rozpoznanie akútnej zmätenosti sestrou je predpokladom zvládnutia komplikácií a zabezpečenia kvalitnej ošetrovateľskej starostlivosti.

Cieľ: Cieľom práce bolo overiť NEECHAM (skratka vytvorená z mien autoriek škály Neelon, Champagne), škálu na posúdenie akútnej zmätenosti. **Metódy:** Použili sme rozhovor a pozorovania pre administráciu škály NEECHAM, preloženú slovenskú verziu z anglického originálu prezentovanú Culpom (2002). Uvedenú škálu sme aplikovali u $n=400$ zámerne vybraných pacientov, ktorí boli posudzovaní opakovane (2-5 krát), raz za 24 hodín.

Výsledky: Na základe spracovania výsledkov Studentovým t -testom a Pearsonovou koreláciou sme zistili, že sú signifikantné rozdiely vo vekových skupinách, v súvisiacich faktoroch a v trvaní dní akútnej zmätenosti na hladine významnosti $p=0,001$.

Záver: Môžeme konštatovať, že slovenská verzia prekladu škály NEECHAM je adekvátny nástroj na posúdenie akútnej zmätenosti sestrou v podmienkach slovenskej a českej ošetrovateľskej praxe.

Kľúčové slová

NEECHAM, škála, sestra, posúdenie, akútna zmätenosť

JEL Classification: I19

Úvod

Ošetrovateľská diagnóza „akútna zmätenosť“ (v medicíne sa používa diagnóza delírium podľa Medzinárodnej klasifikácie chorôb MKCH-10 a klasifikácie Americkéj psychiatrickej asociácie DSM-IV) bola schválená NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) v roku 1994. V NANDA International Taxonómii II. (ďalej NANDA-I) je akútna zmätenosť definovaná ako kvalitatívna porucha vedomia, kognitívnych funkcií, spánku, vzniká náhle, má kolísavý priebeh, intenzita príznakov sa počas dňa mení a je to reverzibilný stav v rozdielnej miere. Vzniká náhle a ohrozuje pacienta mnohými komplikáciami (2,25). NEECHAM škála bola okrem autorov škály (14,15) psychometricky testovaná vo viacerých ošetrovateľských podmienkach napr. švédskych (10) japonských (16), belgických (13,17), holandských (5) a ďalších. NEECHAM škála má tri úrovne.

1. úroveň (skóre 0-14 bodov) posudzuje spracovanie v oblasti: pozornosť (pozornosť-ostražitosť-vnímanosť); príkaz (rozpoznanie-interpretácia-akcia); orientácia (orientácia-krátkodobá pamäť-obsah myslenia/reči). 2. úroveň (skóre 0-10 bodov) posudzuje správanie (vzhľad-motorika-verbálne). 3. úroveň (0-6 bodov) posudzuje fyziologickú kontrolu (stabilitu životných funkcií, stabilitu saturácie O₂ a kontrolu kontinencie moču). Škála bola vyvinutá pre sestry ako štandardizovaný nástroj na posúdenie akútnej zmätenosti. Vykazuje podľa autorov škály (14,15) dobrú vnútornú konzistenciu Cronbachovo $\alpha = 0,85-0,90$. Ďalší overovatelia (3) uvádzajú Cronbachovo $\alpha = 0,81$, (10) pred chirurgickým zákrokom 0,73, po zákroku 0,82. Flámska verzia prekladu (13) uvádza reliabilitu alfa koeficient (0,88), diagnostickú hodnotu: senzitivitu 76,9 %, špecifickosť 64,6 %, negatívnu prediktívnu hodnotu 97,5 %, pozitívnu prediktívnu hodnotu 13,5 % a presnosť 65,5 %. Metóda NEECHAM bola odporúčaná pre významné spojenie s kľúčovými klinickými indikátormi vývoja akútnej zmätenosti (14,15).

Cieľ práce

Cieľom práce bolo posúdiť ošetrovateľskú diagnózu akútna zmätenosť s použitím štandardizovanej škály NEECHAM v podmienkach Slovenskej a Českej republiky (ďalej SR, ČR). Zistiť či sú rozdiely medzi vybranými skupinami pacientov podľa pohlavia, veku, lekárskej diagnózy a trvania akútnej zmätenosti.

Materiál a metódy

Výskumnú vzorku tvorilo $n = 400$ (z toho $n=173/43,25\%$ mužov a $n=227/56,75\%$ žien) zámerne vybraných hospitalizovaných pacientov 65 ročných a starších (vekový priemer 77,57 rokov, rozpätie od 65 do 98). Do výskumu bolo zainteresovaných $n=10$ sestier (s bakalárskym alebo magisterským ošetrovateľským vzdelaním) na každom pracovisku jedna. Počet pacientov bol $n=40$ v každej skupine. Výskum sme realizovali od 8. Februára 2004 do 28. júna 2006 nasledovne: 1. Fakultná nemocnica v Nitre (ďalej FN) 1. skupina (ďalej sk.) Doliečovacie oddelenie, 2. sk. Interná klinika 1., 3. sk. Interná klinika 2., 4. sk. Neurologická klinika, 6. sk. Neurochirurgické oddelenie, 10. sk. Traumatologické oddelenie. 2. Fakultná nemocnica v Trenčíne 5. sk. Geriatrické oddelenie. 3. Nemocnica PROLIFE Šaľa 7. sk. Chirurgické oddelenie. 4. Masarykova nemocnice Ústí nad Labem 8. sk. Interní oddelení. 5. Oblastní nemocnice Kladno, a. s., nemocnice Středočeského kraje 9. sk. Geriatrické a rehabilitační centrum.

Zarad'ujúce kritériá pre pacientov boli:

1. Demografické údaje (vek 65 rokov a starší, pohlavie – muži, ženy). 2. Výskyt akútnej zmätenosti pri vybraných lekárskejších diagnózach (zatriedené diagnózy podľa MKCH-10), IX. kapitola Choroby obehovej sústavy, orientovali sme sa na pacientov, ktorí boli hospitalizovaní s: a) Chronickou ischemickou chorobou srdca (I 25), b) Mozgovým infarktom (I 63), c) Porážkou - apoplexiou – nešpecifikovanou ako krvácanie alebo infarkt (I 64). XIX. kapitola Poranenia, otravy a daktoré iné následky vonkajších príčin: d) Zlomenina stehnovkej kosti (S72), e) Vnútroľbkové poranenie (S06).

Vylučovacie kritériá pre pacientov boli:

1. Delírium tremens, 2. Kratší čas hospitalizácie ako 48 hodín, 3. Ťažko posúditelný stav.

Určujúce znaky akútnej zmätenosti podľa NANDA-I pre sestry boli:

1. Nedostatok motivácie k cieľavedomému a účelnému správaniu. 2. Kolísavá psychomotorická aktivita. 3. Zlé pochopenie (rôznych situácií, javov). 4. Kolísavé vnímanie. 5. Častejšie rozrušenie, zmietanie alebo nepokoj. 6. Kolísavá úroveň vedomia. 7. Kolísanie v cykle spánok - bdenie. 8. Halucinácie (11). Akútna zmätenosť bola definovaná ako skóre pre NEECHAM = pozitívny (<25), posledné merania NEECHAM = negatívny (>25).

Metodika

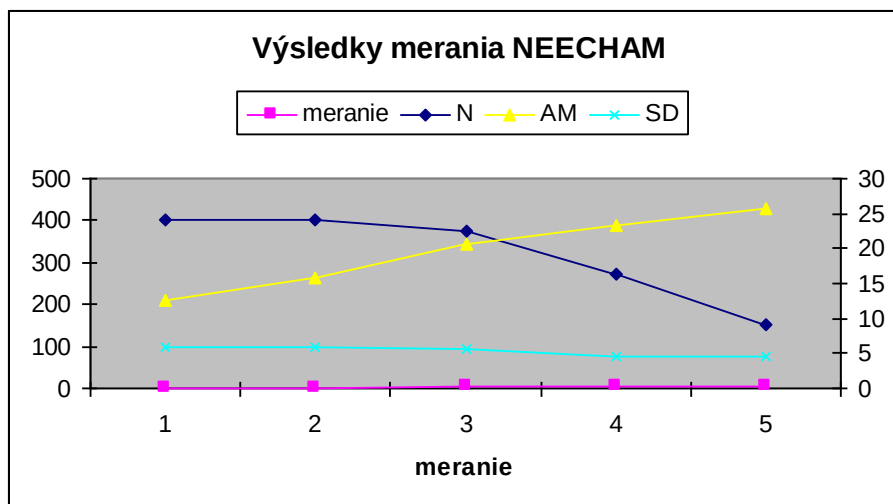
Na zber údajov sme použili rozhovor a pozorovanie pre administráciu štandardizovanej škály NEECHAM. Nástroj bol lingvisticky validizovaný (preklad z anglického originálu 2 nezávislými prekladateľmi a 2 spätné preklady do slovenského jazyka a publikovaný (24). Sestry vybraných pracovísk boli vyškolené ako použiť škálu NEECHAM. V podmienkach ČR bola použitá slovenská verzia prekladu. V publikáciách českých autorov sme nenašli metodiku ani manuál na použitie nástroja. Preto sme použili slovenskú verziu prekladu (24) aj v ČR (na uvedených pracoviskách škálu použili dve slovenské sestry zaškolené pre ciele výskumu). Sestry posudzovali pacientov do formalizovaného záznamu raz za 24 hodín, maximálne päť krát. Obsahová analýza dokumentov bola ďalšou metódou na získanie relevantných údajov zo zdravotnej dokumentácie.

Metódy spracovania výsledkov

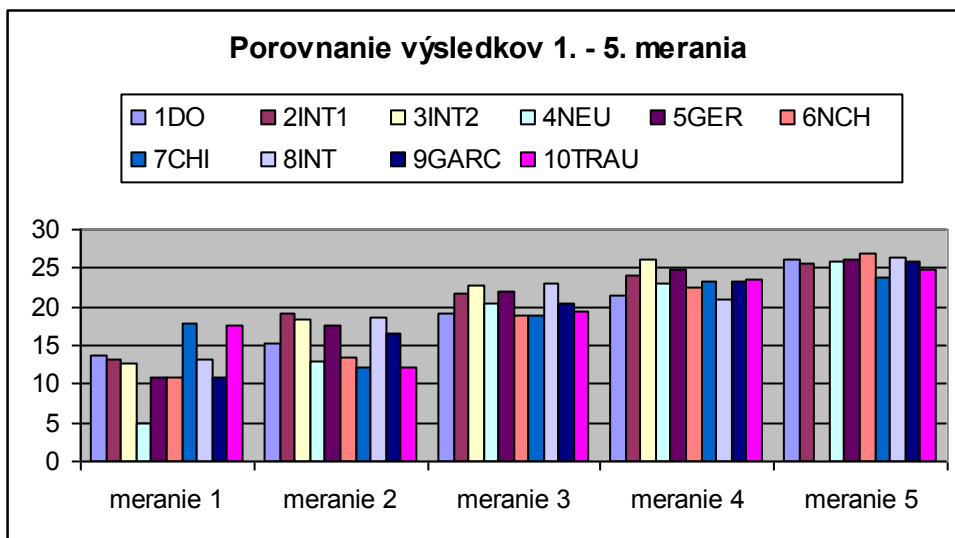
Výpočty jednotlivých štatistických indikátorov sme realizovali programovým balíkom pre sociálne vedy SPSS (Statistical Package for Social Sciences) ver. 8.0 pre Windows nasledovne: 1. Jednorozmernou opisnou štatistikou. 2. Studentovým t-testom. 3. Pearsonovým koeficientom súčinovej korelácie.

Výsledky a diskusia

Na základe analýzy zaznamenaných údajov párovým t-testom sme dospeli k nasledovným zisteniam uvádza obrázok 1, 2, 3. Mieru závislosti medzi meraniami uvádza tabuľka 1.



Obr. 1. Vývoj výsledkov u n = 400 pacientov



Obr. 2. Komparácie výsledkov medzi skupinami

Štatisticky významné boli všetky merania výskumnej vzorky. Najnižšia hodnota bola v 1. meraní u $n = 150$ (37,5 %) pacientov, AM (aritmetický priemer) = 12,56, SD (smerodajná odchýlka) = 6,20 vs. najvyššia v 5. meraní u $n = 150$ (37,5 %) pacientov AM = 25,79, SD = 4,46 hodnota $t = 20,459$, hladina významnosti $p < 0,001$.

Tab. 1. Miera závislosti medzi 1.-5. meraním NEECHAM

NEECHAM		1	2	3	4	5
NEECHAM1	Pearson Correlation		,268**	,110*	,206**	
	Sig.(2-tailed)		0,001	0,034	0,001	
	N		400	374	274	
NEECHAM2	Pearson Correlation	,268**		,624**	,247**	
	Sig.(2-tailed)	0,001		0,001	0,001	
	N	400		374	274	
NEECHAM3	Pearson Correlation	,110*	,624**		,397**	
	Sig.(2-tailed)	0,034	0,001		0,001	
	N	374	374		274	

NEECHAM4	Pearson Correlation	,206**	,247**	,397**		-,173*
	Sig.(2-tailed)	0,001	0,001	0,001		0,035
	N	274	274	274		150
NEECHAM5	Pearson Correlation				-,173*	
	Sig.(2-tailed)				0,035	
	N				150	

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Najvýznamnejšia závislosť bola zaznamenaná medzi NEECHAM 2 a NEECHAM 3 u n = 374 pacientov, $r = 0,624$, $p < 0,001$.

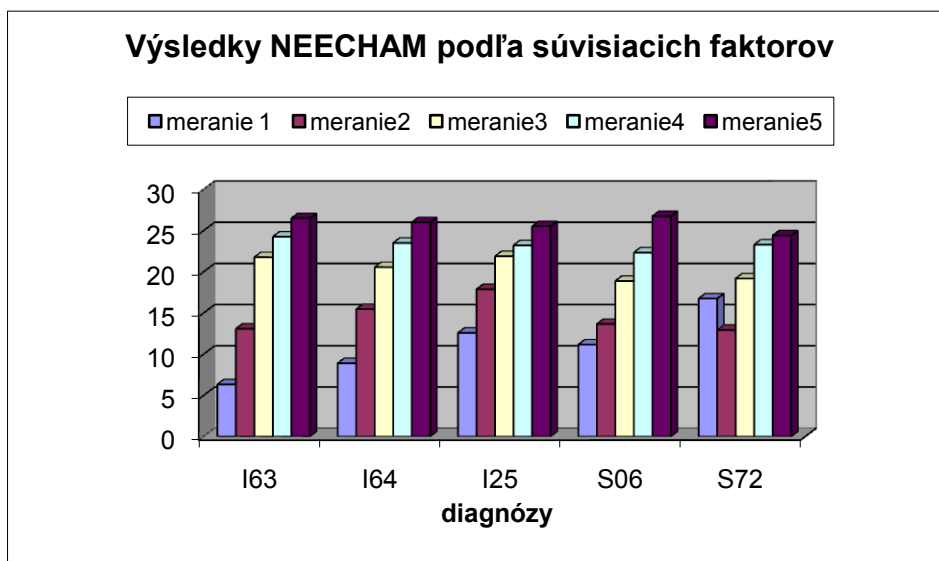
Tab. 2. Komparácia výsledkov NEECHAM medzi pohlaviami

Pohlavie	Ženy			Muži			T - test	
Meranie	N	AM	SD	N	AM	SD	t	p
1	227	12,94	5,41	173	12,19	6,22	1,291	0,198
2	227	16,30	5,75	170	14,93	5,92	2,322	0,021
3	207	20,73	5,63	167	20,72	5,89	0,016	0,987
4	158	23,30	5,12	116	23,53	3,86	0,408	0,684
5	80	26,58	1,22	70	24,90	6,31	2,327	0,021

Komparáciou výsledkov sme zistili medzi pohlaviami štatisticky významné rozdiely v 2. a 5. meraní (tab. 2). Na základe analýzy výsledkov meraní podľa zatriedenia pacientov do troch vekových skupín zaznamenali sme, že pacienti preukazujú signifikantné rozdiely vo výsledkoch celkového skóre NEECHAM v dvoch meraniach. 1. skupina (65-75 rokov) dosiahla najvyššie výsledné skóre v 5. meraní AM = 26,68 vs. najnižšie 2. skupina (76-85 rokov) AM = 24,28. Rozdiely medzi skupinami a meraniami nasvedčujú, že sú jednoznačne vyššie hodnoty celkového skóre u 1. skupiny pacientov v porovnaní s 2. a 3. skupinou (86-98 rokov) v NEECHAM. 2. skupina pacientov dosiahla nižšie výsledky v porovnaní s 1. a 3. skupinou pacientov.

V NEECHAM škále boli signifikantné rozdiely medzi diagnózami I63 AM = 6,33; 13,09 vs. I25 AM = 12,58; 17,88, S06 AM = 11,17; 18,88 a S72 AM = 16,75. V prvom meraní najnižšie a najvyššie získané hodnoty boli medzi pacientmi s dg. I63 (AM = 6,33) vs. pacientmi s dg. S72 (AM = 16,75). V oboch prípadoch ide o strednú až ťažkú zmätenosť. Výsledky NEECHAM v druhej úrovni, kde sa meria verbálne a pohybové správanie nasvedčujú

tomuto stavu. V porovnaní so somotogénnym poškodením mozgu pri I25 AM = 12,58 ale najmä S72 AM = 16,75 kde výsledky bodového skóre sú vyššie v prvých meraniach ako pri organických súvisiacich faktoroch poškodenia mozgu I63 AM = 6,33, I64 AM = 8,90, S06 AM = 11,17. Postupne v 4. a 5. meraní dochádza k vyrovňavaniu výsledkov bodového skóre medzi etiologickými (súvisiacimi) faktormi poškodenia mozgu. Možno konštatovať, že organické faktory poškodenia CNS (centrálny nervový systém) uplatňujúce sa pri I63 AM = 1,81, I64 AM = 5,11 a S06 AM = 5,34 vedú k poruche metabolizmu CNS vyúsťujúce do akútnej zmätenosti. Pacienti s chirurgickou diagnózou ako pooperačný stav (psychotoxické následky celkovej anestézy, súčasne fyzický a psychický dyskomfort, bolesť, permanentný katéter, imobilní) vykazovali v prvom meraní všeobecne vyššie celkové skóre. Stotožňujeme sa s názorom (7, 8, 20, 22, 23, 25, 26) že pravdepodobne percento výskytu akútnej zmätenosti u tejto skupine pacientov je vyššie, ale priebeh má miernejší a pokojnejší a preto často sa prehliada a nediagnostikuje sa.



Obr. 3. Komparácia súvisiacich faktorov NEECHAM

Na základe štatistických ukazovateľov v NEECHAM škále výsledky nasvedčujú (obr. 3) na najväčší počet významných rozdielov medzi súvisiacim faktorom **I63** v **1. meraní** u n = 21 pacientov, AM = 6,33, SD = 5,75 vs. **I25** u n = 190 pacientov, AM = 12,58, SD = 5,25, $t = 5,130$, $p < 0,001$, **S06** u n = 41 pacientov, AM = 11,17, SD = 4,37, $t = 3,697$, $p < 0,001$ a **S72** u n = 89 pacientov, AM = 16,75, SD = 5,06, $t = 9,552$, $p < 0,001$.

Akútna zmätenosť trvala vo výskumnej vzorke v priemere 3,78 dní. Dlhšie trvanie sme zaznamenali u žien 3,79 vs. muži 3,72 dní, čo pokladáme za takmer vyrovnaný stav. Najdlhšie trvanie bolo v 6.NCH skupine pacientov (S06) u žien 6,68 dní najkratšie trvanie 8.INT sk. pacientov (I25) u žien 2,61 dní. U mužov najdlhšie trvanie bolo zaznamenané v 1.DO sk. pacientov (I25, I63, I64) 4,54 dní a najkratšie trvanie v 8.INT sk. pacientov (I25) 2,66 dní. Na základe uvedených výsledkov sa stotožňujeme z názorom viacerých autorov (6, 22, 23), že akútna zmätenosť (delírium) prebieha individuálne od niekoľkých hodín až niekoľko dní, najčastejšie 5 - 10 dní. Pramene (6, 22, 23) uvádzajú, že časté je 30 - dňové i dlhšie trvanie. Porovnávajúc výsledky škál a trvanie akútnej zmätenosti v dňoch sme zaznamenali signifikantné rozdiely medzi meraniami predovšetkým pri kratšom trvaní zmätenosti (1-2 dni). Najvyrovnanejší priebeh v skóre bolo v štvrtom a piatom meraní. Významnú úlohu zohráva pritom vek, súvisiaci faktor a hlavne intervencie lekára a sestry tzv. proaktívny geriatrický režim, ktorý skraca trvanie akútnej zmätenosti (22, 23). Väčší efekt bol dosiahnutý týmto prístupom na chirurgických ako na interných oddeleniach (22). Najvýznamnejšie signifikantné rozdiely boli zaznamenané medzi výsledkami NEECHAM pri trvaní akútnej zmätenosti 1 deň vs. 2, 3, 4, 5 dní. V **2. meraní** pri trvaní akútnej zmätenosti 1 deň u $n = 12$ pacientov, $AM = 21,58$, $SD = 4,58$ vs. 3 dni u $n = 94$ pacientov, $AM = 14,72$, $SD = 6,09$, $t = 3,764$, $p < 0,001$ a 5 dní u $n = 61$ pacientov, $AM = 15,43$, $SD = 4,72$, $t = 4,234$, $p < 0,001$. V **5. meraní** v komparácii trvania 1 deň u $n = 4$ pacientov, $AM = 25,00$, $SD = 0,00$ vs. 2 dni u $n = 15$ pacientov, $AM = 27,07$, $SD = 0,80$, $t = 5,066$, $p < 0,001$. Sestra použitím NEECHAM štandardizovanej škály údaje overovala na stanovenie ošetrovateľskej diagnózy. V tejto súvislosti sme dospeli k záverom funkčnosti škály NEECHAM na stanovenie určujúcich (diagnostických) znakov ošetrovateľskej diagnózy akútna zmätenosť. Toto nasvedčujú signifikantné rozdiely dobových hodnôt ($p < 0,001$) medzi položkami škály a jednotlivými meraniami, ako aj merania u pacientov jednotlivých skupín. Ako zaujímavé zistenie sa nám javí, že prevalencia akútnej zmätenosti bola vyššia medzi ženami. Stotožňujeme sa s názorom z dôvodu ich vyššej dĺžky života (25). Mužský rod sa uvádza ako rizikový faktor pre akútnu zmätenosť (25). Porovnaním výsledkov NEECHAM zaznamenali sme signifikantné rozdiely v 2. a 5. meraní. Všeobecne možno konštatovať, že ženy dosiahli lepšie výsledky v škále NEECHAM v porovnaní s mužmi. Stotožňujeme sa s názorom, že akútna zmätenosť sa vyskytuje predovšetkým u pacientov nad 65 rokov ako uvádzajú publikované štúdie (6, 9, 18, 19, 25).

Záver

Na základe uvedených výsledkov a štúdia literárnych zdrojov možno konštatovať, že NEECHAM škála je dobrý nástroj na určenie akútnej zmätenosti sestrou. Overovanie slovenskej verzie prekladu škály dopĺňa predchádzajúce dôkazy, že ide o hodnotný nástroj v klinickej praxi. Toto predpokladá v našich podmienkach ďalšie validizačné štúdie u odlišných klinických populácií pacientov. Treba poznamenať, že nástroje merania majú pozitíva ale i negatíva ako je otázka terminologickej správnosti pri ich preklade z originálu, absencia národnej validizácie nástroja, nevhodné použitie nástroja, legislatívne kritériá na ich použitie v klinickej praxi a pod. (1, 22, 27, 28).

Literatura

- [1] BÓRIKOVÁ, I., ŽIAKOVÁ, K. Problematika posudzovacích nástrojov v ošetrovatelstve. In BUŽGOVÁ, R., JAROŠOVÁ, D. (eds). *Ošetrovateľská diagnostika a praxe založená na dôkazoch*. Ostrava: Ostravská univerzita, 2007. s. 13-17. ISBN 978-80-7368-230-9.
- [2] CULP, K. *Delirium: Prednáška*. Bratislava: SPAM, 2002. 29 s. (nepublikovaný materiál).
- [3] CSOKASY, J. Assessment of Acute Confusion: Use of the NEECHAM Confusion Scale. *Applied Nursing research*. 1999, vol. 12, no. 1, p. 51-55. ISSN 1532-8201.
- [4] *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, (DSM-IV). 4 th Edition*, Washington: American Psychiatric Press, 1995. 886 pp ISBN 0-89042-062-9.
- [5] GEMERT VAN, LA., SCHUURMANS, MJ. The Neecham Confusion Scale and the Delirium Observation Screening Scale: capacity to discriminate and ease of use in clinical practice. *BMC Nurs*. 2007, vol. 6, no. 3, p. 1- 6. ISSN 1472-6955.
- [6] HEGYI, L., KRAJČÍK, Š. *Geriatría pre praktického lekára*. Bratislava: Herba, 2004. 298 s. ISBN 80-89171-06-0.
- [7] HÖSCHL, C., LIBIGER, J., ŠVESTKA, J. *Psychiatrie*. Praha: Tigris, 1. vydanie, 2002. ISBN 80-900130-1-5. Kapitola 9, HORÁČEK, J., ŠVESTKA, J. Delírium s. 296-297.
- [8] RABOCH, J., et al. (Eds.), *Česká psychiatrie a svět*. Praha: Galén, 2004. ISBN 80-7262-273-0 JIRÁK, R. Profil výskytu delírií v nepsychiatrických lůžkových zařízeních. s. 82- 83.
- [9] KALVACH, Z., ZADÁK, Z., JIRÁK, R., ZAVÁZALOVÁ, H., SUCHARDA, P., et al. *Geriatría a gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada,

2004. ISBN 80-247-0548-6. Kapitola. JIRÁK, R. Deliria u pacientů vyššího věku. s. 258-263.
- [10] JOHANSSON, IS., HAMRIN, EK., LARSSON, G. Psychometric testing of the NEECHAM Confusion Scale among patients with hip fracture. *Res Nurs Health*. 2002, vol. 25, no. 3, p. 203-211. ISSN 1098-240X.
- [11] MAREČKOVÁ, J. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. Praha: Grada, 2006. 264 s. ISBN 80-247-1399-3.
- [12] *MEDZINÁRODNÁ KLASIFIKÁCIA CHORÔB - 10. REVÍZIA*. Bratislava: Obzor, 1992. 171 s. ISBN 80-215-0249-5.
- [13] MILISEN, K. et al. Psychometric properties of the Flemish translation of the NEECHAM Confusion Scale. *Psychiatry*. 2005, vol. 5, no. 16, p. 5-16. ISSN 1471-244X.
- [14] NEELON, V., FUNK, S. CARLSON, J., & CHAMPAGNE, M., The NEECHAM confusion scale: Relationship to clinical indicators of acute confusion in Hospitalized elders. *The Gerontologist*, 1989, vol. 29, no. 65A. ISSN 1758-5341.
- [15] NEELON, V., CHAMPAGNE, M., CARLSON, J., & FUNK, S. The NEECHAM confusion scale: Construction, validation, and clinical testing. *Nursing Research*, 1996, vol. 45, no. 6, p. 324- 330. ISSN 1538-9847.
- [16] REIKA, K. Reliability and Validity of the Japanese version of NEECHAM Confusion Scale: A Replication and Extension. *Japanese Journal of Nursing Research*. 2005, vol. 38, no. 6, p. 501-510, ISSN 0022-8370.
- [17] VAN ROMPAEY, B., SCHUURMANS, M., SHORTRIDGE-BAGETT, L., ELSEVIERS, M., BOSSAERT, L. A comparison of the CAM-ICU and the Neecham Confusion Scale in intensive care delirium assessment: an observational study in non-intubated patients. *Crit Care* 2008, vol. 12, no 1, p 1-7. ISSN 1364-8535.
- [18] SCHUURMANS, M. J., SHORTRIDGE-BAGGETT, L. M., DUURSMA, S. A. The Delirium Observation Screening Scale: a screening instrument for delirium. *Res Theory Nurs Pract*. 2003, vol.17, no. 1, p. 31-50. ISSN 0889-7182.
- [19] SKI, C., O'CONNELL, B. Mismanagement of delirium places patients at risk. *Aust J Adv Nurs*, 2006, vol. 23, no. 3, p. 42-46. ISSN 1447-4328.
- [20] SPILLER, J. A. KEEN, J. C. Hypoactive delirium: assessing the extent of the problem for inpatient specialist palliative care. *Palliative Medicine*, 2006. vol. 20, no. 1, p. 17-23. ISSN 1477-030X.

- [21] TOMAGOVÁ, M. Meracie nástroje na posudzovanie kognitívnych funkcií u seniorov. *Profese on -line*, 2009, roč. 2, č. 2, s. 65 - 77. ISSN 1803-3430.
- [22] TOPINKOVÁ, E. Delirantní stavy u starých osob a jejich zvládání. *Postgraduální medicína*, 2004, roč. 6, č. 3, s. 279-282. ISSN 1212-4184.
- [23] TOPINKOVÁ, E. Delirium ve stáří, jeho rozpoznání, prognóza a léčebné možnosti. *Česká geriatrická revue*. 2003, roč. 1, č. 4, s. 32 -39. ISSN 1214-0732.
- [24] VÖRÖSOVÁ, G. et. al. *Interné ošetrovateľstvo. Učebnica pre fakulty ošetrovateľstva*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2005. 198 s. ISBN 80-8063-192-1.
- [25] MAAS, LM.,BUCKWALTER, CK., HARDY, DM., TRIPP- REINER, T., TITLER, GM., SPECHT, PJ. *Nursing care of older adults: diagnosis outcomes & interventions*. 1. edition., Missouri USA: Mosby, 2001, ISBN 0-323-01259-0. Chapter 35, WAKEFIELD, B., MENTES, L., MOBILY, P., TRIPP-REIMER, T., CULP, K, R., RAPP,C. G., GASPAR,PH., KUNDRAT, M., WADLE, K.R., AKINS, J. Acute confusion. p. 442-454.
- [26] ZMEKOVÁ, J. Deliriózní stavy nealkoholové etiologie. *Psychiatrie pro praxi*. 2003, roč.4, č.3, s. 108-111. ISSN 1335-9584.
- [27] Vyhláška MZ SR č. 364/2005 Z. z., ktorou sa určuje rozsah ošetrovateľskej praxe poskytovanej sestrou samostatne a v spolupráci s lekárom a rozsah praxe pôrodných asistentek. In *Zbierka zákonov Slovenskej republiky*. 2005, čiastka 155/2005, s. 3734.
- [28] Vyhláška MZ ČR č. 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. In *Zbírka zákonů České republiky*. 2004, částka 139/2004, s. 8096. Dostupný také z WWW: <http://www-pdcap.cz/Texty/PA/Zakon96a424.html>.

Príspevok vznikol ako čiastková úloha projektu CGA registračné číslo VII/5/2007 „ Použitie meracích a hodnotiacich nástrojov v ošetrovateľskej diagnostike.“

THE NEECHAM ACUTE CONFUSION SCALE USED FOR ASSESSMENT BY A NURSE

Abstract

The early recognition of acute confusion by a nurse is the assumption for complications management and quality nursing care assurance.

Objective: The objective of the study was to verify NEECHAM (the abbreviation of the scale authors names Neelon, Champagne), the scale for acute confusion assessment.

Methods: Interview and observations were used for the administration of the NEECHAM scale, Slovak version translated from the English original presented by Culp (2002). The scale was applied at n=400 advisedly selected patients who were assessed persistently (2-5 times), once in 24 hours.

Outcomes: On the basis of outcomes processing by Student's t-test and Pearson correlation we have found out that there are significant differences in age groups, related factors and duration of acute confusion on the level of confidence $p=0,001$.

Conclusion: We can state that the Slovak version of the NEECHAM scale translation is adequate instrument for acute confusion assessment by a nurse in conditions of Slovak and Czech nursing practice.

Key words

NEECHAM, scale, nurse, assessment, acute confusion

Kontaktní údaje na autora

Doc. PhDr. Gabriela Vörösová, PhD.
Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre
Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva
Katedra ošetrovateľstva
Kraskova č.1, 949 74 Nitra
Slovenská republika
e-mail: gvorosova@ukf.sk
tel.: 00421904247049

Zhodnocení účinnosti komplexního přístupu v terapii osob s nadváhou a obezitou

Jitka Kopřivová¹, Pavla Erbenová²

Fakulta sportovních studií Masarykovy univerzity, Brno¹
Vysoká škola Polytechnická Jihlava²

Abstrakt

Jedním z cílů pilotního průzkumu je vyhodnocení účinnosti komplexního přístupu v terapii žen s nadváhou a obezitou (spolupůsobení kognitivně behaviorální psychoterapie a intervenčního pohybového programu). Tento příspěvek je soustředěn na oblast složení a vnímání těla probandů pilotního průzkumu.

Dvanáctitýdenního programu, zaměřeného na snižování hmotnosti v rámci programu STOB, se účastnilo 7 probandů s nadváhou či obezitou ve věku 29 až 54 let. Průměrná hodnota BMI skupiny byla 37,97. Program probíhal od února do dubna roku 2009, kdy bylo na začátku a na konci tohoto období provedeno vstupní a výstupní měření, které je v příspěvku vyhodnoceno.

Při sledování parametrů složení těla bylo využito Bodystatu a bioelektrické impedance. Pro zhodnocení parametrů vnímání vlastního těla jsme použili osmibodovou škálu grafických siluet.

Za dvanáct týdnů došlo ke snížení tělesné hmotnosti probandů v průměru o 9,2 kg a to především úbytkem tukové tkáně při zachování ATH.

Získané výsledky prokazují pozitivní vliv komplexního přístupu v terapii žen s nadváhou v rámci programu STOB, tedy spolupůsobení kognitivně behaviorální terapie s pohybovou intervencí a dietním režimem.

Klíčová slova

obezita, složení těla, vnímání těla, kognitivně behaviorální terapie

JEL Classification: I10

Úvod

Obezita je stále narůstající břemeno dnešní doby. Epidemie obezity, někdy nazývaná také jako „mor třetího tisíciletí“, však i přes všeobecné povědomí na místo rázného sestupu stále získává na síle a stává se tak celosvětovým problémem. Naše společnost se v počtu obézních propracovala na přední místo v celé Evropě. Svačina a Bretšnajderová (2008) se odkazují na přesnější sledování a uvádějí, že výskyt obezity a nadváhy je u nás vyšší než evropský průměr. Dále tento okruh uzavírají tvrzením, že výskyt obezity bude v budoucnu výrazněji stoupat u osob s nižším vzděláním a horším sociálním postavením. Toto potvrzuje i Machová (2009), která píše, že dospělou populaci středního věku postihuje obezita asi ve 20 % (BMI > 30). Můžeme tedy konstatovat, že každý pátý dospělý Čech je obézní.

Při studiu odborné literatury se setkáváme s řadou definic obezity. Kleinwächterová a Brázdová (2001) definují obezitu jako ukládání nadbytečné energie ve formě tuku. Svačina a Bretšnajderová (2008) vysvětlují, že obezita je uložení nadměrného množství tuku v organismu. Málková (2007) uvádí specializovanou definici obezity a hovoří o multifaktoriálně podmíněné metabolické poruše, kdy je nezbytné brát v úvahu individuální geneticky podmíněnou náchylnost k hromadění tukových zásob při pozitivní energetické bilanci. Dále uvádí normální obsah tukové tkáně v těle, který představuje u mužů 10-25 %, u žen bývá dán fyziologicky větší podíl tuku a to 18-30 %. U obézních mužů přesahuje tuk 25 % a u žen 30 % tělesné váhy. S věkem podíl tuku v těle stoupá, u žen nad 50 let je tolerovatelné množství tuku do 35 %.

Hainer (2004), vycházející ve své publikaci z pozorování a výzkumů, vysvětluje, že lidé s nadváhou a obezitou mají odlišné vzorce jídelního chování, jiný vztah k jídlu a vlastní osobě, než osoby s normální hmotností. Také jsou více vnímaví k vnějším podnětům než k vnitřním, fyziologickým signálům. Autor dále uvádí, že lidé s obezitou mají poruchy v hodnocení (podceňování) vlastních tělesných proporcí (Body image). Ke správnému určení tělesného složení a stupně obezity či nadváhy je BMI (Body Mass Index – v/h^2) nedostačující a spíše orientační údaj. Podíl tuku v těle můžeme zjistit mnoha postupy. Svačina a Bretšnajderová (2008) vyčíslují ve své publikaci následující metody: měření kožních řas, vážení pod vodou s možností zjistit přesnou specifickou hmotnost těla, vyšetření pomocí počítačové tomografie, ultrazvuku nebo takzvanou denzitometrií. Tyto metody bývají široké veřejnosti však běžně nedostupné a vyšetření některou z těchto metod vyžaduje přítomnost lékaře nebo jiného odborníka. Dnes si však vlastní složení těla lze zjistit přístupnou metodou založenou na vodivosti těla – bioelektrickou impedancí.

Již mnohokrát komentované téma obezity nás však i po pravidelném setkávání se s účastnicemi kurzu STOB vedlo k otázce, proč množství obézních osob stále narůstá.

Kognitivně-behaviorální přístup k léčbě obezity

Společnost STOB používá komplexní přístup k terapii obezity více než 20 let. Aktivita společnosti STOB jsou založeny právě na metodě kognitivně behaviorální psychoterapie, která byla úspěšně ověřena na mnoha tisících obézních a je i ve světě uznávána za efektivní metodu terapie obezity. (Hainer, 2004)

Dle Machové (2009) kognitivně behaviorální léčba, použita ve formě skupinové terapie, vede účastníky kurzu k trvalé změně životního stylu a znamená změnu v chování zejména v oblasti stravovacích zvyklostí a pohybové aktivity. Málková (2007) vychází z poznatku, že nevhodné stravovací a pohybové návyky jsou naučené a dají se odnaučit. Je však třeba změnit nejen chování, ale i myšlení a emoce, které k nevhodnému chování vedou. K tomu slouží tři klasické modely učení a to klasické podmiňování, operativní podmiňování a kognitivní teorie.

Intervenční pohybový program, který doplňuje skupinová sezení, je v Jihlavském STOBu rozptýlen do lekcí, které jsou zaměřeny na aktivní pohyb převážně v aerobním zatížení vždy jiného druhu. Pestrost a jedinečnost každé lekce dává účastníkům kurzu možnost rozhledu. V nabídce aktivit se mohou seznámit a osvojit si základy aerobiku, aqua-fitness, spinningu a dalších.

Pohybová aktivita je bezpečným prostředkem prevence obezity a ve spojení s dietním režimem a behaviorální intervencí je základním prvkem léčby obezity. Hainer (2004) toto tvrzení dokládá výsledky z roku 2002, kdy byl realizován výzkumný záměr 1. LF UK v Praze (č. 111100008) zaměřený na posouzení účinnosti kognitivně behaviorální terapie při léčbě obezity v kurzech snižování nadváhy (bylo vyhodnoceno 536 dotazníků žen). Výzkum byl zaměřen na udržení váhového úbytku pražských absolventek kurzů v rozmezí 2-7 let od jeho dokončení a prokázal, že efektivita kognitivně behaviorální terapie se neodráží pouze ve váhových úbytcích, ale i ve změně a v udržení stravovacích návyků. K důležitým výsledkům patří udržení získaných změn v kvalitě života, které s sebou přináší změna životního stylu (tabulka 1).

Tabulka 1: Udržení získaných změn v kvalitě života (Hainer, 2004)

	Dosaženo v kurzu (%)	Z toho přetrvává částečně (%)	Z toho přetrvává zcela (%)
Všeobecné zvýšení kvality života	61	42	23
Zlepšení vztahu k vlastnímu tělu	72	47	21
Ústup zdravotních problémů	52	50	21
Ústup psychických problémů	61	42	23
Změna pořadí životních hodnot	51	44	39
Rozšíření společenských aktivit	36	54	19

Metody

Program STOB a současně i pilotní průzkum probíhal jednou týdně po dobu dvanácti týdnů od února do dubna roku 2009. Jeho součástí byla specifická hodina kognitivně behaviorální psychoterapie vedené odborným lektorem změřená na změnu životního stylu dle metodiky STOB a hodina intervenční pohybové aktivity (vždy jiného druhu cvičení, pro seznámení probandů s širokou škálou převážně aerobních pohybových aktivit – aerobic, ADK, Aquafitness, spinning, apod.). Výzkumným souborem byla skupina s nadváhou a obezitou (určeno pomocí BMI a Bodystatu Quadscan 4000). Skupina šesti žen a jednoho muže ($41,5 \pm 12,5$) byla zvolena podle záměrného výběru, který není tím nejlepším, ale jediným dostupným při našich určených relevantních znacích. Hlavním kritériem pro výběr probandů byla nadváha či obezita a vlastní dobrovolné rozhodnutí a odhodlání o změně tělesné hmotnosti nebo životního stylu.

K zjištění složení těla probandů a určení míry obezity bylo použito bioelektrického impedančního měření pomocí přístroje Bodystat Quadscan 4000.

U stejné skupiny byl také současně sledován vývoj vnímání vlastního těla, pro který byla použita technika siluet. Za základ byly použity siluety podle Stunckarda, které přepracovala pro potřeby pre-testu z českého prostředí vysokoškolské populace Fialová, Dosedalová a Slavičková (Fialová, 2007). Počet siluet v testu je osm, a proto můžeme mluvit o osmibodové stupnici.

Dále v tabulkách uvádíme i BMI probandů, pro potenciál hodnocení obezity.

Výsledky

Složení těla

Tělesné složení bylo určeno pomocí bioelektrické impedance za použití přístroje Bodystat Quadscen 4000. Určili jsme tak podíl tělesného tuku a aktivní tělesnou hmotu s odečtem vodního podílu (ATH).

Tabulka 2: Výsledky měření Bodystatu skupiny STOB.

STOB			10.2.	24.3.	28.4.	změna	% variance
Probandka 1	tělesná hmotnost (kg)		81,7	75,7	75,8	-5,9	-7,20%
	tuk (kg)		37,4	28,3	27,5	-9,9	-26,5%
Výška (m)	1,64	ATH bezvodá (kg)	14,1	14,2	14,2	0,1	0,70%
Věk	33	BMI (kg/m ²)	30,38	28,15	28,18	-2,19	-7,22%
Probandka 2	tělesná hmotnost (kg)		88,9	81,6	79,2	-9,7	-10,9%
	tuk (kg)		41,2	32,8	27,9	-13,3	-32,3%
Výška (m)	1,68	ATH bezvodá (kg)	15,9	15,9	16	0,1	0,60%
Věk	29	BMI (kg/m ²)	31,50	28,91	28,06	-3,44	-10,9%
Probandka 3	tělesná hmotnost (kg)		115,7	109,4	106,3	-9,4	-2,80%
	tuk (kg)		54,6	50,8	47,9	-6,7	-5,70%
Výška (m)	1,68	ATH bezvodá (kg)	16,9	16,8	16,9	0	0,60%
Věk	30	BMI (kg/m ²)	40,99	38,76	37,66	-3,33	-8,12%
Probandka 4	tělesná hmotnost (kg)		138,2	127,9	128,7	-9,5	-6,90%
	tuk (kg)		76,5	76,1	64,2	-12,3	-16,1%
Výška (m)	1,75	ATH bezvodá (kg)	17,1	16,6	17,8	0,7	4,10%
Věk	35	BMI (kg/m ²)	45,13	41,76	42,02	-3,10	-6,87%
Probandka 5	tělesná hmotnost (kg)		143,4	135,2	131,9	-11,5	-8,00%
	tuk (kg)		93	78,6	72,1	-20,9	-22,5%
Výška (m)	1,7	ATH bezvodá (kg)	12,2	13,1	13,6	1,4	11,50%
Věk	53	BMI (kg/m ²)	49,62	46,78	45,64	-3,98	-8,02%
Probandka 6	tělesná hmotnost (kg)		86,8	82,2	80,6	-6,2	-7,10%
	tuk (kg)		39,1	33,7	30,6	-8,5	-21,7%
Výška (m)	1,66	ATH bezvodá (kg)	12,4	12,4	12,4	0	0,00%
Věk	53	BMI (kg/m ²)	31,50	29,83	29,25	-2,25	-7,14%
Proband 7	tělesná hmotnost (kg)		112,5	X	100,2	-12,3	-10,9%
	tuk (kg)		50,3	X	28,9	-21,4	-42,5%

Výška (m)	1,75	ATH bezvodá (kg)	20,4	X	17,8	-2,6	-12,7%
Věk	54	BMI (kg/m ²)	36,73	X	32,72	-4,02	-10,9%
Průměrná těl. hmotnost skupiny (kg)			109,6	102	100,39	-9,2	
Průměrná množství tuku skupiny (kg)			56,01	50,05	42,73	-13,3	
Průměrná množství ATH skupiny (kg)			15,57	14,83	15,53	-0,04	

Pro zjištění závislosti proměnných byly použity t-testy párových hodnot a Wilcoxonův test. Důležitá bude pro nás vedle statistické významnosti i významnost věcná.

Tabulka 3: Výsledky testů (t-test a Wilcoxonův test) u tělesné hmotnosti

Průměr	SD	N	Rozdíl	SD rozdílu	t	st. volnosti	p - t-test	p-Wilcox.
109,60	24,94							
100,39	23,36	7,00	9,21	2,42	10,07	6,00	0,000056	0,017961

Tabulka 4: Výsledky testů (t-test a Wilcoxonův test) množství tělesného tuku

Průměr	SD	N	Rozdíl	SD rozdílu	t	st. volnosti	p - t-test	p-Wilcox.
56,01	21,11							
42,73	18,89	7,00	13,29	5,81	6,05	6,00	0,000923	0,017961

Tabulka 5: Výsledky testů (t-test a Wilcoxonův test) ATH

Průměr	SD	N	Rozdíl	SD rozdílu	t	stu. volnosti	p - t-test	p-Wilcox.
15,57	2,92							
15,53	2,15	7,00	0,04	1,24	0,09	6,00	0,930085	0,500185

Vnímání těla.

Technika siluety je jednou z nejužívanějších metod měření stupně a orientace nespokojenosti s tělem. Při uvedené technice jsou účastníkům předkládány siluety postav od velmi štíhlé až po velmi silnou. Dotazovaný vybírá obvykle tu siluetu, která se podobá jeho vlastní postavě (vnímání vlastního těla I), a potom siluetu, kterou považuje za ideální (vnímání vlastního těla II). Rozdíl numerických hodnot těchto dvou postav je považován za ukazatel míry nespokojenosti s vlastním tělem. (Fialová, 2007)

Skupině však byla předložena ještě jedna otázka k zodpovězení, a to jaké siluety by chtěli být podobní po ukončení kurzu.

Tabulka 6: Výsledky testování vnímání vlastního těla skupiny STOB (siluety).

Vnímání těla			10. 2.	28. 4.	změna
Probandka	1	Vnímání vlastního těla I	5	3,5	2
		Vnímání vlastního těla II	3	3	0
Vstupní BMI (kg/m ²)	30,38	Rozdíl	2	0,5	1,5
Věk	33	Představa po ukončení	3	3	0
Probandka	2	Vnímání vlastního těla I	7	5	2
		Vnímání vlastního těla II	4	3	1
Vstupní BMI (kg/m ²)	31,50	Rozdíl	3	2	1
Věk	29	Představa po ukončení	4	3	1
Probandka	3	Vnímání vlastního těla I	6	5	1
		Vnímání vlastního těla II	3	3	0
Vstupní BMI (kg/m ²)	40,99	Rozdíl	3	2	1
Věk	30	Představa po ukončení	4	5	-1
Probandka	4	Vnímání vlastního těla I	8	6	2
		Vnímání vlastního těla II	3	3	0
Vstupní BMI (kg/m ²)	45,13	Rozdíl	5	3	2
Věk	35	Představa po ukončení	5	5	0
Probandka	5	Vnímání vlastního těla I	8	8	0
		Vnímání vlastního těla II	4	4	0
Vstupní BMI (kg/m ²)	49,62	Rozdíl	4	4	0
Věk	53	Představa po ukončení	6	7	-1
Probandka	6	Vnímání vlastního těla I	5	4	1
		Vnímání vlastního těla II	2	3	-1
Vstupní BMI (kg/m ²)	31,50	Rozdíl	3	1	2
Věk	53	Představa po ukončení	3	4	-1
Proband	7	Vnímání vlastního těla I	6	4	2
		Vnímání vlastního těla II	3	3	0

Vstupní BMI (kg/m ²)	36,73	Rozdíl	3	1	2
Věk	31	Představa po ukončení	4	4	0
Průměrná hodnota míry nespokojenosti s vlastním tělem			3,29	1,93	
Průměrná hodnota vnímání vlastního těla I			6,43	5,07	
Průměrná hodnota vnímání vlastního těla II			3,14	3,14	

Diskuse

Výsledky nám ukazují, že vlivem 12týdenního programu se snížily hodnoty tělesné hmotnosti a množství tukové tkáně u všech probandů. V této práci však nerozlišujeme skupinu probandů podle stupně obezity, se kterou do kurzu STOB vstoupili. Problém s nadbytečnými kily řeší osoby s nadváhou stejně jako i jedinci s obezitou 3. stupně (morbidní obezitou), pro které je cesta ke zdravému a neobéznímu tělu s nižší hodnotou BMI ještě velice dlouhá.

Probandi v průměru ztratili 9,2 kg, což je při délce programu (12 týdnů) a zdravém snižování hmotnosti nadprůměrný úbytek. Při zachování ATH (ztráta pouze 0,04 kg) celá skupina v průměru ztratila 13,3 kg tělesné hmotnosti, což je intencí celé metodiky STOBu. T-testy a Wilcoxonův test nám potvrdili statistickou významnost snížení tělesné hmotnosti a tukové tkáně. U hodnot ATH nedošlo ke statisticky významné změně, ale právě hodnoty tohoto parametru měly zůstat nezměněny.

Ve výsledcích vnímání vlastního těla se po dvanáctitýdenním programu náhled a postoj k vlastnímu tělu zlepšil u šesti probandů a to o 1,36 bodu na osmibodové stupnici. Pouze u jediné probandky programu se vnímání těla nikam neposunulo. Jednalo se o ženu s největším stupněm obezity v celém programu (morbidní), a přestože snížila svou hmotnost o 8 %, ke svému vysněnému ideálu se přiblížila nejméně. To ovšem koresponduje s úvodními slovy této kapitoly. Probandka ze svých představ nepolevila ani poté, co na vlastní kůži poznala, že kilogramy lehce dolů nepůjdou a rychlost snižování hmotnosti by neměla být příliš velká. Stejně tak se zachovali další tři probandi, kteří z představ o své ideální postavě neslevili. Ty osoby, které měli jasnou představu o tom, jak by měli vypadat, a v průběhu kurzu z ní ani o bod neustoupili, byli z těch, kteří měli nad 100 kg. Zbytek probandů totiž povolil ze své prvotní představy o dokonalé postavě a při závěrečném předložení testu se jejich ideál více přiblížil reálnému vzhledu.

Závěr

Skupina probandů snížila svou tělesnou hmotnost přiměřeným a zdravým způsobem v průměru o 9,2 kg a hodnotu BMI o 3,18. To je při dvanáctitýdenním kurzu zdravého snižování hmotnosti nadprůměrný úbytek. Z výsledků měření Bodystatu a tedy z náhledu na tělesné složení můžeme zhodnotit, že průměrná ztráta tuků činila 13,3 kg a aktivní tělesné hmoty (ATH) pouze 0,04 kg, což je příznivé a při spolupůsobení intervenčního cvičebního programu souběžně s kognitivně behaviorální psychoterapií i cílené. Při použití t-testu a Wilcoxnova testu se potvrdila statistická významnost u snížení hmotnosti a úbytku tuku. U hodnot aktivní tělesné hmoty tomu tak nebylo a ani být nemělo.

Ve výsledcích vnímání vlastního těla se po dvanáctitýdenním programu zlepšil náhled probandů na sebe sama v průměru o 17 %.

Po ukončení dvanáctitýdenní komplexní terapie žen s nadváhou a obezitou v rámci programu STOB obsahující kognitivně-behaviorální terapii a intervenční pohybový program, se potvrdil její pozitivní efekt. Došlo ke snížení tělesné hmotnosti probandů a to především úbytkem tukové tkáně při zachování ATH. Také se podařilo prokázat výrazně pozitivní vliv tohoto programu na změnu vnímání vlastního těla probandů, které je důležité pro zlepšení psychiky a pozitivního vztahu k vlastnímu tělu.

Literatura

- [1] FIALOVÁ, L. Metody zkoumání nespokojenosti s vlastním tělem. In *Česká kinantropologie*. Praha: Česká kinantropologická společnost, 2007. Vol 11., č. 3. ISSN 1211-9261. s. 43-44. (příspěvek ve sborníku)
- [2] HAINER, V. aj. *Základy klinické obezitologie*. Praha: Grada Publishing a.s., 2004. ISBN 80-247-0233-9.
- [3] KLEINWÄCHTEROVÉ, H., BRÁZDOVÉ, Z. *Výživový stav člověka a způsoby jeho zjištění*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. ISBN 80-7013-336-8.
- [4] MACHOVÁ, J., KUBÁTOVÁ, D. *Výchova ke zdraví*. Praha, Grada Publishing a.s., 2009, ISBN 978-80-247-2715-8.
- [5] MÁLKOVÁ, I. *Hubneme s rozumem, zdravě a natrvalo*. Praha: Smart Press, 2007. ISBN 978-80-87049-06-8.
- [6] SVAČINA, Š., BRETŠNAJDROVÁ, A. *Jak na Obezitu a její komplikace*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. ISBN 978-80-247-2395-2.

INFLUENCE OF KOMPLEX APPROACH IN THERAPY OF OVERWEIGHT AND OBESITY WOMEN. RESULTS EVALUATION OF BODY COMPOSITION AND SENSATION.

Abstract

One of the aims of this pilot research is an evaluation of complex approach therapy for women fighting with overweight and obesity (co-operation of cognitive behavioural psychotherapy and supporting programme of exercise). This contribution focuses on body composition and sensation at pilot programme probands.

Seven probands at the age of 29-54 (Average BMI: 37,97) participated in twelve weeks' programme, which focused on weight loss STOB programme. This programme ran from February to April 2009. Input and output measurements measurements were done at the beginning and at the end of this period (evaluation in the contribution).

Monitoring of body composition parameters was done with Bodystat and bio-electric impedance. Evaluation of body sensation results was done with 8-pointed scale of graphic silhouette.

After twelve months there was an average decrease of probands' body weight of 9,2 kg caused mainly by adipose tissue drop without change of ATH.

Results show positive effect of complex approach in therapy of overweight and obesity women of STOB programme including both the cognitive behavioural psychotherapy, motion program and diet regimen.

Key words

obesity, body composition, body sensation, cognitive-behaviour psychotherapy

Kontaktní údaje na autory

Kopřivová Jitka, doc. PaedDr., CSc.

Fakulta sportovních studií Masarykovy univerzity

Kamenice 5, Brno

email: koprivova@fsp.s.muni.cz

Mgr. Pavla Erbenová

Vysoká škola Polytechnická Jihlava

Tolstého 16, Jihlava

email: erbenova@vspj.cz

Biologický a kalendářní věk studentů programu “Životní styl seniorů” na U3V při VŠPJ

Bohumír Machovec

Katedra sportů

Abstrakt

V rámci praktických cvičení studenti programu “Životní styl seniorů” absolvovali jednoduchý test, na základě kterého lze přibližně určit jejich biologický věk. Cílem článku je mimo jiné seznámit čtenáře s výsledky tohoto šetření, ale především zamyslet se nad aspekty, které mohou ovlivňovat celkový fyzický a psychický stav každého jedince seniorského věku. Dále pak poukázat na vzájemný vztah mezi psychikou, aktuálním zdravotním stavem a výkony, kterých jsme schopni dosáhnout. Vlastní porovnání biologického a kalendářního věku studentů mělo posloužit spíše k motivaci a další aktivitě seniorů v jejich každodenním životě.

Klíčová slova

Biologický věk, kalendářní věk, stárnutí, senior, životní styl

JEL Classification: I20

Úvod

“Jeden z našich prvních poznatků, k němuž zpravidla dospějeme již v dětství, spočívá v tom, že většina věcí, které známe nebo vidíme kolem sebe, časem mění své vlastnosti – zpravidla k horšímu” (Hayflick, 1997). Každý z nás postupem času přichází na to, že dění kolem nás plyne stále rychleji. Zatím co v mládí se člověk snaží tento proces popohnat s netrpělivou touhou být již konečně “velký”, na stará kolena se naopak snaží rychlík jménem “stáří” zastavit nebo alespoň zpomalit. Někomu se to daří více jinému méně. Do hry zde vstupuje celá řada faktorů.

Materiál a metody

Stárnutí

Není jednoduché jednoznačně postihnout pojem stárnutí. Podle Dylevského, (1990), neexistuje jednoznačná definice stárnutí. Tento složitý proces lze pouze popsat jeho vlastnostmi jako jsou např. ubývání tělesných i duševních sil, zpomalování procesů v organismu, změny v orgánech, vráskovatění pokožky, šedivění vlasů, snižování ostrosti smyslů, zvýšená náchylnost k nemocem. V úvahu nutno brát také počet prožitých roků. Podle odborníků o rychlosti stárnutí rozhodují ze 60 – 70 % genetické faktory. Zbývající menší část mají na svědomí vnější podmínky (Štilec, 2004). Mezi vnější podmínky lze zařadit mimo jiné aktuální zdravotní stav, sociální kontakt, pocit seberealizace a potřebnosti pro své okolí, ekonomická situace a další nezanedbatelné aspekty. Nemalou roli hraje psychický stav jedince a individuální vnímání sebe sama a okolního světa. Zatím co stárí je jakýsi okamžitý stav organismu, stárnutí je proces. Proces, při kterém dochází k přirozeným involučním změnám, jež přivádí lidské tělo k jeho aktuálnímu stavu, tedy ke stárí.

Kalendářní stárí a biologické stárí

Jak uvádí Mühlpachr (2005) kalendářní (chronologické) stárí je vymezeno dosažením určitého, arbitrárně stanoveného věku, od něhož se empiricky obvykle nápadněji projevují involuční změny. Výhodou kalendářního věku je bezesporu jednoznačnost daná datem narození. Nemá šanci ovšem postihnout výše uvedené vlivy, které mají na svědomí, že dva stejně staré dědečky vizuálně od sebe dělí někdy i desítky let. Chceme-li získat trochu bližší a přesnější představu o skutečném stavu stárnutí konkrétního jedince, měli bychom spíše pracovat s pojmem “biologické stárí”, které se od kalendářního stárí může a zpravidla také často liší. Hovoříme-li o biologickém stárí, musíme se snažit postihnout co největší množství aspektů, které se na procesu stárnutí podílejí. Dá se říci, že na stárí je třeba pohlížet jako na určitou výslednici působení genetických faktorů, životního prostředí a životního stylu (Kopřivová a kol., 2002). Především úroveň životního stylu je aspekt, který může každý jedinec ovlivnit nejvíce a proto by bylo vhodné tuto položku nezanedbávat, ale naopak jí věnovat zvýšenou pozornost.

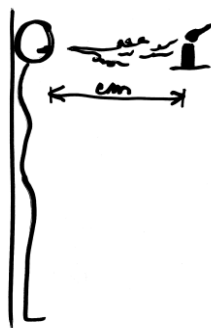
Test biologického stárí

Pochopitelně, že lze podrobit člověka klinickým testům, které by přesněji zaznamenaly hodnoty potřebné k určení biologického stárí každého jedince. Bylo by ale dosti organizačně, časově a především i finančně náročné takové testy podstoupit. Pro náš záměr a naše potřeby jsme zvolili jednoduchý, pro seniory poměrně nenáročný test, který lze aplikovat a vyhodnocovat prakticky

hned. Jedná se o testování několika oblastí lidských činností, které vykazují s přibývajícím věkem patrné změny. Samotný test se skládá ze sedmi dílčích podtestů, jejichž výsledky částečně korespondují s aktuálním stavem následujících fyziologických parametrů: kapacita plic, prokrvení kůže, rovnováha, flexibilita, paměť, vytrvalost.

Kapacita plic

S přibývajícím věkem se zhoršuje dýchání. U seniorů představuje zhoršené dýchání vážný rizikový faktor, neboť zvyšuje pravděpodobnost koronárně srdečního onemocnění (Hayflick, 1997). Aktuální stav dýchání sice může být zkreslen právě probíhajícím onemocněním, špatnou životosprávou nebo například nadměrným kouřením. Ale to, jak člověk dýchá, jak velké problémy mu dělá například mluvení, obyčejná kratší či delší chůze, nebo síla a prudkost výdechu, to nám může alespoň naznačit, jaký je stav plic, který s věkem úzce koresponduje.



Obr. 1: Intenzita výdechu

Intenzitu výdechu zjišťujeme měřením vzdálenosti, z jaké jsou probandi schopni s jedním nádechem sfouknout svíčku, která je umístěna ve výšce očí.

Rovnováha

Žijeme v gravitačním poli, takže každý náš pohyb je do jisté míry balancováním, vyvažováním účinků gravitace (Křištofič, 1997). Rovnováha a neustálá snaha lidského těla navzdory zemské gravitaci tuto rovnovážnou pozici zachovávat je velice jednoduchým a zřetelným ukazatelem věku. Lidské tělo se neustále kymácí. Ze studií rovnováhy vyplývá, že při stožení na obou nohách dochází každou minutu průměrně ke 40-85 výkyvům v předozadní rovině (Měkota, Novosad, 2005). Na udržování rovnováhy se podílí celá řada analyzátorů a regulátorů, které se s přibývajícím věkem stávají pomalejšími, méně citlivými a výkonnými.



Obr.2: Stoj na jedné noze

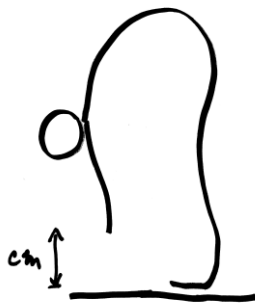
V našem testu se postavíme na jednu nohu, předpažíme, zavřeme oči a snažíme se co nejdéle balancovat v této nepříliš stabilní pozici.

Prokrvení pokožky

Kůže vykazuje markantní změny s věkem. Jde o orgán, podle jehož vzhledu lidé často činí stereotypní soudy o pravděpodobném věku té které osoby. Její zabarvení, zvrásnění a opotřebení se všeobecně nabízí jako reflexe chronologického věku, ba někdy přímo jako reflexe celkového zdraví (Hayflick, 1997). Prokrvení pokožky je zajisté dalším možným indikátorem věku. Zatím co v dětství máme většinou pokožku hladkou, hebkou a elasticitou, postupem času se kůže stává tvrdší, sušší a choulolistivější. Také samotné prokrvování kůže funguje poněkud pomaleji než za mlada. Jednoduchý test, kdy si na 5 vteřin stiskneme palcem a ukazovákem kůži na hřbetu ruky a potom měříme, za jak dlouho se dokáže zbarvení pokožky opět vrátit do původního stavu, nám napoví, v jakém stavu jsou tkáně na povrchu našeho těla.

Flexibilita

Flexibilita je schopnost realizovat pohyb v náležitém rozsahu, o plné amplitudě (Měkota, Novosad, 2005). Kopřivová (2002) poukazuje na to, že involuce postihuje mimo jiné i pohybový aparát. Úbytek svalové hmoty, ochabnutí fázických a zkrácení posturálních svalů celkové flexibility rozhodně neprospívá. S přibývajícím věkem se snižuje elasticita a pružnost kloubů. Výše uvedené, má za následek fakt, že to, co jsme zvládali jako děti, většinou na stará kolena jen těžko napodobíme. V testu zahrnutý hluboký předklon, aniž by se pokrčila kolena, toho může být důkazem. Zaznamenáme, zda se probandům podařilo dotknout podložky konečky prstů nebo dokonce celými dlaněmi. Nebo naopak kolik centimetrů nám chybí ke kontaktu se zemí.



Obr. 3: Předklon s propnutýma nohama

Paměť

Nejenom fyzická schránka věkem ztrácí a chřadne. Ruku v ruce s úbytkem fyzických sil, vytrácí se u někoho rychleji, u jiného pomaleji duševní “zdatnost” každého jedince. Přesto, že se dá paměť celoživotně poměrně dobře udržovat a trénovat, jistému útlumu se v tomto ohledu neubráníme. Poruchy paměti jsou běžně známým projevem stárnutí. Ve stáří dochází k celkovému útlumu a zpomalení všech paměťových procesů: ukládání i vybavování (Vágnerová, 2000). K jednoduchému otestování paměti bylo zvoleno následujících dvacet vzájemně nesouvisejících slov: tužka, obrazovka, mobil, dovolená, poznámkový blok, krém, foto, banány, židle, kufr, okno, šéf, psací stůl, ulice, smích, kůň, ústa, vrásky, dům, auto. Probandi mají 1 minutu na to, aby si tato slova zapamatovali. Po 5ti minutové pauze, kterou je vhodné vyplnit libovolnou odpočinkovou aktivitou, je třeba zapsat slova, která se podařilo v paměti udržet.

Vytrvalost

Pro testování vytrvalosti jsme udělali změnu oproti původním propozicím. Běh na 4000 metrů jsme nahradili klasickým Cooperovým 12ti minutovým během. Pro je seniory méně náročný a také na vlastní aplikaci jednodušší. Tento test jsme absolvovali na 400 m oválu s tartanovým povrchem v nedalekém atletickém areálu.

Tab. 1: Tabulka danému věku odpovídajících hodnot s legendou

Odpovídající věk	20 let	25 let	30 let	35 let	40 let	45 let	50 let	55 let	60 let	65 let	70 let
Kapacita plic	100 cm	80 cm	60 cm	55 cm	50 cm	45 cm	40 cm	35 cm	30 cm	25 cm	20 cm
Prokrvení kůže	3 s	4 s	5 s	6 s	8 s	9 s	10 s	11 s	12 s	13 s	14 s
Rovnováha	30 s	28 s	25 s	23 s	20 s	18 s	15 s	13 s	10 s	8 s	5 s
Flexibilita	dlaně	prsty	konečky prstů	5 cm	10 cm	15 cm	20 cm	25 cm	30 cm	35 cm	40 cm
Paměť	18 výrazů	17	16	≤ 15	≤ 13	≤ 11	≤ 10	≤ 9	≤ 8	≤ 7	≤ 6
Vytrvalost ženy	1900 m	1850 m	1800 m	1750 m	1700 m	1650 m	1600 m	1550 m	1500 m	1450 m	1400 m

Legenda:									
Kapacita plic - jedním prudkým výdechem se snažíme sfouknout ve výši očí hořící svíčku na co největší vzdálenost.									
Prokrvení kůže - po dobu 5ti vteřin stiskneme mezi ukazovák a palec kůži na hřbetu ruky. Měříme, za jak dlouho se obnoví původní zabarvení kůže.									
Rovnováha - předpažíme, zavřeme oči a balancujeme na jedné noze co nejdéle.									
Flexibilita - hluboký předklon s propnutými koleny.									
Paměť - jednu minutu se snažíme zapamatovat 20 výrazů, po 5ti minutách se jich snažíme napsat co nejvíce.									
Vytrvalost - absolvujeme Cooperův běh na 12 min nejlépe na atletické dráze.									
Výsledný biologický věk zjistíme, jako průměrnou hodnotu získaných "věků".									

V tab. 1 jsou uvedeny hodnoty výkonů, které odpovídají danému věku a podle nichž lze snadno a rychle přiřadit výkonu v každém testu odpovídající biologický věk. Legenda jasně a stručně popisuje, co a jakým způsobem jednotlivé testy zjišťují tak, aby probandi mohli pracovat samostatně, případně spolupracovat ve dvojicích, či menších skupinkách. Po absolvování výše popsaných podtestů je každý schopen jednoduchým výpočtem určit odpovídající biologický věk.

Charakteristika testovaného souboru

Vlastní testování biologického věku proběhlo v rámci výuky Univerzity třetího věku na Vysoké škole polytechnické Jihlava. Probandy se stali studenti čtyřsemestrálního programu „Životní styl seniorů“. Měření se zúčastnilo celkem 9 studentů ve věku 60 – 76 let. Jejich průměrný věk byl 66,8 roků. Jednalo se výhradně o probandy ženského pohlaví. Jako zázemí k měření nám posloužila tělocvična školy, kde většinou probíhají praktická cvičení programu. Test vytrvalosti senioři absolvovali na nedalekém atletickém hřišti na oválu s tartanovým povrchem.

Výsledky

V následující tabulce jsou uvedeny jednotlivé hodnoty biologického věku probandů tak, jak jim odpovídají výsledky v jednotlivých testech.

Tab.2: Přehled dosažených odpovídajících věků v jednotlivých testech

proband	1	2	3	4	5	6	7	8	9	průměr
kapacita plic	60	35	30	30	65	25	30	25	50	38,9
prokrvení	40	55	60	35	30	35	30	35	35	39,4
rovnováha	35	40	60	35	35	50	65	40	30	43,3
flexibilita	45	30	35	30	50	30	35	30	30	35,0
paměť	65	40	45	65	25	65	55	55	45	51,1
vytrvalost	60	75	75	70	55	75	60	60	75	67,2
kalendářní věk	60	76	68	62	69	68	69	62	67	66,8
biologický věk	51	46	51	44	43	47	46	41	44	45,8

U drtivé většiny probandů ve všech testech byly naměřeny hodnoty, které odpovídají nižšímu věku, než jaký byl jejich aktuální kalendářní věk. Zatímco hodnota průměrného kalendářního věku skupiny probandů byla 66,8 let, průměrná hodnota věku biologického byla o 21 let nižší a to 45,8 roku. Nejnižší odpovídající věky byly naměřeny v testu flexibility (35 let) a v testování síly dechu (38,9 let). Naopak jediný podtest, jehož hodnota v celkovém průměru převýšila hodnotu věku kalendářního a to o 0,4 roku, byl test vytrvalosti. Zde byla naměřena průměrná hodnota 67,2 roku. Pouze při testech vytrvalosti a paměti byly u některých probandů naměřeny hodnoty odpovídajícího biologického věku vyšší, než byla hodnota věku kalendářního. V testu vytrvalosti u 4 probandů a v testování paměti u 2 probandů. Ostatní hodnoty těchto dvou testů se rovnaly nebo silně blížily věku kalendářnímu.

Diskuse

Celkově skupina dosáhla průměrného biologického věku téměř o 20 let nižší než věk kalendářní. Tento stav může být ovlivněn tím, že se jedná o seniory, kteří se rozhodli studovat program Životní styl. To může svědčit (a dle rozhovorů se seniory opravdu svědčí) o tom, že jejich vztah nejen k pohybu, ale celkově k životu je velice pozitivní. Celý život se věnovali nějakému druhu sportu nebo pravidelné pohybové aktivitě, což si myslíme, nutně vede k větší fyzické i duševní zdatnosti organismu každého jedince. “Nejhorších” výsledků bylo dosaženo v testu vytrvalosti. Příčinou může být fakt, že vytrvalost se sice dá poměrně dobře udržovat i ve vyšším věku, ale bez pravidelného tréninku se toto neobejde. Většina probandů přiznala, že běh na 12 minut absolvovali naposledy na střední škole a že trápení těla právě tímto způsobem rozhodně nepatří k jejich oblíbeným aktivitám. Určitě by stálo za úvahu tento podtest nahradit testem jiným. Naopak nejlépe si senioři vedli v testování flexibility. Nutno uznat, že někteří by se směle mohli rovnat s žáky základních škol. Potvrzuje to výše uvedenou zmínku o celoživotním pozitivním vztahu našich seniorů k aktivnímu pohybu. Nejvíce byli probandi “pohoršení” výsledky pamětního testu. Přesto, že tento test dopadl lépe než vytrvalostní, daleko více se o něm diskutovalo. Určitě by některým seniorům pro příště pomohla například rada pamatovat si skupiny slov podle nějaké společné vlastnosti. Věříme, že v opakovaném pamětním testu by dosáhli lepších výsledků.

Závěr

Záměrem výzkumu bylo poukázat na patrný rozdíl mezi pojmy kalendářní a biologické stáří. Snad by se dalo polemizovat o reliabilitě a validitě aplikovaného testu. Zajisté by řada klinických testů vykazala přesnější výsledky. Nebylo ale cílem měřit se s výsledky moderní techniky. Vlastní test měl posloužit a myslíme si, že také dobře posloužil především jako motivační prvek. Přesto, že jsme dospěli k některým zajímavým závěrům, nejsou pro nás výsledky testu zásadní. Důležité pro nás je zjištění s jakou aktivitou a nadšením většina seniorů k měřením přistoupila. Pro seniory, jak sami uvádějí, je přínosné již to, že se mohou někde sejit se svými vrstevníky a pohovořit o svých problémech. Také to, že si mohou vyzkoušet něco nového, pokusit se poměřit s ostatními a uvědomit si svoje silnější a slabší stránky, je motivuje k další činnosti a každodenní aktivitě.

Literatura

- [1] Dylevský, I., Trojan, S. *Somatologie*. Praha: Avicenum, 1990, str. 272. ISBN 80-201-0026-1
- [2] Hayflick, L. *Jak a proč stárneme*. Praha: Columbus, 1997. ISBN 80-85928-97-3. (monografie)
- [3] Kopřivová, J. a kol. *Cvičení pro zlepšení fyzického, ale i psychického stavu seniorů 2*. Brno: MHS, 2002
- [4] Křištofič, J. *Využití prvků balančního charakteru k rozvoji motorických schopností*. Česká kinantropologie 1 (2), 1997, s. 45-53. (článek v seriálu)
- [5] Měkota, K., Novosad, J. *Motorické schopnosti*. Olomouc: UP, 2005. ISBN 80-244-0981-X. (monografie)
- [6] Mühlpachr, P. *Schola Gerontologica*. Brno: MU, 2005. ISBN 80-210-3838-1. (monografie)
- [7] Štilec, M. *Program aktivního stylu života pro seniory*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-920-8. (monografie)
- [8] Vágnerová, M. *Vývojová psychologie*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-308-0. (monografie)

THE BIOLOGICAL AND CALENDAR AGE OF STUDENTS OF THE PROGRAM “THE HEALTHY LIFESTYLE OF SENIORS“ WITHIN A LIFELONG LEARNING AT THE COLLEGE OF POLYTECHNICS JIHLAVA

Abstract

Students of the program “The healthy lifestyle of seniors” passed a simple test, as a part of practical training, which enabled us to define their biological age approximately. The aim of the text is to give some information about this research and to think of the aspects which can influence a global physical and psychical condition of any individual at the senior age. The relation between the psyche, instantaneous healthy condition and available achievements could be clearer due to this research. The comparison of the biological and calendar ages of the examined students should serve as a motivation factor for a future development of the physical activity in their everyday lives.

Key words

Biological age, calendar age, aging, lifestyle.

Kontaktní údaje na autora

Mgr. Bohumír Machovec
Vysoká škola Polytechnická Jihlava
Tolstého 16, Jihlava
machovec@vspj.cz

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. Jednotlivá čísla jsou úžeji vymezená.

Časopis vychází 4x ročně v nákladu 150 výtisků

Šéfredaktor: RNDr. Jana Borůvková, Ph.D.

Odpovědní redaktoři tohoto čísla:

PhDr. Lada Cetlová, PhD. (články se zdravotnickou tematikou)

PaedDr. Emanuel Hurych, Ph.D. (články se sportovní tematikou)

Editor: Bc. Magda Malenová. (komunikace s autory a recenzenty)

Technické zpracování: Mgr. Hana Vojáková

Web editor: Jitka Kalabusová

Redakční rada:

prof. Ing. Bohumil Minařík, CSc., prof. Ing. Tomáš Dostál, DrSc.,

prof. PhDr. Ivo Jirásek, Ph.D., prof. MUDr. Aleš Roztočil, CSc.,

doc. Mgr. Ing. Martin Dlouhý, Dr., prof. RNDr. Ivan Holoubek, CSc.,

doc. PhDr. Ladislav Benyovszky, CSc., prof. PhDr. Ivan Blecha, CSc.,

doc. PhDr. Karel Pstružina, CSc., doc. PhDr. Ján Pavlík

Pokyny pro autory a deklarovaná forma příspěvků jsou dostupné na http://www.vspj.cz/veda_vyzkum/logos.php?id=4&id_druha_uroven=161

Zasílání příspěvků

Redakce přijímá příspěvky v českém, slovenském nebo světovém jazyku 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 školy. V omezeném množství jej lze vyžádat zdarma na adrese redakce.

© Vysoká škola polytechnická Jihlava