

2025

ROČNÍK 16

ČÍSLO 2

LOGOS POLYTECHNIKOS

V Š P

J

Vysoká škola
polytechnická
Jihlava

Vážené čtenářky, vážení čtenáři, příznivci časopisu Logos Polytechnikos,

připravili jsme pro Vás další vydání zaměřené na zdravotní péči a sociální práci, které mimo jiné nabízí hlubší vhled do problematiky rané péče, sociálně-právní ochrany dětí, porodní asistence, léčby bolesti, ale i využití simulačních modelů, které jsou součástí moderního a efektivního vzdělávání sester a porodních asistentek na VŠPJ. Nechtě jsou pro Vás poznatky uvedené v jednotlivých příspěvcích přínosem.

Děkujeme Vám za přízeň a přejeme Vám vše dobré.

Mgr. Markéta Dubnová, PhD.
vedoucí Katedry sociální práce
Vysoká škola polytechnická Jihlava

OBSAH / CONTENTS

5

NEOBLÍBENÉ CÍLOVÉ SKUPINY KLIENTŮ SOCIÁLNÍ PRÁCE
UNPOPULAR TARGET GROUPS OF SOCIAL WORK CLIENTS
Jitka Macková, Alena Hricová, Stanislav Ondrášek

18

RIZIKOVÉ FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ PŘÍCHOD ZANEDBÁVANÝCH DĚTÍ DO DĚTSKÉHO CENTRA
RISK FACTORS INFLUENCING THE ADMISSION OF NEGLECTED CHILDREN TO A CHILDCARE CENTER
Terezie Taušek, David Urban

32

SIMULAČNÍ TRÉNINK JAKO KLÍČOVÝ NÁSTROJ VE VZDĚLÁVÁNÍ PORODNÍCH ASISTENTEK
SIMULATION TRAINING AS A KEY TOOL IN MIDWIFERY EDUCATION
Marie Dočekalová, Simona Hájková, Zuzana Kosaková

43

NOVÉ REALISTICKÉ MOŽNOSTI NA VŠPJ V PŘEDMĚTECH OŠETŘOVATELSTVÍ V NEONATOLOGII A PEDIATRII S NOVÝMI SIMULÁTORY Z POHLEDU VÝUKY
NEW REALISTIC POSSIBILITIES AT VŠPJ IN THE SUBJECTS OF NURSING IN NEONATOLOGY AND PEDIATRICS WITH NEW SIMULATORS FROM THE POINT OF VIEW OF TEACHING
Simona Hájková, Marie Dočekalová, Zuzana Kosaková

53

MODERNÍ ALTERNATIVNÍ METODY VYUŽÍVANÉ V PORODNICTVÍ
MODERN ALTERNATIVE METHODS USED IN OBSTETRICS
Jaroslava Vaňková

69

HODNOCENÍ BOLESTI A KOMPLIKACÍ U ŽEN PO PORODU CÍSAŘSKÝM ŘEZEM V ZÁVISLOSTI NA VYUŽITÍ CELKOVÉ, SPINÁLNÍ A EPIDURÁLNÍ ANESTÉZIE
EVALUATION OF PAIN AND COMPLICATIONS IN WOMEN AFTER CAESAREAN SECTION DEPENDENCE ON THE USE OF GENERAL, SPINAL AND EPIDURAL ANESTHESIA
Eva Puhlová, Alena Rosezínová, Iveta Ospalíková

82

ÚLOHA PÔRODNEJ ASISTENTKY PRI OŠETROVANÍ PACIENTKY PO HYSTEREKTÓMII
THE ROLE OF THE MIDWIFE IN CARING FOR A PATIENT AFTER HYSTERECTOMY
Eva Moraučíková

90

VYUŽITÍ EDINBURSKÉ ŠKÁLY A MODELU PÉČE O MENTÁLNÍ ZDRAVÍ ŽEN V PRE A POST PARTÁLNÍM OBDOBÍ
USE OF THE EDINBURG SCALE AND MENTAL HEALTH MODEL IN WOMEN IN THE PRE AND POST PARTUM PERIOD
Puhlová Eva, Ospalíková Iveta, Rosezínová Alena, Ferencová Tereza, Frančeová Sára

105

RANÁ PÉČE V ČESKÉ REPUBLICĚ – VÝVOJ, INSTITUCIONÁLNÍ ZAKOTVENÍ A PSYCHOSOCIÁLNÍ VÝZNAM
EARLY INTERVENTION IN THE CZECH REPUBLIC – DEVELOPMENT, INSTITUTIONAL FRAMEWORK, AND PSYCHOSOCIAL SIGNIFICANCE
Zdenka Šáňdorová, Ilona Ďatko

120

VLIV BOLESTI NA OMEZENÍ BĚŽNÝCH DENNÍCH ČINNOSTÍ U PACIENTA SE ZLOMENINOU DISTÁLNÍ ČÁSTI RADIA

THE IMPACT OF PAIN ON THE LIMITATION OF DAILY ACTIVITIES IN A PATIENT WITH A DISTAL RADIUS FRACTURE

Jana Truplová, Veronika Šterclová

129

FYZIOTERAPIE JAKO SOUČÁST KOMPLEXNÍ LÉČBY ŽEN PO OPERACI PRSU

PHYSIOTHERAPY AS PART OF A COMPREHENSIVE TREATMENT OF WOMEN AFTER BREAST SURGERY

Kateřina Tichá

138

VYUŽITÍ PŘÍSTROJE HUMANTECAR U PACIENTŮ PO TEP NA ORTOPEDICKÉM ODDĚLENÍ NEMOCNICE PELHŘIMOV

USE OF THE HUMANTECAR DEVICE IN PATIENTS AFTER TEP IN THE ORTHOPEDIC DEPARTMENT OF PELHŘIMOV HOSPITAL

Lada Razimová, Veronika Kusínová

149

KVALITA ŽIVOTA ŽEN V OBDOBÍ KLIMAKTERIA

QUALITY OF LIFE OF WOMEN DURING MENOPAUSE

Lenka Görnerová, Ivana Poštulková

159

APLIKACE SIMULAČNÍCH MODELŮ DO VÝUKY VŠEOBECNÉHO OŠETŘOVATELSTVÍ NA VYSOKÉ ŠKOLE POLYTECHNICKÉ JIHLAVA

APPLICATION OF SIMULATION MODELS IN THE TEACHING OF GENERAL NURSING AT THE JIHLAVA POLYTECHNIC UNIVERSITY

Zuzana Kosaková, Marie Dočekalová, Simona Hájková

170

PROBLEMATIKA NÁSILÍ A AGRESIVITY NA OŠETŘUJÍCÍ PERSONAL A NÁVRHY ŘEŠENÍ
THE ISSUE OF VIOLENCE AND AGGRESSION TOWARDS NURSING STAFF AND PROPOSED SOLUTIONS

Lenka Němcová, Zuzana Kosaková, Tereza Kleinerová

NEOBLÍBENÉ CÍLOVÉ SKUPINY KLIENTŮ SOCIÁLNÍ PRÁCE

JITKA MACKOVÁ
ALENA HRICOVÁ
PRAŽSKÁ ŠKOLA
PSYCHOSOCIÁLNÍCH STUDIÍ

STANISLAV ONDRÁŠEK
JIHOČESKÁ UNIVERZITA
V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH

ABSTRAKT

Cílem článku je představit specifickou problematiku v oblasti sociální práce, a tou je oblíbenost, resp. neoblíbenost cílových skupin a jaké faktory se na volbě cílové skupiny podílí. Pro sběr a analýzu dat byla zvolena kvalitativní výzkumná strategie za použití metody dotazování, techniky polostrukturovaných rozhovorů. Výzkumný soubor představovali studenti a absolventi kombinované formy bakalářského studia oboru zaměřeného na sociální práci. Celkem se výzkumu zúčastnilo celkem 12 informantů (N=12). Analýza dat proběhla pomocí metody zakotvené teorie s využitím otevřeného a axiálního kódování doplněného paradigmatickým modelem. Výsledky výzkumu ukázaly, že na volbu a oblíbenost cílových skupin má vliv řada faktorů, jako např. osobní zkušenost, subjektivní vnímání náročnosti práce s danou cílovou skupinou. Dále bylo zjištěno, že do volby cílové skupiny významně zasahují negativní zkušenosti, ale také pocity bezmoci. Implementace těchto poznatků do vzdělávacích programů může přispět k lepší připravenosti studentů na jejich budoucí profesní kariéru a k vyšší ochotě pracovat s různorodými a často náročnými cílovými skupinami.

KLÍČOVÁ SLOVA:

Sociální práce, cílová skupina sociální práce, klienti sociální práce, studium sociální práce

ÚVOD

Sociální práce je disciplína zaměřená na podporu a pomoc jednotlivcům, rodinám a komunitám, které čelí různým sociálním problémům. Nicméně, v rámci praxe existují cílové skupiny klientů, které jsou často vnímány jako neoblíbené či náročné. Tento text se zaměřuje na analýzu neoblíbených cílových skupin sociální práce a důvody, proč jsou vnímány jako problémové.

V sociální práci je pojem klient jednou z ústředních kategorií. Definice klienta se může lišit podle různých autorů, avšak obecně lze říci, že klientem sociální práce je osoba nebo skupina osob, která využívá sociální služby za účelem řešení své nepříznivé sociální situace (Šrobárová & Žiaková, 2013a; Matoušek, 2008). Matoušek (2008) definuje klienta jako subjekt, který využívá sociální služby, a to může být jednotlivá osoba, rodina, skupina či komunita. V současné době se často používá také výraz uživatel služeb, který reflektuje schopnost klienta být aktivním partnerem ve volbě služeb (Banks, 2020). Typologie klientů v sociální práci může být založena na různých kritériích, například na aktivitě klienta, věku či chování. Šrobárová a Žiaková (2013b) rozlišují klienty na dobrovolné, kteří aktivně vyhledávají pomoc, a nedobrovolné, kteří jsou do sociální práce vtaženi pod tlakem vnějších okolností. Podle věku lze klienty rozdělit na dětské, mladistvé, dospělé a seniory (Walsh, 2021). Typologie podle chování zahrnuje rizikové klienty, mezi které patří například klienti mlčenliví, v odporu, manipulativní či agresivní (Gabura, 2005).

Vztah mezi sociálním pracovníkem a klientem by měl být profesionální, založený na důvěře, empatii, respektu a jasně stanovených hranicích. Matoušek et al. (2003) zdůrazňuje nutnost respektovat klienta a jeho rozhodnutí. Vojířová (2020) upozorňuje, že jiný než profesionální vztah může negativně ovlivnit motivaci klienta a jeho komunikaci s prostředím. Důležité aspekty vztahu zahrnují empatii, flexibilitu a zaměření na pozitivní aspekty a úspěchy (Smith et al., 2012). Dalšími činiteli ovlivňujícími vztah jsou osobnost klienta, jeho prostředí a samotný sociální pracovník (Levická et al., 2007; Strieženec, 2001).

Cílové skupiny sociální práce jsou specifické skupiny lidí nebo komunit, které jsou předmětem sociální intervence. Matoušek (2008) definuje cílovou skupinu jako skupinu definovanou nepříznivou sociální situací, které je určena sociální služba. Neoblíbené cílové skupiny v sociální práci představují specifické skupiny klientů, se kterými mají studenti a profesionálové v sociální práci tendenci pracovat méně rádi. Tyto skupiny jsou často vnímány jako problematické, náročné na práci, nebo vyvolávají negativní emoce a frustraci u sociálních pracovníků. Neoblíbené cílové skupiny jsou ty, které vyžadují více času, energie a specifických dovedností pro efektivní pomoc a intervenci. Práce s těmito skupinami může být fyzicky i psychicky vyčerpávající, a často zahrnuje řešení komplexních a chronických problémů. Neoblíbenost v kontextu sociální práce znamená, že práce s těmito cílovými skupinami je často spojována s negativními emocemi, vyšší úrovní stresu a pocitem frustrace. Klienti mohou často selhávat nebo se vracet k destruktivním vzorcům chování, což může být pro sociální pracovníky demotivující (Ritter et al., 2019).

Práce s některými cílovými skupinami vyžaduje značné emocionální zapojení a může být fyzicky vyčerpávající, například při práci s lidmi s těžkými zdravotními postiženími nebo dětmi zneužívanými (Gabura, 2005). Některé skupiny, jako lidé s duševním onemocněním nebo závislostmi, jsou ve společnosti silně stigmatizovány, což může ztěžovat práci s nimi a zvyšovat pocit izolace a beznaděje jak u klientů, tak u sociálních pracovníků (Zrnečková & Alexová, 2018). Intervence u těchto skupin často vyžadují multidisciplinární přístup, dlouhodobou spolupráci a jsou méně předvídatelné, což může zvýšit pracovní zátěž a pocit nekompetentnosti (Matoušek et al., 2010).

Mezi neoblíbené cílové skupiny obvykle patří:

Lidé bez domova a uživatelé návykových látek

Tato skupina je často vnímána jako velmi náročná kvůli vysoké míře recidivy, zdravotním problémům a sociální marginalizaci. Bezdomovectví a závislost jsou provázány s komplexními sociálními a zdravotními problémy, které vyžadují dlouhodobou a koordinovanou pomoc (Matoušek et al., 2010; Pilát, 2020) a komplexní přístup zahrnující prevenci, sociální poradenství a reintegraci do společnosti. Matoušek et al. (2010) upozorňuje, že bezdomovectví je proces, nikoliv stav, a že řešení situace lidí bez domova vyžaduje spolupráci s mnoha odborníky. Pilát (2020) uvádí, že klíčovou službou je terénní práce, která zahrnuje riziko nákazy infekčními nemocemi a riziko napadení. U uživatelů návykových látek je významnou výzvou emocionální zvládnání situací, kdy se klient vrací k návykové látce (Ritter et al., 2019).

Klienti s duševním onemocněním

Práce s touto skupinou může být komplikována stigmatizací, nedostatkem zdrojů a potřebou specifických znalostí a dovedností v oblasti psychiatrie (Zrnečková & Alexová, 2018).

Děti a adolescenti z problematických rodin

Tato skupina zahrnuje děti, které zažily zneužívání, týrání nebo zanedbávání, a vyžaduje velmi citlivý a individualizovaný přístup. Sociální pracovníci musí často jednat s celými rodinami a zapojovat další instituce, jako jsou školy a soudy (Egermaierová, 2017).

Senioři s komplexními potřebami

Péče o starší lidi, zvláště ty s demencí nebo vážnými zdravotními problémy, může být velmi náročná. Tato práce často zahrnuje fyzickou péči, řešení složitých rodinných dynamik a dlouhodobou podporu (Matoušek, 2008).

Lidé s postižením

Lidé s postižením tvoří další významnou cílovou skupinu. Sociální práce s touto skupinou vyžaduje empatii, porozumění, komunikační dovednosti a schopnost přizpůsobit se potřebám klienta (Matoušek et al., 2010). Zrnečková a Alexová (2018) upozorňují na stigmatizaci klientů s duševním onemocněním, která klade specifické nároky na sociálního pracovníka.

Děti a adolescenti

Děti a adolescenti a jejich rodiny jsou zvláště zranitelnou skupinou. Gitterman (2014) uvádí, že ekonomická situace rodiny výrazně ovlivňuje postoj dětí a dospívajících ke svým schopnostem. Egermaierová (2017) zdůrazňuje, že děti mohou oslovit sociálního pracovníka bez vědomí rodičů, což klade zvýšené nároky na pracovníka. Práce s dětmi a adolescenty vyžaduje znalosti vývojové psychologie a schopnost komunikace přizpůsobené jejich schopnostem (Walsh, 2021).

Oběti násilí

Oběti násilí, zahrnující zneužívané, týrané a zanedbávané děti a oběti domácího násilí, představují další specifickou cílovou skupinu. Matoušek et al. (2010) uvádí, že špatné zacházení s dítětem zahrnuje tělesné týrání, sexuální zneužívání, zanedbávání a emoční týrání. Práce s oběťmi násilí často akcentuje jejich vlastní hodnotu a podporu samostatnosti obětí (Bednářová, 2018).

Osoby bez přístřeší

Bezdomovectví představuje jeden z nejzávažnějších sociálních problémů, s nímž se sociální pracovníci setkávají. Osoby bez přístřeší často čelí stigmatizaci a diskriminaci, což ztěžuje jejich reintegraci do společnosti. Podle studie od Juliana Howsleyho a kolegů (2020) osoby bez přístřeší často zažívají negativní postoje ze strany veřejnosti i sociálních pracovníků, což může vést k menší ochotě jim pomáhat. Navíc, bezdomovectví je často spojeno s dalšími problémy, jako je závislost na návykových látkách a duševní onemocnění, což zvyšuje komplexnost jejich situace.

Osoby se závislostí

Lidé trpící závislostí na návykových látkách jsou dalším příkladem neoblíbené cílové skupiny. Tento negativní postoj vychází často z morálního odsouzení a nedostatku pochopení pro složitost závislosti jako nemoci. Jak uvádí studie od Haug, A. & Schaub, M. P. (2016), závislost je často považována za osobní selhání, což může vést k nedostatečné podpoře ze strany sociálních pracovníků. Tento přístup může mít za následek, že tito klienti nedostanou adekvátní pomoc a podporu, kterou potřebují k překonání své závislosti.

Osoby s kriminální minulostí

Osoby s kriminální minulostí jsou často považovány za rizikové a nebezpečné. Tento názor může být posilován médií a veřejným míněním, což ovlivňuje i postoj sociálních pracovníků. Jak uvádí studie od Farralla, S., & Calverleyho, A. (2006), recidiva je častým jevem mezi bývalými vězni, což může vést k obavám a negativním postojům ze strany sociálních pracovníků. Přestože existuje mnoho programů zaměřených na rehabilitaci a reintegraci těchto osob, stigma spojené s kriminální minulostí často brání jejich úspěšné reintegraci do společnosti.

MATERIÁL A METODY

Cílem výzkumu bylo zjistit, které cílové skupiny jsou mezi studujícími oboru sociální práce, kteří současně mají praktickou zkušenost s vícero cílovými skupinami sociální práce, považovány za neoblíbené a proč tomu tak je. Výzkumné otázky se zaměřovaly na identifikaci důvodů negativních preferencí a na to, jak osobní zkušenosti a praxe ovlivňují názory studentů na jednotlivé cílové skupiny.

Výzkum byl proveden kvalitativní strategií s použitím polostrukturovaných rozhovorů. Výzkumný soubor tvořili studenti a absolventi kombinované formy bakalářského studia Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii. Tito informanti již měli oborové pracovní zkušenosti v oboru nebo mimo obor a absolvovali stáže v rámci předmětu Praxe se supervizí, jehož dotace činí 520 hodin během tří let studia. Celkem se výzkumu zúčastnilo 12 informantů a informantek.

Data byla analyzována pomocí metody zakotvené teorie. Tento přístup umožňuje systematické vyvozování teorie z dat, která jsou postupně sbírána a analyzována. Analýza probíhala v několika fázích: Prvotní rozdělení dat na menší jednotky a přiřazování kódů. Seskupování kódů do širších kategorií na základě společných rysů a hledání vztahů mezi nimi. Vytvoření paradigmatického modelu a vyvozování teoretických závěrů z identifikovaných kategorií a jejich vzájemných vztahů.

Etické aspekty výzkumu byly důkladně zváženy. Všichni účastníci byli informováni o účelu výzkumu a jejich právech, včetně práva odstoupit kdykoliv bez udání důvodu. Data byla anonymizována, aby byla zajištěna důvěrnost informací. Získání informovaného souhlasu od všech účastníků bylo klíčovým prvkem etického postupu.

VÝSLEDKY

VÝZNAM OSOBNÍ ZKUŠENOSTI A PRAXE PŘI FORMOVÁNÍ NÁHLEDU NA CÍLOVÉ SKUPINY

Jedním z nejvýznamnějších faktorů ovlivňujících náhled studentů sociální práce na cílové skupiny je jejich vlastní pracovní zkušenost. Informanti, kteří již měli příležitost pracovat v sociální oblasti, často vyjadřovali konkrétní a někdy negativní zkušenosti s určitými skupinami klientů. Tyto zkušenosti zásadně ovlivnily jejich postoje a preference: "Práce s lidmi bez domova byla nesmírně vyčerpávající. Po několika měsících jsem zjistil, že mě to psychicky ničí..."

Mnozí informanti uvedli, že jejich postoje k určitým cílovým skupinám byly formovány zkušenostmi z jejich vlastních rodin nebo blízkého okolí: "Můj bratr je závislý na drogách, takže jsem si vždy myslel, že bych s takovými lidmi nechtěl pracovat..."

Studující často čerpají z představ a zkušeností, které jim byly zprostředkovány jejich kolegy, pedagogy nebo médii. Tyto zprostředkované zkušenosti mohou posílit jejich předsudky vůči určitým skupinám klientů: "Všichni mi říkali, že práce s mentálně postiženými je velmi náročná a stresující. Nikdy jsem s nimi nepracovala, ale tyto názory mě ovlivnily natolik, že se této práci vyhýbám."

FRUSTRACE A OBAVY PŘI PRÁCI S NEOBLÍBENÝMI CÍLOVÝMI SKUPINAMI

Jedním z hlavních faktorů přispívajících k negativním preferencím vůči určitým cílovým skupinám jsou obavy spojené s prací s těmito skupinami. Informanti vyjadřovali strach z neúspěchu a pocit nedostatečné připravenosti na práci s náročnými klienty: "Mám obavy z práce s mentálně postiženými klienty, protože si nejsem jistý, jestli budu schopen správně reagovat na jejich potřeby a situace, které mohou nastat."

Projekce osobních obav a nejistot do práce s klienty je dalším významným faktorem. Informanti často přenášejí své vlastní strachy a nejistoty na klienty, což může vést k jejich negativnímu vnímání a preferenci práce s méně náročnými skupinami: "Mám strach, že bych se nedokázala vyrovnat s agresivním chováním klientů závislých na drogách. Proto se této skupině raději vyhýbám."

Negativní prognózy ohledně výsledků práce s určitými cílovými skupinami jsou rovněž častým důvodem, proč informanti preferují jiné skupiny. Nevěří totiž v možnost dosažení pozitivních změn při práci s náročnými klienty, což ovlivňuje jejich ochotu s těmito skupinami pracovat: "Nemyslím si, že bych mohl dosáhnout dlouhodobých pozitivních výsledků při práci s lidmi bez domova. Proto se raději zaměřuji na jiné skupiny, kde vidím větší šanci na úspěch." Frustrace z konkrétních klientů a jejich chování, negativní zkušenosti s klienty, kteří nejsou ochotni spolupracovat nebo kteří mají komplikované problémy, často vedou k tomu, že informanti ztrácejí motivaci pracovat s podobnými skupinami v budoucnu.

KONKRÉTNÍ NEOBLÍBENÉ CÍLOVÉ SKUPINY

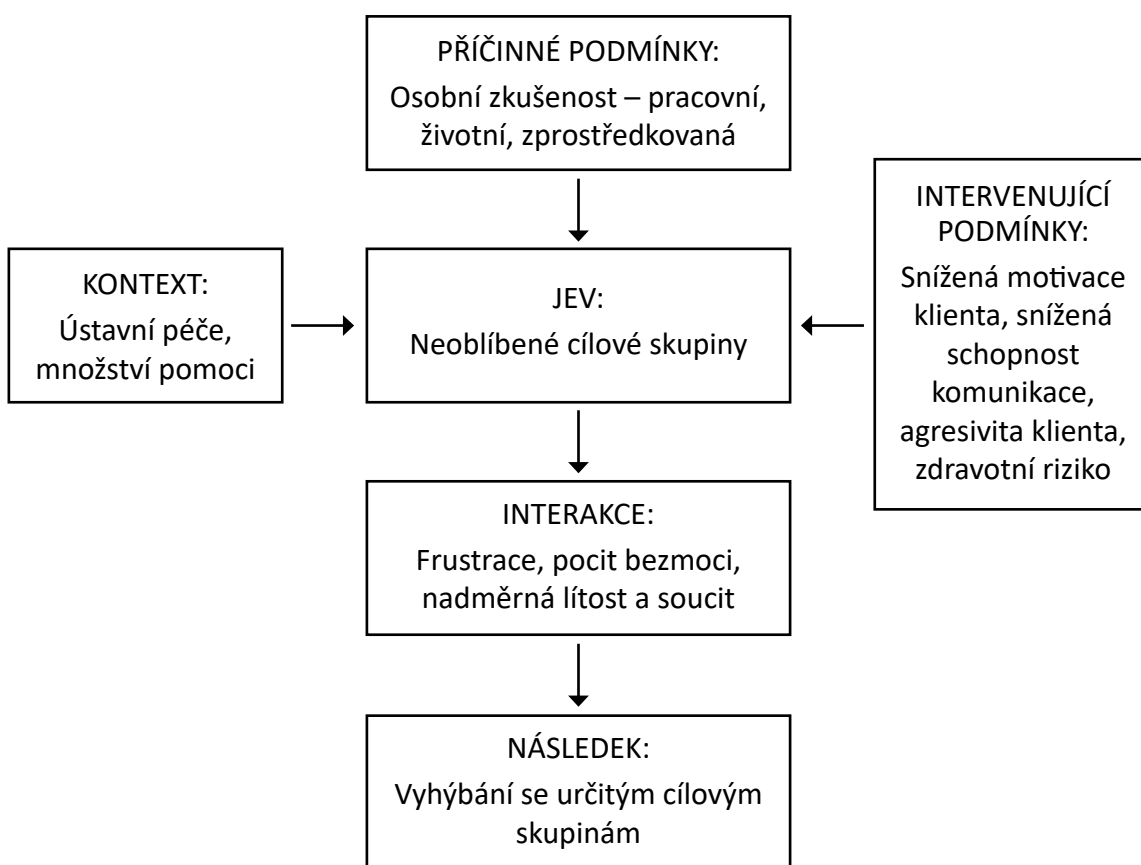
Lidé bez domova a uživatelé návykových látek představují jednu z nejneoblíbenějších cílových skupin mezi studujícími sociální práce. Tato skupina je vnímána jako obzvláště náročná kvůli vysoké míře frustrace a obtížnosti dosažení dlouhodobých pozitivních změn: "Práce s bezdomovci a závislými je velmi frustrující, protože často nemají zájem o pomoc a jejich situace se jen málokdy zlepšuje." Informanti často vyjadřovali pocit bezmoci a nedostatečného vlivu na zlepšení životní situace těchto klientů, což přispívá k jejich negativním postojům.

Další skupinou, která je mezi studujícími neoblíbená, jsou klienti se sníženou schopností komunikace. Práce s těmito klienty je považována za vyčerpávající a náročnou, což je často způsobeno obtížemi v navázání efektivní komunikace a porozumění jejich potřebám: „... já ráda s těma lidma komunikuju, a když ty lidi nemluví, tak je to pro mě hrozně těžký.“ Zajímavé ale je, že tato skupina zahrnuje velmi široké spektrum osob, od lidí s těžkým

duševním postižením, přes malé děti, až po osoby s kombinovaným postižením či těžkými řečovými vadami. Práce s klienty, kteří vyžadují fyzickou manipulaci, je dalším důvodem pro negativní preference. Tato skupina je vnímána jako fyzicky i psychicky náročná, což může vést k pocitům vyčerpání a frustrace.

Kromě výše zmíněných skupin studující identifikovali i další neoblíbené cílové skupiny, jako jsou klienti se závažnými psychickými problémy nebo ti, kteří vyžadují dlouhodobou intenzivní péči. Důvody byly ale víceméně uváděny shodně.

Obrázek 1: Paradigmatický model neoblíbené cílové skupiny v sociální práci



Zdroj: Macková, 2023

Na obrázku 1, výše, je zobrazen paradigmatický model vztahující se ke zkoumanému jevu, a to neoblíbeným cílovým skupinám v sociální práci. Jev je složen několika kategoriemi, které představují informanty označené neoblíbené cílové skupiny, kterými jsou: osoby bez přístřeší/lidé bez domova; osoby závislé na návykových látkách; lidé s postižením; senioři; oběti domácího a jiného násilí, ale také děti či klienti v paliativní péči a další. Příčinnými podmínkami jsou převážně vlastní, osobní zkušenost informanta, která je charakterizována zkušeností pracovní, životní nebo zprostředkovanou. Tyto zkušenosti jsou u výzkumného souboru zastoupeny prostřednictvím vzdělávání, odborných stáží, ale i vlastních pracovních či jiných zkušeností, přičemž tyto podmínky mají významný vliv na existenci zkoumaného jevu.

Na jev mají přímo či nepřímo vliv intervenující podmínky, které s jevem přímo souvisí. Mezi tyto podmínky lze zařadit nevyzpytatelnost, riziko agresivity klienta, zanedbaná hygiena a s tím související zdravotní rizika. Mezi intervenující podmínky identifikované na základě analýzy se dále řadí nízká/žádná motivace klienta zlepšit svou sociální situaci anebo snížená schopnost komunikace a potřeba fyzické manipulace, zejména v případě seniorů a dalších cílových skupin, a také zvýšená zátěž a míra stresu v souvislosti pocitu bezmoci, nadměrné lítosti a soucitu.

V reakci na popisovaný jev se u informantů mohou objevovat obavy, projekce vlastní situace nebo frustrace v reakci na nepříznivou prognózu klienta. Následkem je poté vyhýbání se práci s určitými cílovými skupinami, které mohou výše zmíněné pocity a situace vyvolávat.

DISKUSE

Výsledky výzkumu ukázaly, že preference studentů sociální práce jsou výrazně ovlivněny jejich osobními zkušenostmi, frustracemi a obavami spojenými s prací s určitými cílovými skupinami. Osobní pracovní zkušenosti, včetně negativních zážitků a neúspěchů, mají klíčový vliv na formování postojů a preferencí studentů. Studenti, kteří měli negativní zkušenosti s určitými skupinami klientů, jako jsou lidé bez domova a uživatelé návykových látek, se často těmto skupinám vyhýbají ve svých budoucích profesních volbách. Význam praktických zkušeností a zvládnutí frustrací při práci s náročnými klienty je zásadní pro přípravu budoucích sociálních pracovníků. Teoretické poznatky z literatury podporují tato zjištění. Matoušek et al. (2010) zdůrazňuje, že kvalitní praktická příprava a adekvátní podpora mohou výrazně zlepšit připravenost studentů na práci s náročnými cílovými skupinami. Výzkum také ukázal, že projekce osobních obav a nejistot do práce s klienty může výrazně ovlivnit jejich vnímání a přístup k těmto skupinám.

Význam osobní pracovní zkušenosti při formování postojů studentů sociální práce podporují i další studie. Podle Ruyterové a Darbyho (2018) zkušenosti získané v terénu hrají klíčovou roli při utváření profesionální identity a preferencí sociálních pracovníků. Rovněž Smith et al. (2012) uvádějí, že praktická zkušenost a přímý kontakt s klienty jsou

nepostradatelné pro rozvoj schopností a dovedností, které jsou nezbytné pro efektivní sociální práci.

Frustrace a obavy jsou také častými faktory ovlivňujícími profesionální rozhodování studentů sociální práce. V literatuře je zdůrazněno, že negativní zkušenosti a pocity bezmoci mohou vést k vyhýbání se náročným cílovým skupinám (Gitterman & Knight, 2016). Rovněž Matoušek et al. (2010) upozorňují, že pocit nedostatečné připravenosti a strach z neúspěchu mohou výrazně ovlivnit profesní volby studentů.

Skupiny jako lidé bez domova a uživatelé návykových látek jsou často vnímány jako obzvláště náročné. Podle Ritter et al. (2019) je práce s těmito skupinami spojena s vysokou mírou frustrace a často i s fyzickým a psychickým vyčerpáním. Tyto nálezy potvrzují i zjištění z této studie, kde studenti vyjadřovali obavy z práce s těmito klienty kvůli jejich složitým životním situacím a nízké míře motivace ke změně. Další studie potvrzují, že práce s klienty se sníženou schopností komunikace nebo s těmi, kteří vyžadují fyzickou manipulaci, je považována za náročnou a stresující. Podle Egan et al. (2017) je efektivní komunikace klíčová pro úspěšnou sociální práci, a její absence může vést k pocitům bezmoci a frustrace. Tato zjištění jsou v souladu s výsledky této studie, kde studenti uvedli, že práce s klienty se sníženou schopností komunikace je velmi obtížná.

Výsledky této studie zdůrazňují potřebu kvalitní praktické přípravy a podpory pro studenty sociální práce. Matoušek et al. (2010) a Levická et al. (2007) rovněž zdůrazňují význam praktických stáží a supervizovaných praxí pro rozvoj dovedností zvládnání stresu a budování resilience. Zajištění pozitivních a různorodých zkušeností s různými cílovými skupinami může výrazně přispět ke zvýšení ochoty studentů pracovat s náročnými klienty.

Zjištění této studie mají důležité implikace pro vzdělávání a trénink budoucích sociálních pracovníků. Implementace praktických stáží a supervizí, které umožní studentům lépe zvládat frustrace a obavy, může výrazně zlepšit jejich připravenost na práci s různými cílovými skupinami. Gitterman a Knight (2016) rovněž doporučují zahrnout do kurikula techniky zvládnání stresu a budování resilience, což může pomoci studentům efektivněji čelit náročným situacím v praxi.

Jedním z omezení této studie je její zaměření na specifickou skupinu studentů a absolventů jednoho vzdělávacího programu. Budoucí výzkum by měl zahrnovat širší vzorek studentů z různých vzdělávacích institucí a programů, aby bylo možné generalizovat výsledky. Další výzkum by se měl zaměřit na dlouhodobé sledování kariérních drah absolventů sociální práce a jejich zkušeností s různými cílovými skupinami. To by mohlo poskytnout hlubší vhled do toho, jak se preference a postoje mění v průběhu času a jaké faktory nejvíce ovlivňují jejich profesní rozhodování.

ZÁVĚR

Náš výzkum přinesl hlubší vhled do faktorů, které ovlivňují volbu cílových skupin mezi studenty sociální práce. Odhalil, že osobní zkušenosti a vnímaná náročnost práce s určitými skupinami klientů hrají klíčovou roli při formování preferencí budoucích sociálních pracovníků. Ukázalo se, že negativní zkušenosti a pocity bezmoci mohou výrazně ovlivnit ochotu studentů pracovat s náročnými klienty, což zdůrazňuje potřebu zaměřit se na podporu a rozvoj dovedností zvládání stresu během jejich vzdělávání. Kvalitní praktická příprava, supervize a různé formy podpory mohou pomoci zmírnit obavy a frustrace, které studenti pociťují.

Implementace těchto poznatků do vzdělávacích programů může přispět k lepší připravenosti studentů na jejich budoucí profesní kariéru a k vyšší ochotě pracovat s různorodými a často náročnými cílovými skupinami. Je důležité, aby vzdělávací instituce integrovaly praktické stáže a techniky zvládání stresu do svých kurikul, což by mělo pozitivní dopad na profesní rozvoj studentů a kvalitu poskytovaných sociálních služeb.

POUŽITÉ ZDROJE

- [1] BANKS, S. 2020. *Ethics and values in social work*. 5th ed. London: Red Globe Press.
- [2] BEDNÁŘOVÁ, M. 2018. Domácí násilí: Příčiny, důsledky a možnosti řešení. *Sociální práce/Sociálna práca*. vol. 18, no. 4, pp. 45-55.
- [3] CORRIGAN, P. W., DRUSS, B. G., PERLICK, D. A. 2014. The impact of mental illness stigma on seeking and participating in mental health care. *Psychological Science in the Public Interest*. vol. 15, no. 2, pp. 37-70.
- [4] EGAN, M., NEELS, K., THRIFT, M. 2017. Effective communication in social work practice. *Journal of Social Work Practice*. vol. 31, no. 2, pp. 163-178.
- [5] EGERMAIEROVÁ, J. 2017. Práce s dětmi a rodinami v krizových situacích. In: *Vybrané problémy sociální práce s rodinami*. Ostrava: Ostravská univerzita.
- [6] FARRALL, S., CALVERLEY, A. 2006. *Understanding desistance from crime: Theoretical directions in resettlement and rehabilitation*. Maidenhead: Open University Press.
- [7] GABURA, J. 2005. Klient v odporu a mlčenlivý klient. In: *Sociální práce a sociální služby*. Praha: Portál.
- [8] GITTERMAN, A., KNIGHT, C. 2016. *Handbook of social work practice with vulnerable and resilient populations*. 3rd ed. New York: Columbia University Press.
- [9] HAUG, A., SCHAUB, M. P. 2016. Attitudes towards people with substance use disorders and their impact on healthcare utilization: Findings from a survey of healthcare professionals in Switzerland. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*. vol. 11, no. 1, pp. 1-11.
- [10] HOWSLEY, J., HESLOP, P., CLARKE, A., BENTLEY, R. 2020. Social work practice with people experiencing homelessness: Challenges and opportunities. *Journal of Social Work*. vol. 20, no. 5, pp. 620-638.
- [11] LEVICKÁ, J., et al. 2007. *Sociálna práca: Vybrané kapitoly*. Martin: Vydavateľstvo Epos.
- [12] MACKOVÁ, J. 2023. *Neoblíbené cílové skupiny v sociální práci*. Praha: Pražská vysoká škola psychosociálních studií. Bakalářská práce.
- [13] MATOUŠEK, O. 2008. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál.
- [14] MATOUŠEK, O., et al. 2010. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál.
- [15] PILÁT, M. 2020. Terénní sociální práce s lidmi bez domova. *Sociální práce/Social Work Journal*.
- [16] PILÁT, M. 2020. Terénní sociální práce s lidmi bez domova. *Sociální služby*. vol. 22, no. 3, pp. 23-29.
- [17] RITTER, A., MURRAY, J. 2019. Addiction recovery. In: *Addiction Recovery Management*. New York: Springer.
- [18] RITTER, A., KING, T., HAMILTON, M. 2019. Drug use and drug policy in Australia: Trends, experiences, and perspectives. *Drug and Alcohol Review*. vol. 38, no. 3, pp. 233-240. ISSN 0959-5236.
- [19] RUYTEROVÁ, K., DARBY, P. 2018. Vliv terénních zkušeností na profesionální identitu sociálních pracovníků. *Česká a slovenská sociální práce*. vol. 18, no. 2, pp. 55-67.

- [20] SMITH, R., MIRICK, R. G. 2018. *Social Work Practice with Children and Families*. London: Routledge.
- [21] SMITH, R., DOCKRELL, M., JONES, T. 2012. *Practical social work: An introduction*. 2nd ed. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- [22] STRIEŽENEC, Š. 2001. *Sociální práce: teorie a metody*. Praha: Univerzita Karlova.
- [23] ŠROBÁROVÁ, A., ŽIAKOVÁ, E. 2013a. *Sociální práce: Teorie a metody*. Praha: Grada.
- [24] ŠROBÁROVÁ, L., ŽIAKOVÁ, E. 2013b. *Sociální práce a její metody*. Martin: Osveta.
- [25] WALSH, J. 2021a. *Theories for direct social work practice*. Boston: Cengage Learning.
- [26] WALSH, F. 2021b. *Strengthening Family Resilience*. New York: Guilford Publications.
- [27] ZRNEČKOVÁ, P., ALEXOVÁ, A. 2018. Stigmatizace klientů s duševním onemocněním v sociální práci. In: *Vybrané problémy sociální práce s rodinami*. Ostrava: Ostravská univerzita.

UNPOPULAR TARGET GROUPS OF SOCIAL WORK CLIENTS



ABSTRACT

The aim of the article is to present a specific issue in the field of social work, which is the popularity, or unpopularity, of target groups and the factors influencing the choice of target groups. A qualitative research strategy was chosen for data collection and analysis using the method of questioning and the technique of semi-structured interviews. The research sample consisted of students and graduates of the combined form of bachelor's studies in the field focused on social work. A total of 12 informants participated in the research (N=12). Data analysis was conducted using grounded theory with the use of open and axial coding supplemented by the paradigmatic model. The research results showed that the choice and popularity of target groups are influenced by various factors, such as personal experience and subjective perception of the difficulty of working with a given target group. It was also found that negative experiences and feelings of helplessness significantly influence the choice of the target group. The implementation of these findings into educational programs can contribute to better preparedness of students for their future professional careers and a higher willingness to work with diverse and often challenging target groups.

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

Mgr. Jitka Macková
Pražská vysoká škola psychosociálních studií
Hekrova 805
149 00 Praha 4 - Háje
e-mail: jitka.jaskova@gmail.com

doc. PhDr. Alena Hricová, Ph.D.
Pražská vysoká škola psychosociálních studií
Hekrova 805
149 00 Praha 4 - Háje
e-mail: ali.kajanova@email.cz

Mgr. Stanislav Ondrášek, Ph.D.
Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
ÚSV
J. Boreckého 1167/27,
370 11 České Budějovice
e-mail: Ondrasek38@seznam.cz

KEYWORDS:

social work, social work target group, social work clients, social work studies

RIZIKOVÉ FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ PŘÍCHOD ZANEDBÁVANÝCH DĚTÍ DO DĚTSKÉHO CENTRA

TEREZIE TAUŠEK
DAVID URBAN
PRAŽSKÁ VYSOKÁ ŠKOLA
PSYCHOSOCIÁLNÍCH STUDIÍ

ABSTRAKT

Zanedbávání dítěte představuje jeden z nejméně viditelných, avšak závažných problémů, které negativně ovlivňují vývoj a budoucí kvalitu života dítěte. I když není doprovázeno přímými projevy násilí, jeho dlouhodobé důsledky mohou být stejně devastující jako u fyzického týrání či sexuálního zneužívání. Problematika zanedbávání dítěte zahrnuje komplexní škálu příčin a projevů, od nedostatečného uspokojování základních potřeb přes emocionální deprivaci až po sociální izolaci. Cílem předloženého článku je na základě realizovaného výzkumného šetření identifikovat a popsat rizikové faktory, které ovlivňují příchod zanedbávaných dětí do ústavní péče, resp. do dětského centra. Tento text se zabývá nejen různými formami zanedbávání a jejich důsledky, ale také klíčovými rizikovými faktory na úrovni dítěte, rodiny a prostředí. V textu jsou identifikovány a popsány čtyři pilíře (rizikové chování rodičů, rodinné zázemí, transgenerační přenos problémů a osobnostní charakteristiky matky), které významně ovlivňují ohroženost dítěte.

KLÍČOVÁ SLOVA:

Zanedbávání, týrání, dětské centrum, rizikové faktory, rodina

Poznámka

Tento článek je výstupem rigorózní práce na téma, " Identifikace rizikových faktorů ovlivňující návrat zanedbaných dětí do dětského centra " (autorka práce: Terezie Taušek, vedoucí práce: David Urban).

TEORETICKÉ UKOTVENÍ TÉMATU

V následujících kapitolách je téma předloženého článku teoreticky ukotveno. Nejprve se věnujeme problematice zanedbávání dětí, následně zmiňujeme rizikové faktory zanedbávání dětí a protektivní faktory zanedbávání dětí. Tyto informace vytvářejí základní teoretický rámec pro následující výzkumné šetření.

PROBLEMATIKA ZANEDBÁVÁNÍ DÍTĚTE

Zanedbávání dítěte zahrnuje dlouhodobé neuspokojování základních potřeb, které jsou nezbytné pro jeho fyzický, emocionální a kognitivní vývoj (Mennen et al, 2010). Na rozdíl od fyzického týrání a sexuálního zneužívání je zanedbávání často přehlíženo, a přitom může mít závažné důsledky. Statistiky ukazují, že až 30 % dětských úmrtí způsobených nedostatečnou péčí připadá právě na zanedbávání (Child Welfare Information Gateway, 2012 in Horner, 2014).

Zanedbávání lze chápat z různých perspektiv. Klinický pohled klade důraz na kontext kulturních a právních norem, přičemž zdůrazňuje nedostatečnou péči, která neohrožuje dítě přímo agresí, ale nečinností či selháním pečující osoby (Horwath, 2007). Právní definice se soustředí na možnosti státu zasáhnout v případech ohrožení dítěte a na klasifikaci případů podle závažnosti a délky trvání zanedbávání (Pemová and Ptáček, 2016). Mezinárodní zdravotnická organizace definuje zanedbávání jako neuspokojení potřeb dítěte v oblastech zdraví, vzdělání, emocí, výživy a bezpečného prostředí, přičemž důsledkem je často ohrožení zdraví či vývoje dítěte (Pemová and Ptáček, 2016).

Fyzická forma zanedbávání zahrnuje například nedostatečné zajištění potravy, ošacení či lékařské péče. Mezi závažné případy patří i opuštění dítěte či odmítnutí dítěte z domácnosti (Pemová and Ptáček, 2016). Zanedbání nutričních potřeb může vést k podvýživě a zdravotním problémům (Horner, 2014). Důsledkem zanedbávání fyzických potřeb dítěte pak mohou být zdravotní problémy, jako jsou infekce, poruchy růstu nebo chronická onemocnění, někdy dokonce i úmrtí způsobené zanedbáním péče (Perry and Pollard, 1997 in Pemová and Ptáček, 2016).

Zanedbávání v oblasti vzdělávání zahrnuje neplnění povinné školní docházky nebo ignorování speciálních vzdělávacích potřeb dítěte. Tento typ zanedbávání může ovlivnit sociální integraci dítěte a jeho budoucí profesní uplatnění (Scott, 2014), stejně jako může mít i vliv na špatné vztahy s vrstevníky, nízké akademické výsledky nebo zvýšené riziko delikventního chování (Lynam et al., 2000).

Emoční forma zanedbávání se projevuje nedostatkem psychické podpory, lásky či stability. Důsledky zahrnují emoční deprivaci, poruchy chování a zhoršené sociální vztahy (Dubowitz and DePanfilis, 2000), stejně jako i mohou ovlivnit schopnost dítěte reagovat na životní situace a zapojit se do společnosti (Gilbert et al., 2009).

Ekonomické dopady zanedbávání zahrnují zvýšené náklady na prevenci, léčbu a podporu zanedbávaných dětí, stejně jako ztrátu potenciálu těchto jedinců v dospělosti (Zielinski, 2009).

RIZIKOVÉ FAKTORY ZANEDBÁVÁNÍ DĚTÍ

Zanedbávání dítěte nevzniká pouze z jednoho důvodu, ale zpravidla je výsledkem kombinace rizikových faktorů na úrovni prostředí, rodiny, rodičů a dítěte. Tyto faktory se často vzájemně ovlivňují a posilují. Jejich identifikace je klíčová pro prevenci i intervenci (DePanfilis, 2006; Mulder et al., 2018).

Mezi vnější rizikové faktory, které rodina nemůže ovlivnit, patří především chudoba, sociální izolace a znevýhodněné sociální prostředí. Chudoba je často zmiňována jako klíčový faktor spojený se zanedbáváním. Výzkumy ukazují, že téměř všechny domácnosti zapojené do systémů sociální ochrany pro zanedbávání dětí žijí pod hranicí chudoby (Sullivan and Knutson, 2000). Přesto však chudoba sama o sobě zanedbávání nezpůsobuje – její role je spíše součástí širšího komplexu rizik (Pasianová et al., 2020). Sociální izolace rodiny, způsobená omezeným kontaktem s širší komunitou, zhoršuje dostupnost vzorů pozitivního chování a snižuje pravděpodobnost, že rodina získá podporu od okolí. Takové prostředí přispívá k opakování negativních vzorců péče o dítě (DePanfilis, 2006). Znevýhodněné sociální prostředí, kde chybí dostupné vzdělávací, zdravotnické a sociální služby, dále umocňuje dopady chudoby a izolace (Švec, 2009).

Mezi vnitřní rizikové faktory pak řadíme rodinné faktory. Ty zahrnují demografické charakteristiky, vztahy v rodině a její celkový status ve společnosti. Výrazným faktorem je nízký věk rodičů, který může znamenat nedostatek zkušeností a ekonomickou nestabilitu. Mladé matky často čelí většímu stresu, zatímco mladí otcové mohou mít problémy s odpovědností a ekonomickým zajištěním rodiny (Taylor et al., 2009; Lee and George, 1999). Složení rodiny je dalším důležitým faktorem. Neúplné rodiny nebo rodiny, kde otcovskou roli zastává nevlastní rodič, vykazují vyšší riziko zanedbávání. Osamělý rodič má často omezené zdroje i čas na dítě (Rosenberg and Wilcox, 2006). Rodiny s přítomností domácího násilí, které ovlivňuje emoční stav dítěte, jsou zvláště ohrožené, protože násilné prostředí narušuje schopnost rodičů adekvátně pečovat o dítě (Avdibegović and Brkić, 2020).

Rodiče hrají klíčovou roli v příčinách zanedbávání. Mezi osobnostní faktory patří například nezralost, nedostatek empatie a upřednostňování vlastních potřeb (Sullivan and Knutson, 2000). Historické faktory, jako vlastní zkušenost se syndromem CAN, mohou vést k přenosu patologických vzorců chování na další generaci (Lounds et al., 2006). Významnou roli hraje duševní zdraví rodičů, včetně závislosti na návykových látkách a psychiatrických problémů. Tyto faktory negativně ovlivňují schopnost rodiče porozumět potřebám dítěte a adekvátně na ně reagovat. Zvláště ohroženi jsou rodiče s nízkým IQ, kdy se problémy v péči projeví při intelektu pod 60 bodů (Keltner, 1994 in Ethier et al., 2004).

Některé děti jsou více náchylné k zanedbávání na základě svých charakteristik. Rizikovým faktorem je nízký věk dítěte, protože nejmenší děti jsou zcela závislé na péči rodičů. Zranitelné jsou i děti se specifickými potřebami, jako jsou zdravotní problémy, handicap nebo mentální postižení. Tyto situace kladou vysoké nároky na rodiče, kteří nemusí být schopni tyto potřeby naplnit (Prevent Child Abuse America, 2011 in Pemová and Ptáček, 2016). U dospívajících dětí může nedostatek péče vést k vážným následkům, jako jsou školní neúspěchy, antisociální chování nebo závislost na drogách (Pemová and Ptáček, 2016).

PROTEKTIVNÍ FAKTORY

Protektivní faktory působí jako protiváha rizik a mohou výrazně snížit pravděpodobnost zanedbávání. Na straně rodiče hrají roli znalosti o uspokojování potřeb dítěte, ekonomická stabilita, schopnost zvládat stres a pozitivní sociální vazby (National Resource Center for Communitybased Child Abuse Prevention, 2011 in Pemová and Ptáček, 2016).

Na straně dítěte jsou protektivními faktory například dobré zdraví, schopnost sociální interakce, rozhodnost a sebekontrola (Sargent, 1998 in Pemová and Ptáček, 2016). Podpora ze strany širšího okolí, včetně emoční podpory a praktické pomoci, je klíčová při snižování rizik (Blumenthalová, 2015).

METODIKA VÝZKUMU

Sběr dat probíhal smíšenou formou, tzn. byl realizován **a) kvalitativní výzkum** (podrobněji je každá forma výzkumu popsána dále) prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů s multidisciplinárním týmem (zdravotnický a sociální personál); a dále pak **b) kvantitativní výzkum** (analýza spisové dokumentace).

A) KVALITATIVNÍ VÝZKUM

Pro analýzu dat byla využita metoda zakotvené teorie. Jejím cílem bylo vytvořit teorii z dat získaných během výzkumu, což napomohlo porozumění zkoumanému jevu v širších souvislostech.

Data byla sbírána pomocí polostrukturovaných rozhovorů s multidisciplinárním týmem – celkem bylo realizováno deset rozhovorů (3 rozhovory se zdravotnickým personálem a 7 rozhovorů se sociálním personálem z dětského centra). Tento přístup umožňoval kombinaci předem definovaných témat a flexibilního přístupu k průběhu rozhovoru, včetně možnosti reagovat na nové podněty v průběhu rozhovoru.

Rozhovory probíhaly během dvou týdnů v prostorách vybraného dětského centra (bližší informace o organizaci ani o lokalitě neuveřejňujeme z důvodu zachování anonymity), v prostředí známém respondentům (jejich kancelář nebo klidná místnost). Každý rozhovor byl předem plánován, aby se zamezilo vyrušení. Rozhovory trvaly v průměru 60 minut, nejdelší 102 minut a nejkratší 41 minut.

V úvodu byli respondenti seznámeni s účelem výzkumu, ochranou osobních údajů a faktem, že rozhovory budou nahrávány. Všichni respondenti souhlasili a byli ujistěni o anonymizaci dat. Bylo zdůrazněno, že mohou odmítnout odpovídat na nepříjemné otázky. Pokud se odpovědi odchýlily od tématu, byly korigovány doplňujícími otázkami. Po ukončení rozhovorů byli respondenti informováni, že mohou výzkumníka kontaktovat pro další dotazy.

Data z rozhovorů byla nejprve převedena z audionahrávek do písemné podoby. Z přepsaných rozhovorů byly pomocí otevřeného kódování identifikovány klíčové informace. Kódy zůstávaly co nejbližší originálním datům z rozhovorů. Identifikované kódy byly uspořádány do 60 kategorií na základě jejich souvislostí. Tyto kategorie sloužily k sumarizaci informací z rozhovorů a byly použity i pro kvantitativní část.

Mezi kategoriemi byly hledány vazby a na jejich základě byly vytvořeny konečné kódy pro jednotlivé respondenty. Počet kódů se lišil podle obsahu a hloubky jednotlivých rozhovorů.

B) KVANTITATIVNÍ VÝZKUM

Kvantitativní výzkum doplňoval kvalitativní část analýzy dat. K analýze dat byla použita popisná statistika. Pro kvantitativní část výzkumu byly použity interní spisy dětského centra. Dokumenty byly studovány a přepisovány přímo na místě, aby se předešlo ztrátě nebo odcizení. Spisy byly analyzovány v pěti etapách kvůli velkému množství dat. Bylo vybráno 40 spisů dětí, které prošly v letech 2016 až 2023 péčí dětského centra. Polovina z těchto vybraných dětí se vrátila do biologické rodiny, zatímco druhá polovina zažila opakovaný návrat do dětského centra po krátkém pobytu u biologické rodiny (jednalo se o dobu v řádech týdnů až měsíců, po kterých se děti opět vracely od biologické rodiny do dětského centra). Děti s vážným onemocněním nebyly do výzkumu zahrnuty.

Informace ze spisů byly přeneseny do tabulkové formy. Data byla roztříděna na základě kategorií identifikovaných v kvalitativní analýze. Přítomnost rizikového faktoru u konkrétního dítěte byla označena číslem 1, absence číslem 0. U dětí, které se vrátily do dětského centra, byly vytvořeny dvě tabulky, aby bylo možné detailněji zkoumat změny rizikových faktorů mezi návraty.

Sběr dat poskytl cenné poznatky a data, se kterými bylo dále pracováno pomocí kódování. Napříč respondenty bylo nakonec popsáno celkem 69 kódů/faktorů ovlivňující příchod zanedbávaných dětí do dětského centra. Zjištěné rizikové faktory byly následně tematicky rozřazeny do základních pilířů, které ovlivňují příchod dítěte do dětského centra.

Etické zásady zahrnovaly informovaný souhlas všech účastníků výzkumu (polostrukturované rozhovory) a schválení ředitelkou dětského centra pro sběr dat. Respondenti mohli kdykoli od rozhovoru odstoupit. Úplná anonymizace dat respondentů byla zaručena jejich pracovním označením pouze písmeny (respondenti pro polostrukturované rozhovory) i dětí (analýza spisové dokumentace), kdy jejich identifikační údaje byly nahrazeny čísly a uvedení věku místo přesného data narození. Tyto postupy zajistily ochranu citlivých informací a transparentnost celého procesu sběru dat.

VÝSLEDKY

FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ PŘÍCHOD DÍTĚTE DO DĚTSKÉHO CENTRA

Zanalýzy dat vyplývají čtyři pilíře, které mají významný vliv na příchod dítěte do dětského centra. Jako nejvýznamnější pilíře byly zjištěny a) rizikové chování rodičů, b) zázemí rodiny, c) transgenerační přenosy a d) osoba matky. Jednotlivé pilíře pak mají vliv na dítě, které následně končí v péči dětského centra.

Výše uvedené pilíře byly formulovány na základě analýzy dat, kdy informace o popsáních jevech byly zmíněny respondenty a jsou obsaženy v několika kódech. Informace byly zároveň rozšířeny o výsledky kvantitativního výzkumu. Všechny pilíře spolu vzájemně souvisejí a ovlivňují se.

Prvním pilířem je **a) rizikové chování rodičů**, které se může projevit ve více formách, kdy však každá z těchto forem je nějakým způsobem riziková pro dítě a jeho zdravý vývoj. Nejčastěji se jedná o užívání návykových látek, a to jak během těhotenství, tak později při péčování o dítě. Návykové látky mohou mít na dítě při těhotenství velmi negativní účinky, a to zejména alkohol. Při větším užitím množství rodiče nejsou o dítě schopni pečovat a dítě je z pravidla odebráno, a to i přes větší benevolenci k lehkým drogám v dnešní době. Rodiče nejčastěji užívají kromě marihuany i pervitin a heroin.

S užíváním návykových látek souvisí, ne však výhradně, také duševní onemocnění, kterým matky mohou trpět. Duševní onemocnění se může projevit u matek, které užívají návykové látky, nejčastěji se jedná o schizofrenii. Onemocnění mohou mít však i matky, které návykové látky neužívají. Při absenci medikace pak matky nejsou schopny o děti pečovat. Byly identifikovány i případy, kdy matky s tímto onemocněním dětem ublížily.

Někteří rodiče se uchylují také ke kriminalitě, jelikož nemají jiný přísun finančních prostředků. Pokud jsou pak rodiče odsouzeni a musí nastoupit do výkonu trestu, nemá se o dítě kdo postarat. Výjimkou není ani domácí násilí v rodině či dokonce týrání dítěte.

Jak vyplývá z popisu prvního pilíře, rodiny často nejsou schopny o dítě pečovat a kvůli rizikovému chování je často nutné dítě z rodiny odebrat, jelikož by mohlo být ohroženo nejen zdraví, ale i život dítěte, které by v takových podmínkách zůstalo.

Dalším pilířem je **b) zázemí rodiny**, které bývalo respondenty popisováno, jako nejdůležitějším aspektem při příchodu dítěte do dětského centra. Pokud v rodině chybí zázemí, není možné naplnit základní potřeby dítěte a adekvátně o něj pečovat.

Základem pro péči o dítě je mít bydlení, což často rodiny nespĺňují. Kvůli špatnému finančnímu zabezpečení, kdy rodiny žijí ze sociálních dávek či krátkodobých příjmů, nejsou schopni si zajistit vhodné bytové podmínky. Často se stěhují, jelikož nemají na splacení nájmu, bydlí po ubytovnách, které nejsou vhodné pro život s dítětem, či pendlují po známých, kdy s dítětem žijí také cizí osoby. Prostory také nejsou adekvátní, a i velmi početné rodiny žijí na malém prostoru. Dítě tak nemá vlastní prostor, který by potřebovalo.

Z tohoto důvodu rodině často chybí i vybavení pro život s dítětem. Dítě má dle věku určité požadavky na vybavení, které rodině chybí, a tak není možné o něj adekvátně pečovat. S rostoucím věkem rostou i požadavky dítěte, se kterými se rodiče nejsou schopni vypořádat.

Za nejvážnější důvod příchodu dítěte do dětského centra byla označována ztráta bydlení. Pokud rodina zůstane bez domova, je dítě odebráno a umístěno do dětského centra. Pokud si rodina bydlení opět najde, je možné o návrat dítěte do péče požádat.

Třetím pilířem jsou **c) transgenerační přenosy**, které se objevují napříč rodinou. Chování, návyky a další aspekty života se v rodinách často předávají z generace na generaci, přičemž přerušení této pomyslné spirály bývá velmi náročné. U rodičů aktuálně zanedbávaných dětí lze mnohdy pozorovat podobné vzorce života, jaké přebírali od svých rodičů. Tyto vzorce, které si osvojili jako běžné a přirozené, často nevnímají jako problematické, a proto je nevědomky předávají i další generaci.

Generačně se tak přenáší například pracovní návyky, kdy pro dané osoby není možné, či značně obtížné, najít si dlouhodobější a stabilnější pracovní pozici, která by jim zajistila živobytí. Spoléhají se na sociální podporu, avšak nejsou schopni finance správně využít kvůli nedostatečné finanční gramotnosti. Děti v rodinách vnímají i problematické vztahy, které mají za následek stejné problémy i v budoucích partnerských vztazích dítěte.

Kromě těchto vzorců se generačně přebírá také rizikové chování, jako je braní návykových látek, kriminalita a podobně.

Čtvrtým pilířem, který byl analýzou dat interpretován, je **d) osoba matky**. Ty jsou často jediným pojtkem dítěte mezi dětským centrem a biologickou rodinou. Otec matku často opouští a o dítě nejeví zájem, v mnoha případech je otec dokonce neznámý. Matka tak

zůstává s dítětem sama a nedokáže zajistit uspokojení jeho základních potřeb a zázemí, proto se obrací s prosbou o pomoc na dětské centrum.

Velmi často se jedná o mladé matky, prvorodičky, které nemají s péčí o dítě žádné zkušenosti, a pokud nemají základy ze své rodiny, či dokonce podporu, je pro ně velmi náročné se se situací vypořádat. Pokud o dítě matky ztratí zájem, tak dítě končí v pěstounské péči, jelikož pak nezbývá nikdo z biologické rodiny, kdo by se o něj postaral.

Mladší matky si v budoucnu hledají dalšího partnera, se kterým zakládají novou rodinu a mají další děti. Nebývá výjimkou, že se proces opakuje, a i další děti končí v ústavní péči. Velmi záleží na povaze a osobnosti matky. Některé se v dětském centru naučí správným postupům a péči o dítě, a i s podporou širší rodiny situaci zvládnou a dítě se k ní vrací do péče. Čím je však matka starší, tím je pro ni zpravidla těžší své chování napravit. Pokud se pak drží svého rizikového chování, a i rizikového okolí, je velmi těžké situaci zvládnout.

Ve středu námi popsaného modelu je **dítě**, které přejímá všechny pilíře a z jejich přičinění je umístěno do dětského centra, a to mnohdy ve velmi zanedbaném stavu. Děti přicházejí hladové, se špatnými, resp. žádnými hygienickými návyky a nedostatečně oblečené. Jejich základní potřeby nejsou naplněny. Nemají základní návyky a dovednosti, které by měly mít. Některé děti nemají zajištěnou ani lékařskou péči, a tak mají neřešený zdravotní problém, což by mohlo mít velmi vážné následky v budoucnosti. Jiné děti se dostanou do dětského centra hned po narození s abstinenčním syndromem, jelikož matky užívaly při těhotenství návykové látky.

Nezanedbatelnou roli na situaci dítěte má i jeho věk. Mladší děti bývají více zamlklé, nevědí, co se děje a co mají od nového prostředí očekávat. Pomaleji navazují vztahy. Starší děti jsou více komunikativní, chtějí se prosadit, jelikož k tomu neměly možnost v biologické rodině. Pokud se dítě do dětského centra vrací vícekrát, často již zná prostředí a ví, jak se chovat. Naopak při prvních příchodech bývá složitější dítě aklimatizovat na pobyt v centru, naučit ho pravidlům a celkovému chodu zařízení, jelikož v biologické rodině výchova absentovala.

Z rizikového prostředí mohou děti přicházet i traumatizované a velmi pomalu se poté otevírají nabízené pomoci a podpoře.

DISKUSE

Výsledky provedeného výzkumu potvrzují, že zanedbávání dětí je složitý fenomén, který vyplývá z kombinace rizikových faktorů na různých úrovních – individuální, rodinné i širšího sociálního prostředí. Analýza dat umožnila identifikovat čtyři hlavní oblasti, které významně přispívají k ohrožení dítěte: rizikové chování rodičů, kvalita rodinného zázemí, transgenerační přenos problémů a specifické osobnostní charakteristiky matky.

Jedním z nejvýraznějších rizikových faktorů je samotné chování rodičů, především přítomnost závislostí, duševních poruch nebo nedostatečných rodičovských kompetencí. Jak uvádí Ethier et al. (2004), rodiče s takovými problémy mají značné obtíže v porozumění potřebám dítěte a v poskytování adekvátní péče. Výsledky výzkumu toto tvrzení podporují, přičemž se ukazuje, že rodiče s problémem užívání návykových látek nebo psychickými obtížemi mají vyšší pravděpodobnost selhání v rodičovské roli, což vede ke zvýšenému riziku zanedbávání.

Rodinné zázemí sehrává klíčovou roli v ochraně dítěte, avšak není jednoduché stanovit přímou souvislost mezi chudobou a zanedbáváním. Jak upozorňují Pasianová et al. (2020), nízký socioekonomický status sám o sobě nezpůsobuje zanedbávání, ale často se objevuje v kombinaci s dalšími faktory, jako je stres, nedostatečná rodičovská podpora nebo problematické rodinné vztahy. V tomto kontextu je zásadní nejen materiální zabezpečení rodiny, ale také kvalita sociálních vazeb a emoční podpora poskytovaná dítěti.

Výsledky našeho výzkumu naznačují, že rodinné zázemí, a zejména dostupnost bydlení, hraje významnou roli v péči o dítě. V analyzovaném vzorku se ukázalo, že řada dětí se do dětského centra dostává právě ve chvíli, kdy rodina ztratí bydlení a nemá možnost s dítětem zůstat v odpovídajícím prostředí. Tento fenomén se jeví jako kritický i z pohledu možností řešení, protože jeho zvládnutí nezáleží pouze na samotné rodině, ale také na podmínkách, které nabízí stát. V období bytové krize je navíc obtížné zajistit vhodné bydlení i pro standardně fungující rodiny, přičemž pro rodiny s nízkými příjmy či dalšími zátěžemi je situace ještě náročnější. Řešení tohoto problému proto vyžaduje víceúrovňový přístup, od podpory rodičů až po systémová opatření na celostátní úrovni.

Dalším významným faktorem je transgenerační přenos traumatizujících vzorců chování. Jak uvádí Lounds et al. (2006), rodiče, kteří sami zažili zanedbávání či jiné formy syndromu CAN, mají zvýšenou pravděpodobnost reprodukování těchto vzorců ve vztahu k vlastním dětem. Výzkum potvrdil, že rodiče s negativní zkušeností z dětství často vykazovali nižší schopnost zajistit stabilní a bezpečné prostředí pro své děti. Tento přenos negativních vzorců lze přičíst nejen absenci pozitivních rodičovských modelů, ale také dlouhodobým emočním a psychickým důsledkům vlastního traumatického dětství.

Někteří respondenti také uvedli, že se již setkávají s několikátou generací v jedné rodině, ve které se nadále vyskytují problémy. Je tedy možné, že pokud by alespoň jeden člen rodiny nenásledoval zajeté vzorce chování, mohl by přerušit řetězec předávání negativních zkušeností a vytvořit tak nové příležitosti pro své potomky. Takové případy se však dle vyjádření respondentů vyskytují jen velmi výjimečně.

Na straně rodičů se jako další důležitý rizikový faktor ukazuje jejich nízký věk. Jak konstatují Taylor (2009) a Lee s Georgem (1999), mladé matky a otcové se častěji potýkají s ekonomickou nestabilitou, vyšší mírou stresu a nižšími rodičovskými kompetencemi. Výsledky výzkumu tuto hypotézu podporují, přičemž mladí rodiče bez dostatečné

podpory vykazovali nižší schopnost uspokojovat potřeby dítěte, a tím i vyšší pravděpodobnost zanedbávání.

Společné soužití mladého páru často narození dítěte rozvrátí z důvodu jejich nevyzrálosti a nepřipravenosti na nové povinnosti. Matky tak zůstávají s dítětem samy, bez otce. To opět souvisí i s transgeneračními přenosy v rodině, kdy potomci zakládají rodiny velmi mladí, stejně, jako jejich rodiče před nimi. Zde stojí za uvážení, zda je možné s touto problematikou něco udělat, a to z obou pohledů. Mělo by se spíše jít směrem edukace o antikoncepci a sexuální odpovědnosti u mladých lidí, nebo se zaměřit na výraznější podporu mladých rodin, aby nedošlo k rozpadu vztahu a následovného zanedbání péče o dítě.

Z hlediska prevence rizikových faktorů se jako klíčová ukazuje podpora širšího okolí, včetně praktické pomoci a emoční opory. Jak zdůrazňuje Blumenthalová (2015), dostupnost podpory ze strany širší rodiny a komunity může významně snížit riziko zanedbávání. Výzkum potvrdil, že rodiny, které měly podporu širší rodiny, měly nižší pravděpodobnost opětovného umístění dítěte do dětského centra. To naznačuje, že intervence zaměřené na posílení sociálních vazeb mohou být efektivním nástrojem prevence.

Celkově lze uzavřít, že zanedbávání dítěte nevzniká izolovaně, ale je výsledkem vzájemného působení více faktorů. Jak uvádějí DePanfilis (2006) a Mulder et al. (2018), identifikace těchto rizikových faktorů je zásadní nejen pro včasnou prevenci, ale i pro účinnou intervenci. Komplexní přístup, který zahrnuje podporu rodin, edukaci rodičů a systematické sledování ohrožených dětí, se jeví jako nezbytný krok ke snižování výskytu zanedbávání a jeho dlouhodobých negativních dopadů.

Včasné řešení problémů by vedlo ke snížení zátěže dětských center a obdobných institucí, jejichž primárním účelem by měla být pouze krátkodobá péče o dítě. Zvláště problematické jsou opakované návraty dítěte do ústavního zařízení, jelikož tím dochází k devalvací veškerého předchozího úsilí vynaloženého na práci s rodinou a nedostavují se očekávané pozitivní výsledky intervence. Zátěž se tak neodráží pouze na kapacitních možnostech zařízení, ale také na procesu vyhledávání vhodné pěstounské péče, což je v současnosti komplikováno klesajícím počtem dostupných pěstounů, jak bylo zjištěno z rozhovorů s respondenty výzkumu. Dlouhodobý pobyt dítěte v instituci, přestože může zajistit materiální a emoční potřeby, nemůže plně nahradit stabilní a funkční rodinné prostředí, které je pro zdravý vývoj dítěte klíčové.

ZÁVĚR

Předložený článek reflektuje komplexní problematiku vlivu rodinného prostředí na vývoj dítěte a související rizika zanedbávání, jež mohou mít dalekosáhlé fyzické, emocionální i sociální dopady. Výzkum jednoznačně potvrzuje, že funkčnost rodiny je klíčovým předpokladem zdravého vývoje dítěte. Naopak dysfunkční rodina, která není schopna naplňovat své základní funkce, představuje závažné riziko. Takové prostředí

totiž často vede nejen k nedostatečné fyzické péči, ale i k emočnímu a psychickému zanedbávání, což může mít krátkodobé i dlouhodobé negativní důsledky. K identifikaci rizikových faktorů, které přispívají k zanedbávání dětí, se výzkum zaměřil především na aspekty vycházející z rodinného prostředí. Tyto faktory mají přímý vliv na každodenní život dítěte, jeho sociální postavení a celkovou připravenost na život. Kvalitativní výzkum identifikoval čtyři základní pilíře ovlivňující příchod dítěte do zařízení – rizikové chování rodičů, rodinné zázemí, transgenerační přenos problémů a osobnostní charakteristiky matky. Tato zjištění byla silně podpořena i kvantitativní analýzou, což zvyšuje validitu výsledků. Zvláště významný je pak faktor bydlení – špatné bytové podmínky, časté stěhování nebo ztráta domova představují riziko, které komplikuje práci sociálních služeb.

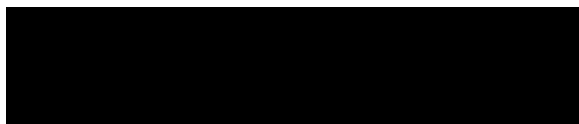
I přes určité metodologické limity – například nedostatek údajů o intenzitě rizikových faktorů a omezenou velikost výzkumné skupiny – poskytují získané poznatky cenný přehled o složitosti problematiky dětského zanedbávání. Celkově tedy výsledky podtrhují nutnost komplexního přístupu, který zahrnuje nejen legislativní opatření, ale také úzkou spolupráci mezi odborníky a individuální péči o každé dítě. Efektivní prevence a včasná intervence zaměřená na posílení rodinných funkcí představují základ pro zajištění dlouhodobého a stabilního rozvoje dětí, což je klíčové pro budoucí reformy a zlepšení podpůrných mechanismů v rámci sociálně-právní ochrany dětí.

POUŽITÉ ZDROJE

- [1] AVDIBEGOVIĆ, E., BRKIĆ, M. 2020. Child Neglect - Causes and Consequences. *Psychiatria Danubina*, 32 (3), 337-342.
- [2] BLUMENTHAL, A. 2015. *Child Neglect I: Scope, Consequences, and Risk and Protective Factors*. Canadian Child Welfare Research Portal. <https://cwrp.ca/sites/default/files/publications/141E.pdf>
- [3] DEPANFILIS, D. 2006. *Child neglect: A guide for Prevention, Assessment, and Intervention*. Washington, DC: US Department of Health and Human Services, Office on Child Abuse and Neglect.
- [4] DUBOWITZ, H., DEPANFILIS, D. 2000. *Handbook for Child Protection Practice*. United States: SAGE Publications.
- [5] ETHIER, L. S., COUTURE, G., LACHARITÉ, C. 2004. Risk Factors Associated with the Chronicity of High Potential for Child Abuse and Neglect. *Journal of Family Violence*, 19(1), 13-24. <https://doi.org/10.1023/B:JOFV.0000011579.18333.c9>
- [6] GILBERT, R., WIDOM, C. S., BROWNE, K., FERGUSON, D., WEBB, E., JANSON, S. 2009. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet (London, England)*, 373(9657), 68-81. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61706-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61706-7)
- [7] HORNOR, G. 2014. Child neglect: Assessment and intervention. *Journal of Pediatric Health Care*, 28(2), 186-192. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2013.10.002>
- [8] HORWATH, J. 2007. The Missing Assessment Domain: Personal, Professional and Organizational Factors Influencing Professional Judgments when Identifying and Referring Child Neglect. *British Journal of Social Work*, 37(8), 1285-1303. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcl029>
- [9] MENNEN, F. E., KIM, K., SANG, J., TRICKETT, P. K. 2010. Child neglect: Definition and identification of youth's experiences in official reports of maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, 34(9), 647-658. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2010.02.007>
- [10] MULDER, T. M., KUIPER, K. C., VAN DER PUT, C. E., STAMS, G. J., ASSINK, M. 2018. Risk factors for child neglect: A meta-analytic review. *Child Abuse & Neglect*, 77, 198-210. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.01.006>
- [11] PEMOVÁ, M., PTÁČEK, R. 2016. *Zanedbávání dětí: příčiny, důsledky a možnosti hodnocení*. Praha: Grada. 200 s.
- [12] SCOTT, D. 2014. *Understanding child neglect*. Melbourne: Australian Institute of Family Studies.
- [13] SULLIVAN, P. M., KNUTSON, J. F. 2000. Maltreatment and disabilities: A population-based epidemiological study. *Child Abuse & Neglect*, 24(10), 1257-1273. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(00\)00190-3](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(00)00190-3)
- [14] ŠVEC, J. 2009. *Příručka pro sociální integraci*. Praha: Úřad vlády ČR
- [15] LEE, B. J., GEORGE, R. M. 1999. Poverty, Early Childbearing, and Child Maltreatment: A Multinomial Analysis. *Children and Youth Services Review*, 21 (9-10), 755-780.

- [16] LOUNDS, J. J., BORKOWSKI, J. G., WHITMAN, T. L. 2006. The Potential for Child Neglect: The Case of Adolescent Mothers and Their Children. *Child maltreatment*, 11(3), 281-294. <https://doi.org/10.1177/1077559506289864>
- [17] LYNAM, D. R., CASPI, A., MOFFIT, T., WIKSTRÖM, P. H., LOEBER, R., NOVAK, S. 2000. The Interaction Between Impulsivity and Neighborhood Context on Offending: The Effects of Impulsivity are Stronger in Poorer Neighborhoods. *Journal of Abnormal Psychology*, 109(4), 563-74.
- [18] PASIAN, M. S., BENITEZ, P., LACHARITÉ, C. 2020. Child neglect and poverty: A Brazilian study. *Children and Youth Services Review*, 108, 104655. <https://doi.org/10.1016/j.chidyouth.2019.104655>
- [19] ROSENBERG, J., WILCOX, W. B. 2006. *Importance of Fathers in the Healthy Development of Children*. Child Abuse and Neglect User Manual Series.
- [20] TAYLOR, C. A., GUTERMAN, B. N., LEE, J. S., RATHOUZ, P. J. 2009. Intimate Partner Violence, Maternal Stress, Nativity, and Risk for Maternal Maltreatment of Young Children. *American Journal of Public Health*, 99 (1), 175-183. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2007.126722>
- [21] ZIELINSKI, D. S. 2009. Child maltreatment and adult socioeconomic well-being. *Child Abuse & Neglect*, 33(10), 666-678. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2009.09.001>

RISK FACTORS INFLUENCING THE ADMISSION OF NEGLECTED CHILDREN TO A CHILDCARE



ABSTRACT

Child neglect represents one of the least visible yet most serious issues negatively impacting a child's development and future quality of life. Although it is not accompanied by overt signs of violence, its long-term consequences can be just as devastating as those of physical abuse or sexual exploitation. The issue of child neglect encompasses a complex range of causes and manifestations, from the failure to meet basic needs and emotional deprivation to social isolation.

The aim of this article is to identify and describe the risk factors that influence the institutional placement of neglected children, specifically their admission to child care centers, based on empirical research. The text addresses not only the various forms of neglect and their consequences, but also key risk factors at the levels of the child, the family, and the broader environment.

Four primary pillars are identified and examined—parental risk behaviors, family background, intergenerational transmission of problems, and maternal personality characteristics—which significantly influence the child's vulnerability to neglect and subsequent institutional care.

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

PhDr. Terezie Taušek
Dušičky v Terapii
Vochoř 6
330 23 Vochoř
e-mail: terezie.tausek@seznam.cz

doc. PhDr. David Urban, Ph.D.
Pražská vysoká škola psychosociálních
studí
Hekrova 805
149 00 Praha 4 - Háje
e-mail: davidcecilurban@gmail.com

KEYWORDS:

Neglect, abuse, child center, risk factors,
family

SIMULAČNÍ TRÉNINK JAKO KLÍČOVÝ NÁSTROJ VE VZDĚLÁVÁNÍ PORODNÍCH ASISTENTEK

MARIE DOČEKALOVÁ
SIMONA HÁJKOVÁ
ZUZANA KOSAKOVÁ
VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ
JIHLAVA

ABSTRAKT

Simulační technologie představují v oblasti vzdělávání porodních asistentek významný přínos. Tento článek se zaměřuje na využití pokročilého porodnického simulátoru Lucina ve výuce studentek oboru porodní asistence. Simulátor umožňuje realistický nácvik široké škály klinických situací od fyziologického porodu až po řešení akutních komplikací, jako je dystokie ramének, poporodní hemoragie či porod koncem pánevním. Díky různým výukovým modulům mohou studentky procvičovat nejen technické dovednosti, ale i krizovou komunikaci, týmovou spolupráci a schopnost rychlého rozhodování v náročných situacích. Lucina rovněž podporuje výuku sledování poporodního období, včetně péče o rodičku a monitorování vitálních funkcí. Zařazení simulace do vzdělávání přispívá ke zvýšení sebedůvěry studentek, ke snížení chybovosti v klinické praxi a ke zlepšení kvality péče o matku a novorozence. Článek shrnuje hlavní oblasti využití simulátoru a zdůrazňuje význam simulační výuky jako nedílné součásti moderní přípravy porodních asistentek na reálnou klinickou praxi.

KLÍČOVÁ SLOVA:

Simulace, porodní asistence, porodnický simulátor, klinické dovednosti, vzdělávání, porod, poporodní péče

ÚVOD

Klinické dovednosti v oblasti porodní asistence vyžadují nejen teoretické znalosti, ale především praktickou zručnost, schopnost rychlého rozhodování a adekvátní reakce v akutních situacích. Vzhledem k rostoucím nárokům na bezpečnost péče a etickým otázkám spojeným s výukou na reálných rodičkách se výuka studentek oboru porodní asistence stále více opírá o simulační metody. Simulace umožňuje studentkám procvičovat postupy v realistickém, ale kontrolovaném prostředí, které eliminuje riziko poškození pacientky a zároveň zvyšuje sebedůvěru budoucích porodních asistentek. V posledních letech se vývoj simulačních technologií výrazně posunul. Moderní porodnické simulátory umožňují realistické ztvárnění fyziologického i patologického porodu, včetně komplikací, jako je dystokie ramen, poporodní krvácení nebo resuscitace novorozence. Tyto scénáře nejen zvyšují kvalitu výuky, ale také zajišťují, že studentky mají možnost opakovaného nácviku situací, které by v běžné praxi mohly nastat jen výjimečně. Simulační výuka se tak stává nepostradatelnou součástí vzdělávání v oboru porodní asistence a přispívá k celkové připravenosti absolventek na výkon povolání (Labrague, et al., 2019). Cílem tohoto článku je představit možnosti využití porodnického simulátoru ve výuce, zhodnotit jeho přínosy pro studentky a poukázat na význam simulačního vzdělávání v rámci předprofesní přípravy.

VÝZNAM SIMULÁTORŮ VE VÝUCE PORODNÍ ASISTENCE

Simulace ve vzdělávání porodní asistence představuje efektivní výukovou metodu, která umožňuje rozvoj klinických dovedností v prostředí, ve kterém nedochází k ohrožení skutečných pacientek. Simulační výuka je založena na principech tzv. experienciálního učení, kdy se student učí prostřednictvím aktivní účasti, řešení problémů a následné zpětné vazby. Tento přístup se ukazuje jako velmi účinný právě ve výuce porodní asistence, kde může studentka zažít a zvládnout situace, které by v reálném prostředí mohly nastat zřídka, avšak vyžadují rychlou a přesnou reakci (Elendu et al., 2024). Zároveň simulace poskytuje prostor pro tzv. debriefing – řízenou reflexi proběhlé situace, která je klíčová pro pochopení chyb, upevnění znalostí a rozvoj profesionálního přístupu. Debriefing je považován za jeden z nejdůležitějších prvků celého simulačního procesu (Fegran et al., 2023). Díky simulacím mohou studentky rozvíjet nejen technické dovednosti, ale i schopnosti rozhodování, komunikace a týmové spolupráce.

Porodnické simulátory se liší svou úrovní věrnosti. Pro výuku lze využívat simulátory, které umožňují nácvik jednotlivých technik, jako je vaginální vyšetření nebo nácvik nástřihu hráze, lze ale také využívat vysoce realistické simulátory, které dokáží velice věrně napodobit celý porodní proces včetně fyziologických i patologických stavů (Masoth et al., 2019). Mezi takovými komplexními porodnickými simulátory patří právě simulátor Lucina, který umožňuje nastavení různých scénářů, jako jsou předčasný porod, eklampsie nebo nepostupující porod. Nedávné studie potvrzují efektivitu simulačního vzdělávání v oblasti porodnictví. Například výzkum od Zou (2023) ukázal, že simulační trénink významně zlepšuje kompetence studentek porodní asistence při zvládnání porodnických akutních

stavů, jako je poporodní krvácení či dystokie ramen. Dále bylo touto studií potvrzeno, že simulační výuka zvyšuje schopnost týmové spolupráce mezi porodními asistentkami, což je klíčové pro efektivní zvládnání porodnických nouzových situací. Kromě zlepšení praktických dovedností má simulační výuka pozitivní dopad i na sebedůvěru studentek. Pajohidekova studie z roku 2023 prokázala, že studentky, které absolvovaly simulační trénink, vykazovaly vyšší míru sebedůvěry při poskytování péče během porodu ve srovnání s těmi, které prošly tradiční výukou. Na základě těchto poznatků je zřejmé, že simulační výuka představuje efektivní nástroj pro přípravu porodních asistentek na klinickou praxi a měla by být pevnou součástí studijního plánu.

CHARAKTERISTIKA PORODNICKÉHO SIMULÁTORU LUCINA

Vrámci simulační výuky v porodní asistenci lze využít vysoce realistický porodnický simulátor Lucina od společnosti CAE Healthcare. Tento simulátor je navržen tak, aby co nejdříve napodobil proces spontánního i komplikovaného porodu, včetně možných patologických stavů, a umožnil studentkám získat praktické zkušenosti v bezpečném a kontrolovaném prostředí. Simulátor Lucina disponuje detailní anatomickou reprodukcí ženského těla včetně realistického porodního kanálu, který umožňuje věrný nácvik vaginálního vyšetření, sestupu a rotace plodu během porodu. Porodní simulátor zahrnuje integrovaný fyziologický model matky a plodu, reagující automaticky na prováděné porodnické manévry a zásahy.

Mezi hlavní funkce simulátoru Lucina patří simulace různých porodních situací, jako je fyziologický vaginální porod, dystokie ramen, porod koncem pánevním, prolaps pupečníku, eklampsie a poporodní hemoragie. Lze také provádět nácvik císařského řezu a dalších chirurgických zásahů. Simulátor lze také snadno proměnit v netěhotnou pacientku, na které je možné nacvičovat naléhavé situace, které s těhotenstvím a porodem přímo nesouvisí.

Ke kompletnímu vybavení simulátoru tedy patří patientská figurína s délkou 175 cm a hmotností 50 kg. Figurína je funkční v poloze na zádech i v poloze koleno-loketní za pomoci speciálního závěsného systému. Součástí je dále realistický plod o délce 48 cm a hmotností 2,5 kg, s pohyblivými klouby, odpovídající 50. percentilu velikosti novorozence podle růstových tabulek WHO (World Health Organization). U tohoto modelu novorozence lze také po porodu nacvičovat základní postupy resuscitace novorozence. K monitoraci vitálních funkcí simulátoru je k dispozici patientský monitor se záznamem např. EKG (elektrokardiografie), tepové frekvence, krevního tlaku či saturace kyslíkem. Pro instruktora, řídícího probíhající simulaci, je k dispozici tablet, pomocí kterého lze nastavovat a měnit porodní či neporodní scénáře, kdy je k dispozici automaticky 10 přednastavených klinických scénářů pro nácvik běžných i akutních situací. Instruktor si však může měnit a přidávat své vlastní scénáře. Pro řízení simulační výuky je využíván CAE Maestro software, který umožňuje bezdrátové ovládání simulátoru, sledování zásahů studentek a poskytování zpětné vazby. Simulátor autonomně reaguje na veškeré zásahy studentek či instruktora fyziologickými reakcemi, vše je možné doprovázet interaktivní

hlasovou komunikací, simulátor také sám reaguje dotazy, či zvukovými projevy bolesti. Lucina je také kompatibilní s virtuální realitou prostřednictvím rozšíření LucinaAR, což je systém, který umožňuje vizualizovat anatomické a fyziologické procesy během porodu v reálném čase pomocí HoloLens 3D technologie.

Obrázek 1: Simulátor Lucina



Zdroj: vlastní, simulační centrum VŠPJ – porodní sál

Simulátor Lucina nabízí několik možností nácviku. Jednak obsahuje tzv. modul netěhotné pacientky, dále modul pro nácvik předporodního vyšetření, modul pro nácvik porodu a nácvik poporodní péče včetně řešení poporodního krvácení.

Díky speciálnímu modulu netěhotné pacientky má Lucina velice široké využití. V rámci urgentní péče nabízí simulátor nácvik resuscitace dospělé ženy (monitor zaznamenává hloubku i rychlost kompresí, figurína klade realistický hrudní odpor, lze využít defibrilátor). Možná je orální a nazální intubace, zavedení laryngeální masky nebo tracheostomie, ventilace ambuvakem nebo pomocí přístrojové techniky, možné je nastavení bronchospasmu, aspirace či dušení. Simulátor lze nastavit za účelem řešení hypovolemického, septického či kardiogenního šoku. Je možné simulovat např. fibrilace síní, komorovou tachykardii, infarkt myokardu. Lze také simulovat poranění hrudníku, břicha či zlomenin, stavy po epileptickém záchvatu, cévní mozkovou příhodu. V rámci běžné klinické praxe je možné provádět na simulátoru vyšetření pacienta (např. palpaci pulsu, auskultaci srdce a plic, měření tlaku, reakce zornic), nácvik odběru biologického materiálu (krev, moč), podávání injekcí (intravenózně, intramuskulárně, subkutánně). Lze provádět nácvik péče o žilní vstupy, močové katétry a další ošetrovatelské postupy.

Obrázek 2: Modul netěhotné pacientky



Zdroj: vlastní, simulační centrum VŠPJ – porodní sál

Modul předporodního vyšetření na simulátoru Lucina umožňuje bezpečné a realistické procvičování všech klíčových dovedností, které porodní asistentka potřebuje pro posouzení stavu těhotné ženy před začátkem porodu. Díky široké variabilitě scénářů lze procvičovat fyziologické nálezy, ale také patologické situace vyžadující rychlou reakci. Mezi možnosti předporodního vyšetření, které simulátor Lucina nabízí, patří nácvik správné techniky Leopoldových hmatů (zevního vyšetření těhotenského břicha), stanovení polohy, postavení a naléhání plodu, vyšetření výšky děložního fundu. Auskultačně lze nacvičovat poslech srdečních ozev plodu pomocí stetoskopu nebo elektronického monitoringu, kdy na patientském monitoru lze sledovat fyziologickou i patologickou kardiotokeografickou křivku. Simulátor umožňuje palpačně vyšetřit děložní činnost s pravidelnými či nepravidelnými kontrakcemi. Samozřejmostí je nácvik vaginálního vyšetření, kdy lze hodnotit zralost děložního hrdla pomocí stanovení jeho dilatace a zkrácení. Palpačně lze také v porodních cestách rozlišit konkrétní naléhající část plodu (hlavička, končetiny, konec pánevní). V rámci předporodního období lze nacvičovat diagnostiku a řešení stavů, jako je předčasný odtok plodové vody, nízko nasedající placenta, suspektní intrauterinní retardace růstu plodu či podezření na preeklampsii.

Obrázek 3: Modul předporodního vyšetření



Zdroj: vlastní, simulační centrum VŠPJ – porodní sál

Simulátor Lucina v režimu, kdy model simuluje aktivní porod, nabízí při výuce studentek porodní asistence velmi široké spektrum možností využití. V rámci nácviku fyziologického vaginálního porodu lze simulovat spontánní vaginální porod s reálně postupující porodní mechanikou. Model umožňuje nácvik řízeného porodu hlavičky a ramének, ochranu hráze a správnou manipulaci během vypuzovací fáze. Po porodu je možné poté navázat ošetřením novorozence, včetně přerušení pupeční šňůry. Simulátor dokáže také zhodnotit poporodní adaptaci novorozence pomocí Apgar skóre v první a páté minutě po porodu. Mezi porodnické komplikace, které lze pomocí simulátoru nacvičovat, patří dystokie ramének s možností nácviku manévřů k řešení (např. McRobertsův manévr, suprapubická komprese), prolaps pupečníku, porod koncem pánevním, předčasné odlučování placenty.

Obrázek 4: Modul pro simulaci porodu



Zdroj: vlastní, simulační centrum VŠPJ – porodní sál

Z hlediska nácviku sledování pacientky v časném poporodním období umožňuje simulátor provádět kontrolu vitálních funkcí (měření krevního tlaku, tepu, dechové frekvence a saturace), monitorovat krevní ztráty po porodu, palpovat děložní fundus za účelem kontroly retrakce dělohy a jako prevenci děložní atonie. Mezi poporodní komplikace, jejichž simulaci model nabízí, patří atonie dělohy včetně jejího efektivního řešení, retence placentárního lůžka, kdy model umožňuje nastavit scénář, kdy se placenta po porodu úplně neuvolní. K dalším poporodním komplikacím, které lze simulovat, patří endometritida – včetně klinických příznaků jako horečka, bolest, změny vitálních funkcí, a také trombembolické příhody (např. simulace náhlé dušnosti, bolesti na hrudi v souvislosti s hlubokou žilní trombózou).

Obrázek 5: Modul pro simulaci poporodního krvácení



Zdroj: vlastní, simulační centrum VŠPJ – porodní sál

ZÁVĚR

Simulace pomocí pokročilých porodnických modelů, jako je simulátor Lucina, představuje významný přínos v moderní výuce porodních asistentek. Umožňuje studentkám bezpečně a efektivně rozvíjet odborné dovednosti v prostředí, které je realistické, ale zároveň kontrolované a bez rizika pro skutečné pacientky. Výcvik na simulátoru zahrnuje nejen nácvik fyziologického porodu, ale také řešení akutních porodnických komplikací, sledování stavu matky v poporodním období a trénink krizové komunikace a týmové spolupráce.

Díky širokému spektru výukových modulů může Lucina věrně simulovat různé klinické situace – od běžného porodního procesu až po život ohrožující stavy, jako je poporodní hemoragie nebo dystokie ramének. Tato variabilita umožňuje studentkám osvojit si nejen technické dovednosti, ale také schopnost kritického myšlení, rychlého rozhodování a efektivní komunikace s pacientkou i zdravotnickým týmem.

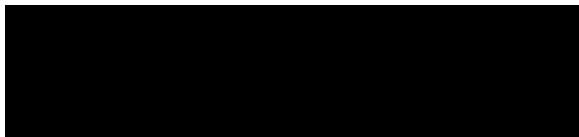
Zařazení simulace do výukových programů porodních asistentek tedy výrazně zvyšuje kvalitu odborné přípravy, posiluje sebevědomí studentek v klinických situacích a v konečném důsledku přispívá k vyšší bezpečnosti a kvalitě péče o matku a dítě.

Vzhledem k rychlému vývoji simulačních technologií a rostoucím požadavkům na bezpečnost pacientů lze očekávat, že role porodnických simulátorů, jako je Lucina, bude v přípravě budoucích porodních asistentek nadále posilovat.

POUŽITÉ ZDROJE

- [1] CAE Healthcare. 2022. *Lucina – Maternal and fetal patient simulator* Sarasota: CAE Healthcare, [online]. [cit. 2025-04-26]. Dostupné z: <https://caehealthcare.com/patient-simulation/lucina/>
- [2] ELENDU, C., AMAECHI, D. C., OKATTA, A. U., AMAECHI, E. C., ELENDU, T. C., EZEH, C. P., ELENDU, I. D. 2024. *The impact of simulation-based training in medical education: A review. Medicine* (Baltimore). Jul 5;103(27):e38813. [on-line]. [cit. 2025-04-25]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000038813>.
- [3] FEGRAN, L., TEN HAM-BALOYI, W., FOSSUM, M., HOVLAND, O. J. et al., 2023. *Simulation debriefing as part of simulation for clinical teaching and learning in nursing education: A scoping review. Nurs Open*. Mar;10(3):1217-1233. [on-line]. [cit. 2025-04-25]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1002/nop2.1426>.
- [4] LABRAGUE L. J., MCENROE-PETITTE D. M., BOWLING A. M. et al. 2019. *High-fidelity simulation and nursing students' anxiety and self-confidence: a systematic review. Nurs Forum*. 54(3): 358–368 . [on-line]. [cit. 2025-04-25]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/nuf.12337>
- [5] MASSOTH C., RÖDER H., OHLENBURG H. et al. 2019. *High-fidelity is not superior to low-fidelity simulation but leads to overconfidence in medical students. BMC Med Edu*. 19(1): 29. [on-line]. [cit. 2025-04-25]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s12909-019-1464-7>
- [6] MEDIM spol. s r.o. *Porodnický simulátor Lucina*. [online]. [cit. 2025-04-29]. Dostupné z: <https://www.medim.info/katalog/vyukove-simulatory/pacientske-simulatory/porodnicky-simulator-mfs-detail>
- [7] PAJOHIDEK, Z. S., MOHAMMADI, S., KESHMIRI, F., JAHANGIRIMEHR, A., & HONARMANDPOUR, A. 2023. *The effects of normal vaginal birth simulation training on the clinical skills of midwifery students: a quasi-experiment study. BMC Medical Education*, 23, 353. [on-line]. [cit. 2025-04-25]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s12909-023-04319-9>
- [8] ZOU, Y., ZHAI, J., WANG, X., WAN, X., WANG, X., WANG, H., ZHANG, J., GUO, J., LI, Q. 2023. *Effects of obstetric critical care simulation training on core competency and learning experience of midwives: A pilot quasi-experimental study. Nurse Educ Pract*. May;69:103612. [on-line]. [cit. 2025-04-25]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2023.103612>

SIMULATION TRAINING AS A KEY TOOL IN MIDWIFERY EDUCATION



ABSTRACT

Simulation technologies represent a significant contribution to the education of midwives. This article focuses on the use of the advanced obstetric simulator Lucina® in the training of midwifery students. The simulator enables realistic practice across a wide range of clinical situations, from physiological labor to the management of acute complications such as shoulder dystocia, postpartum hemorrhage, and breech birth. Thanks to its various training modules, students can develop not only technical skills but also crisis communication, teamwork, and the ability to make quick decisions in demanding situations. Lucina® also supports training in postpartum monitoring, including the care of the mother and the monitoring of vital signs. Integrating simulation into educational programs contributes to increasing students' self-confidence, reducing clinical errors, and improving the quality of care for mothers and newborns. The article summarizes the main areas of the simulator's use and highlights the importance of simulation-based learning as an integral part of modern midwifery education for real-world clinical practice.

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

Mgr. Marie Dočekalová
Vysoká škola Polytechnická Jihlava
Katedra zdravotnických studií
Tolstého 16
586 01 Jihlava
e-mail: marie.docekalova@vspj.cz

Mgr. Simona Hájková
Vysoká škola polytechnická Jihlava
Katedra zdravotnických studií
Tolstého 16
586 01 Jihlava
e-mail: simona.hajkova@vspj.cz

Mgr. Zuzana Kosaková
Vysoká škola Polytechnická Jihlava
Katedra zdravotnických studií
Tolstého 16
586 01 Jihlava
e-mail: zuzana.kosakova@vspj.cz

KEYWORDS:

Simulation, midwifery, obstetric simulator, clinical skills, education, childbirth, postpartum care

NOVÉ REALISTICKÉ MOŽNOSTI NA VŠPJ V PŘEDMĚTECH OŠETŘOVATELSTVÍ V NEONATOLOGII A PEDIATRII S NOVÝMI SIMULÁTORY Z POHLEDU VÝUKY

SIMONA HÁJKOVÁ
MARIE DOČEKALOVÁ
ZUZANA KOSAKOVÁ
VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ
JIHLAVA

ABSTRAKT

Vzdělávání studentů v oblasti neonatologie a pediatrie je klíčové pro zajištění nejlepší možné péče o novorozence. Moderní simulační technologie přinášejí revoluci ve výuce, přičemž simulátory Paul a Mia se staly průlomovými nástroji pro realistické tréninkové programy. Tento článek představuje nové možnosti výuky na Vysoké škole polytechnické Jihlava (VŠPJ), popisuje zásadní vlastnosti těchto simulátorů a jejich praktické využití v neonatologickém a pediatrickém vzdělávání.

KLÍČOVÁ SLOVA:

Výuka, simulační technologie, simulátory, tréninkové programy, neonatologie, pediatrie

ÚVOD

Neonatologie a pediatrie jsou dynamicky se rozvíjející obory, kde výuka a trénink hrají rozhodující roli. Tradiční metody vzdělávání studentů na základních modelech poukazují na rezervy při praktických cvičeních. Výuka ošetrovatelských postupů je základem pro získávání odborných zkušeností a praktických dovedností, ale neumožňuje vytvořit dostatečně realistickou simulaci kritických stavů. Simulátory Paul a Mia v tomto směru představují inovativní řešení pro přípravu studentů na VŠPJ. Kombinace sofistikované mechaniky, senzorové technologie a intuitivního ovládní otevírá možnosti pro výuku simulačního tréninku na dosud neznámých úrovních. Vytváří možnost připravit studenty na nácvik jednotlivých výkonů, procvičení dovedností a jejich propojení v rámci reálného scénáře. Simulace reálného scénáře připravuje studenty na situace, kdy budou při poskytování péče o předčasně narozené děti nebo dítěti v kritickém stavu vystaveni určitému tlaku, s kterým se učí pracovat. To, co si studenti procvičí v tréninkovém scénáři, mohou následně propojit i v reálné životní situaci.

CHARAKTERISTIKA SIMULÁTORU PAUL

Paul je nejmenší patientský simulátor určený pro realistické školení v neonatologii. S velikostí 35 cm a hmotností 1000 g je přesným představením dítěte narozeného předčasně v 27. týdnu těhotenství. Předčasný porod je definován jako porod před ukončením 37. týdnem těhotenství. Nezralost novorozence je dále dělena na mírnou, střední, těžkou a extrémní. Za hranici viability je považován 24. týden těhotenství (Janota, Straňák, 2023). Simulátor Paul představuje těžkou nezralost (26.-28. týden těhotenství). Kombinuje vysoce realistickou vnitřní a vnější anatomii se simulací patologií specifických pro předčasně narozené novorozence, jako je Syndrom respirační tísně (RDS), Bronchopulmonální dysplazie (BPD), Pneumotorax, Nekrotizující enterokolitida a jiné. Vysoce realistické horní cesty dýchací umožňují provádět realistický nácvik moderních metod péče v neonatologii jako jsou LISA, MIST nebo INSURE (Sim Characters, 2025).

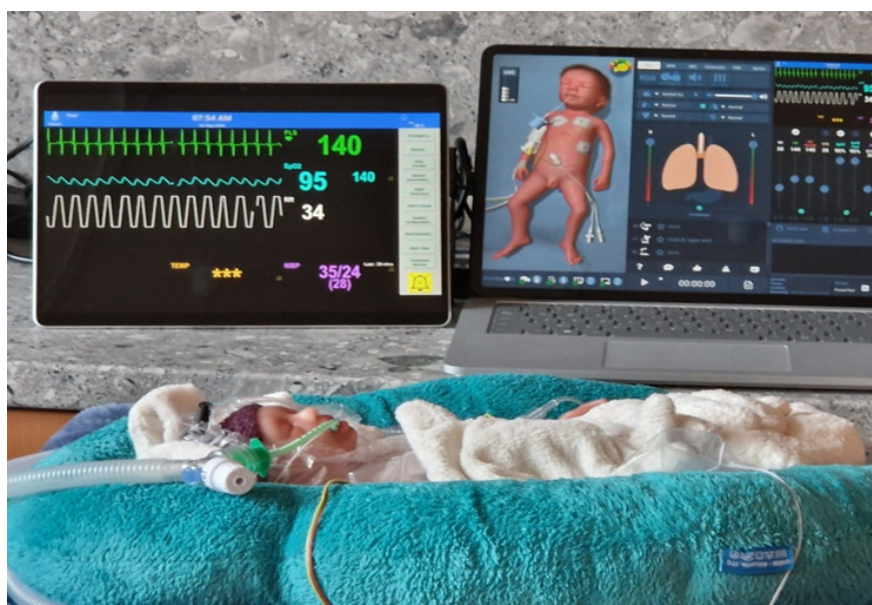
Obrázek 1: Simulátor Paul



Zdroj: vlastní - odborná učebna Katedry zdravotnických studií VŠPJ

Mezi klíčové vlastnosti Paula patří realistická fyziologie a dynamická simulace představující variabilní srdeční frekvenci, dechové pohyby a reakce na podávanou terapii. Možnost invazivních a neinvazivních zásahů jako je intubace, aplikace léků, ventilace, nácvik resuscitace. Interaktivita, kterou je propojen se softwarem pro okamžitou zpětnou vazbu a analýzu výkonu. Možnost práce se scénáři, které umožňují nastavit předdefinované, ale i vytvářet aktuální scénáře klinických situací. Nácvik tak klade vysoké nároky na odborné znalosti, přesnost a vyžaduje pokročilé dovednosti v manipulaci a rozhodování (Sim Characters, 2025).

Obrázek 2: Simulátor Paul, tablet lektora a pacientský monitor



Zdroj: vlastní - odborná učebna Katedry zdravotnických studií VŠPJ

Obrázek 3: Simulátor Paul, tablet lektora



Zdroj: vlastní - odborná učebna Katedry zdravotnických studií VŠPJ

Obrázek 4: Simulátor Paul, simulace RDS



Zdroj: vlastní - odborná učebna Katedry zdravotnických studií VŠPJ

Rozvoj neonatologie má velký progres a její kontinuální implementace do výuky je přínosem pro klinickou praxi. Všechny tyto nové terapeutické koncepty z větší části posunují neonatologii směrem k méně invazivním technikám, ale také nově vytvořeným postupům. Pomáhají optimalizovat péči o předčasně narozené děti, ale i o donošené novorozence (Hennuy, 2020). V tomto směru Paul přináší nové možnosti nejenom studentům, ale i odborníkům z praxe. Počínaje termomanagementem až po KPR. Výkyvy v oblasti termoneutrálního prostředí předčasně narozených dětí jsou spojené se zvýšenou morbiditou, ale i mortalitou (Dunne, 2024). V rámci nácviku poruchy poporodní adaptace sledujeme, zda jsou dodrženy postupy, které zabrání tepelným ztrátám. Na základě intervencí studenta se aktuální stav Paula následně upravuje v pozitivním nebo negativním směru, vytváříme tak další možné scénáře.

Obrázek 5: Simulátor Paul, nácvik intubace a kanylace pupeční cévy



Zdroj: vlastní - odborná učebna Katedry zdravotnických studií VŠPJ

CHARAKTERISTIKA SIMULÁTORU MIA

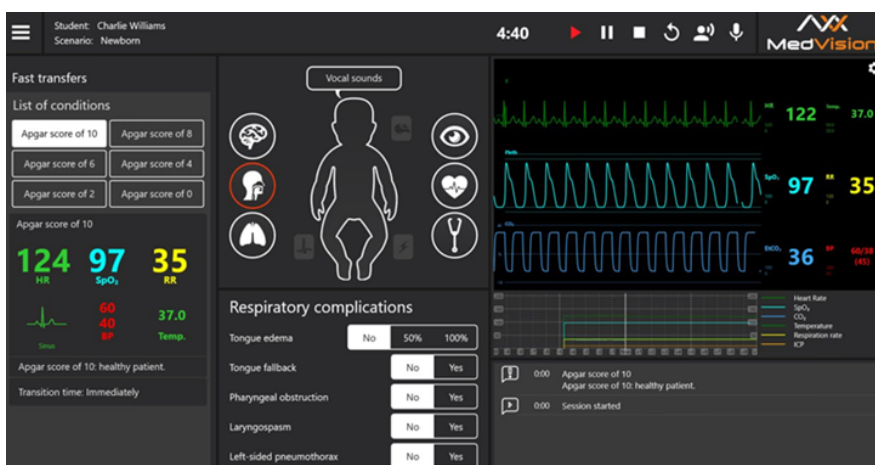
Simulátor MIA představuje novorozence ve věku 28 dní, s délkou 55 cm a hmotností 4000 gramů je jeden z nejmodernějších simulátorů pro novorozence. Model je navržený tak, aby po anatomické i fyziologické stránce odpovídal neonatologickým parametrům. Tak, aby dokázal od základního hodnocení až po dovednosti kritického myšlení v život ohrožujících situacích realizovat praktický nácvik přenositelný do klinické praxe. Benefitem simulátoru je možnost přednastavení dvou vývojových období, novorozeneckého a kojeneckého (Baily, 2021). Simulátor byl vyvinut pro nácvik novorozenecké péče, kardiopulmonální resuscitace (KPR), intenzivní péče a neonatální terapie. Mezi vlastnosti využívané při výuce patří simulace běžných fyziologických funkcí, jako je pravidelné dýchání, srdeční akce, reakce na vnější podněty. Simulátor Mia dokáže vytvořit proměnlivou aktivitu jako je edém jazyka, laryngospasmus a příznaky v oblasti fontanely (fyziologická, vyklenutá, propadlá. Díky přesné zpětné vazbě kompletních poslechových fenoménů je možné hodnocení nastaveného Apgar skóre, modelování a reálný nácvik standardních i krizových situací (Fayyaz,2023). Neméně důležitý je i nácvik ošetrovatelských dovedností jako je koupání, přebalování, měření vitálních funkcí, a především práce se scénáři.

Obrázek 6: Simulátor Mia



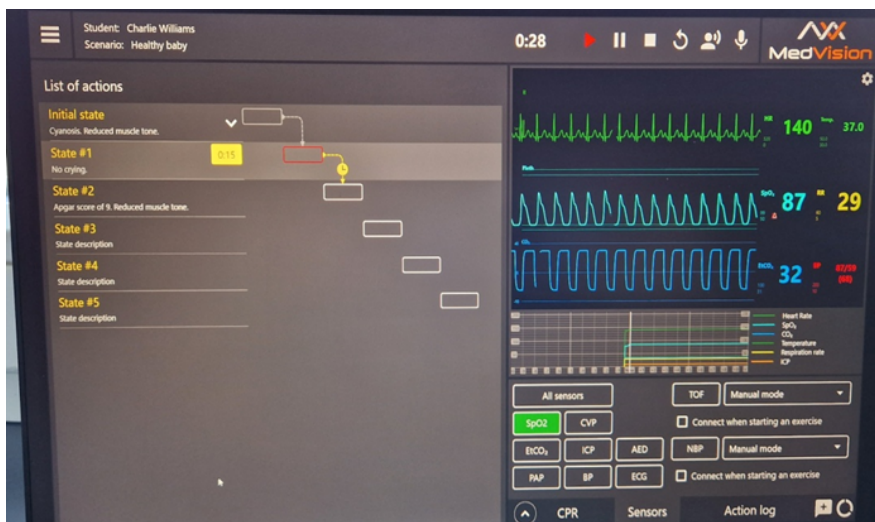
Zdroj: vlastní - odborná učebna Katedry zdravotnických studií VŠPJ

Obrázek 7: Mia, tablet lektora



Zdroj: <https://medvisionsim.com/mia>

Obrázek 8: Tablet lektora, předefinovaný scénář

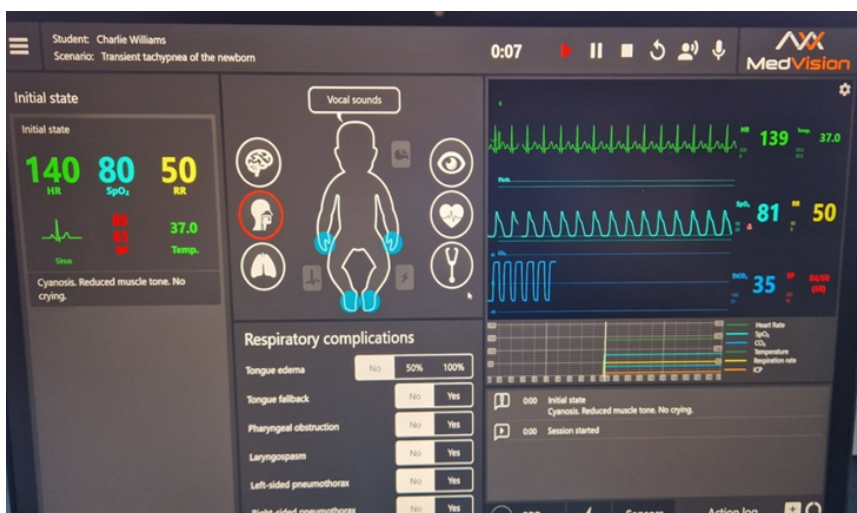


Zdroj: vlastní - odborná učebna Katedry zdravotnických studií VŠPJ

Simulátor Mia disponuje širokou škálou realistických funkcí, mezi které patří dynamické fyziologické projevy, jako je cyanóza, žloutenka, bledost a zarudnutí. Hlasové zvuky a imitace křečí. Možnost nácviku orotracheální a nasotracheální intubace. Ventilace vakem s automatickým záznamem dechového objemu. Monitorace polohy hlavy, intubace a dechových parametrů. Použití reálného EKG. KPR analýza, která umožňuje analyzovat hloubku a rychlost komprese hrudníku, délku pauzy. Hmatný puls (radiální, brachiální, femorální, pupeční, fontanela) s detekcí a záznamem. Nácvik měření krevního tlaku s reálnou manžetou a připojení senzoru SpO₂. Zavedení žilních vstupů, intraoseální přístup tibiální (levá/pravá noha), katetrizaci pupeční cévy a katetrizaci močového měchýře. Programovatelná je i fontanela dle zadaného scénáře.

Bezdrátový design Mii a výdrž baterie až 7 hodin umožňuje simulační nácvik v jakékoliv části simulačního centra i mimo něj (Maverick Simulation Solution,2024).

Obrázek 9: Tablet lektora, tachypnoe u novorozence



Zdroj: vlastní - odborná učebna Katedry zdravotnických studií VŠPJ

VYUŽITÍ SIMULÁTORŮ VE VÝUCE

Simulátory Paul a Mia umožňují realistické vzdělávání v různých aspektech neonatologické a pediatrické péče. Výuku postupů podle NRP (Neonatal Resuscitation Program), trénink neinvazivní i invazivní ventilace, simulace krizových situací, jako je sepse, syndrom dechové tísně, pneumotorax. Správná manipulace s novorozencem, polohování, výživa. Studenti si osvojují dovednosti v realistických podmínkách s možností opakování a zdokonalování postupů. Simulace běžných i akutních neonatologických stavů. Nastavený scénář nepřipravuje studenty pouze na zvládnutí správných postupů, dodržování algoritmů, ale učí je i v rámci daného scénáře spolupracovat a odolávat často enormnímu psychickému náporu (Fendrychová, Klimovič, 2018). Spolupráce mezi členy týmu a interakce s rodiči při péči o kriticky nemocného novorozence je zásadní. I z tohoto důvodu je důležité klást důraz na jasnou a efektivní komunikaci a týmovou spolupráci v průběhu simulace (Carn-Bennetová, 2022). Zkušenosti z výuky ukazují na fakt, že i studenti s výbornými teoretickými znalostmi, kteří jsou při první simulaci vystaveni určitému napětí a stresu, chybují už v rámci analýzy situace, volí postupy, které v dané chvíli ještě nejsou žádoucí. Příkladem simulace je například výběr scénáře z kolonky Témata. Výběr umožní nastavení již konkrétního scénáře Apgar skóre s odpovídajícím stavem novorozence danému hodnocení (0 do 10 bodů). Student tak přichází k ošetření novorozence, nezná nastavenou hodnotu Apgar skóre, sleduje projevy novorozence, hodnotí poporodní adaptaci a reaguje na základě svých znalostí a dovedností. Lektor podle postupů a zvolených intervencí studenta, stav novorozence upravuje daným směrem. Nespornou výhodou každého nácviku je debriefing. K dispozici je analýza výkonu a zpětná vazba k optimalizaci postupů. Přináší posun v rámci dalších nácviků, jak v algoritmech, spolupráci, komunikaci i větší jistotě studentů. Výhodou simulačního tréninku na simulátoru Paul a Mia je několik významných benefitů, mezi které řadíme bezpečnost pacientů, studenti si procvičí postupy bez rizika pro živé pacienty. Podporu učení z chyb, možnost zpětně analyzovat rozhodnutí a zlepšit výkon. Zvyšuje důvěru a kompetence zdravotníků, u studentů je lepší připravenost na reálné situace. Umožňuje přímou zpětnou vazbu tím, že zaznamená sled výkonů a poskytne tak jejich následné vyhodnocení. Poskytuje realistickou zkušenost, simuluje stresové situace a nutí studenty rychle a přesně rozhodovat. Podporuje kontinuální vzdělávání, a tak umožňuje pravidelné opakování a zdokonalování odborných dovedností.

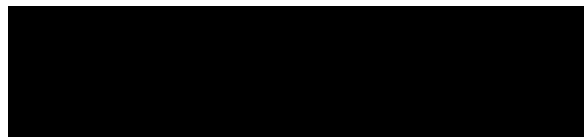
ZÁVĚR

Simulátory Paul a Mia představují velký krok v neonatologickém a pediatrickém vzdělávání na VŠPJ, poskytují realistickou a efektivní formu tréninku. Implementace do výuky oborů porodní asistence a všeobecného ošetřovatelství může vést k lepší péči o nejzranitelnější pacienty a ke zvýšení kvality poskytované zdravotní péče. Díky důrazu na odbornou přesnost, manipulaci s nezralým novorozencem a využití nejmodernějšího přístrojového vybavení připravuje tento simulační program budoucí studenty na výzvy klinické praxe.

POUŽITÉ ZDROJE

- [1] DUNNE E. A., O'DONNELL C. P. F., NAKSTAD B., MCCARTHY L. K. 2024. *Thermoregulation in Very Premature Babies in the Delivery Room: A Narrative Review* *Pediatr Res.* 2024, 95(6):1448-1454. DOI: 10.1038/s41390-023-02902-w. EPUB 2024 leden 22. PMID: 38253875; PMCID: PMC11126394
- [2] FAYYAZ, J. *Virtual simulation curriculum to improve resuscitation care for newborns.* [on-line]. [cit. 2023-10-18]. Dostupné z: [Virtual Simulation Curriculum to Enhance Neonatal Resuscitation Care | HealthySimulation.com](https://www.healthysimulation.com)
- [3] FENDRYCHOVÁ, J., KLIMOVIČ, M. a kol. 2018. *Péče o kriticky nemocné dítě. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-592-1*
- [4] HENNUY N., LEFEBVRE C., DE HALLEUX V., SNYERS D., TRIBOLET S., VIELLEVOYE R., RIGO V. *Actualités thérapeutiques en néonatalogie [Terapeutické pokroky v neonatologii].* *Rev Med Lutych.* 2020 květen; 75(5-6):415-419. PMID: 32496690
- [5] JANOTA, J., STRAŇÁK, Z. 2023. *Neonatalogie, 3. vydání, Praha: EEZY Publishing, s.r.o. ISBN978-80-88506-07-02.*
- [6] SIM CHARACTERS. 2025. *High Emotion Simulation Manual - Paul 2,0.* [on-line]. Dostupné z: <https://simcharacters.com/en/manuals/>
- [7] CARN-BENNETTOVÁ, E. 2022. *Why specialized pediatric simulation programs are so important.* [on-line]. [cit. 2025-03-27]. Dostupné z: <https://www.healthysimulation.com/specialized-pediatric-simulation-training/>
- [8] BAILY L. 2021. *Mia Infant Simulator helps save children's lives.* [on-line]. [cit. 2021-05-21]. Dostupné z: [MedVision Mia Infant Simulator Helps Save Pediatric Lives | HealthySimulation.com](https://www.healthysimulation.com)
- [9] MAVERIK SIMULATION SOLUTION, 2025. *Mia - Hi Fidelity Trainer for Acute Neonatal Emergencies.* [on-line]. [cit. 2025-04-02]. Dostupné z: [Mia- Simulátor novorozeneckého pacienta – Maverick Simulation Solution](https://www.healthysimulation.com)

NEW REALISTIC POSSIBILITIES AT VŠPJ IN THE SUBJECTS OF NURSING IN NEONATOLOGY AND PEDIATRICS WITH NEW SIMULATORS FROM THE POINT OF VIEW OF TEACHING



ABSTRACT

The education of students in the field of neonatology and pediatrics is crucial to ensuring the best possible care for newborns. Modern simulation technologies are revolutionizing teaching, with the Paul and Mia simulators becoming breakthrough tools for realistic training programs. This article presents new teaching options at the Jihlava Polytechnic University (VŠPJ), describes the essential features of these simulators and their practical use in neonatology and pediatric education.

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

Mgr. Simona Hájková
Vysoká škola polytechnická Jihlava
Katedra zdravotnických studií
Tolstého 16
586 01 Jihlava
e-mail: simona.hajkova@vspj.cz

Mgr. Marie Dočekalová
Vysoká škola Polytechnická Jihlava
Katedra zdravotnických studií
Tolstého 16
586 01 Jihlava
e-mail: marie.docekalova@vspj.cz

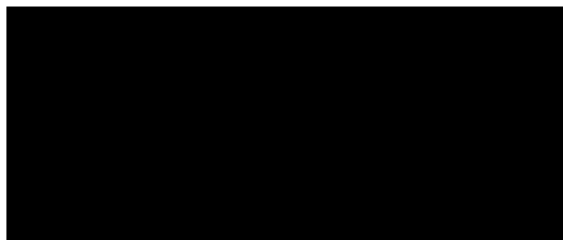
Mgr. Zuzana Kosaková
Vysoká škola Polytechnická Jihlava
Katedra zdravotnických studií
Tolstého 16
586 01 Jihlava
e-mail: zuzana.kosakova@vspj.cz

KEYWORDS:

Teaching, simulation technologies,
simulators, training programs,
neonatology, pediatrics

MODERNÍ ALTERNATIVNÍ METODY VYUŽÍVANÉ V PORODNICTVÍ

JAROSLAVA VAŇKOVÁ
VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ
JIHLAVA



ABSTRAKT

Porodnictví je obor, který se neustále vyvíjí a v posledních letech se vyznačuje nejen pokrokem v tradičním lékařském přístupu, ale i rostoucím zájmem o alternativní metody, které si získávají pozornost zejména mezi těhotnými ženami, které hledají přirozenější přístup k porodu. Alternativní metody se zaměřují na zajištění pohodlí matky, minimalizaci fyzických a psychických stresů během těhotenství a porodu a dále i zajištění co nejpřirozenějšího průběhu porodu a poporodního období. Snahou moderního porodnictví je zlepšit ženám prožitek z těhotenství i porodu a zároveň jim ulevit od bolesti. Do popředí se dostává využití netradičních metod, jako je aromaterapie, bylinná napářka a tradiční mexický šátek, tzv. rebozo. Vždy záleží na ženě a jejím přání, jaké alternativní metody chce v průběhu těhotenství a porodu využít.

KLÍČOVÁ SLOVA:

Aromaterapie, bylinná napářka, rebozo

ÚVOD

Porodnictví je obor, který se zaměřuje na péči o ženu během těhotenství, porodu a v poporodním období. Tato oblast medicíny hraje klíčovou roli v zajištění zdraví nejen matky, ale i dítěte, a to jak během celého těhotenství, tak i v průběhu samotného porodu a poporodní péče (Hájek, Čech, Maršál, 2014).

Fyziologický porod je definován jako porod, který probíhá bez zásahu lékaře či porodní asistentky a není využita farmakoterapie. Porodní asistentka i lékař respektují potřeby i tempo matky a plodu a zasahují pouze v případě, že je k tomu medicínský důvod (Procházka, 2020).

Holistické vnímání porodu zdůrazňuje, že nejde jen o tělesnou událost, ale také o hlubokou duchovní a emocionální zkušenost. Porod může ženě otevřít cestu do jejích nejniternějších emocí, podpořit vnitřní uzdravení, avšak může zanechat i psychická traumata. Jedná se o somatický proces, kde důležitou roli hraje schopnost ženy naladit se na své tělo. To se v procesu porodu stává jak nástrojem, tak i citlivým průvodcem, který dává jasné signály o procesu porodu (Wilhelmová, Kašová, Sedlická, 2020).

Po roce 1989 se začal měnit přístup k porodu, když chtěly ženy mít možnost rozhodovat o sobě i svém dítěti a začala se rozvíjet oblast alternativních metod v porodnictví. Proto se postupně začalo zlepšovat porodní prostředí, které ženám zajistí klidnější a intimnější porod. Myšlenkou celého procesu je to, že v příjemném prostředí, kde se žena cítí dobře se snadněji vylučují hormony, které stimulují celý porodní proces. Díky tomu se žena dokáže při porodu lépe uvolnit a prožít svůj porod bez použití léků (Balaskas, 2012; Roztočil, 2008).

V následujících kapitolách bude podrobně popsána aromaterapie, bylinná napáčka a rebozo.

AROMATERAPIE

Obor, který využívá účinky rostlinných a éterických olejů k péči o psychický i fyzický stav se nazývá aromaterapie. Každý éterický olej lze označit jako složitou biochemickou sloučeninu, která působí na živé organismy. Vůně působí na lidský organismus, dokáže ovlivnit náladu, působí proti stresu, evokuje emoce a je schopna spouštět ozdravné procesy v těle. V souvislosti s aromaterapií mluvíme i o čichové paměti, díky které si pomocí určité vůně dokážeme vybavit životní období či zážitky (Hendrych Lorenzová 2021; Krejčí, 2022).

Aromaterapie využívá čisté esenciální nebo éterické oleje, které jsou extrahované z aromatických rostlinných zdrojů, z květů, listů, dřeva kůry i z jiných částí rostlin. Při inhalaci těchto látek dochází ke stimulaci nervových buněk a zároveň dochází i k vysílání signálů do limbického systému. Tento systém je označován za emocionální centrum

mozku, které ovlivňuje naši náladu, paměť a instinkty. V současné době se v aromaterapii užívá přibližně 300 éterických olejů. K významným aspektům používání těchto olejů patří skutečnost, že dokážou velmi účinně vstoupit do lidského těla, stejně tak jej opustit a nezanechají po sobě žádné toxiny. Aromaterapie je metoda, která je založena na holistickém přístupu, kdy pohlíží na člověka jako na celek a nezaměřuje se pouze jen na jeho problém. Z tohoto faktu vyplývá, že u dvou různých lidí s totožným problémem může být výběr vhodného éterického oleje jiný (Procházka, 2020).

Při parovodní destilaci éterických olejů vznikají hydroláty, které neobsahují žádné příměsi a jsou označovány jako květové vody. Hydroláty nedráždí pokožku, mají jemný účinek, pomáhají proti zánětům a jsou příjemně osvěžující. Díky tomu, že neobsahují alkohol a mají téměř neutrální pH, jsou vhodné na ošetření sliznic i otevřených ran. Květové vody jsou vhodné jako doplněk k aromarecepturám a mohou se používat ve formě spreje na pokožku, sliznici, rány, intimní oblast či na zvlhčení obkladů (Stadelmann, 2022).

Pokud chceme aromaterapii bezpečně používat, je nutné dodržovat doporučené dávkování a kontraindikace. Při překročení doporučené dávky se mohou projevit nežádoucí účinky. Éterické oleje aplikujeme inhalací, prostřednictvím difuzérů a aromalampy. Éterické oleje je možné nakapat na sůl, porézní keramiku, či využít inhalační tyčinky. Další možností použití je perkutánní aplikace na pokožku prostřednictvím masáže či koupele. Opět je nutné respektovat vhodnou koncentraci a využít vhodný nosný olej (Krejčí, 2022).

Éterický olej je nutno naředit v rostlinném oleji. Mezi vhodné nosné oleje patří mandlový, meruňkový, jojobový, šípkový, dýňový, dále olej z pšeničných klíčků a lískový olej. Při ředění přidáváme po kapkách éterický olej do 100 ml rostlinného oleje. V případě jednoprocenního ředění přidáme 20 kapek éterického oleje. Při dvouprocenním ředění se přidává 40 kapek éterického oleje. Pokud přidáme 60 kapek, získáme tříprocenní ředění. Při aplikaci aromaterapie pomocí inhalace dáváme do aromalampy 5-10 kapek éterického oleje, vždy s ohledem na velikost místnosti (viz. obr. č. 1). Pokud bychom vdechovali éterický olej z horké vody, tak na 500 ml vody dáváme 1-3 kapky éterického oleje. V případě přípravy vonného rozprašovače smícháme 10-15 kapek éterického oleje a 50 ml vody. Při perkutánní aplikaci vytvoříme masážní olej ze základního rostlinného oleje, do kterého přidáme éterický olej v 0,5 – 3% ředění. Pokud chceme připravit aromaterapeutickou koupel, vmícháme 3-10 kapek éterického oleje do nosiče a následně přidáme do koupele. Vhodným nosičem může být mléko, med či hydrofilní olej (Krejčí, 2022; Procházka, 2020).

Obrázek 1: Pomůcky k aromaterapii



Zdroj: vlastní

AROMATERAPIE V TĚHOTENSTVÍ

Aromaterapie je metoda, která se snaží ženě přinést komfort, podporu a pocit individuální péče. Zároveň nabízí i možnost úlevy od negativních fyzických a emocionálních obtíží spojených s těhotenstvím (Procházka, 2020).

Každá žena vnímá vonné esence individuálně a v období těhotenství může mít i více citlivý čich. Vůně, které jí byly dříve příjemné mohou v těhotenství vyvolat nevolnost. Proto je vhodné začínat s jednou kapkou vonného oleje do nosného roztoku a dále dle tolerance zvyšovat. V období těhotenství se velmi často využívá aromaterapie pomocí masáží, které provádí sama žena či partner. Obvyklým místem aplikace je břicho, chodidla, oblast kotníků či bederní páteř (Hendrych Lorenzová, 2021; Streed, 2024).

V prvním trimestru těhotenství není doporučeno používat éterické oleje, protože účinkují podobně jako hormony a při užití vyšší koncentrace mohou ohrozit průběh těhotenství a případně vyvolat i předčasný porod. Pokud je éterický olej kontraindikován, nedoporučuje se jeho využití v dané situaci ani v doporučeném dávkování (Krejčí 2022; Procházka 2020). Krejčí (2022) uvádí ve své knize éterické oleje, které nejsou vhodné k používání během těhotenství. Patří sem anýz, bazalka, fenykl, hřebíček, jalovec, jasmín, kafr, máta, muškátový oříšek a myrta. Mezi další nevhodné oleje řadí oregano, pimentovník, rozmarýn, řebříček, saturejku, skořici, šalvěj, túji, vavřín a yzop.

Při užití vhodné koncentrace je ve druhém a třetím trimestru aromaterapie vhodnou a příjemnou metodou relaxace pro těhotné ženy. Při ranních nevolnostech lze využít

eukalyptus, tea tree, vavřík pravý, ravenaru či mátu kadeřavou. Doporučuje se třikrát vdechnout vůni z kapesníku s dvěma kapkami jednoho z uvedených olejů. Za osvědčenou metodu při nevolnostech se považuje i přivonění k lahvičce s mandarinkou, bergamotem, citronem, grepfruitem, mátou peprou či neroli. Případně je možné užít i hydrolát v rozprašovači, kdy je vhodná směs lavandinu, cypřiše, a eukalyptu. Pokud má žena pocity na omdlení, je vhodné využití levandule, citronu či bergamotu, kdy se doporučuje nakapat 2-3 kapky na kapesník a třikrát vdechnout. Je možné opět využít i hydrolát s příměsí cypřiše, neroli a heřmánku (Procházka, 2020).

Na vliv citrónové inhalační aromaterapie na nevolnost a zvracení během těhotenství se zaměřila klinická randomizovaná studie provedená v Íránu. Studie se zúčastnilo 100 žen s mírnou až středně těžkou nevolností v 6. až 16. týdnu fyziologického těhotenství. Ze závěrů studie vyplývá, že citrónová vůně může být účinná při snižování nevolnosti a zvracení během těhotenství (Safajou et al., 2014).

Častým průvodním jevem v těhotenství je zácpa. Kromě úpravy stravy a pitného režimu je možno v rámci aromaterapie ženě doporučit masáž břicha fenyklovo-kmínovým olejem či heřmánkovo-fenyklovým olejem, který přináší úlevu od potíží. V případě pálení žáhy je možno inhalovat citron z kapesníčku či aromalampy nebo využít masážní směs z éterických olejů eukalyptu, bergamotu, máty kadeřavé a meduňky lékařské. Má-li těhotná žena potíže s vysokým krevním tlakem, je vhodné využít aromaterapeutickou masáž se směsí levandule, ylang ylangu, citronu, levandule, meduňky a neroli. Směs se naředí pomocí základního oleje a nanáší se jemnou masáží na šíji a končetiny. Při vzniku hemeroidů a křečových žil je možno ulevit směsí z cypřiše a gerania, což se projeví stahujícími účinky na cévní soustavu a povzbuzením krevního oběhu. Zcela normálním jevem v těhotenství je napětí v prsou a citlivé bradavky, což je podmíněno hormonálně. V tomto případě je vhodná pravidelná masáž prsů směsí oleje z levandule a neroli. Velmi důležitou součástí přípravy na porod je péče o hráz. Masáž hráze se doporučuje od 35. týdne těhotenství pomocí oleje z pšeničných klíčků či pupalkového oleje, ke kterým se přidává levandule, šalvěj a růže. Tato masáž zvyšuje elasticitu hráze a výrazně snižuje riziko epiziotomie a dalších poranění v oblasti hráze (Procházka, 2020; Stadelmann, 2022).

V období těhotenství se velmi často využívá aromaterapeutická masáž. Porodní asistentka je v úzkém tělesném kontaktu se ženou, její ruce přenáší energii a jsou i nástrojem komunikace. Masážní směs může obsahovat jeden či více éterických olejů a vůně musí být pro ženu příjemná. Žena musí být při masáži v příjemné uvolněné poloze, kdy je možno masírovat podbřišek, celé břicho, záda, oblast kříže, hrudník, obličej a celé horní i dolní končetiny. Vždy je nutné vzít v potaz pocity ženy, kde jsou jí doteky příjemné. Při masáži se používají jemné a citlivé tahy a je nutné sledovat, jak na masáž reaguje žena i dítě. Další metody aromaterapie, které se využívají u žen v těhotenství jsou inhalace, odpařování, koupel a obklad (Procházka, 2020).

AROMATERAPIE BĚHEM PORODU

Během porodu napomáhají éterické oleje správnému dýchání, posilují pocit pohodlí a uvolnění. Díky tomu se žena cítí silnější, více si důvěřuje, čímž je možné vyhnout se negativním dopadům mnoha léků. Olfaktorický smysl funguje velmi rychle, proto se aromaterapie pro zvládnání bolestí využívá především v první době porodní. Doporučuje se vzít si k porodu oblíbenou vůni do aromalampy, což ženě dodá pocit jistoty a bezpečí. Je možno využít i aromatickou vonnou koupel přidáním éterického oleje levandule či růžového dřeva. Osvědčenou metodou je aromaterapeutická masáž různých částí těla, nejčastěji podbřišku a zad dle preference rodičky. Masáž může provádět porodní asistentka, partner, či jiný doprovod rodičky. Masážní směs se skládá ze šípkového oleje, růže, šalvěje, gerania, levandule a růžového dřeva (Procházka, 2020).

Stadelmann (2022) uvádí, že aromaterapie při porodu přináší uvolnění mezi porodními stahy, podporuje produkci vlastních hormonů a neurotransmiterů regulujících bolest. Doporučuje užívat éterické oleje v nízké koncentraci, aby dítě v okamžiku porodu mohlo vnímat matku a její tělesný pach.

Během druhé doby porodní se obvykle éterické oleje nepoužívají. Pokud však druhá doba porodní nemá rychlý průběh, užívá se aromaterapie, která pomáhá s uvolněním ženy, snižuje napětí a strach. Vhodné je užití květových vod, které se aplikují přímo na obličej, nebo formou obkladu k celkovému osvěžení rodičky. Pokud jsou v druhé době porodní slabé kontrakce, je možné stimulační aromaterapeutickou masáží podbřišku a dolní části zad kontrakce zesílit. Ve třetí době porodní je možné formou masáže či přiložením teplého obkladu podpořit odloučení placenty. Mezi vhodné éterické oleje patří cypřiš, heřmánek římský, jasmín, levandule, šalvěj muškátová a ylang-ylang (Procházka, 2020).

Vliv aromaterapie na porodní bolest potvrzuje i metaanalýza randomizovaných studií zaměřená na účinnost aromaterapie při porodní bolesti a zkrácení doby trvání porodu. Do metaanalýzy bylo zařazeno celkem 17 studií zaměřených na nízkorizikové rodící ženy. Závěry metaanalýzy ukázaly, že aromaterapie je účinná na snížení bolesti při porodu, snižuje délku porodu a pro matku je bezpečná (Chen et al., 2019).

Další výzkum zaměřený na vliv aromaterapie na bolest během první doby porodní byl proveden v Turecku za účasti šedesáti těhotných žen. Výsledky výzkumu potvrzují, že aromaterapie snižuje vnímání bolesti a zvyšuje úroveň pohodlí a spokojenosti během první doby porodní (Cenkci, Nazik, 2017).

AROMATERAPIE PO PORODU

Po porodu se v blízkosti matky nachází novorozenec, který má obzvláště citlivý čich, proto je vhodné užívat nižší koncentrace éterických olejů. Pokud je užitá aromalampa či difuzér, neměl by být novorozenec ve stejné místnosti, aby nebyl vystaven velké vonné zátěži. Aromaterapeutické směsi obsahující mátu a citron silně povzbuzují psychiku, což

by mohlo mít vliv i na dítě, které by se pak nemohlo zklidnit. Kafrové oleje, kam lze zařadit mátu, šalvěj, rozmarýn a eukalyptus není vhodné užívat v oblasti nosu, což by u miminek mohlo způsobit syndrom dechové tísně (Stadelmann, 2022).

V šestinedělí je možno aromaterapii využívat především lokálně ve formě gelů a masť, které přispívají k regeneraci poraněných tkání a k masáži podbřišku při involučních bolestech způsobených zavinováním dělohy. Do koupelí po porodu jsou vhodné oleje z gerania, růže, jasmínu, levandule, citrusů, pačuly a měsíčku. K urychlení regenerace hráze po nástřihu se používá levandulová koupel, která působí antisepticky a pomáhá při hojení jizvy. Vhodný je i šípkový olej s levandulí, heřmánkem a cypřišem, který působí proti vzniku zánětu a napomáhá hojení. Ke zmírnění poporodních bolestí a urychlení zavinování dělohy lze použít olej z gerania, růžového dřeva či vavřínu. V šestinedělí je důležité pečovat i o psychiku ženy, kdy je možno užít směsi gerania, neroli, grapefruitu či jasmínu, které snižují napětí. Pokud žena kojí, neměly by se éterické oleje používat na prsa, aby nepotlačily vůni mateřského mléka. Pouze v případě, že se objeví drobná poranění na bradavce, která jsou způsobena nesprávnou technikou kojení, je vhodné je ošetřit pupalkovým olejem. Při retenci mléka se k úlevě používá směs levandule, heřmánku římského, tea tree a pupalkového oleje. Směsi, které se nanášejí na prsa, je nutné před kojením pečlivě omýt (Procházka, 2020).

BYLINNÁ NAPÁŘKA

Ženská bylinná napářka je starý rituál, který sebevědomé ženy zařazovaly do svého života, aby si dopřály čas pro sebe, propojily se se svým lůnem, prohřály a probudily svou vnitřní sílu. Dále aby se očistily se od všeho starého, udržovaly své tělo zdravé a v harmonii. Dnes se k napáře opět vracíme. Napářka může ženu provázet celým jejím životem. Je vhodné si ji dopřát i v tak krásném životním období, jako je mateřství, a to u zdravých žen od 38. týdne těhotenství (Švancerová, 2025).

Ve světě můžeme nalézt oblasti, kde je existence vaginální napářky doložena v pramenech dávné historie. Napařování se používalo v různých koutech světa s využitím lokálních přísad, což dokazuje, že napařování zdomácnělo jako vlastní originální tradice. V napáře dochází k propojení aromaterapie, fytotherapie, hydroterapie, termoterapie a patří mezi holistické procedury v péči o ženské zdraví. Teplé bylinné výpary prohřívají pohlavní orgány, podporují krevní cirkulaci v oblasti malé pánve a účinné látky z bylin se absorbují do krevního oběhu. Tyto blahodárné účinky umožňují i relaxaci ženy, která podporuje její pohodu a duševní zdraví (Valová, 2019).

Pro napářku je ideální vyčlenit si dostatek času a klidného prostředí. Vhodnější je častější aplikace kratší dobu (10-15 minut) než nepravidelně a dlouho. Pomůcky pro aplikaci napářky můžeme sehnat i v běžné domácnosti. Je třeba hrnec na přípravu bylinného odvaru, stoličku na napářku, teplou deku a teplé ponožky. Dnes již lze zakoupit i celý set na bylinnou napářku, který obsahuje přenosnou židličku s výkrojem v sedátku a bočnice, které zabraňují úniku páry (Hendrych Lorenzová, 2021) (viz obr. č. 2).

Obrázek 2: Set pro bylinnou napářku



Zdroj: vlastní

V předporodním období má bylinná napářka velký význam. Bylinky působí příznivě na vaginální sliznici, kde působí antimykoticky a antisepticky. Teplé páry z napářky uvolňují měkké části porodního kanálu a změkčují pánevní dno, čímž mohou zkrátit první i druhou dobu porodní. Vůně bylinek navozuje pocit relaxace a psychické pohody u ženy, která se připravuje na blížící porod. Mezi bylinky vhodné k napařování v předporodním období patří maliník obecný, mateřídouška obecná, levandule lékařská a měsíček lékařský (Hendrych Lorenzová, 2021).

Ingeborg Stadelmann (2009) ve své knize doporučuje od 38. týdne těhotenství jedenkrát týdně využití parní sedací koupele se sennými květy, které pomáhají změkčit a zvláčnit tkáň. Jakmile u ženy nastane termín porodu, může si parní koupel dopřát kdykoliv. Zdůrazňuje, že je to vhodné zejména u prvorodiček, které mají pevné pánevní dno a dále i u žen, které již rodily a u předchozích porodů byl nutný nástřih hráze. Opatrnost s využitím parní koupele zmiňuje u žen, které mají v oblasti vulvy křečové žíly, neboť po napaření mohou být velmi bolestivé.

Využití napáčky během porodu je vhodné k prohřátí a uvolnění porodních cest, usnadnění porodu dítěte a snížení vnímání bolesti. Důležitý je i efekt působící na uvolnění hráze, což působí jako prevence porodního poranění. Speciální směs, která je vytvořena dle receptury porodní asistentky Anny Kohutové se jmenuje Voňavý porod. Tato směs obsahuje verbenu, maliník obecný, mateřídoušku obecnou, rozmarýn lékařský a kokošku pastuší tobolku. Je možné využít i jiné bylinky, například levanduli, růži a kontryhel (Hendrych Lorenzová, 2021).

V období šestinedělí bylinná napáčka podporuje poporodní hojení, zkracuje dobu odcházení očítků, snižuje nepříjemné pocity při involuci dělohy, dodává teplo do těla ženy a pomáhá uvolnit emoční bloky. Dále působí na snížení otoku, podporuje peristaltiku střev a pomáhá stimulovat CNS. Při stimulaci centrální nervové soustavy dochází k uvolnění oxytocinu, což je hormon lásky, který má vliv na laktaci a podporuje vztah mezi matkou a dítětem. Není přesně doporučeno, kdy s napáčkou po porodu začít. Aby byla napáčka bezpečná a teplé páry nevyvolaly větší krvácení, udává se vhodné časové období pro začátek napařování na dobu, kdy přechází lochia rubra v lochia fusca. Všeobecně lze říci, že k napařování po porodu se hodí bylinky, které mají čistící a hojivé účinky, kam lze zařadit růži, kopřivu, kontryhel, maliník, arniku a další jiné. Mezi kontraindikace napáčky v poporodním období patří mdloby, nízký krevní tlak, zvýšené teploty, horečka, varikozita vulvy a císařský řez (Hendrych Lorenzová, 2021; Švancerová, 2025).

REBOZO

Rebozo je tradiční, hustě tkaný šátek, který má původ v Mexiku a dá se použít mnoha různými způsoby. Mexické ženy nosí rebozo jako ozdobný šátek, který v chladu zahřeje, poslouží jako příkrývka, avšak nejvíce se užívá při nošení miminek a starších dětí při práci či cestování. U žen v těhotenství se váže kolem beder, aby se zpevnilo rostoucí břicho a předešlo se bolesti zad. Rebozo se ovine kolem těla ženy a v úrovni pánve se pevně zaváže. Uzel se nosí na straně, aby žena při sezení necítila žádné nepohodlí. Mexické porodní báby používají rebozo k masáži těhotných žen i rodiček. Porodní bába položí ženu na podložku a provádí rebozo masáž. Při této masáži rytmicky kolébá ženiny tělem a posouvá šátek shora dolů, respektive od hlavy k patě. Masáž v oblasti malé pánve a boků bývá pro ženy velmi příjemná. Spolu s maminkou se rytmicky kolébá i miminko a předpokládá se, že si to také užívá. V Mexiku má však rebozo širší uplatnění, kdy se používá k opatrnému posunutí plodu do jiné polohy. Tuto masáž ke změně polohy však musí provádět pouze zkušená a vyškolená porodní asistentka (Keijzer, Tyul, 2019; Vrlová, 2018).

Technika rebozo se v současnosti dostává do povědomí odborné veřejnosti, avšak někteří odborníci z oboru porodnictví a fyzioterapie stále rebozo neuznávají jako funkční nástroj a vnímají jej spíše jako pomůcku škodlivou. Někteří odborníci mají názor, že jsme kultura sedavé společnosti a proto na české ženy rebozo nefunguje. Toto tvrzení vyvrací porodní asistentka Anna Kohutová, která uvádí, že některé odchylky u porodu vznikají právě

v důsledku sedavého způsobu života a právě rebozo je optimální nástroj pro odstranění odchylek a získání správné pozice dítěte pro porod. Rebozo nazývá jako prodlouženou ruku a srdce porodní asistentky a doly. Svě zkušenosti předává odborníkům na kurzech v oblasti rebozo umění (Kohutová, 2025).

Rebozo masáž se provádí v klidném prostředí, často vleže, ale je možné využít masáž i v sedě na židli, na míči, na čtyřech či ve stoji s předklonem. Rebozo by mělo být dva metry dlouhé, látka by měla být narovnaná a šířka by měla odpovídat masírované části těla. V případě potřeby je možné rebozo několikrát přeložit, nebo naopak nechat celé rozvinuté. Masírovaná žena by měla být v příjemné poloze, aby se dokázala uvolnit. Masér by měl mít rovná záda a všimnout si svého držení. Při masáži pracuje celým tělem. Pokud je masírovaná žena silnější, je vhodné masírovat ve dvojici a střídát se. Po celou dobu masáže sleduje, zda látka nedeřádí pokožku a měl by se vyvarovat prudkých a nečekaných pohybů. Délka masáže není určena předem, záleží na pocitech ženy a kondici maséra. Kontraindikací masáže je osteoporóza, která by mohla vést ke zlomenině (Keijzer, Tuyl, 2019) (viz. obr. č. 3, 4, 5).

Obrázek 3: Rebozo masáž hlavy



Zdroj: vlastní

Obrázek 4: Rebozo masáž pánve



Zdroj: vlastní

Obrázek 5: Rebozo masáž nohou



Zdroj: vlastní

Využití reboza je vhodné i pro prevenci zadního postavení plodu v závěru těhotenství. Zadní postavení plodu znamená, že hřbet plodu je převrácen směrem k hřbetu matky. Toto postavení nemusí znamenat vždy komplikaci, avšak porody mohou trvat delší dobu a hrozí riziko abnormní rotace plodu. Existuje i souvislost mezi zadním postavením plodu v závěru těhotenství a přenášením, kdy vzniká riziko indukovaného porodu. Dále se objevují výraznější bolesti v bedrech při porodu, což nese vyšší riziko užití porodní analgezie a lékařsky vedeného porodu. Pokud porod trvá delší dobu, je žena více unavená, zvyšuje se riziko krevní ztráty a může dojít k narušení bondingu s novorozencem (Hendrych Lorenzová, 2021).

Účinnost reboza při nápravě zadní pozice dítěte potvrzuje i odborný článek z prestižního časopisu, kdy na klinice v USA byly využity tři rebozo techniky u prvorodičky se zadní pozicí plodu. Po ošetření rebozem se zklidnila srdeční frekvence plodu a žena cítila výraznou úlevu od bolesti v kříži a též subjektivní úlevu mezi kontrakcemi. Následně dochází ke spontánnímu vaginálnímu porodu novorozence v přední levé pozici. Autorky článku uvádějí, že rebozo neslouží k přímému otočení plodu, ale že tato technika uvolňuje pánev v úrovni spojů, vazů a svalů, což umožňuje dokončení porodních pohybů bez omezení (Cohen, Thomas, 2015).

V průběhu porodu, kdy se žena otevírá, je možno užít rebozo na zmírnění bolesti při kontrakcích, kdy poskytuje tělu oporu v oblasti pasu a kříže, především když žena cítí bolesti v zádech a pomáhá plodu nalézt optimální úhel vstupu do porodních cest. Další funkcí rebozo techniky u porodu je uvolnění svalů kolem beder a hýždí a korekce polohy a postavení plodu při porodu. Pocit obejmutí a houpavý pocit reboza vede k pocitu bezpečí a následně k uvolnění endorfinů a oxytocinu (Hendrych Lorenzová, 2021; Kohutová, 2025).

Egyptská studie z nemocnice v Damanhour se zaměřila na vliv rebozo techniky na intenzitu bolesti a úzkosti u prvorodiček. Studie se zúčastnilo 80 žen. Výsledek studie potvrdil, že rebozo techniky jsou účinnou nefarmakologickou metodou pro zmírnění porodních bolestí a úzkosti a zlepšení zážitku z porodu u prvorodiček (Farang et al., 2024).

V šestinedělí se užívá rebozo technika k hluboké celostní masáži. V Mexiku se tento ritual nazývá zavírání kostí. Jedná se o uzavření těla ženy s podporou poporodní obnovy. Uzavírá se otevřená energie těla a pánve po porodu. Ukotvují se vzpomínky a emoce související s porodem a dochází k přerodu ženy v matku-bohyni. Tento rituál může být koncipován různě. Většinou probíhá v podvečer, po očištné relaxační koupeli s možností bylin a aromaterapie. Na masáž by měl být dostatek času a měla by se odehrávat v příjemném prostředí. Někdy je možné využít různé dekorační předměty, květiny, svíčky, občerstvení a příjemnou relaxační hudbu. Na vlastní masáž je nutné připravit rebozo šátky v oblasti ramen, pánve a stehen. Vhodné je mít ještě dva šátky na oblast rukou a kotníků. Samotná masáž představuje houpavé pohyby dané části těla v šátku s následným pomyslným stáhnutím. Rituál uzavírání kostí tedy znamená spojit se zpět

se svým tělem, uvolnit ztuhlé svalstvo, uvolnit emoce a poté vše uzavřít (Hendrych Lorenzová 2021; Keizer, Tuyl, 2019).

Dle Vrlové (2018) je v poporodním období možné pomocí reboza podpořit dělohu, svaly a vazy pánve. Uvádí, že je to vhodné pro ženy po vaginálním porodu, ale i pro ženy po císařském řezu. Rebozo doporučuje i jako vhodnou metodu na nošení dětí.

ZÁVĚR

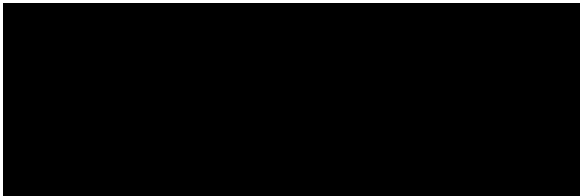
Alternativní metody jako je aromaterapie, bylinná vaginální napáčka a technika rebozo představují cenné podpůrné nástroje v péči o těhotné a rodící ženy a lze je využít i v době po porodu. Jejich uplatnění v porodnické praxi odráží snahu o humanizaci porodnictví a respektování přirozených procesů ženského těla. Aromaterapie pomáhá snižovat úzkost, podporuje relaxaci a může mít pozitivní vliv na délku porodu a potřebu analgezie. Její výhodou je jednoduchá aplikace a široká škála účinků v závislosti na zvoleném esenciálním oleji. Bylinná napáčka může sloužit jako příprava na porod a podpůrný prostředek u porodu a v období šestinedělí. Ačkoli v současné době chybí dostatek odborných studií zaměřených výhradně na účinnost bylinné napáčky, tato metoda si nachází své místo především v rámci tradičních alternativních přístupů k ženskému zdraví. Technika rebozo je bezpečná, neinvazivní metoda, která může napomoci správnému uložení plodu v děloze, dokáže zmírnit napětí v oblasti pánve, ulevit od bolesti a přispět k větší kontrole a aktivnímu zapojení rodičky do porodu. V kombinaci s podporou partnera nebo porodní asistentky mohou tyto alternativní metody navodit pocit bezpečí a posílit psychologickou stránku porodu. V současné době dochází v České republice k pozvolnému zavádění těchto metod do klinické praxe. Stále více porodnic umožňuje využití aromaterapie, rebozo techniky i bylinné napáčky jako součást porodnické péče. Tento trend odráží rostoucí zájem žen o přirozený porod, individuální přístup a smysluplnou péči založenou na důvěře a respektu.

POUŽITÉ ZDROJE

- [1] BALASKAS, J. 2012. *Jóga v těhotenství a příprava na porod*. Vyd. 1. Praha: Argo, 280 s. ISBN 978-80-257-0682-4.
- [2] CENKCI, Z., NAZIK, E. *The effect of aromatherapy on pain, comfort and satisfaction during childbirth*. [online]. [cit. 2025-04-15]. New Trends and Issues Proceedings on Humanities and social sciences, 2017, 4.2: 11-19. Dostupné z: https://www.researchgate.net/profile/Nazik-Evsen/publication/322790109_The_effect_of_aromatherapy_on_pain_comfort_and_satisfaction_during_childbirth/links/5a70214b0f7e9ba2e1c9396a/The-effect-of-aromatherapy-on-pain-comfort-and-satisfaction-during-childbirth.pdf
- [3] COHEN, S. R., THOMAS, C. R. *Rebozo technique for fetal malposition in labor*. [online]. [cit. 2025-04-15]. Journal of midwifery & women's health, 2015, 60.4: 445-451. Dostupné z: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jmwh.12352>
- [4] FARAG, W. K. A., IBRAHIM, H. I., ALAM, T. H. M. *Effect of Rebozo Techniques on Pain Intensity, Anxiety and birth experience among Primiparous Women during the Active Phase of Labor*. [online]. [cit. 2025-04-15]. Menoufia Nursing Journal, 2024, 9.4: 281-300. Dostupné z: https://menj.journals.ekb.eg/article_414770.html
- [5] HÁJEK, Z., ČECH, E., MARŠÁL, K. 2014. *Porodnictví: 3., zcela přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4529-9.
- [6] HENDRYCH LORENZOVÁ, E. 2021. *Přirozené metody podporující zdraví v praxi porodní asistentky (První)*. Západočeská univerzita v Plzni. Dostupné z: <https://dspace.zcu.cz/items/c49c7e3a-200e-4ec0-aa52-857f2c05cb1a/full>.
- [7] CHEN, S. F., WANG CH., CHAN P. T., CHIANG, H. W., HU T. M., TAM K. W., LOH E. W. *Labour pain control by aromatherapy: A meta-analysis of randomised controlled trials*. [online]. [cit. 2025-04-15]. Women Birth. 2019 Aug;32(4):327-335. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30344029/>
- [8] KEIJZER, M., TUYL, T. 2019. *Rebozo od techniky k mistrovství*. Rodolad: rodový soulad. Česko: UNUECO. ISBN 978-80-270-5864-8.
- [9] KOHUTOVÁ, A. 2025. *Rebozo jako opodstatněná praxe u porodu*. [online]. [cit. 2025-04-15]. Dostupné z: <https://annakohutova.cz/rebozo-jako-opodstatnena-praxe-u-porodu/>
- [10] KREJČÍ, B. 2022. *Aromaterapie pro duševní pohodu*. V Brně: CPress. ISBN 978-80-264-4528-9.
- [11] PROCHÁZKA, M. 2020. *Porodní asistence*. Jessenius. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-618-4.
- [12] ROZTOČIL, A. 2008. *Moderní porodnictví*. 1. vyd. Praha: Grada, 405 s. ISBN 978-80-247-1941-2.
- [13] SAFAJOU, F., et al. *The effect of lemon inhalation aromatherapy on nausea and vomiting of pregnancy: A double-blinded, randomized, controlled clinical trial*. [online]. [cit. 2025-04-15]. Iranian Red Crescent Medical Journal, 2014, 16.3: e14360. Dostupné z: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4005434/>
- [14] STADELMANN, I. 2022. *Aromaterapie od těhotenství po kojení*. Druhé české vydání. Praha: One Woman Press. ISBN 978-80-86356-67-9.

- [15] STADELMANN, I. 2009. *Zdravé těhotenství, přirozený porod: citlivý průvodce těhotenstvím, porodem, šestinedělím a kojením, který nabízí ověřené praktické návody, jak v těchto obdobích využít bylinek, homeopatických přípravků a éterických olejů*. 3., přeprac. vyd. Praha: One Woman Press. ISBN 978-80-86356-50-1.
- [16] STREED, J. 2024. *What to know about essential oils during pregnancy*. Mayo Clinic Health System. Dostupné z: <https://newsnetwork.mayoclinic.org/discussion/aromatherapy-use-and-safety-what-to-know-about-essential-oils-during-pregnancy/>
- [17] ŠVANCEROVÁ, Z. 2025. *Vaginální napářka lůna* [online]. [cit. 2025-04-15]. Dostupné z: <https://www.dotekyzrozeni.cz/wp/vaginalni-naparka/>
- [18] VALOVÁ, M. 2019. *Ženská bylinná napářka* [online]. [cit. 2025-04-15]. Dostupné z: <https://www.steamy.cz/zenska-bylinna-naparka/>
- [19] VRLOVÁ, L. 2018. *Rebozo v těhotenství, při porodu a v šestinedělí* [online]. [cit. 2025-04-16]. Dostupné z: <https://www.porodniasistentka.net/l/rebozo-v-tehotenstvi-pri-porodu-a-v-sestinedeli/>
- [20] WILHEMOVÁ, R., KAŠOVÁ, L., SEDLICKÁ, N. 2020. *Vybrané kapitoly Porodní asistence I a II*. [online]. [cit. 2025-04-19]. Dostupné z: https://is.muni.cz/do/rect/el/estud/lf/ps20/porodni_asistence/web/pages/05_01_definice_porodu.html

MODERN ALTERNATIVE METHODS USED IN OBSTETRICS



ABSTRACT

Obstetrics is a field that is constantly evolving and in recent years it has been characterized not only by progress in the traditional medical approach, but also by a growing interest in alternative methods, which are gaining attention especially among pregnant women who are looking for a more natural approach to childbirth. Alternative methods focus on ensuring the comfort of the mother, minimizing physical and mental stress during pregnancy and childbirth, as well as ensuring the most natural course of childbirth and the postpartum period. Modern obstetrics strives to improve women's experience of pregnancy and childbirth and at the same time relieve them of pain. The use of non-traditional methods such as aromatherapy, herbal steaming and the traditional Mexican scarf, the so-called rebozo, is coming to the fore. It always depends on the woman and her wishes what alternative methods she wants to use during pregnancy and childbirth.

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

Mgr. Jaroslava Vaňková
Vysoká škola polytechnická Jihlava
Katedra zdravotnických studií
Tolstého 16
586 01 Jihlava
e-mail: Jaroslava.Vankova@vspj.cz

KEYWORDS:

Aromatherapy, herbal steaming, rebozo

HODNOCENÍ BOLESTI A KOMPLIKACÍ U ŽEN PO PORODU CÍSAŘSKÝM ŘEZEM V ZÁVISLOSTI NA VYUŽITÍ CELKOVÉ, SPINÁLNÍ A EPIDURÁLNÍ ANESTÉZIE

EVA PUHLOVÁ
ALENA ROSEZÍNOVÁ
IVETA OSPALÍKOVÁ
UNIVERZITA JANA EVANGELISTY
PURKYNĚ

ABSTRAKT

Počet porodů ukončených císařským řezem vzrůstá, v České Republice bylo za rok 2023 provedeno 26 % císařských řezů (ÚZIS, 2023). Císařský řez je porodnická operace, která sebou nese fenomén bolesti a možné komplikace. Cílem studie bylo zhodnotit bolest a komplikace u žen po porodu císařským řezem v závislosti na typu anestezie. Metodika: Kohortová studie, doplněna o dotazníkové šetření (Likertova škála). Šetření se zúčastnilo N = 205 žen do 24h po plánovaném i akutním císařském řezu po ukončeném 36. týdnu těhotenství. Hodnoceny byly vedlejší účinky anestezie, bolest a zvládnutí pooperačního stavu. Nejvíce komplikací je spojeno hlavně s celkovou anestezí, mezi které se řadí problémy s vyprazdňováním moče, stolice (46 %), bolesti hlavy (46 %), psychické problémy (53 %). Při využití spinální a epidurální anestezie ženy udávaly nižší práh bolesti a bolesti v jizvě (hodnoceno dle VAS) oproti celkové anestezii. Z uvedených výsledků vyplývá, že mezi nejčastější komplikace po císařském řezu se řadí problémy s vyprazdňováním močového

měchýře, tlustého střeva, dále bolesti hlavy a bolesti v jizvě. Výsledky poukazují na srovnatelnost a vyšší efektivitu metod anestezie spinální a epidurální v závislosti na výskytu komplikací a bolesti po císařském řezu. Oproti tomu užití celkové anestezie se využívá v dnešní době jako druhá volba, hlavně při akutním císařském řezu, z důvodu vyššího výskytu možných komplikací.

KLÍČOVÁ SLOVA:

Anestézie, bolest, císařský řez, pooperační komplikace, rizikové faktory

ÚVOD

Incidence císařského řezu celosvětově stoupá. Každým rokem je zjišťován nárůst. Tím narůstá i počet žen s císařským řezem v anamnéze. Celosvětově tak incidence činí 18 %. V Evropě je míra provádění císařských řezů 25 % (Betran et al., 2016). Trendem bude však do dalších let snížení výskytu císařských řezů globálně. Císařský řez je porodnická operace, při které je plod vyňat přes břišní stěnu z dělohy ženy. Zároveň je to jediná porodnická operace abdominální cestou, která má významné fyziologické, endokrinní, psychické důsledky na ženu i plod, a to i přes dnešní standardizovanou péči a technickou jednoduchost (Bláha et al., 2015). Císařský řez se dá rozdělit na elektivní, akutní a iterativní. Elektivní (plánovaný) se provádí ještě před samotným začátkem porodu, tedy nejsou přítomny kontrakce. Akutní se provádí během porodu. Iterativní znamená opakovaný císařský řez. Dle času jde provést v průběhu těhotenství, a to v průběhu 1. doby porodní a na začátku 2. doby porodní za podmínky, že hlavička plodu není fixovaná v malé pánvi (Leveno et al., 2022). Dle Ústavu zdravotních informací a statistik ČR (ÚZIS, 2023) v roce 2014 bylo zaznamenáno celkem 106 971 porodů, z toho 27 945 císařským řezem, v roce 2023 to je 26 % oproti roku 2022 (25,7). V roce 2015 bylo v České Republice provedeno 107 618 porodů, z toho 28 089 císařským řezem (NZIP, 2023). Během císařského řezu se v dnešní době využívá anestezie spinální, epidurální a celková. Každá z nich má své benefity, ale i nevýhody, či vedlejší účinky. Spinální anestetikum zahrnuje vložení jemné jehly do dolní části zad a její protažení za epidurální prostor přes tvrdou plenu, aby vstoupila do subarachnoidálního (spinálního nebo intratekálního) prostoru, ve kterém jsou obsaženy míšní nervy a mozkomíšní mok. Lokální anestetika, jako je bupivakain, jsou typicky injikovány přes páteřní jehlu do subarachnoidálního prostoru. Po injekci se odstraní páteřní jehla. Epidurální anestetikum typicky zahrnuje vložení jehly o větším průměru než jehla páteřní, aby se umožnilo umístění epidurálního katétru. Epidurální jehla prochází stejnými tkáněmi jako jehla páteřní, ale zastaví se těsně před proniknutím do tvrdé pleny. Špička epidurální jehly je tak umístěna v epidurálním prostoru, který leží těsně před tvrdou plenou a subarachnoidálním prostorem. Epidurální katétr se často vede přes epidurální jehlu, která se pak odstraní. Epidurální katétr pak může být použit pro injekční aplikaci lokálních anestetik, aby byl císařský řez pro matku pohodlný, a pro podávání léků zmírňujících bolest v pooperačním období operace. Přestože léky používané při spinální i epidurální technice jsou podobné, je pro epidurální techniku zapotřebí přibližně desetinásobný objem anestetika, aby se dosáhlo podobné úrovně anestezie u císařského řezu ve srovnání se spinální anestezí. Kromě lokálních anestetik se někdy přidávají další analgetika, jako je fentanyl, aby se prodloužila doba trvání a kvalita spinální i epidurální anestezie. Spinální nebo epidurální léky působí na nervy zásobující dělohu, břišní stěnu a dolní část hrudníku, a umožňují tak provedení císařského řezu bez nepohodlí, když je matka vzhůru (Turkyilmaz et al, 2021). Potenciální nežádoucí účinky spinální a epidurální anestezie jsou slabá anestezie v průběhu porodu, hypotenze či naopak hypertenze, tachykardie matky, postdurální punkční bolest hlavy (PDPH), pooperační nauzea (PONV), svědění a přechodná bolest zad v místě vpichu. Vzácné závažné komplikace zahrnují meningitidu, kompresi míchy z krevní sraženiny nebo abscesu a poškození nervových

kořenů způsobující parestézie nebo slabost. Mezi závažné a málo vyskytující se problémy se řadí ischemie, arytmie, bronchopneumonie, infekce, špatné hojení, zvýšené riziko tromboembolické nemoci, psychické problémy – úzkosti, deprese, poruchy spánku. Tyto problémy se mohou vyskytovat i u celkové anestezie, ne-li častěji (Ronsmans et al., 2006). Spinální jehly jsou navrženy tak, aby minimalizovaly výskyt pooperačních komplikací, který je v dnešní době přibližně 1 %. Epidurální jehly nejsou určeny ke vstupu do subarachnoidálního prostoru, a pokud se tak stane náhodně, což se vyskytuje přibližně u 1 % žen, je spojeno s 80% pravděpodobností rozvoje PDPH (Moen et al., 2004). Tato komplikace může být někdy omezující pro matku v pooperačním období v péči o novorozence a v oblasti sebeděče. Pokud bolest hlavy neustoupí do 3 dnů, je první volbou terapie epidurální krevní náplast, která má účinnost v 60 % až 70 % (Weir, 2000). Výhodou spinální a epidurální anestezie je možnost pokračování a využití jako v pooperační analgezií. Poskytnutí pooperační analgezie lze dosáhnout přidáním analgetických léků do ponechaného katétru in situ, jako je pethidin nebo přidáním morfinu do spinálního anestetika (Rout, 2000). Vhodně zvolená anestezie při císařském řezu může zlepšit pooperační období, adaptaci ženy v šestinedělí, mobilitu, sebeděči, péči o novorozence a navození tak vztahu mezi nimi, rozvoj laktace. Výhodou regionální anestezie je i možnost včasější mobilizace, která je již běžná po 12 hodinách, po odeznění právě neuroaxiální blokády. Samotná volba anestezie na mobilizaci po císařském řezu vliv nemá. Účinky u nás i ve světě běžně používaných celkových anestetik nepřetrvávají déle než 1–3 hodiny, což je zhruba stejný časový interval jako k úplnému odeznění neuroaxiální blokády. Dostupné údaje naznačují, že trendem ve využívané anestezii je spinální anestezie, hlavně u elektivního císařského řezu. U akutního císařského řezu záleží na stavu ženy a plodu. Předpokládá se, že je to způsobeno vnímanými výhodami jednoduchosti techniky, rychlého podání a nástupu anestezie, sníženého rizika systémové toxicity a hustoty spinálního anestetického bloku. Mateřská úmrtnost se snižuje právě s vyšším použitím spinální anestezie. Mateřská úmrtnost s použitou anestezii klesla z 12,8 na 1,7 na jeden milion živě narozených dětí ve Spojeném království a ze 4,3 na 1,9 na jeden milion živě narozených dětí v USA mezi koncem 70. a koncem 80. let 20. století (Ezri et al., 2001). Celková anestezie může být vyžadována i u elektivních císařských řezů, pokud je regionální anestezie kontraindikována. Díky regionální anestezii mohou matka a partner sdílet zážitek z porodu, což může zlepšit vazbu mezi rodiči a dítětem.

METODIKA

Jednalo se o kohortovou kvantitativní průzkumnou studii u žen po císařském řezu, za využití celkové, spinální, epidurální anestezie. Volbou metody byl nestandardizovaný dotazník (19 otázek, jak demografických, tak zaměřených na pooperační stav, období), doplněn o otázky ve formě Likertovy škály.

Kritéria respondentů: Do studie se zapojilo N = 205 žen do 24 hodin po jak plánovaném, tak akutním císařském řezu s celkovou, spinální a epidurální anestezii; po ukončeném 36. týdnu těhotenství, bez rozdílů parity, s dodržením anonymizace. Ženy byly

retrospektivně rozděleny do tří skupin, dle zvoleného typu anestezie. Studie se zúčastnilo 46 % žen s celkovou anestézií (n = 95), 40 % žen se spinální anestézií (n = 82) a 14 % žen s epidurální anestézií (n = 28). Volba respondentek byla metodou stratifikace dle stanovených kritérií. Vyloučeny byly případy vícečetného těhotenství, ženy s úmrtím plodu, gestační věk ≤ 36 týdnů. Sběr dat probíhal v období září 2023 do května 2024, na vybraném pracovišti. U žen byl první den po císařském řezu hodnocen fyzický stav, bolest, psychická adaptace po císařském řezu. Vedlejší účinky, komplikace po použité anestézii (např. pooperační nevolnost, zavedení permanentního močového katétru a odchod moči, odchod plynů, přítomnost bolesti zad, bolesti hlavy, ramen, potíže s laktací a jiné) a celkově adaptace na pooperační stav, zda se projeví rozdíly v závislosti právě na použité anestézii, včetně demografických údajů a předchozích zkušeností s anestézií. Data byla vyhodnocena popisnou statistikou, v programu Statistica, popsána v absolutních a relativních (%) číslech, SD (standard deviation/směrodatná odchylka), interpretována v tabulkách, grafech.

VÝSLEDKY

Celkem bylo analyzováno 205 pacientek, které podstoupily císařský řez v celkové, spinální nebo epidurální anestézii. Celková anestezie byla použita u 95 žen, spinální u 82 a epidurální u 28 žen. U žen byly zprvu zjišťovány demografické údaje, jako jsou věk, vzdělání, parita. Bylo zjištěno, že z 205 žen, byla zastoupena nejvíce skupina respondentek ve věkové kategorii 27–25 let (60 %), 18–26 let i 36 a více let (20 %). Žen rodících poprvé bylo 44 %, podruhé 36 %, třikrát a více rodících bylo 20 %. 66 % žen podstoupilo plánovaný císařský řez, akutní císařský řez podstoupilo 34 % žen. U spinální a epidurální anestezie činí skupina plánovaného císařského řezu 40 %. U celkové anestezie 26 %. U neplánovaného císařského řezu bylo analýzou dat zjištěno největší zastoupení ve skupině respondentek s celkovou anestézií 20 %. Ve skupině spinální a epidurální anestezie tomu bylo 14 %. Ve všech skupinách měla větší zastoupení volná volba anestezie. Ženy si mohly v 76 % zvolit anestézii, pokud podstoupovaly plánovaný císařský řez. Demografické údaje jsou popsány v Tabulce 1.

Tabulka 1: Demografické údaje, typ anestezie, císařský řez

Věk (roky)/SD	29,2 (5,6)
Vzdělání, n (%)	Základní 18 % Střední odborné bez maturity 6 % Střední s maturitou 52 % Vyšší odborné 2 % Vysokoškolské 22 %
Parita, n (%)	Primipara 44 % Sekundipara 36 % Tercipara a více 20 %
Typ císařského řezu, n (%)	Plánovaný 66 % Akutní 34 %
Typ anestezie, n (%)	Celková anestezie 46 % (n = 95) Spinální anestezie 40 % (n = 82) Epidurální anestezie 14 % (n = 28)

Zdroj: Vlastní, 2025

V následující části byl sledován 1 den v pooperačním období stav žen, pooperační komplikace, byla hodnocena bolest a zvládnutí celkově císařského řezu. Další vyhodnocení se zabývá rozborem a hodnocením 6 fenoménů a jejich subjektivním hodnocením ženami pomocí Likertovy škály (odpověď: ano, spíše ano, nevím, spíše ne, ne), viz Tabulka 2.

Tabulka 2: Sledované fenomény v pooperačním období – Likertova škála

	Ano	Spíše ano	Nevím	Spíše ne	Ne
Bolest hlavy					x
Bolest v oblasti jizvy	x				
Obtíže s močením (problémy s tlakem a bolestivostí)		x			
Obtíže s vyprazdňováním tlustého střeva (problémy s tlakem a bolestivostí)					x
Pocit selhání				x	
Strach z dalšího těhotenství					x

Zdroj: Vlastní, 2025

V oblasti bolest hlavy a bolestivosti v jizvě jsme se zaměřovali na zvolený typ anestezie. U celkové anestezie se bolest hlavy projevila v 18 % a bolest jizvy v 38 % a u spinální a epidurální anestezie u 2 % a u jizvy v 46 %. Problémy s mikcí mělo u spinální a epidurální anestezie 18 % žen a u celkové 6 % žen. Problémy s odchodem plynů, vyprazdňováním tlustého střeva mělo se spinální, epidurální anestezii 4 % žen a u celkové anestezie 2 % žen z 205 respondentek. Pocit selhání, nevládnutí spontánního porodu neměla žádná žena jak u celkové, spinální a epidurální anestezie. Taktéž tak hodnotily ženy psychický stav, případný strach z dalšího těhotenství a pohodu v časném poporodním období. V posledním byla posuzována celková spokojenost žen s pooperační péčí personálu, kdy lépe na tom byla skupina žen se spinální a epidurální anestezii, které vykazovaly spokojenost v 52 %, oproti ženám s celkovou anestezii 42 %. Další proměnou, která byla hodnocena vedle pooperačních problémů, byla pooperační bolest. Ta byla hodnocena hodnotící škálou VAS 0–10 (Vizuální analogová škála bolesti). Pooperační bolest byla hodnocena každé 2 hodiny po dobu 12 hodin, kdy byly ženy na pooperačním pokoji, JIP (jednotka intenzivní péče). U žen se spinální, epidurální anestezii byla hodnocena bolest dle VAS jako nízká (0–3) u 6 %, střední bolest (4–6) u 18 % a vysoká bolest (7–10) u 30 %. Ženy s celkovou anestezii udávaly nízkou bolest (0–3) v 2 %, střední bolest (4–6) ve 22 % a vysokou bolest (7–10) ve 46 %. Zde byl výrazný rozdíl a viditelnost, že vyšší bolestivost v pooperačním období a v oblasti jizvy udávaly ženy s celkovou anestezii. Avšak 48 % žen se spinální a epidurální anestezii využilo analgetika k tišení bolesti, oproti 44 % u žen po celkové anestezii. Bolest byla léčena nejčastěji tabletou či

intravenózně paracetamolem. Z výsledků jsou patrné rozdíly, že méně problémů a nižší intenzita bolesti se vyskytovaly u skupiny žen se spinální a epidurální anestezí. Využití regionální anestezie má lepší výsledky v pooperačním období a časném šestinedělí. Pokud je možné, první volbou v perioperační péči v porodnictví v dnešní době je regionální anestezie.

DISKUZE

Výskyt a indikace plánovaného a elektivního císařského řezu se v různých zemích odlišuje v závislosti na přístupu a postojích k přirozenému porodu, nicméně výskyt je stále vysoký, než by bylo žádoucí. To si žádá i vhodný přístup v oblasti anesteziologické péče. Využívanými metodami v porodnictví jsou celková, epidurální a spinální anestezie. Celková anestezie byla první volbou od 18. století, kterou ve 20. století, v roce 1992 rozvojem v Severní Americe nahradila anestezie epidurální. To se změnilo v roce 1997, kdy nastal rozmach využití spinální anestezie v Anglii. S tím bylo spojeno i rozšíření výzkumů zaměřených na využití jednotlivých typů anestezie a jejich vedlejší účinky na ženu a plod. Již se ví, že nejpoužívanější anestezíí je v dnešní době regionální anestezie, a to hlavně spinální, vedle epidurální. Nahradila tak využívanou celkovou anestezii, která je používána, pokud nejsou přímé kontraindikace ze strany a dítěte, v akutních případech. Benefit svodné anestezie je spatřován v tom, že žena může ihned v průběhu výkonu vidět své dítě a může se provést bonding, přímý kontakt s matkou. Ví se, že chirurgický výkon může ovlivnit adaptaci ženy na novou roli matky, rozvoj laktace, dítěte, jeho další psychomotorický vývoj a celkově jejich fyzickou i psychickou pohodu. Dalšími výhodami je menší výskyt pooperačních komplikací a obtíží, které se mohou vyskytovat v časném šestinedělí. To bylo i cílem naší studie, zhodnotit právě výskyt komplikací po císařském řezu v závislosti na použité anestezii. Mezi hlavní problémy vyskytující se v pooperačním období u žen po císařském řezu v prvních 24 hodinách se objevily v naší studii vyprazdňování moče, nauzea, bolesti hlavy a s tím spojené psychické problémy, bolesti v jizvě, hlavy, ramen a celková bolestivost, což se projevilo na celkovém dyskomfortu žen a v dalším období šestinedělí. Výskyt nevolnosti a zvracení u celkové a regionálního anestezie při porodu císařským řezem se pohybuje mezi 21–79 %. Ve studii Macona et al. (2019) trpělo 130 respondentek nevolností v pooperačním období. Podobnou studii realizoval Bantie et al. (2020), Cao et al. (2017), Tan et al. (2020). Možností terapie dle studií a doporučení NICE (National Institute for Health and Care Excellence) je využití antiemetik, antagonistů dopaminu, antihistaminik, anticholinergik v pooperačním období v prvních 12–24 hodinách. Studie Teshome et al. (2020) udává, že je vhodné v rámci prevence pooperační nevolnosti posoudit rizikovost skóre ženy na základě kategorizace APFEL a dle výsledků použití ondansetronu jako preventivní medikaci antiemetické léčby. Problémy s mikcí a odchodem plynů v pooperačním období respondentky v dané studii neměly (Bantie et al., 2020). V naší studii se problémy s pooperační nevolností a zvracením nevyskytly, taktéž problémy s mikcí, odtokem moče při zavedení permanentního močového katétru a odchodem plynů, jen výjimečně. V některých případech se může vyskytovat pouze přechodná primární inkontinence, retence moče

do 6–12 hodin po císařském řezu. Důležitost je spatřována v hydrataci, volumoterapii po výkonu (Press et al., 2007). Mezi častější problémy v časném pooperačním období je výskyt bolesti v jizvě, ramen, zad, celkově při subjektivním hodnocení žen při mobilizaci jak v lůžku, tak po výkonu. Postdurální punkční bolest zad (PDPB) je jednou z nejčastějších obtíží po neuroaxiální anestezii s incidencí 2–29 % (Brattebo et al., 1995). Při využití spinální a epidurální anestezie ženy v naší studii udávaly nižší práh bolesti celkově, hlavy, v jizvě, oproti celkové anestezii. Stejně tak tomu bylo v zahraničních studiích (Brattebo et al., 1995). Bolest po výkonu se u žen hodnotila pomocí VAS. Ve studii Brattebo (1995) bylo zjištěno, že 355 žen (48,7 %) po císařském řezu pociťovalo bolesti zad, v ramenou, hlavy a v jizvě. Abdullajev et al. (2010) uvádí, že se míra bolesti zad a v jizvě objevila u 62,4 % žen, které se zúčastnily jejich studie. V našem případě to bylo u celkové anestezie 18 % bolest hlavy, bolest jizvy v 38 % a u spinální a epidurální anestezie u 2 % a u jizvy v 46 % bolest hlavy. Je zde vidět značný rozdíl v % výskytu bolesti u žen po císařském řezu. Nicméně faktorů, které to mohou ovlivnit, je několik. Bolest v ramenou je obvykle pozorována po laparoskopické operaci, nicméně studie (Abedian et al., 2010; Zirak et al., 2012) poukazují na výskyt i právě po císařském řezu u regionální tak celkové anestezie, což bývá podceňováno. Zirak et al. (2012) uváděli prevalenci bolestivosti ramen po císařském řezu u 39,45 % žen. Dále si ženy stěžují hlavně ve spojení s regionální anestézií na bolestivost hlavy (PDPH) a výskyt migrén, které se mohou objevit v prvních 12 hodinách po císařském řezu a přetrvávat 6 týdnů (Macarthur et al., 2009; Stelly et al., 2007). Ve studii Stelly et al. (2007) se migrény projevily u žen ve 47 %, bylo to však u žen ve spojení s výskytem preeklampsie, eklampsie, samotná bolest hlavy pouze u 20 %. V naší studii se bolesti hlavy projevily u 1 %. Bolestivost hlavy je způsobena často přechodnými situacemi, nedostatečnou hydratací, použitou anestézií. Závažnějšími příčinami jsou trombóza kortikálních žil, subarachnoidální krvácení, subdurální hematoma, meningitida a jiné, nicméně i tyto stavy se musí brát v úvahu. Celková bolestivost, bolest v jizvě, ramen, hlavy může být spojena později s horší mobilizací po výkonu, kojením, péčí o novorozence. To se může podílet i na pozdějším rozvoji laktace, to je podmíněno jednak opožděným přiložením novorozence, ale i právě horší mobilitou ženy. Podpora úlevy od bolesti žen po císařském řezu, terapie bolesti je tak žádoucí u žen co nejdříve po císařském řezu. Doporučeno je použití NSAID a paracetamolu (Aluri et al., 2014). Může totiž ovlivnit zmiňované problémy a působit preventivně. Zvládání bolesti po císařském řezu je primárním zájmem v péči o ženy. Nicméně některé ženy odmítají analgetika z mylných obav právě o rozvoj laktace. Avšak naopak léčba bolesti po císařském řezu je zvláště důležitá pro zotavení, ovlivnění pohyblivosti po císařském řezu, zlepšení schopnosti kojení a péče o novorozence. Kutlucan et al. (2014) udává ve své studii, že pozdější nástup laktace je opožděn o 2,8 hodin u žen hlavně po císařském řezu (u 87,5 %). Naše studie nezahrnovala sledování nástupu laktace po císařském řezu. Trendem je dle NICE podle Hailu et al. (2022) přikládání novorozence, pokud možno co nejdříve, již na operačním sále, nebo 1–2 hodiny u regionální anestezie a klidně 2–4 hodin po celkové anestezii v závislosti na stavu ženy a novorozence. To podporuje i brzký kontakt mezi ženou a novorozencem. Dále zavinování dělohy, s čímž souvisí i preventivní snižování výskytu krvácivých stavů. Celkově tedy ovlivňuje rychlejší zotavení ženy v pooperačním období. Cílem péče o ženu

podstupující císařský řez je žádoucí zvolit vhodný typ anestezie před výkonem. Pokud je to možné informovat ženy, edukovat je o problematice elektivního či akutního císařského, (ne)výhodách, problémech již v předporodním období. Informovanost a připravenost žen, vhodně zvolená a kvalitně nastavená anestezie a terapie bolesti po výkonu jsou jedním z faktorů, které mohou ovlivnit významně pooperační stav, adaptaci ženy na časně šestinedělí a období mateřství.

ZÁVĚR

Vporodnické anestezii jsou regionální techniky považovány za vhodné, neboť se podílí na snižování mateřské mortality a morbidoty, oproti celkové anestezii. Přesto se mohou vyskytovat v pooperačním období závažné či méně vážné komplikace související právě s regionální nebo celkovou anestézií. Cílem studie bylo zhodnotit a posoudit časně komplikace, bolest a spokojenost pacientek první den po císařském řezu v závislosti na zvoleném typu anestezie. Mezi nejčastější komplikace spojené převážně s celkovou anestézií patří problémy s vyprazdňováním moče, bolesti hlavy a s tím spojené psychické problémy, dyskomfort žen v pooperačním období a období raného šestinedělí. Tyto problémy se ovšem objevovaly i po užití regionální anestezie. Při využití spinální a epidurální anestezie ženy udávaly nižší práh bolesti v jizvě, hodnoceno dle VAS (54 %) a výskyt bolesti zad, ramen. Povědomí a schopnost včasného odhadnutí, zvládnutí pooperačních komplikací spojených se zvolenou anestézií je důležité pro spokojenost žen po císařském řezu a lepší poporodní adaptaci v časném i pozdním šestinedělí. Na péči o ženy v poporodním období by se měl podílet anesteziologický tým spolu s porodníky a porodními asistentkami, které pečují přímo o ženy v pooperačním období a šestinedělí. Zvládnutí pooperačního období a souvisejících komplikací se odráží právě na lepší rekonvalescenci po císařském řezu, mobilizaci, adaptaci v období puerperia, péči o novorozence, psychickém stavu žen a rozvoji laktace.

POUŽITÉ ZDROJE

- [1] ABEDIAN, Z., NIKPOR, M., MOKHBER, N., EBRAGUNTADE, S., KHANI, S. 2010. Evaluation of relationship between delivery mode and postpartum quality of life. Iranian J. Obstet Gybaecol and Infertility. DOI:13.47-53
- [2] ABDULLAYEV, R., KUCUKEBE, O. B., CELIK, B., KIRMAN, N., HATIPOGLU, H. S., HATIPOGLU, F. A. 2015. Does Atracan cause more postdural puncture backache? Turk J Med.Science.DOI:45.877.81
- [3] ALURI, S., WRENCH, I. J. 2014. Enhanced recovery from obstetric surgery: a UK survey of practice. Int. J Obstet Anest. DOI: 23.157-60.
- [4] BANTIE, A. T., WOLDEYOHANNES, M., FERED, Z. A., REGASA, B. A. 2020. The magnitude and associated factors of nausea and vomiting after cesarean section under spinal anesthesia in Gandhi Memorial Hospital. African Journal of Health Science and Medicine. JAHSM. DOI: 10.23372/duhj001-000004
- [5] BETRAN, A. P., TORLONI, M. R., ZHANG, J. J., GULMEZOGLU, A. M. WHO Statement on Caesarean Section Rates. BJOG An International Journal of Obstetrics and Gynaecology. Volume 123. 667-670p. DOI: 10.1111/1471-0528.13526
- [6] BLÁHA, J., KLOZOVÁ, R., NOSKOVÁ, P., SEIDLOVÁ, D., ŠTOURAČ, P., PAŘÍZEK, A. 2015. Současné postupy v porodnické anestezii V. Pooperační péče po císařském řezu. Anest.intenziv.Med. 26. 87-89s.
- [7] BRATTEBO, G., WISBORG, T., RODT, T. M., ROSTE, U. 1995. Is the pencil point spinal needle a better choice in younger patients? A comparison of 24G Sprotte with 27G Quincke needles in an unselected group of general surgical patients below 46years of age. DOI:39.535.8
- [8] CAO, X., WHITE, P. F., MA, H. 2017. An update on the management of postoperative nausea and vomiting. J. Anesth. DOI: 10.1007/s00540-017-2363-x
- [9] EZRI, T., SZMUCK, P. S., GEVA, D., HAGAY, Z., KATZ, J. 2001. Difficult airway in obstetric anesthesia: a review. Obstretical and Gynecological Survey. DOI:10.1097/00006254
- [10] HAILU, S., MEKONEN, S., SHIFERAW, A. 2022. Prevention and management of postoperative nausea and vomiting after cesarean section: A systematic literature review. Abbaks of Medicine, Surgery. DOI: 10.1016/j.amsu.2022.103433
- [11] KUTLUCAN, L., SEKER, I. S., DEMIRARN, Y., ERSOY, O., KRAGOZ, I., SEZEN, G., KOSE, S. A. 2014. Effect of different anesthesia protocols on lactation in the postpartum period. Journal of Turkey Ger Gynecol Assoc. DOI: 15:233-8
- [12] LEVENO, K., DASHE 2022. Williams Obstretics. McGraw-Hill-Education. 1328p. ISBN: 1260462730
- [13] MACARTHUR, A. 2009. Postpartum haedache. In. Chestnut DH, Poley LS, Tsen LC, Wong CA. Chestnuts Obstetrc Anesthesia Principles and Practice. 4thEdn. Philadelphia: Mosby Elsevier. DOI:677-80
- [14] MACONES, G. A., CAUGHEY, A. B. M., WOOD, S. L. 2019. Guidelines for postoperative care in cesarean delivery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society recommendations (part 3). Am J Obstetric Gynecol. 221:247.et.9

- [15] MOEN, V., DAHLGREN, N., IRESTEDT, L. 2004. Severe neurological complications after central neuraxial blockades in Sweden 1990-1999. *Anesthesiology*. DOI: 1019509
- [16] NZIP. Perinatální výsledky v roce 2023 z dat Národního registru reprodukčního zdraví: Analytická studie. 2023. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR.
- [17] PRESS, J. Z., KLEIN, M. C., KACZOROWSKI, J., LISTON, R. M., DADELSZEN, P. 2007. Does cesarean section reduce postpartum urinary incontinence? A systematic review. *Birth*. DOI: 10.1111/j.1523-536X.2007.00175.x
- [18] RONSMANS, C., GRAGAM, W. J. 2006. Lancet Maternal Survival Series steering group. Maternal mortality, wo, when, where and why. *Lancet*. 368(9542):1189-200
- [19] (ROUT C. 2000. Regional anesthesia for cesarean section. In Birnbach D, Gatt S, Datta S editor(s). *Textbook of obstetric anesthesia*. Philadelphia. Churchill Livingstone. ISBN: 0443065608
- [20] STELLA, C. L., JODICKE, C. D. 2007. How HY. Postpartum headache: is your work-up complete? DOI: 196.318el.7
- [21] TAN, H. S., HABIB, A. S. 2020. The optimum management of nausea and vomiting during and after cesarean delivery. *Best Pract.Res.Clin.Anaesthesiol*. DOI:10.1016/j.bpa.2020.04.012
- [22] TESHOME, D., FENTA, E., HAILU, S. 2020. Preoperative prevention and postoperative management of nausea and vomiting in resource-limited setting: a systematic review. *Int.J Surg.Open*. DOI: 10.1016/j.ijso.2020.10.002
- [23] TURKYILMAZ, E. U., ERYILMAZ, N. C., GUZEY, N. A. 2021. An Evaluation of regional anesthesia complications and patient satisfaction after caserean section. *Journal of Surgery and Medicine*. DOI: 10.28982/josam.855202
- [24] UZIS. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Vybrané ukazatele zdravotní péče v porodnicích. ČR. 2023. uzis.cz
- [25] WEIR, E. C. 2000. The Sharp end of the dural puncture. *BMJ*. DOI: 320.7227.127
- [26] ZIRAK, N., SOLTANI, G., HAFIZI, L., MASHAYEKHI, Z., KASHANI, I. 2012. Shoulder pain after caserean section? Comparison between general and spinal anaesthesia. *J. Obstet Gynaecol*. DOI: 32.347.9

EVALUATION OF PAIN AND COMPLICATIONS IN WOMEN AFTER CAESAREAN SECTION DEPENDENCE ON THE USE OF GENERAL, SPINAL AND EPIDURAL ANESTHESIA

ABSTRACT

The number of births completed by cesarean section is increasing, 26% of cesarean sections were performed in the Czech Republic in 2023 (ÚZIS, 2023). A cesarean section is an obstetric operation that involves the phenomenon of pain and possible complications. The aim of the study was to evaluate pain and complications in women after cesarean section depending on the type of anesthesia. Methodology: Cohort study, supplemented by a questionnaire survey (Likert scale). The survey was attended by N = 205 women within 24 hours after a planned and acute cesarean section after the 36th week of pregnancy. Side effects of anesthesia, pain and coping with the postoperative condition were evaluated. Most complications are mainly associated with general anesthesia, which include problems with urination and defecation (46%), headaches (46%), and psychological problems (53%). When using spinal and epidural anesthesia, women reported a lower pain threshold and scar pain (assessed according to VAS) compared to general anesthesia. The results show that the most common complications after cesarean section include

problems with emptying the bladder and colon, as well as headaches and scar pain. The results indicate comparability and higher effectiveness of spinal and epidural anesthesia methods depending on the incidence of complications and pain after cesarean section. In contrast, the use of general anesthesia is used today as a second choice, mainly in acute cesarean section, due to the higher incidence of possible complications.

KEYWORDS:

Anesthesia, pain, cesarean section, postoperative complications, risk factors

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

Mgr. Eva Puhlová, Ph.D.
Fakulta zdravotnických studií, Univerzita
Jana Evangelisty Purkyně v Ústí nad
Labem
Katedra specifických zdravotnických
disciplín
Sociální péče 3652/13
400 11 Ústí nad Labem
e-mail: eva.puhlova@ujep.cz

Mgr. Alena Rosezínová, Ph.D.
Fakulta zdravotnických studií, Univerzita
Jana Evangelisty Purkyně v Ústí nad
Labem
Katedra specifických zdravotnických
disciplín
Sociální péče 3652/13
400 11 Ústí nad Labem
e-mail: alena.rosezinova@ujep.cz

Mgr. Iveta Ospalíková
Fakulta zdravotnických studií, Univerzita
Jana Evangelisty Purkyně v Ústí nad
Labem
Katedra specifických zdravotnických
disciplín
Sociální péče 3652/13
400 11 Ústí nad Labem
e-mail: iveta.ospalikova@ujep.cz

ÚLOHA PÔRODNEJ ASISTENTKY PRI OŠETROVANÍ PACIENTKY PO HYSTEREKTÓMII

EVA MORAUČÍKOVÁ
KATOLÍCKA UNIVERZITA
V RUŽOMBERKU
UNIVERZITA TOMÁŠE BATI
VE ZLÍNĚ

ABSTRAKT

Príspevok je venovaný ošetrovateľskej starostlivosti o pacientku po hysterektómii a úlohám pôrodnej asistentky v bezprostrednej pooperačnej fáze, prechodnej pooperačnej fáze a vo fáze rekonvalescencie. Ošetrovateľské intervencie v týchto fázach sú zamerané najmä na zabezpečenie kontroly bolesti, pohodlia, rovnováhy tekutín, ochranu pacientky pred zranením, monitoringu vitálnych funkcií a prevenciu infekcie.

KLÍČOVÁ SLOVA:

Pooperačné obdobie, hysterektómia, ošetrovateľské intervencie

ÚVOD

Hysterektómia znamená chirurgické odstránenie maternice. Patrí medzi základné gynekologické operácie. Aj napriek tomu, že v súčasnosti napreduje vývoj konzervatívnych prístupov v liečbe ochorení ženských pohlavných orgánov, je hysterektómia stále najčastejšou veľkou gynekologickou operáciou (Mára, Holub a spol., 2009). Hysterektómia sa môže robiť samostatne, alebo spolu s inými výkonmi.

Podľa operačného prístupu poznáme hysterektómiu abdominálnu, kde je odstránenie maternice cez brušnú stenu. Ďalším typom je vaginálna hysterektómia, kedy počas operačného výkonu, ktorý vedie k odstráneniu maternice z jej pôvodnej lokalizácie v malej panve, volený vaginálny prístup. V súčasnej dobe sa častokrát využíva laparoskopicky asistovaná vaginálna hysterektómia (LAVH) alebo totálna laparoskopická hysterektómia (TLH) (Roztočil a spol., 2011). Vyšším stupňom miniinvazívnej chirurgie je roboticky asistovaná chirurgia, kde operatér operuje z konzoly, ktorá je napojená na robotické ramená. Robotická chirurgia je určená na výkony, ktoré prebiehajú v anatomicky obmedzenom priestore a vyžadujú precízne pohyby. Týka sa to najmä operácií v malej panve, kde patria aj gynekologické operácie napr. hysterektómia (Skvašík, Magerčiaková, 2024). Výber operačného prístupu závisí najmä od celkového stavu pacientky, rozsahu vizualizácie a požadovanej manipulácie počas operačného výkonu (Gulanick, Myers, 2017).

POOPERAČNÉ OBDOBIE - OŠETROVANIE PACIENTKY PO HYSTEREKTÓMII

Zvyčajne sa pooperačné obdobie rozdeľuje na bezprostredné a následné pooperačné obdobie. Bezprostredné pooperačné obdobie trvá 2 hodiny po skončení operácie a pri náročnejších operačných výkonoch je to až 6 hodín od operácie. Pooperačné obdobie prebieha na jednotke intenzívnej starostlivosti, pooperačnej izbe resp. reanimačnej jednotke a následne na izbe štandardnej ošetrovacej jednotky. Cieľom starostlivosti v bezprostrednom pooperačnom období je zabezpečenie základných životných funkcií a zotavenie sa z anestézie. Cieľom následnej pooperačnej starostlivosti, ktorá nadväzuje na bezprostrednú pooperačnú starostlivosť je eliminovať u pacientky bolesť, diskomfort, pooperačné komplikácie a podporiť úpravu zdravotného stavu na optimálnu úroveň.

V anglosaskej odbornej literatúre sa pooperačné obdobie zvykne rozdeľovať do troch fáz:

1. fáza - bezprostredná fáza alebo fáza po anestézii,
2. fáza - prechodná fáza zahŕňajúca obdobie hospitalizácie,
3. fáza - rekonvalescenčná fáza (Doherty et al., 2020).

ÚLOHA PÔRODNEJ ASISTENTKY V BEZPROSTREDNEJ POOPERAČNEJ FÁZE (PO ANESTÉZII)

V 1. fáze pooperačného obdobia je dôležité realizovať nasledujúce intervencie:

- prevziať pacientku z operačného sálu,
- skontrolovať kompletnosť dokumentácie, získať informácie o priebehu operačného výkonu,
- zabezpečiť vhodnú polohu, zvyčajne na chrbte, u starších pacientiek Semifowlerova poloha,
- zmerať vitálne funkcie (D, P, TK, TT, saturáciu kyslíka) a následne ich monitorovať zvyčajne v prvej hodine každých 15 minút, v druhej hodine každých 30 minút a neskôr podľa potreby resp. zvyklostí pracoviska,
- zhodnotiť stav vedomia (zmätenosť, dezorientácia), vzhľad a celkový stav pacientky (nauzea, vracanie, nepokoj, reakcie na doznievajúcu anestéziu), návrat obranných mechanizmov (prehltací, kašľací, reflex zvracania),
- v indikovaných prípadoch napojiť pacientku na EKG monitor,
- skontrolovať kožu a sliznice (farba, hydratácia), pot a vyrážky,
- sledovať periférne prekrvenie tkanív (farba tváre, akrálnych častí, pulzácia artérií, Homansov príznak),
- v prípade zavedenia permanentného močového katétra skontrolovať a následne monitorovať jeho funkčnosť, množstvo a vzhľad moču, v prípade, že nie je zavedený permanentný močový katéter monitorovať prvé vyprázdnenie močového mechúra,
- v prípade zavedenia redonovho drénu skontrolovať jeho funkčnosť a zaznamenať množstvo a vzhľad jeho obsahu,
- skontrolovať funkčnosť i.v. linky,
- skontrolovať a následne monitorovať krycí obväz operačnej rany,
- skontrolovať a následne monitorovať vaginálne krvácanie,
- monitorovať príjem a výdaj tekutín,
- podávať ordinovanú liečbu a kontrolovať možné komplikácie infúznej resp. transfúznej liečby,
- monitorovať bolesť, každé 2-3 hodiny (intenzita, lokalizácia, charakter, nástup bolesti, vyžarovanie, trvanie, sprievodné faktory – meteorizmus, zmeny VF...),
- monitorovať psychický stav pacientky,
- monitorovať bezpečnosť pacientky,
- monitorovať príznaky vnútrobrušného krvácania a výskyt pooperačných komplikácií (dušnosť, tachykardia, hypotenzia...),
- podľa potreby podávať kyslík,
- sledovať laboratórne parametre,
- udržiavať kontakt s pacientkou,
- poučiť o nutnosti klúdu na lôžku, o použití signalizačného zariadenia,
- akékoľvek odchýlky v zdravotnom stave pacientky konzultovať s lekárom (Skvašík, Magerčiaková, 2024; Simočková, 2022; Stromberg, 2021; Moorhead, Johnson, Maas, Swanson, 2013).

ÚLOHA PÔRODNEJ ASISTENTKY V PRECHODNEJ POOPERAČNEJ FÁZE (POČAS HOSPITALIZÁCIE)

V 2. fáze pooperačného obdobia sa realizujú nasledujúce intervencie:

- monitorovať bolesť a podávať ordinované analgetiká (pri bolesti, pred spaním, pred rehabilitáciou), zaznamenať aplikáciu a sledovať účinky analgetík,
- kontrolovať a za aseptických podmienok ošetrovať operačnú ranu, resp. asistovať lekárovi pri preväze,
- monitorovať a zabezpečiť vyprázdňovanie moču a stolice,
- zabezpečiť vhodnú polohu, súkromie a intimitu prostredia v prípade vyprázdňovania sa pacientky na lôžku,
- zaistiť hygienickú starostlivosť s dôrazom na starostlivosť o operačnú ranu a jej okolie,
- realizovať oplach perianálnej oblasti a po jej osušení priložiť sterilnú menštruačnú vložku,
- zaistiť polohu a pohybový režim s dôrazom na prevenciu vzniku imobilizačného syndrómu,
- realizovať prvé vstávanie pacientky (za neustálej prítomnosti pôrodnej asistentky), zabezpečiť včasnú mobilizáciu,
- monitorovať črevnú peristaltiku, ktorá by sa mala obnoviť do 24 hodín od operačného výkonu,
- zabezpečiť podávanie výživy, postupná realimentácia – v deň operácie čaj po lyžičkách, 1. deň – tekutá diéta, 2. deň kašovitá diéta, neskôr šetriaca diéta s dostatkom tekutín,
- zabezpečiť kľudné prostredie a pokojový režim,
- zabezpečiť počas spánku vhodnú polohu (na boku, chrbát podoprieť vankúšom a vankúš vložiť medzi kolená),
- realizovať s pacientkou cievnú gymnastiku dolných končatín a dychové cvičenia, spolupracovať s fyzioterapeutom,
- realizovať ordinované odbery, skompletizovať výsledky,
- eliminovať riziko infekcie močových ciest, respiračného systému, ústnej dutiny, i.v. kanyly, operačnej rany,
- dodržiavať zásady bariérovej ošetrovateľskej starostlivosti,
- poučiť pacientku o správnom zaobchádzaní s invazívnymi pomôckami,
- kompenzovať prípadný deficit vo všetkých sebaobslužných aktivitách,
- zabezpečiť čistotu osobnej a posteľnej bielizne,
- realizovať edukáciu pacientky o pooperačnom režime, upriamiť pozornosť na pooperačnú starostlivosť po prepustení do domáceho liečenia,
- sledovať psychiku pacientky napr. prežívanie strachu a úzkosti,
- vhodným spôsobom komunikovať s pacientkou o jej prípadných problémoch a odpovedať na jej otázky,
- poskytnúť vhodné informačné materiály,
- viesť ošetrovateľskú dokumentáciu (Skvašík, Magerčiaková, 2024; Simočková, 2022; Stromberg, 2021; Moorhead, Johnson, Maas, Swanson, 2013).

PREPUSTENIE PACIENTKY DO DOMÁCEJ STAROSTLIVOSTI A JEJ POUČENIE PÔRODNOU ASISTENTKOU O 3. POOPERAČNEJ FÁZE – FÁZE REKONVALESCENCIE

Pre obdobie zotavenia sa z chirurgického zákroku je potrebné, aby pacientka bola poučená o domácej starostlivosti, identifikácii možných komplikácií (zvýšené krvácanie, páchnuci výtok, príznaky tromboflebitídy, zvýšená TT...) a postupe (informovať lekára), keď sa tieto komplikácie vyskytnú. Dôležité je poskytnutie kontaktov na zdravotníckych pracovníkov pre prípadnú konzultáciu o zdravotnom stave. Pri poučení pacientky je potrebné klásť dôraz na pravidelné preventívne prehliadky u gynekológa. Pacientku je potrebné upozorniť na šetriaci režim a na zákaz dvíhania ťažkých predmetov po dobu 6 až 8 týždňov. V tomto období by si pacientky nemali nič vkladať do pošvy a 4 až 6 týždňov po operácii by nemali mať pohlavný styk. V rámci hygienickej starostlivosti je povolené sprchovanie. Odporúča sa ľahká fyzická aktivita a cvičenie. V oblasti stravovania sa odporúča ľahko stráviteľná strava a dostatočné množstvo vhodných tekutín. Pacientka by mala byť informovaná, že únava v pooperačnom období je bežná a obmedzí pacientku pri bežných domácich a pracovných aktivitách. Dôraz klásť na starostlivosť o operačnú ranu a jej okolie. Dôležité je poučenie o pooperačnej kontrole, kedy budú pacientke odstránené stehy (svorky). Zdôrazniť pravidelné užívanie ordinovanej farmakoterapie. Ak je to potrebné pri prepustení poučiť aj rodinných príslušníkov pacientky (Gulanick, Myers, 2017). Rodina by mala byť nápomocná najmä ako emocionálna opora, sociálna podpora, ako zdroj akceptácie, religiozity, prípadne humoru na odľahčenie situácie (Novyzedláková, 2015).

Vo fáze rekonvalescencie môže pacientka absolvovať kúpeľnú liečbu alebo fyzioterapiu. Fyzioterapia je v období rekonvalescencie súčasťou ošetrovateľskej starostlivosti. Jej cieľom je zlepšiť pohybové schopnosti, psychomotorické funkcie, znovunadobudnutie výkonnosti a zlepšenie celkového zdravotného stavu. Cielené cvičenie zvyšuje prekrvenie orgánov, zlepšuje sa látková výmena, aktivizuje sa činnosť žliaz s vnútornou sekréciou, podporuje sa vstrebávanie exudátu, zlepšuje sa črevná peristaltika, upevňuje sa svalstvo brušného lisu a panvového dna, podporuje sa vyprázdňovanie, predchádza sa obezite, poruchám kardiovaskulárneho systému a pohybového systému (Roztočil a spol., 2011). Kúpeľná liečba je primárne o zlepšení zdravotného stavu, regenerácii a prinavrátení síl po operácii. Ďalším benefitom kúpeľnej liečby je zlepšenie spánku, zmiernenie stresu a zlepšenie sebaaponímania pacientky.

V pooperačnom období sa posúdenie pacientky a starostlivosť o pacientku realizuje v nadväznosti na predoperačné a intraoperačné obdobie. Pohľad pôrodnej asistentky na pacientku je pohľad holistický t.j. pacientka je braná ako bio-psycho-sociálna a spirituálna bytosť, ktorá sa nachádza v aktuálnom stave zdravia a s rôznou úrovňou edukácie. Na pacientku pôsobia jednotlivé faktory operačného rizika (časový faktor operácie, zložitosť operačného zákroku, celkový stav pacientky) a u pacientky sa môžu prejaviť rôzne pooperačné komplikácie, ktoré môžu byť v začiatkoch prekryté pooperačnou odozvou (bolesť, slabosť, únava, subfebrilita, hypovolémia, vymiznutie peristaltiky čriev...).

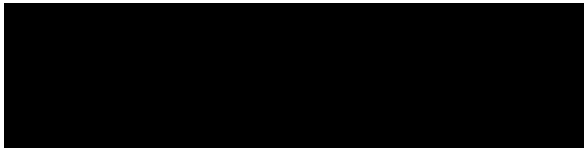
ZÁVER

Hysterektómia je výrazný zásah do tela ženy. Aké následky bude mať na ďalší život ženy závisí od viacerých faktorov napr. vplyv na jej fertilitu. Každá žena je iná a preto bude reagovať na operáciu inak. Úlohou pôrodnej asistentky je pacientke poskytnúť ošetrovateľskú starostlivosť, správne ju edukovať a vhodným spôsobom pacientku viesť počas náročného obdobia, ktoré je zasiahnuté operačným výkonom.

POUŽITÉ ZDROJE

- [1] DOHERTY, M. G. et al. 2020. *Current Diagnosis & Treatment: Surgery, 15e*. McGraw Hill LLC. 2020. [online]. [citované 04-11-2024] Dostupné: <https://accesssurgery.mhmedical.com/content.aspx?bookid=2859§ionid=242152421>.
- [2] GULANICK, M., MYERS, L. 2017. *Judith. Nursing Care Plans. Diagnoses, Interventions&Outcomes, 9e*. St. Luis: Elsevier. 2017, s. 991, ISBN 978-0-323-42818-7.
- [3] MÁRA, M., HOLUB, Z. a spol. 2009. *Děložní myomy*. Praha: Grada. 2009. s. 236, ISBN 978-80-247-1854-5.
- [4] MOORHEAD, S., JOHNSON, M., MAAS, L. M., SWANSON, E. 2013. *Nursing Outcomes Classification (NOC). Measurement of Health Outcomes, 5e*. St. Luis: Elsevier. 2013. s. 751, ISBN 978-0-323-10010-6.
- [5] NOVYSEDLÁKOVÁ, M. 2015. Zvládanie záťaže pri starostlivosti o chorého člena rodiny. In KOZOŇ, Vlastimil, BAŠKOVÁ, Martina. *Alžbeta Hanzlíková a rozvoj ošetrovateľstva*. Martin: JLF UK. 2015. s. 126, ISBN 978-80-89544-76-9.
- [6] ROZTOČIL, A. a spol. 2011. *Moderní gynekologie*. Praha: Grada. 2011. s. 528, ISBN 978-80-247-2832-2.
- [7] SIMOČKOVÁ, V. 2022. *Ošetrovateľstvo v gynekológii a pôrodnictve*. Martin: Osveta. 2022. s. 258, ISBN 978-80-8063-513-8.
- [8] SKVAŠÍK, A., MAGERČIAKOVÁ, M. 2024. *Miniinvazívna brušná chirurgia a ošetrovateľská starostlivosť o pacienta*. Bratislava: Business Intelligence Club, o.z. 2024. s. 108, ISBN: 978-80-974880-0-0.
- [9] STROMBERG, K. H. 2021. *deWit`s Medical – Surgical Nursing: Concepts and Practice. Fourth Edition*. St. Louis: Elsevier. 2021. s. 1247, ISBN 978-323-60844-2.

THE ROLE OF THE MIDWIFE IN CARING FOR A PATIENT AFTER HYSTERECTOMY



ABSTRACT

This paper is dedicated to nursing care for patients after hysterectomy and the role of the midwife in the immediate postoperative phase, the transitional postoperative phase, and the recovery phase. Nursing interventions in these stages are primarily focused on pain control, patient comfort, fluid balance, protection from injury, monitoring of vital signs, and infection prevention.

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

PhDr. Bc. Eva Moraučíková, PhD., MPH
Katolícka univerzita v Ružomberku
Fakulta zdravotníctva
Katedra ošetrovateľstva
Nám. A. Hlinku 48
034 01 Ružomberok
Slovenská republika
e-mail: eva.moraucikova@ku.sk

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav zdravotnických věd
Štefánikova 5670
760 01 Zlín
e-mail: moraucikova@utb.cz

KEYWORDS:

Postoperative period, hysterectomy, nursing interventions

VYUŽITÍ EDINBURSKÉ ŠKÁLY A MODELU PÉČE O MENTÁLNÍ ZDRAVÍ ŽEN V PRE A POST PARTÁLNÍM OBDOBÍ

PUHLOVÁ EVA
OSPALÍKOVÁ IVETA
ROSEZÍNOVÁ ALENA
FERENCOVÁ TEREZA
FRANČEOVÁ SÁRA
UNIVERZITA JANA EVANGELISTY
PURKYNĚ V ÚSTÍ NAD LABEM

ABSTRAKT

Psychika žen v těhotenství a mateřství je velmi křehká. Žena může pocítit problémy s well-beingem a duševním zdravím, to se může odrazit na její nové roli a další životní etapě.

Cílem studie bylo zhodnotit psychický stav žen v pre a post partálním období a popsat využití Modelu péče o mentální zdraví žen v perinatálním období. Realizováno kvantitativní průřezovou 4-fázovou studií; 1.–3. fáze: užití standardizované Edinburské škály posuzující psychický stav žen v těhotenství (N = 50) a 3. den a 6 týdnů po porodu (N = 80). 4. fáze: tvorba a popis Modelu mentálního zdraví u žen v perinatálním období. Výsledky ukazují, že 90 % dotazovaných žen se s rizikem poporodní deprese během šestinedělí nesetkalo. V 1. fázi mělo dle Edinburské škály postpartální deprese riziko poporodní deprese 5 respondentek (6,3 %).

Ve 2. fázi byl záchyt rizika poporodní deprese u dalších 3 respondentek (3,8 %). Na podkladě výsledků byl volně přeložen a popsán Model péče o mentální zdraví žen v perinatálním období. Těhotenství je nejen fyzicky, ale hlavně psychicky náročné. Bylo by vhodné se zaměřit na duševní stav žen v tomto období a perinatálně posuzovat psychický stav díky screeningu, vyhledávat rizikové skupiny žen a eventuálně jim včas pomoci.

KLÍČOVÁ SLOVA:

Duševní zdraví, těhotenství, stres, deprese, Edinburská škála

ÚVOD

Těhotenství a mateřství je období, kdy žena prochází změnami somatickými, sociálními, ale i psychickými. Těhotenství a porod představují kritická období výrazných psychosociálních změn, během nichž dochází k přehodnocení ženských rolí a přijetí nových odpovědností, což zvyšuje riziko rozvoje mateřské deprese v prepartálním i postpartálním období (Slomian et al., 2019). Deprese po porodu je zdravotním problémem mnoha žen v různých kulturách. Ačkoliv longitudinální a epidemiologické studie přinesly různé míry prevalence, metaanalýza 59 studií uváděla prevalenci až 13% výskytu psychických problémů po porodu, přičemž většina případů začala již v prvních třech měsících po porodu. Ženy, které zažily v pre a postpartálním období psychické problémy mají výrazně vyšší pravděpodobnost, že budou v budoucnu zažívat epizody deprese, psychických problémů i v dalším životě (Dennis, 2005). Ženy se na samotné období mateřství snaží adaptovat. V některých případech bohužel neproběhne adekvátně adaptace na proces těhotenství a mateřství a u žen se mohou vyskytnout psychické problémy. Někdy se i ženy mohou potýkat s nediodagnostikovanými psychickými problémy, či je již mají zaznamenané v anamnéze. Perinatální duševní problémy postihují 10–20 % žen během těhotenství a prvního roku po porodu. Většina lidí má povědomí hlavně o problémech s psychikou žen v postpartálním období, ale psychické problémy se mohou objevit právě i během těhotenství. V poporodním období se běžně vyskytují krátké, ale neškodné emoční změny nálad, projevující se hlavně podrážděností, plačtivostí, což je dáno poklesem progesteronu a estrogeneru po porodu. Tyto stavy odezní ve většině případů do 10.–28. dne po porodu. U menší skupiny žen může docházet k déletrvajícimu zhoršení kognitivních funkcí, chování, nálad, které mohou mít různé stupně zhoršení a dobu trvání (Praško, 2002). Mezi nejčastější duševní onemocnění vyskytující se v těhotenství a v poporodním období jsou poporodní blues, postnatální deprese (PND), úzkost, stres či před porodem tokofobie. Mezi další perinatální duševní choroby se řadí i obsedantně-kompulzivní porucha (OCD), posttraumatická stresová porucha (PTSD) a poruchy příjmu potravy. Tyto poruchy a onemocnění se mohou pohybovat od mírných až po těžké a vyžadují již adekvátní terapii a léčbu specialisty v rámci multidisciplinárního týmu. Narušená psychika žen se může projevit depresivním laděním po většinu dne, ztrátou zájmu, potěšením, poruchami spánku, zhoršením koncentrace a nerozhodností, změnami hmotnosti, pocitu bezcennosti a viny, sebevražednými myšlenkami nebo dokonce suicidními stavy (Mughal et al., 2022). Duševní stav ženy v těhotenství se může odrazit na zvládnutí těhotenství, porodu, poporodním období, psychosomatickém vývoji novorozence a jeho péči. Duševní zdraví se spojuje s problémy, které ženu zasáhly dříve, jako gynekologické, rodinné, partnerské problémy, pracovní vytíženost či výskyt onemocnění ženy nebo v jejím okolí (Chauhan, Potdar, 2022). Společně s duševním onemocněním se spojuje duševní zdraví, proto je důležité zmínit, co tento pojem znamená. Duševní zdraví značí nepřítomnost poruch či problémů, které mají vliv na psychiku, duševní pohodu, emoční stabilitu, ale také na klidnou mysl. S duševním zdravím se spojuje duševní pohoda, tzv. well-being. Jedná se o stav, kdy

je žena spokojená, bez starostí a prožívá příjemné emoce. Tento status potřebuje ale další prvky, aby byla žena spokojená, měla kladné pocity (hezké vzpomínky, zážitky), každodenní činnost či hobby, pevné vztahy (láskyplné se zázemím), (Procházka a kol., 2020). Těhotenství se tradičně pokládá za příjemné období, plné radostných chvil, s případnými psychickými problémy a porušeným well-beingem nejčastěji až po porodu a v období šestinedělí. Bohužel to není pravda. Existuje stále více případů, kdy má žena špatné duševní zdraví už na začátku těhotenství, i v jeho průběhu. Proto se v dnešní době duševnímu zdraví přikládá větší důraz i v průběhu těhotenství, a nejen po porodu (Chauhan, Potdar, 2022). V rámci péče o ženy v těhotenství je podporován tzv. kontinuální model péče, což by mohlo být využitelné i v péči o mentální zdraví těhotných žen a žen v poporodním období.

METODIKA

Hlavním cílem bylo zhodnotit psychický stav žen v pre a post partálním období a popsat Model péče o mentální zdraví žen v perinatálním období. *Metodika:* Kvantitativní průřezový výzkum (cross sectional study), který proběhl ve 4 fázích. V 1.–3. fázi byla použita metoda: Standardizovaný dotazník Edinburská škála postpartální deprese (EDPS), doplněno o nestandardizované otázky týkající se faktorů predikujících rozvoj pre-postpartálních psychických problémů. Sběr dat za využití EDPS byl prováděn pomocí panelového 3-fázového výzkumu. Panelový výzkum je metoda, při které je prováděn sběr dat na stejných osobách v delším časovém horizontu. Soubor osob se nazývá panel, který je tvořen určitou skupinou populace, která má společný znak (Frees, 2004). *Edinburská škála postnatální deprese:* Škála se skládá z deseti krátkých výroků. Rodička zaškrtně jednu ze čtyř možných odpovědí, které se nejvíce blíží tomu, jak se cítila v předchozích dnech. Odpovědi jsou hodnoceny 0, 1, 2 nebo 3 body, na základě závažnosti symptomu. Je třeba dbát na to, aby žena nediskutovala o svých odpovědích s ostatními. Celkové skóre se zjistí sečtením skóre pro každý z deseti výroků. Ženy s hodnocením nad třináct bodů pravděpodobně trpí depresí a měly by vyhledat lékařskou pomoc. K potvrzení diagnózy je potřeba pečlivé klinické hodnocení zdravotnickým pracovníkem. Škálu lze použít také šest až osm týdnů po porodu nebo během těhotenství (Cox et al., 1987). *Kritéria responzí:* V 1. fázi N = 50 žen (osloveny metodou snow-ball), ve 36. týdnu těhotenství; 2. fáze N = 80 žen (osloveny metodou snow-ball a dále volba záměrná), 72 hodin po porodu, porod po ukončeném 37. týdnu; 3. fáze N = 80 žen, osloveny 5–6 týdnů po porodu, stejná skupina žen; všechny ženy byly bez omezení věku, parity, vzdělání, způsobu porodu. Ve 2. fázi výzkumu bylo rozdáno 150 dotazníků. Návratnost byla 73 %, tedy 109 dotazníků. 8 dotazníků bylo z šetření vyřazeno z důvodu nevyplnění telefonního čísla. S telefonním číslem jich bylo vyplněných tedy 101. Z důvodu neúspěšného kontaktování bylo ve 2. fázi výzkumu vyřazeno 21 dotazníků. Celkově byly výsledky zpracovány z 80 kompletních a správně vyplněných dotazníků. U respondentek, kterým vyšlo EDPS 13 a více bodů ve 2. fázi bylo zjišťováno, jestli se u nich PPD opravdu prokázala a popřípadě jak jej řeší. Samotný výzkum jak u žen v prepartálním období, tak v postpartálním období trval 1 rok

(leden – prosince 2023). Data byla vyhodnocena v programu Statistica a interpretována popisnou statistikou. Ve 4. fázi byl volně přeložen a popsán Model péče o mentální zdraví u žen v perinatálním období podle Thomat et al., 2018 s doporučením pro použití v české klinické praxi.

VÝSLEDKY

Studie byla rozdělena do 4. fází. V 1. fázi byl zjišťován psychický stav žen ve 36. týdnu těhotenství. Ve 2. a 3. fázi byl posuzován psychický stav v poporodním období, 3. den po porodu a posléze 5–6 týdnů po porodu (osloveny stejné respondentky). K hodnocení psychického stavu byl využit standardizovaný dotazník, Edinburská škála postpartální deprese (EDPS). *Výsledky 1. fáze v prepartálním období:* bylo zjišťováno, jak ženy prožívají těhotenství a jak ho zvládají psychicky, jaké jsou nejčastější faktory ovlivňující jejich stav v těhotenství. Byly dotazovány ženy ve 36. týdnu těhotenství (N = 50). Velký faktor na prožívání těhotenství a na zvládání psychického stavu měla parita. Prvorodičky prožívaly určitě více negativní emoce (v 94 %). Dalším faktorem byl průběh těhotenství, kdy u druhorodiček i prvorodiček se odrážel fyzický stav a průběh těhotenství na jejich psychice. U vícerodiček převládaly odpovědi, že se cítily mentálně lépe, jelikož již měly zkušenost z předchozího těhotenství s předporodní péčí, porodem, ale i přesto byly ostražitě, neboť i v dalším těhotenství se objevovaly u nich myšlenky na zvládnutí těhotenství a možné komplikace. Jak u prvorodiček, tak vícerodiček ovlivňovalo prožívání a zvládání těhotenství fyzické zdraví, těhotenské změny (jako jsou bolesti zad, kloubů, otoky, nauzea, únava, nespavost, celková slabost). Ale objevila se i skupina žen (62 %), které byly pouze psychicky vyčerpané, právě ze strachu, stresu z těhotenství, a to z různých důvodů. Vliv na psychiku žen má i podpora partnera a rodiny. Někdy mohou v ženách vyvolávat pocity nejistoty, strachu, negativních emocí v oblasti těhotenství, zvládnutí mateřství a chodu domácnosti. Mezi faktory ovlivňujícími psychický stav se objevil i vliv financí a sociálního vytěsnění. Dále má podíl na psychickém zvládnutí těhotenství zdravotnický personál, lékař, porodní asistentka a to, zda dostatečně edukují ženy v oblasti prenatální péče, přípravy na porod, mateřství. Následně bylo zjišťováno, jak se ženy cítily v těhotenství: Pozitivně se cítilo 56 %, neutrálně 24 %, negativně 16 % žen. Dále jsme se zaměřily na změny nálad těhotných žen (posouzeno škálou od 1–10; 1 znamenala, že se ženě nálada mění zřídka, zatímco 10 znamenala, že se nálada mění velmi často). Nejčastěji se objevilo číslo 4, což může prezentovat změnu nálad, ale ne v pravidelných intervalech a ne ve velké míře. Mezi nejčastější změny nálad ženy udávaly: nadměrná citlivost, otažitost, plačtivost nebo spouštěčem změny nálady byla i fyzická nevolnost. Nejvíce se ženy shodly na plačtivosti a vtíravých myšlenkách. Celkově psychickou pohodu neboli well-being, zažívalo 55 % žen, naopak nepohodu 45 % žen. Ženy byly tázány, zda by vyhledaly odbornou pomoc. 83 % žen udávalo, že ne, pouze 17 % žen by vyhledalo odbornou pomoc. Tento výsledek poukazuje na potřebu většího šíření povědomí o dané problematice, aby nedocházelo ke stigmatizaci tématu a ženy se nestyděly vyhledat odbornou pomoc. Ve druhé části 1. fáze studie byly posuzovány emoce, psychický stav žen pomocí standardizované škály EDPS (0 - 1 - 2 - 3 body; 0 nejméně pocítované

emoce; naopak 3 nejvíce pociťované emoce). Posuzovány byly emoce: Radost, naděje, rozzlobenost, úzkost, starostlivost, panika, citlivost, narušený spánek, špatná nálada, plačtivost, pociťování špatných myšlenek. Samotné výsledky popisuje Tabulka 1.

Tabulka 1: Výsledky EDPS škály v 1. fázi studie v těhotenství

Výsledky 1. fáze	0	1	2	3
1 Radost a naděje	57 %	3 %	28 %	12 %
2 Rozzlobenost	15 %	25 %	39 %	25 %
3 Úzkost a starostlivost	45 %	22 %	24 %	9 %
4 Panika	9 %	17 %	33 %	41 %
5 Citlivost	39 %	33 %	18 %	10 %
6 Narušený spánek	7 %	24 %	32 %	37 %
7 Špatná nálada	7 %	18 %	24 %	51 %
8 Pláč	5 %	24 %	29 %	42 %
9 Špatné myšlenky	15 %	24 %	15 %	28 %
10 Ublížení	5 %	24 %	29 %	42 %

Zdroj: Vlastní, 2024

Výsledky 2. a 3. fáze v postpartálním období: Ve 2. fázi studie byl 3. den po porodu u žen posuzován psychický stav. Ve 3. fázi studie byl psychický stav žen hodnocen 5–6 týdnů po porodu. Jednotlivé odpovědi popisují Tabulky 2 a 3. Opět byl využit Edinburský dotazník, který hodnotil právě psychický stav v poporodním období. Ve 2. fázi získalo 13 a více bodů 5 respondentek (6,3 %). Ve 3. fázi byl záchyt rizika PPD u dalších 3 respondentek (3,8 %). Dvě respondentky (2,5 %) měly pozitivní skóre pro PPD v obou fázích. Jedna respondentka po telefonické konzultaci potvrdila, že se se svým psychickým stavem svěřila do péče odborníků a že u ní PPD proběhla. Průměrné skóre EDPS ve 2. fázi dotazníkového šetření bylo 5 bodů, ve 3. fázi také 5 bodů. U 26 respondentek (32,5 %) došlo mezi 2. a 3. fází k poklesu bodů a u 34 (42,5 %) naopak počet bodů stoupl. U 20 respondentek (25 %) zůstal počet bodů mezi fázemi stejný.

Tabulka 2 a 3: Výsledky EDPS škály ve 2. a 3. fázi studie postpartálně

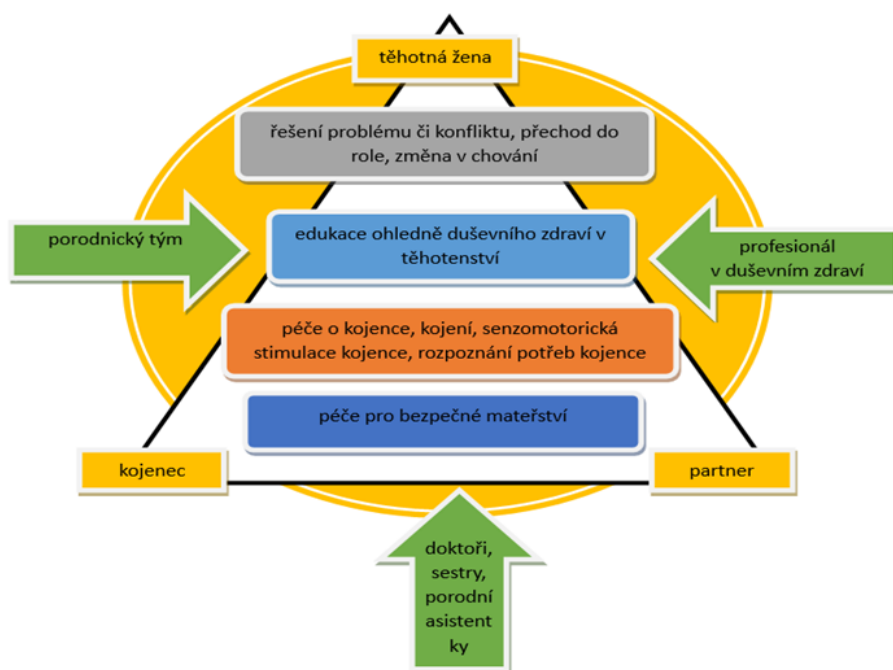
Výsledky 2. fáze	0	1	2	3
1 Radost a naděje	92,5 %	5 %	2,5 %	0 %
2 Rozzlobenost	93,5 %	5 %	1,5 %	0 %
3 Úzkost a starostlivost	67 %	20 %	10 %	3 %
4 Panika	55 %	22 %	19 %	4 %
5 Citlivost	87 %	3 %	5 %	5 %
6 Narušený spánek	39 %	38 %	14 %	9 %
7 Špatná nálada	54 %	18 %	14 %	14 %
8 Pláč	74 %	12 %	12 %	2 %
9 Špatné myšlenky	64 %	12 %	13 %	11 %
10 Ublížení	100 %	0 %	0 %	0 %
Výsledky 3. fáze	0	1	2	3
1 Radost a naděje	84 %	11 %	4 %	1 %
2 Rozzlobenost	92 %	7 %	1 %	0 %
3 Úzkost a starostlivost	61 %	10 %	24 %	5 %
4 Panika	56 %	19 %	16 %	9 %
5 Citlivost	81 %	5 %	9 %	5 %
6 Narušený spánek	73 %	15 %	7 %	5 %
7 Špatná nálada	56 %	10 %	20 %	14 %
8 Pláč	70 %	11 %	14 %	5 %
9 Špatné myšlenky	62 %	6 %	21 %	11 %
10 Ublížení	99 %	1 %	0 %	0 %

Zdroj: Vlastní, 2024

Ve druhé části u poporodního období byly opět zjišťovány rizikové faktory, které mohou participovat právě na vzniku nebo rozvoji poporodních psychických komplikací, nemocí. Jako rizikové faktory byly shledány věk, socioekonomický status, abúzus žen, parita, rodinná a osobní anamnéza ženy, přístup k těhotenství a jeho samotný průběh, podpora partnera při porodu a rodiny v poporodním období a určitě velký podíl měl způsob a zvládnutí porodu. U rizikovosti věku se ukázalo, že 13 bodů u skóre EPDS a více se projevilo u 1 respondentky ve věku 16 let a ženy nad 35 let. Riziko rozvoje EPDS se může projevit buď u mladších matek pod 18 let či u žen nad 35 let. U mladších žen je to spojeno s nezralostí, jak v oblasti psychické, tak socioekonomické. U starších žen je to dále vázáno zdravotním stavem, horším zvládnutím a průběhem těhotenství. S tím souvisel i faktor vzdělání, ve starší skupině žen se objevily ženy vzdělanější a naopak. Důležitost je spatřována v podpoře partnera a rodiny (udávalo 100 % žen ve vzorku) již v průběhu těhotenství, tak při porodu a v poporodním období. Nicméně v našem vzorku se neprojevila rizikovost partnera a rodiny v závislosti na rozvoji EPDS. Naopak se na rozvoji EPDS v naší skupině projevilo, zda bylo těhotenství neplánované, parita a průběh, zvládnutí porodu a pozitivní osobní a rodinná anamnéza. U oboru respondentek, u kterých se projevilo EPDS v pozdním stádiu a musely řešit terapii, se vyskytly tyto rizikové faktory: úzkostné stavy jak v rodině, tak u nich ještě v období před těhotenstvím; porod neproběhl dle jejich představ, buď u jedné císařským řezem po několika hodinách snažení se o přirozený vaginální porod, u druhé extrakční vaginální porod; obě ženy byly prvoroďičky. I ze studií, které byly využity v diskuzi, je patrné, že vyšší míra EPDS se projevuje právě u prvoroďiček. Jako rizikový faktor udávaly ženy i zvládnutí těhotenství, zda se u nich vyskytly nějaké komplikace či onemocnění, stav spojen s těhotenstvím. Ženy hůře prožívaly těhotenství, více se u nich projevovaly stavy strachu, úzkosti, změny nálad. Z výsledků je patrné, které faktory se mohou nejvíce podílet na rozvoji EPDS, nicméně je vhodné posoudit stav ženy komplexně, a to také v perinatálním období, což bývá podhodnocováno. V prepartálním období byl výskyt rizika pro rozvoj psychických problémů u 50 % žen. V brzkém období po porodu vyšlo najevo, že z 80 respondentek došlo u 26 (32 %) mezi 2. a 3. fází výzkumu k poklesu bodů a naopak u 34 (42 %) respondentek naopak počet bodů stoupl. U 25 % byl počet bodů stejný. Z celkového počtu respondentek byl pozitivní záchyt rizika pro rozvoj poporodních psychických problémů pouze u 2 žen, z toho 1 žena měla prokázanou PPD a svěřila se do rukou zdravotnické pomoci. Jako rizikové faktory pro rozvoj PPD jsou spatřovány vzdělání, věk, parita, socioekonomický status, podpora rodiny, partnera, zdravotnického personálu, způsob porodu a jeho zvládnutí. V období před těhotenstvím, výskyt premenstruačního syndromu či pozitivní psychiatrická anamnéza, abúzus. Žádný z rizikových faktorů nebyl přítomen u více než 50 % respondentek. U žen, kterým vyšlo dle EDPS riziko PPD, byla maximální přítomnost faktorů 40 %. Těhotenství a porod jsou významné události v životě každé ženy. Podpora duševního zdraví ženy je stejně významná jako fyzická péče o matku a dítě. Zdravotnický personál, lékař, porodní asistentka by měli znát psychickou anamnézu klientky a umět s ní pracovat. Jejich role je u problematiky peripartálních psychických problémů žen velice důležitá. Při podezření na psychické problémy by měli umět včas zajistit vhodnou diagnostiku, zvolit intervence, které by ženě pomohly, případně vybrat adekvátní řešení a spolupracovat s odborníky z jiných oborů. Součástí péče

o duševní zdraví těhotných žen a žen po porodu je i primární prevence, včasný screening duševních problémů u těhotných žen, edukace v oblasti mentálního zdraví, mateřství. Komplexní holistický přístup k ženám v oblasti peripartální podpory duševního zdraví žen popisuje Model péče o mentální zdraví žen, viz Obrázek 1, který byl volně přeložen ve 4. fázi. Model předkládá ženě realistické zobrazení mateřství a mluví o prevalenci a symptomech peripartálních duševních problémech, kdo vše se na péči o ženy podílí a jak postupovat (McGranaghan, 2014). Model popisuje, že na péči o těhotnou ženu, ženu v poporodním období v oblasti mentálního zdraví, se stará jak porodnický tým, porodní asistentky, ale i profesionál v oblasti duševního zdraví, psycholog, psychiatr a další. Ti by se měli podílet prvotně na screeningu na začátku těhotenství, posléze sledování mentálního zdraví žen. Tento model by mohl být implementován a použit i v české klinické praxi.

Obrázek 1: Model péče o mentální zdraví žen v perinatálním období



Zdroj: Vlastní, 2024, podle Thomas et al., 2018

DISKUZE

Těhotenství, porod a poporodní období má silný formativní efekt na následný vývoj nové role ženy, matky, ale i partnerky, její vztahy, rodičovský styl, zdraví a vývoj dítěte. Během těhotenství a rok po porodu zažívá mnoho žen běžné mírné změny nálady. Některé ženy mohou být postiženy běžnými duševními problémy, včetně úzkostných poruch (13 %) a deprese (12 %). Riziko rozvoje závažného duševního stavu, jako je poporodní psychóza (která postihuje 1 až 2 z 1000 žen, které nedávno porodily), těžké depresivní onemocnění, schizofrenie a bipolární onemocnění, je nízké, ale po porodu se zvyšuje. Dopad špatného duševního zdraví může být v tomto období větší, zejména pokud je neléčeno. U každé ženy se mohou během těhotenství a v prvním roce po porodu objevit psychické problémy. Ty se u ženy mohou projevovat změnami nálad, plačtivostí, podrážděností, vtíravými myšlenkami. Ženy se cítí pod tlakem, ale obtíže jim nepřijdou závažné, tudíž je neřeší a nevyhledávají odbornou pomoc. Myslí si, že jsou to běžné emocionální změny vyskytující se v těhotenství. Negativní emoce a pocity mohou být spojeny s nedostatečnou komunikací, informovaností, porozuměním, empatií ze strany zdravotnického personálu, ale i partnera a rodiny (Goldfarb, Maswime, 2021). Stejné výsledky potvrdila i naše studie. Těhotné ženy a matky, které mají nebo v minulosti zažily duševní onemocnění, budou vyžadovat zvláštní podporu. Psychický stav jedince, žen je formován jak zevními, tak vnitřními vlivy. Z toho důvodu je žádoucí znát možná rizika za celé peripartální období, mezi které se řadí socioekonomický status žen, abúzus drog, osobní a rodinná anamnéza, menstruační cyklus v období před těhotenstvím (vliv premenstruačního syndromu), zvládnutí těhotenství a porodu, časně poporodní období. Výskyt psychických problémů je spojen i s demografickým rozložením populace v jednotlivých zemích a oblastech. V chudších státech je výskyt psychických problémů vyšší, což je spjato právě i s horším socioekonomickým statutem populace, žen a jejich rodin (Škodová et al., 2021). V rozsáhlé mezinárodní studii (Ghaedrahmati et al., 2017) byly zjištěny významné rozdíly v prevalenci PPD i mezi evropskými regiony, přičemž ve východoevropských zemích byla prevalence PPD výrazně vyšší. Střední východ má nejvyšší prevalenci PPD (26 %) a Evropa nejnižší (8 %). To může být podmíněno výrazným rozdílem příjmů obyvatel jednotlivých států. V zemích s vysokými příjmy byla zjištěna prevalence 9,5 % a v zemích s nízkými nebo středními příjmy 18,7 %. Dle Guintivano et al. (2018) je jedním z faktorů přispívajícím k rozvoji PPD i úroveň dosaženého vzdělání. Příklady ukazují, že nižší úroveň vzdělání je spojena se zvýšeným rizikem PPD. Z žen, kterým dle EDPS vyšlo riziko PPD, mělo nejvyšší dosažené vzdělání (vyšší odborné/vysokoškolské) 40 % respondentek, naopak nejnižší (základní) 0 % respondentek a střední školu s výučním listem mělo 40 % žen (Tanuma-Takashi et al., 2022). Tento výsledek může být ovlivněn tím, že všechny uvedené studie pochází z vyspělých zemí, kde je ženám volně přístupné bezplatné vyšší vzdělání. To je spojeno i s tím, že ženy s nižším socioekonomickým statutem zakládají dříve rodiny, či neřeší plánování těhotenství. Plánování rodiny, parita, nechtěné těhotenství má opět vliv na vyšší výskyt PPD perinatálně (Abbasi et al., 2013; Roomruangwong et al., 2016). Navíc tyto ženy více podléhají abúzu drog, alkoholu (Jones et al., 2020). Ženy ze sociálně

slabších poměrů mají i více dětí. Ženy, které mají vyšší vzdělání, jsou ekonomicky zajištěnější, zakládají rodiny v pozdějším věku, mají méně dětí, to opět podporuje horší psychický stav, úzkostné stavy v přístupu k těhotenství a mateřství (Roomruangwong et al., 2016; Tanuma-Takashi et al., 2022). Horší psychický stav může být spojen i s výskytem onemocnění (jako jsou GDM, preeklampsie, a jiné). Tyto ženy častěji rodí císařským řezem, vyskytuje se u nich více traumatizace při porodu, právě vlivem stresu, který negativně může ovlivnit fyziologický průběh těhotenství a porodu, než u žen s nižším ekonomickým statutem (Chen et al., 2023; Ghaedrahmati et al., 2017; Roomruangwong et al., 2016; Škodová et al., 2021). Naše výsledky byly opět shodné v tom, že všechny tyto faktory ovlivňují vyšší výskyt PPD. Dalším důležitým faktorem pro rozvoj PPD je podpora zdravotnického personálu, partnera a rodiny (Ghaedrahmati et al., 2017; Qi et al., 2023). Pokud se u pacientky vyskytnou deprese, úzkosti či jiné psychiatrické onemocnění v osobní anamnéze můžeme očekávat vyšší riziko PPD (Ghaedrahmati et al., 2017; Kjeldsen et al., 2022; Tanuma-Takashi et al., 2022). Je zřejmé, že je důležité posouzení psychického stavu, rizikovosti, well-beingu žen před samotným těhotenstvím a následně v průběhu těhotenství, aby se včas podchytily rizikové faktory, nebo se ženám dalo co nejdříve pomoci. Vhodná je i podpora duševního zdraví v těhotenství, na čemž se podílí multioborový tým, porodník, obvodní lékař, porodní asistentka, psycholog, psychiatr, terapeut, v neposlední řadě také partner a rodina. Porodní asistentka hraje důležitou roli v podpoře duševního zdraví žen, poskytuje poradenství v průběhu těhotenství, ale i při porodu, poporodním období. V rámci prenatální, ale i psychopreventivní péče připravuje ženu na novou roli matky, pomáhá jí s adaptací v tomto období. Důležitý je rovný přístup k péči, což podporuje dobré duševní zdraví a zabraňuje eskalaci problémů a podporuje včasný přístup k primární i sekundární léčbě (Rahman et al., 2023). Studie z roku 2015 odhaduje, že 85 % oblastí světa nemá specializované služby pro perinatální duševní zdraví, dle pokynů NICE (NICE, 2023). Je potvrzeno, že perinatální duševní problémy mají přímý dopad na rodiny, sociální služby přibližně 1,2 miliard ročně. Významná část těchto nákladů souvisí s dopadem nejen na těhotnou ženu, ženu v poporodním období a její dítě. Je smutné, že až 75 % žen ve světě nevyhledá odbornou pomoc a trápí se samy (NICE, 2024). To je spojeno se stále nedostatečným povědomím o prevenci v oblasti duševního zdraví a stigmatizací v populaci. Ukazuje se, že kvalitní pre a postpartální péče v oblasti duševního zdraví žen se podílí na eliminaci mnohých jak těhotenských, tak postpartálních problémů, porodnických ztrát, předčasných porodů, úmrtí novorozenců a kojenců. Dále se podílí na zlepšení poporodní adaptace, rozvoje laktace, vztahů mezi ženou, partnerem a dítětem a jeho psychosomatický vývoj do budoucna (WHO, 2024). Je tedy žádoucí zaměřit se jak na primární, tak sekundární prevenci v péči o duševní zdraví těhotných žen, žen po porodu, ale i celé populace. Podpořit více výzkumů, podpůrných organizací, rozvoj, erudici, kompetence a vzdělání zdravotnických pracovníků v dané oblasti. Celkově je potřeba rozšířit a změnit přístup společnosti k duševní hygieně a péči o duševní zdraví.

ZÁVĚR A DOPORUČENÍ DO PRAXE

Těhotenství a mateřství je v životě ženy očekávaným, významným, ale také náročným obdobím, které je spojeno s fyzickými, sociálními, ale i psychickými změnami (Nicolson, 2001). Perinatální duševní choroby jsou běžné celosvětově, bez ohledu na země s vysokými, středními nebo nízkými příjmy (Thomas et al., 2018). V populaci je povědomí hlavně o psychických problémech žen v poporodním období. Nicméně duševní problémy a onemocnění se mohou vyskytovat již v prepartálním období a mohou se podílet na horším průběhu těhotenství, porodu, či predikci psychických problémů v postpartálním období. Těhotným a ženám po porodu v české klinické praxi stále chybí podrobnější a ucelené informace o psychických problémech a onemocněních. Chybí informace o jejich projevech, rizikových faktorech, o tom, na koho se mohou obrátit o pomoc a jak situaci řešit. V českých porodnicích není dostatečně erudovaný či vzdělaný personál v dané problematice, což může být klíčové k záchytu PPD u žen v těhotenství a po porodu. Ženám se nedostává adekvátních informací a edukace o perinatálních psychických problémech, které jsou součástí každodenní praxe. Nicméně špatné fyzické zdraví v těhotenství a časném postpartálním období je spojeno s horším duševním zdravím (well-beingem) během prvních 12 měsíců po porodu, ale může přetrvávat i v průběhu celého života a ovlivnit tak kognitivní a sociální vztahy. Včasná intervence na podporu duševního zdraví těhotných žen a matek by měla zahrnovat diagnostiku, hodnocení psychických problémů (např. za využití hodnotících technik jako je právě EDPS a další screeningové techniky, programy) či onemocnění, volba vhodných intervencí k řešení mentálních problémů jak prepartálně, tak postpartálně. Česká republika nemá komplexní preventivní strategii ke zjišťování perinatálních psychických problémů, jako je tomu ve světě. Žádoucí by byla i celková osvěta v populaci, ale i mezi zdravotnickým personálem, neboť duševní zdraví je stále stigmatizováno a odmítáno, jak ze strany laické, tak odborné společnosti. Nicméně well-being a duševní zdraví populace se odráží jak na fertilitě žen, zdárném průběhu těhotenství, zvládnutí porodu, poporodního procesu, ale i na lepší adaptaci a vývoji novorozence, jedinců. Je tak adekvátní se zaměřit na podporu zdravého těhotenství, životního stylu, komunitní péči v těhotenství a po porodu, na primární a sekundární prevenci. Péče a služby o duševní zdraví by měly být zahrnuty do běžných preventivních kontrol a úhrad za zdravotní služby péče o jedince, aby tak byly cenově dostupné všem skupinám populace. Tato opatření mohou zlepšit kvalitu života populace, eliminovat společenské problémy, výskyt a závažnost problémů spojených s vývojem dětí a dlouhodobé účinky na ženy a jejich rodiny spojené právě s důsledky neléčených perinatálních duševních problémů.

POUŽITÉ ZDROJE

- [1] ABBASI, S., CHUANG, C., DAGHER, R., ZHU, J., KJERULFF, K. 2013. Unintended Pregnancy and Postpartum Depression Among First-Time Mothers. *Journal of Womens Health*. Dostupné z: doi:10.1089/jwh.2012.3926
- [2] COX, J. L., HOLDEN, J. M., SAGOVSKY, R. 1987. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*. Dostupné z: doi: 10.1192/bjp.150.6.782
- [3] DENNIS, C. L. 2005. Psychosocial and psychological interventions for prevention of postnatal depression: systematic review. *British Journal of Midwifery*. Dostupné z: doi: 10.1136/bmj.3317507.15
- [4] FREES, E. 2004. *Longitudinal and Panel Data: Analysis and Applications in the Social Sciences*. Cambridge University Press. New York. Dostupné z: doi: 10.1017/CBO9780511790928
- [5] GHAEDRAHMATI, M., KAZEMI, A., KHEIRABADI, G., EBRAHIMI, A., BAHRAMI, M. 2017. Postpartum depression risk factors: A narrative review. *Journal of Educ. Health Promot.* Dostupné z: doi: 10.4103/jehp.jehp9.16
- [6] GUINTIVANO, J., SULLIVAN, P. F., STUEBE, A. M., PENDERS, T., THORP, J., RUBINOW, D. R., MELTZER-BRODY, S. 2018. Adverse life events, psychiatric history, and biological predictors of postpartum depression in a ethnically diverse sample of postpartum women. *Psych.Med.* Dostupné z: doi: 10.1017/S0033291717002641
- [7] CHAUHAN, A., POTDAR, J. 2022. Maternal Mental health During Pregnancy: A critical Review. *Cureus*. Dostupné z: doi: 10.7759/cureus.30656
- [8] CHEN, J., ZHAO, J., CHEN, X., ZOU, Z., NI, Z. 2023. Paternal perinatal depression: A concept analysis. *Journal List. Nursing Open*. Dostupné z: doi: 10.1002/nop2.1797
- [9] JONES, D., DOWSE, E., CHAN, S., EBERT, L., WYNNE, O., THOMAS, S., FEALY, S., EVANS, T. J., OLDMEADOW, CH. 2020. Impact of Perinatal Depression and Anxiety on Birth Outcomes: A retrospective Data Analysis. *Maternal Childbirth Health Journal*. Dostupné z: doi: 10.1007/s10995.020.02906.6
- [10] KJELDEN, Z. M. M., BRICCA, A., LIU, X. 2022. Family History of Psychiatric Disorders as a Risk Factor for Maternal Postpartum Depression. A systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. Dostupné z:doi: 10.1001/jamapsychiatry.2022.2400
- [11] MASWINE, S, GOLDFARB, I. 2021. Screening and Support for Mental Health Problems. *The Continuous Textbook of Womens Medicine – Obstetric Module*. Volume 3. Elements of professional care and support before during and after pregnancy. ISSN: 1756-2228. Dostupné z: doi: 10.3843/GLOWN.411693
- [12] MCGRANAGHAN, R., KNIPP, D. J., MCPHERRON, R. L., HUNT, L. A. 2014. Impact of equinoctial high-speed stream structures on thermospheric responses. *AGU Advancing earth and space sciences*. Dostupné z: doi: 10.1002/2014SW001045

- [13] MUGHAL, K. M., CHARROIS, E. M., ARSHAD, M., WAJID, A., BRIGHT, K., GIALLO, R., KINGSTON, D. 2022. Patterns and predictors of depressive and anxiety symptoms in mothers affected by previous prenatal loss in the ALSPAC birth cohort. *Journal of Affective Disorders*. 244 – 253p. Vol. 307. Dostupné z: doi: 10.1016.2022.03.055
- [14] NICE. NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE. 2024. Perinatal Mental Health. Dostupné z: <https://stpsupport.nice.org.uk/perinatal-mental-health/index.html>
- [15] NICOLSON, P. 2001. Poporodní deprese. Grada. Vyd. 1. ISBN 9788071699385
- [16] PRAŠKO, J. 2002. Jak se zbavit napětí, stresu a úzkosti. Grada. 204s. ISBN 8024701855
- [17] PROCHÁZKA, M. et al. 2020. Porodní asistence: Učebnice pro vzdělávání i každodenní praxi. Maxdorf. 792s. ISBN 9788073456184
- [18] QI, W., WANG, Y., LI, C., HE, K., WANG, Y., HUANG, S., LI, C., GUO, Q., HU, J. 2023. Predictive models for predicting the risk of maternal postpartum depression: A systematic review and evaluation. *Journal of Affective Disorders*. 107-120p. Dostupné z: doi: 10.1016/j.jad.2023.04.026
- [19] RAHMAN, A., WAGAS, A., ZAFAR, SW., AKHTAR, P., NAVEED, S. 2023. Optimizing cognitive and behavioral approaches for perinatal depression: A systematic review and meta-regression analysis. *Global Mental health*. Dostupné z: doi: 10.1017/gmh.2023.8
- [20] ROOMRUANGWONG, CH., WITHAYAVANITCHAI, S., MAES, M. 2016. Antenatal and postnatal risk factors of postpartum depression symptoms in Thai women: A case-control study. *Sexual and Reproductive Healthcare*. Volume 10. 25-31p. Dostupné z: doi: 10.1016/j.srhc.2016.03.001
- [21] SLOMIAN, J., HONVO, G., EMONTS, P., REGINSTER, J. Y., BRUYÉRE, O. 2019. Consequences of maternal postpartum depression: A systematic review of maternal and infant outcomes. *Womens Health*. Dostupné z: doi: 10.1177/1745506519844044
- [22] ŠKODOVÁ, Z., URBANOVÁ, E., BAŠKOVÁ, M. 2021. The Association between Birth Satisfaction and Risk of Postpartum Depression. In: *J. Environ. Res. Public Health*. Dostupné z: doi: 10.3390/ijerph181910458
- [23] TANUMA-TAKAHASKI, A., TANEMOTO, T., NAGATA, CH., YOKOMIZO, R., KONISHI, A., TAKEHARA, K., ISHIKAWA, T., YANAIHARA, N., SAMURA, O., OKAMOTO, A. 2022. Antenatal screening timeline and cutoff scores of the Edinburgh Postnatal Depression Scale for predicting postpartum depressive symptoms in healthy women: a prospective cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth*. Dostupné z: doi: 10.1186/s12884.022.04740w
- [24] THOMAS, L., GANDHI, S., PAREL, J. T. 2018. Interventions for Mothers with Postpartum Depression: A Systematic Review. *International Journal of Depression and Anxiety*. Vol 1. Dostupné z: doi: 10.23937/ijda-2017/1710002
- [25] WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Mental Health. Brain Health and Substance Use. Maternal mental health. 2024. Dostupné z: <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/promotion-prevention/maternal-mental-health>

UŠTĚ OF THE EDINBURGH SCALE AND MENTAL HEALTH MODEL IN WOMEN IN THE PRE AND POST PARTUM PERIOD

also psychologically demanding. It would be appropriate to focus on the mental state of women during this period and assess their mental state perinatally through screening, identify risk groups of women and possibly help them in a timely manner.

KEYWORDS:

Mental health, pregnancy, stress, depression, Edinburgh scale

ABSTRACT

The psyche of women during pregnancy and motherhood is very fragile. A woman may experience problems with well-being and mental health, which can affect her new role and the next stage of life. The aim of the study was to assess the psychological state of women in the pre- and post-partum period and to describe the use of the Model of care for women's mental health in the perinatal period. A quantitative cross-sectional 4-phase study was carried out; 1. – 3. phases: use of the standardized Edinburgh scale assessing the psychological state of women during pregnancy (N = 50) and 3 days and 6 weeks after childbirth (N = 80). 4. phase creation and description of the Model of mental health in women in the perinatal period.

The results describe that 90% of the women surveyed did not encounter the risk of postpartum depression during the first six weeks of pregnancy. In phase 1, 5 respondents (6.3%) were at risk of postpartum depression according to the Edinburgh Postnatal Depression Scale. In the 2nd and 3rd phases, the risk of postpartum depression was detected in another 3 respondents (3.8%). Based on the results, the Model of Care for Women's Mental Health in the Perinatal Period was freely translated and described. Pregnancy is not only physically, but

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

Mgr. Eva Puhlová, Ph.D.
Univerzita Jana Evangelisty Purkyně
v Ústí nad Labem
Fakulta zdravotnických studií
Katedra specifických zdravotnických
disciplín
Sociální péče 3652/13
400 11 Ústí nad Labem
e-mail: eva.puhlova@ujep.cz

Mgr. Alena Rosezínová, Ph.D.
Univerzita Jana Evangelisty Purkyně
v Ústí nad Labem
Fakulta zdravotnických studií
Katedra specifických zdravotnických
disciplín
Sociální péče 3652/13
400 11 Ústí nad Labem
e-mail: alena.rosezinova@ujep.cz

Mgr. Iveta Ospalíková
Univerzita Jana Evangelisty Purkyně
v Ústí nad Labem
Fakulta zdravotnických studií,
Katedra specifických zdravotnických
disciplín
Sociální péče 3652/13
400 11 Ústí nad Labem
e-mail: iveta.ospalikova@ujep.cz

Bc. Frančeová Sára
Univerzita Jana Evangelisty Purkyně
v Ústí nad Labem
Fakulta zdravotnických studií
Katedra specifických zdravotnických
disciplín
Sociální péče 3652/13
400 11 Ústí nad Labem
e-mail: sarafranceova@seznam.cz

Bc. Ferencová Tereza
Univerzita Jana Evangelisty Purkyně
v Ústí nad Labem
Fakulta zdravotnických studií
Katedra specifických zdravotnických
disciplín
Sociální péče 3652/13
400 11 Ústí nad Labem
e-mail: tereza.ferencova002@seznam.cz

RANÁ PÉČE V ČESKÉ REPUBLICCE – VÝVOJ, INSTITUCIONÁLNÍ ZAKOTVENÍ A PSYCHOSOCIÁLNÍ VÝZNAM

ZDENKA ŠÁNDOROVÁ
ILONA ĎATKO
UNIVERZITA PARDUBICE

ABSTRAKT

Raná péče v České republice je důležitým prvkem v systému sociálních služeb, který se zaměřuje na podporu rodin s dětmi se zdravotním postižením nebo s rizikem jeho vzniku. Cílem rané péče je poskytnout včasnou intervenci, která zajistí optimální vývoj dítěte a zároveň podpoří rodinu v překonávání náročných životních situací.

Tato studie analyzuje vývoj a institucionální zakotvení služby rané péče v České republice v historickém, legislativním a mezioborovém kontextu, s důrazem na její psychosociální a edukační význam pro dítě raného věku se speciálními potřebami a jeho rodinu. Studie si klade za úkol identifikovat klíčové milníky a aktéry formování této služby, poukázat na výzvy spojené s její systémovou integrací a zhodnotit její přínos v oblasti prevence sociální exkluze a podpory bio-psycho-sociálního zdraví.

KLÍČOVÁ SLOVA:

Raná péče, sociální služby, psychosociální podpora, edukace, legislativní rámec, interdisciplinární spolupráce, vývoj dítěte, speciální potřeby, prevence sociální exkluze, resilience

ÚVOD

Současné podmínky rozvoje všech oblastí lidské činnosti kladou stále větší důraz na uspokojování lidských potřeb – morálních, psychických, fyzických, kulturních, sociálních i spirituálních. Ve vztahu k socializaci a edukaci dětí raného věku je nutné reflektovat skutečnost, že moderní medicína snižuje dětskou úmrtnost, zároveň však narůstá počet dětí, které vyžadují vysoce odbornou lékařskou péči a následnou specifickou psychosociální a edukační podporu. Tyto děti mají speciální potřeby a jejich socializace i vzdělávání nemohou probíhat za běžných, ale za upravených, individualizovaných podmínek.

V této souvislosti však pomoc a podporu nepotřebuje pouze dítě s určitými omezeními v oblasti bio-psycho-sociálního zdraví, ale rovněž jeho rodina. Je nutné reagovat na změněné potřeby rodinného systému, v němž socializace a edukace dítěte probíhá, a nabídnout podporu i na úrovni nejbližšího okolí, komunity a celospolečenského systému prostřednictvím sociální politiky. V České republice je do tohoto procesu resocializace rodiny a širšího rodinného systému, v součinnosti s podpůrnými opatřeními v kontextu sociální politiky, významně zapojena sociální služba rané péče jako součást systému sociální prevence.

HISTORICKÝ VÝVOJ RANÉ PÉČE V ČR

Zařízení pro zdravotně postižené děti raného věku vznikala ve střední Evropě již koncem 19. a počátkem 20. století. Česká republika byla jednou z prvních zemí, kde se raná péče začala realizovat. Již v předválečném období byla součástí programu pražského Pedologického ústavu. „*Defekty, zvláštnosti, malformace, poruchy smyslové, tělesné a psychické se detailně popisovaly, fotografovaly, dokumentovaly a ukazovaly tak trochu jako v panoptiku. Vycházelo se z tehdejšího názvu oboru defektologie, převzatého z dřívějšího Sovětského svazu (dnešní název speciální pedagogika dokumentuje výrazný ideový posun).*“ (Matějček, 2002. s.17)

Poválečné kořeny rané péče v Československu jsou úzce spojeny se jménem Theodora Hellbrüggeho, zakladatele mnichovského Dětského centra, které se specializovalo na děti s různými formami tělesného či duševního postižení a záhy se stalo mezinárodně uznávaným. Mezi jeho klíčové spolupracovníky patřili dva čeští lékaři – pediatr a výzkumník v oblasti časného vývoje dítěte J. Papoušek a dětský neurolog V. Vojta.

Papoušek svými exaktními studii pomohl odhalit do té doby neznámý „kód“ chování novorozenců a kojenců. Prokázal, že důkladné porozumění zákonitostem časného vývoje je předpokladem pro efektivní časnou behaviorální terapii (Matějček, 2002). Vojta se proslavil svou fyzioterapeutickou metodou používanou zejména u dětí s dětskou mozkovou obrnou – tzv. Vojtovou metodou (Matějček, 2000). Hellbrügge oceňoval jeho přínos v oblasti kineziologické diagnostiky a terapie.

V 50. letech 20. století se otázka terapeutické péče o děti s postižením začala pozvolna objevovat ve veřejném prostoru. Díky výše zmíněným odborníkům však již existoval odborný základ. Přibyli další významní představitelé tzv. Hennerovy neurologické školy – Lesný, Dittrich, Vlach ad. (Matějček, 2000). Práce Vlacha, který se věnoval výzkumu tzv. primitivních reflexů u kojenců, je citována i Hellbrüggenem.

Učení pražské neurologické školy proniklo nejen do pediatrie, ale také do speciální pedagogiky, kde mělo vliv především díky práci Miloše Sováka. Sovák se stal průkopníkem zejména v oblasti rozvoje řeči a komunikace u dětí v raném věku. V 60. a 70. letech se ve společnosti začala prosazovat myšlenka potřeby co nejčasnější intervence u dětí se speciálními potřebami.

Významná šetření byla prováděna v prostředí dětí ohrožených vývojem – zejména dětí vyrůstajících v ústavních zařízeních. Zatímco systém ústavní péče převzatý z první republiky byl promyšlený a v evropském kontextu kvalitní, v 50. letech došlo k jeho zásadní změně – byla zrušena pěstounská péče a masivně se budovala zařízení kolektivní výchovy. Výzkumy ukázaly závažná psychická a vývojová opoždění u dětí vyrůstajících v těchto ústavech, známé jako *psychická deprivace* (J. Langmeier, Z. Matějček). Tato zjištění sice vyvolala reakce v pediatrických kruzích, nikoliv však v oblasti pedagogiky. Ani tehdejší politické vedení jim zpočátku nevěnovalo pozornost. Významná odborná publikace *Psychická deprivace v dětství* mohla být vydána až v roce 1963.

Demokratické změny po listopadu 1989 otevřely možnost pro zřizování organizací, zejména neziskových, které se zaměřovaly na tzv. ranou péči jako systémovou nabídku komplexních služeb rodině a dítěti se speciálními potřebami raného věku. Ani v tomto období však raná péče nenaplňovala stále ještě všechna potřebná kritéria.

Od roku 1990 poskytovaly podle Kapra (2002, s. 52) 80 % rané péče státní organizace, zejména speciálně pedagogická centra (SPC). Chyběl odpovídající legislativní podklad pro poskytování, a hlavně financování rané péče. Finanční možnosti SPC byly omezené. Nestátní organizace, pracoviště rané péče, dětská centra, dětské stacionáře a další, poskytovaly v té době cca 20 % rané péče v České republice.

Ministerstvo zdravotnictví zajišťovalo ze zákona zdravotní péči dětem raného věku. Tato péče nebyla propojena s dalším okruhem služeb rané péče poskytované jinými resorty. Ministerstvo práce a sociálních věcí bylo odpovědné za sociální pomoc rodinám. Tato povinnost byla realizována prostřednictvím komunálních (místních), okresních a krajských orgánů. Nedostatečná provázanost léčebných, pedagogických a sociálních služeb byla dlouhodobě patrná.

Od 1. ledna 2001 přešly zřizovatelské pravomoci poradenských institucí na kraje. Tyto instituce pracovaly na základě principů minimálního zásahu do rodiny, poskytovaly služby přímo v domácím prostředí a respektovaly svobodnou volbu rodičů v souladu s tzv. Standardy rané péče.

Jak uvádí Šándorová (2005, 2015), návrhy koncepcí rané péče do přijetí zákona č. 108/2006 Sb. oscilovaly mezi rezorty zdravotnictví, školství a práce a sociálních věcí. Ranou péčí tak bylo možné chápat jako souhrn zdravotnických, výchovně-vzdělávacích a psychosociálních aktivit. Holistické pojetí rané péče proto vyžaduje integrovaný přístup, tedy participaci všech potřebných aktivit a služeb s přesahem rezortů.

Významné změny přinesl až zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, který ranou péči zařadil mezi služby sociální prevence. Podle § 54 tohoto zákona je raná péče definována jako: „*terénní služba, popřípadě doplněná ambulantní formou služby, poskytovaná dítěti a rodičům dítěte ve věku do 7 let, které je zdravotně postižené nebo jehož vývoj je ohrožen v důsledku nepříznivého zdravotního stavu. Služba je zaměřena na podporu rodiny a podporu vývoje dítěte s ohledem na jeho specifické potřeby.*“ Služba je poskytována bezplatně v přirozeném prostředí rodiny nebo v prostorách poskytovatele, a to odbornými pracovníky – speciálními pedagogy, sociálními pracovníky, psychology a dalšími odborníky podle potřeby. (zákon č. 108/2006 Sb.)

LEGISLATIVNÍ RÁMEC A STANDARDY RANÉ PÉČE

Od účinnosti zákona o sociálních službách tak dochází k zásadnímu institucionálnímu ukotvení rané péče v systému sociální politiky státu. Raná péče byla zařazena mezi registrované sociální služby, což přineslo větší stabilitu, lepší možnosti financování i stanovení standardů kvality poskytovaných služeb. Dále byl kladen důraz na multidisciplinární spolupráci, prevenci sociálního vyloučení rodin s dětmi se zdravotním postižením a podporu jejich začleňování do běžného společenského života.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, definuje ranou péči jako specifickou sociální službu zaměřenou na podporu rodin s dětmi se zdravotním postižením. Tento zákon poskytuje jasný legislativní rámec a stanovuje standardy pro její poskytování. Součástí úpravy je i systém financování sociálních služeb, včetně rané péče, což významně přispívá k dostupnosti této služby pro rodiny, které ji potřebují. Financování je zajišťováno ze státního rozpočtu, krajských či obecních zdrojů, a to prostřednictvím různých dotačních programů.

Zákon zároveň stanovuje požadavky na odbornou způsobilost poskytovatelů rané péče. Mezi klíčové profese patří speciální pedagogové, sociální pracovníci, psychologové či fyzioterapeuti, kteří spolupracují s rodinou a dítětem. V rámci poskytování rané péče je kladen důraz na individuální plánování služeb – každý klientský plán stanovuje konkrétní cíle, metody a prostředky podpory přizpůsobené potřebám dítěte a jeho rodiny.

Raná péče se zaměřuje na komplexní podporu celé rodiny – kromě přímé práce s dítětem zahrnuje poradenství, podporu a vzdělávání rodičů, s cílem posílit jejich kompetence a podpořit soběstačnost rodinného systému. Raná péče tak představuje klíčovou službu sociální prevence, která napomáhá začlenění rodin s malými dětmi se zdravotním postižením do společnosti.

Základní činnosti poskytované v rámci rané péče jsou definovány ve vyhlášce č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. Tyto činnosti zahrnují:

Tabulka 1: Základní činnosti při poskytování rané péče

Výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti
1. zhodnocení schopností a dovedností dítěte i rodičů, zjišťování potřeb rodiny a dítěte s postižením nebo znevýhodněním;
2. specializované poradenství rodičům a dalším blízkým osobám;
3. podpora a posilování rodičovských kompetencí;
4. upevňování a nácvik dovedností rodičů nebo jiných pečujících osob, které napomáhají přiměřenému vývoji dítěte a soudržnosti rodiny;
5. vzdělávání rodičů, například formou individuálního a skupinového poskytování informací a zdrojů informací, seminářů, půjčování literatury;
6. nabídka programů a technik podporujících vývoj dítěte;
7. instrukce při nácviku a upevňování dovedností dítěte s cílem maximálního možného využití a rozvoje jeho schopností v oblasti kognitivní, sensorické, motorické a sociální.
Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím
1. pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s rodinou a pomoc a podpora při dalších aktivitách podporujících sociální začleňování osob;
2. podpora a pomoc při využívání běžně dostupných služeb a informačních zdrojů.
Sociálně terapeutické činnosti
1. psychosociální podpora formou naslouchání;
2. podpora výměny zkušeností;
3. pořádání setkání a pobytových kurzů pro rodiny.
Pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí
1. pomoc při komunikaci, nácvik dotazování a komunikačních dovedností, podpora svépomocných aktivit rodičů;
2. doprovázení rodičů při vyřizování žádostí, na jednání a vyšetření s dítětem, popřípadě jiná obdobná jednání v záležitostech týkajících se vývoje dítěte.

Zdroj: Vlastní, 2025

SHRnutí ZÁKLADNÍCH FÁZÍ VÝVOJE RANÉ PÉČE V ČESKÉ REPUBLICE

V první fázi, která je datována do 60. let 20. století, reagovala raná péče na poznatky z psychologických, neurologických a sociologických výzkumů. Už v této fázi je zaměřena na pomoc celé rodině usnadnit vývoj dítěte, u něhož se předpokládal atypický vývoj, a to od narození do 3 let.

Ve druhé fázi vývoje rané péče již bylo zaznamenáno detailnější rozpracování jejích cílů. a kromě péče o ohrožené dítě (v našem upřesněném pojetí) a jeho rodinu je zaměřená na co největší normalizaci zdravotních limitů. Programy směřovaly k takovým službám, které poskytovaly takovou pomoc, podporu, intervenci, které v samotném důsledku co nejpříznivěji ovlivnily zaškolení dítěte v rámci předškolního a základního ev. speciálního vzdělávání do příslušné vzdělávací instituce.

Třetí, současná vývojová fáze již odráží stav, kdy jsou poskytované služby ukazatelem vyspělosti sociálního státu, tj. sociální politiky a ekonomické úrovně podpory.

SOUČASNÝ STAV A ROZVOJ RANÉ PÉČE V ČR

Raná péče má v České republice stabilní legislativní i praktické ukotvení. Významný milník představoval projekt „Programy a legislativa rané péče v zemích EU a ČR“, realizovaný od roku 2000 Společností pro ranou péči. Cílem projektu bylo vytvořit minimální standardy služby, shromáždit relevantní informace a zapojit odbornou i laickou veřejnost, zástupce samosprávy, státní správy i rodičovské organizace (Pexiederová, Hradilková, 2001a, s. 7). V současnosti lze konstatovat, že původní cíle byly naplněny a služba rané péče je v České republice pevně etablovaná (Pexiederová, Hradilková, 2001b, s. 11).

Existuje zákonné opatření vymezující způsob a rozsah péče. Tímto opatřením je zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách v platném znění a příslušné přílohy – vyhláška č. 391/2011 Sb., kterou se mění vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů a Standardy kvality sociální služby raná péče.

I přes problémové a nedostatečné financování sociálních služeb jsou na ranou péči vyčleňovány každoročně finanční zdroje ze státního rozpočtu, ze zdrojů krajských úřadů i místních správ v rámci vícezdrojového financování, a to na základě dotačních řízení. Finanční prostředky si poskytovatelé služby zajišťují také formou fundraisingu (projekty ESF za spolufinancování ze státního rozpočtu, nadace, sbírky, dary apod.). Pro klienty je služba poskytována zdarma.

Organizační struktura rané péče je na vysoké úrovni – poskytovatelé disponují odpovídající prostorovou a personální kapacitou, přizpůsobenou potřebám cílové

skupiny. Raná péče v ČR má primárně charakter terénní (mobilní) služby, doplněné o ambulantní složku.

Je vypracován koncept práce, který zahrnuje pedagogické, psychologické, sociální a lékařské obory, tzn. teoretická vybavenost a rozhodnutí o charakteru zařízení. V ČR je to dle zákona převážně charakter mobilní, terénní sociální služby s doplněním ambulantní složky, kdy se práce může odehrávat v prostorách zařízení.

Jsou vypracovány principy efektivního a etického poskytování rané péče a jejich implementace do interdisciplinárního týmu. Existuje možnost vzdělávání odborníků, je zajištěno další interní vzdělávání a možnost supervize, stanovená přímo v zákoně.

Hlavními poskytovateli služby jsou nestátní neziskové organizace. Střediska rané péče navzájem spolupracují a vytvářejí síť s dalšími aktéry v oblasti sociálních služeb (MPSV), školství (mateřské, základní i speciální školy) a zdravotnictví. Postupně dochází k překonávání bariér tzv. rezortismu.

Informace o službě jsou implementovány mezi veřejnost např. prostřednictvím Týdne rané péče a dalších propagačních a osvětových aktivit. Je vypracován systém hodnocení služeb v rámci makrosystému, a to prostřednictvím Standardů kvality sociálních služeb. Hodnocení realizuje inspekce kvality na národní úrovni. Hodnocení služeb se realizuje i na úrovni mikrosystému organizace např. prostřednictvím dotazníkových šetření pro klienty, členy týmu či dalších spolupracujících subjektů. Je zajištěna zpětná vazba, která je velmi významnou pro vyhodnocení efektivity a kvality služby. V rámci regionální sociální politiky je hodnocení realizováno i v rámci komunitních plánů obcí s rozšířenou působností.

Rozvoj a inovace služby jsou podporovány výzkumnými aktivitami a pilotními projekty na národní, evropské i mezinárodní úrovni.

Raná péče představuje na této úrovni službu s komplexním servisem v oblasti poradenství, ucelené (re)habilitace (léčebné, pedagogické, sociální), s interdisciplinární a mezirezortní participací, zavedenou sítí poskytovatelů a spolupracujících institucí, ale také kooperací se zahraničními partnery a odborníky na teoreticko-praktické bázi.

INTERDISCIPLINÁRNÍ A TRANSDISCIPLINÁRNÍ TÝMOVÁ PRÁCE

Mezi nejběžnější formy spolupráce patří interdisciplinární a transdisciplinární týmová práce. V transdisciplinárním modelu (např. King, D. et al., 2009) si odborníci sdílejí kompetence a navzájem se školí ve vybraných oblastech, aby jeden klíčový pracovník mohl poskytovat ucelenou podporu rodině. To eliminuje zahlcení rodiny více specializovanými vstupy a vede ke sjednocenému přístupu. V České republice je stále častěji prosazován tzv. model primárního poskytovatele služby (key

worker), který je pro rodinu hlavním kontaktem a zajišťuje koordinaci služeb a konzultací s ostatními odborníky.

Psychologická efektivita těchto intervencí je podpořena využitím několika klíčových teorií:

- Teorie attachmentu (J. Bowlby) – zdůrazňuje význam bezpečného citového pouta mezi dítětem a pečující osobou. Intervence v rané péči pracují s posilováním tohoto pouta jako základu zdravého psychického vývoje. Odborníci podporují rodiče v senzitivní a responzivní péči, čímž napomáhají vytváření bezpečného typu attachmentu.
- Model transakčního vývoje (A. Sameroff) – poukazuje na to, že vývoj dítěte je výsledkem vzájemného působení biologických a environmentálních faktorů, zejména kvality interakcí mezi dítětem a jeho pečovateli. Tento model podporuje individualizaci intervencí podle konkrétních potřeb dítěte a rodiny.
- Ekologický model vývoje (U. Bronfenbrenner) – upozorňuje na vliv různých úrovní prostředí (rodina, komunita, instituce) na vývoj dítěte. Raná péče proto usiluje o propojení rodinného systému s širšími podpůrnými zdroji (např. školkami, praktickými lékaři, sociálními službami), čímž se vytváří komplexní podpora napříč mikrosystémy dítěte.
- Teorie self-efficacy (A. Bandura) – důraz je kladen na posilování rodičovské sebeúčinnosti, tedy víry rodičů ve vlastní schopnosti zvládat výchovu a podporu svého dítěte. Pracovníci rané péče využívají metody pozitivního posilování, zpětné vazby a sdílení úspěchů, čímž přispívají k větší důvěře rodičů ve své kompetence.
- Teorie resilience – intervence v rané péči se nezaměřují pouze na deficity, ale také na posílení silných stránek dítěte a rodiny, čímž podporují zvládání náročných životních situací a adaptaci na specifickou diagnózu nebo omezení.

Praktické metody uplatňované v rámci rané péče vycházejí z těchto teorií a zahrnují například vývojově orientovanou diagnostiku, podporu přirozeného učení dítěte v domácím prostředí, modelování vhodného chování rodičům, nácvik herních a komunikačních strategií nebo práci s emocemi v rodině. Velký důraz je kladen na partnerský přístup ke klientům, jejich aktivní zapojení do plánování péče a na respekt k individuálním hodnotám a potřebám každé rodiny.

Efektivní propojení odborností v rámci multidisciplinárního týmu tak vytváří prostor pro včasnou, cílenou a citlivou podporu dítěte a jeho blízkých. Zkušenosti i výzkumy ukazují, že právě takový přístup přináší nejlepší výsledky ve zlepšení vývojových perspektiv dítěte a ve zvyšování kvality života celé rodiny.

VLIV RANÉ PÉČE NA KOGNITIVNÍ, EMOČNÍ A SOCIÁLNÍ VÝVOJ DÍTĚTE

Raná péče má zásadní dopad na dlouhodobý psychický vývoj dítěte. Kvalitní a včasná intervence může pozitivně ovlivnit emoční, sociální a kognitivní vývoj dítěte. V oblasti emočního vývoje poskytuje raná péče bezpečné, stabilní a podpůrné prostředí, které posiluje citovou vazbu mezi dítětem a rodičem, zvyšuje jeho pocit jistoty a sebedůvěry, a přispívá k utváření zdravého obrazu o sobě samém. V oblasti emočního vývoje poskytuje raná péče bezpečné a podpůrné prostředí, které napomáhá budování bezpečné vazby mezi dítětem a rodiči, případně dalšími pečujícími osobami. Programy zaměřené na emocionální podporu a sociální interakci přispívají k tomu, že děti lépe zvládají stres, vyjadřují své emoce a navazují zdravé vztahy. Tyto programy navíc snižují úzkost a agresivitu a podporují rozvoj empatie a sociální odpovědnosti (Shonkoff & Phillips, 2000).

Na úrovni sociálního rozvoje je raná péče klíčová pro rozvoj dovedností, jako jsou spolupráce, sdílení a komunikace, které jsou nezbytné pro úspěšnou integraci do společnosti. Děti mají v rámci rané péče příležitosti k interakci s vrstevníky a dospělými, což podporuje rozvoj těchto dovedností. Schopnost samoregulace, tedy schopnost kontrolovat vlastní chování a emoce, je posilována prostřednictvím strukturovaných aktivit a pravidelného rutinního prostředí, které poskytuje dětem rámec pro sebeovládání a plánování (Denham et al., 2003). Teorie attachmentu (J. Bowlby; M. Ainsworth), zdůrazňuje význam bezpečného přilnutí mezi dítětem a pečovateli pro zdravý psychologický vývoj. Bezpečné přilnutí dává dítěti pocit jistoty a důvěry, který tvoří základ pro další sociální a emocionální růst. Raná péče tento proces podporuje tím, že zajišťuje konzistentní a citlivou péči, která odpovídá individuálním potřebám dítěte. U dětí s rizikovým vývojem, jako jsou ty s vrozenými zdravotními problémy nebo zkušenostmi se zneužíváním v rodině, je tato podpora zvláště důležitá. Intervenční programy, které se zaměřují na posílení rodičovských kompetencí a zlepšení vztahu mezi rodičem a dítětem, významně přispívají k vytvoření stabilního a podpůrného prostředí, nezbytného pro bezpečné přilnutí a celkový rozvoj dítěte (Ainsworth, 1979).

Kromě pozitivního vlivu v oblasti sociální a emoční má raná péče nezastupitelnou úlohu i v rozvoji kognitivního poznávání, neboť přispívá k stimulaci mozku dítěte a vytváření bohatého prostředí pro učení, které umožňuje rozvoj jazykových dovedností, paměti, pozornosti a schopnosti řešit problémy. Raná péče přispívá k rozvoji poznávacích funkcí prostřednictvím cílené stimulace – například formou her, sensorických aktivit či systematické práce na rozvoji řeči, paměti a logického myšlení. Odborníci rané péče dokáží přizpůsobit metody stimulace individuálním potřebám dítěte, čímž podporují optimální využití jeho potenciálu. Dosavadní studie ukazují, že děti zapojené do kvalitních programů rané péče dosahují lepších výsledků ve školních testech a mají vyšší akademický úspěch i v pozdějším věku (Heckman, 2006).

Dlouhodobé psychologické dopady rané péče jsou proto nepochybné a potvrzují význam těchto intervencí pro celkový vývoj jedince. Kvalitní raná péče nejen podporuje

aktuální vývoj dítěte, ale také vytváří pevný základ pro jeho budoucí úspěch a duševní zdraví. Investice do rané péče se proto jeví jako strategický krok k vytvoření zdravější a produktivnější společnosti.

KLÍČOVÉ OKAMŽIKY A VÝZVY V RANÉ PÉČI V POSLEDNÍCH 5 LETECH

Posledních pět let přineslo několik důležitých změn v službách rané intervence v České republice, které ovlivnily jejich dostupnost a kvalitu. Klíčovým okamžikem byla studie z roku 2020 od veřejného ochránce práv, která zkoumala dostupnost a kvalitu služeb rané intervence. Ochránce práv upozornil, že i přes rostoucí počet poskytovatelů rané intervence v České republice zůstávají problémy s nedostatečnou dostupností v některých regionech. Zejména venkovské oblasti vykazovaly nižší dostupnost těchto služeb, což vedlo k nerovným příležitostem pro rodiny. Studie také poukázala na potřebu zvýšení kapacit a financování těchto služeb a zdůraznila nutnost lepší systémové podpory a koordinace mezi sektory, státními institucemi a poskytovateli rané intervence.

Dalším významným faktorem byl dopad pandemie COVID-19. V roce 2022 se ukázalo, že opatření zavedená během pandemie měla zásadní vliv na služby rané intervence. Mnoho služeb bylo omezeno nebo převedeno do online režimu, což mělo různé dopady na kvalitu a efektivitu péče. Rodiny s dětmi, které čelily závažnějším zdravotním výzvám, měly problémy se přizpůsobit online poskytování služeb. Studie z roku 2022 ukázala, že online konzultace byly méně efektivní než osobní setkání a že mnoho rodin čelilo problémům s technologickou infrastrukturou a online prostředím (Bendová a kol., 2022).

Služby rané intervence jsou legislativně podpořeny Zákonem č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, který reguluje financování, organizaci a kvalitu služeb. V posledních letech se objevily návrhy na legislativní úpravy, které mají zjednodušit proces poskytování rané péče a zvýšit finanční podporu pro poskytovatele. Také roste zájem o rozšíření definice způsobilých příjemců služeb tak, aby zahrnovala děti s vývojovými opožděními, i bez jasné diagnózy zdravotního postižení (Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách).

VÝZNAM VČASNÉ INTERVENCE A BUDOUCNOST RANÉ PÉČE V ČR

Zdosavadních výzkumů i z praxe vyplývá, že raná péče má zásadní vliv na kvalitu života dítěte se speciálními potřebami i jeho rodiny. Včasná intervence přispívá k lepší socializaci dítěte, podpoře jeho rozvoje a snížení míry postižení či negativních důsledků nepříznivého zdravotního stavu. Poskytování podpory přímo v rodině zároveň posiluje rodičovské kompetence, snižuje stres a riziko vyhoření pečujících osob a umožňuje lepší plánování další podpory (např. při nástupu do MŠ nebo při integraci do kolektivu).

Budoucnost rané péče v České republice je úzce spjata s potřebou integrace služeb a posílení mezioborové spolupráce. Vývoj směřuje k vytvoření uceleného systému, který propojuje zdravotní, sociální a pedagogické složky tak, aby rodiny měly možnost čerpat služby bez zbytečných administrativních překážek a ve formě, která je pro ně nejvhodnější.

Dalším trendem je digitalizace a zavádění nových technologií do praxe. Online konzultace a vzdělávací platformy mohou rodinám usnadnit přístup k odborné pomoci i v odlehlých lokalitách a zároveň zvýšit flexibilitu poskytovaných služeb. Důležitou roli bude také hrát větší zapojení rodin do rozhodovacích procesů a vytváření individuálních plánů péče, které budou lépe reflektovat specifické potřeby každého dítěte.

Dlouhodobým cílem je také zvýšit povědomí veřejnosti o významu rané péče a důležitosti včasné intervence. To zahrnuje jak vzdělávání široké veřejnosti, tak i cílené kampaně zaměřené na zdravotnické pracovníky, pedagogy a další profesionály, kteří přicházejí do kontaktu s dětmi a jejich rodinami.

Včasná péče v České republice je odborný, moderní a uznávaný systém v evropském i světovém srovnání a je právně zakotvena v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Zaměřuje se nejen na minimalizaci dopadů zdravotního postižení na vývoj dítěte, ale také na sociální integraci dítěte a rodiny a jejich schopnost vyrovnat se s omezujícím postižením v přirozeném prostředí při zachování normálního životního stylu. Jedná se o multidisciplinární model, který překonává omezení oddělení péče a je schopen poskytnout komplexní podporu rodinám v řadě oborů najednou. Rodinné služby pro ohrožené malé děti jsou východiskem pro sociální, vzdělávací a pedagogické začlenění dítěte a resocializaci a reintegraci rodiny.

Včasná péče je považována za preventivní, a to v prevenci sekundární invalidity (je účinná), v prevenci institucionalizované péče (je ekonomická), v prevenci segregace (je etická).

Raná péče představuje v České republice důležitý start sociální a výchovně vzdělávací inkluze.

VÝZVY A PERSPEKTIVY DALŠÍHO ROZVOJE

Hlavními výzvami pro další rozvoj služby rané péče v ČR jsou:

- Zajištění rovného přístupu – zlepšení dostupnosti ve všech regionech.
- Zvýšení financování – stabilní financování na základě skutečných nákladů, včetně dofinancování terénní práce. Rozvoj odborných kapacit – systematická příprava nových odborníků, zajištění supervize a profesní podpory.
- Prohloubení mezioborové spolupráce – zefektivnění koordinace mezi resorty školství, zdravotnictví a sociálních věcí.

- Podpora výzkumu a evaluace – sledování dopadu rané péče na dítě a rodinu v krátkodobém i dlouhodobém horizontu.
- Zaměření na celou rodinu – nejen dítě, ale také sourozence, prarodiče a další pečující osoby.

Raná péče se tak v kontextu moderního sociálního státu ukazuje jako **klíčový nástroj prevence sociální exkluze** a podpory zdravého vývoje dětí se speciálními potřebami.

ZÁVĚR

Na základě analýzy historického, legislativního a mezioborového vývoje služby rané péče v České republice lze konstatovat, že tato služba se stala nezbytnou součástí systému podpory dětí se speciálními potřebami a jejich rodin. Zajištění kvalitní rané péče nejen přispívá k prevenci vývojových problémů, ale také hraje klíčovou roli ve snižování rizika sociální exkluze těchto dětí a jejich rodin. Přes pozitivní pokroky v institucionalizaci a legislativní podpoře rané péče však stále existují výzvy, jako je nedostatek dostatečně kvalifikovaných odborníků, fragmentace poskytovaných služeb a potřeba dalšího zajištění financování této oblasti.

Další kroky by měly směřovat k dosažení lepší koordinace mezi různými institucemi, které se podílejí na poskytování rané péče, a zajištění dostatečných zdrojů pro odborný a materiální rozvoj této služby. Podstatné bude také posílení vzdělávání odborníků, kteří se s dětmi a jejich rodinami v rámci rané péče setkávají.

Tato studie rovněž ukazuje na potřebu pokračujícího výzkumu v oblasti efektivity rané péče, který by přispěl k vymezení konkrétních indikátorů úspěšnosti a poskytl lepší nástroje pro evaluaci a rozvoj této služby v budoucnu.

POUŽITÉ ZDROJE

- [1] AINSWORTH, M.S. 1979. *Infant–mother attachment*, American Psychologist, 34(10). pp. 932–937.
- [2] BANDURA, A. 1997. *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W.H. Freeman. ISBN 978-0-7167-2850-4.
- [3] BENDO VÁ, P. et al. 2022. *Základní reflexe k poskytování sociální služby rané péče v době pandemie COVID-19*. Revue sociálních služieb. 2(1). pp. 18–28. ISSN 2729-9120 (online).
- [4] BOWLBY, J. 2010. *Vazba: teorie kvality raných vztahů mezi matkou a dítětem*. Praha: Portál. 356 p. ISBN 978-80-7367-670-4.
- [5] BRONFENBRENNER, U. 1981. *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. 4th edn. Cambridge: Harvard University Press. 15, 330 p.
- [6] ČESKO. 2006a. *Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách*. Sbírka zákonů České republiky.
- [7] ČESKO. 2006b. *Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů*. Sbírka zákonů České republiky.
- [8] DENHAM, S. A. et al. 2003. *Preschool emotional competence: Pathway to social competence?* Child Development. 74(1). pp. 238–256.
- [9] HECKMAN, J. J. 2006. *Skill formation and the economics of investing in disadvantaged children*, Science. 312(5782), pp. 1900–1902.
- [10] LANGMEIER, J., MATĚJČEK, Z. 1963. *Psychická deprivace v dětství*. Praha: SZdN. 297 [1].
- [11] KING, D.S. 2009. *The application of a transdisciplinary model for early intervention services*. Early Childhood Services. 3(3). pp. 179–193. Available at: <https://eric.ed.gov/?id=EJ884518>. Accessed: [2025-10-2].
- [12] MATĚJČEK, Z. 2000. *Co, kdy a jak ve výchově dětí*. 3rd edn. Praha: Portál. 143 p. Rádcí pro rodiče a vychovatele. ISBN 80-7178-494-X.
- [13] MATĚJČEK, Z. 2002. *Raná péče a její domácí kořeny*. Psychologie Dnes. 6, pp. 4–8. ISSN 1211-5886.
- [14] KAPR, J. 2002. *Dokument o současném stavu a perspektivách zabezpečení rané péče*. Projekt Dánsko-české spolupráce. Evropská agentura pro rozvoj speciálního vzdělávání.
- [15] PEXIEDEROVÁ, A., HRADILKOVÁ, T. 2001a. *Raná péče: Vznik služeb a role rodičů v zemích EU*. Sociální politika. 27(1). pp. 7–9.
- [16] PEXIEDEROVÁ, A., HRADILKOVÁ, T. 2001b. *Raná péče: role státu a nestátních organizací a podmínky etablování jejich služeb*. Sociální politika. 27(2). pp. 10–11.
- [17] PHILLIPS, D. A., SHONKOFF, J. P. (eds.). 2000. *From neurons to neighborhoods: The science of early childhood development*. Washington, DC: National Academies Press. (US); 2000.PMID: 25077268.
- [18] SAMEROFF, A. 2009. *The transactional model*, in SAMEROFF, A. (ed.) *The transactional model of development: How children and contexts shape each other*. Washington, DC: American Psychological Association. pp. 3–21.

- [19] ŠÁNDOROVÁ, Z. 2005. *Základy komprehenzivní a integrativní speciální pedagogiky raného věku*. Hradec Králové: Gaudeamus. 121 p. ISBN 80-7041-259-3.-3.
- [20] ŠÁNDOROVÁ, Z. 2015. *(Re)socializace v rané péči*. Pardubice: Univerzita Pardubice. 139 p. ISBN 978-80-7395-961-6.
- [21] ŠÁNDOROVÁ, Z. 2017. *Raná péče v referenčním poli speciální pedagogiky a sociálních služeb* [CD-ROM]. Pardubice: Univerzita Pardubice. ISBN 978-80-7560-120-9.
- [22] ŠTURMA, J. 2014. *Odešel prof. Dr. med. Dr. med. h. c. mult. Theodor Hellbrügge*. Available at: <http://iforum.cuni.cz/IFORUM-15107.html> Accessed: [2025-10-2].
- [23] VEŘEJNÝ OCHRÁNCE PRÁV. 2022. *Dostupnost sociálních služeb pro děti s postižením a jejich rodiny*. Brno: Kancelář veřejného ochránce práv.

Prohlášení o využití AI nástrojů: V rešeršní části této studie byl využit jazykový model ChatGPT (OpenAI) jako zdroj pro vyhledání výzkumných zpráv týkající se tématu rané péče. Veškeré citace byly následně autory důsledně revidovány, prostudovány, ověřeny a doplněny na základě odborné literatury z akademických zdrojů.

EARLY INTERVENTION IN THE CZECH REPUBLIC – DEVELOPMENT, INSTITUTIONAL FRAMEWORK, AND PSYCHOSOCIAL SIGNIFICANCE

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

PaedDr. Zdenka Šándorová, Ph.D.
Univerzita Pardubice
Katedra věd o výchově
Studentská 84
532 10 Pardubice
e-mail: zdenka.sandorova@upce.cz

PhDr., Mgr. Ilona Ďatko Ph.D.
Univerzita Pardubice
Katedra věd o výchově
Studentská 84
532 10 Pardubice
e-mail: ilona.datko@upce.cz

ABSTRACT

Early intervention in the Czech Republic is a key component of the social services system, focusing on supporting families with children who have disabilities or are at risk of developmental delay. The primary goal of early intervention is to provide timely support that ensures the child's optimal development while also assisting the family in coping with challenging life circumstances.

This study analyzes the development and institutional framework of early intervention services in the Czech Republic within historical, legislative, and interdisciplinary contexts. It places particular emphasis on the psychosocial and educational significance of early intervention for young children with special needs and their families. The study aims to identify key milestones and stakeholders involved in shaping the service, highlight the challenges related to its systemic integration, and assess its contribution to preventing social exclusion and promoting bio-psycho-social well-being.

KEYWORDS:

Early intervention, Social services, Psychosocial support, Education, Legislative framework, Interdisciplinary collaboration, Child development, Special needs, Prevention of social exclusion, Resilience

VLIV BOLESTI NA OMEZENÍ BĚŽNÝCH DENNÍCH ČINNOSTÍ U PACIENTA SE ZLOMENINOU DISTÁLNÍ ČÁSTI RADIA

JANA TRUPLOVÁ
VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ
JIHLAVA
VERONIKA ŠTERCLOVÁ
FAKULTNÍ NEMOCNICE BRNO

ABSTRAKT

Článek seznamuje s výsledky kvantitativního výzkumu, který byl zaměřen na omezení běžných denních činností u pacientů po zlomenině distální části radia. Cílem výzkumu bylo zjistit, kolik pacientů po zlomenině distálního radia pociťuje bolest při běžných denních činnostech. Zároveň byl výzkum cílen na zjištění míry srozumitelnosti poučení o komplikacích spojených s léčebným procesem.

V souvislosti s touto problematikou je potřeba si uvědomit vliv ošetřovatelského procesu u pacientů s frakturou distálního radia zaměřeného na bolest a edukační činnost. Výzkum se orientoval na zjištění, který způsob edukace o komplikacích je pro pacienta srozumitelný. Pro ucelenost pohledu na problematiku je zapotřebí vymezit způsoby léčby, které se při této zlomenině užívají. S tím souvisí i nástin komplikací, ke kterým může v období hojení dojít.

KLÍČOVÁ SLOVA:

Bolest, ošetřovatelský proces, distální radius, edukace, komplikace

ÚVOD

Přibližně 90 % zlomenin horní končetiny tvoří fraktury distální části rádia. Nejčastější skupinu pacientů představují starší lidé, zejména ženy, které trpí osteoporózou. Druhou skupinu tvoří převážně muži ve věku 20 až 40 let, u nichž k fraktuře dochází často v důsledku vysokoenergetických úrazů, jako jsou dopravní nehody, sportovní aktivity nebo pády. Tyto úrazy často vedou ke složitějším zlomeninám, které jsou doprovázeny poraněními zápěstních kostí a vazů. V takových případech je léčba obvykle chirurgická, což zároveň zvyšuje riziko komplikací spojených s operací.

Způsob léčby závisí na typu zlomeniny a její stabilitě. Ambulantní repozice distálního rádia představuje značnou zátěž nejen pro pacienta, ale i pro zdravotnický personál. Proces je časově náročný, jelikož je nutné zajistit správné postavení kosti. Pokud se zlomenina nepodaří adekvátně nastavit nebo její pozice není vyhovující, přistupuje se k chirurgické léčbě pomocí osteosyntézy.

V současnosti jsou zlomeniny distálního rádia vnímány jako složitá poranění s různou prognózou, která závisí na mnoha faktorech, jako je typ fraktury a zvolený způsob léčby. Aby bylo zachováno správné fungování zápěstí a předloktí, je při repozici nezbytné splnit několik podmínek. Zápěstí tvoří distální část rádia a ulny, na které navazují karpální kůstky, a tím je vytvořeno složené kloubní spojení. Fraktury distálního rádia lze rozdělit podle mechanismu jejich vzniku, přičemž využíváme historicky zavedené klasifikace. Na konci 19. století Abraham Colles popsal zlomeninu distálního rádia. Collesova zlomenina vzniká při pádu na natažené předloktí s dopadem na palcovou stranu dlaně. Opačný mechanismus vede ke Smithově zlomenině, kdy pád na ruku ve flexi způsobí takto označovanou frakturu (Krška, Dungal, 2021; Janíčková, Dráč, Opavský, 2015; Pilný, Slodička a kol., 2017).

V oblasti chirurgie se uplatňuje jak neinvazivní, tak chirurgický způsob léčby. Konzervativní terapie, která bývá preferovaná, zahrnuje ošetření zlomenin prostřednictvím repozice, fixace sádkou a podávání farmakologické léčby. V operační léčbě je možnost stabilizace zlomeniny osteosyntézou nebo zevním fixátorem (Zeman, Krška a kol., 2023; Páral a kol., 2020).

Proces hojení výrazně závisí na způsobu fixace zlomeniny. Mezi nejběžnější komplikace patří zhojení v malpozici, vznik pakloubů, infekce, hematomy, poranění nervů či šlach a artrotické změny. V současnosti je zlomenina distálního rádia považována za složitý úraz s různorodou prognózou, která je ovlivněna mnoha faktory, včetně zvolené léčebné metody a charakteru samotné zlomeniny (Wendsche, Veselý, 2018).

Rehabilitace je nedílnou součástí obou přístupů léčby. Při konzervativní léčbě se klade důraz na aktivní pohyb prstů postižené končetiny a její správnou elevaci, což pomáhá zmírnit vznikající otok a podporuje celkový proces hojení. Po extrakci fixace se

rehabilitace zaměřuje na zvětšení kloubního rozsahu v zápěstí a zvýšení svalové síly. Znovuzískání plné hybnosti zápěstí by mělo být do šesti týdnů od inzultu (Zeman, Krška a kol., 2023).

Hlavním cílem ošetrovatelského procesu je přispět ke zlepšení zdravotního stavu pacienta. Jedná se o strukturovaný a ucelený přístup k plánování ošetrovatelské péče, který je zaměřen na dosažení určitých výsledků a na zajištění péče nejen pacientům, ale i jejich blízkým (Libová, Balková, Jankechová, 2019).

Akutní bolest má vždy svůj význam – slouží jako ochranný mechanismus, který varuje před možným poškozením těla a pomáhá organismu reagovat. Naopak chronická bolest tuto funkci ztrácí a stává se závažným faktorem, který negativně ovlivňuje kvalitu života. Pacient může být dlouhodobě omezen ve svých pracovních činnostech, což často vede k sociálním a ekonomickým obtížím. Mezi hlavní příčiny nedostatečné léčby chronické bolesti patří podcenění závažnosti problému ze strany zdravotnického personálu a nedostatek znalostí o správné farmakologické terapii dlouhodobé bolesti. Z obecného hlediska se udává jako dlouhodobě snesitelná bolest s hodnocením dle vizuální analogové škály 3 až 4. V průběhu dne je pak důležité sledovat pravidelně intenzitu bolesti s reakcí na podanou medikaci (Hakl a kol., 2022).

Edukace je proces formování chování člověka, jehož cílem je podpořit pozitivní změny v jeho znalostech, postojích, dovednostech a návycích. Zahrnuje výchovu a vzdělávání, které spolu úzce souvisí a nelze je oddělit (Juřeníková, 2010).

METODIKA VÝZKUMU

Pro realizaci byl použit kvantitativní výzkum prostřednictvím tištěného dotazníku vytvořeného z vlastních zdrojů. Výzkum trval od srpna 2023 do března 2024. Dotazník obsahoval celkem 21 otázek, z nichž 19 byly uzavřené s jedinou možnou odpovědí a dvě otevřené umožňovaly volné vyjádření v textové podobě. Úvod dotazníku zahrnoval představení výzkumné studie spolu s krátkou charakteristikou a návodem na správné vyplnění, včetně určení cílové skupiny. Respondent musel splňovat několik specifických kritérií. Jednalo se o prodělání zlomeniny distálního radia, rehabilitace musela být již ukončena a od úrazu nesmělo uplynout více než jeden rok. Výzkum probíhal v ambulancích Diagnosticko-terapeutického centra Kliniky úrazové chirurgie Fakultní nemocnice Brno.

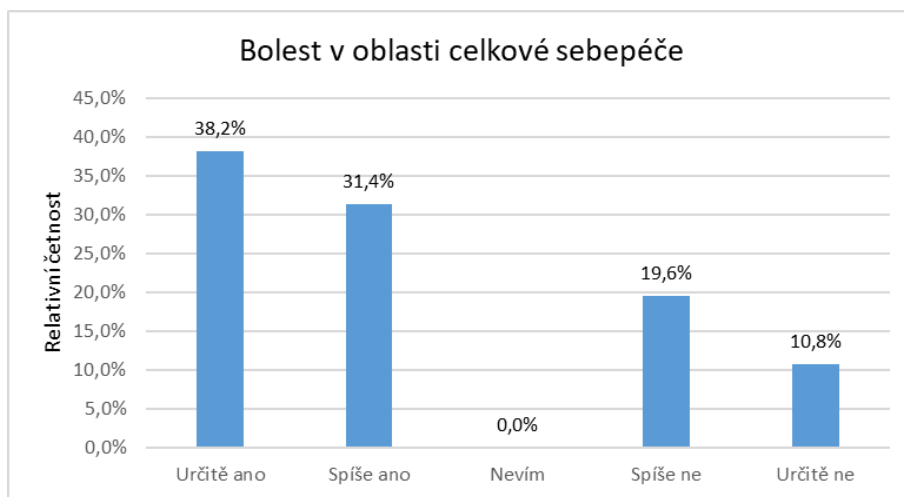
VÝSLEDKY

Zcelkového počtu 102 respondentů uvedlo 57 ženské pohlaví (55,9 %) a mužské pohlaví 45 respondentů (44,1 %). Největší zastoupení respondentů bylo ve věkové skupině od 46 do 65 let, konkrétně 38 dotazovaných (37,3 %). Druhá nejpočetnější byla skupina ve věku 31 až 45 let, která byla zastoupena 24 respondenty (23,5 %). Následovala skupina ve věku od 18 do 30 let v počtu 21 respondentů (20,6 %) a nejméně

respondentů bylo starších 66 let. Konkrétně se jednalo o 19 respondentů (18,6 %). Co se týče zvolené léčby, konzervativní terapií byla zlomenina řešena u 57 respondentů (55,9 %) a u 45 respondentů (44,1 %) bylo přistoupeno k operačnímu řešení zlomeniny distálního radia.

Jak uvádí graf 1 omezení vlivem bolesti při běžných denních činnostech uvedlo celkově 71 respondentů (69,6 %). Omezení spíše nepociťuje nebo nepociťuje celkem 31 dotazovaných (30,4 %).

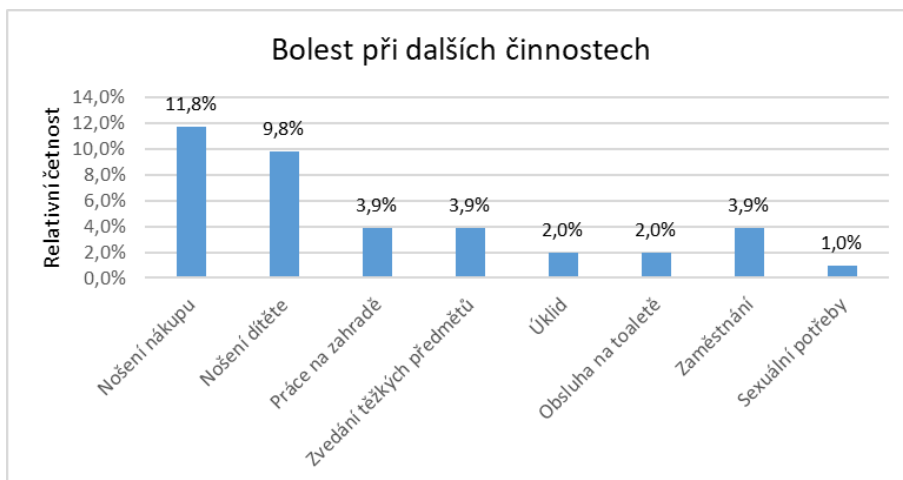
Graf 1: Pociťování omezení z důvodu bolesti v běžných denních činnostech



Při zaměření na konkrétní oblasti běžných denních aktivit, které byly nejvíce ovlivněny bolestí, se ukázalo, že ve více než polovině případů byla zmíněna omezení při hygieně těla a oblékání v 61,8 %, přípravě pokrmů a stravování v 55,9 % a řízení motorových vozidel v 54 %.

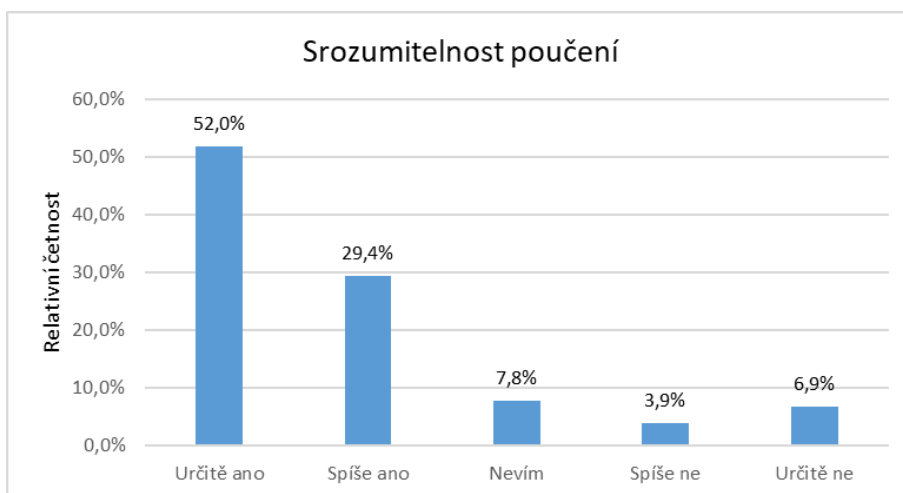
Další oblastí, která byla zkoumána byl vztah bolesti a sportovní aktivity. Celkově 55,9 % respondentů uvedlo, že „určitě“ a „spíše ano“ došlo vlivem bolesti k omezení sportovních aktivit. „Spíše“ nebo „určitě ne“ uvedlo 38,2 % respondentů a 5,9 % zvolilo možnost „nevím“. Graf 2 seznamuje s procentuálním zastoupením uvedených odpovědí v dalších oblastech, které byly bolestí ovlivněné. Odpovědi byly zaznamenány v otevřené otázce, na jejímž základě byl vytvořen graf s uvedenými výsledky. Nejčastěji respondenti zmiňovali nošení nákupů, které uvedlo 12 dotazovaných (11,8 %). Druhou nejčastější činností bylo nošení dítěte, které zmínilo 10 respondentů (9,8 %). Práce na zahradě a omezení v zaměstnání uvedly 4 dotazovaní (3,9 %). Úklid a zajištění obsluhy na toaletě bylo zmíněno ve 2 případech (2 %). Omezení v oblasti sexuálních potřeb uvedl 1 respondent, což představuje 1 % dotazovaných.

Graf 2: Bolest ovlivňující další činnosti



Dále byl výzkum zacílen na edukační činnost v oblasti možných komplikací léčby. Celkem 73 dotazovaných (71,6 %) uvedlo odpověď „Určitě ano“, potvrzující, že byli poučeni o komplikacích léčebného postupu. Po 10 respondentech (9,8 %) zvolilo možnost „Spíše ano“ a „Nevím“. Odpověď „Spíše ne“ zvolilo 6 respondentů (5,9 %) a odpověď „Určitě ne“ vybrali 3 respondenti (2,9 %). Na toto zjištění navazovala otázka, která měla za cíl definovat srozumitelnost poučení viz Graf 3. Z celkového počtu respondentů odpovědělo „Určitě ano“ 53 osob (52 %), možnost „Spíše ano“ zvolilo 30 respondentů (29,4 %). Nezaujatý postoj vyjádřilo 8 dotazovaných (7,8 %) volbou „Nevím“. Odpověď „Určitě ne“ označilo 7 účastníků (6,9 %) a varianta „Spíše ne“ byla uvedena ve 4 případech (3,9 %).

Graf 3: Bolest ovlivňující další činnosti



Jako nejvhodnější způsob edukace uvedlo 74 respondentů (72,5 %) písemné i slovní poučení, 20 dotazovaných (19,6 %) vidí za nejvhodnější slovní poučení od zdravotnického personálu a 8 respondentům (7,8 %) by vyhovovalo písemné poučení pomocí tištěných dokumentů. Při ústním poučení bylo 68 respondentům (66,7 %) umožněno klást doplňující otázky. Nemožnost klást doplňující otázky uvedlo 32 respondentů, 28 respondentů (27,5 %) volbou možnosti „Určitě ne“ a 4 (3,9 %) zvolilo odpověď „Spíše ne“. Dva respondenti (2 %) nevěděli, zda měli možnost klást doplňující dotazy k možným komplikacím při léčbě zlomeniny distálního radia. V poslední otázce mohli účastníci výzkumu uvést případné návrhy na zlepšení procesu edukace. Celkem 11 dotazovaných (10,8 %) vyjádřilo přání věnovat více času edukaci. Jeden z respondentů navrhl jako doplňující opatření prevenci zlomenin rukou. Vzhledem k otevřené povaze otázky měli účastníci možnost připojit jakékoliv další návrhy na zlepšení edukace.

DISKUSE

Cílem výzkumu bylo analyzovat, jaký podíl pacientů po zlomenině distální části radia pociťuje bolest při vykonávání běžných denních aktivit. Výsledky dotazníkové studie ukazují, že bolest po zlomenině distálního radia při běžných denních činnostech pociťuje více než polovina respondentů, konkrétně 69,6 % dotazovaných. Diplomová práce autorky Veselé (2020) se zabývala podobným tématem, konkrétně změnou kvality života po operaci zlomeniny dominantní horní končetiny. Výzkum ukázal, že operace měla vliv na kvalitu života většiny mužů i žen. Respondenti se zlomeninou distálního radia byli zařazeni do širší skupiny pacientů po operaci předloktí, která zahrnovala celkem 65 osob. Z této skupiny 46,2 % uvedlo druhou nejvyšší možnou míru omezení v důsledku bolestivosti. Diplomová práce autorky Veselé (2020) zahrnuje rozsáhlejší skupinu respondentů, avšak její zaměření není výhradně na zlomeniny distálního radia, nýbrž na pacienty po operaci dominantní horní končetiny. Přesto lze pozorovat shodu mezi výsledky našeho výzkumu. Další výzkum, který se zabývá otázkou bolestivosti a omezení soběstačnosti, představuje kohortová studie z Nizozemska od autorů Quax, Krijen, Schipper a Termaat (2023). V rámci této studie byla pohyblivost zápěstí či ruky hodnocena pomocí dvou standardizovaných dotazníků. V této studii zahrnoval výzkumný vzorek převážně pacienty s konzervativním postupem léčby (87,2 %) a účastnily se jí převážně ženy (76,3 %). Studie Quax, Krijen, Schipper a Termaat (2023) poukázala na rozdíly ve vnímání bolestivosti v závislosti na typu zlomeniny. Po šesti měsících od úrazu pociťovalo mírnou nebo žádnou bolest 83,2 % pacientů, přičemž po roce se tento podíl zvýšil na 84,5 %. V šesti týdnech po úrazu zaznamenalo 51,5 % pacientů určité omezení, avšak s odstupem času docházelo k postupnému poklesu, po třech měsících na 20,7 %, po šesti měsících na 8,5 % a po roce na 6,2 %.

Výsledky výzkumu ukázaly, že 81,4 % respondentů bylo řádně informováno o možných komplikacích spojených s léčbou zlomeniny distálního radia. Stejný podíl dotazovaných uvedl, že obdržel tištěný leták s informacemi o možných komplikacích souvisejících se sádrovou fixací. Pokud jde o preferovaný způsob poučení, 72,5 % respondentů upřednostnilo kombinaci slovního vysvětlení a tištěných materiálů. Dále 66,7 %

účastníků průzkumu uvedlo, že jim bylo umožněno klást doplňující dotazy v případě nejasností. 10,8 % respondentů by ocenilo větší časovou dotaci na edukaci. Dánská souhrnná studie autorů Moose, Abrahamsen, Viberg a Jensen (2024) se zaměřila na edukaci pacientů s frakturou distálního radia a zahrnovala přezkoumání devíti relevantních studií. Zjištění ukazují, že největší obavy pacientů se týkaly ztráty soběstačnosti. Bolest byla vnímána jako běžná překážka v každodenním životě a vyvolávala stres, který bylo často nutné řešit pomocí psychologické podpory. Studie také poukazuje na omezený čas věnovaný pacientům, což ztěžuje plnohodnotné naslouchání jejich potřebám a obavám spojeným s frakturou distálního radia, přičemž příčinu tohoto jevu přisuzuje několika faktorům. Nejprve, že zdravotnický personál obvykle nepředpokládá komplikace ani dlouhodobé omezení u pacientů s nekomplexním poraněním, jako je zlomenina distálního radia. Dalším zásadním faktorem je značná vytíženost zdravotnických zařízení, která často omezuje délku kontaktu s pacientem. To následně snižuje možnost poskytnout komplexní edukaci, ponechat pacientovi dostatek času na zpracování obdržených informací a ověřit, zda plně porozuměl charakteru svého zranění i možným komplikacím.

ZÁVĚR

Výsledky výzkumu ukazují, že i po ukončení rehabilitace stále 69,6 % respondentů pociťuje bolestivost, která negativně ovlivňuje jejich běžné denní aktivity. Z činností zaměřených na sebek péči působí bolest největší omezení při hygieně těla a oblékání (61,8 % dotazovaných). V oblasti sportovních aktivit vnímá bolest jako limitující faktor 55,9 % respondentů, zatímco ve volnočasových aktivitách je toto omezení přítomno u 71,6 % dotazovaných. Tyto výsledky naznačují, že více než polovina pacientů je bolestí po úrazu výrazně ovlivněna v kvalitě svého života.

Druhá část výzkumu v rámci bakalářské práce ukazuje, že 81,4 % respondentů hodnotí edukaci o možných komplikacích jako přehlednou a srozumitelnou. Přesto 10,8 % dotazovaných uvedlo, že by uvítali delší čas věnovaný edukaci o možných komplikacích během léčby.

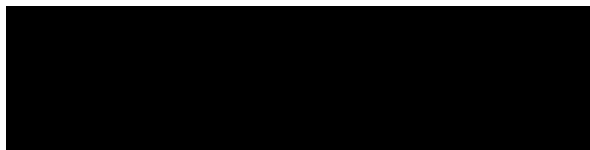
Celkové závěry výzkumu nepůsobí příliš optimisticky, jelikož většina respondentů stále vnímá omezení po úrazu. Otázkou však zůstává, zda jsou tato omezení trvalá, nebo zda se jejich stav v delším časovém horizontu zlepšuje. Jelikož studie zahrnovala pacienty maximálně do jednoho roku po úrazu, bylo by vhodné další výzkum zaměřit na dlouhodobý vývoj obtíží a možnost jejich postupného zmírnění.

Zároveň by mohlo být přínosné použít dotazník více reflektující míru ovlivnění konkrétních aktivit a úroveň vnímané bolestivosti. Doplnění výzkumu o data získaná již při prvním kontaktu pacienta s úrazem by umožnilo porovnat jeho úroveň soběstačnosti před poraněním a sledovat změny v průběhu zotavování.

POUŽITÉ ZDROJE

- [1] HAKL, M. a kol. 2022. Léčba bolesti. Praha: Maxdorf. 4. vydání. ISBN 978-80-7345-727-3.
- [2] JANÍČKOVÁ, V., DRÁČ, P., OPAVSKÝ, J. 2015. Klinické projevy postižení motoriky u zlomenin distálního radia. *Medicína pro praxi*. 12(5). 244-245. ISSN 1214-8687.
- [3] JUŘENÍKOVÁ, P. 2010. Zásady edukace v ošetrovatelské praxi. Praha: Grada. 1. vydání. ISBN 978-80-247-2127.
- [4] KRŠKA, Z., DUNGL, P. 2021. Traumatologie končetin a páteře ve středním a vyšším věku. Praha: We Make Media. 1. vydání. ISBN 978-80-88400-17-2.
- [5] LIBOVÁ, Ľ., BALKOVÁ, H., JANKECHOVÁ, M. 2019. Ošetrovatelský proces v chirurgii. Praha: Grada. 1. vydání. ISBN 978-80-271-2466-4.
- [6] MOOS, C., ABRAHAMSEN, CH., VIBERG, B., JENSEN, CH. M. 2024. Adult patients' experiences after a distal radius fracture – A qualitative systematic review. [online]. [cit. 2024-04-20]. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1878124124000212?via%3Dihub>.
- [7] PÁRAL, J. a kol. 2020. Chirurgická propedeutika. Praha: Grada. 1. vydání. ISBN 978-80-271-1235-7.
- [8] PILNÝ, J., SLODIČKA, R. a kol. 2017. Chirurgie ruky. Praha: Grada. 2., aktualizované a doplněné vydání. ISBN 978-80-271-0180-1.
- [9] QUAX, M. L. J., KRIJEN, P., SCHIPPER, I. B., TERMAAT, M. F. 2023. Managing patient expectations about recovery after a distal radius fracture based on patient reported outcomes. [online]. [cit. 2024-04-21]. Dostupné z: [https://www.jhandtherapy.org/article/S0894-1130\(22\)00111-9/fulltext#%20](https://www.jhandtherapy.org/article/S0894-1130(22)00111-9/fulltext#%20).
- [10] VESELÁ, K. 2020. Kvalita života pacientů po operaci dominantní horní končetiny. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. [online]. [cit.2024-04-15]. Dostupné z: https://dspace.jcu.cz/bitstream/handle/20.500.14390/43528/Diplomova_prace.pdf?sequence=1.
- [11] WENDSCHE, P., VESELÝ, R. 2018. Úskalí a komplikace při léčení zlomenin. Praha: Galén. 1. vydání. ISBN 978-80-7492-393-7.
- [12] ZEMAN, M., KRŠKA, Z. a kol. 2023. Chirurgická propedeutika. Praha: Grada. 4. vydání. ISBN 978-80-271-3484-7.

THE IMPACT OF PAIN ON THE LIMITATION OF DAILY ACTIVITIES IN A PATIENT WITH A DISTAL RADIUS FRACTURE



ABSTRACT

The article presents the results of a quantitative study focused on the limitations of daily activities in patients with a distal radius fracture. The aim of the research was to determine how many patients with a distal radius fracture experience pain during routine daily activities. Additionally, the study aimed to assess the clarity of the information provided regarding complications associated with the treatment process.

In connection with this issue, it is essential to consider the impact of the nursing process on patients with a distal radius fracture, particularly in terms of pain management and educational activities. The research also focused on identifying the most comprehensible method of educating patients about possible complications. For a comprehensive understanding of the issue, it is necessary to outline the treatment methods used for this type of fracture. This also includes an overview of the complications that may arise during the healing process.

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

Mgr. Jana Truplová
Vysoká škola polytechnická Jihlava
Katedra zdravotnických studií
Tolstého 16
586 01 Jihlava
e-mail. truplova @vspj.cz

Bc. Veronika Šterclová
Fakultní nemocnice Brno
Diagnosticko-terapeutické centrum Kliniky
úrazové chirurgie
Jihlavská 20
625 00 Brno
e-mail. Veronikasterclova@seznam.cz

KEYWORDS:

Pain, nursing process, distal radius,
education, complications

FYZIOTERAPIE JAKO SOUČÁST KOMPLEXNÍ LÉČBY ŽEN PO OPERACI PRSU

KATEŘINA TICHÁ
UNIVERZITA J. E. PURKYNĚ V ÚSTÍ
NAD LABEM

ABSTRAKT

Úvod: Karcinom prsu zaujímá první místo v žebříčku incidence úmrtí u žen ve věkové kategorii 20-54 let. Operace karcinomu prsu významně ovlivňuje pohybový systém. Patologické nálezy nacházíme v oblasti pletence horní končetiny, krční i hrudní páteře, žeber, a to v podobě patologických bariér měkkých tkání, kloubní vůle, snížení rozsahu pohybu v uvedené oblasti, poruchy pohybového i dechového stereotypu.

Cíl: Cílem sdělení je poukázat na možnosti využití fyzioterapeutických postupů, metod a konceptů u žen po operaci prsu, které by měly být součástí komplexní terapie.

Závěr: Fyzioterapie nabízí metody, postupy, koncepty na neurofyziologickém podkladě, jež mohou přispět ke zvýšení kvality života operovaných žen.

KLÍČOVÁ SLOVA:

Fyzioterapie, karcinom prsu, ramenní kloub

ÚVOD

Na základě dostupných údajů Statistického úřadu Evropské unie byl v roce 2020 karcinom prsu hlavní příčinou úmrtí u 1,7 % z celkového počtu úmrtí v EU. U žen představovala rakovina prsu 3,3 % všech úmrtí. Standardizovaná míra úmrtnosti na rakovinu prsu v EU v roce 2020 činila 31,4 na 100 000 obyvatel u žen a 0,5 na 100 000 obyvatel u mužů. V roce 2020 byla nejvyšší standardizovaná úmrtnost na rakovinu prsu u žen zaznamenána na Slovensku (38,9 úmrtí na 100 000 obyvatel), následovalo Maďarsko (37,5 na 100 000) Slovinsko (37,3 na 100 000) a Malta (37,0 na 100 000). Osm členských států EU zaznamenalo standardizovanou míru úmrtnosti na rakovinu prsu u žen nižší než 30,0 na 100 000 obyvatel: Estonsko, Kypr, Česko, Chorvatsko, Finsko, Portugalsko, Švédsko a Španělsko. Z uvedených statistik vyplývá, že díky prevenci klesá počet úmrtí, ale počet přeživších bude i nadále vzrůstat. Za očekávaným nárůstem případů rakoviny jsou mimo jiné celkový růst počtu obyvatel a také skutečnost, že se lidé dožívají stále vyššího věku. K tomu se přidávají zvýšená rizika způsobená změnou životního stylu. Svou roli tu sehrávají například kouření, konzumace alkoholu, obezita i znečištění ovzduší [1]. Díky preventivním prohlídkám v rámci mammografického screeningu nebo sonografie dnes ubývá pacientek s pozdní diagnostikou karcinomu prsu. Je nutné si uvědomit, že včasný záchyt tohoto typu nádoru je velmi důležitý nejen pro léčbu karcinomu prsu, ale také pro případnou fyzioterapeutickou intervenci. Součástí standardní léčby jsou onkochirurgické výkony, které jsou prováděny na specializovaných pracovištích velmi šetrně a méně invazivně, než tomu bylo v minulosti. Přesto nacházíme oblasti pooperační jizvy, pletence horní končetiny, hrudní a krční páteře změny, které vyžadují kvalitní intervenci fyzioterapeuta.

Cílem sdělení je poukázat na možnosti využití fyzioterapeutických postupů, metod a konceptů u žen po operaci prsu, které by měly být součástí komplexní terapie.

VLIV KOMBINOVANÉ LÉČBY NA MĚKKÉ TKÁNĚ, SVALOVÁ VLÁKNA

Postižení zdravé tkáně vlivem vlastního nádoru nebo operačního výkonu má za následek omezení rozsahu pohybu v oblasti pletence horní končetiny a hrudní páteře. Tento stav je ještě komplikován případnou aktinoterapií, kdy kožní kryt, podkoží, fascie i svalová vlákna ztrácejí přirozenou elasticitu a atrofují. Další negativní vliv může mít podávaná chemoterapie, kterou provází ztráta chuti k jídlu, nevolnost, zvracení, snížená kondice, malnutrice a projev periferní neuropatie. Svou roli zde hraje také limbický systém, který má z hlediska hybné soustavy čtyři základní funkce. Rozhoduje o tom, zda bude proveden určitý pohyb, ovlivňuje svalový tonus, ovlivňuje práh vnímání bolesti, emoce a individuální chování člověka. Dysfunkce svalového aparátu vlivem limbického systému se automaticky projevuje dysfunkcí temporomandibulárního kloubu, bolestivými stavy v oblasti šíje a pletence horní končetiny včetně nespecifických poruch v oblasti bederní páteře a pánevního dna. Oslabení svalové síly je u onkologických pacientů jedním z nejdůležitějších problémů [5,10]. Příčinou může být kterýkoliv z obecných mechanismů: inaktivita svalů, reflexní

změna ve svalu, kloubní dysfunkce, dlouhodobé protažení či zkrácení svalu. Při hypertonu dochází k hypertrofii intersticiálního vaziva ve svalu s přestavbou svalových vláken a následnou vnitřní inkoordinací svalových vláken se vznikem bolestivého syndromu.

Velmi často nacházíme u operovaných žen antalgické držení hlavy a trupu, poruchu dynamiky krční i hrudní páteře, omezení rozsahu pohybu pletence horní končetiny, kloubní blokády v oblasti glenohumerálního, akromioklavikulárního, sternoklavikulárního kloubu, žeber, svalovou dysbalanci, změny pohybového stereotypu v oblasti ramenního kloubu, změny dechového stereotypu. Významné jsou také patologické bariéry v oblasti lumbodorzální fascie, fascií hrudníku, C-Th přechodu, C páteře, změny posunlivosti kůže, podkoží a svalů v místě jizvy i jejím okolí. Patologické změny měkkých tkání vznikají také u žen s lymfedemem horní končetiny [2, 3, 4].

FYZIOTERAPIE

Fyzioterapeutické postupy u žen s karcinomem prsu lze uplatňovat v období hospitalizace i v období rekonvalescence. V každé etapě poskytované fyzioterapeutické intervence je nutné zohlednit aktuální stav pohybového systému operovaných žen včetně psychologických aspektů náročné onkologické léčby. Cíl fyzioterapie i následný program fyzioterapie žen po operaci prsu je nutné stanovit na základě pečlivě odebrané anamnézy a výsledků kineziologického rozboru [6].

Z hlediska fyzioterapie je zcela zásadní, že ramenní kloub je kloubem, který velmi citlivě reaguje na imobilizaci. Nemusí se jednat o imobilizaci, jež je spojena s fixací, může se jednat i o následek bolestivé afekce v okolí ramenního kloubu, která nutí pacienta zaujmout antalgickou polohu. Ochranný vzor kloubního pouzdra vede při bolestivých afekcích k omezení rozsahu pohybu především ve směru abdukce a zevní rotace [3].

FYZIOTERAPIE V OBDOBÍ HOSPITALIZACE

Program fyzioterapie v období hospitalizace je zaměřen v prvních dnech po operačním výkonu na polohování horní končetiny do abdukce a zevní rotace (lze využít polohovací pomůcky – polohovací polštáře, overball). Působíme tak preventivně proti vzniku retrakcí měkkých tkání v oblasti hrudníku a ramenního kloubu i omezení rozsahu pohybu ramenního kloubu. Pro minimalizování pooperační bolesti aplikujeme relaxační techniky na svaly pletence horní končetiny (izometrické kontrakce s následnou relaxací, postizometrická relaxace, rytmická stabilizace, míčková facilitace, techniky měkkých tkání). Zařazujeme techniky respirační fyzioterapie (autogenní drenáž, lokalizované dýchání, dýchání proti manuálnímu odporu v oblasti dolních žeber, sterna, podklíčkové oblasti) s cílem zlepšení mobility hrudníku a navození správného dechového stereotypu, jež má příznivý vliv na korekci antalgického držení těla [2, 3, 6, 10]. Zařazujeme rovněž cévní gymnastiku svalů horní končetiny jako prevenci vzniku lymfedému horní končetiny. Důležitou součástí fyzioterapie je reedukace hybnosti ramenního kloubu a trupu, ve které využíváme šetrné postupy

v podobě analytického asistovaného cvičení, případně PNF (proprioceptivní neuromuskulární facilitaci – jedná se o přirozené, fyziologické diagonální pohyby pro optimální svalovou souhru nejen v oblasti končetin, ale i trupu), cvičení v uzavřených kinematických řetězcích (cvičení s oporou končetiny). Aktivní cvičení celého pletence HK v plném rozsahu pohybu je možné až po vyjmutí drenů. Intenzita cvičení se řídí individuálním pocitem klientky, všechny cviky provádíme šetrně, do pocitu mírného tahu. Nelze opomenout instruktáž sebeobsluhy a obsluhy drénů (axilární, mediální) i vysvětlení významu nošení epitézy z hlediska změny statiky páteře, estetiky, psychiky. Každé operované ženě je nutné poskytnout informace týkající se rizika vzniku lymfedému horní končetiny, možnosti vyšetření lymfoterapeutem i následné terapie (principy dekongestivní terapie, cévní gymnastika, manuální a přístrojová lymfodrenáž, dechová cvičení, bandážování, kineziotaping) [7, 8, 9]. Po celou dobu terapie je nutné operované ženě poskytnout maximální psychickou podporu a motivovat ji pro další spolupráci po ukončení hospitalizace.

V případě, že klientka neabsolvuje program fyzioterapie v období hospitalizace, může být mobilita pletence horní končetiny v pooperačním období výrazně snížena (zejména v případě ablace prsu). Deficit pohybu ve směru abdukce s elevací a zevní rotací ramenního kloubu se jeví jako velmi problematický zejména v okamžiku, kdy operovaná žena přichází na radioterapii k ozáření axilárních lymfatických uzlin a není možné nastavit končetinu do požadované polohy (abdukce s elevací a zevní rotace ramenního kloubu).

FYZIOTERAPIE V OBDOBÍ REKONVALESCENCE

Cílem fyzioterapie u žen po operaci prsu v období rekonvalescence je reedukace funkce v oblasti pletence horní končetiny, zejména obnova rozsahu pohybu ramenního kloubu ve směru abdukce, zevní rotace, ale i všech ostatních pohybů i kloubní vůle v oblasti pletence horní končetiny (lopatka, acromioclaviculární skloubení, sternoclaviculární skloubení, krční, hrudní páteř, žebra). Z fyzioterapeutických postupů lze využít v uvedených lokalitách mobilizační techniky dle Lewita, Rychlíkové, Mojžíšové [2, 12]. Velmi efektivní a cílené je využití konceptů na neurofyziologickém podkladě, které využívají trojrozměrný spirální pohyb (Spiraldynamik®) i PNF [12, 13]. Předpokladem pro reedukaci hybnosti pletence horní končetiny je kvalitní ošetření měkkých tkání včetně jizvy. Neošetřená jizva může být zdrojem nejen nociceptivního dráždění, ale i sekundární příčinou omezeného rozsahu pohybu v ramenním kloubu (obr. 1). Pro ošetření měkkých tkání včetně jizvy se s úspěchem používají techniky měkkých tkání dle Lewita (tlaková masáž, ošetření kůže, podkoží, svalových fascií), míčková facilitace dle Jebavé [14]. Svalovou nerovnováhu svalů trupu (zkrácené, hypertonické svaly: m. trapezius, m. levator scapulae, m. sternocleidomastoideus, m. pectoralis major, m. pectoralis minor, zadní šíjové extensory; oslabené svaly: hluboké flexory krku, střední a dolní vlákna m. trapezius, mm. rhomboidei, šikmé i příčné břišní svaly) ovlivňujeme prostřednictvím konceptu dle Brüggera (cvičení excentrické a koncentrické svalové kontrakce jednotlivých svalových skupin za použití speciálního gumového pásu, který klade přesně definovaný odpor – Thera-band) [12]. Případné

trigger points uvedených svalů ošetřujeme prostřednictvím postizometrické relaxace [2]. Využíváme rovněž cvičení v uzavřených kinematických řetězcích (využití opěrné funkce končetiny, obr. 3) a otevřených kinematických řetězcích (využití k pohybu končetiny bez opory), stabilizačně mobilizační cvičení (SM systém dle Smiška – optimální zapojení svalových řetězců k navození správné postury), aktivního cvičení s overballem, fyzioballem. Pro fyziologickou funkci ramenního kloubu je důležitá souhra mezi pohybem v glenohumerálním kloubu a pohybem lopatky, která spočívá v přesné svalové koordinaci, jež není závislá pouze na svalech, které pohyb provádějí, ale zejména na svalech, které pohyb stabilizují [3, 16]. Z tohoto důvodu je součástí snahy o optimální funkci ramenního kloubu aplikace postupů fyzioterapie s cílem stabilizovat pletenec horní končetiny a upravit porušený pohybový stereotyp ramenního kloubu ve směru abdukce (porucha humeroscalupárního rytmu: timing m.deltoideus, m. supraspinatus, m. levator scapulae, m. trapezius – pars ascendens). K tomu využíváme například PNF (stabilizace lopatky s využitím posilovací technik – zvrát fáze pohybu, zvrát fáze pohybu s výdrží, rytmická stabilizace), centrace ramenního kloubu v souladu s bazálními programy a podprogramy dle Čáповé, koncept Spiraldynamik®, Akrální koaktivační terapie® [11, 12]. Nedílnou součástí komplexní fyzioterapie je zmírnění psychických důsledků onkologického onemocnění a snížení vnímání bolesti. Na tyto skutečnosti má vliv především osobnost fyzioterapeuta, jeho odborná erudice, schopnost empatie, ale také vhodně zvolené prostředky fyzioterapie (využití relaxačních technik, Schultzeho autogenní trénink, metoda Feldenkreise), případně využití psychoterapie i spolupráce s patientskými sdruženími onkologických pacientů [3, 5, 10].

FYZIOTERAPIE PO UKONČENÍ REKONVALESCENCE – CELOŽIVOTNÍ PROCES

Po ukončení rekonvalescence je vhodné pokračovat v doporučeném režimu dle instrukcí fyzioterapeuta. V tomto období je vhodné zařadit do stávajícího programu fyzioterapie aerobní i silové cvičení dle zájmu klientky [17, 18]. Velmi vhodný je nordic walking z důvodu přirozeného pohybového zatížení celého těla, optimální zátěže kardiovaskulárního systému pro postupné zvyšování fyzické kondice i aktivace svalové pumpy horních končetin jako prevence vzniku lymfedému. Doporučujeme také plavání (splývavá poloha na bříše, na zádech, plavecký způsob znak) ve vodě s indiferentní teplotou, cvičení jógy, tai-chi, pilates (nácvik správných pohybových stereotypů, relaxace). Všechny pohyby v rámci jakékoliv pohybové aktivity by neměly vyvolávat bolest, neměly by být provázeny nadměrným prokrvením v dané oblasti.

ZÁVĚR

Operace prsu představuje, vzhledem k povaze onemocnění, velký zásah nejen do lymfatického systému, ale také do pohybového systému. Zatímco diagnostika karcinomu prsu operační přístupy, farmakologické zajištění i psychologická péče je v ČR na velmi vysoké úrovni, problematika poruch pohybového systému zůstává často opomíjena. Z tohoto důvodu by se fyzioterapie měla stát neoddělitelnou součástí komplexní terapie žen po operaci prsu. Nabízí velké množství fyzioterapeutických prostředků, které lze s úspěchem využít v období hospitalizace, rekonvalescence i v období po skončení onkologické léčby. Dle našich zkušeností se jeví jako optimální program fyzioterapie u žen po operaci prsu s využitím kombinace technik měkkých tkání (včetně kvalitního ošetření jizvy) a konceptů fyzioterapie na neurofyziologickém podkladě (PNF, koncept dle Brüggera – cvičení s thera-bandem), které řeší problematiku poruch pohybového systému žen po operaci prsu komplexně (obr. 2).

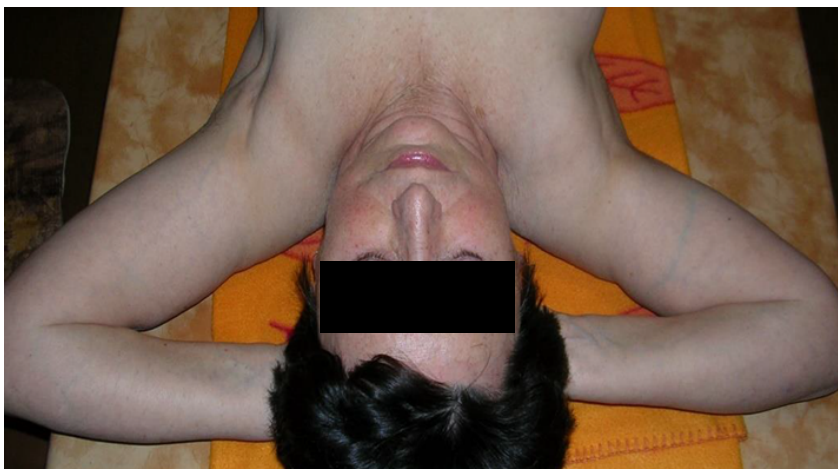
PŘÍLOHY

Obrázek 1: Omezený rozsah pohybu ramenního kloubu u pacientky 3 týdny po operaci prsu



Zdroj: vlastní fotodokumentace

Obrázek 2: Obnovený rozsah pohybu ramenního kloubu ve směru abdukce a zevní rotace u pacientky 12 měsíců po operaci prsu



Zdroj: vlastní fotodokumentace

Obrázek 3: Cvičení v uzavřeném kinematickém řetězci – období rekonvalescence



Zdroj: vlastní fotodokumentace

POUŽITÉ ZDROJE

- [1] EUROSTAT. 2023. *Cancer statistics – specific cancers* [statistics online]. [cit. 2023-11-03], ISSN 2443-8219. Dostupné z: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Cancer_statistics_-_specific_cancers#Breast_cancer
- [2] LEWIT, K. 2015. *Manipulační léčba v myoskeletální medicíně*. 7. vyd. Praha: Sdělovací technika, spol. s r. o. ISBN 978-80-866-4504-9.
- [3] KOLÁŘ, P. et al. 2020. *Rehabilitace v klinické praxi*. 1. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-500-9.
- [4] VRTĚLOVÁ, P., COUFAL, O., FAIT, V. et al. 2017. *Lymfedém po operacích na spádových lymfatických uzlinách pro karcinom prsu*. *Klin Onkol*, 30(1), 34–40.
- [5] TRÁVNÍČKOVÁ – KITTLEROVÁ, O., HRADIL, V., VACEK, J. 2004. *Rehabilitace pacientů s onkologickou diagnózou*. 1. vyd. Praha: Triton.
- [6] VÉLE, F. 2006. *Přehled klinické kineziologie a patokineziologie pro diagnostiku a terapii poruch pohybové soustavy*. Praha: Triton.
- [7] BECHYNĚ, M., BECHYŇOVÁ, R. 1997. *Mízní otok – lymfedém, komplexní terapie*. 1. vyd. Praha: Phlebomedika.
- [8] KLENER, P. 2002. *Klinická onkologie*. Praha: Galén.
- [9] KRÍŽOVÁ, H., WALD, M., BARKMANOVÁ, J. 2006. *Lymfoscintigrafie u pacientek s nekončetinovým lymfedémem po disekci axily a radioterapii*. *Klin Onkol*, 19(5), 252–254.
- [10] KOPECKÝ, J., SUMEROVÁ, J., KOPECKÁ, P. 2000. *Rehabilitace po operacích prsů*. Ostrava: Zdravotně-sociální fakulta Ostravské univerzity.
- [11] PALAŠČÁKOVÁ ŠPRINGROVÁ, I. 2011. *Akrální koaktivační terapie: vycházející ze základních principů metody Roswithy Brunkow*. Čelákovice: Rehaspring. ISBN 978-80-260-0912-2.
- [12] PAVLŮ, D. 2002. *Speciální fyzioterapeutické koncepty a metody I: Koncepty a metody spočívající převážně na neurofyziologické bázi*. 1. vyd. Brno: Akademické nakladatelství Cerm.
- [13] HOLUBÁŘOVÁ, J., PAVLŮ, D. 2021. *Proprioceptivní neuromuskulární facilitace: 1. část*. 1. vyd. Praha: Karolinum.
- [14] JEBAVÁ, Z. 1993. *Míčkování*. 1. vyd. Praha: Adonis.
- [15] PAVLŮ, D. 2004. *Cvičení s Thera-Bandem se zřetelem ke konceptu dle Brüggera*. Brno: Cerm.
- [16] SMÍŠEK, R. 2005. *Spirální stabilizace*. Praha.
- [17] POKORNÁ, A., STŘEŠŤÍKOVÁ, R. 2016. *Intervenční cvičební program pro onkologické pacientky s karcinomem prsu*. *Klin Onkol*, 29(6), 461–462.
- [18] ANDERKOVÁ, L., ELFMARKOVÁ, N., SVĚŘÁK, T. et al. 2016. *Kvalita života měřená jako změna v čase u českých žen s karcinomem prsu*. *Klin Onkol*, 29(2), 113–121.

PHYSIOTHERAPY AS PART OF A COMPREHENSIVE TREATMENT OF WOMEN AFTER BREAST SURGERY

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

PhDr. Kateřina Tichá, Ph.D.
Univerzita J. E. Purkyně v Ústí nad Labem
Fakulta zdravotnických studií
Katedra fyzioterapie
Sociální péče 3652/1
400 11 Ústí nad Labem
e-mail.: katerina.ticha@ujep.cz

ABSTRACT

Introduction: Breast cancer ranks first in the incidence of death in women aged 20-54 years. Breast cancer surgery significantly affects the musculoskeletal system. Pathological findings are found in the upper limb brachial plexus, cervical and thoracic spine, ribs in the form of pathological soft tissue barriers, joint laxity, reduced range of motion in this area, impaired movement and breathing stereotype.

Objective: The aim of this communication is to highlight the possibilities of using physiotherapeutic techniques, methods and concepts in women after breast surgery, which should be part of a comprehensive therapy.

Conclusion: Physiotherapy offers methods, procedures, concepts on a neurophysiological basis that can contribute to improving the quality of life of operated women.

KEYWORDS:

Physiotherapy , breast cancer, shoulder joint

VYUŽITÍ PŘÍSTROJE HUMANTECAR U PACIENTŮ PO TEP NA ORTOPEDICKÉM ODDĚLENÍ NEMOCNICE PELHŘIMOV

LADA RAZIMOVÁ
VERONIKA KUSÍNOVÁ
VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ
JIHLAVA

ABSTRAKT

Rekonvalescence po totální endoprotéze (TEP) představuje klíčovou fází léčby, která významně ovlivňuje výslednou funkčnost kloubu a kvalitu života pacienta. Moderní fyzioterapeutické metody, jako je terapie HumanTecar, nabízejí inovativní přístup k urychlení hojení a obnovení pohybových schopností. HumanTecar využívá radiofrekvenční diatermii ke stimulaci mikrocirkulace, redukci otoků, zmírnění bolesti a podpoře regenerace tkání. Tato metoda se ukazuje jako efektivní doplněk rehabilitačního procesu po TEP, z důvodu zkrácení doby rekonvalescence, minimalizace rizika komplikací a zvýšení komfortu pacienta. Tento přehled shrnuje současné poznatky o využití přístroje HumanTecar v rehabilitaci po TEP a jeho přínosy ve srovnání s konvenčními přístupy, což významně ovlivňuje i ošetrovatelskou péči.

KLÍČOVÁ SLOVA:

Aloplastika, HumanTecar, ošetrovatelská péče, rehabilitace, sestra

ÚVOD

Onemocnění pohybového aparátu patří v současné době k velmi častým. Postihuje všechny věkové kategorie, zahrnuje vrozené vady, úrazy, záněty, degenerativní onemocnění a další. Se stárnutím populace přibývá postižení pohybového aparátu zejména díky nezdravému životnímu stylu. Onemocnění pohybového aparátu se stává civilizační chorobou.

DEGENERATIVNÍ ONEMOCNĚNÍ

Jedním z důvodů, které dovedou pacienta do ortopedické ambulance, je bolest. Ta je zpočátku námahová, později klidová, znemožňující nemocnému kvalitní spánek. Typická bývá i startovací bolest na začátku pohybu a ranní ztuhlost. Dalšími příznaky může být omezená pohyblivost kloubu, jeho deformita a v neposlední řadě zvukové fenomény. Lékař provede nezbytná vyšetření. Odebere anamnézu, biologický materiál, provede fyzikální vyšetření a rentgenový snímek. Na základě zjištěných poznatků diagnostikuje nejčastěji artrózu. Tato choroba může postihnout kterýkoliv kloub v těle. Klinické projevy nemoci jsou rozdílné právě tím, který kloub je postižen. Rozsah a stupeň poškození kloubu má rozhodující význam pro léčbu. Stupeň artrózy je nejčastěji klasifikován podle Kellgrena-Lawrence z roku 1957 (Dungl, 2014).

Rizikovými faktory vzniku artrózy jsou věk, pohlaví, genetická predispozice, úraz, etnické a geografické vlivy. Za hlavní příčinu je označována obezita, nedostatek pohybu nebo nerovnoměrné přetěžování kloubů. Léčba je zaměřena na prevenci vzniku dalších strukturálních změn. Konzervativní terapie zahrnuje úpravu režimu a životosprávy. To znamená nepřetěžovat postižený kloub a využít kompenzační pomůcky, kterými mohou být vycházkové či francouzské hole. Velmi důležité je snížení tělesné hmotnosti a upřednostnit sporty, kde nedochází k přetěžování kloubů. Vhodné je plavání, jízda na kole či rotopedu (Sosna et al, 2024).

ALOPLASTIKA NOSNÝCH KLOUBŮ

Pojem aloplastika označuje náhradu poškozeného kloubu implantátem. Nejčastěji je možné se setkat s implantáty nosných kloubů kyčelního a kolenního. Rychle se také rozvíjí aloplastika ramenního a v posledních letech i loketního kloubu. Současná medicína nabízí implantáty téměř všech končetinových kloubů, včetně zápěstí a prstů. Stejně tak jako každý operační postup i endoprotetika prochází vývojem, který vede k jeho zdokonalení. Komponenty implantátu jsou vyrobeny z různých materiálů, kdy se uplatňují různé kovy a slitiny (titan, kobalt, chrom, molybden), polyetylen, keramika nebo jejich kombinace. Typy implantátů lze rozdělit podle typu fixace ke kosti na cementované, kdy je implantát ukotven prostřednictvím kostního cementu, dále necementované, kdy kostní tkáň vrůstá do speciálně upraveného povrchu implantátu a v poslední řadě hybridní, kdy jsou komponenty ukotveny oběma způsoby. Volba

implantátu je ryze individuální, závisí na věku nemocného, jeho tělesné hmotnosti a fyzické aktivitě. Rozhodnutí provádí vždy operatér (Dungl, 2014).

NÁHRADA KOLENNÍHO KLOUBU

Nejčastější indikací k implantaci totální náhrady kolenního kloubu je gonartróza. Pokud konzervativní léčba vyčerpala své možnosti, nastupuje terapie operační. V časných stádiích je indikována artroskopie. Díky tomuto zákroku jsou odstraněny části degenerovaných menisků a mohou být ošetřeny defekty na chrupavce kloubu. Pokročilá destrukce kolenního kloubu je indikací k provedení totální endoprotézy. Moderní medicína má k dispozici širokou škálu implantátů, které dovolují ošetřit povrchy tibie, femuru, pately a dokonce částečně nahradí funkci kloubních vazů pomocí interkondilycké zářázky. Biomechanika kolenního kloubu je velmi složitá, je dána charakterem složitého pohybu, geometrií artikulačních ploch a funkcí stabilizátorů kloubů. Lékař zhodnotí obtíže pacienta, věk, nároky pacienta na pohybovou aktivitu a rozhodne se pro typ implantátu. Životnost implantátu není neomezená, ovlivňuje ji mnoho faktorů. Velkou měrou přispívá i chování pacienta samotného. Zde je kladen velký důraz na edukaci a informovanost nemocných nejen o pohybovém režimu po operaci (Dungl, 2014).

NÁHRADA KYČELNÍHO KLOUBU

Degenerace kloubní jamky a hlavice femuru jsou důvodem k provedení totální endoprotézy kyčelního kloubu. Náhrada kyčelního kloubu je nejčastěji používaná endoprotéza a pro mnoho lidí znamená návrat do plnohodnotného života bez bolestí a bez významného pohybového omezení. Nejčastější příčinou vedle koxartrózy bývá revmatoidní artritida, vývojová dysplazie kyčelního kloubu a úraz. Existuje mnoho materiálů, ze kterých je implantát vyroben. Implantát pro kyčelní kloub se skládá z jamky, hlavice a dříku. V posledních letech je na některých pracovištích v indikovaných případech upřednostňována miniinvazivní endoprotetika. Endoprotetika jako taková směřuje k hledání dokonalejších tvarových a povrchových úprav implantátu. Výjimkou dnes není oboustranná implantace kyčelních kloubů v jedné době. Další metoda, kterou mohou specialisté nabídnout je resurfacing. Je to metoda poměrně mladá a vhodná pro mladé a aktivní pacienty. Principem operace je náhrada kloubního povrchu (hlavice femuru) implantátem (Dungl, 2014, Sosna et al, 2024).

OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE

Stejně tak jako se mění zdravotní stav nemocného, mění se i pořadí a hodnota potřeb jedince. Bezprostředně po operaci je nemocný převezen na oddělení intenzivní péče nebo anesteziologicko resuscitační oddělení. Jedná se o specifická oddělení, která se od standardního liší ošetrovatelskou i medicínskou péčí. V intenzivní péči má část pacientů ovlivněné nebo změněné vědomí, proto si často neuvědomují své potřeby a nejsou schopni pociťované potřeby projevit. Sestry na těchto odděleních

většinu potřeb nemocného předvídají. Některé z potřeb suplují sestry za nemocného (hygiena, pasivní rehabilitace) a s jinými nemocnému pomáhají (strava, mobilizace). V bezprostředním pooperačním období je primární potřebou, kterou nemocný po operaci potřebuje, eliminovat bolest, tedy být bez bolesti. Sestra sleduje a zaznamenává do dokumentace účinek analgetik, zpočátku z řady opiátů. Ke zmírnění bolesti může pomoci kryoterapie (podávání suchého chladu). V rámci ošetrovatelské péče je možné bolest zmírnit vhodnou polohou operované končetiny, polohou pacienta. Bolest může nemocného ovlivnit tak, že jedná nepřiměřeně až agresivně, a to může působit na fyziologické funkce ve smyslu hypertenze, tachykardie a tachypnoe (Kapounová, 2020).

Jedním z prvků, které sestra v intenzivní péči sleduje vzhledem k anestézii a věku nemocného, je vědomí. U nemocných po aloplastice nosného kloubu může být nejčastějším problémem kvalitativní porucha vědomí, tedy amentní či delirantní stavy. Oba tyto stavy se mohou projevit dezorientací nemocného (ztráta prostorové, časové a někdy osobní orientace), neklidem, úzkostí, bezradností, nesouvislou a neadekvátní komunikací a v neposlední řadě i halucinací, což je nejzávažnější porucha smyslového vnímání. Nemocní jsou nároční na ošetření, vyžadují časté opakování všech informací nejen o zdravotním stavu. Fyziologické potřeby pacient řeší většinou bez zábran. Při ošetřování nemocných je prioritou klidné prostředí a zamezení sebepoškození či pádu pacienta. Informace, že jsou v nemocnici, kde se jim všichni snaží pomoci k uzdravení, je pro ně většinou bezcenná. Potřeby dýchání, přijímání potravy i tekutin a vyprazdňování patří k základním fyziologickým funkcím. Pro zachování života je nezbytné tyto potřeby saturovat. Intenzivní péče se zabývá plněním nejen základních fyziologických potřeb, ale zejména těch, které dominují u vážně nemocného člověka. Jejich uskutečňování zastupuje sestra nebo pomocný ošetrovatelský personál na základě daných kompetencí. Pacient po operaci nosných kloubů může pociťovat dušnost. Příčiny mohou být různorodé, nejčastěji anemie, choroby srdce, plic, ale i psychogenní poruchy. Pocit dušnosti nemusí být podmíněn snížením kyslíku v krvi. Někteří pacienti raději snášejí bolest než pocit dušnosti. Sestra může nemocnému pomoci vyvětráním v místnosti (problém většiny klimatizovaných pracovišť), uložením pacienta do Fowlerovy polohy nebo kyslíkovou terapií. Dušní pacienti nemají obvykle chuť k jídlu, veškerý pohyb je pro ně náročný. Sestra proto pomáhá nemocnému při sebeobsluze i sebepéči a zároveň se snaží odvrátit pozornost nemocného od dušnosti (Kapounová, 2020; Slezáková, 2021).

Nejvýznamnějším ošetrovatelským problémem u imobilních pacientů ať krátkodobě či dlouhodobě se stává potřeba kožní integrity. Její poruchu pacient pociťuje již při „banálním“ odběru krve na vyšetření. Nemocní v intenzivní péči jsou neustále vystavováni narušení kožního krytu, neboť pro záchranu života jsou některé postupy nezbytné. Vždy je důležité nemocnému dostatečně vysvětlit všechny kroky, které budou prováděny. Monitorování fyziologických funkcí je základní intervencí v intenzivní medicíně. Sestry jsou si vědomy, že monitorace narušuje tělesný rámec nemocného. Pro pacienta je nesmírně náročné vydržet nepřetržitou monitoraci, která jej omezuje i při sebemenší mobilizaci na lůžku z důvodu velkého množství kabelů a infuzních setů, také zvukový alarm monitoru a infuzních pump ruší nemocného při spánku.

Další charakteristikou intenzivní péče, kdy je narušena kožní integrita, jsou invazivní vstupy. Paří mezi ně periferní a centrální žilní katétr, arteriální katétr, permanentní močové katétr, nazogastrické sondy, drény a další. Pacient by měl vědět, kde má operační ránu, zavedený drén a jaké další vstupy a proč sestry nebo lékaři zajistili. Předoperační poučení nemocného vede k zjednodušení práce celého ošetrovatelského týmu, který může plynule navázat dalšími potřebnými informacemi, které nemocnému pomohou zvládnout strach po operaci a přijmout jizvu jako nutný pooperační následek (Kapounová, 2020).

Příjmem potravy bezprostředně souvisí vylučování tekutin a stolice. Tato oblast je velmi citlivá, protože zasahuje do intimní oblasti nemocného, kde velkou roli hraje stud a sociální výchova. Vylučování zejména stolice je značně stresující, převážně u mladších pacientů, kteří jsou nuceni svou potřebu vykonávat na lůžku. Všemi dostupnými prostředky se ošetrovatelský personál snaží zajistit soukromí a intimitu při vyprazdňování pacienta. Vzhledem k tomu, že pacienti po operaci nosného kloubu, mají občas problém s vylučováním moči, je nevyhnutelné zavést permanentní katétr do močového měchýře. Ženám zavádí katétr sestra a mužům lékař nebo sestra specialista. Katétr bývá po zavedení nepříjemně vnímán, jedná se o pocit pálení, řezání a nucení na močení. Protože se jedná o invazivní vstup, který může být zdrojem infekce, je na místě svědomitá hygienická a ošetrovatelská péče (Vytejková, 2013).

Pobyt v nemocnici, změna prostředí a operační zákrok se často stávají podnětem k poruchám spánku nemocného. V intenzivní medicíně je několik zdrojů rušení spánku. I přes ohleduplný přístup personálu se mnohdy nedaří zdroje eliminovat. Hluk spojený s provozem je nutné omezit hlavně v nočních hodinách. Velmi nepříjemně na nemocné působí zvukové alarmy monitorů, infuzních pump a dalších přístrojů nezbytných pro provoz oddělení. Nemocní jsou často rušeni periodickým měřením krevního tlaku. Ovšem jednou z častých příčin poruchy spánku se stává bolest. Po pooperační stabilizaci stavu je nemocný přeložen z intenzivní péče zpět na standardní ortopedické oddělení. Zde pokračuje rehabilitace, jejímž cílem je zdokonalení mobilizace, samostatnosti a sebepečení nemocného. Každý člověk má individuální požadavky na rozsah pohybové aktivity, přesto je pohyblivost základem nezávislosti. Nemocný po operaci aloplastiky nosného kloubu je propuštěn do domácího léčení, pokud to dovoluje jeho zdravotní stav a pokud zvládá chůzi o berlích po rovině, ze schodů a do schodů s postupným zvyšováním zátěže. Nemocný může zpočátku pociťovat frustraci ze závislosti na druhých. Proto je potřeba nemocného motivovat, povzbuzovat, a hlavně vše srozumitelně vysvětlovat (Kapounová, 2020; Vytejková, 2013).

REHABILITACE

Informovaný a zodpovědný pacient je základ pro úspěšné zvládnutí operace, a hlavně celého pooperačního průběhu včetně rekonvalescence. S nástupem nemocného k hospitalizaci začíná mimo jiné i intenzivní spolupráce pacienta s fyzioterapeutem. Rehabilitaci lze z praktického hlediska rozdělit na předoperační, pooperační a následnou.

Hlavním úkolem rehabilitace u ortopedického pacienta je zabránit druhotným poruchám, jako jsou deformity, svalová atrofie, omezení kloubní hybnosti nebo udržet tyto poruchy v co nejmenším rozsahu. Základem edukace je poučení pacienta o mobilizaci na lůžku a mimo něj. Velmi důležité je naučit nemocného stereotypu chůze o berlích ve všech rovinách.

Pooperační rehabilitace zahrnuje kondiční cvičení a dechovou rehabilitaci. Sestra spolu s fyzioterapeutem informuje a edukuje nemocného o tzv. zakázaných pohybech, jejichž dodržování by měli respektovat hlavně nemocní po operaci kyčelního kloubu. Jedná se o pohyby, které jsou velmi rizikové a hrozí poškození či vykloubení protézy. K základním zásadám patří nedávat nohu přes nohu, nesadat do nízkého křesla, prudce neotáčet trupem. Při přetáčení na lůžku nebo vstávání z něj používat polohovací polštář umístěný mezi kolena a při přetáčení na břicho vždy s polštářem a přes zdravý bok. Velmi rizikové je i zvedání předmětů ze země. Zásadou je předklánět trup a zároveň zanožovat operovanou dolní končetinu nebo použít podavač. Jednou z nejčastějších komplikací operace je luxace kloubu (Dosbaba et al, 2021).

HUMAN TECAR

Přístroj HumanTecar (Obrázek 1) funguje na základě aplikace radiofrekvenční energie, což je forma elektromagnetické energie s vysokou frekvencí. Tato energie je přenášena do tkání lidského těla prostřednictvím elektrody, která je umístěna na pokožku pacienta. Různé tkáně, jako jsou svaly, kosti, šlachy a vazy, mají odlišné elektrické vlastnosti, a tím pádem také jinou schopnost absorbovat tuto energii. Kapacitní metoda je zaměřena na povrchové tkáně, zejména na pokožku a podkožní vrstvy. Tato metoda využívá vysokofrekvenční energii k zahřátí těchto tkání, což zlepšuje prokrvení a metabolismus v ošetřované oblasti. Zvýšení teploty vede k rozšíření cév, což urychluje cirkulaci krve a přísun živin do buněk. Tento proces pomáhá zmírnit bolest a zánět a podporuje rychlejší regeneraci. Na rozdíl od kapacitní metody, která se soustředí na povrchové tkáně, rezistivní metoda působí na hlubší struktury, jako jsou svaly, vazy a klouby. Tento typ energie je absorbován těmi tkáněmi, které mají větší elektrický odpor, což znamená, že proniká hlouběji do těla. Rezistivní metoda je ideální pro ošetření chronických bolestí, zánětů a poranění hlubších svalových struktur. Tato metoda aktivuje regenerační procesy na buněčné úrovni a podporuje rychlou obnovu funkce po zraněních nebo operacích (Andrýsek, 2020; Human tecar, 2014).

Po totální endoprotéze dochází ke změnám v měkkých tkáních, které byly během operace ovlivněny. HumanTecar je velmi efektivní při zlepšování prokrvení a stimulaci regenerace měkkých tkání, což napomáhá k rychlejšímu hojení chirurgických ran, obnovení funkčnosti svalů a kloubního pouzdra. Přístroj působením na povrchové tkáně pomáhá uvolnit svalové napětí, zlepšit elasticitu a prokrvení svalů v okolí nového kloubu a tím ulevit od bolesti, redukovat otok a usnadnit pohyb. Svým dalším působením hlouběji do tkání urychluje regeneraci hlubších struktur, jako jsou vazy a šlachy, což má pozitivní vliv na obnovení stability a plného rozsahu pohybu kloubu. Po operaci TEP

jsou pacienti často vystaveni bolesti a zánětlivým procesům v oblasti nového kloubu, které mohou být důsledkem operačního zákroku a regeneračních procesů. HumanTecar pomáhá těmto potížím čelit především díky svým protizánětlivým a analgetickým účinkům. Jedním z hlavních cílů rehabilitace po totální endoprotéze je obnovení normální pohyblivosti kloubu. HumanTecar je velmi efektivní při rozšiřování rozsahu pohybu nového kloubu a zlepšení flexibility v okolí implantátu. S tím, jak se tělo adaptuje na novou kloubní náhradu, může docházet k určité ztuhlosti a omezení pohyblivosti, což může být způsobeno i tvorbou jizevnaté tkáně v okolí operačního místa (Uživatelská příručka, 2016; Andryšek, 2020).

Ošetření pomocí přístroje je v kompetenci fyzioterapeuta. Terapie je provedena za pomoci přiložených elektrod a použití fytotherapie -esenciální oleje (Obrázek 2 a 3). Nedílnou součástí je i neložení bandáže na závěr procedury. Použití přístroje HumanTecar má také svá omezení. Mezi absolutní kontraindikace patří kardiostimulátor a infekční onemocnění. K relativním kontraindikacím lze zařadit koagulopatii, tromboflebitidu a prodělané onkologické onemocnění (Andryšek, 2020).

Obrázek 1: Přístroj Human Tecar



Zdroj: Vlastní

Obrázek 2: Příklad přístroje Human Tecar včetně pomocné fytotherapie a emulzí



Zdroj: Vlastní

Obrázek 3: Ošetření přístrojem Human Tecar



Zdroj: Vlastní

ZÁVĚR

Ortopedie, která se zaměřuje na prevenci, diagnostiku a léčbu onemocnění pohybového aparátu, těží z aplikace pokročilých terapeutických metod, jakými jsou přístroje jako HumanTecar. Tento přístroj se stal nezbytným nástrojem v ortopedické praxi, zejména díky své schopnosti zlepšovat prokrvení, urychlovat hojení tkání a zmírňovat bolest. Konkrétní využití přístroje HumanTecar v ortopedii zahrnuje širokou škálu aplikací, které se zaměřují na léčbu jak akutních, tak chronických problémů pohybového aparátu.

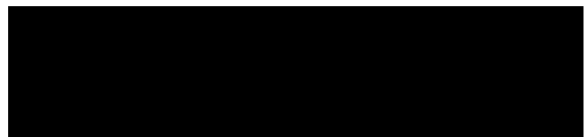
Ačkoli totální endoprotéza představuje dlouhodobé řešení pro pacienty s těžkými degenerativními problémy kloubů, kvalitní a efektivní rehabilitace je nezbytná pro zajištění dlouhodobé funkčnosti implantátu. Udržení pohyblivosti, síly a stability okolních struktur, jako jsou svaly a vazy, je klíčové pro zachování dlouhodobé stability kloubní náhrady. HumanTecar pomáhá udržovat optimální pohybové schopnosti a stabilitu v okolí implantátu, což snižuje riziko mechanického opotřebení implantátu nebo vzniku poruch v jeho funkci. Pomáhá také při prevenci svalových atrofií v okolí nového kloubu, což je častý problém po operaci TEP.

V pelhřimovské nemocnici, jakož to jediné na Vysočině je přístroj v provozu od června roku 2020. Každoročně je ošetřeno přes 200 pacientů po aloplastice kolenního a kyčelního kloubu, do prosince roku 2024 bylo ošetřeno celkem 1044 pacientů. Přestože se jedná o ošetření, které není hrazeno z veřejného zdravotního pojištění, jde o nadstandardní výkon, který si musí hradit, je pacienty velmi dobře snášen a oblíben. Pro ošetřovatelskou péči je přínosem snížení otoku operované končetiny, kdy se pacienti stávají časněji pohyblivými a soběstačnými. Díky proceduře dochází ke snížení bolestivosti operované končetiny, s čímž souvisí nižší saturace analgetiky. Celkově pacienti vnímají ošetření přístrojem Human Tecar velmi pozitivně, což významně přispívá k celému procesu rekonvalescence.

POUŽITÉ ZDROJE

- [1] ANDRÝSEK, J. 2020. *Metodologie prerehabilitace s využitím Human tecar technologie*. Praha: Endala medicína 21. století. (interní dokument)
- [2] DOSBABA, F. et al. 2021. *Rehabilitační ošetřovatelství v klinické praxi*. 1. Praha: Grada. 172s. ISBN 978-80-271-1050-6.
- [3] DUNGL, P. 2014. *Ortopedie*. 2. přepracované a doplněné vyd. Praha: Grada. 1168s. ISBN 978-80-247-4357-8.
- [4] *Human Tecar Viss. Calco*: 2014. Dostupné z: https://humantecar.com/...S_-Brochure_EN_Low-.pdf.
- [5] Uživatelská příručka HCR 1001 - UNIBELL SRL 2016 - humantecar. Com. (interní dokument)
- [6] KAPOUNOVÁ, G. 2020. *Ošetřovatelství v intenzivní péči*. 2. aktualizované a doplněné vyd. Praha: Grada. 404s. ISBN 987-80-271-0130-6.
- [7] SLEZÁKOVÁ, L. et al. 2021. *Ošetřovatelství v chirurgii II*. 1. Praha: Grada. 336 s. ISBN 978-80-271-1718-5.
- [8] SOSNA, A. et al. 2024. *Základy ortopedie a traumatologie pohybového aparátu*. 1. Praha: Triton. 472 s. ISBN 978-80-7684-290-8.
- [9] VYTEJČKOVÁ, R. et al. 2013. *Ošetřovatelské postupy v péči o nemocné II*. 1. Praha: Grada. 272s. ISBN 987-80-247-3420-0.

USE OF THE HUMANTECAR DEVICE IN PATIENTS AFTER TEP IN THE ORTHOPEDIC DEPARTMENT OF PELHŘIMOV HOSPITAL



ABSTRACT

Recovery after total hip arthroplasty (THA) is a key phase of treatment that significantly affects the resulting joint function and the patient's quality of life. Modern physiotherapy methods, such as HumanTecar therapy, offer an innovative approach to accelerate healing and restore mobility. HumanTecar uses radiofrequency diathermy to stimulate microcirculation, reduce swelling, relieve pain, and promote tissue regeneration. This method has proven to be an effective adjunct to the rehabilitation process after THA, due to the shortening of recovery time, minimizing the risk of complications, and increasing patient comfort. This review summarizes current knowledge on the use of the HumanTecar device in THA rehabilitation and its benefits compared to conventional approaches, which also significantly affects nursing care.

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

Mgr. Lada Razimová
Vysoká škola polytechnická Jihlava
Katedra zdravotnických studií
Tolstého 16
586 01 Jihlava
e-mail: razimova.lada@seznam.cz

Mgr. Veronika Kusínová
Vysoká škola polytechnická Jihlava
Katedra zdravotnických studií
Tolstého 16
586 01 Jihlava
e-mail: KusinovaVeronika @seznam.cz

KEYWORDS:

Alloplasty, HumanTecar, nursing care, rehabilitation, nurse

KVALITA ŽIVOTA ŽEN V OBDOBÍ KLIMAKTERIA

LENKA GÖRNEROVÁ
IVANA POŠTULKOVÁ
VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ
JIHLAVA

ABSTRAKT

Klimakterium, často označované jako menopauza, je přirozený biologický proces, kterým prochází ženy ve středním věku. Tento přechod je spojen s řadou fyzických i psychických změn, které mohou výrazně ovlivnit kvalitu života. Cílem dotazníkové studie bylo zjistit, nejčastější fyzické a psychické příznaky menopauzy a jak ovlivňují kvalitu života žen a dále zmapovat, role odborníků, rodiny a společnosti na zvládnání klimakterických obtíží a psychickou pohodu žen. Dotazníková studie probíhala po dobu třech měsíců a zúčastnilo se jí 166 žen, které si procházejí obdobím menopauzy. K šetření byl využit standardizovaný dotazník Menopause Rating Scale (MRS) doplněn další údaje, které byly nutné k prezentaci výsledků výzkumu. Dotazníkovou studií bylo zjištěno že klimakterium má významný vliv na fyzické a psychické zdraví žen. Významnou roli hraje také podpora rodiny a odborníků, které mohou ovlivnit celkový prožitek menopauzy. Výsledky poukazují na důležitost dalšího zkoumání a na potřebu větší informovanosti a destigmatizace tématu menopauzy ve společnosti.

KLÍČOVÁ SLOVA:

Endokrinologie, fyzické zdraví,
klimakterium, kvalita života, psychické
zdraví

ÚVOD

Klimakterium, často označované jako menopauza, je přirozený biologický proces, kterým prochází ženy ve středním věku. Tento přechod je spojen s řadou fyzických i psychických změn, které mohou výrazně ovlivnit kvalitu života. Vzhledem k rostoucí délce života žen a jejich aktivnímu zapojení do společnosti je důležité věnovat tomuto tématu náležitou pozornost. Klimakterium může mít dopad nejen na zdravotní stav žen, ale i na jejich sociální a pracovní život, a proto je nutné zkoumat, jakým způsobem se s tímto obdobím vyrovnávají. Klimakterium bývá stále vnímáno jako citlivé téma a často není dostatečně diskutováno, což může vést k nedostatečnému povědomí o jeho dopadech a možnostech zmírnění obtíží.

Proces klimakteria nastává u žen, zejména v období středního věku, kdy dochází k výrazným hormonálním změnám. Endokrinologie a hormony u žen jsou klíčové pro pochopení těchto změn. Klimakterium je charakterizováno poklesem hladiny estrogenů, což je hlavním hormonem ovlivňujícím reprodukční funkci ženy (Roztočil, 2024). Tento pokles má mnoho fyziologických dopadů a je předmětem endokrinologického výzkumu. Klimakterium je normálním a nevyhnutelným biologickým procesem, který ovlivňuje každou ženu, přičemž se můžeme setkat s fyziologickým klimakteriem a jeho patologickými formami. Fyziologické klimakterium probíhá přirozeně a je často provázeno příznaky jako jsou návaly horka, noční pocení, nespavost nebo výkyvy nálad. Tyto změny jsou pro ženy často fyzicky i psychicky náročné, což ovlivňuje kvalitu jejich života. Terapie klimakterických obtíží může zahrnovat hormonální substituční terapii (HRT), která doplňuje chybějící hormony a zmírňuje příznaky. Přestože HRT přináší řadu výhod, jako je zmírnění návalů horka či ochrana před osteoporózou, může mít i svá rizika, včetně zvýšení rizika některých onemocnění, což vyžaduje individuální přístup a zvážení přínosů a rizik (Fait, 2018). Komplikace spojené s klimakteriem mohou zahrnovat například osteoporózu nebo kardiovaskulární onemocnění, které jsou důsledkem hormonálních změn a nedostatku estrogenů. Současné poznatky ukazují, že klimakterium je velmi individuální proces s rozdílnými projevy u jednotlivých žen. K dispozici jsou různé způsoby zvládnání těchto změn, včetně hormonální terapie, přírodních doplňků stravy, změny životního stylu a psychologické podpory. Kvalita života žen v klimakteriu je často měřena různými testy a škálami na hodnocení klimakterických obtíží. Tyto nástroje pomáhají lépe porozumět, jaký dopad má klimakterium na fyzickou i psychickou pohodu žen, a umožňují přizpůsobit léčbu konkrétním potřebám pacientek (Moravcová, 2023; Fait, 2018; Roztočil, 2024).

Cílem dotazníkové studie bylo zjistit, nejčastější fyzické a psychické příznaky menopauzy a jak ovlivňují kvalitu života žen a dále zmapovat, role odborníků, rodiny a společnosti na zvládnání klimakterických obtíží a psychickou pohodu žen.

MATERIÁL A METODY

V rámci dotazníkové studie byla zvolena kvantitativní metoda. Primárním nástrojem pro sběr dat byl dotazník, byl využit standardizovaný dotazník Menopause Rating Scale (MRS) ([/https://zeg-berlin.de/wp-content/uploads/2017/01/MRS_English.pdf](https://zeg-berlin.de/wp-content/uploads/2017/01/MRS_English.pdf)) doplněn další údaje, které byly nutné k prezentaci výsledků výzkumu. Sběr dat probíhal po dobu třech měsíců od poloviny října 2024 do konce ledna 2025. Dotazníky byly distribuovány v tištěné i online podobě. Výzkumného šetření se zúčastnily ženy ve věkovém rozmezí 45 až 61 let a starší, které procházejí obdobím klimakteria. Tento výběr byl zvolen s cílem reflektovat různé fáze klimakterického přechodu, včetně perimenopauzy, menopauzy a postmenopauzy. Celkově se do výzkumu zapojilo 166 žen. Dotazník se skládal ze tří částí. První část obsahovala úvodní otázky, druhá část zahrnovala standardizovaný dotazník MRS a třetí část tvořila doplňující otázky. Dotazník obsahoval dohromady 26 otázek, týkajících se věku, období klimakteria, ve kterém se žena nachází, rodinného stavu, příznaků, spokojenosti s prací odborníků, zjišťování informací a mírnění obtíží. Dotazník MRS obsahuje 11 symptomů. Žena, která dotazník vyplňuje, uvádí u každého symptomu, jak velkou závažnost obtíží v daném období sama pociťuje. Má k dispozici pět stupňů intenzity 0–4 (intenzita obtíží: žádné, mírné, střední, výrazné, nesnesitelné) (Menopause Rating Scale, 2017).

Tabulka 1: Základní charakteristika výzkumného vzorku

Základní parametry	
Pohlaví	n %
Žena	166 (100 %)
Věk	n %
45 – 50 let	56 (33,73 %)
51 – 55 let	48 (28,92 %)
56 – 60 let	28 (16,86 %)
61 a více	34 (20,49 %)
Rodinný stav	n %
Svobodná	15 (9,04 %)
Vdaná	97 (58,43 %)
Rozvedená	37 (22,29 %)
Vdova	17 (10,24 %)
Počet dětí	n %
Žádné	12 (7,23 %)
Jedno	32 (19,28 %)
Dvě	85 (51,20 %)
Tři	27 (16,26 %)
Čtyři	6 (3,61 %)
Pět	3 (1,81 %)
Šest	1 (0,61 %)

Zdroj: Vlastní, 2024

Respondentky byly ženy ve věkovém rozmezí 45 až 72 let, v různém rodinném stavu, s žádným dítětem až po celkový počet šesti dětí.

VÝSLEDKY A DISKUZE

Výsledky dotazníkové studie jsou uvedeny v tabulkách, kde v tabulce 2 jsou popsány nejčastější fyzické a psychické příznaky menopauzy a jejich vliv na kvalitu života. Tabulka 3 popisuje jaký vliv má podpora odborníků, rodiny a společnosti na zvládnání klimakterických obtíží a psychickou pohodu žen.

Tabulka 2: Nejčastější fyzické a psychické příznaky menopauzy a jejich vliv na kvalitu života

Příznaky klimakteria a častost výskytu	
Návaly horka a noční pocení:	n %
Nepociťuje	46 (27,71 %)
Mírné	63 (37,95 %)
Střední	32 (19,28 %)
Silné	19 (11,44 %)
Velmi silné	6 (3,62 %)
Poruchy spánku:	n %
Nezaznamenala	32 (19,28 %)
Mírné	55 (33,13 %)
Střední	54 (32,53 %)
Silné	19 (11,44 %)
Velmi silné	6 (3,62 %)
Podrážděnost:	n %
Necítí	47 (28,31 %)
Mírnou	59 (35,54 %)
Střední	45 (27,11 %)
Silnou	11 (6,63 %)
Velmi silnou	4 (2,41 %)
Únava:	n %
Žádná	19 (11,44 %)
Mírná	65 (39,16 %)
Střední	49 (29,52 %)
Silná	23 (13,86 %)
Velmi silná	10 (6,02 %)
Potíže s pamětí a soustředěním:	n %
Nemá	38 (22,89 %)
Mírné	71 (42,77 %)
Střední	39 (23,49 %)

Silné	15 (9,04 %)
Velmi silné	3 (1,81 %)
Bolesti kloubů a svalů:	n %
Nepocituje	38 (22,89 %)
Mírné	57 (34,34 %)
Střední	46 (27,71 %)
Silné	19 (11,44 %)
Velmi silné	6 (3,62 %)
Suchost sliznic:	n %
Nemá	74 (44,58 %)
Mírnou	51 (30,72 %)
Střední	26 (15,66 %)
Silnou	10 (6,02 %)
Velmi silnou	5 (3,02 %)
Deprese:	n %
Nemá	72 (43,37 %)
Mírné	51 (30,72 %)
Střední	25 (15,06 %)
Silné	11 (6,63 %)
Velmi silné	7 (4,22 %)
Vliv příznaků na život:	n %
Vůbec neovlivňují	44 (26,50 %)
Mírně ovlivňují	79 (47,59 %)
Středně ovlivňují	35 (21,08 %)
Silně ovlivňují	8 (4,83 %)
Velmi silně ovlivňují	0 (0 %)

Zdroj: Vlastní, 2024

Pro analýzu vlivu klimakteria na kvalitu života žen byly zahrnuty dotazníkové otázky na základě MRS standardizovaného dotazníku.

Návaly horka jsou běžným symptomem klimakterického období. Výsledky ukazují, že většina žen (72,29 %) pociťuje návaly horka v různé míře, přičemž nejčastější jsou návaly mírné intenzity, pouze 27,71 % žen nepocituje žádné návaly horka.

Poruchy spánku jsou též častým symptomem. Podle výsledků z dotazníku 65,66 % žen uvádí mírné až střední problémy s nespavostí nebo častým probouzením v noci. Tento problém má přímý vliv na kvalitu života, protože nedostatečný nebo přerušovaný spánek může vést k únavě, podrážděnosti a dalším psychickým potížím. 15,06 % žen pociťuje silné až velmi silné poruchy spánku, což výrazně ovlivňuje jejich každodenní fungování a pouze 19,28 % nemá žádné problémy se spánkem.

Podrážděnost je dalším příznakem, který nějakým způsobem ovlivňuje život žen, konkrétně 71,69 % žen vnímá různé stupně podrážděnosti. 35,54 % žen uvádí mírnou podrážděnost, zatímco 27,11 % žen pociťuje střední úroveň podrážděnosti. Tento symptom může mít negativní vliv na mezilidské vztahy a přispět k většímu stresu a napětí v osobním životě, což může ovlivnit i pracovní výkon a sociální interakce.

Únava postihuje 88,55 % žen, přičemž nejvíce 39,16 % žen udává mírnou únavu a pouze 11,44 % neudává žádnou únavu. Tento stav může omezit jejich schopnost vykonávat každodenní činnosti a snižuje jejich produktivitu v pracovním i osobním životě. Tento problém je častý a může být považován za jeden z nejvíce omezujících příznaků klimakteria.

Dalším významným příznakem jsou problémy s pamětí a soustředěním, které se objevují u 77 % žen, což může mít vliv na výkon v práci i v domácnosti, protože zhoršení kognitivních funkcí může ovlivnit schopnost rychle se rozhodovat a soustředit se na úkoly.

V oblasti bolesti kloubů a svalů se 77 % žen potýká s tímto problémem. Bolesti jsou často důsledkem hormonálních změn a mohou mít výrazný dopad na kvalitu života, zejména pokud se stanou chronickými. Tento symptom omezuje mobilitu a komfort, což může vést k dalším zdravotním problémům.

Vaginální suchost a suchost očí, které jsou častými příznaky klimakteria, postihuje 55 % žen. Tyto problémy mohou mít negativní vliv na sexuální zdraví a celkový komfort, což ovlivňuje intimní vztahy a kvalitu života.

Deprese a pocity smutku ovlivňuje více než 56 % žen, což značí další větší složku, podílející se na změně v kvalitě života.

Dle české verze standardizovaného dotazníku MRS pod vedením Mgr. Markéty Moravcové, Ph.D., bylo zjištěno, že mezi nejvýraznější obtíže respondentek patřily bolesti svalů a kloubů, které dosáhly nejvyššího souhrnného skóre intenzity. Mezi další výrazně vnímané symptomy se zařadily depresivní nálady a návaly horka, zatímco přecitlivělost byla hodnocena jako méně intenzivní.

Podobné poznatky přinesla i studie publikovaná v *BMC Women's Health* s názvem "Frequency of symptoms, determinants of severe symptoms, validity of and cut-off score for Menopause Rating Scale (MRS) as a screening tool: A cross-sectional survey among midlife Nepalese women" z roku 2011. Ta zjistila, že nejčastějšími příznaky menopauzy u nepálských žen jsou problémy se spánkem (78,7 %), fyzické a psychické vyčerpání (73,5 %), návaly horka (69,7 %), bolesti kloubů a svalů (68,6 %) a vaginální suchost (61,6 %).

Pokud jde o celkový vliv klimakteria na každodenní život, 26,50 % žen uvedlo, že příznaky klimakteria nijak neovlivňují jejich každodenní život, zatímco 73,50 % žen zaznamenává

dopad na běžné činnosti. Tento nále z ukazuje, že i když mnohé ženy čelí určitému nepohodlí, stále si zachovávají vysokou míru funkčnosti ve svém každodenním životě.

Tabulka 3: Podpora odborníků, rodiny a společnosti na zvládání klimakterických obtíží a psychickou pohodu žen

Podpora odborníků:	n %
Jsem velice spokojená	26 (15,66 %)
Podpora je dostačující	58 (34,94 %)
Nejsem úplně spokojená	28 (16,87 %)
Nejsem vůbec spokojená	3 (1,81 %)
Podporu jsem nevyhledávala	51 (30,72 %)
Podpora rodiny a blízkých:	n %
Rodina a blízcí nabízí skvělou podporu	76 (45,78 %)
Rodina se snaží, ale někdy se setkávám s nepochopením	51 (30,72 %)
Podporu od rodiny mám minimální	19 (11,44 %)
Nemám žádnou podporu	20 (12,06 %)
Vnímání pozornosti společnosti:	n %
Ano, myslím, že se problematice věnuje dostatečná pozornost	37 (22,29 %)
Částečně, ale myslím si, že klimakterium je spíše tabu	84 (50,61 %)
Společnost tento problém zlehčuje a nevěnuje pozornost	26 (15,66 %)
Vůbec, ženy jsou přehlíženy a obtíže nejsou brány vážně	19 (11,44 %)
Hodnocení celkového stavu:	n %
Velmi dobrý	22 (13,25 %)
Dobrý	83 (50,00 %)
Uspokojivý	55 (33,12 %)
Špatný	6 (3,63 %)
Velmi špatný	0 (0 %)

Zdroj: Vlastní, 2024

Podle výsledků dotazníku hodnotí odbornou podporu jako dostatečnou nebo velmi dobrou 50,5 % žen. Konkrétně 15,66 % je s podporou odborníků velmi spokojeno a 34,94 % ji považuje za dostatečnou, ale s možností zlepšení. Naopak 30,72 % podporu odborníků vůbec nevyhledává a 16,87 % žen musí informace hledat samostatně. To naznačuje prostor pro zlepšení dostupnosti odborné péče.

Rodinnou podporu hodnotí jako skvělou či dostatečnou 45,78 % žen, zatímco 30,72 % uvádí, že jejich blízcí se sice snaží, ale plně nerozumí jejich situaci. Naopak 23,50 % žen nemá od rodiny žádnou nebo jen minimální podporu, což může negativně ovlivnit jejich psychický stav.

Společenskou pozornost k menopauze považuje za dostatečnou pouze 22,29 % žen, zatímco 50,61 % ji vnímá jako tabuizované téma. Dalších 27,11 % se domnívá, že menopauzální obtíže jsou podceňovány nebo ignorovány. Výsledky potvrzují potřebu osvěty a otevřenějšího přístupu k tomuto tématu.

Hodnocení vlivu klimakteria na celkový zdravotní stav většina dotazovaných žen hodnotí svůj zdravotní stav jako dobrý, a to 50 % respondentek nebo uspokojivý 33,12 %. Velmi dobrý zdravotní stav uvedlo 13,25 % žen, zatímco pouze 3,61 % považuje svůj stav za špatný.

Podobné výsledky potvrzuje také studie BMC Women's Health "Información es poder (Information is power): Menopause knowledge, attitudes, and experiences in midlife Hispanic women and Latinas" z roku 2024, která upozorňuje na skutečnost, že menopauza je v některých kulturách stále tabuizovaným tématem, přičemž otevřenost k diskusi se zvyšuje s mladšími generacemi. Dalším významným zjištěním je dopad menopauzy na rodinné a partnerské vztahy – ženy často pociťují nepochopení ze strany svých blízkých, což může ovlivnit jejich psychickou pohodu.

ZÁVĚR

Na základě analýzy dat získaných z dotazníkové studie bylo potvrzeno, že klimakterium má významný vliv na fyzické a psychické zdraví žen. Mezi nejčastější příznaky patří návaly horka, poruchy spánku, únava, podrážděnost a bolesti kloubů a svalů, které v různé míře ovlivňují každodenní fungování respondentek.

Významnou roli hraje také podpora rodiny a odborníků, které mohou ovlivnit celkový prožitek menopauzy.

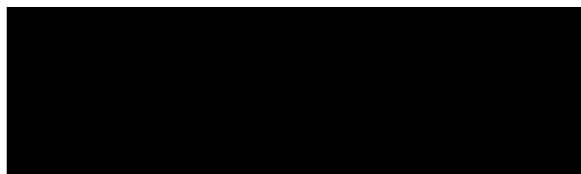
Celkově lze konstatovat, že kvalita života žen v období klimakteria je ovlivněna mnoha faktory. Zajištění komplexní a dostupné podpory, otevřená komunikace o klimakteriu a efektivní přístup k léčebným metodám jsou klíčovými faktory pro zlepšení pohody žen v tomto období jejich života.

Dotazníková studie též poukazuje na důležitost dalšího zkoumání a na potřebu větší informovanosti a destigmatizace tématu menopauzy ve společnosti.

POUŽITÉ ZDROJE

- [1] *Menopause Rating Scale*. 2017. Online. 2017 [cit 2024-10-2]. Dostupné z: [/https://zeg-berlin.de/wp-content/uploads/2017/01/MRS_English.pdf](https://zeg-berlin.de/wp-content/uploads/2017/01/MRS_English.pdf)
- [2] BMC WOMEN'S HEALTH. 2011. *Frequency of symptoms, determinants of severe symptoms, validity of and cut-off score for Menopause Rating Scale (MRS) as a screening tool: A cross-sectional survey among midlife Nepalese women*. Online. 2011. [cit 2025-1-10]. Dostupné z: <https://bmcwomenshealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6874-11-30>.
- [3] BMC WOMEN'S HEALTH. 2024. *Información es poder (information is power): menopause knowledge, attitudes, and experiences in midlife Hispanic women and Latinas*. Online. 2024. [cit 2024-11-12]. Dostupné z: <https://bmcwomenshealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12905-024-03434-z>.
- [4] FAIT, T. 2018. *Klimakterická medicína*. 3.vydání. Praha: Maxdorf, 2018. ISBN 978-80-734-5594-1.
- [5] FAIT, T. 2023. Hormonální substituční terapie, ateroskleróza a význam časné intervence. Online. *ProLékaře*. Roč. 2023. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/athero-review/2023-1-5/hormonalni-substitutni-terapie-ateroskleroz-a-vyznam-casne-intervence-133559>.
- [6] MORAVCOVÁ, M. 2023. *Kvalita života žen v období ovlivněném menopauzou*. 1.vydání. Pardubice: Univerzita Pardubice, 2023. ISBN 978-80-756-0456-9.
- [7] ROZTOČIL, A. 2024. *Moderní gynekologie*. 2.vydání. Praha: Grada, 2024. ISBN 978-80-271-2005-5.

QUALITY OF LIFE OF WOMEN DURING MENOPAUSE



ABSTRACT

Climacteric, often referred to as menopause, is a natural biological process that middle-aged women go through. This transition is associated with a number of physical and psychological changes that can significantly affect the quality of life. The aim of the research was to identify the most common physical and psychological symptoms of menopause and how they affect the quality of life of women and to further map the roles of professionals, family and society in managing climacteric difficulties and women's psychological well-being. The research was conducted over a period of three months and 166 women going through menopause participated. The standardized Menopause Rating Scale (MRS) questionnaire was used for the survey, supplemented with other data that were necessary to present the research results. The research found that the climacteric has a significant impact on the physical and psychological health of women. Support from family and professionals also plays a significant role, which can affect the overall experience of menopause. The results point to the importance of further research and the need for greater awareness and destigmatization of the topic of menopause in society.

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

PhDr. Lenka Görnerová, PhD.
Vysoká škola polytechnická Jihlava
Katedra zdravotnických studií
Tolstého 16
586 01 Jihlava
e-mail: lenka.gornerova@vspj.cz

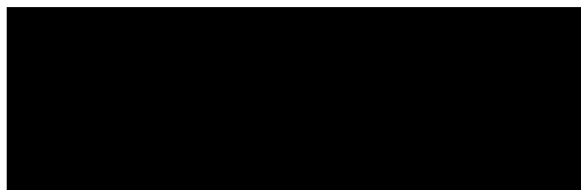
Bc. Ivana Poštulková
Vysoká škola polytechnická Jihlava
Tolstého 16
586 01 Jihlava
e-mail: postul01@student.vspj.cz

KEYWORDS:

Endocrinology, physical health, menopause,
quality of life, mental health

APLIKACE SIMULAČNÍCH MODELŮ DO VÝUKY VŠEOBECNÉHO OŠETŘOVATELSTVÍ NA VYSOKÉ ŠKOLE POLYTECHNICKÉ JIHLAVA

ZUZANA KOSAKOVÁ
MARIE DOČEKALOVÁ
SIMONA HÁJKOVÁ
VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ
JIHLAVA



ABSTRAKT

Každodenní náplní práce všeobecné sestry je řešení krizových situací a práce s pacienty, jejich obtížemi a klinickými příznaky. Z hlediska výuky je tak nezastupitelná role praktické výuky a nácviků. Simulační modely mohou studentům poskytnout prostředek pro nácvik kritických situací a zároveň zpětně hodnotit jejich řešení bez rizika pro reálné pacienty. Všechny tyto úkony lze nacvičit a zautomatizovat na věrných patientských modelech Leonardo a Ares, které vnáší nové možnosti praktických nácviků do výuky na Vysoké škole polytechnické Jihlava (VŠPJ).

KLÍČOVÁ SLOVA:

Intenzivní péče, nácvik činností, patientské simulátory, technologie ve zdravotnictví, výuka

ÚVOD

Historie vyučování pomocí simulace ve zdravotnictví sahá až do 18.století. Při výuce anatomie se používaly voskové modely. S postupem času se i figuríny zdokonalovaly do věrných napodobenin lidského těla se zapojením virtuální reality. Nácvik činností na simulačních modelech je klíčový i v oblasti bezpečnosti pacientů. Praktický nácvik kardiopulmonální resuscitace na figurínách začal okolo roku 1960. V roce 2020 jsme již přijali simulační platformy řízené umělou inteligencí se zpětnou vazbou v reálném čase. Nácvik simulace může zvyšovat bezpečnost pacientů na základě snížení pravděpodobnosti chyb v reálném prostředí, dále zlepšuje týmovou komunikaci a buduje kompetence a sebedůvěru studentů. (Medvision, 2025a) Díky použití patientských simulátorů jsou studenti konfrontováni s chybami v procesu simulace, a to bez rizika negativních důsledků spojených s poškozením zdraví u skutečných pacientů. Vytvoření bezpečné atmosféry je pro efektivní učení klíčové. Jednak se eliminuje strach z poškození zdraví lidí a zároveň je podporována zvědavost, zkoumání a kritické myšlení. To vše zapojuje studenty do aktivního procesu učení a vzdělávání. Studenti mohou být vystaveni rozmanité škále pacientů a klinických scénářů, včetně vzácných a složitých případů, se kterými se během praxí v nemocnicích často nemusí setkat. (Medvision, 2024b)

Vysoce věrné simulátory překračují tradiční tréninkové nástroje tím, že replikují lidskou fyziologii a patologii s mimořádnou přesností. Tyto systémy spojují vysoce věrné figuríny, adaptivní software a multisenzorickou zpětnou vazbu tak, aby věrně napodobily klinické scénáře. Studentům to umožňuje procvičovat diagnostiku, ošetrovatelské intervence a kritické rozhodování v kontrolovaném prostředí. (Medvision, 2025b)

APLIKACE SIMULAČNÍCH MODELŮ DO VÝUKY VŠEOBECNÉHO OŠETŘOVATELSTVÍ

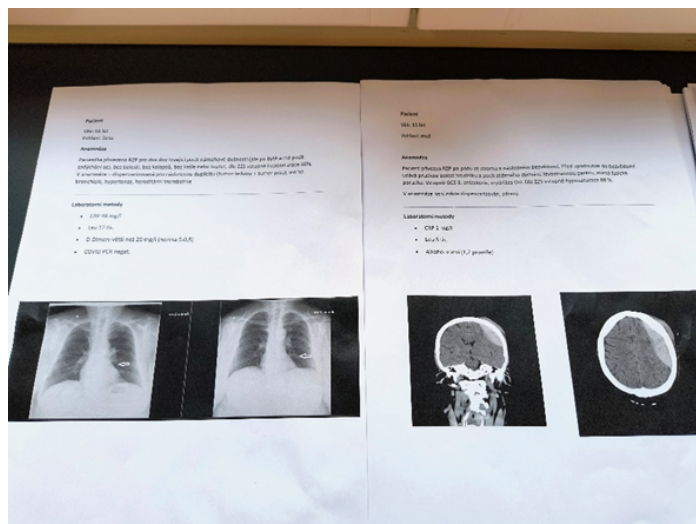
Podpora zapojení simulačních postupů do výuky všeobecného ošetrovatelství stále roste a dále rozvíjí postupy klinické simulace. Potřeba začlenění těchto simulací do výuky spolu s debriefingem podporuje rozvoj klinického úsudku a rozvíjí u studentů kritické myšlení a řešení krizových situací i u běžných činností (Gorová, 2023). Dle Arabi a Kennedy (2023) studenti oceňovali možnost reflexe při debriefingu a zvýšení sebeuvědomění dovedností. Zároveň ale uváděli obavy z odhalení jejich chyb ve zpětném debriefingu.

Pořízení patientských simulačních modelů Leonardo a Ares pro výuku studentů oboru Všeobecné ošetrovatelství je důležitým okamžikem ve výuce na VŠPJ v roce 2024. Patientské simulační modely byly spolufinancovány z podpory Národního plánu obnovy v rámci projektu „Transformace vzdělávací činnosti VŠPJ v reakci na aktuální potřeby trhu práce“ a zprovozněny byly v září 2024. Praktický nácvik přináší do ošetrovatelských postupů u studentů jistotu při řešení nenadálých a krizových situací během jejich následného výkonu povolání. Modely byly využívány v menších skupinách studentů

během výuky předmětů Ošetřovatelství v interních oborech, Klinická propedeutika a Intenzivní ošetřovatelská péče. Studenti během praktické výuky uplatňovali teoretické poznatky z přednášek těchto předmětů. V předmětu Ošetřovatelství v interních oborech se studenti učili poslechově rozpoznávat jednotlivé patologie poslechu plic a dutiny břišní. V předmětu Klinická propedeutika si studenti zkoušeli na základě předem připravené kazuistiky (obr.1) kompletní fyzikální vyšetření pacienta (patientského simulačního modelu), navrhnout další vyšetřovací metody použitelné pro daného pacienta, navrhnout pravděpodobnou léčbu a určovali definitivní i diferenciální diagnózy. V předmětu Intenzivní ošetřovatelská péče si studenti zkoušeli odborné ošetřovatelské postupy na jednotkách intenzivní péče. Jednalo se například o nachystání pomůcek k intubaci a asistenci při intubaci pacienta, dále péči o endotracheální kanylu a manipulaci s pacientem připojeným na UPV (umělou plicní ventilaci). Studenti měli možnost fyzicky manipulovat s intraoseálním vstupem a zkoušet si asistenci při výměně tracheostomické kanyly. Dalším důležitým okamžikem ve výuce tohoto předmětu byl praktický nácvik akutní srdeční zástavy pacienta, včetně důležitých postupů resuscitace a zajištění dýchacích cest. Tuto kritickou situaci museli studenti sami vypořádat na monitoru fyziologických funkcí patientského simulačního modelu a adekvátně reagovat.

Pacientské simulační modely dali vyučujícím možnost připravit studentům reálné situace, které vyžadují jejich bezodkladné praktické řešení. Dále možnost rozšíření si vědomostí a propojit teoretickou výuku s praxí. Studenti mohou následně v praxi použít nacvičené ošetřovatelské postupy a postupy řešení krizové situace, které nacvičili právě na patientských simulačních modelech. Neocenitelná je i funkce zpětného debriefingu, kdy zpětně po ukončení nácviku lze se studenty rozebrat krok po kroku jednotlivé činnosti a správné a nesprávné postupy. Rozsah možností jednotlivých patientských simulátorů a popis jejich funkcí je velice široký. V následujících kapitolách budou tedy představeny jejich funkce a příslušenství.

Obrázek 1: Kazuistiky v předmětu klinická propedeutika



Zdroj: vlastní

LEONARDO HF

Výrobce tohoto modelu patientského simulátoru je firma MedVision. Patientský simulátor Leonardo HF vyniká realistickou anatomickou strukturou podobnou lidskému tělu, včetně vzhledu kůže. Váhově model odpovídá váze dospělé osoby, váží 60,5 kg a měří 180 cm. Model je plně bezdrátový s velkokapacitní baterií, která vydrží až 12 hodin provozu. Ovládán je pomocí intuitivního softwaru na tabletu vyučujícího. Software má vytvořené automatické scénáře a dále i manuální mód, kde si dotyčný může nastavit jednotlivé parametry nebo sám tvořit své automatické scénáře. Studenti mají k dispozici dotykový monitor fyziologických funkcí, který zrcadlí parametry nastavené vyučujícím. V hlavních kloubech figuríny je realistický rozsah pohybu a postavení končetin, např. krk, nohy, ruce, ramena. Celkově má model 12 bodů, kde lze palpat arteriální pulzaci a dotyk se automaticky propisuje do protokolu na tablet vyučujícího. Na hlavě upoutá reálné mrkání očí, které mají automatickou reakci na osvit, kdy se zornice stahují. V softwaru vyučujícího se dá nastavit i anizokorie, mydriáza či mióza.

Obrázek 2: Leonardo HF se zajištěnými dýchacími cestami



Zdroj: vlastní (učebna Jedinotka intenzivní péče VŠPJ)

V nácviku akutních stavů lze na modelu cvičit ventilaci obličejovou maskou či zavedení laryngeální masky (l-gel). Model je uzpůsobený k orotracheální i nasotracheální intubaci. (Obr.2) V rámci nácviku zajištění dýchacích cest se dá nasimulovat i otok jazyka, laryngospasmus nebo trismus. Celé dýchací cesty jsou velice realistické i pohledově při přímé laryngoskopii. Zároveň je i protokolována hloubka intubace. Model zároveň umožňuje chybnou intubaci do jícnu. V případě nemožné orotracheální intubace model nabízí i možnost opakovaného akutního zajištění dýchacích cest tracheálním přístupem (Quicktrach, Minitrach) tracheostomickou kanylou. (Medvisiongroup, 2024)

Součástí příslušenství je integrovaná periferní žilní kanyla na pravém předloktí, která umí automaticky rozpoznávat aplikovaný lék a vstříknutý objem dané látky, vše se opět protokoluje v rámci daného nácviku. Součástí modelu je paleta již načipovaných štítků ke stříkačkám. V rámci aplikace léků do cévního řečiště model nabízí i místo (holenní kost) k cvičnému zavádění intraoseálních přístupů. (Medvisiongroup, 2024)

Dýchání lze na patientském simulátoru nastavit spontánní či s komplikacemi. Nastavit lze i jednostranný pneumotorax, který studujícím umožňuje tuto situaci vyřešit jednorázovou punkční dekompresní jehlou s realistickou zpětnou vazbou. Auskultačně můžeme poslouchat 5 míst na přední části hrudníku a 4 místa na zadní části hrudníku. Zároveň lze i hodnotit poslech srdečních ozev na 5 místech a na 4 místech realizovat i poslech dutiny břišní. Pomocí bezdrátového Smartscope fonendoskopu mohou studenti slyšet jak normální, tak abnormální zvuky. (Návod k použití Leonardo HF, 2024)

Leonardo HF také umožňuje reálný nácvik postupů rozšířené kardiopulmonální resuscitace. Během probíhající resuscitace dává simulátor vyučujícímu informace, zda jsou ruce při kompresích hrudníku správně umístěné, zda hloubka komprese je dostatečná a také informuje o rychlosti kompresí. Model umožňuje i defibrilaci, kardioverzi a kardiostimulaci pomocí reálných přístrojů, aniž by podaný výboj model poškodil. (Medvision, 2024)

Tento patientský model má ještě další velké množství funkcí. Simulátor dokáže verbálně se studenty komunikovat v angličtině pomocí frází, které vyučující volí. Dále je na výběr i bohatá knihovna vokálních zvuků, jako je sténání, kašel a jiné. Leonardovi lze i zacévkovat močový měchýř močovým katetrem, z kterého následně vytéká tekutina simulující moč. Dále model umožňuje sekreci potu, slz, výtoku z ucha a také lze simulovat krvácení.

Obrázek 3: Leonardo HF s příslušenstvím



Zdroj: vlastní (učebna Jednotka intenzivní péče VŠPJ)

ARES

Pacientský simulační model Ares je vyroben firmou CAE, nyní pod názvem Elevate HealthCare. Simulační model Ares je také modelem dospělé osoby určený především pro užití v urgentní medicíně. Sám výrobce jej označuje jako středně věrného pacienta. Na modelu se dá pomocí příslušenství změnit i pohlaví pacienta (hrudník, přirození a vlasy). Model je velice všestranný. Software umožňuje výběr ze simulovaných klinických scénářů, například trauma, sepse, srdeční a cévní mozková příhoda. (Blanfordová, 2018) U simulovaných klinických scénářů je pro studenty dostupná i stručná anamnéza pacienta. Možné je vybrat i manuální režim, který je plně v rukou vyučujícího.

Obrázek 4: Pacientský simulátor Ares s příslušenstvím



Zdroj: vlastní (učebna Jednotka intenzivní péče VŠPJ)

Model Ares je vysoký 175 cm a váží 22 kg a má fyzické vlastnosti dospělého pacienta. Figurína umožňuje hodnocení různých klinických situací, které jsou dynamicky propojené s matematickými modely lidské fyziologie a farmakologie. Na modelu jsou místa určená k aplikaci intramuskulární, subkutánní i intraoseální injekce na levé a pravé paži. Polštářky jsou zaměnitelné a znovu použitelné. Pravá paže modelu je určená pro neinvazivní měření krevního tlaku a měření pulzu. Levá paže je určena k nácvičku kanylace periferního žilního systému i aplikace léků a infuzí. Žíly jsou dostupné na hřbetu ruky a na předloktí. Levá paže má svůj vlastní uzavřený žilní okruh, který lze napustit umělou krví a následně vypustit, je možno tedy do okruhu i aplikovat infuzní roztoky. S pomocí učitelského tabletu se dá softwarově ovládat a měnit vzhled očí (rychlost mrkání, reakce na osvit, prokrvácení očí, žloutenka a jiné). I model Ares lze defibrilovat reálnými defibrilátory či kardiovertery. Model má vlastní příslušenství, které simulační model ochrání proti výboji (SymDefib). Na Aresovi lze opakovaně invazivně zajistit dýchací cesty endotracheální, nasotracheální kanylou a tracheostomicky. Intubaci lze nasimulovat i jako obtížnou, kdy manuálně pomocí stříkačky provedeme laryngospasmus. Při neúspěšné intubaci je možné zaintubovat i do jícnu s následnou distenzí žaludku, možná je i jednostranná tracheální intubace. Na modelu je možný i nácviček plicní

ventilace pomocí ručního dýchacího vaku, kdy hrudník při ventilaci adekvátně reaguje zvedáním. Při nasimulování pneumothoraxu i tento model lze cvičně řešit jednorázovou punkcí hrudníku. Močový měchýř můžeme také katetrizovat, ale Ares na katetrizaci nelze plnit tekutinami. Auskultace pomocí bezdrátového fonendoskopu (StethoSym) lze provádět na hrudníku i bříše. Poslechově můžeme hodnotit fyziologické i patologické fenomény na plicích, na srdci a v dutině břišní. Během probíhající resuscitace model vyučujícímu zobrazuje, zda končetiny studenta jsou správně umístěné, hloubku prováděných stlačení hrudníku a také jejich rychlost. Při stlačování hrudník klade záchránci realistický odpor. (CAE Maestro, 2022)

Obrázek 5: Model Ares s nastavenou anizokorií



Zdroj: vlastní (učebna Jednotka intenzivní péče VŠPJ)

K modelu Ares lze pořídit i volitelné vybavení, jako například nohy pro intraoseální aplikaci, modul pro vyšetření prsou, modul po mastektomii, sadu ran na dolní končetiny (šití, pokousání, nekrózu, incizi a jiné), pahýl po amputaci dolní končetiny, rány na nohou, paži pro nácvik zavádění PICC katétru pod kontrolou ultrazvukem a geriatrickou masku na obličej. (CAE Maestro, 2022) I tento model dokáže komunikovat pomocí frází, které vybírá vyučující na svém ovládacím tabletu. Model Ares má fráze namluvené pouze v anglickém jazyce. Dále má také širokou paletu zvuků, například kašel, sténání, křik a jiné.

ZÁVĚR

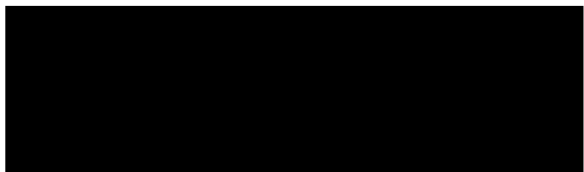
Fakta ukazují, že vysoký stupeň věrnosti simulačních figurín má výhody, jako je zapojení studentů do výuky a umožnění jim vyzkoušet si dovednosti prakticky. Z těchto nových pedagogických high-tech nástrojů pro výuku jsou nadšeni naši studenti i vyučující. Aarkrog, 2019, ve svém článku popisuje, že simulační výuka zlepšuje proces učení a výsledky učení studentů, například i jejich motivaci a schopnost reflexe.

Z hlediska výuky je velký rozdíl, zda student podává lék či infúzi figuríně pacienta nebo činnosti popisuje pouze verbálně. V případě použití simulačních figurín si studenti zároveň musejí připravit i prostředí, pomůcky a léky tak, aby nácvik simulace proběhl správně. Pokud pacienta resuscitujeme na torzu hrudníku, je simulace odlišná. Když reálná figurína pacienta leží na nemocničním lůžku a bezprostředně musí student reagovat na zástavu srdeční činnosti a zároveň provádět všechny úkony, je to pro něj sice stresující situace, ale mnohem hodnotnější zkušenost. Studenti musí mít teoretické vědomosti a promyšlený postup činností, ale práce v týmu u lůžka při stresové situaci jim teorii dokonale propojí s praxí.

POUŽITÉ ZDROJE

- [1] AARGROG, V. 2019. *'The mannequin id more lifelike':The significance of fidelity for students' learning in simulation-based training in the social- and healthcare programmes.* Nordic Journal of Vocation Education and Training: 2019 [on-line]. [cit. 2025-05-04]. ISSN 2242-458X. Dostupné z: doi:10.3384/njvet.2242 458X.19921
- [2] ARABI, A., KENNEDY, C. 2023. *The Perceptions and Experiences of Undergraduate Healthcare Students With Debriefing Methods.* [on-line]. [cit. 2025-07-06]. Dostupné z: https://journals.lww.com/simulationinhealthcare/abstract/2023/06000/the_perceptions_and_experiences_of_undergraduate.7.aspx
- [3] BAILY, L. 2022. *Simulátory pacientů CAE Healthcare zlepšují připravenost ošetřovatelství.* [on-line]. [cit. 2025-04-28]. Dostupné z: <https://www.healthysimulation.com/cs/cae-ares-mnohem-v%C3%ADce-ne%C5%BE-al-figur%C3%ADna/https://www.healthysimulation.com/cs/cae-healthcare-nursing-simulation-patient-simulators/>
- [4] BLANFORDOVÁ, R. 2018. *Elevate Healthcare Ares je mnohem víc než figurína ALS.* [on-line]. [cit. 2025-04-28]. Dostupné z: <https://www.healthysimulation.com/cs/cae-ares-mnohem-v%C3%ADce-ne%C5%BE-al-figur%C3%ADna/>
- [5] CAE HEALTHCARE, 2022. *CAEAres uživatelská příručka.* CAE 905K640152 v1.5
- [6] GOROVÁ, T. 2023. *Zaměření výzkumu klinické simulace: Přehled recenzí literatury 2023.* [on-line]. [cit. 2025-07-06]. Dostupné z: <https://www.healthysimulation.com/cs/clinical-simulation-research-debriefing-2023/>
- [7] MEDIM, 2024. *Návod k použití MedVision, Simulátor PS a HF, Pacientský simulátor dospělého Leonardo HF*
- [8] MEDVISION, 2024a. *Leonardo.* [on-line]. [cit. 2025-04-28]. Dostupné z: <https://www.medvisiongroup.com/leonardo.html>
- [9] MEDVISION, 2024b. *Why Patient Simulators Are Important for Nursing Education.* [on-line]. [cit. 2025-04-29]. Dostupné z: <https://www.medvisiongroup.com/media/blog/why-patient-simulators-are-important-for-nursing-education/>
- [10] MEDVISION, 2025a. *Simulation and Patient Safety:Transforming Healthcare Through Immersive Training.* [on-line]. [cit. 2025-04-29]. Dostupné z: <https://www.medvisiongroup.com/media/blog/simulation-and-patient-safety-transforming-healthcare-through-immersive-training/>
- [11] MEDVISION, 2025b. *High Fidelity Simulators by MedVisionSim: Precision, Innovation, and Transformative Medical Training.* [on-line]. [cit. 2025-04-29]. Dostupné z: <https://www.medvisiongroup.com/media/blog/high-fidelity-simulators-by-medvisionsim-precision-innovation-and-transformative-medical-training/>
- [12] TAMPA, F. L. 2021. *Simulation program employs Leonardo manikin to further learner preparation.* [on-line]. [cit. 2025-04-12]. Dostupné z: <https://www.medvisiongroup.com/simulation-program-employs-leonardo-manikin-to-further-learner-preparation.html>

APPLICATION OF SIMULATION MODELS IN THE TEACHING OF GENERAL NURSING AT THE JIHLAVA POLYTECHNIC UNIVERSITY



ABSTRACT

The daily work of a general nurse is to resolve crisis situations and work with patients, their difficulties and clinical symptoms. From the point of view of teaching, the role of practical teaching and exercises is irreplaceable. Simulation models can provide students with a means of practicing critical situations and at the same time retrospectively evaluate their solutions without risk to real patients. All these tasks can be practiced and automated on realistic patient models Leonardo and Ares, which brings new possibilities for practical training to teaching at the Jihlava Polytechnic University (VŠPJ).

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

Mgr. Zuzana Kosaková
Vysoká škola polytechnická Jihlava
Katedra zdravotnických studií
Tolstého 16
586 01 Jihlava
e-mail: zuzana.kosakova@vspj.cz

Mgr. Marie Dočekalová
Vysoká škola polytechnická Jihlava
Katedra zdravotnických studií
Tolstého 16
586 01 Jihlava
e-mail: marie.docekalova@vspj.cz

Mgr. Simona Hájková
Vysoká škola polytechnická Jihlava
Katedra zdravotnických studií
Tolstého 16
586 01 Jihlava
e-mail: simona.hajkova@vspj.cz

KEYWORDS:

Intensive care, activity training, patient simulators, healthcare technology, teaching

PROBLEMATIKA NÁSILÍ A AGRESIVITY NA OŠETŘUJÍCÍ PERSONAL A NÁVRHY ŘEŠENÍ

LENKA NĚMCOVÁ
ZUZANA KOSAKOVÁ
TEREZA KLEINEROVÁ
VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ
JIHLAVA

ABSTRAKT

Agresivita ve zdravotnictví představuje závažný globální problém, jehož řešení je nezbytné. Článek se věnuje problematice agresivity a násilí vůči zdravotním sestřím, jeho příčinám, dopady a možnostmi řešení. V rámci ambulantního a lůžkového provozu tří zdravotnických zařízení byla analyzována bezpečnost sester na pracovišti pomocí vlastního dotazníku. Výzkumu se zúčastnilo 175 všeobecných a praktických sester. Výsledky prokázaly meziroční nárůst agresivity o 4 %, což vyžaduje okamžitou a systematickou intervenci. Klíčovou roli v prevenci hraje vzdělávání sester v komunikačních strategiích umožňujících včasnou identifikaci a zvládnání agresivního chování.

KLÍČOVÁ SLOVA:

Agresivita, násilí, sestra, komunikace

ÚVOD

Agresivita a násilí ve zdravotnictví eskalují a stávají se globálním problémem. Alarmující je, že čtvrtina celosvětových násilných incidentů se odehrává právě ve zdravotnickém prostředí. Tématu se stále nedostává systematické a komplexní pozornosti, zejména v České republice, kde převládají zahraniční výzkumy. WHO varuje, že se jedná o hrozbu budoucnosti vyžadující urgentní řešení. Zranitelnost zdravotnictví se navíc vlivem událostí jako COVID-19 ještě prohloubila, což vedlo k nárůstu útoků (ICN, 2021). Právo pacientů na ochranu zdraví a etická povinnost zdravotníků pečovat o ně jsou základními kameny zdravotní péče. Tato práce se proto zaměřuje na závažnou problematiku agresivity a násilí vůči sestřím, mapuje aktuální situaci, navrhuje řešení a koncepci edukace pro zvládání konfliktních situací. Výzkum byl proveden pomocí kvantitativní dotazníkové metody, přičemž získané výsledky byly následně statisticky zpracovány. Výstupem je edukační materiál pro sestry pro zvládání agresivních situací.

DEFINICE AGRESIVITY

Problematika násilí a agrese v pracovním kontextu postrádá celosvětově jednotnou definici, jak uvádí Al-Qadi (2021). Tento autor rozlišuje čtyři kategorie agrese a násilí, od jednání bez vztahu k oběti až po čistě osobní interakce. Ve zdravotnictví se typicky jedná o druhou kategorii, kdy je zasaženo samotné pracoviště. Fischer a Škoda (2014) poukazují na rozsáhlost této problematiky, kde se střetávají různé teoretické přístupy. Na jedné straně stojí pudové teorie, které nepředpokládají vnější podnět, a na druhé behaviorální teorie, jako je Dollardova teorie frustrace, zdůrazňující vliv okolí. Agresivita a násilí jsou obecně chápány jako úmyslné, pozorovatelné chování s cílem poškodit jiný organismus nebo neživý předmět. Jednoznačná definice agresivity neexistuje; často se popisuje jako narušení sociálních norem a integrity sociálního prostředí. Pojmy související s tímto chováním se liší: agresivita je tendencí k útočnému jednání, agrese je reálným chováním s cílem ublížit a násilí se s těmito pojmy často zaměňuje. Násilí je však specificky lidské jednání, zatímco agresivita je pojem používaný i v přírodních vědách pro studium zvířat (Fischer, Škoda, 2014). Chronologický přehled dalších teorií podávají Pekara a Němcová (2019). Většina těchto teorií vychází z vrozených pudových základů, jako je Freudův pud libida a pud sebezáchovy, nebo Lorenzova vnitrodruhová agrese s protidrogovými mechanismy založenými na empatii. Psychiatrie popisuje patologickou agresi s cílem ublížit, zatímco WHO ji charakterizuje jako hrozbu spojenou s mocí a následky zahrnující zranění, smrt, psychickou újmu či poruchy osobnosti. Vágnerová (2014) definuje agresi jako narušení sociálních norem poškozující živé bytosti nebo objekty a chápe ji jako útočnou reakci na problém či konflikt. Zároveň však upozorňuje, že v sociálně přijatelné formě, respektující pravidla, se agrese projevuje jako asertivita. Fromm (2019) analyzuje různé formy a významy agrese, od sebeobranu až po sexuální chování či zemědělskou činnost, a varuje před zjednodušujícím označením všech škodlivých činů za irelevantní ničivé aktivity. Rozlišuje biologicky nutnou agresi od lidské destruktivity. Látalová (2013) vnímá agresivitu jako součást chování lidí i zvířat, přičemž u lidí se projevuje verbálně, fyzicky nebo psychicky

a je často vyvolána emocemi. Opakování násilného jednání má neurobiologický základ v nerovnováze mezi prefrontálním kortexem a amygdalou, což vede k nesprávnému vyhodnocení situací. Pekara (2013) dodává, že silné negativní emoce snižují schopnost racionálního úsudku a zvyšují pravděpodobnost konfliktní reakce aktivací mozkových struktur spojených s útokem nebo útekem. Tyto reakce mohou být oboustranné mezi pacientem a zdravotníkem a vést k eskalaci agresivity. Narůstá i počet incidentů, kdy zdravotníci pod vlivem emocí mohou svým chováním pacienty provokovat.

CÍL VÝZKUMU

Cílem výzkumu bylo analyzovat zkušenosti zdravotních sester s agresivním chováním na pracovišti, dále popsat nejčastější typy agresivního chování a strategie jejich zvládnutí.

METODIKA VÝZKUMU

Pro získání dat potřebných k dosažení výzkumných cílů byl zvolen kvantitativní výzkum formou dotazníků. Vzhledem k absenci vyhovujícího standardizovaného nástroje byl sestaven vlastní dotazník, inspirovaný mezinárodními dotazníky SEHC a Workplace Violence in the Health Sector Country Case Study (ILO/ICN/WHO/PSI). Dotazník byl strukturován do pěti oblastí: Obavy z agresivity, Výskyt agresivního chování a násilí, Míra zkušeností a schopností sester v komunikaci, Znalosti a dovednosti sester a Základní demografické údaje. Každá oblast byla navržena tak, aby přispěla k ověření jedné z hypotéz. Respondenti hodnotili výroky v prvních čtyřech oblastech pomocí pětibodové Likertovy škály (Vůbec ne – Rozhodně ano). Dotazník obsahoval i doplňující otázky pro ověření homogenity a validity odpovědí a pro potřeby teoretické části práce.

CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO PROSTŘEDÍ

Výzkum proběhl ve třech nemocnicích zřizovaných Krajem Vysočina. Sběr dat byl povolen náměstkyněmi ošetrovatelské péče pod podmínkou anonymity zařízení, která jsou pro účely této práce označena jako nemocnice A, B a C. Každá nemocnice poskytuje péči pro zhruba 100 tisíc – 120 tisíc pacientů.

VÝSLEDKY

Celkem bylo distribuováno 210 dotazníků, z nichž bylo navraceno 191. Během kontroly bylo vyřazeno 16 dotazníků – 11 z důvodu neúplného vyplnění a 5, protože se vyplněná data nejevila jako validní. Ke zpracování tak bylo přijato 175 dotazníků, což představovalo 83 % z celkového počtu distribuovaných dotazníků.

Tabulka 1: Počty distribuovaných dotazníků a dotazníků přijatých ke zpracování

	Počet distribuovaných dotazníků	Počet navrácených dotazníků	Počet vyřazených dotazníků	Počet dotazníků přijatých ke zpracování	Procento dotazníků přijatých ke zpracování
Nemocnice A	70	62	4	58	82 %
Nemocnice B	70	64	7	57	81 %
Nemocnice C	70	65	5	60	86 %
Celkem	210	191	16	175	83

Ze 70 distribuovaných dotazníků v Nemocnici A jich bylo navrženo 62. Po vyřazení 4 dotazníků bylo ke zpracování přijato 58, což představuje 82 %. V Nemocnici B bylo ze 70 distribuovaných dotazníků navrženo 64, z nichž bylo 7 vyřazeno. Ke zpracování tak bylo přijato 57 dotazníků, tedy 81 %. Nejvyšší úspěšnost návratnosti měla Nemocnice C, kde bylo ze 70 dotazníků navrženo 65. Po vyřazení 5 dotazníků bylo přijato 60, což činí 86 % (Tabulka 1).

Tabulka 2: Setkal/a jste se za svoji dosavadní praxi s agresivním chováním na pracovišti?

Ano	140	80 %
Ne	35	20 %
Celkem	175	100 %

Z celkového počtu 175 sester (100 %) se s násilím setkalo 145 (80 %) (Tabulka 2).

Tabulka 3: Co u Vás způsobuje obavy z agresivního chování?

	Průměrné hodnocení	Relativní četnost (%)
Noční služby	3,44	69 %
Vlastní zkušenost	3,65	73 %
Zprostředkovaná zkušenost od kolegů	3,58	72 %
By/la jsem svědkem agresivity vůči kolegům	3,41	69 %
Nedostatečná bezpečnostní opatření	3,32	66 %
Nedostatečná podpora ze strany nadřízeného	3,38	67 %
Strach ze selhání v krizové situaci	3,57	72 %

Z dat vyplývá, že největší obavy zdravotníci pociťují z vlastní zkušenosti s agresivitou, která dosáhla průměrného hodnocení 3,65 a týkala se 73 % respondentů. Velká míra obav je také spojena se zprostředkovanou zkušeností od kolegů (průměr 3,58, 72 %) a strachem ze selhání v krizové situaci (průměr 3,57, 72 %). Naopak nejnižší míru obav, i když stále významnou, vykazují nedostatečná bezpečnostní opatření (průměr 3,32, 66 %) a nedostatečná podpora ze strany nadřízeného (průměr 3,38, 67 %). Obavy z nočních služeb a situací, kdy byli zdravotníci svědkem agresivity vůči kolegům, jsou srovnatelné, obě s průměrným hodnocením kolem 3,4 a relativní četností 69 % (Tabulka 3).

Tabulka 4: S jakým typem agrese jste se na pracovišti setkal/a?

FYZICKÉ NAPADENÍ	Průměrné hodnocení	Průměrné hodnocení (%)
Strkání	3,34	67 %
Plivání	3,23	65 %
Kousání	2,44	49 %
Facka, úder pěstí	2,30	46 %
Napadení ostrým předmětem	1,17	23 %
Škracení	1,19	23 %
Kontakt se střelou zbraní	1,14	23 %
Sexuální napadení	1,28	26 %
VERBÁLNÍ NAPADENÍ		
Pomluvy	4,39	88 %
Obviňování	4,33	87 %
Urážky, nadávky	4,61	92 %
Vyhrožování	3,74	75 %
Sexuální poznámky	3,77	75 %
AGRESOR		
Pacient	2,95	59 %
Návštěva pacienta	2,23	45 %
Doprovod	2,18	44 %
Nezúčastněná osoba	1,54	31

Výsledky výzkumu dokazují, že verbální napadení je výrazně častější než fyzické útoky. Nejrozšířenějšími formami jsou urážky a nadávky (průměr 4,61; 92 %), pomluvy (průměr 4,39; 88 %) a obviňování (průměr 4,33; 87 %). V kategorii fyzického napadení se nejčastěji setkáváme se strkáním (průměr 3,34; 67 %) a pliváním (průměr 3,23; 65 %). Závažné formy, jako napadení ostrým předmětem nebo škrcení, jsou mnohem méně časté (kolem 23 %). Jako nejčastější agresori jsou identifikováni pacienti (průměr 2,95; 59 %), následovaní návštěvami (průměr 2,23; 45 %) a doprovodem pacienta (průměr 2,18; 44 %). Nejméně často je agresorem neúčastněná osoba (Tabulka 4).

DISKUZE

Výsledky výzkumu nepotvrdily vyšší obavy z agresivního chování u ambulantních sester. I přes srovnatelnou celkovou úroveň obav z agresivního chování u sester z ambulancí i z lůžkových oddělení, sestry na ambulancích častěji jako strategii zvládnání uváděly komunikaci s kolegy. Vysoká míra obav u obou skupin sester koresponduje s výsledky studií Khan et al. (2021) a Babiarczyk et al. (2020). Vyšší úroveň obav u slovenských sester v práci Tomagové et al. (2020) poukazuje na možné mezikulturní rozdíly ve vnímání a prožívání této problematiky. Rozdíly ve výskytu a typu agresivního chování, také nepotvrzují významné rozdíly mezi odděleními. Překvapivě vysoká prevalence fyzického napadení (zejména strkání) v tomto výzkumu je v kontrastu s některými zahraničními studii (Zhu et al., 2022; Shafran-Tikva et al., 2017), což by mohlo být dáno specifickým kontextem zkoumaného prostředí nebo vyšším počtem respondentů. Naopak, dominantní postavení verbálního násilí je v souladu s širokou škálou mezinárodních výzkumů (Speroni, 2014; Schablon et al., 2018; Sun et al., 2017). Shoda panuje i v identifikaci pacienta jako nejčastějšího agresora (Odes et al., 2022; Babiarczyk et al., 2020). Alarmující je potvrzený trend nárůstu agresivity ve zdravotnictví (Shafran-Tikva, 2017; Schablon et al., 2018; Odes, 2021), který byl dále akcelerován pandemií COVID-19 (Byon et al., 2022). Zkoumání reakce sester po napadení, nepotvrdilo rozdíly mezi ambulanti a lůžkovou péčí. Znepokojující je zjištění, že značná část sester po napadení nepodnikne žádnou bezprostřední akci, což může indikovat nedostatečnou podporu, strach nebo neznalost postupů hlášení. Tento výsledek je v souladu s některými studii (Khan et al., 2021; Tomagová et al., 2020), ale kontrastuje s jinými (Ferri et al., 2016). Pozitivní je relativně vysoká míra hlášení incidentů nadřízeným, což potvrzují i další práce (Babiarczyk et al., 2020; Schablon et al., 2018). Nicméně, rozpor mezi deklarovaným hlášením a reálnou znalostí postupů (Babiarczyk et al., 2020; Arnetz et al., 2015) naznačuje, že formální hlášení nemusí plně odrážet skutečný rozsah problému. Srovnatelná schopnost řešit krizovou komunikaci mezi sestrami s různou délkou praxe, se nepotvrdila. Překvapivě malé rozdíly v teoretických znalostech a identifikaci agrese naznačují, že samotná délka praxe nemusí být zárukou lepší připravenosti. Nicméně, sestry s delší praxí vykazovaly vyšší úroveň dovedností v deeskalaci konfliktních situací, což podporuje i literatura (Schablon et al., 2012; Zhu et al., 2022). Celkově výsledky poukazují na potřebu dalšího vzdělávání v oblasti komunikace s agresivními jedinci.

Rozdíly ve znalostech a dovednostech souvisejících s agresivitou a násilím mezi ambulantními a lůžkovými sestrami, se potvrdily jako nevýznamné. Většina sester zná směrnice pro hlášení, ale v otázce pravidelných školení panuje nejednotnost. Výrazný zájem o kurzy sebeobranu (potvrzený i v literatuře – Schablon et al., 2012; Somani et al., 2021; Baig et al., 2018) naznačuje potenciál pro zlepšení připravenosti sester na agresivní situace.

ZÁVĚR

Přestože je problematika agresivity ve zdravotnictví stále velmi aktuálním tématem, které je diskutováno v odborných i laických kruzích a existuje o ní značné množství informací, systematická pozornost a účinné strategie zvládnání jsou nedostačující pro reálné situace v praxi. Výzkum odhalil alarmující převahu verbálního napadení (92 %) a fakt, že fyzické násilí zažila více než polovina dotazovaných, přičemž nejčastějším agresorem byl pacient. Zjištění naznačují potřebu posílení komunikačních dovedností a sebeobraných technik, o které projevilo zájem téměř 90 % sester. Výsledky výzkumu přispívají k prevenci proti agresivitě ve zdravotnictví a zdůrazňují význam komunikace a sebeobranu pro budování bezpečnějšího prostředí (obrázek 1,2).

Obrázek 1

Agresivní chování - Jak mu zabránit?
- Možnosti řešení

- Zachovejte klid
- Použijte techniky pro deeskalaci
- Navodte pocit důvěry
- Dodržte bezpečnou vzdálenost
- Mějte na mysli únikovou cestu
- Nikdy nezůstávejte sami

The infographic features a teal background with a white text box on the left containing the title and a bulleted list of six strategies. On the right, there is a cartoon illustration of a nurse with dark hair and a white cap with a red cross. She is holding her right hand up to her face, palm facing forward, with the word 'STOP' written in red on her palm. She has a concerned expression.

Zdroj: Vlastní

Obrázek 2

Rozčilený pacient

- Mluvte pomalu a klidným tónem
- Mějte k němu přátelský postoj
- Vyvarujte se prudkým pohybům
- Projevte empatii a udržujte oční kontakt
- Nechte ho projevit své pocity a vyjádřete pochopení



Když pacient křičí

- Odpovídejte pomalu a klidně
- Informace opakujte
- Dejte pacientovi čas na odpověď
- Vyslovte zájem o pacienta
- Pokuste se mluvit asertivně
- Klidně dýchejte



Zápis mimořádné události

- Při každé formě agrese nahláste
- Pečlivě zdokumentujte (slouží k Vaší ochraně)
- Zaznamenejte všechny momenty takové události
- Podrobně vše popište, co situaci předcházelo
- průběh a ukončení incidentu



Pokud útočí fyzicky

- Hlavně si udržte bezpečnou vzdálenost
- Opakovaně ho varujte, aby přestal
- Zavolejte kolegy případně i policii
- Použijte přiměřenou sebeobranu
- Připravte se na zajištění proti jeho vůli



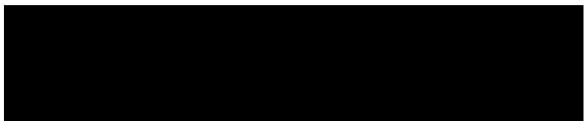
Zdroj: Vlastní

POUŽITÉ ZDROJE

- [1] AL-QADI, M. 2021 Workplace violence in nursing: A concept analysis. In *Journal of Occupational Health* [online]. 63(1). [cit. 2022-10-30]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1002/1348-9585.12226>. ISSN 1341-9145.
- [2] ARNETZ, J. E, et al. 2015. Underreporting of Workplace Violence: Comparison of SelfReport and Actual Documentation of Hospital Incidents. In *Workplace Health & Safety* [online]. 2015,15;63(5). [cit. 2022-10-15] s. 200-210. Dostupné z: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/2165079915574684>. ISSN 2165-0799.
- [3] BABIARCZYK, B. et al. 2020. Reporting of workplace violence towards nurses in 5 European countries – a cross-sectional study. In *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health* [online]. 33(3). [cit. 2022-10-15]. s. 325-338. Dostupné z: <http://ijomeh.eu/Reporting-of-workplace-violence-toward-nurses-in-five-European-countries-a-cross,117690,0,2.html>. ISSN 1232/1087.
- [4] BYON, H. D. et al. 2022. Nurses' Experience With Type II Workplace Violence and Underreporting During the COVID-19 Pandemic. In *Sage Journals* [online]. 70(9). [cit. 2022-11-01]. s. 412-420. Dostupné z: <https://journals.sagepub.com/doi/epub/10.1177/21650799211031233>. ISSN 2165-0799.
- [5] FERRI, P. et al. 2016. Workplace violence in different settings and among various health professionals in an Italian general hospital: a cross-sectional study. In *Psychology Research and Behavioral Managment*. 9. [cit. 2022-11-09]. s. 263-275. Dostupné z: <https://doi.org/10.2147/PRBM.S114870>. ISSN 1179-1578.
- [6] FISCHER, S., ŠKODA, J. 2014. *Sociální patologie: závažné sociálně patologické jevy, příčiny, prevence, možnosti řešení*. 2., rozš. a aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2014. 231 s. ISBN 978-80-247-5046-0.
- [7] FROMM, E. 2019. *Anatomie lidské destruktivity: můžeme ovlivnit její podstatu a následky?* Přeložil Bedřich PLACÁK. Praha: Portál, 2019. Klasici (Portál). ISBN 978-80-262-1542-4.
- [8] ICN – International Council of Nurses. (rok publikace) *Governments must act to curb violence against nurses who are working with COVID-19 patients*. Dostupné z: [URL] (2021).
- [9] KHAN, M. N. et al. 2021. Prevalence and determinants of violence against health care in the metropolitan city of Peshawar: a cross sectional study. In *BMC Public Health* [online]. 21 330. [cit. 2022-11-09]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10243-8>. ISSN 1471-2458.
- [10] LÁTALOVÁ, K. 2013. *Agresivita v psychiatrii*. Psyché. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4454-4.
- [11] ODES, R. et al. 2022. Differences in Hospitals' Workplace Violence Incident Reporting Practices: A Mixed Methods Study. In *Policy Polit Nurs Pract* [online]. 23(2). [cit. 202211-09]. s. 98-108. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35317690/>. ISSN 15271544.
- [12] PEKARA, J. 2013. Násilí ve zdravotnictví. In *Praktický lékař*. roč. 93, č. 6, s. 264-268. ISSN: 0032-6739.

- [13] PEKARA, J., NĚMCOVÁ, J. 2019. Důsledky násilí ve zdravotnictví, diagnostika a poradenství v pomáhajících profesích. In *Palestra* [online]. 3(2), [cit. 2022-11-03]. s. 5–11. Dostupné z: <http://odborne.casopisy.palestra.cz/index.php/dap/article/view/191>. ISSN 2570-7612.
- [14] SCHABLON A. et al. 2014. Frequency and consequences of violence and aggression towards employees in the German healthcare and welfare system: a cross-sectional study. In *BMJ Journals* [online] 2(5). [cit. 2022-11-07]. Dostupné z: <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/2/5/e001420.full.pdf>.
- [15] SHAFRAN-TIKVA, S. et al. 2017, Workplace violence in a tertiary care Israeli hospital – a systematic analysis of the types of violence, the perpetrators and hospital departments. In *Israel Journal of Health Policy Research* [online]. 43(6). [cit. 2022-10-17]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s13584-017-0168-x>. ISSN 2045-4015.
- [16] SOMANI, R. et al. 2021. Systematic Review: Effectiveness of Interventions to De-escalate Workplace Violence against Nurses in Healthcare Settings, In *Safety and Health at Work* [online]. 12(3). [cit. 2022-11-07]. s. 289-295. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.shaw.2021.04.004>. ISSN 2093-7911.
- [17] SPERONI, K. G. et al. 2014. Incidence and Cost of Nurse Workplace Violence Perpetrated by Hospital Patients or Patient Visitors. In *Journal of Emergency Nursing* [online]. 40(3). s. 218–228. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.jen.2013.05.014>. ISSN 0099-1767.
- [18] SUN, P. et al. 2017. Workplace Violence against Health Care Workers in North Chinese Hospitals: A Cross-Sectional Survey. In *International Journal of Environmental Reseach Public Health* [online]., 14(1):96. [cit. 2022-11-07]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28106851/>. ISSN 1660-4601
- [19] TOMAGOVÁ, M. et al. 2020. Violence against nurses in healthcare facilities in the Czech Republic and Slovakia. In *Central European Journal of Nursing and Midwifery* [online]. 11(2). [cit. 2022-11-07]. s.52-61. Dostupné z: Central European Journal of Nursing and Midwifery: Violence against nurses in healthcare facilities in the Czech Republic and Slovakia ISSN 2336-3517.
- [20] VÁGNEROVÁ, M. 2014. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 1. Praha: Portál, 815 s. ISBN 978-80-262-0696-5.
- [21] ZHU et al. 2022. *Workplace violence in primary hospitals and associated risk factors: A cross-sectional study*. [online]. *Nursing Open*. 9(1) [cit. 2022-11-07]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1002/nop2.1090>.

THE ISSUE OF VIOLENCE AND AGGRESSION TOWARDS NURSING STAFF AND PROPOSED SOLUTIONS



ABSTRACT

Aggression in healthcare is a serious global issue that demands urgent solutions. This article addresses the problem of aggression and violence directed at nurses, exploring its causes, impacts, and potential ways to tackle it. The study analyzed workplace safety for nurses in the outpatient and inpatient departments of three healthcare facilities, using a specially designed questionnaire. A total of 175 general and practical nurses participated in the research. The findings revealed a year-on-year increase in aggression by 4%, highlighting the need for immediate and systematic intervention. Educating nurses in communication strategies plays a crucial role in prevention, enabling them to identify and manage aggressive behavior early on.

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

Mgr. Lenka Němcová
Vysoká škola polytechnická Jihlava
Katedra zdravotnických studií
Tolstého 16
586 01 Jihlava
e-mail: nemcov41@vspj.cz

Mgr. Zuzana Kosaková
Vysoká škola polytechnická Jihlava
Katedra zdravotnických studií
Tolstého 16
586 01 Jihlava
e-mail: zuzana.kosakova@vspj.cz

Mgr. Tereza Kleinerová
Nemocnice Havlíčkův Brod
Husova 2624
580 01 Havlíčkův Brod
e-mail: t.kleinerova@seznam.cz

KEYWORDS:

Aggression, violence, nurse, communication

LOGOS POLYTECHNIKOS



Odborný recenzovaný časopis Vysoké školy polytechnické Jihlava, který svým obsahem reflektuje zaměření studijních programů VŠPJ. Tematicky je zaměřen do oblastí společenskovedních a zdravotnických.

V letech 2010 - 2018 vycházel časopis 4x ročně.

Od roku 2019 je vydáván v elektronické podobě 3x ročně.

Šéfredaktor: Ing. Miloslav Vilímek, Ph.D.

Odpovědný redaktor čísla: Mgr. Markéta Dubnová, PhD.

Editor: Bc. Zuzana Mařková (komunikace s autory a recenzenty)

Technické zpracování: Anna Tlačbabová

Web editor: Bc. Zuzana Mařková

Redakční rada:

prof. PhDr. RNDr. Martin Boltžiar, PhD. (Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre)

prof. RNDr. Helena Brožová, CSc. (Česká zemědělská univerzita v Praze)

doc. PhDr. Lada Cetlová, PhD. (Vysoká škola polytechnická Jihlava)

prof. Mgr. Ing. Martin Dlouhý, Dr. MSc. (Vysoká škola ekonomická v Praze)

doc. Ing. Jiří Dušek, Ph.D. (Vysoká škola evropských a regionálních studií)

Ing. Bc. Karel Dvořák, Ph.D. (Vysoká škola polytechnická Jihlava)

doc. RNDr. Petr Gurka, CSc. (Vysoká škola polytechnická Jihlava)

doc. Ing. Veronika Hedija, Ph.D. (Masarykova univerzita)

Ing. Ivica Linderová, PhD. (Vysoká škola polytechnická Jihlava)

prof. MUDr. Aleš Roztočil, CSc. (Vysoká škola polytechnická Jihlava)

Mgr. Jana Sekničková, Ph.D. (České vysoké učení technické v Praze)

doc. Ing. Petr Scholz, DiS., Ph.D. (Vysoká škola polytechnická Jihlava)

doc. PhDr. David Urban, Ph.D. (Vysoká škola polytechnická Jihlava)

Ing. Miloslav Vilímek, Ph.D. (České vysoké učení technické v Praze)

RNDr. PaedDr. Ján Veselovský, PhD. (Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre)

doc. Ing. Libor Žídek, Ph.D. (Masarykova univerzita)

Pokyny pro autory a deklarovaná forma příspěvků jsou dostupné na
<https://www.vspj.cz/tvurci-cinnost-a-projekty/casopisy-vspj/logos-polytechnikos>

Zasílání příspěvků

Redakce přijímá příspěvky v českém, slovenském a anglickém jazyce elektronicky na adrese logos@vspj.cz

Adresa redakce:

Vysoká škola polytechnická Jihlava, Tolstého 1556/16, 586 01 Jihlava, IČ: 71226401

Distribuce: časopis je dostupný v elektronické podobě na webových stránkách VŠPJ.

Vydání: 31. srpna 2025

© Vysoká škola polytechnická Jihlava

ISSN 2464-7551 (ONLINE)

V letech 2010 až 2018 vycházel časopis tiskem pod registračním číslem MK ČR E 19390 s ISSN 1804-3682 (PRINT). Od čísla 1/2019 je vydáván pouze v elektronické verzi.

RECENZENTI ČÍSLA 2/2025

doc. Ing. Iva Brabcová, Ph.D. (Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích)

Mgr. Martina Černá, Ph.D. (Vysoká škola polytechnická Jihlava)

Mgr. Marie Dočekalová (Vysoká škola polytechnická Jihlava)

PhDr. Lenka Görnerová, PhD. (Vysoká škola polytechnická Jihlava)

PhDr. Adéla Holubová, Ph.D. (DiaPodicare, s.r.o.)

Mgr. Andrea Letková (Nemocnice Havlíčkův Brod)

PhDr. Lada Nováková, PhD (Vysoká škola polytechnická Jihlava)

doc. PhDr. Monika Punová, PhD. (Masarykova univerzita)

Mgr. Pavlína Rabasová, Ph.D. (Ostravská univerzita)

Mgr. Jaroslava Vaňková (Vysoká škola polytechnická Jihlava)

Mgr. Věra Vránová, Ph.D. (Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně)