

2024

ROČNÍK 15

ČÍSLO 2

LOGOS POLYTECHNIKOS

V

Š

P

J

Vysoká škola
polytechnická
Jihlava

VÁŽENÉ ČTENÁŘKY, VÁŽENÍ ČTENÁŘI,

přijměte naše pozvání k novému vydání časopisu LOGOS POLYTECHNIKOS, ve kterém Vám předkládáme poznatky z vybraných oblastí zdravotní a sociální problematiky. Témata zdánlivě odlišná svým specifickým zaměřením spojuje touha jedince po kvalitě života a snaha profesionálů tuto veličinu lidského života zajistit i v případě nemoci nebo sociálního selhávání.

Věříme, že Vám stránky našeho časopisu opět poskytnou zajímavé a podnětné informace.

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

OBSAH / CONTENTS

5

JAK JSME DEHONESTOVALI SOCIÁLNÍ PRÁCI

HOW WE HAVE DEHUMANISED SOCIAL WORK

Petr Fabián, Dobroniega Glebocka

18

VZDĚLÁVÁNÍ PĚSTOUNŮ V OBLASTI VÝCHOVY DĚTÍ V JEJICH PĚSTOUNSKÉ PÉČI SOUVISEJÍCÍ S POVINNOU ŠKOLNÍ DOCHÁZKOU

EDUCATION OF FOSTER PARENTS IN THE FIELD OF RAISING CHILDREN IN THEIR FOSTER CARE RELATED TO COMPULSORY SCHOOL ATTENDANCE

Barbora Faltová, Adéla Mojžíšová, Lesia Shuranová, Zdeněk Čermák

29

VNÍMÁNÍ URGENTNÍ MOČOVÉ INKONTINENCE SENIORY

PERCEPTION OF URGENT URINARY INCONTINENCE BY ELDERLY

Hana Ochtinská, Aneta Valášková, Marcel Janda

41

HODNOCENÍ BOLESTI U PACIENTŮ NAPOJENÝCH NA UMĚLOU PLICNÍ VENTILACI

ASSESSMENT OF PAIN IN PATIENTS CONNECTED TO ARTIFICIAL PULMONARY VENTILATION

Zuzana Červenková, Petr Vaníček

53

PÉČE O CHRUP A DUTINU ÚSTNÍ V TĚHOTENSTVÍ

THE CARE OF ORAL CAVITY DURING PREGNANCY

Marie Dočkalová, Simona Hájková, Michaela Vomočilová

63

OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTA SE SPÁNKOVOU APNOÍ

NURSING CARE OF A PATIENT WITH SLEEP APNEA

Lada Razimová, Veronika Kusínová, Anna Chvátalová

79

ELEKTROKONVULZIVNÍ TERAPIE U PACIENTŮ S DEPRESIVNÍ PORUCHOU

ELECTROCONVULSIVE THERAPY IN PATIENTS WITH MAJOR DEPRESSIVE DISORDER

Simona Hájková, Marie Dočkalová, Denisa Schwarzová

89

VÝVOJ ROZŠÍŘENÉ INVAZIVNÍ A NEINVAZIVNÍ MONITORACE HEMODYNAMIKY NA ODDĚLENÍ ARO NEMOCNICE JIHLAVA Z POHLEDU VŠEOBECNÉ SESTRY SPECIALISTKY

DEVELOPMENT OF EXTENDED INVASIVE AND NON-INVASIVE MONITORING OF HAEMODYNAMICS IN THE ARO DEPARTMENT OF THE HOSPITAL OF THE CZECH REPUBLIC FROM THE POINT OF VIEW OF THE GENERAL NURSE SPECIALIST ALZHEIMER'S DISEASE AND PREVENTION OF FALLS FROM THE CARETAKER'S POINT OF VIEW

Zuzana Kosaková, Lenka Němcová, Martin Salát

101

MENTÁLNÍ ANOREXIE Z POHLEDU VŠEOBECNÝCH SESTER

ANOREXIA NERVOSA FROM THE PERSPECTIVE OF GENERAL NURSES

Lenka Görnerová, Lucie Vacková

111

RAPID REVIEW: VYUŽITÍ METOD A TECHNIK V SOCIÁLNÍ PRÁCI V KONTEXTU PODPORY DĚTÍ A MLADISTVÝCH S DUŠEVNÍ PORUCHOU

RAPID REVIEW: UTILIZATION OF METHODS AND TECHNIQUES IN SOCIAL WORK IN THE CONTEXT OF SUPPORTING CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH MENTAL DISORDERS

Klaudie Němečková, Alena Hricová

120

MOTIVACE SOCIÁLNĚ EXKLUDOVANÝCH KLIENTŮ K INTERVENCÍM SOCIÁLNÍ PRÁCE

MOTIVATION OF SOCIALLY EXCLUDED CLIENTS FOR SOCIAL WORK INTERVENTIONS

David Urban, Alena Hricová, Stanislav Ondrášek

129

KVALITA ŽIVOTA PACIENTŮ S DIABETEM MELLITEM I. TYPU A NOVINKY V JEHO LÉČBĚ

LIFE'S QUALITY IN PATIENTS WITH DM1ST TYPE, INNOVATION IN ITS MEDICAL TREATMENT

Jana Truplová, Lenka Štefanová

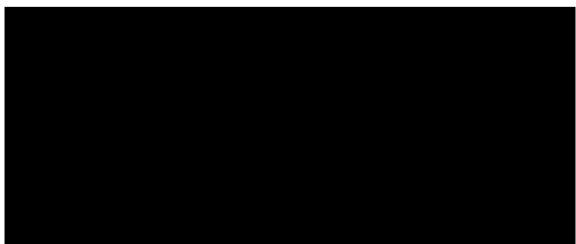
141

ZDRAVIE V KONTEXTE PREVENIE S PSYCHONEUROIMUNOLÓGIU

HEALTH IN THE CONTEXT OF PREVENTION WITH PSYCHONEUROIMMUNOLOGY

Zuzana Hudáková, Katarína Repová, Ivana Aštaryová, Libor Čieľ, Ingrid Juhasová, Małgorzata Wojcik

JAK JSME DEHONESTOVALI SOCIÁLNÍ PRÁCI



PETR FABIÁN
SLEZSKÁ UNIVERZITA V OPAVĚ

DOBRONIEGA GLEBOCKA
UNIOVERSYTET ADAMA
MICKIEWICZE W POZNANIU

ABSTRAKT

V tomto příspěvku se budeme věnovat aktuální problematice překryvu sociální práce a poskytování sociálních služeb – jako určité formy komodity. Výsledkem tohoto procesu je ztráta kreativity sociální práce a její omezení jen na poskytování sociálních služeb. Tento proces je výsledkem historického kontextu charitativní činnosti a plnění očekávání společenského zadání.

Příspěvek popisuje vnitřní orientaci sociální práce včetně společenského očekávání od sociální práce, jako činnosti, která má řešit jen ohrožené skupiny obyvatelstva. Zároveň poukazujeme na nutné změny v myšlení sociálních pracovníků v jejich praktickém i teoretickém pojetí sociální práce jako kreativního oboru zaměřeného na rozvoj homogenní společnosti.

KLÍČOVÁ SLOVA:

Sociální práce, sociální služby,
komodifikace

ÚVOD

Inspirací k tomuto příspěvku je stávající situace, kdy ve všeobecném mínění se překryl výkon práce sociálního pracovníka a pracovníka v sociálních službách. V realitě by se mělo jednat o rozdíl výkonu práce lékaře a ošetřovatele – byť toto přirovnání se může zdát extrémní.

V první části se budeme zabývat historickými kořeny, které jsou u tohoto dnes již nežádoucího překryvu a stále nás provází v našem myšlení a praktické činnosti.

Další část je věnovaná vztahu mezi sociální politikou a sociální prací, včetně jejího úkolu – vytvářet homogenní společnost, nikoliv uniformní společnost. Tento vztah je následně rozvíjen na dialogičnosti procesu a cesta k realitě, nutnosti změny pohledu na sociální práci a její praktickou realizaci – de-komodifikace sociální práce.

V závěrečné části se budeme věnovat samotné de-komodifikaci, tedy procesu, jak sociální práci vrátit její místo ve společnosti, nutným změnám myšlení a přemýšlení o sociální práci, a to jak na úrovni teoretické a výzkumné základny, tak v rámci praktické činnosti.

HISTORICKÝ EXKURZ

Historie sociální práce jako takové je velmi krátká, ale má své hluboké kořeny. Mezi ty nejznámější patří Chamurapyho zákoník a Bible, především kniha Leviticus.

Výše uvedené zdroje dost přesně definují ohrožené skupiny obyvatelstva. Jsou to především vdovy a sirotci, osoby s postižením a dlužníci. Na ně se zde pamatuje velmi výrazně. Bible dále myslí na osoby chudé - chudým náležely všechny paběrky po sklizni obilí, ovoce a hroznů. Definice ohrožených skupin se do současnosti nezměnily, jen modifikovaly do moderního jazyka.

Součástí uvedených zdrojů, byly i základní prvky pomoci, které zahrnovaly desátky (dnešním jazykem daně), modely odpouštění dluhů (oddlužení – milostivé léto) a podobně. Součástí těchto popisů byly i nástroje pomoci, které bychom dnes nazvali spíše charitativní činností, a které se staly základem sociální práce. Základními milníky v historickém vývoji bylo přijetí křesťanství za státní náboženství císařem Konstantinem, a následující byl dekret císaře Karla Velikého, který dává šlechtě za úkol se věnovat svým poddaným a vykonávat charitativní činnost.

V historickém exkurzu můžeme pokračovat přes Alžbětu I., k Marii Terezii a pokračovat do novověku. Vznik prvních sociálních systémů, nemění pohled na charitativní činnost. Změny přichází teprve v druhé polovině XIX. století, kdy se začíná používat pojem sociální práce a sociální práce začíná být disciplínou a studijním oborem. Pořád jsme jako sociální pracovníci ukotveni v rozumění sociální práce, jako práci, která se má zabývat především jen ohroženými skupinami obyvatel.

S příchodem odborné diskuze nad sociálním státem, modely welfarestatu, přináší i nové diskuze nad sociální prací a jejím smyslem. Sociální práce má být nástrojem sociální politiky, která pomáhá utvářet homogenní společnost.

SOCIÁLNÍ POLITIKA A SOCIÁLNÍ PRÁCE

Sociální práce a její rozumění¹ - jako aktivního děje, úzce souvisí s rozuměním sociální politiky, která je širší kategorií. V moderním světě je sociální politika označována za kontroverzní fenomén, který je náročný na veřejné zdroje. V zájmu pochopení je nutno stručně a přibližně říci, že sociální politika je politikou, která se především orientuje na člověka, směřuje k jeho kultivaci a rozvoji životních podmínek a dispozic. Je tvořena celou řadou dalších politik – vzdělávací, zdravotní, sociální, ekonomickou, a jako takové v rámci celého společenského systému jí náleží patřičné místo. Nejedná se tedy o izolovaný fenomén, protože je téměř vždy součástí určitého společenského celku a ve všech vyspělých zemích je takto vnímán (Krebs, 1997).

Doba totalitních režimů významně ovlivnila sociální politiku a sociální práci. Sociální práce jako taková téměř zanikla, vše měl řešit stát a ideální socialistická společnost. Kolektivismus a kolektivní výchova byla povýšena na model fungování jedince.

Stát ve své sociální roli vytvářel uniformitu, která ve svých důsledcích utvářela jiné sociální struktury a nerovnosti. Nerovnosti byly dány především v rozdílnosti mezi osobami v produktivním a postproduktivním věku. Osoby vyžadující zvýšenou pomoc byly umísťovány do pobytových zařízení, které se nacházely mimo běžnou zástavbu nebo byly v běžné zástavbě spíše anonymizovány (Průša, 2022).

Zásadnější změny přicházejí až se sametovou revolucí. Sociální politika přechází z centralizované správy k decentralizaci. Především se upouští od paternalistického pojetí a směřujeme k participaci občanské společnosti. I tento proces má svá specifika a vývoj.

Současné rozumění sociální politiky je již daleko širší. Jak uvádí rovněž Krebs (2015, s.17), je sociální politika politikou, která se orientuje na člověka k rozvoji a kultivaci jeho životních podmínek, k rozvoji jeho osobnosti a kvality života. Ve srovnání se socialistickou sociální politikou nechce utvářet uniformitu, ale především homogenní společnost, která ve svých jednotlivých politikách podporuje rozvoj potenciálu všech jedinců.

PROCESY MEZI SOCIÁLNÍ POLITIKOU A SOCIÁLNÍ PRACÍ

Sociální politika jako obecnější kategorie utváří a zahrnuje v sobě kategorie specifitější - sociální práci, vzdělávání, zdravotnictví a je silně ovlivňována ekonomikou.

¹ Rozumění (understanding) – jedná se o proces hledání významu, při uvědomování si celku. Dovednost brát v úvahu skutečnosti, hodnotové soudy, popis cílů a výběr prostředků k jejich dosažení.

Po sametové revoluci v 90. letech se sociální politika, potažmo sociální práce a sociální služby zaměřovaly především na praktičnost pomoci – charitativní činnost, jak ji známe z historie. Jak uvádí Průša (2022), transformace sociálního systému byla započata již v roce 1990 novelou zákona č.100/1988Sb. o sociálním zabezpečení, a tím byla otevřena cesta k poskytování sociálních služeb a rozvoji nových služeb. Prioritou byla tvorba sociální sítě v samotném základu pro ochranu širokých vrstev obyvatelstva před transformačními změnami (Průša, 2022).

Sociální práce jako obor byla v té době neznámou veličinou. První fakulta sociální práce vzniká na filozofické fakultě Univerzity Karlovy. Ivo Řezníček a Oldřich Matoušek vydávají první publikace na téma sociální práce kolem roku 1994. Veškerá činnost na poli sociální práce byla směřována do služeb v modelech přímé péče o osobu ohroženou či znevýhodněnou – dnes bychom mluvili o případové sociální práci a Eganovu modelu. Sociální práce, která se obsahově překrývá se sociální službou, není nástrojem sociální politiky k utváření homogenní politiky, ale vytváří sociální opresi vůči všem, kteří nezapadají mezi klienty sociálních služeb.

Teprve po vzniku zákona o sociálních službách č. 108/2006Sb. pracujeme s potřebou zákonného ukotvení sociální práce jako oboru včetně modelu vzdělávání, kvality a dalších náležitostí. Tato příprava začíná však až kolem roku 2014 a dodnes není zcela završena. Naopak, v tomto roce, je změna v pracovnících na kontaktních místech úřadů práce (Hlubíková, O., Havlíková, J., Trbola, R., 2021). Přestávají zde pracovat sociální pracovníci – experti na klientův život, a jsou zde jen úřednická místa – přerozdělovatelé dávek.

Sociální práce je tak stále spíše ukotvena jen jako poskytování služeb – poradenských, služeb sociální prevence a služeb sociální péče – komodifikace služby. Situaci vnímání sociální práce jen jako model pomoci, ještě umocňuje problematika financování, která je stále spíše nepřehledná. Tento postoj je posílen standardy pro poskytování sociálních služeb. Především tento jev můžeme vnímat v dilematu kvality a kvantity. Kvalita služby je měřena kvantitativními daty – kolika klientům byla poskytnuta pomoc, v jaké kvalitě a z pohledu potřeb klienta. Takto měřená efektivita patří do kategorie manažerismu v sociální práci (Fook, 2002).

Výše popisovaná efektivita, je rovněž výsledkem manažerských praktik a politikou rozpočtu. Standardy sociálních služeb, byly převzaty z komerční sféry a jako takové se chovají, jsou zaměřeny na cenu výrobku (služby) a efektivitu poskytování. Sociální práce má však dle našeho názoru jinou efektivitu – nikoliv primárně finanční, ale schopnost rozpoznat, zda to, co klient (uživatel) chce, je zároveň tím, co potřebuje. Výsledkem je stav, kdy sociální práce nepracuje v prostoru, který pomáhá, ale který je dán sociální a ekonomickou politikou. Proces pomoci je završen snahou o vytváření tlaku, který směřuje k jisté míře uniformity – klient se má přizpůsobit danému, společensky akceptovanému modelu života bez osobního životního programu. Klient se přizpůsobuje, sociální pracovník mu za společensky akceptované jednání prodává „službu“.

Výše zmiňované procesy jsou důležité pro pochopení současné situace v českém modelu sociální práce. Tento model stojí především na poradenském paradigmatu, místy je do něj složitě komponováno reformní paradigma, ale terapeutické paradigma stojí mimo hlavní myšlenkový proud. Jsme tak více citliví na jakékoliv formy útlaku (majorit a minorit), ale méně na procesy, které jsou spojeny s osobní historií, transgeneračními přenosy atd. (Slováček, Ondřejová, 2022, s. 65-74). Umíme o nich mluvit, ale velmi málo s nimi umíme pracovat. Tyto procesy v duchu konstruktivismu nás přivádí k otázkám, „jakou realitu sociální práce vytváříme a podporujeme?“.

Pokud opouštíme širokou rovinu sociální práce, utváříme naši zkušenost jen sociální službou. Paradoxně následně vytváříme prostor, který omezuje existencionalní změnu života osob, které hledají pomoc. V rámci práce se sociálním vyloučením vlastně posilujeme sociální vyloučení – rozsah sociální patologie a oslabujeme pole sociálního a existencionalního fungování. Tento proces posiluje i společenské nastavení na výkon a modus mít, ale to již patří k jiným analýzám.

PRINCIPY DIALOGIČNOSTI PROCESU

Martin Buber – filozofie dialogu – sám popisuje principy dialogu ve své knize Já a Ty. Celý proces dialogického vývoje, probíhá přes uvědomění si sebe, následně materializace druhého. Druhý – Ty- je v první fázi materializován právě z důvodů uvědomění si a ukotvení si sebe.

Teprve následně může probíhat odmaterializování druhého a uznání jeho svébytnosti jako osoby. Sociální práce v překryvu se sociální službou je však jen jistou formou materializace pomoci - komodifikace. Jedná se o vztah mezi já a Ono (Buber, 1992). Tento proces je mimo hranice existencionalismu, je zaměřen na humanismus – poskytnout klientovi vše co potřebuje ke změně kvality jeho života, chránit jeho individualitu a svobodu. Změna vztahu k Já a Ty, se sebou, podle Bubera, nese – „dotknout se jeho existence“. Poskytnout klientovi to co chce, však může znamenat, že zcela mineme to, co potřebuje ke změně.

I přes tyto pohledy a kvalitní analýzy zůstáváme však na úrovni fenoménů – jak se nám daná situace jeví, nikoliv jaká ve skutečnosti je. Buber tento proces popisuje jako modus – BÝT A POZOROVAT (Buber, 1993, s.141 a násl.). Jedná se o proces, kdy se především staráme o to, jak chceme, abychom byli čtení (rozuměni) svým okolím. Člověk žije podle Bubera ve dvou modech existence: to, kým skutečně jsme a to, jak chci být vnímán svým okolím (případně, co je od nás očekáváno, abychom mohli společensky profitovat). Jako sociální pracovník nebo jako člověk hledající pomoc. Stejně tak v případě setkání se mohou nacházet minimálně ve 4 modelech setkání.

1. Sociální pracovník jako člověk s jasným osobním a pracovním cílem (sociální práce jako podpora celé společnosti) vs. člověk, který hledá pomoc a chce změnit svůj život a tím i kvalitu života (kvalita života z pohledu existencionalismu). Jeden má životní program, druhý si jej chce za pomoci sociálního pracovníka utvořit.

2. Sociální pracovník jako člověk s jasným osobním pracovním cílem vs. člověk hledající pomoc, a který chce služby, jež mají změnit kvalitu jeho života po stránce materiální (příjemce služeb).
3. Sociální pracovník jako člověk, který má splnit očekávání jako osoba poskytující služby vs. člověk, který hledá pomoc a chce změnit svůj život a tím i kvalitu života.
4. Sociální pracovník jako člověk, který má splnit očekávání jako osoba poskytující služby vs. člověk, hledající pomoc a služby, které mají změnit kvalitu a kvantitu jeho života po stránce materiální (příjemce služeb).

Reálně, smysl a poslání sociální práce, je možné uskutečňovat jen v první uvedené možnosti. Cesta v rámci dialogičnosti procesu, však může znamenat, že sociální pracovník i člověk hledající své naplnění, si projdou všemi uvedenými fázemi.

VZÁJEMNÝ VZTAH MEZI SOCIÁLNÍ PRÁCI A SOCIÁLNÍ SLUŽBOU

V popisech vztahovosti mezi sociální službou a sociální prací je nutno otevřít problém komodifikace. Jedná se o pojem původně pocházející od Karla Marxe, a dále s ním pracoval např. Jürgen Habermans (Gray, Webb, 2013). Komodifikace z pohledu sociální služby znamená, že služba sama o sobě se stává nástrojem směny. Tato směna je procesem materializace, služba jako zboží, nikoliv jako nástroj rozvoje...

Sociální práce se dlouhodobě materializovala – docházelo ke komodifikaci (viz historický exkurz), překryvu sociální práce a sociálních služeb. Jako sociální pracovníci, stali jsme se přerozdělovateli služeb a financí, nikoliv tvůrci nástrojů pro rozvoj potenciálu jedince a „tvořiteli“ homogenní společnosti. Sociální práce je tak určitým dobrem, které získává společnost především v práci s deviací – odchylkami od normy. Spíše nechtěně se stáváme tvůrci uniformní společnosti (nová forma totality).

Velmi podobně, příklady dobré praxe, na které se zaměřujeme a ze kterých čerpáme, jsou pak spíše kombinací politických, morálních a hospodářských trendů, které nám vymezují prostor pro péči. Jedná se o specifický postoj ke svobodě, která je spíše snahou o přijetí jistého společenského středního proudu. Střední proud však nemusí být ten, který nám pomáhá rozvíjet náš potenciál, utvářet svou osobitou životní vizi (mít životní program).

Dialogická struktura funguje jinak. Především se zamýšlí nad smyslem, nad existencí jako takovou – to, čemu dáváme smysl, to, co vnímáme jako náš životní projekt. Dialog je vzájemné sdílení (comunicare – sdílet), nikoliv jen mluvení a argumentace. Argumentace je v dilematickém procesu podpora a kontrola, kvalita a kvantita atd. Sdílení je jiná kvalita dialogu a z pohledu sociální politiky a sociální práce jako jejího nástroje, se jedná o rozvoj a kultivaci životních podmínek, rozvoj osobnosti jedince a kvality jeho života. Již nepracujeme z pohledu sociální práce s jedincem a zajištěním služeb, který je ohrožen nějakou patologií či deviací, ale s každým jedincem společnosti.

V našem prostředí již známe změny, které se ubírají tímto směrem. Především se jedná o modely rodinné politiky. Zde jsme byli svědky prvních změn. V teoriích sociální práce rozšiřujeme paradigmatické modely o proaktivní přístupy – vzdělávací paradigma, rozvoj funkční komunity (Fabián, 2021).

Vycházíme z tvrzení Georga Simmela – sociální je život s druhými a pro druhé. V jeho protipólu je Jürgen Habermas se svou teorií komodifikace života - „vzrůstající komodifikace života způsobená velkými korporacemi přetváří racionální občany na neracionální konzumenty a to tak, že podřizuje sociálně-existenční otázky penězům“ (Baker, 2006).

V praxi se následně stává sociální práce modelem - sociální práce jako poskytování služeb pro osoby znevýhodněné, či ohrožené. Vytváříme tak sociální realitu a v tomto duchu realizujeme služby i vychováváme sociální pracovníky. Jedná se o nežádoucí proces, který z pohledu konstruktivismu štěpí společnost na osoby potřebující sociální služby a sociální pomoc, a na ty, kteří si mají pomoci sami. Pro tento problém jsme vytvořili následující grafickou strukturu.

Sociální práce jako komodifikovaná služba

Nadužívající služby	Mohou čerpat, ale nečerpají
Klienti čerpající služby	Funkční společnost – slepé místo v rámci komodifikace – nejsou centrem našeho zájmu

Zdroj: Zpracování vlastní

Popis grafické struktury:

Pro zpracování jsme se inspirovali modelem Johariho okna.

Funkční – sociálně stabilní a fungující společnost – se dostává do pole, které je slepým místem procesu výkonu sociální práce. Sociální práce v rámci sociální politiky se následně omezuje jen na levou část.

Osoby nadužívající služby – jsou velmi často ve sféře, že to oni sami vědí a vnímá to i jejich okolí, ale kontrolní mechanismy systému jim způsob života při nadužívání služeb umožňují.

Dále v levé části je skupina osob, kteří patří do kategorie potřebných, využívají služby a jsou centrem zájmu komodifikovaných služeb. Řešíme služby, nikoliv změnu a podporu změny života.

Poslední skupina pravého horního kvadrantu, je skupinou, která má právo čerpat služby, ale z nějakého důvodu to nedělá. Nejsou v centru našeho zájmu a jejich životů se dotýkáme jen okrajově.

De-komodifikace – sociální práce jako podpora sociální společnosti, kde hlavním cílem je homogenní společnost a rozvoj jedince v jeho potenciálu. Jedná se pravý spodní kvadrant, kde je zastoupena skupina občanů, kteří dodržují dohodnuté sociální normy, jsou základem společnosti a celého procesu homogenizace společnosti. Jsou však v kvadrantu, na který je sociální práce „slepá“, ale dle našeho názoru z něj by měla vycházet a k němu by se měla vztahovat.

Jedná se o princip, kdy je zřejmý nadřazený smysl sociální práce – vytvářet funkční sociální společnost. Tento postoj mění v široké škále naše přístupy a cíle v jednotlivých službách. Sociální práce v rámci de-komodifikace, se stává kreativní činností, která je zaměřena na Heideggerovské – Da-sein – bytí tady a teď, vzájemné provázání a připuštění si závislosti na sobě navzájem. Heideggerovské Dasein, je myšleno jako naplňování smyslu bytí, nespotřebovávat svět, ale spoluutvářet svět. Dle našeho názoru, sociální práce, by měla umožňovat klientům nastavení si svého osobního životního programu, který bude rozvíjet jejich osobní potenciál, a zároveň vytváření společenského prostředí, které bude akceptovat jinakost. Máme za sebou velmi dlouhou zkušenost totality, která jinakost nepřipouštěla, a sociální práce může být nástrojem změny. S celým procesem souvisí pojem - Empowerment.

Jan Fook (2016) užívá pojmu empowerment – posílení, uschopnění klienta – jako způsob práce, kdy je klient veden k tomu, aby zvládal těžkosti života samostatně, bez pomoci služeb, případně s jejich minimální pomocí. Proces změny je především možný v pozici terapeutických paradigmat sociální práce, na jejichž pozadí stojí paradigmata péče o funkční část společnosti. Jednodušeji sděleno – dávat klientovi služby, které potřebuje, nikoliv, které chce.

Dalším významným prvek tohoto pojetí, je i soustředění se na podpoře funkční části společnosti, která tvoří základ, k němuž zároveň sociální práce směřuje ve svých cílech i smyslu.

PROBLÉM KVALITY Z POHLEDU KOMODIFIKACE SLUŽBY

Překrytí sociální práce a sociálních služeb s sebou přináší měření výkonu sociálního pracovníka v rámci jeho pracovní vytiženosti a měření množství poskytnutých služeb. Zde dochází ke komodifikaci služby – sociální práce jako počet výkonů, které

můžeme vykázat. Evidentně se zde nezabýváme kvalitou – počet klientů, kteří změnou svého života snižují množství potřebných služeb. Cílem ne-komodifikované sociální práce je stav, kdy určité služby a organizace zanikají z důvodů, že pomohli klientům k rozvoji a nejsou potřeba.

DE-KOMODIFIKACE SOCIÁLNÍ PRÁCE A SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

Proces de-komodifikace popisuje Ziólkowski et.co, (2022, s.25 a násl.) jako proces, který probíhá na třech úrovních.

Makro úroveň – zde přichází k původnímu smyslu sociální práci ve vztahu k sociální politice. Sociální práce je teoretická a praktická vědní disciplína, která hledá nástroje a procesy k rozvoji potenciálu jedince. Rozvíjet svůj osobní potenciál je proces, který s sebou přináší odpovědnost za naplnění vlastního bytí a rozvoj osobního života pro své dobro a dobro společnosti. Jedná se o základní princip sociální práce a na makro úrovni se nedá hovořit o sociálních službách jako nástrojů k naplňování tohoto hlubokého smyslu. Zde probíhá základní dialog mezi společenským rozuměním sociálního státu a sociální práce jako nástroje k rozvoji společnosti. Stát má chránit své občany před situací, kdy pracující se dostávají do situace, kdy musí čerpat dávky v běžném životě, nikoliv při mimořádných životních událostech – moderní chudoba.

Mezo úroveň - je trochu jinou vztahovostí, která se odehrává na úrovni spíše územně samosprávných celků, místních komunit, mezi sociálními pracovníky a občany. V této kategorii bych v rámci sociální práce umístil modely rodinných politik, které jsou zaměřeny na rozvoj místní komunity, mezigenerační soužití, vybudování místa, kde je dobré žít a rozvíjet svůj lidský a profesní potenciál. I na této úrovni není místo pro sociální služby z pohledu zákona č. 108/2006Sb. o sociálních službách. Zde především pracujeme v rámci vzdělávacího paradigmatu a paradigmatu rozvoje místní komunity (Fabián, 2021).

Mikro úroveň – je procesem, který jsme omezili na sociální službu, která má přinést změnu kvality života jedince. Na této úrovni došlo k zásadní komodifikaci sociální práce a v dialogickém procesu na všech úrovních i vzhledem k historickému vývoji sociální politiky v ČR, se nám překryla sociální práce se sociální službou. Kvalita života se omezila na měřitelné hodnoty – bydlení, finanční zajištění atd. Tímto procesem dochází k devalvaci sociální práce v povědomí společnosti.

V procesu de-komodifikace je však kvalita života, schopnost převzetí odpovědnosti za svůj život a rozvoj svého potenciálu. Zde dochází k oddělení sociální práce a sociálních služeb. Sociální práce jako kreativní a vysoce odborná činnost, která hledá možnosti rozvoje potenciálu člověka hledajícího pomoc (na mikro úrovni) a sociální služba, která je jen nástrojem k uskutečňování tohoto procesu.

V tomto dialogickém procesu mezi sociálním pracovníkem a osobou hledající pomoc by tedy mělo platit, že veškerá naše snaha směřuje k rozvoji potenciálu jednotlivce

v souvztažnosti s komunitou. V takovém procesu potřebujeme využívat především přístupy terapeutického paradigmatu, nikoliv poradenského.

Proces de-komodifikace s sebou přináší i opuštění lpění na osobní životní a pracovní zkušenosti. Pokud budeme lpět na osobní zkušenosti bez validace teorií, zůstaneme jen v procesu poradenského paradigmatu. Tyto pracovní postupy vytváří novou třídu utlačovaných, která ve spojení s populismem dostává moc nad většinou.

Kvalita sociální práce na mikro úrovni by pak měla být snaha o snižování počtu osob čerpajících naše služby – především v práci v rámci služeb sociální prevence. Empoverment – je zde rozuměn jako proces, kdy si člověk hledající pomoc může prožít, že změna života je závislá na změně rozumění vlastního života jako takového (Heidegger, 1994). V rámci služeb sociální péče je vhodné se ptát, zda služba, tak jak je poskytována, prohlubuje a udržuje radost ze života osob, o které pečujeme, včetně jejich sociálního okolí, nebo jen naplňujeme mechanický postup práce.

De-komodifikace je tedy především o změně myšlení sociálního pracovníka, opuštění malých paradigmat Payneho a přiklonění se ke vzdělávacím a posilujícím paradigmatům. V praxi tento proces změny myšlení je možno popsat jako model, kdy pobytová sociální služba vstupuje do života seniora, nikoliv senior vstupuje do systému pobytové služby. Následně je přirozený proces, že řád domova (pobytové služby) vytváří obyvatelé – ti, kteří tam jsou doma – nikoliv vedení domova, které je tam na návštěvě.

ZÁVĚR

V celém příspěvku jsme se zabývali dialogickou strukturou mezi sociální politikou a sociální prací, včetně jejího dopadu na komodifikaci sociální práce.

Proces překryvu sociální práce a sociálních služeb ve svém významu výrazně omezuje naše možnosti rozvoje sociální komunity. Zároveň dochází k degradaci sociální práce jako oboru.

Samotný proces de-komodifikace sociálních služeb a návratu ke smyslu sociální práce jako takové, přináší s sebou potřebu změny myšlení nejen sociálních pracovníků, ale i všech příbuzných oborů. S takovou změnou souvisí i využití jiných teorií sociální práce, kde teorie enviromentální a kritická jsou základem v přístupu sociálního pracovníka k jeho práci.

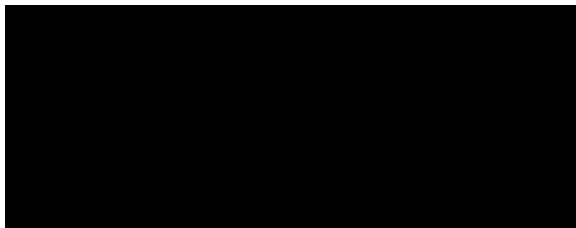
Jsem si vědom, že předložená témata si zaslouží další a hlubší analýzy. Tento příspěvek má spíše rozprout a prohloubit diskuzi nad tématy hlubšího smyslu sociální práce a sociální politiky a vzájemné tvorby sociální reality, kterou bez podobného diskurzu vytváříme.

POUŽITÉ ZDROJE

- [1] BARKER, CH. 2006. *Slovník kulturních studií*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-099-2.
- [2] BERGER, P. L., LUCKMANN, T. 1999. *Sociální konstrukce reality: pojednání o sociologii vědění*. 1. vyd. Brno: Centrum pro studium demokracie a kultury, 214 s. ISBN 80-85959-46-1.
- [3] BUBER, M. 1992. *Ja i Ty: Wybór pism filozoficznych*. 1. Warszawa: PAX, ISBN 8321111610.
- [4] EDWARDS, T., ed. 2010. *Kulturní teorie: klasické a současné přístupy*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-685-8.
- [5] FABIÁN, P. 2021. *Možná to jde i jinak: teorie a metody v sociální práci*. 1. vyd. Pardubice: Univerzita Pardubice. 174 s. ISBN 978-80-7560-368-5.
- [6] FOOK, J. 2002. *Social work: critical theory and practice*. Thousand Oaks, Calif.: SAGE. vii, 179 p. ISBN 07-619-7251-X.
- [7] FOOK, J. 2016. *Social work: a critical approach to practice*. Third edition. London: SAGE. ISBN 9781473913035.
- [8] GRAY, M. WEBB, A. 2013. *Social Work: Theories and Methods*. 2nd Edition. Los Angeles: SAGE. ISBN 9781446208601.
- [9] HLUBÍKOVÁ, O., HAVLÍKOVÁ, J., TRBOLA, R. *Cíle sociální práce v kontextu jejího slabého ukotvení*, Sociální práce, sociální práce, 5/2021 ISSN 1213-6204
- [10] Měření kvality v sociálních službách, 2019, dostupné on-line: <https://www.apsscr.cz/media/sluzby/projekty/opz71-audity/studie-mereni-kvality-v-socialnich-sluzbach-final12.pdf>
- [11] MPSV 2008, koncepce rodinné politiky dostupné on-line: https://www.mpsv.cz/documents/20142/225508/Koncepce_rodinne_politiky.pdf/5d1efd93-3932-e2df-2da3-da30d5fa8253
- [12] MPSV, 2017, koncepce rodinné politiky dostupné on-line: https://www.mpsv.cz/documents/20142/225508/Koncepce_rodinne_politiky.pdf/5d1efd93-3932-e2df-2da3-da30d5fa8253
- [13] KREBS, V. et al. Sociální politika. Praha: CODEX Bohemia, 1997, s.17 ISBN80-85963-33-7
- [14] KREBS, V., DURDISOVÁ, J. 2015. Sociální politika. Praha: Codex Bohemia. ISBN 9788074789212.
- [15] Rodinný svaz ČR. Realizovat rodinnou politiku se vyplatí. In: rodinnysvaz.cz [online]. 2018 [cit. 2023-05-18]. Dostupné z: <https://www.rodinnysvaz.cz/ke-stazeni/>
- [16] PRŮŠA, L. *Jaký to byl výkop, sociální služby na začátku nového tisíciletí*, in Rezidenční péče ISSN 1801-8718, r. 2022, ročník 18 dostupné on-line: www.rezidencnipece.cz
- [17] STEVEN, E. J., LUKENS, M. R., Konstruktivismus: k čemu nám může být dobrý: Vědět, kdy stůl není pohovka, dostupné on-line: <https://systemika.g-i.cz/record/975?ln=cs>
- [18] TRAPKOVÁ, L., CHVÁLA, V. 2017. *Rodinná terapie psychosomatických poruch: rodina jako sociální děloha*. Vydání třetí. Praha: Portál. ISBN 978-80-2620-523-4.

- [19] SLOVÁČEK, P., ONDŘEJOVÁ, E. 2022. *Filosofie, poznání a ... a co „doba covidová“ jen zdůraznila. Aneb také, na příběžích záleží.* In: Závorská, V. (ed.), *Vztahy v rodině v čase pandemie.* Slezská univerzita v Opavě, s. 65-74.
- [20] ŠKOVIERA, A. *FOSTER CARE IN THE CONTEXT OF TRENDS AND CHANGES IN THE CONCEPT OF PARENTHOOD* in *Social Pathology and Prevention*, 2023 ISSN 2464-5885
- [21] VÁCHA, M. O. *Etika odpovědnosti*, dostupné on-line <https://blog.aktualne.cz/blogy/marek-vacha.php?itemid=10505>
- [22] ZIÓŁKOWSKI, M., DROZDOWSKI, R., BARANOWSKI, M. 2022. *Utowarowanie w pespektywie socjologicznej: przejawy - dynamika - konsekwencje.* 1. Warszawa: Wydawnictwo naukowe SCHOLAR. ISBN 9788366849716.

HOW WE HAVE DEHUMANISED SOCIAL WORK



ABSTRACT

In this paper we will address the issue of the overlap between social work and social service provision - as a form of commodity. The result of this process is the loss of creativity of social work and its limitation to the provision of social services.

At the same time, we will briefly touch upon the issue of the necessary change of approach to social work and the necessary changes in thinking about the goals and purpose of social work.

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

Mgr. Petr Fabián, PhD
Slezská Univerzita v Opavě
Fakulta veřejných politik
Ústav veřejné správy a sociální práce
Bezručovo nám. 14
746 01 Opava
e-mail: Petr.fabian@fvp.slu.cz

Prof. UAM dr hab. Dobroniega Glebocka
Uniwersytet Adama Mickiewicza
w Poznaniu
Zakład Badań Problemów Społecznych
i Pracy Socjalnej
ul. A. Szamarzewskiego 89
60-568 Poznań
e-mail: dobra@amu.edu.pl

KEYWORDS:

social work, social services, commodification

VZDĚLÁVÁNÍ PĚSTOUNŮ V OBLASTI VÝCHOVY DĚTÍ V JEJICH PĚSTOUNSKÉ PÉČI SOUVISEJÍCÍ S POVINNOU ŠKOLNÍ DOCHÁZKOU

BARBORA FALTOVÁ
UNIVERZITA PARDUBICE
JIHOČESKÁ UNIVERZITA
V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH

ADÉLA MOJŽÍŠOVÁ
LESIA SHURANOVÁ
JIHOČESKÁ UNIVERZITA
V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH

ABSTRAKT

Príspevok seznamuje s výsledky výzkumného šetření zaměřeného na zmapování vzdělávacích potřeb pěstounů ve vztahu k výchově jejich přijatých dětí, které navštěvují základní školu. Pro výzkumné šetření v kvantitativním designu byl použit nestandardizovaný dotazník, který byl validován na srozumitelnost a relevanci výzkumníky prostřednictvím zástupců neziskových organizací s pilotním šetřením u spolupracujících pěstounů. Dotazník byl distribuován vybraným respondentům v elektronické podobě ve spolupráci s neziskovými organizacemi doprovázejícími pěstounské rodiny. Výzkumu se zúčastnilo 102 respondentů. Výsledky výzkumu prokázaly signifikantní potřebu pěstounů jejich vzdělávání v oblasti výchovy a péče o jejich přijaté děti, které se v období plnění povinné školní docházky potýkají s obtížemi ve školním prostředí. Pěstouni mají zájem se aktivně podílet na podpoře spokojenosti a zdravého růstu dětí tím, že absolvují sebevzdělávání pro získání a upevnění znalostí i efektivních strategií k výchově dětí pro překonání nejen jejich školních obtíží, ale i obecně zvládání agresivního chování a schopnosti poskytnout podporu pro potřeby duševního a fyzického zdraví u přijatých dětí. Zároveň z výzkumu

vyplývalo, že si respondenti uvědomují nejistotu svých znalostí vyjádřenou v potřebě pravidelného vzdělávání prostřednictvím seminářů od doprovázejících organizací, které pěstounům zprostředkovávají jejich povinné vzdělávání t.č. uzákoněné v Zákoně o sociálně-právní ochraně dětí.

KLÍČOVÁ SLOVA:

Doprovázející organizace, pěstounská péče, sociální služby, školní docházka, vzdělávání

ÚVOD

Vzdělávání pěstounů je dle současné legislativy v České republice povinné a tvoří nedílnou součást spolupráce mezi pěstouny a pověřenými osobami, dále označovanými jako doprovázejícími organizacemi rámované dohodou o výkonu pěstounské péče, kterou je povinen uzavřít s doprovázejícím subjektem každý pěstoun do měsíce od vykonatelnosti nebo nabytí právní moci rozhodnutí soudu o svěření dítěte do pěstounské péče nebo od data vydání vyjádření orgánu sociálně-právní ochrany dětí o faktické péči (MPSV ČR, 2023).

Zákon č. 359/1999 Sb. o sociálně – právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů, stanovuje povinnost pěstounů, vzdělávat se v rozsahu minimálně 24 hodin ročně od data uzavření dohody o výkonu pěstounské péče, a to zdarma v tématech, které potřebuje pěstoun pro výkon kvalitní pěstounské péče, přičemž právní rámec oblastí vzdělávání pěstounů stanoví prováděcí Vyhláška 473/2012 Sb., která mimo jiné v § 5 písmeno C zmiňuje, že jednou z oblastí, kterou má doprovázející organizace pěstounovi v rámci vzdělávání zprostředkovat nebo sama zajistit, je vzdělávání v oblasti týkající poskytování péče při změnách souvisejících se vzděláváním nebo vývojovými fázemi dítěte.

Jak už bylo uvedeno výše, vzdělávání v rámci výkonu pěstounské péče je povinné a dohled nad jeho plněním provádí doprovázející organizace v rámci dohledu nad výkonem pěstounské péče. Doprovázející organizace má dle Vyhlášky č. 473/2012 povinnost s pěstounem vypracovat individuální vzdělávací plán, zprostředkovat nebo zajistit vzdělávání v tématech, které si pěstoun v rámci plánu vybere, provádět dohled nad plněním plánu a informovat prostřednictvím půlročních zpráv místě příslušný Orgán sociálně-právní ochrany dětí pěstouna o plnění vzdělávacích povinností (Česká republika, 2012). Vzdělávání pěstounů je podle metodického materiálu Ministerstva práce a sociálních věcí k doprovázení osob pečujících, však také právem ve smyslu, že pěstoun má právo se vzdělávat zdarma v tématech, které si sám zvolí, a také formou, která odpovídá jeho potřebám, například v rámci jednodenních seminářích, na víkendových vzdělávacích pobytech, online nebo prezenčně (MPSV ČR, 2023).

Finanční náklady spojené se vzděláváním pěstounů jsou hrazeny prostřednictvím doprovázející organizace, která na ně čerpá Státní příspěvek na výkon pěstounské péče, který v roce 2024 činí 59.400 Kč a doprovázející organizace je povinna z něj ufinancovat chod služby a možnost realizovat zákonem stanovené povinnosti a práva pěstounů, nejen tedy vzdělávání. Ministerstvo práce a sociálních věcí (2019) prostřednictvím Instrukce náměstkyně pro řízení sekce sociální politiky č. 8/2019 stanovuje podmínky, za kterých lze vzdělávání pěstounů financovat prostřednictvím Státního příspěvku na výkon pěstounské péče, mezi které například náleží, že vzdělávání nesmí přesáhnout ve sledovaném období jednoho roku 24 hodin a cena vzdělávání nesmí přesáhnout cenu v místě a čase obvyklou (cca 250 Kč/1hod). V případě, že by doprovázející organizace některé z podmínek financování vzdělávání pěstounů porušila, může být sankcionována dle platné legislativy. Nutno podotknout, že Státní příspěvek na výkon pěstounské péče

byl za dobu své existence (tedy od roku 2014) valorizován pouze dvakrát, a to vždy o menší částku, než činila inflace s možnými negativními následky nejen v odlivu zaměstnanců ze systému doprovázení pěstounů, ale také ve kvalitě služeb mj. i v vzdělávání, které poskytují doprovázející organizace.

Je však nutné si uvědomit, že poskytování vzdělávacích programů od doprovázejících organizací pěstounům i jejich přijatým dětem je podle Berlin a kol. (2019) životně důležité. Matoušek (2020) poukazuje na složitost výchovy a péče o dítě v pěstounské péči, které může být poznamenáno mnoha negativními zkušenostmi z předchozích neúspěšných vztahů s blízkými osobami. Podle Font a Gershoff (2020) většina dětí v pěstounské péči potřebuje podpůrné sociální služby k řešení svých potřeb fyzického nebo duševního zdraví a erudované náhradní pečovatele, kteří jim poskytnou bezpečí a ochranu před dalšími bolestmi a zraněními. Obdobně Forkey a Szilagyi (2014) sledují obtíže v oblasti duševního zdraví a chování u většiny dětí v pěstounské péči a považují je za významný zdravotní problém. Podle Koslouski a kol. (2023) je stále výzvou pro školy vytvářet dětem z pěstounských rodin bezpečné prostředí co se týče vztahů jak s učiteli, tak i se spolužáky ve třídách. Náročným zkušenostem jsou vystavovány děti a mladí lidé v pěstounské péči také dle Miller a kol. (2021), kdy tyto zkušenosti činí děti zranitelnými ve vztazích a vlastním sebepojetí, přičemž síla vlastního vědomí, bezpečné vztahy s učiteli, přáteli a pěstouny jsou klíčem k úspěchu nastavení životní pohody dětí a dospívajících.

MATERIÁL A METODY

Výzkumné šetření bylo realizováno prostřednictvím kvantitativních výzkumných metod (Boddy, Smith, 2009). Technikou sběru dat bylo dotazníkové šetření administrované v období srpen až říjen 2023 u záměrně vybraného vzorku respondentů (n=102) formou elektronického dotazníku programu LIME SURVEY®, který je k dispozici v prostředí univerzity. Dotazník byl sestaven na základě rešerše odborné literatury zaměřené na zdravotní, sociální a vzdělávací problematiku u dětí v pěstounské péči. Dotazník byl validován na srozumitelnost a relevanci výzkumníky prostřednictvím zástupců neziskových organizací s pilotním šetřením u pěti vybraných spolupracujících pěstounů. Elektronický odkaz na dotazník byl distribuován vybraným respondentům s objasněním záměru výzkumu, žádostí o vyplnění a zaručením anonymity respondentů. Oslovenými respondenty byli pěstouni spolupracující s neziskovou organizací poskytující zdravotně-sociální podporu pěstounským rodinám, a kteří pečují o přijaté děti navštěvující základní školu na území Pardubického kraje. Záměrem studie bylo také poskytnout zjištěná data těmto spolupracujícím neziskovým organizacím pro zkvalitnění jejich služeb pěstounským rodinám a podpoře koordinace služeb propojující zdravotní, sociální a vzdělávací oblasti v souladu s Brueckmann (2023), jenž považuje za významné kompetence pěstounů sebevzdělávání k adekvátnímu řešení širokého spektra potřeb dětí v náhradní rodinné péči. Prostřednictvím těchto neziskových organizací byla zajištěna věrohodnost respondentů a zároveň jejich spolupráce při vyplňování dotazníků. Výzkumníci zajistili anonymizaci respondentů, což také byla podmínka souhlasu respondentů s jejich účastí ve výzkumu. K vyhodnocení získaných výzkumných dat byly

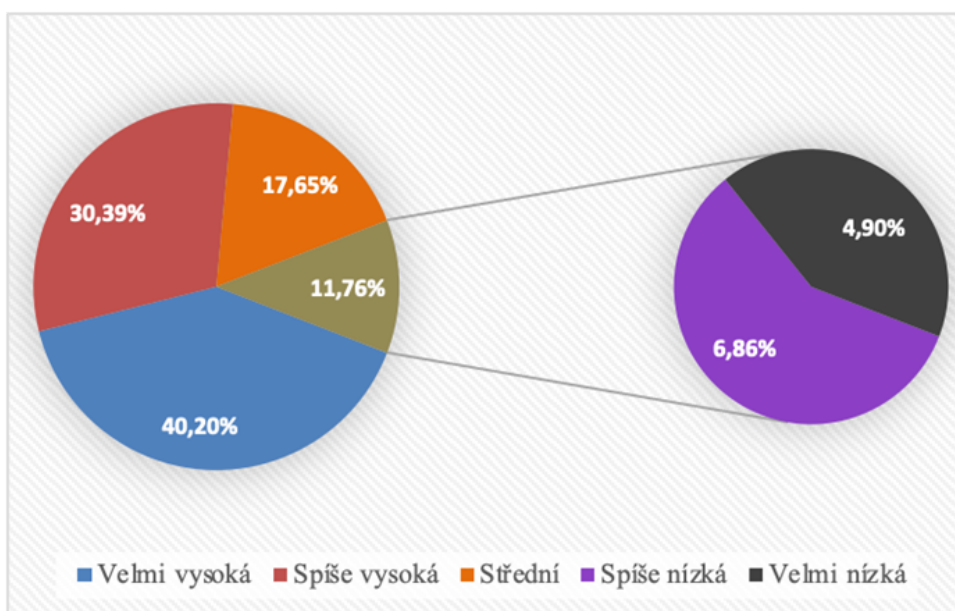
použity běžné metody deskriptivní statistiky (Scott Jones, Goldring, 2022). Data byla zpracována ve statistickém programu STATISTICA verze 14.0.0.15, jejíž multilicence je Univerzitou Pardubice pravidelně aktualizována (TIBCO STATISTICA®, Univerzita Pardubice, 2023).

Vzorek respondentů tvořilo 102 (100%) pěstounů, kteří mají ve své péči celkem 148 dětí (79 dívek, 69 chlapců) ve věku od 6 do 15 let. Hlavní zařazující kritéria: spolupráce pěstouna s doprovázející organizací pěstounských rodin a výchova alespoň jednoho přijatého dítěte, které je aktuálně v období povinné školní docházky a navštěvuje základní školu.

VÝSLEDKY A DISKUZE

Výsledky našeho výzkumného šetření ukazují v Tabulce 1 na vysokou míru spokojenosti respondentů s nabízenými vzdělávacími programy ze strany doprovázejících organizací pěstounských rodin. Za pozitivní zjištění považujeme podíl pouhých 12 % respondentů nespokojených s nabídkou vzdělávání od doprovázejících organizací, který je graficky zvýrazněn v Grafu 1 i menším podílem velmi nízké nespokojenosti u celkem 5 (4,90 %) respondentů.

Graf 1: Míra spokojenosti pěstounů s nabídkou vzdělávání doprovázející organizací



Zdroj: autor

Tabulka 1: Míra spokojenosti pěstounů s nabídkou vzdělávání doprovázející organizací

Míra spokojenosti	Velmi vysoká	Spíše vysoká	Střední	Spíše nízká	Velmi nízká	Celkem respondentů (N)
n_i	41	31	18	7	5	102
f_i	40,20%	30,39%	17,65%	6,86%	4,90%	100%

Legenda: n_i – četnost počtu odpovědí respondentů, f_i – relativní četnost počtu odpovědí respondentů v %, N – celkový počet respondentů

Zdroj: autor

Respondenti projevili potřebu aktivní účasti na vzdělávání, které nabízejí doprovázející organizace. Odpovědi respondentů jsou seřazeny v Tabulce 2 podle nejpotřebnější vzdělávací oblasti po nejméně potřebnou. Respondenti se rozhodovali, zdali mají (odpověď „ANO“) nebo zároveň nemají (odpověď „NE“) potřebu sebevzdělání v nabízených oblastech. Výsledným zjištěním je největší potřeba pěstounů ve vzdělávání pro podporu sebevědomí dětí v náhradní rodinné péči, a to u 61 respondentů (59,80 %). Dále téměř polovina respondentů má potřebu vzdělávacích seminářů v oblasti zvládání agrese a šikany u dětí, problematiky dětí s poruchami učení, zvládání školních obtíží, digitálních, či online rizik, jak efektivně komunikovat se školou a jak připravovat dítě do školy. Na druhou stranu pouze 14 respondentů (13,73 %) projevilo zájem o vzdělávání v oblasti výživy a poruch příjmu potravy. Odpovědi respondentů „NE“, které prokazují nižší potřeby vzdělávání v uvedených odborných oblastech poukazují na jejich dostatečnou míru znalostí získaných v již absolvovaných seminářích, které jejich doprovázející organizace realizovaly v rámci povinného vzdělávání pěstounů.

Tabulka 2: Potřeba sebevzdělávání respondentů v odborných oblastech

Odborná oblast vzdělávání	ANO		NE		N
	n_i	f_i	n_i	f_i	
Sebevědomí dětí v náhradní rodinné péči	61	59,80%	41	40,20%	102
Zvládání agrese u dětí	44	43,14%	58	56,86%	102
Dítě s poruchami učení	43	42,16%	59	57,84%	102
Jak zvládnout školní potíže	43	42,16%	59	57,84%	102
Digitální a online rizika u dětí a mládeže	43	42,16%	59	57,84%	102
Jak komunikovat se školou a jak se připravovat do školy	39	38,24%	63	61,76%	102
Šikana a příbuzné fenomény	39	38,24%	63	61,76%	102
Výživa, poruchy příjmu potravy	14	13,73%	88	86,27%	102

Legenda: n_i – četnost počtu odpovědí respondentů, f_i – relativní četnost počtu odpovědí respondentů v %, N – celkový počet respondentů

Zdroj: autor

Respondenti měli možnost doplnit vlastní vzdělávací potřeby v oblastech, které si přejí, aby doprovázející organizace realizovala v podobě seminářů. Jedná se o specifická témata související s péčí o děti s Fetálním alkoholovým syndromem, s podporou základního a volnočasového vzdělávání dětí, specifickými poruchami učení, chování s maladaptivními reakcemi dětí na stres a s tématy týkající se porozumění sexualitě u dětí a dospívajících. Žádný z respondentů neuvedl, že nemá zájem o své vzdělávání v roli pěstouna, právě naopak, všichni respondenti projevili vysoký zájem aktivní účasti na vzdělávacích programech svých doprovázejících organizací spolu s vlastními návrhy témat, ve kterých mají potřebu se vzdělávat. Vzdělávání pěstounů se také jeví jako jedna z velmi úspěšných strategií, jak předcházet selhávání pěstounské péče, přičemž zvyšování si znalostí v oblasti péče a výchovy dítěte je právem i povinností pěstounů (MPSV, 2023). Přesto však podle autorů Zárasové a Hovorky (2023) v jejich vypracované Závěrečné zprávě z hodnocení dopadů

regulace k návrhu novely zákona o sociálně-právní ochraně dětí (RIA) je dostupnost individualizovaného kvalitního vzdělávání pro pěstouny toho času výrazně omezena nedostatkem finanční podpory pro doprovázející organizace (valorizace Státní příspěvku na výkon pěstounské péče neodpovídá inflaci) a v současné době také snahami o snížení vzdělávací povinnosti u nezprostředkovaných pěstounů (těch co nespároval s dítětem Krajský úřad) na 18 hodin ročně.

ZÁVĚR

Vzdělávání pěstounů je nedílnou součástí spolupráce mezi pěstouny a jejich doprovázejícími organizacemi představující jednak zákonem garantovanou povinnost, ale také právo vzdělávat se v tématech, které umožní pěstounovi zvyšovat úroveň svých rodičovských kompetencí takovým způsobem a formou, která je pro něj přínosná.

Z výsledků našeho výzkumu vyplývá, že více než ¾ respondentů je spokojeno se současnou nabídkou vzdělávacích seminářů jejich doprovázejících organizací s prokazatelným zájmem dále pracovat na svém vzdělávání. Mezi témata, ve kterých se vzdělávají nebo se chtějí sebevzdělávat prostupují oblasti vzdělávání zaměřené především na péči o duševní zdraví a na prevenci sociálně patologických jevů k podpoře úspěšného zvládání školní docházky přijatých dětí.

ETICKÉ ASPEKTY A KONFLIKT ZÁJMU

Všichni respondenti byli informováni o účelu výzkumného šetření. Výzkum byl realizován v souladu s etickými normami. Autoři deklarují, že nemají konflikt zájmu.

POUŽITÉ ZDROJE

- [1] BERLIN, M., VINNERLJUNG, B., HJERN, A., BRÄNNSTRÖM, L., 2019. Educational outcomes of children from long-term foster care: Does foster parents' educational attainment matter? *Developmental Child Welfare*. 1(4), 344-359. ISSN 2516-1032. doi:10.1177/2516103219892274
- [2] BODDY, R., SMITH, G. 2009. *Statistical methods in practice: for scientists and technologists*. Chichester: Wiley. ISBN 978-0-470-74664-6.
- [3] BRUECKMANN, A. M., 2023. The Educational Experience of Children in Foster Care. ProQuest LLC. ISBN 9798379426095.
- [4] ČESKÁ REPUBLIKA, 2019. *Instrukce náměstkyně pro řízení sekce sociální č. 8/2019: Státní příspěvek na výkon pěstounské péče podle zákona č. 359/199 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí ve znění pozdějších předpisů, a veřejnosprávní kontrola jeho čerpání podle zákona č. 320/2001 Sb., o finanční kontrole ve znění pozdějších předpisů*.
- [5] ČESKÁ REPUBLIKA, 1999. Zákon číslo 359/1999 Sb.: Zákon o sociálně-právní ochraně dětí ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů*. 111/1999.
- [6] ČESKÁ REPUBLIKA, 2023. *Vládní návrh zákona, kterým se mění zákon č. 359/1999 Sb., kterým se mění zákon o sociálně-právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů, a další související zákony*.
- [7] ČESKÁ REPUBLIKA, 2012. Vyhláška č. 473/2012 Sb.: Vyhláška o provedení některých ustanovení zákona o sociálně-právní ochraně dětí. In: *Sbírka zákonů*. 177/2012.
- [8] FONT, S. A., GERSHOFF, E. T. 2020. Foster Care: How We Can, and Should, Do More for Maltreated Children. *Social policy report* [online]. 33(3), 1-40 [cit. 2024-01-24]. ISSN 10757031. Dostupné z: doi:10.1002/sop2.10
- [9] FORKEY, H., SZILAGYI, M. 2014. Foster care and healing from complex childhood trauma. *Pediatric clinics of North America* [online]. 61(5), 1059-72 [cit. 2024-01-25]. ISSN 15578240. Dostupné z: doi:10.1016/j.pcl.2014.06.015
- [10] KOSLOUSKI, J. B., STARK, K., CHAFOULEAS, S. M., 2023. Understanding and responding to the effects of trauma in the classroom: A primer for educators. *Social and Emotional Learning: Research, Practice, and Policy*. ISSN 27732339. doi:10.1016/j.sel.2023.100004
- [11] MATOUŠEK, O., ed. 2020. *Dítě traumatizované v blízkých vztazích: manuál pro profesionály a rodiny*. 2. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1707-7.
- [12] MILLER, H., BOURKE, R., DHARAN, V. 2023. Fostering success: young people's experience of education while in foster care. *International Journal of Inclusive Education*. 27(6), 689-703. ISSN 13603116. doi:10.1080/13603116.2020.1867378
- [13] MPSV ČR, 2023. Doprovázení osob pečujících, osob v evidenci a jim svěřených dětem: metodický materiál MPSV. In: *Odbor rodinné politiky a ochrany práv dětí* [online]. [cit. 2024-02-02]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/documents/20142/225508/Metodika+doprov%C3%A1zen%C3%AD.pdf/6b235467-061f-0161-1971-99b9d969cb20>
- [14] SCOTT JONES, J., GOLDRING, J. 2022. *Exploratory and descriptive statistics*. SAGE Publication. ISBN 978-1526424716.

- [15] TIBCO STATISTICA©, UNIVERZITA PARDUBICE. 2023. [University program-Statistica.pro]. World-renowned statistical software; Serial Number: JPZ009K288211FAACD-Q, Product Key: WCKCLJG2UKMGYKHNGK1G.
- [16] ZÁRASOVÁ, Z., HOVORKA, D. 2023. Závěrečná zpráva z hodnocení dopadů regulace k návrhu novely zákona o sociálně-právní ochraně dětí (RIA). In: *Ministerstvo financí ČR* [online]. [cit. 2024-01-28]. Dostupné z: <https://www.mfcr.cz/cs/kontrola-a-regulace/legislativa/legislativni-dokumenty/2023/zaverecna-zprava-ria-51775>

EDUCATION OF FOSTER PARENTS IN THE FIELD OF RAISING CHILDREN IN THEIR FOSTER CARE RELATED TO COMPULSORY SCHOOL ATTENDANCE

ABSTRACT

The paper presents the results of a research survey aimed at mapping the educational needs of foster parents in relation to the education of their adopted children who attend primary school. A non-standardized questionnaire was used for the research investigation in a quantitative design, which was validated for understandability and relevance by the researchers through representatives of non-profit organizations with a pilot survey among cooperating foster parents. The questionnaire was distributed to selected respondents in electronic form in cooperation with non-profit organizations accompanying foster families. A total of 102 respondents took part in the research. The results of the research demonstrated the significant need of foster parents for their education in the field of education and care for their adopted children, who face difficulties in the school environment during the period of compulsory school attendance. Foster parents are actively interested in supporting the well-being and healthy growth of children by completing self-education to acquire knowledge and effective strategies for raising children to overcome not only their school difficulties, but also to manage aggressive behaviour in general and the ability

to provide support for the needs of mental and physical health in adopted children. At the same time, the research showed that the respondents are aware of the uncertainty of their knowledge expressed in the need for regular education through seminars from non-profit organizations that provide foster parents with their compulsory education, also enacted in the Act on Social-Legal Protection of Children.

KEYWORDS:

non-profit organization, foster care, social services, compulsory school attendance, education

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

Mgr. Barbora Faltová
Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Katedra porodní asistence, perioperační
péče a zdravotně sociální péče
Průmyslová 395
532 10 Pardubice – Černá za Bory

Jihočeská univerzita v Českých
Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Ústav sociálních
a speciálněpedagogických věd
J. Boreckého 1167/27
370 11 České Budějovice
e-mail: barbora.faltova@upce.cz

doc. PhDr. Adéla Mojžíšová, Ph.D.
Jihočeská univerzita v Českých
Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Ústav sociálních
a speciálněpedagogických věd
J. Boreckého 1167/27
370 11 České Budějovice
e-mail: mojzis@zsf.jcu.cz

PhDr. Mgr. Zdeněk Čermák
Univerzita Pardubice
Fakulta filozofická
Katedra věd o výchově
Studentská 84
532 10 Pardubice 2
e-mail: zdenek.cermak@upce.cz

Lesia Shuranova, MBA
Jihočeská univerzita v Českých
Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Ústav sociálních
a speciálněpedagogických věd
J. Boreckého 1167/27
370 11 České Budějovice
e-mail: shural00@zsf.jcu.cz

VNÍMÁNÍ URGENTNÍ MOČOVÉ INKONTINENCE SENIORY

HANA OCHTINSKÁ
ANETA VALÁŠKOVÁ
UNIVERZITA PARDUBICE

MARCEL JANDA
PARDUBICKÁ NEMOCNICE

ABSTRAKT

Stárnutí a stáří je neodmyslitelnou součástí života. Stáří je životním obdobím, které s sebou nese jak radosti, tak i mnohá úskalí. Nabízí se proto otázka, do jaké míry bude ovlivněna kvalita života seniora, která vychází z mnoha proměnných. Jednou z nich je inkontinence moči. Cíl: Zjistit, jak senioři vnímají urgentní močovou inkontinenci v závislosti na věku a pohlaví. Metodika: Pro průzkumné šetření byla zvolena kvantitativní metoda sběru dat pomocí standardizovaného dotazníku KHQ u seniorů nad 65 let s diagnostikovanou urgentní inkontinencí. Výsledky: Z celkového počtu 62 respondentů se průzkumu zúčastnilo 34 žen (54,8 %) a 28 mužů (45,2 %) nad 65 let. Při zhodnocení dotazníku u celého průzkumného vzorku respondentů se ukázala jako nejvíce ovlivněná doména prožívání činností nebo situací, a naopak nejméně ovlivněná doména osobní vztahy. Při dílčím zhodnocení je největší rozdíl mezi pohlavím shledán v doméně emocí, kdy ženy ji vnímaly hůře. U seniorů vyššího věku je hůře vnímán jejich celkový zdravotní stav a u seniorů nižšího věku jsou hůře vnímány osobní vztahy. Závěr: Z průzkumného šetření vyplynulo, že močová inkontinence je v dnešní době stále aktuálním tématem. Urgentní inkontinence má vliv na život seniorů.

KLÍČOVÁ SLOVA:

Dotazník KHQ, kvalita života, senioři, urgentní inkontinence moči

ÚVOD

Stárnutí a stáří je nevyhnutelnou součástí života. Demografické stárnutí je nezvratné, prodlužuje se střední i maximální délka života. Zlepšuje se funkční stav seniorské populace a seniorů přibývá. Tato skutečnost vede k zamyšlení, do jaké míry bude ovlivněna kvalita života (Křešťanová, 2019). Právě kvalita života je podstatnou součástí lidského bytí a neodmyslitelná je v každém věku. Vychází z mnoha aspektů ovlivněných velkým množstvím subjektivních i objektivních proměnných (Dvořáčková, 2012).

Jednou z nich je inkontinence moči (Římovská, 2018). Močová inkontinence je dle Mezinárodní společnosti pro inkontinenci (The International Continence Society) definována jako jakýkoliv nechtěný, vůlí neovladatelný a objektivně prokazatelný únik moči, který představuje problém především psychosociální, ale i ekonomický. Inkontinence není považována za onemocnění, pohlíží se na ní jako na symptom určité poruchy (Abrams, et al, 2017). Vyskytuje se u žen, mužů, dětí, dospělých i ve stáří (Hanuš, et al., 2020). Podle Světové zdravotnické organizace (WHO) představuje močová inkontinence celosvětový problém. Nejen pro své následky, ale také tím, že se jedná o záležitost nákladnou.

Prevalence močové inkontinence, byť je její přesné číslo jen velice obtížně stanovitelné, narůstá. Je tomu zejména kvůli zvyšující se délce dožití a narůstajícímu počtu seniorů. Odhaduje se, že celosvětově se může jednat až o 200 milionů osob. Udává se, že inkontinencí trpí asi 7 % dětí starších pěti let, 10–35 % dospělých a 50–80 % pacientů staršího věku. V České republice trpí únikem moči na 750 000 lidí, třetina z nich trpí stresovou inkontinencí, čtvrtina inkontinencí urgentní a další čtvrtina inkontinencí smíšenou. A přestože je v České republice odhadovaný počet osob trpících močovou inkontinencí asi třičtvrtě milionu, je to stále záležitost velmi tabuizovaná. Je známo, že až 50–70 % pacientů kvůli studu či obavám nevyhledá lékařskou pomoc a jen pouhých 5–10 % dosáhne správné diagnózy a léčby (Hanuš, et al, 2020).

U seniorské populace je močová inkontinence vnímána jako jeden z nejvýznamnějších a nejčastějších zdravotních problémů (Horčíčka, 2017). Inkontinence má nepříznivě vliv na kvalitu života, způsobuje psychické problémy, vynucuje si změnu životního stylu, narušuje fungování v rodinném a společenském životě, snižuje postiženému sebeúctu a omezuje sociální kontakty. Senioři se cítí méněcenní, je narušeno jejich sebepojetí. Mají obavy, že zapáchají a vyhýbají se kontaktu s jinými lidmi. Ze strachu z pomoci vědomě i snižují příjem tekutin, což často vede v přidružené komplikace. Neméně velké potíže způsobuje inkontinence v noci. Zatížena je i rodina a okolí, respektive ti, kteří o postižené pečují (Římovská, 2018). Velmi tabuizovaným tématem je i sexuální život seniorů. Huvar (2003) upozorňuje na fakt, že inkontinence moče se mnohem častěji vyskytuje při pohlavním styku, což vede k sexuální dysfunkci.

Byť si je společnost vědoma tohoto problému a existuje mnoho standardizovaných dotazníků hodnotících kvalitu života s močovou inkontinencí, je mezi českými výzkumy

jen málo studií zaměřených na vnímání urgentní močové inkontinence jako takové, natož u seniorské populace. Tento fakt byl klíčový pro průzkumné šetření.

CÍL

Zjistit, jak senioři vnímají urgentní močovou inkontinenci v závislosti na věku a pohlaví.

POPIS PRŮZKUMNÉHO NÁSTROJE

Pro průzkumnou část byla zvolena kvantitativní metoda sběru dat. Technikou průzkumného šetření byl zvolen standardizovaný dotazník King's Health Questionnaire (KHQ) doplněný o test kognitivních funkcí a o údaje zahrnující věk a pohlaví.

Standardizovaný specifický dotazník KHQ byl vytvořený britským lékařem Con J. Kelleherem a jeho kolegy v roce 1997 (Kelleher, et al., 1997). Dle Hebbarta et al., (2015) je stále doporučovaným nástrojem pro hodnocení močové inkontinence a je svými vlastnostmi vhodný i pro pacienty s urgentní močovou inkontinencí. Dotazník byl přeložen do mnoha jazyků, včetně jazyka českého (Zachoval, et al, 2006). Pro potřeby průzkumu zaměřeného na seniory byl dotazník zvětšen, aby byl dobře čitelný i seniorům s případnými zrakovými vadami. Dotazník KHQ je tvořen 21 otázkami. První dvě (Q1 a Q2) jsou samostatným hodnocením zdravotního stavu a vlivu močové inkontinence na něj. Ostatní položky jsou rozděleny do domén: každodenní činnosti (Q3A, Q3B), fyzická činnost (Q4A, Q4B), sociální aktivity Q5A, Q5B, osobní vztahy (Q6A, Q6B, Q6C), emoce (Q7A, Q7B, Q7C), spánek a energie (Q8A, Q8B), prožívání uvedených činností nebo situací (Q9A, Q9B, Q9C, Q9D, Q9E).

Test pětičárové obrazcové produkce (ČAPR) sloužil ke zjištění kognitivních funkcí respondentů. Respondenti v něm měli během dvou minut nakreslit co nejvíce originálních neopakujících se obrazců pomocí pěti rovných čar. Limit pro úspěšné splnění testu je 17 obrazců za 2 minuty. Taktéž tento test byl pro potřeby průzkumu zvětšen (Bartoš, 2016).

ORGANIZACE PRŮZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Dotazníkové šetření se uskutečnilo v urologické ambulanci Královéhradeckého kraje v období od 1. prosince 2022 do 28. února 2023. Probíhalo za písemného souhlasu náměstkyně pro ošetrovatelskou péči. Díky objednávacímu systému a diáři objednaných pacientů byli vybráni senioři ve věku 65 a více let trpící urgentní močovou inkontinencí. Tato inkontinence byla potvrzena diagnostickými údaji obsaženými ve zdravotnické dokumentaci. Vyhledaným pacientům byla nabídnuta účast v průzkumném

šetření. Při projeveném zájmu bylo přistoupeno k testu kognitivních funkcí - ČAPR, který vzhledem k nutnosti měřit určený čas, vyžadoval asistenci druhé osoby. Respondenti, kteří kladně splnili test kognitivních funkcí, byli následně poučeni o dobrovolné účasti na průzkumném šetření a možnosti kdykoliv z něj odstoupit bez udání důvodu. Také byli informováni o anonymitě dotazníku a jak mají dotazník vyplnit. Poté respondent přešel k vyplnění tištěného dotazníku. Pokud potřeboval pomoc, byla mu poskytnuta. Jednotky respondentů potřebovaly v průběhu vyplňování dovysvětlit některé otázky. Vyplněný dotazník respondent odevzdal v zalepené obálce. Průměrná doba vyplnění včetně dvouminutového testu ČAPR činila 10 minut.

Během tří měsíců bylo osloveno 76 respondentů. Všichni se podrobili testu ČAPR. Z toho 12 respondentů muselo být vyřazeno pro jeho nesplnění. Ostatní respondenti v počtu 64 (84,2 %) vyplnili dotazník KHQ. Návratnost vyplnění dotazníků byla díky organizaci 100 %. Nicméně 2 dotazníky byly vyřazeny z důvodu neúplného vyplnění. Pro zpracování dat bylo použito 62 dotazníků (81,6 %).

VYHODNOCENÍ ZÍSKANÝCH DAT

Data, která byla dotazníkovým šetřením získána, byla vložena do programu Microsoft Office Excel. Následně byla analyzována a zpracována do tabulek. K vyhodnocení jednotlivých oblastí byl využit manuál vytvořený British Society of Urogynaecology (Hebbart et al., 2015). Skóre bylo vypočteno převedením slovního hodnocení na odpovídající hodnocení numerické. Rozpětí hodnocení je u první položky 1–5, u ostatních 1–4. Pokud na otázku respondent nemohl odpovědět, pak bylo skóre 0. Obsahovala-li doména více otázek, pak k vypočtení skóre sloužil aritmetický průměr. Výsledné skóre bylo dále dle manuálu převedeno na procentuální vyjádření ovlivnění nemocného nemocí. Platí, že čím nižší skóre/procento, tím lepší hodnocení kvality života. Na statistické zpracování dat byl použit program TIBCO Statistica 14. Pro ověření normality dat byl použit Kolmogorov-Smirnov test. Statistické testy byly hodnoceny na hladině významnosti 5 %, použit byl parametrický t-test pro nezávislé vzorky.

VÝSLEDKY

Zcelkového počtu 62 respondentů se průzkumu zúčastnilo 34 žen (54,8 %) a 28 mužů (45,2 %). Nejzastoupenější věkovou skupinou byla v počtu 15 (24,2 %) shodně skupina 70–74 a 75–80 let. Následovala věková skupinu 81–85 let v počtu 14 (22,6 %) respondentů, dále 65–69 let v počtu 10 (16,1 %) respondentů a 86–90 let v počtu 6 (9,7 %) respondentů. Respondentům, kterým bylo 91 a více let, bylo pouze dva (3,2 %).

Následující výsledky se vztahují k vyhodnocení standardizovaného dotazníku KHQ. V průzkumném šetření jsme nejprve zjišťovali pomocí naměřených průměrů, jak byly hodnoceny dvě samostatné otázky dotazníku a jednotlivé domény u celého sledovaného vzorku respondentů s urgentní močovou inkontinencí. Tyto výsledky jsme následně

převodli dle manuálu na procentuální hodnotu, která vyjadřuje, do jaké míry je nemocný ovlivněn urgentní močovou inkontinencí. Dále jsme vzorek respondentů rozdělili do skupin dle pohlaví (muži x ženy) a věku (65–80 let x 81 a více let) a provedli opět jejich dílčí vyhodnocení. V tabulce 1 jsou uvedeny jednotlivé výsledky. Ukazuje se zde, že dle procentuálního skóre hodnoceného dotazníku KHQ, je nejlépe hodnocena doména osobní vztahy, a to jak v celkovém skóre (15,04 %), tak při rozdělení respondentů dle věku i pohlaví. Přičemž při podrobném studování výsledků se ukazuje, že tuto doménu lépe hodnotili muži (4,15 %) než ženy (24,01 %) a lépe hodnotili starší (3,78 %) než mladší jedinci (21,24 %). Také nás zajímal druhý pól, tedy která doména bude naopak nejhůře hodnocená. Dle výsledků byla takto shledána doména prožívání činností a situací. Autoři tohoto dotazníku zařadili pod tuto doménu otázky: nutnost nošení plen, četnost výměny spodního prádla, obavy z nepříjemných pocitů, pocit trapnosti, nutnost sledování vypitých tekutin. Doména byla hodnocena hůře jak v celkovém skóre (72,58 %), tak při rozdělení respondentů dle věku i pohlaví. Tuto doménu hodnotili hůře ženy (80,67 %) a starší jedinci (75,75 %).

Tabulka 1: Hodnocení dotazníku KHQ pomocí procentuálního skóre

	Celkové skóre	Muži	Ženy	Mladší	Starší
Hodnocení zdravotního stavu	39,5	38,5	40,5	34,5	48,75
Vliv obtíží s močením na život	44,67	35,67	52	45	44
Každodenní činnosti	42	36,83	46	40	45,5
Fyzická činnost	56,67	51,83	60,83	56	57,17
Sociální aktivity	43,22	32,56	52	42,56	44,44
Osobní vztahy	15,04	4,15	24,01	21,24	3,78
Emoce	43,33	32,89	52	42,22	45,44
Spánek a energie	35,83	31	39,67	32,5	41,67
Prožívání činností a situací	72,58	62,83	80,67	70,83	75,75

Po prostudování výsledků průzkumného vzorku dle procentuálního vyjádření jsme se zajímali, zda rozdíl v hodnocení zdravotního stavu, vlivu močové inkontinence na život a jednotlivých domén dotazníku KHQ mezi pohlavím je významný. Statistické testování bylo provedeno za pomoci dvouvýběrového t-testu a byla stanovena hladina významnosti $\alpha = 5 \%$. Na základě této analýzy byla potvrzena existence statisticky významného rozdílu mezi pohlavím v hodnocení vlivu močové inkontinence na život, dále v doméně sociální aktivita, osobní vztahy, emoce a prožívání uvedených činností i situací u nemocných s urgentní močovou inkontinencí. Nejvyšší rozdílnost dle pohlaví je v doméně emoce, jelikož má největší hodnotu „t“ $-2,850$. U dalších sledovaných proměnných - hodnocení celkového zdravotního stavu, domény každodenní činnosti, fyzická aktivita, spánek a odpočinek nebyl prokázán statisticky významný rozdíl mezi pohlavím (Tabulka 2).

Tabulka 2: Rozdíl v hodnocení KHQ (muž x žena)

Hypotéza 1 (muž x žena)	p-hodnota	hodnota t
Hodnocení zdravotního stavu	0,747	-0,323
Vliv obtíží s močením na život	0,026	-2,276
Každodenní činnosti	0,179	-1,360
Fyzická činnost	0,160	-1,424
Sociální aktivity	0,009	-2,717
Osobní vztahy	0,006	-2,836
Emoce	0,006	-2,850
Spánek a energie	0,153	-1,447
Prožívání činností a situací	0,010	-2,661

Dále jsme statisticky ověřovali, zda mladší jedinci budou uvádět lepší hodnocení zdravotního stavu, vlivu močové inkontinence na život a jednotlivých domén dotazníku KHQ než starší jedinci. Statistické testování bylo provedeno za pomoci dvouvýběrového t-testu a byla stanovena hladina významnosti $\alpha = 5 \%$. Analýzou byl potvrzen statisticky významný rozdíl dle věku pouze v hodnocení celkového zdravotního stavu a doméně sociální vztahy. U zbývajících sledovaných proměnných - hodnocení vlivu močové inkontinence na život, dále v doméně každodenní činnosti, fyzická aktivita, sociální aktivita, emoce, spánek a odpočinek a prožívání uvedených činností i situací u nemocných s urgentní močovou inkontinencí nebyl prokázán statisticky významný rozdíl dle věku (Tabulka 3).

Tabulka 3: Vyhodnocení hypotézy 2 (mladší x starší)

Hypotéza 2 (mladší x starší)	p-hodnota
Hodnocení zdravotního stavu	0,026
Vliv obtíží s močením na život	0,891
Každodenní činnosti	0,444
Fyzická činnost	0,879
Sociální aktivity	0,806
Osobní vztahy	0,002
Emoce	0,663
Spánek a energie	0,150
Prožívání činností a situací	0,505

Močová inkontinence je sociálním a zdravotním problémem. Prevalence močové inkontinence celosvětově narůstá. Ukazuje se však, že i mezi státy jsou výsledky jednotlivých studií rozdílné. V čem se naopak studie shodují je vyšší prevalence v závislosti na vyšším věku (Abrams et al., 2017). I v našem průzkumném šetření je možné pozorovat nárůst počtu respondentů. Zatímco respondentů ve věkovém rozmezí 65–70 let bylo 10 (16,1 %), s přibývajícím věkem 70–75 let bylo již o pět více, tedy 15 (24,2 %). Tento nárůst lze pozorovat i v další skupině respondentů 76–80 let nebo ve věkové skupině 81–85 let bylo zastoupeno 14 (22,6 %) respondentů.

Mezi ženami ve věku 15–64 let se o močové inkontinenci mluví přibližně u 15–30 %, u stejně starých mužů je to asi jen 3–5 %. Ve vyšších věkových skupinách se pohlavní rozdíly minimalizují. U osob nad 80 let je postiženo až na 46 % žen a 34 % mužů (Hanuš, 2011). Taktéž z výsledků provedeného průzkumu nám vyplynulo, že se šetření zúčastnilo jen o něco více žen 34 (54,8 %), než mužů 28 (45,2 %). Jak uvádí Baszewska, et al. (2023) ženy zažijí neúmyslné a nedobrovolné vyprázdnění močového měchýře kvůli jejich anatomické struktuře a biologickým funkcím.

Močová inkontinence je spojena i s velkým nepohodlím, což často vede k omezení nebo vyloučení z profesního, společenského života a tím i ovlivnění kvality života. Dotazníkem KHQ bylo možné hodnotit, jak respondenti vnímají urgentní inkontinenci. Při zhodnocení dotazníku u celého průzkumného vzorku respondentů, bylo možné konstatovat, že nejvíce je ovlivněna doména prožívání činností nebo situací, dále následovala doména fyzická činnost, vliv močové inkontinence na život jedince, emoce, sociální aktivita, každodenní činnosti, celkový zdravotní stav, spánek a energie a nejméně osobní vztahy. Ve studii Gascón et al. (2018) u 31 respondentů v zástupu obou pohlaví byla naopak nejvíce ovlivněná doména celkový zdravotní stav a nejméně doména emocí.

V průzkumném šetření bylo dále sledováno, zda existuje statisticky významný rozdíl v hodnocení domén dotazníku KHQ mezi pohlavím. Výsledky prokázaly existenci rozdílu v pěti doménách - hodnocení vlivu močové inkontinence na život, dále v doméně sociální aktivita, osobní vztahy, emoce a prožívání uvedených činností i situací u nemocných s urgentní močovou. Největší rozdíl mezi pohlavím byl shledán v doméně emoce. Tedy ženy jsou ovlivněny nejvíce (procentuální skóre 52). Výzkum Kaur et al. (2017) taktéž prokázal, že je doména emocí ze všech domén u žen ovlivněna nejvíce. Až 51 % respondentek se cítilo kvůli močové inkontinenci sklesle nebo depresivně a 49 % respondentek se cítilo nespokojených sama se sebou. Ke stejnému závěru došel ve své studii již dříve i Borges et al. (2009), který u svých 11 respondentek shledal doménu emocí taky jako nejvíce ovlivněnou urgentní inkontinencí. Naopak Campos et al. (2014) tuto doménu shledal u 21 respondentek až jako šestou nejvíce ovlivněnou.

Také bylo porovnáváno, zda mladší jedinci budou uvádět lepší hodnocení domén dotazníku KHQ než starší jedinci. Dle statistického vyhodnocení lze konstatovat, že existuje rozdíl

pouze v hodnocení celkového zdravotního stavu a v doméně osobní vztahy u respondentů s urgentní močovou inkontinencí. V provedeném testu hodnocení celkového zdravotního stavu byla zjištěna p-hodnota 0,026, což je menší než stanovená hladina významnosti 0,05. Celkový zdravotní stav byl lépe hodnocen mladšími respondenty ve věku 65–80 let, a to s procentuálním skóre 34,5. Starší respondenti ve věku 81 a více let vnímají celkový zdravotní stav o něco hůře, bylo naměřeno procentuální skóre 48,75. Rovněž Drábková (2015) se ve své průzkumné studii zaměřené na kvalitu života seniorů s močovou inkontinencí zabývala vztahem mezi věkem a vnímáním zdravotního stavu u svých 243 respondentů. Prokázala zde statisticky významný vztah. Pro zhodnocení použila stejné rozdělení respondentů do věkových kategorií. Druhou sledovanou oblastí, kde byl prokázán statisticky významný rozdíl dle věku, je doména osobních vztahů. Doména je, podle výsledné p-hodnoty 0,002, více ovlivněna mladšími respondenty (procentuální skóre 21,24). Při podrobnější analýze jednotlivých otázek této domény je možno také konstatovat, že nejvíce inkontinence zasahuje do sexuálního života. Lee et al. (2018) ve své studii u téměř 4 tisíc starších lidí také poukázali na souvislost mezi močovou inkontinencí a horším sexuálním životem. Nejčastěji respondenti uváděli ovlivnění sexuálního života obavami ze zhoršené funkce způsobené močovou inkontinencí.

ZÁVĚR

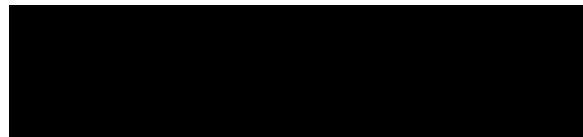
Urgentní inkontinence má hluboký vliv na každodenní život seniorů. Účelem tohoto průzkumného šetření bylo identifikovat specifické aspekty, které jsou ovlivněné urgentní inkontinencí. Urgentní inkontinence významně ovlivňuje život jedince, zejména pak u celého výzkumného vzorku v prožívání činností nebo situací. Dle pohlaví je největší rozdíl shledán v doméně emocí, kdy ženy to vnímají hůře. U seniorů vyššího věku je hůře vnímán jejich celkový zdravotní stav a u seniorů nižšího věku jsou hůře vnímány osobní vztahy. Z průzkumného šetření vyplynulo, že močová inkontinence je v dnešní době stále aktuálním tématem. Nesmíme připustit, aby mylná představa, že močová inkontinence je přirozený projev stárnutí, přispěla k zatajování problémů, oddálení diagnostiky, řešení inkontinence a tím i zhoršení kvality života seniorů.

POUŽITÉ ZDROJE

- [1] ABRAMS, P. et. al. 2017. *Incontinence*. Tokyo: ICUD, ISBN: 978-0-9569607-3-3.
- [2] BARTOŠ, A., RAISOVÁ, M. 2019. *Testy a dotazníky pro vyšetřování kognitivních funkcí, nálady a soběstačnosti*. 2., přeprac. a doplň. vydání. Praha: Mladá fronta, ISBN 978-80-204-5490-4.
- [3] BASZEWSKÁ, B., et al. 2023. Assessment by Women on Selected Aspects of Quality of Life and on Disease Acceptance after Undergoing Urogynecological Procedures for Urinary Incontinence. *Clin. Med.* roč.12, č. 15, s. 4894. [cit. 2023-09-20]. Dostupné z: <https://doi.org/10.3390/jcm12154894>.
- [4] BORGES, J., B., R. et al. 2009. Assessing quality of life of women with urinary incontinence using the Kings Health questionnaire. *Einstein São Paulo*. roč. 7, č. 3, s. 308-313. [cit. 2023-02-13]. Dostupné z: (PDF) Assessing quality of life of women with urinary incontinence using the Kings Health questionnaire (researchgate.net).
- [5] CAMPOS, C. et al. 2014. Impact of urinary incontinence on the quality of life (QoL) of women living with HTLV-1 in Salvador, Brazil. *Retrovirology*. 11(suppl): O17 [cit. 2023-02-13]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/1742-4690-11-S1-O17>.
- [6] DRÁBKOVÁ, P. 2015. Prevence močové inkontinence ve stáří. *Urologie pro praxi* [online]. roč. 16, č. 3, s. 127-129. [cit. 2022-11-26]. Dostupné z: <https://www.urologiepropraxi.cz/pdfs/uro/2015/03/10.pdf>.
- [7] DVOŘÁČKOVÁ, D. 2012. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4138-3.
- [8] GASCÓN, M. R. P. et al. 2018. The impact of urinary incontinence on the quality of life and on the sexuality of patients with HAM/TSP. *The Brazilian Journal of infectious diseases*. roč. 22, č. 4. s. 288–293. [cit. 2023-02-13]. Dostupné z: [doi:10.5455/2320-6012.ijrms20150301](https://doi.org/10.5455/2320-6012.ijrms20150301).
- [9] HANUŠ, T. 2011. *Urologie*. Praha: Triton. Lékařské repetitorium. ISBN 978-80-7387-387-5.
- [10] HANUŠ, T., KUBÍČEK, V., MACEK, P., SOBOTKA, R., HERLE, P., ed. 2020. *Diferenciální diagnostika v urologii*. Bratislava: RAABE. ISBN 978-80-8140-447-4.
- [11] HEBBAR, S., PANDEY, H., CHAWLA, A. 2015. Understanding King's Health Questionnaire (KHQ) in assessment of female urinary incontinence. *International Journal of Research in Medical Sciences*. roč. 3, č. 3. [cit. 2023-02-13]. ISSN 2320-6071. Dostupné z: [doi:10.5455/2320-6012.ijrms20150301](https://doi.org/10.5455/2320-6012.ijrms20150301).
- [12] HORČIČKA, L. 2017. *Inkontinence moči v každodenní praxi*. 2. doplň. a přeprac. vydání. Praha: Mladá fronta. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-4503-2.
- [13] HUVAR, I. 2003 Kvalita života při močové inkontinenci. *Praktická gynekologie*. roč. 1, č. 5, s. 18-22. ISSN: 1211-6645.
- [14] KAUR, G. et al. 2017. Urinary incontinence and its impact on quality of life of women. *Nursing and Midwifery Research Journal*. roč. 13, č. 3, s. 127-134. [cit. 2023-04-09]. Dostupné z: <https://doi.org/10.33698/NRF0219>.

- [15] KELLEHER, C. J., CARDOZO, L. D., KHULLAR, V., SALVATORE, S. 1997. A new questionnaire to assess the quality of life of urinary incontinent women. *Br J Obstet Gynaecol.* roč. 104, č. 12, s. 1374-9. [cit. 2022-12-6]. Dostupné z: <http://doi.org/10.1111/j.1471-0528.1997.tb11006.x>.
- [16] KŘEŠŤANOVÁ, J. 2019. Věková struktura populace se výrazně mění. *Český statistický úřad* [online]. Copyright © 2023 ČSÚ [cit. 2023-02-10].
- [17] ŘÍMOVSKÁ, Z. 2018. Inkontinence seniorů v domovech pro seniory jako sociální problém. *Ošetrovatelské perspektivy*. [online] roč. 1, č. 2, s. 47-53. [cit. 2022-12-6]. Dostupné z: <https://osp.slu.cz/pdfs/osp/2018/02/04.pdf>.
- [18] LEE, D., TETLEY, J., PENDLETON N. 201. Urinary incontinence and sexual health in a population sample of older people. *BJU International*. roč. 18, č. 122, s. 300-308. [cit. 2023-03-20]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/bju.14177>.
- [19] ZACHOVAL, R., KRHUT, J., ZÁMEČNÍK, L., HANUŠ, T., ČELKO, A. M. 2006. Dotazníky hodnotící kvalitu života u pacientů s inkontinencí moči a hyperaktivním měchýřem. *Urologie pro praxi*. [online]. roč. 2006, č. 6, s. 286-296. [cit. 2022-12-11] Dostupné z: <https://www.urologiepropraxi.cz/pdfs/uro/2006/06/08.pdf>.

PERCEPTION OF URGENT URINARY INCONTINENCE BY ELDERLY



ABSTRACT

Aging and old age are an inherent part of life. Old age is a period of life that brings with it both joys and many difficulties. The question therefore arises to what extent the quality of life of the elderly will be affected, which is based on many variables. One of them is urinary incontinence. Objective: To find out how seniors perceive urgent urinary incontinence depending on age and gender. Methodology: For the exploratory investigation, a quantitative method of data collection using a standardized KHQ questionnaire was chosen for seniors over 65 with diagnosed urge incontinence. Results: Out of a total of 62 respondents, 34 women (54.8%) and 28 men (45.2%) over 65 took part in the survey. When evaluating the questionnaire for the entire survey sample of respondents, the most affected domain was the experience of activities or situations, and on the contrary, the least affected domain was personal relationships. In a partial evaluation, the biggest difference between the sexes is found in the domain of emotions, where women perceived it worse. For older seniors, their general state of health is perceived more poorly, and for younger seniors, personal relationships are perceived more poorly. Conclusion: The exploratory investigation showed that urinary incontinence is still a topical issue nowadays. Urgent incontinence affects the lives of seniors.

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

Mgr. Hana Ochtinská, Ph.D.
Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Katedra ošetřovatelství
Průmyslová 395
532 10 Pardubice 2
e-mail: hana.ochtinska@upce.cz

Mgr. Aneta Valášková
Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Katedra ošetřovatelství
Průmyslová 395
532 10 Pardubice 2
aneta.valaskova@seznam.cz

MUDr. Marcel Janda
Urologické oddělení
Pardubická nemocnice
Nemocnice Pardubického kraje
Kyjevská 44
53203 Pardubice

KEYWORDS:

KHQ questionnaire, quality of life, senior,
urgent urinary incontinence

HODNOCENÍ BOLESTI U PACIENTŮ NAPOJENÝCH NA UMĚLOU PLICNÍ VENTILACI

ZUZANA ČERVENKOVÁ
UNIVERZITA PARDUBICE

PETR VANÍČEK
UNIVERZITA PARDUBICE
ORLICKOÚSTECKÁ NEMOCNICE

ABSTRAKT

Bolest je častým problémem pacientů na odděleních neodkladné péče. U pacientů, kteří nemohou prožitek bolesti verbálně nebo graficky sdělit, lze hodnotit mimiku tváře, polohu a pohyby pacienta a stav fyziologických funkcí. Cílem studie bylo ve vybraném zdravotnickém zařízení popsat aktuální management akutní bolesti ve vztahu k platným směrnici a pokynům ve zdravotnické dokumentaci u pacientů napojených 2. a 3. den na umělé plicní ventilaci. Byla provedena analýza zdravotnické dokumentace 60 pacientů se zaměřením na shody a neshody se směrnici a lékařskými ordinacemi se zaměřením na tyto oblasti: intervaly hodnocení intenzity bolesti; podání vhodného analgetika dle intenzity bolesti a ordinace lékaře; zaznamenání podání analgetika; přehodnocení intenzity bolesti po podání analgetika. Zjištěné neshody se vyskytovaly až do 38 % podle druhu sledované situace a sledovaného období. Výsledky práce ukázaly klady, ale i nedostatky, které je třeba odstraňovat. Studie přinesla důležitá data pro manažery oddělení neodkladné péče vybraného zdravotnického zařízení a je ukončena doporučeními autorů pro praxi.

KLÍČOVÁ SLOVA:

Management akutní bolesti, shoda se směrnici, umělá plicní ventilace

ÚVOD

Bolest je jedním z nejčastějších problémů na odděleních neodkladné péče a při léčbě kriticky nemocných pacientů bez ohledu na jejich základní onemocnění. Je také považována za jeden z největších stresorů u kriticky nemocných (Alnajar, 2021). Pokud je pacient napojen na umělou plicní ventilaci (UPV), jeho stav neumožňuje vyjádřit, co cítí, a to včetně vyjádření pocitu bolesti. Nordness et. al. (2021) uvádí, že je ročně na odděleních intenzivní péče ve Spojených státech amerických hospitalizováno okolo 5 milionů pacientů. Bohužel více než polovina těchto pacientů prožívá středně těžkou až silnou bolest v klidu a až 80 % lidí má bolesti během léčebných a ošetrovatelských procedur. V České republice je na odděleních intenzivní péče a anesteziologicko-resuscitačních odděleních (ARO) ročně hospitalizováno kolem 60 tisíc pacientů (ÚZIS ČR, 2021). Lze předpokládat že i část těchto pacientů trpí bolestí, jak dokazuje např. výzkum Červenkové (2021).

Vzhledem k subjektivitě prožitků lze těžko definovat, co je to bolest. V souvislosti s novými poznatky o vzniku a vnímání bolesti se změnila její definice a dlouhodobě se prosazují snahy o úpravy pravidel její léčby. Nová definice bolesti přijatá skupinou IASP (Internacional Association for the Study of Pain) byla uveřejněna v červenci 2020: *„Bolest je nepříjemná smyslová a emocionální zkušenost spojená se skutečným nebo potencionálním poškozením tkáně, nebo podobná té, která je se skutečným nebo potencionálním poškozením tkáně spojena.“* (Kozák, 2020). Tato definice umožňuje, aby zkušenosti s bolestí byly vícerozměrné (nejen fyzické), což pomáhá v léčbě bolesti nejen u pacientů v neodkladné péči (Nordness a kol., 2021). Pracovní skupinou IASP byla definice rozšířena přidáním šesti klíčových poznámek, abychom mohli bolesti více porozumět: 1. Bolest je vždy osobní zkušenost, která je v různé míře ovlivněna biologickými, psychologickými a sociálními faktory. 2. Bolest a nocicepce jsou dva různé pojmy. Bolest nelze odvodit pouze z aktivity senzorických neuronů. 3. Jednotlivci se prostřednictvím svých životních zkušeností učí pojmu bolest. 4. Je třeba respektovat sdělení jednotlivce o tom, že prožívá a cítí bolest. 5. Přestože bolest obvykle plní adaptivní roli, může mít nepříznivé účinky na funkční, sociální a psychickou rovnováhu. 6. Slovní popis je pouze jedním z několika projevů chování, které vyjadřuje bolest, neschopnost komunikace nevylučuje možnost, že člověk nebo zvíře pociťuje bolest (Kozák, 2020).

Metod, jak monitorovat bolest je celá řada. Všechny trpí společným, avšak zásadním nedostatkem, že žádná nezachycuje vlastní bolest objektivně. Pokud při vyšetřeních použijeme laboratorních nebo diagnostických metod, neodstraníme tento nedostatek, protože získáváme vždy pouze obraz o změnách, které provázejí procesy nocicepce a vlastních bolestí. Přesto mnoho z užívaných metod významně napomáhá k posouzení bolesti a jejího dopadu na jedince (Opavský, 2011). U pacientů při vědomí a dostatečně spolupracujících jsou k hodnocení intenzity bolesti využívány jednoduché škály. Nejznámějšími metodami jsou numerické hodnocení intenzity bolesti a vizuální analogová škála. Při využití číselné škály pacient hodnotí svoji bolest od 0 do 10, kdy 0 je žádná a 10 nejhorší bolest. Případně je využívána škála jako ve škole čili od 1 do 5, kdy 1 je žádná

bolest a 5 je nesnesitelná bolest. Při použití vizuální analogové škály pacient hodnotí intenzitu bolesti na úsečce či klínu bez čísel. Mezi krajními body úsečky (vlevo žádná, vpravo nejhorší) volí pacient místo, které co nejpřesněji odpovídá aktuálně prožívané bolesti. Čísla od 0 do 10 jsou uvedena na druhé straně měřítka a slouží k vyjádření zápisu do zdravotnické dokumentace (ZD). U dětí či pacientů se zhoršenou schopností komunikace lze využít škálu obličejů či emotikonů (Málek, Ševčík, 2014; Hakl a kol., 2019). U analgosedovaných či nedostatečně komunikujících pacientů, kteří nemohou prožitek bolesti verbálně nebo graficky sdělit jsou vhodné škály, pomocí nichž lze hodnotit mimiku tváře, polohu a pohyby pacienta a stav fyziologických funkcí. Pro dospělé pacienty se využívají např.: Behavioral Pain Scale (BPS, výraz tváře, pohyby horních končetin, UPV), FLACC (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability), Adult Non-Verbal Pain Scale (ANVPD, modifikovaná škála FLACC) či Critical Care Pain Observational Tool (CPOT). Je to škála, která má tři domény a hodnotí výraz tváře (0–2), pohybovou aktivitu (0–2), svalový tonus (0–2) a toleranci u UPV (u intubovaných) nebo vokalizaci (0–2) (Herold, 2013).

Bylo zjištěno, že téměř dvě třetiny pacientů hospitalizovaných v intenzivní péči nemají ve své ZD hodnocenou bolest. Nepřítomnost záznamu o bolesti se nerovná tomu, že pacient bolestí netrpí. Až u dvou třetin pacientů chybí vyhodnocení bolesti po podání analgetika. Až 30 % pacientů v intenzivní péči trpí bolestí v klidu a četnost pacientů s bolestí se zvyšuje při ošetrovatelských procedurách až na 50 % (Kemp, 2017; Kotfys et. al., 2017). I tyto poznatky byly východiskem pro evaluační výzkum, jehož cílem bylo ve **vybraném zdravotnickém zařízení popsat aktuální management akutní bolesti ve vztahu k platným směrnicím a pokynům ve zdravotnické dokumentaci u pacientů napojených 2. a 3. den na umělé plicní ventilaci.**

METODA

Management akutní bolesti ve smyslu shod a neshod s existujícími směrnicemi a ordinacemi ve zdravotnické dokumentaci (ZD) byl pro potřeby této práce vymezen oblastmi: intervaly hodnocení intenzity bolesti; podání vhodného analgetika dle intenzity bolesti, ordinace lékaře; zaznamenání podání analgetika; přehodnocení intenzity bolesti po podání analgetika.

Z tohoto pojetí vycházely dílčí výzkumné cíle:

1. Zjistit, zda jsou intervaly hodnocení intenzity bolesti ve shodě s platnými směrnicemi a pokyny ve zdravotnické dokumentaci pacienta.
2. Zjistit, zda jsou pacientům podávána vhodná analgetika dle ordinace lékaře, která jsou ordinována podle intenzity bolesti.
3. Zjistit, zda je podání analgetika ve zdravotnické dokumentaci pacienta zaznamenáno ve shodě s pokyny ze směrnice.
4. Zjistit, zda je intenzita bolesti pacienta po podání analgetika přehodnocována ve shodě s pokyny ze směrnice.

Vzhledem k délce sledovaného období byl ke všem čtyřem cílům stanoven doplňující výzkumný problém:

Jsou v jednotlivých směnách během 2. a 3. dne, kdy je pacient na UPV, mezi zjištěnými výsledky statisticky významné rozdíly?

Sběr dat probíhal v nemocnici, která má přes 300 lůžek. V roce 2021 bylo na ARO hospitalizováno 496 pacientů vyžadujících intenzivní péči, z toho bylo 198 pacientů napojených na UPV. Oddělení mělo 12 lůžek.

Sběru dat předcházela analýza tří směrnic platných v roce 2021, které souvisely s problematikou (bolest, podávání léčiv, zacházení s návykovými látkami) a analýza ZD. Pro účely tohoto článku nejsou nemocnice, oddělení ani posuzované směrnice z důvodu zachování anonymity blíže specifikovány.

Sběr dat probíhal ve spolupráci s odpovědnými pracovníky oddělení. Vybírána byla uzavřená ZD podle kritérií: pacient bez rozdílu pohlaví starší 18 let, pacient bez možnosti informovat o své bolesti (ústně, písemně, posunky), UPV druhý a třetí den (tj. déle než 24 hodin). Nezařazena byla ZD pacientů nesplňujících zařazovací kritéria a dále: pacienti po čerstvém úrazu, operaci, po porodu (z důvodu specifických postupů při managementu akutní bolesti pro tyto stavy), UPV první den (pacient první den po napojení není často ve stabilizovaném stavu a nejedná se o celých 24 hodin na UPV).

Vzhledem k tomu, že byla posuzována práce zdravotníků, nikoliv stav pacientů, nebyl výběr ZD veden onemocněním, věkem a ani pohlavím pacientů. Nebylo možné stanovit rozsah a složení vzorku podle zastoupení pracovníků v jednotlivých směnách, protože se pracovníci střídají ve směnách různě často během jednoho měsíce, ale také v různých kombinacích v jedné směně. Za každý měsíc roku 2021 bylo vybráno pouze 5 ZD (60 celkem), protože některé měsíce jich více než 5 nebylo. Vzhledem k tomu, že byly v každé ZD sledovány 2. a 3. den a v každém dni denní a noční směna (12 hodin), šlo u každého pacienta o 4 sledování během celého sběru dat, celkem tedy o 240 sledování v rámci celého výzkumného souboru.

Pro základní popis souboru a výsledků práce byla použita popisná statistika. Pro porovnání rozdílů mezi dvěma relativními četnostmi byl použit procentový z-test. Tento binomický test byl proveden v software Statistica pod názvem „test rozdílů četností“. Testy byly provedeny při $p = 0,05$.

VÝSLEDKY A DISKUSE

Prvním cílem bylo zjistit, zda jsou intervaly hodnocení intenzity bolesti ve shodě s platnými směrnicemi. Záznamy byly hodnoceny ve vztahu k pokynu ze směrnice: „*hodnotit bolest minimálně jednou za šest hodin s následným zápisem do ZD*“. U každého pacienta byla sledována situace celkem čtyřikrát (2. den během denní i noční

služby, 3. den během denní i noční služby). Ze všech 240 sledování bylo ve shodě se směrnicí 194 (81 %) a v neshodě 46 (19 %). Výsledky za jednotlivá sledovaná období jsou uvedeny v tabulkách 1 a 2.

Tabulka 1: Cíl č. 1, splnění pokynů ze směrnice, intervaly hodnocení intenzity bolesti, směny, dny

	Denní směny		Noční směny		2. den		3. den	
	n_i	f_i	n_i	f_i	n_i	f_i	n_i	f_i
Ano	96	0,80	98	0,82	92	0,77	102	0,85
Ne	24	0,20	22	0,18	28	0,23	18	0,15
Celkem	120	1,00	120	1,00	120	1,0	120	1,0

Ano = shoda se směrnicí; Ne = neshoda se směrnicí; n_i = absolutní četnost; f_i = relativní četnost

Mezi denními a nočními směny nebyl prokázán statisticky významný rozdíl mezi splněním pokynů ze směrnice ($p = 0,723$). Prokázán byl mezi splněním (ano) a nesplněním (ne) pokynů jak během denních služeb, tak během nočních služeb ($p < 0,001$). Mezi druhým a třetím dnem nebyl prokázán statisticky významný rozdíl mezi splněním pokynů ze směrnice ($p = 0,154$). Prokázán byl mezi splněním (ano) a nesplněním (ne) pokynů jak během druhého dne, tak během třetího dne ($p < 0,001$).

Tabulka 2: Cíl č. 1, splnění pokynů ze směrnice, intervaly hodnocení intenzity bolesti, rozdělení směn po dnech

	2.den D		2.den N		3.den D		3.den N	
	n_i	f_i	n_i	f_i	n_i	f_i	n_i	f_i
Ano	43	0,72	49	0,82	53	0,88	49	0,82
Ne	17	0,28	11	0,18	7	0,12	11	0,18
Celkem	60	1,00	60	1,00	60	1,00	60	1,00

Ano = shoda se směrnicí; Ne = neshoda se směrnicí; D = denní směna; N = noční směna; n_i = absolutní četnost; f_i = relativní četnost

Statisticky významný rozdíl byl prokázán pouze mezi denními směnami druhý a třetí den, tj. druhý den během denní služby bylo méně shod se směrnicí než den třetí ($p = 0,048$).

V rámci neodkladné péče měla být bolest rutinně monitorována u každého pacienta (Herold, 2013). Cílem managementu bolesti je zmírnit utrpení a poskytnout pacientovi takovou úlevu, aby zvládal obnovit své síly a byl schopen rehabilitace. Pro úspěch je třeba pravidelně, s přihlédnutím k hloubce sedace, bolest hodnotit (Scott a Macintyre, 2015). Např. ve Velké Británii bylo zjištěno, že téměř dvě třetiny pacientů hospitalizovaných v intenzivní péči nemá ve své dokumentaci hodnocenou bolest, což však neznamená, že pacient bolesti netrpí (Kemp, 2017). Pacienti na UPV nekomunikují, a to může být jeden z důvodů, proč se jejich bolesti nevěnuje dostatečná pozornost. V případě aktivního přístupu a využití správných nástrojů (škál) lze docílit lepšího hodnocení bolesti u pacientů napojených na UPV. Jak uvádí např. Zadák a Havel (2017), kontinuální edukace jak lékařů, tak nelékařských zdravotnických pracovníků (NLZP) je nepostradatelnou součástí každodenní práce a strategie na jednotkách intenzivní péče. Důležitost hodnocení bolesti a její následné snižování ukazuje i studie Nordness a kol. (2021). Autoři uvádí, že až dvě třetiny pacientů, kteří přežili pobyt v intenzivní péči, udávají po propuštění přetrvávající bolest, která může trvat i roky. Stav je popisován jako syndrom post intenzivní péče. Autoři dodávají, že je úkolem zdravotníků, aby k těmto stavům docházelo v co nejmenším počtu, a aby byla kvalita života pacienta po propuštění z intenzivní péče dobrá, bez psychického a fyzického strádání v souvislosti s bolestí.

Druhý cíl byl zaměřen na to, zda jsou pacientům podávána vhodná analgetika dle intenzity bolesti, která jsou určena ordinací lékaře v případě tzv. podmíněné ordinace analgetika. Cíl byl zvolen s ohledem na výsledky Červenkové (2021), která ve své studii zjistila, že byla některým pacientům v případě podmíněné ordinace analgetik podávána analgetika určená pro nižší či vyšší intenzitu bolesti, než jakou pacient udával. Plevová a kol. (2020) v přehledovém článku zaměřeném na medikační pochybení předložila seznam nejčastěji vynechávaných úkonů. Lze mezi nimi najít i situace jako např. podání nesprávného léku či podání nižších dávek léčiv.

V našem výzkumném souboru byla zjištěna 100% shoda s ordinacemi lékařů. Analgetika byla pacientům podávána dle intenzity jejich bolesti v souladu s podmíněnými ordinacemi.

Třetím cílem bylo zjistit, zda je podání analgetika v ZD pacienta zaznamenáno ve shodě s pokyny ze směrnice: *„ze ZD pacienta musí být zřejmé, kdo a kdy léčivý přípravek podal. Sestra podání léčivého přípravku označí v ZD odškrtnutím. Podání návykové látky se v ZD označí odškrtnutím, časem podání a podpisem aplikující osoby červeně“*.

Ze všech 240 sledování bylo ve shodě se směrnicí 212 (88 %) a v neshodě 28 (12 %). Výsledky za jednotlivá sledovaná období jsou uvedeny v tabulkách 3 a 4.

Tabulka 3: Cíl č. 3, splnění pokynů ze směrnice, záznam podání analgetika, směny, dny

	Denní směny		Noční směny		2. den		3. den	
	n_i	f_i	n_i	f_i	n_i	f_i	n_i	f_i
Ano	102	0,85	110	0,92	108	0,90	104	0,87
Ne	18	0,15	10	0,08	12	0,10	16	0,13
Celkem	120	1,00	120	1,00	120	1,00	120	1,00

Ano = shoda se směrnici; Ne = neshoda se směrnici; n_i = absolutní četnost; f_i = relativní četnost

Mezi denními a nočními službami nebyl prokázán statisticky významný rozdíl mezi splněním pokynů ze směrnice ($p = 0,109$). Prokázán byl mezi splněním (ano) a nesplněním (ne) pokynů jak během denních služeb, tak během nočních služeb ($p < 0,001$).

Mezi druhým a třetím dnem nebyl prokázán statisticky významný rozdíl mezi splněním pokynů ze směrnice ($p = 0,493$). Prokázán byl mezi splněním (ano) a nesplněním (ne) pokynů jak během druhého dne, tak během třetího dne ($p < 0,001$).

Tabulka 4: Cíl č. 3, splnění pokynů ze směrnice, záznam podání analgetika, rozdělení směn po dnech

	2.den D		2.den N		3.den D		3.den N	
	n_i	f_i	n_i	f_i	n_i	f_i	n_i	f_i
Ano	53	0,88	55	0,92	49	0,82	55	0,92
Ne	7	0,12	5	0,08	11	0,18	5	0,08
Celkem	60	1,00	60	1,00	60	1,00	60	1,00

Ano = shoda se směrnici; Ne = neshoda se směrnici; D = denní směna; N = noční směna; n_i = absolutní četnost; f_i = relativní četnost

Statisticky významný rozdíl nebyl prokázán v žádném ze sledovaných úseků (2. den D x 2. den N: $p = 0,488$; 2. den D x 3. den D: $p = 0,395$; 2. den N x 3. den D: $p = 0,127$). Test rozdílů hodnot nebyl prováděn mezi nočními směny, jelikož výsledky sledování za obě období jsou shodné.

Neshody se směrnicemi se týkaly nejčastěji potvrzení podání opiátů modrou barvou a absencí podpisů podávajících osob. Tyto neshody neenesou riziko poškození pacienta, lék mu byl podán, jen záznam podání není úplný nebo je chybný. Jak uvádí např. Zadák a Havel (2017), přehledná, úplná a systematická dokumentace je nezbytnou podmínkou dobře fungující jednotky intenzivní péče. Do ZD pacientů na jednotkách neodkladné péče je třeba zaznamenat nejen stav pacienta, všechny okolnosti průběhu jeho onemocnění, ale také činnosti týkající se personálu. ZD musí obsahovat přesné a úplné záznamy o všech událostech týkajících se nemocných, ale i okolnosti průběhu jejich choroby.

Cíl č. 4 byl zaměřen na to, zda je intenzita bolesti pacienta po podání analgetika přehodnocována ve shodě s pokyny ze směrnice: „*přehodnotit bolest po podání analgetika včetně záznamu do ZD po 30 minutách po podání parenterálně podaného léčiva a po 60 minutách u léků podaných perorálně*“.

Opět bylo provedeno celkem 240 sledování za všechna čtyři hodnocená období. Ve shodě se směrnicí bylo 176 (73 %) hodnocení a v neshodě 64 (27 %) sledování. Výsledky za jednotlivá sledovaná období jsou uvedeny v tabulkách 5 a 6.

Tabulka 5: Cíl č. 4, splnění pokynů ze směrnice, přehodnocení intenzity bolesti po podání analgetika, směny, dny

	Denní směny		Noční směny		2. den		3. den	
	n_i	f_i	n_i	f_i	n_i	f_i	n_i	f_i
Ano	87	0,72	89	0,74	87	0,72	99	0,83
Ne	33	0,28	31	0,26	33	0,28	21	0,17
Celkem	120	1,00	120	1,00	120	1,00	120	1,00

Ano = shoda se směrnicí; Ne = neshoda se směrnicí; n_i = absolutní četnost; f_i = relativní četnost

Mezi denními a nočními službami nebyl prokázán statisticky významný rozdíl mezi splněním pokynů ze směrnice ($p = 0,765$). Prokázán byl mezi splněním a nesplněním pokynů jak během denních služeb ($p < 0,001$), tak během nočních služeb ($p < 0,001$).

Mezi druhým a třetím dnem nebyl prokázán statisticky významný rozdíl mezi splněním pokynů ze směrnice ($p = 0,071$). Prokázán byl mezi splněním a nesplněním pokynů jak během druhého ($p < 0,001$), tak během třetího dne ($p < 0,001$).

Tabulka 6: Cíl č. 4, splnění pokynů ze směrnice, přehodnocení intenzity bolesti po podání analgetika, rozdělení směn po dnech

	2.den D		2.den N		3.den D		3.den N	
	n_i	f_i	n_i	f_i	n_i	f_i	n_i	f_i
Ano	37	0,62	40	0,67	50	0,83	49	0,82
Ne	23	0,38	20	0,33	10	0,17	11	0,18
Celkem	60	1,00	60	1,00	60	1,00	60	1,00

Ano = shoda se směrnicí; Ne = neshoda se směrnicí; D = denní směna; N = noční směna; n_i = absolutní četnost; f_i = relativní četnost

Statisticky významný rozdíl nebyl prokázán mezi denní a noční službou druhý den ($p = 0,647$). Ve zbývajících úsecích byl prokázán statisticky významný rozdíl, tj. druhý den denní služby bylo méně shod (ano) v plnění pokynů ze směrnice než třetí den denní služby ($p = 0,027$). Druhý den během noční služby bylo méně shod (ano) než třetí den během noční služby ($p = 0,035$). Rozdíl byl prokázán též mezi denní službou druhý den a noční službou třetí den ($p = 0,038$).

Z dostupných záznamů ve ZD nebylo možné zjistit, zda opravdu nedocházelo ke kontrolnímu hodnocení bolesti po podání analgetik, nebo šlo „pouze“ o chybějící záznam v dokumentaci. Kemp (2017) uvádí, že v jejich výzkumném vzorku chybělo přehodnocení bolesti po podání analgetika u dvou třetin pacientů. Již zmíněná Plevová a kol. (2020) uvedla mezi vynechanými úkony v rámci medikačních pochybení mimo jiné i nezhodnocení účinnosti podaných léčiv. Dle Lukeše (2011) je diagnostika bolesti u kriticky nemocných mnohdy obtížná. Nepochybně je to sám pacient, kdo dokáže nejlépe vystihnout charakter bolesti, kterou zažívá, zhodnotit její intenzitu a případný vývoj v čase. Právě v tomto prostém konstatování se ale ukrývá problém, kterému je třeba v prostředí neodkladné péče čelit.

Na závěr výsledků a diskuse je třeba uvést, že zdravotnické zařízení opakovaně získalo certifikaci SAK o.p.s. a směrnice jsou v daném zdravotnickém zařízení psány v souladu se standardy SAK o.p.s. Je na místě souhlasit s tvrzeními Zadáka a Havla (2017), že co nejdokonalejší ZD v intenzivní péči umožňuje provádění kontroly kvality a bezpečí péče a je též důležitým podkladem pro vědecké zpracování dat, které je základním předpokladem pokroku v této oblasti.

ZÁVĚR A DOPORUČENÍ DO PRAXE

Hlavním cílem studie bylo popsat management akutní bolesti ve vybraném zdravotnickém zařízení. Do evaluačního šetření bylo vybráno 60 ZD. Zjištěné neshody se vyskytovaly až do 38 % podle druhu sledované situace a sledovaného období.

Hodnocení intenzity bolesti bylo ve shodě se směrnici v 81 % ze všech 240 sledování. Mezi denními a nočními směnami ani mezi druhým a třetím dnem napojení pacienta na UPV nebyl shledán významný rozdíl. Ve shodě se směrnici bylo nejvíce situací 3. den během denní směny, nejvíce neshod 2. den během denní směny. Ve 100% shodě s ordinacemi lékařů bylo podávání analgetik v rámci podmíněných ordinací. Podání analgetika ve ZD pacienta bylo zaznamenáno ve shodě s pokyny ze směrnice v 88 %. Mezi denními a nočními směnami ani mezi druhým a třetím dnem napojení pacienta na UPV nebyl shledán významný rozdíl. Ve shodě se směrnici bylo nejvíce situací 2. i 3. den během noční směny, nejvíce neshod 3. den během denní směny. Intenzita bolesti po podání analgetika byla pacientům přehodnocována ve shodě s pokyny ze směrnice v 73 % všech sledovaných situací. Mezi denními a nočními směnami ani mezi druhým a třetím dnem napojení pacienta na UPV nebyl shledán významný rozdíl. Ve shodě se směrnici bylo nejvíce situací 3. den během denní směny, nejvíce neshod 2. den během denní směny.

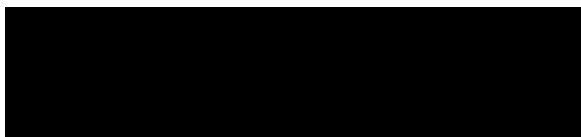
Výsledky této práce ukázaly klady, ale i nedostatky v práci NLZP, které je třeba odstraňovat. Provedená studie přinesla důležitá data pro manažery oddělení neodkladné péče vybraného zdravotnického zařízení. Je třeba věnovat pozornost NLZP pečujícím o pacienty napojené na UPV, pravidelně je vzdělávat o nejnovějších poznatcích v této oblasti. V souvislosti se zjištěnými neshodami je třeba provést analýzu jejich příčin a retrospektivní, případně prospektivní analýzu rizik vyplývajících z nalezených neshod.

Výsledky a závěr studie vypovídají pouze o jednom konkrétním zdravotnickém zařízení. Autoři se domnívají, že lze ve studii najít přesah i pro jiná zdravotnická zařízení s obdobnými problémy.

POUŽITÉ ZDROJE

- [1] ©ÚZIS ČR, 2021. Hospitalizovaní v nemocnicích ČR. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2021. ISSN 1210-8731.
- [2] ALNAJAR, M., K. 2021. Pain Assessment and Management in Intensive Care Unit: Nurses' Practices, Perceived Influencing Factors, and Educational Needs. *The open nursing journal* [online]. 21/5/2021, 15(6), 170-178 [cit. 2023-03-08], doi:10.2174/1874434602115010170.
- [3] ČERVENKOVÁ, Z. 2021. Management bolesti u hospitalizovaných pacientů v rámci kvality a bezpečí poskytované péče. Disertační práce. Univerzita Pardubice.
- [4] HAKL, M. 2019, *Léčba bolesti: současné přístupy k léčbě bolesti a bolestivých syndromů*. 3., přepracované a doplněné vydání. Praha: Mladá fronta, Aeskulap. ISBN 978-80-204-5272-6.
- [5] HEROLD, I. 2013, Hodnocení bolesti a kvality analgezie u kriticky nemocných na JIP. *Anesteziologie & intenzivní medicína* [online]. 24(6), 430-433 [cit. 2023-8-28]. Dostupné z: <https://www.aimjournal.cz/pdfs/aim/2013/06/12.pdf>.
- [6] KEMP, H., I. 2017. Pain Assessment in INTensive care (PAINT): an observational study of physician-documented pain assessment in 45 intensive care units in the United Kingdom. *Anaesthesia*. 72(6), 737-748. Dostupné z: <https://associationofanaesthetists-publications.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/anae.13786>.
- [7] KOTFIS, K., ZEGAN-BARAŃSKA, M., SZYDŁOWSKI, L. 2017. Methods of pain assessment in adult intensive care unit patients — Polish version of the CPOT (Critical Care Pain Observation Tool) and BPS (Behavioral Pain Scale). *Anaesthesiology Intensive Therapy* [online]. 10.11. 2019, 49(1), 66-72 [cit. 2022 -03-07], doi:10.5603/AIT.2017.0010.
- [8] KOZÁK, J. 2020, Bolest a její nová definice. *Medicína po promoci* [online]. 21.9. 2020, 1 [cit. 2021-8-23]. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/clanek/45892-bolest-a-jeji-nova-definice>.
- [9] MÁLEK, J., ŠEVČÍK, P. 2014. *Léčba pooperační bolesti*. 3., dopl. vyd. Praha: Mladá fronta - Medical Services. Aeskulap. ISBN 978-80-204-3522-4.
- [10] NORDNESS, M., F., HAYHURST, CH., J., PANDHARIPANDE, P. 2021. Perspectives on the Assessment and Management of Pain in the Intensive Care Unit. *Journal of Pain Research* [online]. 14. 6. 2021, 1(14), 1733—1744 [cit. 2022-03-07]. ISSN 1733-1744. Dostupné z: doi:10.2147/JPR. S256406.
- [11] OPAVSKÝ, J. 2011, *Bolest v ambulantní praxi: od diagnózy k léčbě častých bolestivých stavů*. Praha: Maxdorf. Jessenius. ISBN 978-80-7345-247-6.
- [12] PLEVOVÁ, I., a kol. 2020. Přidělovaná ošetrovatelská péče jako jeden z indikátorů výskytu medikačního pochybení. *Vnitřní lékařství*. Solen, s. r. o., 66(7), 31–38.
- [13] ZADÁK, Z., HAVEL, E. 2017. *Intenzivní medicína na principech vnitřního lékařství*. 2., doplněné a přepracované vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0282-2.

ASSESSMENT OF PAIN IN PATIENTS CONNECTED TO ARTIFICIAL PULMONARY VENTILATION



ABSTRACT

Pain is a frequent problem experienced by patients in urgent care units. Patients who cannot communicate their level of pain either verbally or in writing can be assessed through facial mimicry, position and gestures, and the state of their physiological functions. The goal of this study is to describe the current management of acute pain of patients connected to artificial respirators for two or three days in a selected healthcare facility, relative to standing guidelines and directives. The analysis of the medical documentation of 60 patients with a focus on compliance and non-compliance with the directives and doctors' orders, focuses on the following areas: intervals of evaluations, intensity of pain, the administration of the appropriate analgesic according to the intensity of the pain and the doctor's orders, the notation of the administration of the analgesic, reevaluation of the intensity of the pain after the administration of the analgesic. Non-compliance was found in up to 38 percent of the cases, depending on the type of situation or time-period monitored. The results of the study showed the benefits as well as the deficiencies which need to be corrected. The study presents important data for urgent care unit managers in the selected healthcare facility and ends with the practical recommendations of the authors.

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

Mgr. Zuzana Červenková, Ph.D.
Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Průmyslová 395
53210 Pardubice
e-mail: zuzana.cervenova@upce.cz

Mgr. Petr Vaníček
Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Průmyslová 395
53210 Pardubice

Orlickoústecká nemocnice
Československé armády 1076
56218 Ústí nad Orlicí
e-mail: petr.vanicek@nempk.cz

KEYWORDS:

Acute pain management, compliance with directives, artificial respirators

PÉČE O CHRUP A DUTINU ÚSTNÍ V TĚHOTENSTVÍ

MARIE DOČEKALOVÁ
SIMONA HÁJKOVÁ
VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ
JIHLAVA

MICHAELA VOMOČILOVÁ
PARDUBICKÁ NEMOCNICE

ABSTRAKT

Tento článek se věnuje problematice péče o dutinu ústní v průběhu těhotenství. Jak z hlediska bezpečných postupů, vhodné stravy pro zdraví zubů a dásní, tak z hlediska důležitosti pravidelných návštěv u zubaře. Péče o ústní dutinu v těhotenství není pouze o estetickém vzhledu, ale o zachování zdraví pro oba - matku i dítě. Cílem výzkumu, který se stal podkladem pro tento článek, bylo zhodnotit informovanost těhotných žen o správné ústní hygieně a sledovat praktické přístupy k péči o chrup v těhotenství. Metodologie zahrnovala dotazníkové šetření mezi ženami po porodu, hospitalizovanými na gynekologicko-porodnických odděleních ve třech nemocnicích. Výsledky ukázaly, že většina respondentek nebyla informována o správné péči o dutinu ústní v těhotenství. Ty, které informované byly, tak se tak stalo zejména ze strany zubních lékařů, přesto však nedostatečně vnímaly význam preventivních návštěv u dentální hygienistky. Většina žen praktikovala ústní hygienu s použitím zubního kartáčku a pasty, avšak nedostatečně si uvědomovaly možná rizika spojená s nesprávnou ústní péčí v těhotenství. Závěr tedy naznačuje potřebu posílení informovanosti těhotných žen o vztahu mezi orálním zdravím a těhotenstvím a zdůrazňuje důležitost spolupráce mezi zdravotnickými pracovníky a těhotnými ženami pro dosažení optimální péče o chrup v této důležité životní fázi.

KLÍČOVÁ SLOVA:

Těhotenství, ústní dutina, zubní kaz, gingivitida, prevence

ÚVOD

Během těhotenství se žena potýká s mnoha změnami ve svém těle, které mohou mít vliv na celkové zdraví, včetně zdraví ústní dutiny a chrupu. Péče o chrup a dutinu ústní v tomto období není pouze estetickou záležitostí, ale má také klíčový význam pro zachování celkového zdraví matky i dítěte. Během těhotenství dochází v organismu ženy k hormonálním, psychickým a somatickým změnám. Zvýšená hladina hormonů může způsobit citlivost dásní, krvácení při čištění zubů a zvýšené riziko vzniku zubního kazu a zubního kamene. Zároveň je důležité vzít v úvahu možné komplikace spojené s orálním zdravím, které by mohly ovlivnit celkový průběh těhotenství.

V průběhu těhotenství jsou ženy často více motivovány a jsou otevřené novým informacím, protože se dostávají do nové role, kdy jsou zodpovědné nejen za sebe, ale i za své nenarozené dítě. Je důležité, aby se budoucí maminky seznámily s informacemi o správné péči o zuby, doporučených produktech, zdravé stravě a možných problémech, které mohou v ústní dutině v průběhu těhotenství vzniknout. Často nestačí používat pouze zubní kartáček a pastu. Na trhu je k dispozici celá řada dalších pomůcek, jako například mezizubní kartáčky nebo dentální nit. O nejvhodnějším výběru a použití by měl těhotnou ženu informovat zubař nebo dentální hygienistka. Pokud budou ženě poskytnuty všechny potřebné informace, lze předejít možným komplikacím. Nicméně klíčová je také aktivní spolupráce těhotných žen, protože jenom informace samotné nemusí zajistit požadovaný výsledek.

Během těhotenství se zvyšuje citlivost zubů. Proto je důležité zahrnout do přípravy na porod i správnou péči o chrup a dutinu ústní. Klíčová jsou preventivní opatření (American College of Obstetricians, 2013). Aby těhotná žena zabránila poškození zubů, měla by dodržovat správné hygienické návyky, zdravě se stravovat a pravidelně navštěvovat zubaře i během těhotenství. Zubař provede důkladné vyšetření a případně zahájí léčbu nově vzniklých kazů. Zanedbaný stav chrupu se během těhotenství může rapidně zhoršit, a proto je důležité, aby o svůj chrup žena pečovala správně ještě před tím, než otěhotní. Během těhotenství se změní hormonální hladiny, což může vést ke změnám v ústní dutině, jako je uvolňování zubního aparátu a záněty dásní. Vazivová tkáň se uvolňuje, dásně jsou měkčí, otékají, mohou se tvořit nové kazy. Záněty dásní a gingivitidy se často vyskytují od druhého měsíce těhotenství a nejhorší průběh můžeme pozorovat kolem osmého měsíce, zejména u žen, které již před otěhotněním trpěly na záněty dásní, také ženy diabetičky bývají postiženy závažnější formou parodontitidy. Zvýšená tvorba slin může mít na zuby také negativní vliv, protože hustší sliny mohou způsobovat tvorbu zubního plaku. Může to být zapříčiněno změnou pH v ústech žen trpících nevolnostmi, zvracením nebo pálením žáhy (Křižíková, 2016; Straka, 2016).

Důsledkem nesprávné dentální hygieny může dojít k rozvoji zubního mikrobiálního povlaku, vzniku zubního kazu, gingivitidy, či zubním erozím. Zubní povlak a v něm žijící bakterie jsou hlavní příčinou vzniku zubního kazu a parodontitidy. Pro parodontitidu je charakteristický zánět a krvácení gingivy, obnažení povrchu kořene zubu, zápach z úst,

tvorba parodontálních chobotů, ztráta zubů (Šedý, 2016). Gingivitida je označována jako zánětlivé onemocnění dásně, které je relativně časté a má významný dopad na zdraví dásní. Je charakterizována změnami v barvě a objemu dásní (Mazánek, 2015). Během těhotenství, kdy dochází k výkyvům hormonálních hladin, se dásně stávají na zubní plak citlivějšími. Ženy, které již před těhotenstvím trpěly zánětem dásní, tak postihuje chronická hyperplastická gingivitida. První příznaky se objevují v průběhu druhého měsíce těhotenství a dosahují svého vrcholu v osmém měsíci. Dásně jsou oteklé a při dotyku krváčí (Mazánek, Nedvědová a Staňková, 2017).

Erozi definujeme jako poškození zubní tkáně způsobené chemickými účinky, mimo působení bakterií, a projevuje se většími plochými defekty na povrchu zubních tkání, často v oblasti přechodu mezi sklovinou a zubním kořenem. Hlavní příčinou eroze jsou kyseliny obsažené v potravinách, nejčastěji bývají postiženy přední zuby a v menší míře také skusové plošky dolních stálých molárů. K erozi může docházet také vlivem žaludečních kyselin, které se zpětným prouděním žaludečního obsahu dostávají do úst. Těhotné ženy, které trpí nevolnostmi a zvracením, jsou tak vystaveny zvýšenému riziku vzniku eroze (Wiley, 2014).

Podle většiny zubařů a dentálních hygienistů není těhotenství přímou příčinou špatného stavu zubů u některých těhotných žen. Neexistuje důkaz, že by plod odebíral matkám vápník z jejich zubů nebo že by se v těhotenství zuby více kazily. Hlavní příčinou je spíše nedostatečná péče o zuby, zejména nedostatečné čištění, což vede k usazování zubního plaku na povrchu zubů a v mezizubních prostorech. Plak pak poškozuje sklovinu a způsobuje zánět dásní. Mnoho těhotných žen rovněž zanedbává ústní hygienu kvůli zvýšené únavě, kterou během těhotenství pociťují, a také proto, že jim čištění zubů kartáčkem způsobuje nevolnost. Role těhotenských hormonů estrogeneru a progesteronu je také diskutována, protože tyto hormony mohou zvýšit propustnost plaku do dásní. Nejběžnějším problémem v těhotenství je gingivitida, zánět dásní, který se projevuje zejména krvácením z dásní při jídle a čištění. Gingivitidu a parodontitidu řadíme mezi infekční onemocnění s významným vlivem vzniku zánětlivé reakce. Parodontitida je spojována s tvorbou parodontálních kapes, které jsou zásobníkem parodontopatogenních anaerobních bakterií. V pokročilém stádiu tohoto onemocnění patogeny prostupují okolními tkáněmi, a tím může docházet k bakterémii a k šíření hematogenní cestou. I lokální zánětlivé reakce v dutině ústní mohou zapříčinit infekci plodu či plodových obalů. Tyto infekce tak následně mohou vyvolat předčasný porod dětí s nízkou porodní hmotností (Straka, 2016).

Během těhotenství by tedy měla každá žena pravidelně navštěvovat svého zubního lékaře a dentální hygienistku. Doporučuje se, aby těhotné ženy navštívily svého zubního lékaře dvakrát během těhotenství. Tyto dvě návštěvy jsou hrazeny zdravotní pojišťovnou (Vyhláška č. 70/2012 Sb. O preventivních prohlídkách, Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky). V případě potíží, jako je bolest zubu, bude žena ošetřena i mimo plánovanou frekvenci. Rovněž je doporučováno, aby v každém trimestru navštívila těhotná také dentální hygienistku. Dentální hygienistka poskytne těhotné ženě informace o správné péči o zuby, doporučí konzumaci ovoce, zeleniny a celozrnných výrobků.

Upozorní také na to, že chronický zánět dásní může zvýšit riziko předčasného porodu nebo nízké porodní váhy dítěte (Dřížhal a kol., 2015).

Během prvního trimestru těhotenství je vhodné, aby proběhla preventivní kontrola u zubního lékaře a návštěva dentální hygienistky. Dentální hygienistka posoudí stav chrupu a dásní a vysvětlí těhotné ženě, jak vzniká zánět dásní, zubní kaz a jak se tyto problémy léčí. Také doporučí vhodný typ zubního kartáčku a mezizubní pomůcky a vysvětlí správnou techniku čištění. V této rané fázi těhotenství je doporučováno provádět pouze akutní zákroky. V druhém trimestru těhotenství již lze u zubního lékaře provádět rutinní zákroky, jako je například léčba zubních kazů. Dentální hygienistka se soustředí na kontrolu stavu dásní, zubů a sliznice ústní dutiny. Provádí odstranění zubního kamene, pigmentace a umožní těhotné ženě nácvik správného používání pomůcek pro dentální hygienu. Ve třetím trimestru těhotenství je doporučována opět návštěva u dentální hygienistky, která ženě poskytne informace týkající se dítěte, například o preventivních prohlídkách, péči o chrup dítěte a vhodné stravě. Podobně jako v prvním trimestru se i zde řeší pouze akutní problémy (Wiley, 2014).

Výživa během těhotenství se mírně liší od stravy netěhotných žen a má také vliv na zdraví zubů. Potraviny bohaté na sacharidy, jako jsou sladkosti a slazené ovocné šťávy, potraviny, které zůstávají na zubech déle, mohou přispívat k tvorbě zubního kazu. Je ideální rozdělit stravu do několika menších jídel, která obsahují co nejméně rychle stravitelných cukrů. Během těhotenství je vhodné preferovat polysacharidy s rovnoměrným uvolňováním energie. Dále je doporučován příjem esenciálních mastných kyselin, jako jsou omega-3 a omega-6. Každá těhotná žena by si měla zajistit dostatečný přísun kvalitních bílkovin a nezapomínat na dostatečný příjem tekutin, zejména neslazených, což může zároveň pomoci předcházet zácpě (Mazánek, 2015).

MATERIÁL A METODY

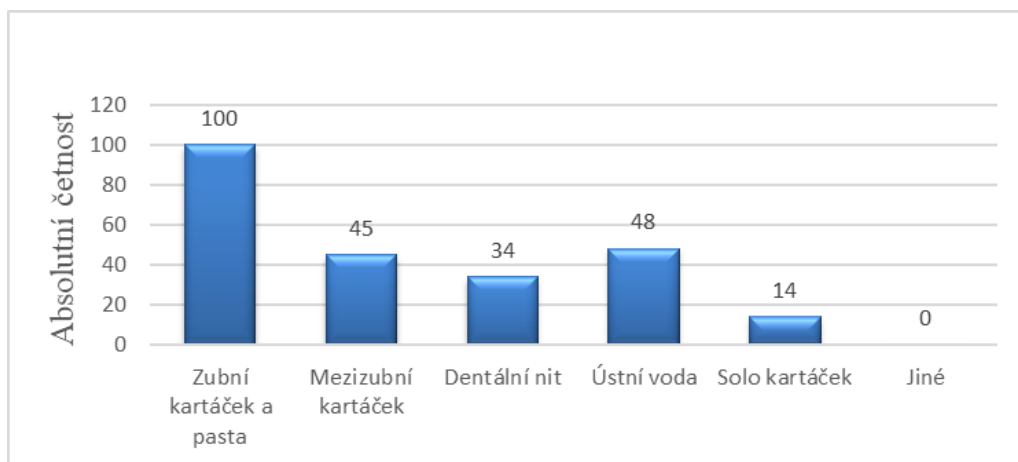
Podkladem pro tento článek byl výzkum zaměřený právě na problematiku péče o dutinu ústní v těhotenství. Cílem výzkumu bylo zjistit, odkud ženy získaly důležité informace týkající se péče o dutinu ústní v těhotenství, jakým způsobem o dutinu ústní v těhotenství pečovaly a zda u nich nastaly v této oblasti nějaké komplikace. Polostrukturovaný anonymní dotazník, který obsahoval 16 položek, byl rozdán ženám v raném šestinedělí na gynekologicko – porodnickém oddělení v nemocnici v Pardubicích, Chrudimi a v Jihlavě. Ženám bylo rozdáno celkem 104 dotazníků, řádně vyplněných bylo 100 dotazníků. 54 % dotazovaných žen tvořily prvorodičky, 46 % respondentek rodilo již více než jednou.

VÝSLEDKY VÝZKUMU

Prvním cílem výzkumu bylo zjistit, odkud dotazované ženy získávaly informace o péči o dutinu ústní. Z výsledků studie vyplývá, že většina žen o péči o dutinu ústní v těhotenství nebyla informována; to potvrdilo 66 (66 %) respondentek. Zbývajících 34 (34 %) respondentek uvedlo, že informace o této problematice dostaly, přičemž většinou je získaly od svého zubního lékaře, některé od svého gynekologa a jedna žena zmínila, že dostala informace v dentálním centru.

Výzkum také ukázal, jakým způsobem těhotné ženy o dutinu ústní pečovaly. Všech 100 žen označilo jako pomůcku pro péči o dutinu ústní kartáček a zubní pastu. Ústní vodu uvedlo 48 (48 %) žen jako pomůcku v péči o dutinu ústní a 45 (45 %) žen uvedlo navíc ještě i mezizubní kartáček. 34 (34 %) žen uvedlo, že používaly také dentální nit a pouze 14 (14 %) žen uvedlo, že používaly pomůcku typu solo kartáček (viz Graf 1).

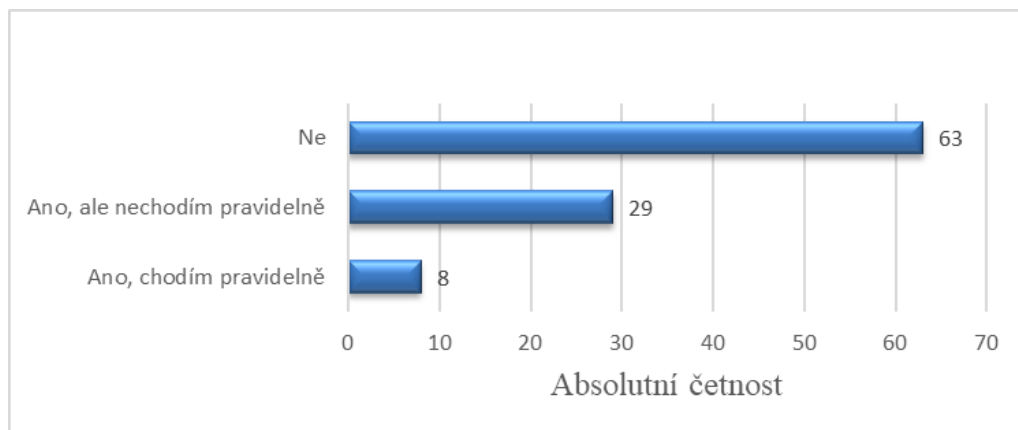
Graf 1: Pomůcky k ústní hygieně



Většina žen uvedla, že v době těhotenství si čistily své zuby dvakrát denně, tuto možnost odpovědi zvolilo 81 (81 %) žen. Odpověď jednou denně označilo 8 (8 %) žen, 7 (7 %) žen vybralo možnost odpovědi „jiné” a pouze 4 (4 %) ženy uvedly, že si čistily zuby po každém jídle.

Výzkumným šetřením bylo také dále zjišťováno, zda ženy v průběhu těhotenství absolvovaly preventivní prohlídku u svého zubního lékaře. Výsledek výzkumu ukázal, že většina žen absolvovala jednu preventivní prohlídku v průběhu těhotenství, tuto možnost odpovědi vyplnilo 62 (62 %) žen. 28 (28 %) žen absolvovalo dvě prohlídky a zbylých 10 (10 %) žen neabsolvovalo žádnou prohlídku. Služby dentální hygieny nikdy nevyužilo 63 (63 %) respondentek, pouze 8 (8 %) dotazovaných dochází na kontroly na dentální hygienu pravidelně (viz Graf 2).

Graf 2: Návštěva dentální hygieny



V rámci našeho výzkumu 87 (87 %) dotazovaných žen uvedlo, že nezanedbávaly ústní hygienu z důvodu nevolností, která byla způsobená podrážděním zubním kartáčkem. Pouze 13 (13 %) žen odpovědělo, že ano. Z uvedených dat tedy vyplývá, že všechny dotazované ženy používaly k péči o dutinu ústní v těhotenství zubní kartáček a pastu a skoro polovina používala jako další pomůcku ústní vodu a mezizubní kartáček. Velká část respondentek pečovala o svůj chrup dvakrát denně a více než polovina absolvovala jednu preventivní zubní prohlídku v době těhotenství. Také velká část respondentek nezanedbávala ústní hygienu.

Dotazníkovým šetřením byly také zjišťovány komplikace v oblasti dutiny ústní vzniklé v souvislosti s těhotenstvím. Pouze mírné krvácení z dásní uvedlo 56 (56 %) respondentek, 13 (13 %) dotazovaných žen uvedlo výrazné krvácení z dásní, ostatní respondentky uvedly, že krvácení z dásní vůbec nezaznamenaly.

Respondentky se dále v dotazníku vyjadřovaly k tomu, zda jim v období těhotenství vznikl nový zubní kaz. Nejčastější odpovědí, kterou uvedlo 61 (61 %) žen, bylo „ne“, což představuje více než polovinu respondentek. Druhá nejčastější odpověď byla "nevím", kterou zvolilo 23 (23 %) žen. Pouze 10 (10 %) žen uvedlo, že jim vznikl během těhotenství 1 kaz, a jen 6 (6 %) ženám vznikl v průběhu těhotenství více než jeden kaz. Z výše uvedených údajů vyplývá, že většina dotazovaných žen trpěla pouze mírným krvácením z dásní během těhotenství a více než polovině respondentek nevznikl v tomto období žádný nový zubní kaz.

DISKUZE

Dotazované ženy uvedly, že informace o problematice péče o dutinu ústní v těhotenství získaly od svého zubního lékaře, některé od svého gynekologa a jedna žena zmínila, že byla informována v dentálním centru. Informace, které obdržely, se týkaly zejména většího rizika zánětů dásní, zvýšeného rizika zubního kazu, častějšího krvácení z dásní a jedna žena byla informována o parodontóze. Podobně i podle výzkumu Al Agili a Khalafa (2023) bylo zjištěno, že většina těhotných žen nebyla o této problematice v těhotenství informována. V tomto výzkumu se ukázalo, že 79 % respondentek nebylo svým zubařem informováno o důležitosti návštěvy kontroly chrupu v průběhu těhotenství. Výzkum Al Agili a Khalafa (2023) také poukazuje na to, že 86,9 % respondentek nebylo ani svým gynekologem v prenatální poradně informováno o důležitosti návštěvy zubaře během těhotenství. Pro těhotné ženy je však klíčové, aby byly ohledně péče o dutinu ústní dostatečně informované, vzhledem k tomu, že během těhotenství je ústní dutina zvláště náchylná k různým onemocněním.

V průběhu těhotenství absolvovala větší část dotazovaných žen (62 %) jednu preventivní prohlídku dutiny ústní. Podle výzkumu Azofeify (2014) 61,4 % těhotných žen absolvovalo návštěvu u zubaře z preventivních důvodů, z nichž 66,9 % žen mělo stav ústní dutiny v dobré kondici.

V oblasti dutiny ústní vznikají v souvislosti s těhotenstvím různé komplikace. Může se jednat o mírné krvácení z dásní, které v našem výzkumu uvedlo 56 % respondentek, dále se může objevit výrazné krvácení z dásní, se kterým se setkala 13 % dotazovaných žen, ostatní respondentky uvedly, že krvácení z dásní vůbec nezaznamenaly. Pro porovnání, před otěhotněním mělo s krvácením z dásní problémy 39 (39 %) respondentek, ostatní ženy krvácení z dásní nepozorovaly. Podle výzkumu National Health and Nutrition Examination Survey (Azofeia, 2014), který byl proveden mezi americkými ženami, vyšlo najevo, že 38 % těhotných žen ve věkové kategorii 35–44 let se potýkalo s nějakým onemocněním dutiny ústní.

ZÁVĚR

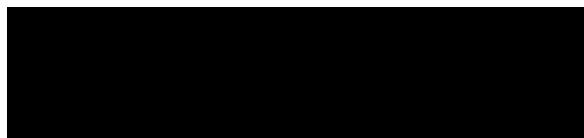
Výsledky výzkumu naznačují, že většina žen nebyla dostatečně informována o správné ústní hygieně zubním lékařem, a to jak během těhotenství, tak i před ním. V případě, že těhotná žena byla o péči poučena, jednalo se nejčastěji o informace týkající se správné techniky čištění zubů, mezizubních prostor a použití vhodných pomůcek. Většina dotazovaných žen pravidelně používala zubní kartáček a pastu, některé z nich doplnily péči o další pomůcky jako ústní vodu či mezizubní kartáčky. Z komplikací v dutině ústní bylo zaznamenáno nejčastěji mírné krvácení z dásní, které ženy přičítaly především hormonálním změnám. Významná část dotazovaných nikdy nenavštívila dentální hygienu ani neabsolvovala během těhotenství druhou preventivní prohlídku u zubního lékaře. To může ukazovat na určité podcenění doporučení od zubního lékaře, což by mohlo mít negativní dopad na orální zdraví v těhotenství.

Z výzkumu také vyplynula nedostatečná informovanost o vztahu mezi nesprávnou dentální hygienou a průběhem těhotenství, ačkoli tato problematika má zásadní vliv na vývoj plodu. Je zjevné, že správná péče o dutinu ústní má významný vliv nejen na zdraví matky, ale také na vývoj plodu a celkový průběh těhotenství. Informace o správné ústní hygieně a preventivních opatřeních jsou pro těhotné ženy klíčové z důvodu minimalizace rizik vzniku problémů v dutině ústní a s tím souvisejících komplikací. Důležitost pravidelných návštěv u zubního lékaře a dentální hygienistky v průběhu těhotenství nelze podceňovat, stejně jako dodržování zásad správné dentální hygieny doma. Je nezbytné, aby ženy byly informovány o možných následcích nesprávné péče o chrup v těhotenství a o vztahu mezi orálním zdravím a celkovým zdravím matky a dítěte. Spolupráce mezi těhotnými ženami a zdravotnickými pracovníky, včetně zubních lékařů a dentálních hygienistek, je klíčová pro prevenci a léčbu orálních problémů v těhotenství. Pouze prostřednictvím komplexní péče a informovanosti můžeme dosáhnout vhodné péče o dutinu ústní s významem jak pro matku, tak i pro dítě.

POUŽITÉ ZDROJE

- [1] AL AGILI, D. E., KHALAF, Z. I. 2023. *The role of oral and prenatal healthcare providers in the promotion of oral health for pregnant women. BMC Pregnancy Childbirth* 23, 313. [online]. [cit. 2024-03-14] Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s12884-023-05654-x>
- [2] AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS WOMEN'S HEALTH CARE PHYSICIANS a COMMITTEE ON HEALTH CARE FOR UNDERSERVED WOMEN. 2013. *Committee Opinion No. 569: Oral Health Care During Pregnancy and Through the Lifespan*. *Obstetrics & Gynecology*. 122 (2), 417-422. ISSN 0029-7844
- [3] AZOFEIFA, A., YEUNG, L. F., ALVERSON, C. J., BELTRÁN-AGUILAR, E. 2014. *Oral health conditions and dental visits among pregnant and nonpregnant women of childbearing age in the United States*, National Health and Nutrition Examination Survey, 1999-2004. *Preventing chronic disease*, 11, E163. [online]. [cit. 2024-04-10] Dostupné z: <https://doi.org/10.5888/pcd11.140212>
- [4] DŘÍŽHAL, I., ÚLEHLOVÁ, J., KOVAĽOVÁ, E. et al. 2015. *Žena, těhotenství a dutina ústní*. *Stomatológ*. ISSN 1335-0005
- [5] KŘÍŽÍKOVÁ, P. 2016. *Péče o chrup v těhotenství*. Florence, 2016, 12 (12), 20-21. ISSN 1801-464X
- [6] MAZÁNEK, J. 2015. *Stomatologie pro dentální hygienistky a zubní instrumentářky*. Praha: Grada Publishing, 287 s. ISBN 978-80-247-4865-8
- [7] MAZÁNEK, J., NEDVĚDOVÁ, M., STAŇKOVÁ, H. 2017. *Stomatologie*. Praha: Galén, Lékařské repetitorium. 136 s. ISBN 978-80-7492-315-9
- [8] STRAKA, M. 2016. *Etiopatogeneze parodontitid a jejich vztah k systémovým onemocněním*. Přeložil David MONDOK. Praha: StomaTeam. ISBN 978-80-904377-3-9
- [9] ŠEDÝ, J. *Kompendium stomatologie*. Praha: Stanislav Juhaňák - Triton 2 svazky (xxxiii, 1196; xxvii, 1195 stran). ISBN 978-80-7387-543-5
- [10] Vyhláška č. 70 ze dne 29. února 2012 o preventivních prohlídkách. 2012. *Sbírka zákonů České republiky*. [online]. [cit. 2024-03-14] Dostupné také z: http://aplikace.mvcr.cz/sbirkazakonu/SearchResult.aspx?q=70/2012&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy. 848 s. ISSN 1211- 1244
- [11] WILEY, J. 2014. *Dental Care in Pregnancy. Journal of Midwife and Women's Health*. 59 (1), 109-110. ISSN 15269523. [online]. [cit. 2024-03-24] Dostupné také z: <http://doi.wiley.com/10.1111/jmwh.12108>

THE CARE OF ORAL CAVITY DURING PREGNANCY



ABSTRACT

This article is devoted to the issue of oral cavity care during pregnancy. Both in terms of safe procedures, a suitable diet for the health of teeth and gums, and in terms of the importance of regular visits to the dentist. Taking care of the oral cavity during pregnancy is not only about aesthetic appearance, but about maintaining health for both - mother and child. The goal of the research, which became the basis for this article, was to evaluate the awareness of pregnant women about proper oral hygiene and to monitor practical approaches to dental care during pregnancy. The methodology included a questionnaire survey among postpartum women hospitalized in gynecology-obstetrics departments in three hospitals. The results showed that the majority of respondents were not informed about proper care of the oral cavity during pregnancy. Those who were informed were mainly dentists, but they still did not sufficiently perceive the importance of preventive visits to a dental hygienist. Most women practiced oral hygiene using a toothbrush and paste, but were insufficiently aware of the possible risks associated with improper oral care during pregnancy. The conclusion thus suggests the need to increase awareness among pregnant women about the relationship between oral health and pregnancy and emphasizes the importance of collaboration between health professionals and pregnant women to achieve optimal dental care in this important life stage.

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

Mgr. Marie Dočekalová
Vysoká škola polytechnická Jihlava
Katedra zdravotnických studií
Tolstého 16
58601 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

Bc. Michaela Vomočilová
Pardubická nemocnice
Novorozenecké oddělení
Kyjevská 44
530 03 Pardubice IV
e-mail: vomocilova.michaela@seznam.cz

KEY WORDS:

Pregnancy, oral cavity, dental caries, gingivitis, prevention

OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTA SE SPÁNKOVOU APNOÍ

LADA RAZIMOVÁ
VERONIKA KUSÍNOVÁ
ANNA CHVÁTALOVÁ
VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ
JIHLAVA

ABSTRAKT

Práce se zaměřuje na ošetrovatelskou péči u pacientů se spánkovou apnoí, kteří jsou v péči spánkové laboratoře. Syndrom spánkové apnoe patří mezi nejčastější poruchy dýchání ve spánku a je vnímán jako závažný celospolečenský problém. Výskyt spánkové apnoe v posledních letech stále roste a u řady pacientů zůstává uvedené onemocnění stále nediagnostikováno. Současný stav problematiky je zaměřen na fyziologii dýchání, spánek, historii a současnost syndromu spánkové apnoe a poruchy spánku. Věnuje se především diagnostice syndromu spánkové apnoe, léčbě poruch dýchání přetlakovou ventilací, edukaci pacienta s onemocněním spánkové apnoe, úkolem sestry v péči o uvedenou skupinu pacientů a použitím přístroje CPAP. Výzkumná část je věnována analýze a vyhodnocení dat získaných z výzkumného šetření, které bylo zaměřeno na pacienty se spánkovou apnoí. Cílem práce je zjistit, jak pacienti zvládají ovládání a péči o příruční ventilátora jak dodržují spánkovou hygienu a tělesnou hmotnost. Kvalitativní výzkumné šetření bylo realizováno prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů s 10 informanty, u kterých byla diagnostikována spánková apnoe a kteří jsou v péči spánkové laboratoře. Výsledky prezentují zkušenosti informantů s péčí o přístroj/ventilátor, s edukací týkající se manipulace s přístrojem, s prováděním spánkové hygieny a s dodržováním tělesné hmotnosti. V závěru práce jsou shrnuty hlavní výsledky práce a doporučení pro praxi.

KLÍČOVÁ SLOVA:

Ošetrovatelská péče, spánek, spánková apnoe, spánková hygiena, redukce hmotnosti

ÚVOD

Spánek je nedílnou součástí lidského života a jeho nedostatek negativně ovlivňuje centrální nervovou soustavu, chování i fyzický stav. Fyziologický spánek je nezbytný pro regenerační pochody celého organismu, k obnově fyzických i psychických sil, k odplavení škodlivých a nepotřebných látek z těla. Je prevencí řady onemocnění, snižuje například riziko hypertenze, deprese a obezity. Podporuje paměť, obranyschopnost, hormonální a metabolické pochody. (Mourek, 2012)

Poruchám spánku by měla být věnována dostatečná pozornost, neboť ovlivňují kvalitu spánku, následně kvalitu života pacientů a jsou příčinou mnoha nemocí. Mezi nejčastější poruchy spánku a bdění se řadí poruchy dýchání ve spánku. Patofyziologickými mechanismy mají vliv na průběh kardiovaskulárních, metabolických a jiných onemocnění a zkracují výhled dožití. Včasná léčba poruch dýchání ve spánku snižuje nebo potlačuje nepříznivé důsledky onemocnění a tím má pozitivní vliv na socioekonomické dopady na společnost. (Pretl et al., 2013; Seidl 2015)

Nejčastější poruchou dýchání ve spánku je syndrom spánkové apnoe, který je v současné době závažným celospolečenským problémem. Incidence onemocnění v populaci je vysoká a výskyt se v posledních letech neustále zvyšuje. I přes současný rozvoj spánkové medicíny zůstává onemocnění u značné části pacientů nediagnostikováno. (Slouka et al., 2016; Kamasová et al., 2017)

Diagnostika spánkové apnoe je velmi problematická, protože důsledkem uvedeného onemocnění jsou dýchací potíže v průběhu spánku. Lidé trpící syndromem spánkové apnoe, o své nemoci často ani neví, nepociťují žádné potíže s dýcháním, a to ani po probuzení. Důležité je tedy, aby lidé měli o uvedeném onemocnění a jeho závažnosti povědomí. Znalost příznaků jim může zachránit i život. I přes závažnost uvedeného onemocnění, se problematice spánkové apnoe dostává více pozornosti až od 19. století, kdy byly popsány případy lidí trpících poruchami dýchání ve spánku. (Hobzová, 2016)

SPÁNKOVÁ APNOE

Syndrom spánkové apnoe je periodická zástava dýchání, která je doprovázena chrápáním v průběhu spánku. V důsledku zástavy dýchání se snižuje saturace a zvýší hladina oxidu uhličitého v krvi. Pacienti trpící spánkovou apnoí se cítí zvýšeně únavení během dne a může se u nich objevit i mikrosnánek či sexuální dysfunkce. Se syndromem spánkové apnoe je možné se setkat v každém věku, častěji u mužů a u obézních lidí. Rozlišují se tři typy spánkové apnoe, a to obstrukční s poruchou proudění vzduchu v oronazálním prostoru se zachováním funkce bránice, centrální typ s brániční poruchou a smíšený typ se střídáním obstrukčního typu s centrálním. Obstrukční spánková apnoe se projevuje zástavou dýchání během spánku. Důvodem je obstrukce v horních cestách dýchacích. Během spánku ochabuje svalstvo měkkého patra, dochází tak k jeho zúžení či uzávěru a často dochází ke snížení saturace. Tento stav se v průběhu spánku opakuje,

pacient se cítí unavený a dochází ke snížení výkonnosti během dne. Obstrukční spánková apnoe negativně ovlivňuje kardiovaskulární systém, nejčastěji se objevuje společně s hypertenzí nebo s arytmií. Během spánku se vyskytuje chrápání, jehož příčinou je částečná obstrukce hltanu. U obstrukční spánkové apnoe je obstrukce úplná. (Slouka, 2016)

Příčinou spánkové apnoe je špatné dýchání a nedostatečná průchodnost horních cest dýchacích. Rizikovým místem, kde dochází k zúžení horních cest dýchacích, je hltan. Na vzniku spánkové apnoe se podílejí strukturální změny, fyzikální vlastnosti a řídicí funkce horních dýchacích cest. Výpočetní tomografie a magnetická rezonance zjišťují vnitřní rozměry hltanu, které jsou menší u pacientů trpících spánkovou apnoí, a to i v průběhu bdění. Ke zmenšení průsvitu horních cest dýchacích může docházet i v důsledku změn splachnokranií, které jsou u mužů a žen odlišné. Jen u části dospělých pacientů trpících obstrukční spánkovou apnoí je možné vyšetřit měkké tkáně. Pomocí zobrazovacích metod se nejčastěji zjistí edém v oblasti dýchacích cest, obezita a změny stavby hltanového svalstva. Edém se podílí na vzniku obstrukce horních dýchacích cest. V případě obezity se tuk ukládá v oblasti krku, což může být příčinou zmenšení průsvitu hltanu. Během spánku fyziologicky klesá svalový tonus, hltan je ale průchodný a odpory při dýchání jej nezmenší. Na konci výdechu je průsvit hltanu nejnižší a může zde docházet ke kolapsu. Během spánku v REM fázi je aktivita respiračního centra snižena a vzniká mírná hypoventilace i u zdravých osob. U nemocných s obstrukční spánkovou apnoí je snižena odpověď na negativní tlak v dýchacích cestách. Největší pokles se objevuje při přechodu z bdělosti do spánku a v REM fázi spánku, kdy je zvýšené riziko apnoí. (Nevšímalová et al., 2020)

Centrální spánková apnoe se často vyskytuje u starších lidí. Je možné se s ní setkat i u pacientů po infarktu a u kardiaků. U nemocných s centrální spánkovou apnoí nebývá přítomna obezita. Trpí insomnií a zvýšenou denní spavostí. Horní dýchací cesty nejsou zúženy. Problémy vznikají v důsledku primárních a sekundárních poškození mozku spojených s prohlubující se citlivostí na oxid uhličitý, což vede ke snížení dýchacího úsilí. U pacientů s centrální spánkovou apnoí nejsou patrné dechové pohyby hrudníku a břicha. U smíšené apnoe jsou zpočátku patrné příznaky centrální spánkové apnoe, ale v průběhu spánku se objeví respirační úsilí hrudníku a břicha. Apnoický záchvat je ukončen jako obstrukční spánková apnoe. Smíšená i obstrukční spánková apnoe tvoří 10 % všech pacientů s diagnózou syndrom spánkové apnoe. Centrální spánkovou apnoí lze diagnostikovat společně s obstrukční spánkovou apnoí. (Slouka et al., 2018)

DIAGNOSTIKA SYNDROMU SPÁNKOVÉ APNOE

K diagnostice syndromu spánkové apnoe je využívána Epworthská škála spavosti se zaznamenáním fyziologických funkcí pacienta. Součástí je celonoční vyšetření srdečních a plicních parametrů, pohybů těla, hrudníku, břicha a ronchopatie. Dále se zejména u nezávažných případů využívá celonoční polysomnografie, kde jsou patrné spánkové fragmentace, probuzení a délka hlubokého stádia spánku. Mezi základní vyšetření se řadí i spirometrie a pulzní oxymetrie. (Kolek et al., 2017)

Důležitým diagnostickým parametrem jsou pocity pacienta zohledňující především nadměrnou denní spavost. Důležitým ukazatelem polysomnografie je apnoe-hypopnoe index udávající počet apnoe a hypopnoe za hodinu. Dále otorhinolaryngologické vyšetření zaměřující se na volnost dýchacích cest. Cílem všech vyšetření je určení diagnózy chrápání nebo obstrukční spánkové apnoe. (Hobzová, 2016)

Na průběh a léčbu obstrukční spánkové apnoe má vliv obezita především horního typu. Její redukce hraje v léčbě důležitou roli. Pacienti s dobře nastavenou léčbou mají lepší podmínky pro redukci váhy. (Kunešová, 2016)

LÉČBA PORUCH DÝCHÁNÍ PŘETLAKOVOU VENTILACÍ

Přetlaková léčba udržuje průchodnost horních cest dýchacích tlakem proudícího vzduchu a zamezí tak kolapsu a vzniku apnoí. Aplikace výše přetlaku je individuální. Při léčbě se dle výsledků kontrol dávky nastavují. (Slouka et al., 2015)

Léčba přetlakem v dýchacích cestách v průběhu spánku u nemocného eliminuje symptomy, rozvoj dalších onemocnění a zlepšuje jeho kvalitu života. Obsahuje pět skupin léčby, a to CPAP, což je trvalý přetlak v dýchacích cestách. Další skupinou je BPAP, tedy dvojúrovňový přetlak. Třetí skupinou je autotitrační přetlak v dýchacích cestách. Čtvrtou skupinou léčby je BPAP s objemovou podporou a poslední skupinu léčby tvoří adaptativní servoventilace. U léčby střední a těžké obstrukční spánkové apnoe se užívá CPAP. Léčbou střední a těžké obstrukční spánkové apnoe s významným množstvím apnoí v REM fázi spánku je APAP/ABPAP. (Kolek, 2019) Za doplňující léčebnou metodu u spánkových apnoí je považována oxygenoterapie. Indikuje se u nemocných s plicními i mimoplicními chorobami. (Bartůněk et al., 2016)

Léčba přetlakem v dýchacích cestách je kontraindikována u nemocných s frakturou báze lebni, u nejasných poranění obličeje a dýchacích cest, u chronických sinusitid, u alergií na materiál masky, u nemocných, kteří nejsou schopni obsluhy ventilátoru a při nezájmu se podílet na léčbě. (Kolek, 2019)

EDUKACE PACIENTA S ONEMOCNĚNÍM SPÁNKOVÉ APNOE

K dosažení kvalitního spánku přispívá spánková hygiena. Součástí edukace nemocných se spánkovou apnoí jsou nejruznější doporučení mající vliv na spánek. V rámci spánkového desatera se doporučují změny týkající se stravy a tekutin, a to například nejíst těžká a kořeněná jídla či nepít alkohol. Dále se doporučuje naučit se spánkové rituály, kterými může být například večerní procházka nebo venčení psa. Dalším doporučením je přizpůsobit prostředí pacienta ke spaní větráním místnosti a odstranění rušivých elementů. Doporučuje se také udržovat optimální teplotu v rozmezí 18–20°C a chodit spát vždy ve stejnou denní dobu. Dušnost je možné zlepšit trénováním dechových svalů a pravidelným pohybem. Ideální dech je dech jógový. (Janáčková, 2018)

Hygiena výživy nás informuje o zdravotních problémech způsobených v důsledku konzumace nevhodných potravin. Desatero správné výživy obsahuje doporučení týkající se správného stravování, vyvážené stravy, dostatečného množství ovoce a zeleniny v jídelníčku, redukci tuků a tučných potravin, návod k výpočtu Body Mass Indexu pro udržení vhodné váhy nemocného a důležitosti pravidelného pohybu. Další doporučení se týká vhodných přílohových potravin, druhů masa a luštěnin. Doporučuje se omezení soli do 5 gramů na den a taktéž omezení potravin a nápojů s vysokým obsahem cukru. Vhodné je pít vodu, a to v množství asi 1,5–2 litry za den. Alkohol negativně ovlivňuje obstrukční spánkovou apnoe, tudíž se doporučuje jeho vyřazení. Velmi důležité je ke každému nemocnému přistupovat individuálně. (Svačina et al., 2013)

Pokud pacient z důvodu léčby obdrží ventilátor je důležitá řádná edukace v oblasti užívání přístroje. Musí být upozorněn na pravidelnost používání přístroje, jeho údržbu a docházení na pravidelné kontroly dle doporučení, a to obvykle poprvé v intervalu 1–3 měsíců po zahájení léčby a poté v intervalu po jednom roce. (Kolek, 2019)

ÚKOL SESTRY V PÉČI O PACIENTA SE SYNDROMEM SPÁNKOVÉ APNOE

Pacienti obvykle přichází k praktickému lékaři z důvodu upozornění partnera na chrápání. V primární péči se k diagnostice syndromu spánkové apnoe využívají dotazníky, a to Epworthská škála spavosti nebo Berlínský dotazník a lze využít i screeningové přístroje. Dle výsledků vyšetření je pacient odeslán do spánkového centra k podrobnější diagnostice. Ve spánkové laboratoři sestra objednává pacienty k celonoční diagnostice, zaznamenává údaje od pacienta, odebírá anamnézu, sleduje celonoční záznam a provádí další nezbytná vyšetření dle ordinace lékaře. Lékař ve spolupráci se sestrou edukují pacienta v oblasti redukce hmotnosti, dodržování spánkového desatera a léčby přidružených nemocí. Důležitou roli má lékař i sestra v oblasti edukace týkající se režimových opatření při léčbě spánkové apnoe, péče o příruční ventilátor, správného výběru masky a popruhů. Nezbytná je edukace v péči o kůži jako prevence vzniku otlaků od masky. (Kamasová, 2017; Slouka et al., 2015)

Klinické pokyny pro péči o pacienta s obstrukční spánkovou apnoí a standardy pro péči vydává Americká akademie spánkové medicíny. V zahraničí existuje respirační terapeut nebo specialista na spánek. (Woidtke, 2013)

CÍL VÝZKUMU A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

Cílem výzkumného šetření bylo zjistit, jak pacienti zvládají ovládání a péči o příruční ventilátor a jak dodržují spánkovou hygienu a tělesnou hmotnost. K cílům se vztahovaly výzkumné otázky: Jak pacienti pečují o přístroj/ventilátor? Kdo a jak pacienty edukuje o manipulaci s přístrojem? Jak pacienti provádí spánkovou hygienu? Jak pacienti dodržují tělesnou hmotnost?

Pro výzkumné šetření byla zvolena metoda kvalitativního výzkumu. Sběr dat byl realizován pomocí polostrukturovaných rozhovorů s deseti informanty, kteří splňovali kritéria stanovená pro výzkumné šetření. Výběr výzkumného vzorku probíhal na základě kritérií, kterými byly hlavní diagnóza spánková apnoe, věk nad osmnáct let, používání příručního ventilátoru a probíhající péče ve spánkové laboratoři. Informanty byly 3 ženy a 7 mužů ve věku od 33 let do 77 let užívající v léčbě spánkové apnoe příruční ventilátor od 3 měsíců do 7 let. Informanti odpovídali na předem připravené otázky. Rozhovory byly prováděny po udělení souhlasu informanta. Byla zachována anonymita informantů. Jednotlivé rozhovory byly zapisovány na papír a následně byly analyzovány metodou otevřeného kódování metodou „tužka a papír“.

VÝSLEDKY A DISKUSE

Cílem výzkumného šetření je zjistit, jak pacienti se spánkovou apnoí zvládají ovládání a péči o příruční ventilátor a jak dodržují spánkovou hygienu a tělesnou hmotnost. Vzhledem k uvedenému cíli bylo šetření zaměřeno na čtyři zkoumané oblasti. První oblastí byla péče o přístroj/ventilátor. Další oblast se týkala edukace o manipulaci s přístrojem. Třetí oblast byla zaměřena na provádění spánkové hygieny a čtvrtá oblast se týkala dodržování tělesné hmotnosti.

První sledovaná oblast výzkumného šetření se týkala péče o přístroj/ventilátor. V rozhovorech dva informanti uvedli, že údržbu ventilátoru provádí denně. Údržba zahrnuje otření masky a popruhu pro fixaci. Jednou za týden vymyjí hadici. Tři informanti provádí otření masky a popruhu denně. Uvedli, že větší údržbu provádí několikrát za týden. Jeden informant vykonává čtvrtletní údržbu, která se týká vyprání popruhu pro fixaci. Tři informanti provádí údržbu jednou za týden. Jeden informant udržuje ventilátor pouze jednou za dva týdny. Jeden informant provádí údržbu ventilátoru jednou za týden, když dolévá vodu do zvlhčovače. Dále uvedl, že několikrát do týdne otře popruh s maskou a ventilátor. Ochman (2014) doporučuje umytí masky, popruhu a hadice každý den. Týdenní údržba pak spočívá otřením přístroje vlhkým hadříkem a vymytí filtru. Nádržku na vodu doporučuje čistit jednou za týden pomocí roztoku kyseliny octové 8%. Dle doporučení se bílý filtr mění v jednoměsíčním intervalu. Filtr se nesmí mýt. Odpovědi ve výzkumném šetření se liší od doporučení Ochman (2014).

Z rozhovorů vyplývá, že většina informantů pečuje o příruční ventilátor častěji a čtyři informanti provádí údržbu svého příručního ventilátoru nedostatečně. Všichni informanti používají k ošetření příručního ventilátoru teplou vodu. Detergent běžně používaný k mytí nádobí (Jar) užívají dva informanti. I1 uvedl: „*Jednou za týden udělám větší údržbu, vymyju hadici jarovou vodou, otřu masku, nádržku na vodu pak čistím roztokem octu s vodou, vyčistím filtr, denně setru masky vlhčenými ubrousky.*“ Polovina informantů používá mýdlo. Většina informantů používá k otření masky a ventilátoru vlhčené ubrousky.

Dva informanti používají k dezinfekci nádržky na vodu kyselinu octovou 8% a vodu. Jeden informant používá k otření ventilátoru pouze suchý hadřík. Ochman (2014) k ošetření ventilátoru a jeho příslušenství uvádí kombinaci teplé vody, jemného mycího prostředku na nádobí, roztoku kyseliny octové 8% a vody. Tato doporučení se shodují s výzkumným šetřením.

Téměř všichni informanti zvládají péči a manipulaci o přístroj. Pouze jeden informant uvedl, že mu občas pomáhá rodinný příslušník. Hložková (2015) udává, že 46 (92 %) z 50 (100 %) dotázaných respondentů je spokojeno s obsluhou příručního ventilátoru. S péčí o příruční ventilátor je spokojeno 44 (88 %) z 50 (100 %) respondentů. S náročností údržby masky je podle Hložkové (2015) spokojeno 44 (88 %) z 50 (100 %) dotazovaných respondentů.

Výměnu popruhu jednou za rok provádí většina informantů. Tři informanti vzhledem ke krátké době užití ventilátoru popruh a masku neměnili. I2 uvedl: *„Zatím jsem nic neměnil a tuším, že pan doktor říkal, že mě napíše masku a všechno nové po roce během kontroly.“* Ochman (2014) uvádí, že pro výměnu příslušenství je ideální doba právě jednou za rok, během pravidelných kontrol u lékaře. Výměnu příslušenství musí pacienti respektovat, na českém trhu není toto příslušenství volně k dispozici. Během kontroly ve spánkové laboratoři dostanou pacienti žádanku pro vyzvednutí nového vybavení. Zatímco Hložková (2015) uvádí, že masku a příslušenství mění v případě opotřebování. Z rozhovorů vyplývá, že informanti mění příslušenství k ventilátoru správně.

V oblasti týkající se edukace o manipulaci s přístrojem uvedla v rozhovoru více než polovina informantů edukaci zástupcem firmy, který jim předal příruční ventilátor. I1 uvedl: *„Byla tu zástupkyně firmy, která ventilátor poskytuje.“* Tři informanti uvedli edukaci technikem a jeden informant uvedl, že mimo edukaci zástupcem firmy byl edukován i lékařem. Jeden informant uvedl edukaci pouze sestrou a dva informanti byli edukováni sestrou po školení technikem či zástupcem firmy. Krátká (2016) popisuje edukační proces jako každodenní činnosti všech zdravotnických pracovníků. Edukací pacienti získávají nový pohled na onemocnění, změnu životního stylu či přijetí nemoci a učí se nové dovednosti. Mikušová (2015) řadí mezi činnosti sestry úkoly související s hospitalizací. Sestra pacienta objedná k hospitalizaci. Při přijetí pacienta do spánkové laboratoře sestra odebírá anamnézu od pacienta či rodiny. Zaměřuje se zejména na informace ohledně spánku, odebírá vzorky krve a vyřizuje další ordinace lékaře. Při polysomnografickém vyšetření sestra ukáže pacientovi, jak si správně nasadit masku. Ta musí správně těsnit a nesmí nikde unikat vzduch, což zajišťuje správnou úroveň tlaku. Další povinností sestry je edukace v oblasti dodržování zdravotního režimu a případná pomoc či sdělení informací. Verbální a neverbální komunikace je důležitá zejména z důvodu společenské bariéry v intimním životě. Personál se proto snaží, aby pacienti dostatečně porozuměli edukaci o přetlakové léčbě. Z rozhovorů tedy vyplývá, že edukace sestrou a lékařem je nedostatečná. Technik nebo zástupce firmy se zaměřuje pouze na edukaci ohledně ovládání a údržby příručního ventilátoru, ale nikoli na režimová opatření. Všichni informanti v rozhovorech uvedli, že jim bylo ústně vysvětleno užívání příručního ventilátoru a většina informantů uvedla

i ukázkou. Polovina informantů si po edukaci vyzkoušela ovládání příručního ventilátoru a jeden informant uvedl, že obdržel brožury. Nutno podotknout, že všichni informanti dostali uživatelskou příručku spolu s ventilátorem. Slezáčková (2020) zdůrazňuje, že edukace má být součástí péče o pacienta. V jednotlivých fázích edukace popisuje navázání kontaktu, zhodnocení stavu pacienta a jeho potřeb. Vzhledem k padesátiprocentnímu zapomínání, je nutné si předané informace pacientům vždy ověřit. Svěráková (2012) využívá odpovídající poznatky z pedagogiky při výchově a vzdělání pacientů cílové skupiny obyvatelstva.

Všichni informanti porozuměli edukaci o používání a manipulaci s příručním ventilátorem, z čehož vyplývá vhodně edukovaný pacient. Dva informanti uvedli, že měli nedostatečné informace. Po vznesení dotazu byly informace doplněny. I6 uvedl: *„No, vzhledem k pozdějším zkušenostem během covidové epidemie, kdy jsem měl strach, aby se mě tam něco nenamnožilo, tak jsem začal sám hledat na internetu, jak to dezinfikovat, protože to nám absolutně ten technik neřekl.“* Hložková (2015) zjistila, že 47 (94 %) z 50 (100 %) respondentů je dostatečně seznámeno s ovládáním příručního ventilátoru. Krátká (2019) řadí mezi základní cíle edukace osvojení si nových poznatků, nabytí vědomostí, zlepšení zručnosti a vytvoření nových návyků pro změny v chování jedince. Z rozhovorů tedy vyplývá, že informanti byli dostatečně edukováni ze strany ovládání příručního ventilátoru.

Další sledovanou oblastí je provádění spánkové hygieny. Z rozhovorů vyplývá, že polovina informantů zná pojem spánková hygiena a polovina informantů uvedla, že pojem spánková hygiena neznají. Více než polovina informantů zná a je schopna vyjmenovat některá doporučení ze spánkového desatera. Respondenti nejčastěji jmenovali pravidelně chodit spát, nepít alkohol, vyhnout se těžkým jídlům, nepřejídat se, nekouřit a vyvětrat ložnici. I1 uvedl: *„Spánkové desatero je soupis bodů, které doporučují lékaři pro zdraví spánku. Jako pravidelně chodit spát, před spánkem nepít alkohol a nekouřit. Vyhnout se těžkým jídlům.“* I2 ze spánkového desatera uvedl: *„Nemám před spánkem moc jíst ani pít, nekouřit a měl bych vyvětrat ložnici.“* Paločková (2021) se ve své práci věnuje vlivu některých doporučení spánkové hygieny na kvalitu spánku. Zjistila, že kvalita spánku v závislosti na obezitě je u 21 (19 %) ze 109 (100 %) respondentů rovnoměrně zastoupena. Lidé s nadváhou celkem 21 (19 %) respondentů ze 109 (100 %) mají také rovnoměrné zastoupení kvality spánku. Největší rozdíl je u respondentů, kteří mají BMI v normě, jedná se o 79 (72 %) ze 109 (100 %) dotázaných respondentů, u nichž výzkum ukázal, že 46 (42 %) respondentů má dobrou kvalitu spánku, zatímco 33 (30 %) respondentů uvádí zhoršenou kvalitu spánku. Dále uvádí, že 48 (44 %) ze 109 (100 %) respondentů tráví čas před spaním na počítači, z toho 19 (17 %) respondentů má zhoršenou kvalitu spánku. Užívání telefonu před spánkem udává 82 (75 %) ze 109 (100 %) respondentů, z toho 40 (36 %) respondentů uvádí špatnou kvalitu spánku. Co se týče vlivu stravy ve vztahu na kvalitu spánku, uvádí, že 8 (7 %) ze 109 (100 %) respondentů konzumuje před spánkem tučnou stravu a kvalita spánku je vyrovnaná. U 101 (92 %) dotázaných respondentů, kteří nekonzumují tučná jídla před spánkem, uvádí, že dobrou kvalitu spánku má 59 (54 %) respondentů. Z těchto zjištění lze zpochybnit vliv některých doporučení ze spánkového desatera na kvalitu

spánku. Zatímco vliv stravy je na kvalitu spánku nezpochybnitelný. Velayos (2015) uvádí, že definice kvality spánku je složitá. Jako definici uvádí vstát odpočinutý s dostatkem energie na celý den bez ohledu na počet hodin spánku. Objektivní měření zahrnuje aspekty, jako je doba trvání, hodnotí se počet klidného a hlubokého spánku. Lederle (2021) uvádí, že je nutné udržování zřejmé hranice mezi spánkem a bdělým stavem. Udává, že přílišné dodržování spánkové hygieny může spánku uškodit. Při návycích udržujících zdravý spánek se mají doporučení dodržovat již přes den. Jedná se zejména o identifikaci problému špatného spánku, jako například stres. Spánková prevence by měla zajistit lepší otužilost organismu. Nevšímalová et al. (2020) popisuje vázání melatoninu na světlo. Tvorbu melatoninu ovlivňuje i světlo vycházející z elektroniky. Proto je třeba se vyvarovat používání elektroniky před spánkem. Spánek ovlivňuje trávení, snižují se funkce zažívacího systému. Poloha vleže vede ke vzniku gastroezofageálního reflexu, který je potenciální pro negativní intrathorakální tlak při obstrukční spánkové apnoei. Svačina et al. (2013) popisuje snížení svalového tonu a ochabnutí struktur hltanu s následným uzávěrem hltanu po požití alkoholu. Hradilová (2019) k léčbě doporučuje i dodržování spánkové hygieny. Zejména nepít alkohol, nekouřit, nepřejídat se před spánkem, pravidelně a přiměřeně dlouho spát.

Z výzkumného šetření vyplývá, že informanti příliš nedodržují spánkovou hygienu či spánkové desatero. Informanti znají spíše obecná doporučení týkající se stravy, alkoholu a kouření. V této oblasti je edukace sestry nedostatečná. Mezi 22. a 23. hodinou usíná polovina informantů. Jeden informant uvedl, že usíná kolem půlnoci a čtyři informanti chodí spát v různou dobu z důvodu jejich práce ve směnném provozu. Více než polovina informantů spí sedm a více hodin. Dva informanti spí méně, a to v průměru šest a půl hodiny. Tři informanti uvedli, že mají různou dobu spánku v závislosti na směnném provozu v jejich zaměstnání. I3 na otázku v kolik hodin chodí obvykle spát a jak dlouho spí uvedl: *„Různě. Když mám odpolední, tak ve 12 hodin v noci a když mám ranní, tak v 9 nebo v 10 hodin večer, jak kdy a podle toho, jak su unavený nebo co doma dělám.“* I4 na stejnou otázku odpověděl: *„Já většinou, když su doma, tak o půl deváté nebo v devět. Když su v práci, tak to záleží na tom, kdy zastavíme. Já su řidič z povolání a pokud bych ventilátor nepoužíval, pan doktor by mě sebral řidičák.“* I5 na otázku v kolik hodin chodí obvykle spát a jak dlouho spí uvedl: *„To je různé. Já chodím na ranní, odpolední, noční a furt chodím spát jinak. Jak potřebu jít spát, tak prostě jdu. Když můžu, tak spím i 10 hodin, ale v průměru tak 6 hodin. Když jsem neměl ten přístroj tak jsem mohl spát furt.“* Kapounová (2013) ve své práci, která je součástí publikace „Variabilita v genu pro leptin, leptinový receptor, adiponektin, proopiomelanokortin a receptor pro melanokortin-4 ve vztahu k výskytu obezity v české populaci“ zjistila, že průměrná délka spánku je + 7,5 hodiny. Z obou prací vychází podobná délka spánku u dotazovaných respondentů. Hložková (2015) uvádí, že u 44 (88 %) z 50 (100 %) respondentů došlo ke zlepšení kvality spánku. Z tohoto tvrzení plyne, že léčba má pozitivní vliv na kvalitu spánku. Slouka (2016) popisuje negativní dopad na výkonnost pacienta při nekvalitním spánku. Pacienti jsou ohroženi mikrosnávkou či pracovními úrazy. Na trhu práce se zhoršuje pracovní uplatnění pacientů se spánkovou apnoei a není vhodné pracovat na směnném provozu. Hložková (2015) zjistila, že usínáním během dne trpí 34 (68 %) z 50

(100 %) respondentů. Tímto zjištěním se potvrzuje, že jsou pacienti více ohroženi mikrosprávky a možnými pracovními úrazy. Watson (2015) uvádí, že potřebná doba spánku je sedm a více hodin pro dospělého člověka za noc, aby bylo podpořeno jeho zdraví a člověk nebyl negativně ovlivněn během dne či možným rizikem vzniku obezity, diabetu, deprese nebo sníženou funkcí imunitního systému. Více než polovina informantů chodí spát ve zhruba stejnou denní dobu. Jejich spánek je tudíž dostatečně dlouhý pro regeneraci organismu.

Čtvrtou sledovanou oblastí je oblast dodržování tělesné hmotnosti. Dle výpočtů BMI se ukázalo, že pouze dva informanti mají BMI v normě. Nadváhu má jeden informant a obezitou různého stupně trpí sedm informantů. WHO definuje nadváhu a obezitu jako nadměrné hromadění tuku, které může mít za následek poškození zdraví. Kunešová (2016) udává normální BMI mezi 18,5–24,9; nadváhu v rozmezí 25,0–29,9; obezitu v různých stupních pak od 30,0 a více než 40. Hložková (2015) ve své práci udává, že z 50 (100 %) respondentů trpí obezitou 23 (46 %) respondentů, nadváhou 21 (42 %) respondentů a BMI v normálním rozsahu má 6 (12 %) respondentů. Z výpočtu BMI u deseti informantů se ukázalo, že obezitou trpí 70 % informantů a nadváhu má 10 % informantů. BMI v normálním rozmezí má pouze 20 % informantů. Hradilová (2019) zjistila, že 104 (51 %) pacientů z 201 (100 %) trpí obezitou. Z prací vyplývá, že obezitou trpí velké množství osob se spánkovou apnoí. Hainer (2022) poukazuje na celosvětový nárůst obezity, a to zejména z důvodu zvýšení příjmu potravy a sedavého způsobu zaměstnání. Weng Ong et al. (2012) popisuje vliv obezity na patogenezi obstrukční spánkové apnoe. Mezi změny související s obezitou patří ukládání tukové tkáně kolem horních dýchacích cest a zvětšení obvodu krku. Dále popisuje vztah mezi obezitou a obstrukční spánkovou apnoí. Uvádí, že spánková apnoe má vliv na rozvoj či posílení obezity. Hradilová (2019) udává, že redukce hmotnosti je jeden z nejdůležitějších faktorů v léčbě spánkové apnoe. K dalším režimovým opatřením řadí pravidelnou pohybovou aktivitu. Obezita je v oblasti spánkové apnoe velmi častým jevem, je zapotřebí edukovat pacienty v oblasti obezity, hygieny výživy a dalšího vlivu obezity na vývoj a léčbu spánkové apnoe. Z výzkumného šetření plyne, že informanti neudržují normální tělesnou hmotnost. U nemocných se spánkovou apnoí je řešení nadváhy nutným a základním opatřením. Více než polovina informantů uvádí, že mají dostatečný pohyb a věnují se sportu. Čtyři informanti uvedli, že se žádnému sportu nevěnují. Lednická (2017) popisuje pozitivní vliv na denní únavu, napětí a kvalitu života při zapojení aerobního cvičení a přetlakové terapie v léčbě spánkové apnoe. Nevšimalová et al. (2020) popisuje sníženou úspěšnost hubnutí u neléčených pacientů se spánkovou apnoí z důvodu únavy, spavosti a snížené vůle v dodržování léčebného režimu. Z výzkumu vyplývá, že většina informantů se věnuje sportu.

Více než polovina informantů preferuje vhodné potraviny. U čtyř informantů nebylo možné určit, jaké potraviny preferují. I1 uvedl: „*Sním všechno, maso veškerého druhu, zeleninu jím syrovou i zavařenou. Mám rád českou kuchyni. Nejvíc pak vepřo knedlo zelo.*“ I2 uvedl: „*Já sním všechno, ale česká klasika je prostě klasika. Mám rád knedlíky, omáčky a moc nejím zeleninu a ty novoty, co vaří snacha, když k nim jdeme na oběd moc nemusím.*“ I6 uvedl: „*Preferuji potraviny, které pokud možno neprošly průmyslovým*

zpracováním. Snažím se jíst hodně zeleniny. Taky považuji za důležité mléko. Maso se mě nejlépe jeví vepřové, ale libové a kvůli cenám jím nejčastěji kuřecí maso.“ Sangita (2018) uvádí, že výživa je jedním z nejdůležitějších faktorů, které ovlivňují zdraví. Důležité je především složení stravy. Velmi podrobně popisuje jednotlivé složky potravy a uvádí, že vztah mezi výživou a nemocí může být jednoduchý, kdy se může jednat o absenci jedné živiny ve stravě nebo může zahrnovat velmi složitý vztah ke stravě. Lucini et al. (2015) uvádí zdravý životní styl jako souhrn fyzické aktivity, zdravé stravy, nekouření a zvládání stresu. Ukazují, že zdravý životní styl by měl být ukazatelem správné prevence. Z rozhovorů s informanty vyplývá, že pohyb, správná váha a zdravá strava má důležitou roli v léčbě spánkové apnoe.

ZÁVĚR

Syndrom spánkové apnoe je tématem, o kterém se ve společnosti moc nemluví. Hlavním příznakem spánkové apnoe je chrápání, které je velmi obtěžující nejen pro pacienta, ale i pro partnery či celou rodinu pacienta. Je nutné, aby se ve společnosti o chrápání více mluvilo a zmizel stud, který chrápání doprovází. Pokud by se primární péče zaměřovala i na problematiku spánkové apnoe, určitě by se urychlila diagnostika a následná léčba spánkové apnoe. V teoretické části jsou uvedeny základní informace o spánkové apnoe, jako je diagnostika, léčba a rizikové faktory. Co se týče ošetrovatelské péče, je nutné, aby byla sestra dostatečně vzdělaná právě v problematice spánkové apnoe. V zahraniční literatuře se vyskytuje pojem spánkový technik. U nás tento pojem teprve nastupuje do praxe a zdravotník, který se chce stát spánkovým technikem, musí absolvovat přípravný kurz. Sestra doprovází pacienta od začátku výskytu onemocnění, přes diagnostiku až po edukaci. I v rámci dlouholeté léčby se vždy pacient setká se sestrou. Sestra by měla dostatečně provádět edukaci v oblasti režimových opatření, která jsou velmi důležitá pro léčbu, ale i zlepšení života v dnešní uspěchané době. Výzkumné šetření probíhalo formou polostrukturovaných rozhovorů s informanty Uherskohradištské nemocnice. Prvním cílem bylo zjistit, jak pacienti zvládají ovládání a péči o příruční ventilátor. Za pomoci výzkumných otázek bylo zjištěno, že dotázaní informanti zvládají péči o příruční ventilátor. Liší se četnost péče o příruční ventilátor a z části i prostředky, kterými se respondenti o příruční ventilátor starají. Na českém internetu nejsou informace o čištění a péči příručního ventilátoru a informanti jsou tak odkázáni na edukaci nebo na uživatelskou příručku. Masku a příslušenství pro příruční ventilátor mění informanti dle doporučení. Následná výzkumná otázka patřila edukaci. Všichni informanti edukaci porozuměli. Nejčastěji byly informanti edukováni zástupcem firmy. Edukace sestrou a lékařem je zastoupena velmi málo a toto by mělo být změněno. Edukace probíhala formou vysvětlení a ukázky, někteří informanti měli možnost si své nově nabyté vědomosti i vyzkoušet. Uživatelskou příručku dostal každý informant, ale pouze jeden ji uvedl jako způsob prováděné edukace. Druhým cílem práce bylo zjistit, jak pacienti dodržují spánkovou hygienu a tělesnou hmotnost. Výzkumným šetřením bylo zjištěno, že většina informantů zná spánkovou hygienu nebo spánkové desatero a snaží se některá doporučení dodržovat. Jedná se zejména o doporučení týkající se spánku a stravy. Většina informantů dodržuje čas usínání a celkový počet hodin spánku

dle doporučení. Informanti, kteří nespí alespoň sedm hodin a nechodí spát ve stejnou dobu, jako důvod uvedli směnný provoz. Většina informantů trpí obezitou. Pravidelný pohyb je mezi informanty dobře zastoupen a zdravá strava se ve výzkumném šetření promítla též kladně. Z hlediska léčby spánkové apnoe je nutné, aby respondenti více dbali na snížení hmotnosti. Vhodné by tedy bylo zapojit do edukace pacientů se spánkovou apnoí i nutriční terapeutky. K lepšímu pochopení podávaných informací týkajících se léčby včetně režimových opatření by mohlo pomoci zařazení pohovoru s lékařem.

Uvedené výzkumné šetření má několik limitů, kterými jsou především nezkušenost výzkumníka při rozhovorech s jednotlivými informanty a nemožnost zobecnit výsledky výzkumu vzhledem k velikosti výzkumného vzorku a pouze jednoho pracoviště, kde bylo výzkumné šetření provedeno.

Výzkumné šetření bylo zaměřeno na péči o přístroj/ventilátor, na edukaci o manipulaci s přístrojem, na provádění spánkové hygieny a dodržování tělesné hmotnosti. V této oblasti by mohl být proveden podrobnější výzkum zaměřený více na režimová opatření a spánkovou hygienu.

POUŽITÉ ZDROJE

- [1] BARTŮŇEK, P. et al. 2016. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. Praha: Grada. 752 s. ISBN 978-80-247-4343-1.
- [2] HAINER, V. et al. 2022. *Základy klinické obezitologie*. Praha: Grada. 566 s. ISBN 978-80-271-1302-6.
- [3] HLOŽKOVÁ, J. 2015. *Obstrukční spánková apnoe – život s domácí ventilací*. [online]. 2015. Pardubice. [cit. 2022-03.26]. Dostupné z: https://dk.upce.cz/bitstream/handle/10195/59967/HlozkovaJ_ObstrukcniSpankova_PP_2015.pdf?sequence=3&isAllowed=y. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, fakulta zdravotnických studií.
- [4] HOBZOVÁ, M. 2016. *Zástavy dechu ve spánku: diagnostika a možnosti léčby: jak léčit spánkovou apnoei?*. Olomouc: Solen. 20 s. ISBN 978-80-7471-156-5.
- [5] HRADILOVÁ, M. 2019. *Screeningové metody obstrukční spánkové apnoe* [online]. 2019. Ostrava. [cit. 2022-03.26]. Dostupné z: https://portal.osu.cz/wps/portal/!ut/p/z1/IZBPC4JAEMU_jVdnWEGkm5aIXrRo0eYSG_psk_mN369CnTyqiILaa2wy_9x5vgKAAGspzW5e6HYeym_cduXsXoxhZiqkXr5a4DhOeMHcbRCFCfgPwbXwMNIxwEKOuAf2vf3X6TW8AyGyfAxkiEp45D8BU8VtIAIR3Y3X_pz9UjlcDSXEUUKj7J0dzo_WkFhZaqBuhhLIPFws_0c2oNBRPCKae8wLbrM89dQVqfRD2/dz/d5/L0IDU0IKSWdrbUNTUS9JUfJBQUlpQ2dBek15cXpHWUEhIS80SkNpam9NTHRCamRSUFIWREc5eC9aN182MedJMDJPME84RU0zMFFfVjRTVudKMjAxMS8wL3NhLnNwZlI9BY3Rpb25MaXN0ZW5lcmg!!/?PC_Z7_60GI02O0O8EM30QEV4SUGJ2011000000_spf_strutsAction=!2fredirectLink.do#Z7_60GI02O0O8EM30QEV4SUGJ2011. Bakalářská práce. Ostravská univerzita lékařská fakulta ústav epidemiologie a ochrany veřejného zdraví.
- [6] JANÁČKOVÁ, L. 2018. *CHOPN: jak rozdýchat plicní nemoc*. Praha: Mladá fronta. 92 s. ISBN 978-80-204-4858-3.
- [7] KAMASOVÁ, M. et al. 2017. *Obstrukční spánková apnoe v ambulantní péči- jak na to?*. Cor et Vasa [online]. 2017. [cit. 2022-02-11]. Dostupné z: <https://ecoretvasa.cz/pdfs/cor/2018/03/14.pdf>
- [8] KAPOUNOVÁ, Z. 2013. *Vliv nedostatku spánku a jeho nízké kvality na vznik obezity a dalších vybraných onemocnění*. [online]. 2013. Brno. [cit. 2022-03-30]. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/i8yht/Disertace_ZK_2013.pdf Disertační práce v oboru Hygiena, preventivní lékařství a epidemiologie. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta ústav preventivního lékařství.
- [9] KOLEK, V. 2019. *Doporučené postupy v pneumologii*. Praha: Maxdorf. 648 s. ISBN 978-80-7345-624-5.
- [10] KOLEK, V., KAŠÁK, V. a VAŠÁKOVÁ, M. 2017. *Pneumologie*. Praha: Maxdorf, Jessenius. 645 s. ISBN 978-80-7345-538-5.
- [11] KUNEŠOVÁ, M. 2016. *Základy obezitologie*. Praha: Galén. 172 s. ISBN 978-80-7492-217-6.
- [12] KRÁTKÁ, A. 2016. *Základy pedagogiky a edukace v ošetrovatelství*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati. 79 s. ISBN: 978-80-7454-635-8.

- [13] LEDERLE, K. 2021. *Spánkem ke zdraví: zlepšete svůj spánek, zlepšete své zdraví*. Nakladatelství ANAG. 237 s. ISBN 978-80-7554-327-1.
- [14] LEDNICKÁ, M. 2017. *Syndrom obstrukční spánkové apnoe – komprehenzivní léčba a možnosti fyzioterapie*. [online]. 2017. Olomouc. [cit. 2022-03.26]. Dostupné z: <https://library.upol.cz/i2/i2.entry.cls?ictx=upol&plang=cs&pretty=csg&repo=upolrepo &key=18221217664>. Bakalářská práce. Univerzita palackého v Olomouci, fakulta zdravotnických věd. Mgr. Anita Můčková.
- [15] LUCINI, D. et al. 2015. *A simple healthy lifestyle index as a proxy of wellness: a proof of concept*. *Acta Diabetologica* [online]. 2015. 52(1), 81-89 [cit. 2022-03-27]. ISSN 0940-5429. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/263015075_A_simple_healthy_lifestyle_index_as_a_proxy_of_wellness_a_proof_of_concept
- [16] MIKUŠOVÁ, K. 2015. *Obstrukční spánková apnoe a adherence pacienta k terapii*. [online]. 2015. Zlín. [cit. 2022-03-27] Dostupné z: <https://portal2.utb.cz/portal/studium/prohlizeni.html>. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, fakulta humanitních studií. PhDr. Pavla Kudlová, PhD.
- [17] MOUREK, J. 2012. *Fyziologie*. Praha: GRADA, 224 s. ISBN 978-80-247-3918-2.
- [18] NEVŠÍMALOVÁ, S. et al. 2020. *Poruchy spánku a bdění*. Praha: Galén. 318 s. ISBN 978- 80-7492-478-1.
- [19] OCHMAN, P. 2014. *Tips on CPAP Upkeep: Sleep Apnea Treatment centers of America*. [online]. 2014. [cit. 2021-11-07]. Dostupné z: <http://curemysleepapnea.com/sleepsource/2014/03/10/tips-cpap-upkeep/>
- [20] OCHMAN, P. 2014. *Tips on Travelling with Your CPAP Machine: Sleep Apnea Treatment centers of America*. [online]. 2014. [cit. 2021-11-07]. Dostupné z: <http://curemysleepapnea.com/sleepsource/2013/12/17/tips-travelling-cpap-machine/?fbclid=IwAR0m2jCMLZfPzMwQyyju7FVYUpmgIKqoARQA7gGkUBztjyDYrPLVVqyngY>
- [21] PALOČKOVÁ, A. 2021. *Pohybová aktivita jako determinant kvality spánku*. [online]. 2021. Olomouc. [cit. 2021-03-30]. Dostupné z: https://theses.cz/id/agzr0u/Diplomova_prace_-_Anna_Palockova.pdf?zpet=%2Fvyhledavani%2F%3Fsearch%3DSP%C3%81NKOVC3%81%20APNOE%26start%3D10. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta tělesné kultury.
- [22] PRETL, M., HOBZOVÁ, M., HONNEROVÁ, M. et al. 2013. *Indikační kritéria pro léčbu poruch dýchání ve spánku pomocí přetlaku v dýchacích cestách u dospělých*. [online]. 2013. *Neurologie pro praxi* 14(1), s. 38-41. [cit. 2013-01-09]. Dostupné z: <https://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2013/01/09.pdf>
- [23] SANGITA, S. et. al. 2018. *Klinická výživa a dietologie v kostce*. Praha: Grada. 240 s. 978-80-271-0228-0.
- [24] SEIDL, Z. 2015. *Neurologie pro studium i praxi*. Praha: Grada. 384 s. ISBN 978-80-247-5247-1.

- [25] SLEZÁČKOVÁ, K. 2020. *Edukace pacientů spánkové laboratoře o polygrafickém vyšetření*. [online]. 2020. Pardubice. [cit. 2022-03-26] Dostupné z: <https://portal.upce.cz/portal/studium/prohlizeni.html>. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, fakulta zdravotnických studií.
- [26] SLOUKA, D. et al. 2016. *Obstrukční syndrom spánkové apnoe*. Plzeň: Euroverlag, s.r.o. 95 s. ISBN 978-80-7177-953-7.
- [27] SLOUKA, D. et al. 2018. *Otorinolaryngologie*. Praha: Galén. 304 s. ISBN 978-80-7492-391-3.
- [28] SLOUKA, D., VYSKOČILOVÁ, J., FREI, J. 2015. *Život s CPAP: Příručka pro pacienty a jejich rodinné příslušníky*. Plzeň. 12 s. ISBN 978-80-261-0528-2.
- [29] SVAČINA, Š., MÜLLEROVÁ, D., BRETŠNAJDROVÁ, A. 2013. *Dietologie pro lékaře, farmaceuty, zdravotní sestry a nutriční terapeuty*. Praha: Triton. Lékařské repetitorium. 332 s. ISBN 978-80-7387-699-9.
- [30] SVĚŘÁKOVÁ, M. 2012. *Edukační činnost sestry*. Praha: Galén. 63 s. ISBN 9788072628452.
- [31] VELAYOS, J. L. 2015. *SES: Tratado de Medicina del Sueño*. Madrid: Editorial Médica Panamericana, S.A. ISBN: 978-84-7903-993-6.
- [32] WATSON NF et al. 2015. *Recommended amount of sleep for healthy adult: a joint consensus statement of the American Academy of Sleep Medicine and Sleep Research Society*. *Sleep*. [online]. 2015. [cit. 2022-03-19]. Dostupné z: <https://aasm.org/resources/pdf/pressroom/adult-sleep-duration-consensus.pdf>
- [33] WOITKE, R. 2013. *Adult obstructive sleep apnea: Taking a patient-centered approach*. *Myamericannurse* [online]. 2013. [cit. 2020-11-01]. Dostupné z: https://www.myamericannurse.com/adult-obstructive-sleep-apnea-taking-a-patient-centered-approach/?fbclid=IwAR1_VRoGJ9cXIP_a7Zh7xs0pn1pl3uBxrE14ilUXBoqIWcwXBp2Bfi_04M#
- [34] WENG ONG, CH. et al. 2012. *Sleep Medicine Reviews: The reciprocal interaction between obesity and obstructive sleep apnea*. [online]. 2012. [cit. 2022-03-28]. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1087079212000512?via%3Dihub>

NURSING CARE OF A PATIENT WITH SLEEP APNEA



ABSTRACT

The work focuses on nursing care for patients with sleep apnea who are under the care of a sleep laboratory. Sleep apnea syndrome is one of the most common breathing disorders during sleep and is perceived as a serious societal problem. The incidence of sleep apnea has been increasing in recent years, and the disease remains undiagnosed in many patients. The current state of the issue is focused on the physiology of breathing, sleep, the history and the present of sleep apnea syndrome and sleep disorders. It mainly deals with the diagnosis of sleep apnea syndrome, the treatment of breathing disorders with positive pressure ventilation, the education of the patient with sleep apnea, the task of the nurse in the care of the mentioned group of patients and the use of the CPAP device. The research part is devoted to the analysis and evaluation of data obtained from a research study that focused on patients with sleep apnea. The aim of the work is to find out how patients manage the control and care of a hand-held ventilator and how they observe sleep hygiene and body weight. A qualitative research investigation was carried out through semi-structured interviews with 10 informants who were diagnosed with sleep apnea and who are under the care of a sleep laboratory. The results present the experiences of the informants with the care of the device/ventilator, with education regarding the handling of the device, with the implementation of sleep hygiene and with observing body weight. At the end of the work, the main results of the work and recommendations for practice are summarized.

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

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

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

Bc. Anna Chvátalová
Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně
Centrum klinických studií
Pekařská 664/53
602 00 Brno
e-mail: anna.chvatalova@fnusa.cz

KEYWORDS:

Nursing Care, sleep, sleep apnea, sleep hygiene, weight reduction

ELEKTROKONVULZIVNÍ TERAPIE U PACIENTŮ S DEPRESIVNÍ PORUCHOU

SIMONA HÁJKOVÁ
MARIE DOČEKALOVÁ
VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ
JIHLAVA

DENISA SCHWARZOVÁ
FAKULTNÍ NEMOCNICE BULOVKA

ABSTRAKT

Předložený článek se zaměřuje na Elektrokonvulzivní terapii z perspektivy pacientů s depresivní poruchou, kteří terapii absolvovali nebo terapií v současné době procházejí. Elektrokonvulzivní terapie (EKT) je léčebná metoda, která se používá k léčbě duševních poruch, včetně deprese, nereagující na jiné léčebné postupy. Jedná se o léčebnou metodu, která se používá již několik desetiletí a přestože je i nedílnou součástí dnešní moderní psychiatrické léčby, je spojována s mnoha předsudky a kontroverzemi z let minulých a často zůstává nepochopenou modalitou. Částečně je to způsobené stigmatem spojeným s možným vnímáním veřejnosti, ale stejně i s obavami z vedlejších účinků, jako je ztráta paměti a kognitivní poruchy. V první části příspěvku jsou prezentována východiska vztahující se k tématu EKT. Ve druhé části jsou prezentovány výsledky z výzkumného šetření, které bylo zaměřeno na pacienty s depresivní poruchou. Cílem výzkumného šetření bylo zjistit, jaký vliv má elektrokonvulzivní terapie na depresivní poruchu z perspektivy pacienta. Kvalitativní výzkumné šetření bylo realizováno prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů s 6 participanty, kteří podstoupili EKT. Výsledky prezentují subjektivní pohled participantů zahrnující 4 oblasti léčebné modality EKT. Závěr práce shrnuje výsledky výzkumného šetření v komplexní rovině, uvádí limity výzkumu a doporučení pro praxi.

KLÍČOVÁ SLOVA:

Depresivní porucha, elektrokonvulzivní terapie, pacient, kvalita života

Deprese je jedním z nejčastěji se vyskytujících onemocnění v dospělé populaci a zároveň patří mezi nejčastěji vyskytující se duševní poruchy, významně zvyšující morbiditu a mortalitu (Maříková, 2013). Deprese jako obecný pojem znamená pokles, jde především o chorobný pokles nálady, projevující se hlubokým smutkem (Kučerová, 2013). Dle Petr a kol. (2014) kromě pesimistické nálady, řadíme do příznaků deprese anhedonii neboli neschopnost radovat se a prožívat kladné emoce. Zpomalené a suicidální ideace, bohužel často končí dokonaným suicidem, pocitem viny či ztráty sebedůvěry. V rámci tohoto příspěvku, který vychází z bakalářské práce s názvem „Elektrokonvulzivní terapie u pacientů s depresivní poruchou“ (Autorka práce: Denisa Schwarzová) se zabýváme problematikou pacienta s depresivní poruchou, jeho rozhodnutím, souhlasem podstoupit elektrokonvulzivní terapii a subjektivním zhodnocením vlivu terapie na kvalitu života.

Elektrokonvulzivní terapie je významnou biologickou léčebnou modalitou (Buday a kol., 2022), která se v psychiatrii využívá od roku 1938. Elektrokonvulzivní terapie je zatížena velkou mírou předsudků nejen u laické, ale i u odborné veřejnosti z mnoha důvodů. V minulosti byla EKT prováděna bez anestezie, bez myorelaxace a bez souhlasu nemocného. K šíření mýtů přispělo svojí měrou i negativní zobrazení této léčby ve filmech a literatuře. Jednou z příčin je i nedostatečná informovanost a edukace odborníků a studentů připravujících se na povolání ve zdravotnictví. Moderní provedení elektrokonvulzivní terapie je poskytováno humánním a bezpečným způsobem za asistence anesteziologa, v celkové anestezii a při svalové relaxaci. Principem je vyvolání synchronizovaného epileptiformního záchvatu aplikací elektrického stimulu. Přesný mechanismus akce EKT dodnes známý není, předpokládá se však komplexní efekt stimulace na celulární i molekulární úrovni. EKT má v současné psychiatrii nenahraditelné postavení (Buday a kol., 2022) a je využíváno i v dalších oborech. Indikovaná bývá u závažných, život ohrožujících stavů, které nereagují na jiné terapeutické přístupy, zejména u těžké depresivní poruchy. EKT je důležitou léčebnou metodou v psychiatrii s vysokou účinností a rychlostí nástupu účinku (Köhler, 2022). Při vhodné indikaci je EKT bezpečnou metodou, která výrazně snižuje riziko suicidality. Důležité je, aby zařazení k EKT jako léčebné metody bylo individuální, zvážené lékařem, ve vzájemné synergii s pacientem a jeho souhlasem. Pokud se léčba provádí na podkladě vitální indikace, postupuje se podle zákonného ustanovení o nedobrovolné léčbě, která je uvedena v zákoně o zdravotních službách (zákon č. 372/2011 Sb.). Za vitální indikaci můžeme považovat stavy, při kterých je v ohrožení život pacienta nebo pacient kvůli svému onemocnění není způsobilý podepsat souhlas a vyskytuje se možnost, že léčba bude přínosná. Ve chvíli, kdy se stav klienta napraví natolik, že bude schopen objektivně rozhodovat, bude znovu informován a bude mít možnost se dále rozhodnout (Kališová a kol., 2019). Vedlejší účinky, které se mohou v souvislosti s terapií objevit, jsou bolesti hlavy po výkonu, které se řeší podáváním běžných analgetik. Objevit se mohou i bolesti svalů, v případě opakovaného výskytu je vhodné s anesteziologem konzultovat případné navýšení myorelaxancia (Buday, 2022). Dalším vedlejším účinkem jsou poruchy

krátkodobé a anterográdní paměti. Většinou se objevují bezprostředně po výkonu. Tyto poruchy jsou reverzibilní a ustupují většinou do 3 měsíců od ukončení EKT léčby. Výzkum v oblasti neuromodulace pokračuje a jako slibné se ukazují nové přístupy. Repetitivní transkraniální magnetická stimulace rozšiřuje přínos po EKT s potenciálně nižší zátěží vedlejších účinků (Suleman,2020).

METODIKA VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, jaký vliv má elektrokonvulzivní terapie na depresivní poruchu z pohledu pacienta.

Ke splnění cíle, byly stanoveny 4 dílčí výzkumné otázky (DVO):

DVO 1: Jak pacient hodnotí ošetrovatelskou péči při EKT?

DVO 2: Jak je pacient informován o EKT?

DVO 3: Jaká je účinnost EKT ve srovnání farmakoterapií z pohledu pacienta?

DVO 4: Jaké jsou výhody a nevýhody EKT z pohledu pacienta?

Vzhledem k citlivému až kontroverznímu tématu a diagnostikovanému onemocnění participantů – depresivní porucha, byla zvolena forma kvalitativního výzkumného šetření, která probíhala pomocí polostrukturovaného rozhovoru. Jak Mišovič (2019) uvádí, výzkumník tak lépe proniká do zjišťovaných struktur a může vyhodnotit jednotlivé detaily, odhalovat, vysvětlovat vzájemné vztahy skrytých spojení a hledání jejich příčin. Důležité bylo porozumění s participantem a citlivé vedení rozhovoru.

Sběr dat byl realizován v Psychiatrické nemocnici Jihlava. Primářkou oddělení byli doporučení a osloveni pacienti, kteří splňovali kritéria stanovená pro výzkumné šetření. Výběr výzkumného vzorku byl založen na kritériích: svéprávnost, hlavní diagnóza depresivní porucha, věk nad osmnáct let a léčebná modalita EKT. Základních 10 terapií podstoupili 2 participanté, jeden z nich nedosáhl hranici 10 terapií a další 2 podstoupili 14 terapií. Z doporučených pacientů s výzkumným šetřením souhlasilo a informovaný souhlas podepsalo 6 participantů. Všem byly vysvětleny základní informace, přínos a cíl práce a zaručena anonymita. Výběr participantů byl ukončen, když došlo k teoretické saturaci (Miovský 2006).

Přepsané rozhovory byly analyzovány metodou otevřeného kódování (Švaříček a kol., 2014). Otevřené kódování probíhalo metodou „tužka a papír.“ Postupným procházením a vrácením se k textu byly údaje zařazeny do jednotlivých kategorií a roztříděny podle podobnosti slov, vět, jevů do dalších podkategorií. Výzkumu se zúčastnilo 6 participantů. V textu článku budou zmiňováni jako P1 – P6.

VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ A DISKUSE

Pro zjištění, jak participanti s depresivní poruchou vnímají elektrokonvulzivní terapii bylo šetření cíleno na čtyři zkoumané oblasti. První oblastí byla poskytovaná ošetrovatelská péče, druhá se týkala informovanosti o metodě, třetí oblast zahrnovala účinnost EKT a čtvrtá oblast byla zaměřena na výhody a nevýhody spojené s metodou ETK. Všechny čtyři oblasti byly hodnoceny subjektivním prožíváním participantů.

První sledovaná oblast výzkumného šetření se zaměřovala na ošetrovatelskou péči zahrnující přístup, komunikaci, postoj i zručnost sester v celém průběhu terapie. V rozhovorech byly sestry nazvány jako „výborné“, „profesionálky“ nebo „slunce léčby“. Dva z participantů uvedli, že komunikace se sestrami před terapií jim velmi pomohla a pocity byly klidnější. Z výsledků výzkumu plyne, že přístup k participantům i komunikace sester při léčbě je na velice dobré úrovni. Při dotazu na psychické pohodlí se většina participantů přikláněla ke strachu z léčby, který nebyl ovlivněn ošetrovatelskou péčí, ale výkonem samotným. Průběh výkonu po fyzické stránce byl hodnocen dobře. Negativně byl ve dvou případech hodnocen výkon spojený se zavedením periferní kanyly. Soukromí bylo ze strany personálu respektováno a hodnoceno kladně.

Práce Křenkové (2017), která se v práci mimo jiné zabývá poučením a zmírněním obav sestrou, avšak poukazuje na nejednotné odpovědi a nejistotu sester vykonávat tuto funkci v různých institucích.

Důležitou částí je psychická oblast, pocity, které může sestra ovlivnit, naplnit. Poukazuje na důležitost chování a podporu všech pracovníků, právě ve spojení s jejím psychickým pohodlím.

Někteří pacienti prožívají strach z léčby. Pouze jeden z pacientů uvádí, že bylo dosaženo plného uspokojení. Ostatní uvádí pouze částečné dosažení pohodlí, které bylo ovlivněno individualitou potřeb pacientů, čemuž odpovídá výzkum Křenkové (2017).

V oblasti poskytování informací o samotné terapii a podepsání informovaného souhlasu s výkonem uvedli všichni participanti lékaře. Před výkonem většina uváděla strach z léčby. Strach, že léčba nepomůže anebo, že se během výkonu něco nepodaří. Reakce na získané informace a informovaný souhlas byly různé, ovlivněny stresem a strachem z výkonu, zhoršeným vnímáním. P1 odpověděl: *“Informování mi přišlo takové propagační. Doktor mi řekl, že elektrokonvulzivní léčba je velice účinná a populární, že se setkal s případem, kdy se pacientův stav po druhé terapii na tolik změnil, že pak na tu léčbu všichni ostatní pacienti taky chtěli”*, P4 uvedl: *“No, asi mě jako pacientovi nevysvětlil všechno.”* Řekl mi, že pokud mi nezabraly léky, tak by mohlo pomoci tohle.“ P5 se vyjádřil slovy: *“Ano, vysvětlil všechno, ale bylo to vyloženě vyčerpávající.”*

Jestli informovaný souhlas s výkonem obsahoval vše potřebné a mohli si v něm participanti ujasnit a doplnit informace od lékaře odpovídali: P1: *“Já nevím, nečetl jsem ho, jen jsem ho podepsal. Věřil jsem, že mi léčba pomůže, ale měl jsem strach, abych si to*

nerozmyslel, proto jsem to radši nečetl.“

P4: *“Víte, ani jsem to nečetl, protože mi byla podána pomocná ruka. Člověk je prostě rád za každou pomoc, aby se těch depresí zbavil. Každá pomoc je prostě vítaná”.* P5 odpověděl: *„To si nepamatuji, byla jsem v tak šíleném stavu, že mi bylo vše jedno.“* Tři z participantů odpověděli, že všemu rozuměli.

Jeden participant popsal přehnaný pocit propagace terapie lékařem, ale současně potvrdil i dostatek podaných informací. Někteří participanté vypovídali, že si na podrobnosti z informovaného souhlasu nepamatuji nebo jej dokonce vůbec nečetli. Informace byly poskytnuty všem participantům, ne všichni je však dokázali před výkonem a při podpisu informovaného souhlasu vstřebat a pochopit, nebo je naopak vědět nechtěli. Tyto odpovědi mohou souviset s obavami a strachem z terapie, tak i s depresivní poruchou.

Účinnost EKT ve srovnání s farmakologií z pohledu pacienta v rozhovorech zhodnotili participanté EKT jako metodu s rychlejším nástupem a také v jejich případě účinnější. P1 odpověděl: *„V roce 1998 mi léčba nepomohla. Tento rok jsem se hned po 4. terapii přehoupl do tohoto stavu, takže to bylo velice rychlé.“* P2 hodnotil účinnost: *„EKT jsem měl v roce 2008, už si nepamatuji přesně, ale stav se mi zlepšil určitě, proto jsem šel tento rok znovu. Tentokrát jsem pocítil změnu už od třetího šoku, to znamená zhruba po dvou týdnech.“* P3: *„Elektroléčba rozhodně nastoupila rychleji než léky. Tedy doktor říkal že, standardních je 10 dávek, ale ty mi úplně nezabraly, od desáté už jsem se cítil mnohem lépe.“* P4: *„Fakt je ten, že po sedmém EKT se mi ta nálada opravdu zlepšuje. Co se však týká léků, to nemůžu přesně určit. Tehdy jsem ty léky poctivě bral, ale určit to teda nedokážu.“* P5 se k účinnosti terapie vyjádřil slovy: *„Když jsem to měla na vršku hlavy a jednom spánku tak mi to nepřišlo moc účinné, ale když mi to dali na oba, tak to bylo mnohem intenzivnější a hned jsem ten vliv cítila. Vlastně hned z první léčby, tedy z jedenácté.“* P6: *„Po léčbě se vždycky cítím lépe tak první 2 hodiny a pak se zase vrátí moje problémy. Víte, cítím se, jako kdybych byla v jiném světě, mimo realitu a můj mozek je pomalý. Nevím, čím to je, asi mnou, všechny jsem zklamala. Léčbě jsem věřila, ale teď jsem všechny zklamala, asi jsem se měla snažit víc.“*

Při dotazu na šetrnost terapie však převyšovala farmakoterapie. Na otázku k šetrnosti terapie participanté odpovídali: P1: *„Chtěl bych říct, že pro pacienta v silné depresi je velice náročné a stresující, že musí podstoupit všechny klinické vyšetření před terapií. Najednou jsem měl jít na EKG, EEG, urologie, a tak další. Takže můj psychický stav se před terapií zhoršil ještě více. Takže asi bych řekl, že léky.“* P2 zhodnotil rozdíl v šetrnosti terapie: *„Řekl bych, že prášky, ale šoková terapie zabírá lépe.“* A na otázku, jak by hodnotil výsledek každé z těchto metod odpověděl: *„Můžu říct, že v tomto roce je výsledek EKT mnohem větší a lepší než v roce 2008. Díky šokům teď mohu normálně komunikovat a cítím se mnohonásobně lépe, než když jsem sem přišel na práškách. Dříve jsem nemohl vůbec mluvit, jakože vůbec, to bylo strašné.“*

P3 hodnotil otázku *„Jaká z těchto léčeb pro vás byla šetrnější“*: *Určitě EKT, po lécích jsem cítil mnohem více nežádoucích účinků než po této léčbě.“* A jak zhodnotil výsledek každé z těchto metod? *Jak už jsem řekl, EKT nastoupila mnohem rychleji než léky a byla šetrnější.*

Ale jak dlouho bude zabírat, to ještě nevím. Bylo pro mě taky mnohem pohodlnější, že kvůli elektrošokům jsem musel zůstat na oddělení. Když jsem bral prášky a ty přestaly zabírat, byl jsem doma sám a nezvládal jsem to". P4 se k šetrnosti terapií vyjádřil: „No samozřejmě jednodušší je vzít si tabletku že jo, to je nejjednodušší. Šetrnější jsou prášky, je to bez narkózy, bez celého týmu specialistů. Musím říct, že jsem léčbu čekal mnohem snadnější". P5 na stejnou otázku odpověděl: „Za mě určitě to EKT, je sice pravda, že člověk dostane narkózu, ale když si zase představím, co jsem dostávala ráno – dopoledne – večer a než jsem šla spát za medikaci. A stejně to nikdy nepomohlo tak, jako pár výbojů do mozku". Výsledek každé z těchto metod P5 hodnotí: „Na životní energii a chuť žít mi EKT určitě pomohla, ale na úzkosti vliv nemá. Takže mě, když chytne úzkost, tak ze mě nevyrazí nikdo nic, a na to zase někdy pomáhají psychologické pomůcky, jako dýchání, počítání. No prostě zabavit všechny smysly. Farmakologická léčba mi většinou pomohla na úzkosti, což taky nebylo pravidlem, někdy jsem i přes prášky jen ležela a přála si, aby skončil den." P6 hodnotí rozdíl v šetrnosti terapie: „To nevím, asi léky". Výsledek každé z těchto metod popisuje slovy: „Léky mi pomáhaly jen chvíli a terapie nepomáhá vůbec. Nevím, co k tomu mám víc říct."

Účinnost EKT ve srovnání s farmakoterapií byla v první části směřována na pohled časové účinnosti u EKT, druhá na farmakoterapii, kdy participanté hodnotili rychlost nástupu a délku trvání. Jedním z důvodů přecházení na EKT je uváděna rychlost jejího nástupu. V rozhovorech s participanty byla uvedena odpověď, kdy pozitivní reakce na léčbu byla zaznamenána už po dvou týdnech. Participant však nedosáhl plného uzdravení, pouze se jeho stav zlepšil. Stejně tak jako u dalších participantů, kteří změnu nepocítily tak rychle. Pokud se zaměříme pouze na zlepšení zdravotního stavu, můžeme konstatovat, že terapie je z pohledu výsledků výzkumného šetření rychle nastupující, účinná. U starších klientů může být EKT první volbou právě z důvodu častých vedlejších účinků farmakoterapie. Rushton a kol. (2021) poukazuje na problematiku, kdy stáří a křehkost starších jedinců může být farmakoterapií ohroženo. Taktéž možnost intervence při nutnosti rychlé změny stavu nebo pokud pacient tuto léčbu po předchozí zkušenosti preferuje.

Pět participantů z šesti uvádí, že jim EKT, že pomohla ve chvíli, když vše ostatní selhalo. Z vyhodnocení výzkumu v oblasti výhod a nevýhod terapie plyne, že krátkodobé nežádoucí účinky EKT převyšují dlouhodobé. Z nejčastějších krátkodobých vedlejších účinků byla uvedena bolest hlavy, která trvala krátkodobě, často se objevovala i únava a poruchy paměti. Při dotazu na kompenzaci většina participantů užívala po EKT analgetika. Jako výhodu participanté uvádí rychlý nástup účinku a méně nežádoucích účinků ve srovnání s dlouhodobým užíváním farmakoterapie.

Jelovac a kol. (2013) uvádí, že při farmakoterapii se u 51,1 % pacientů znovu objevily příznaky onemocnění do dvanácti měsíců po úspěšné EKT. Přičemž u většiny (37,7 %) k tomu došlo v prvních šesti měsících. Největší množství důkazů v prevenci znovu propuknutí onemocnění mají tetracyklická antidepresiva. Nedávná metaanalýza ukázala, že míra remise je vyšší u pacientů, u kterých nebyla prokázána farmakorezistence (65 %). Oproti tomu u farmakorezistentních jedinců remise klesá na 48 %.

Mezi krátkodobé vedlejší účinky EKT řadili všichni participanté bolest hlavy, únavu a ospalost, v jednom případě tlak v čelisti a ve dvou případech poruchu paměti.

Konkrétněji krátkodobé účinky popsal P5: „*Objevuje se bolest hlavy, poruchy paměti a občas jsem unavená, ale nevadí mi to. Není to nic zásadního*“. Dlouhodobé vedlejší účinky se vyskytly u třech participantů. P1 uvedl podrážděnost a zvýšený krevní tlak. P5 poruchy paměti. P6: „*Myslím, že jsem trochu víc zmatená, ale nevím, kde je pravda, možná to tím není.*“

Jako výhodu v rychlosti nástupu účinku uvedlo pět participantů z šesti.

Výzkum od L Samalin a kol. (2020) poukazuje, že důkazy o kognitivním poškození na podkladě EKT nejsou přesvědčivé, a dokonce je pokles paměti horší při užívání antidepresiv. U pacientů po EKT dochází k obnovení kognitivních funkcí. P4 nepocítil žádné z krátkodobých ani dlouhodobých NÚ. On sám to komentoval slovy: „*ještě jsem nedošel na konec*“ avšak byl již po 8 terapii.

ZÁVĚR

Elektrokonvulzivní terapie je stále nejúčinnější a nejrychlejší formou terapie. I přestože ji doprovází přechodné kognitivní poruchy, jde o bezpečnou metodu. Při správné individualizaci terapie nastavené podle potřeb pacienta se jedná i o metodu dobře snášenou (Köhler, 2014).

Z výsledků výzkumu vyplývá, že rozhodnutím pro léčebnou modalitu ETK je pro pacienty stavem, který vyvolává různé emoce a pocity. Objevuje se strach a obavy, někteří zažívají stigma spojené s EKT, obávají se, jak budou vnímáni. Samotnou zkušenost během procedury prožívají a hodnotí pacienti odlišně, následné pocity a vedlejší účinky terapie vnímají pacienti také individuálně. Někteří pociťují úlevu, pokud zaznamenají zlepšení svého duševního stavu, zatímco jiní se mohou cítit zmatení nebo dezorientovaní. Jedním z pocitů u všech participantů byla naděje na zlepšení. I přes obavy, pociťují naději, že jim EKT pomůže zvládnout jejich depresi, považují ji za poslední naději na zlepšení svého stavu. Z výzkumného šetření plyne, že u většiny participantů nedošlo k plnému naplnění psychického pohodlí při EKT z důvodu strachu z komplikací během výkonu nebo z poruchy přístroje. Participant ve většině uvádí, že podávání informací o terapii v rámci podepsání informovaného souhlasu nejsou schopni komplexně vnímat. Zařazením pohovoru s lékařem nebo psychologem v rámci dlouhodobé přípravy na výkon, by mohlo usnadnit pochopení podávaných informací. Řešením a možností v rámci rozšíření informovanosti o terapii by bylo vytvoření informačního letáku nebo přednášek nejenom pro pacienty, ale i pro jejich rodiny.

Výzkum má několik limitů. Jedním z limitů je nezkušenost výzkumníka v oblasti komunikace s pacientem v depresi. Dalším limitem je skutečnost, že výsledky výzkumu vzhledem k velikosti souboru a výběru jednoho pracoviště nelze zobecnit. Do limitu patří i nesourodý vzorek participantů v rámci pohlaví.

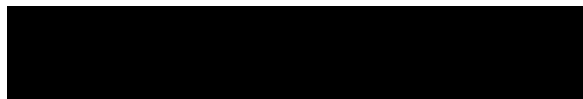
Výzkum byl zaměřen na 4 oblasti zahrnující terapii EKT z pohledu pacientů. Podrobnější výzkum v této oblasti by se mohl být více zaměřený na informace týkající se podrobnějších detailů vzniku a průběhu onemocnění v návaznosti na nastavenou terapii.

POUŽITÉ ZDROJE

- [1] BUDAY, J. a kol. 2022. *Doporučené postupy psychiatrické péče: elektrokonvulzivní terapie (EKT)* [online]. [cit. 2023-03-04]. Dostupné z: https://postupypece.psychiatrie.cz/images/pdf/2022_EKT.pdf
- [2] JELOVAC, A., KOLSHUS, E., MCLOUGHLIN, D. M., 2013. *Relapse Following Successful Electroconvulsive Therapy for Major Depression: A Meta-Analysis* [online]. [cit. 2023-03-14]. Dostupné z: <https://www.nature.com/articles/npp2013149>
- [3] KALIŠOVÁ, L., PRAŠKO J. 2019. *Elektrokonvulzivní léčba – teorie a praxe*. 2.přepracované vydání. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum. Psyché (Grada). ISBN 978-802-4643-373
- [4] KUČEROVÁ, H. 2013. *Psychiatrické minimum*. Praha: Psyché (Grada). ISBN 978-80-247- 4733-0.
- [5] KÖHLER, R. 2014. *Elektrokonvulzivní terapie*. [online]. [cit. 2022-12-09]. Dostupné z: <http://solen.cz/pdfs/psy/2014/01/05/.pdf>
- [6] KŘENKOVÁ, H. 2017. *Úlohy sestry u pacienta s elektrokonvulzivní terapií* [online]. [cit. 2023- 04-14] Bakalářská práce Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, zdravotnická fakulta. Dostupné z: <https://theses.cz/id/vqro0r/21428624>
- [7] MAŘÍKOVÁ, M. 2013. *Farmaceutická péče u pacientů s depresivní poruchou* [online]. [cit. 2023-02-23]. Dostupné z: <http://solen.cz/pdfs/lek/2013/02/07.pdf>
- [8] MIOVSKÝ, M. 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-1362-4.
- [9] MIŠOVIČ, J. 2019. *Kvalitativní výzkum se zaměřením na polostrukturovaný rozhovor*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON). ISBN 978-80-7419-285-2.
- [10] PETR, T., MARKOVÁ, E. 2014. *Elektrokonvulzivní terapie jako léčebná metoda* [online]. [cit. 2023-03-12]. Ošetřovatelství v psychiatrii. Praha: Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4236-6. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanky/elektrokonvulzivni-terapie-jakolecebna-meto>
- [11] RUSHTON, E., et al, 2021. *Electroconvulsive therapy: a clinical case study and review* [online]. [cit. 2023-04-14]. ISSN 2049-5919. Dostupné z: https://clock.uclan.ac.uk/39901/1/39901%20ER%20_JOURNAL%20ARTICLE%20author%20manuscript.pdf
- [12] SAMALIN, L. et al. 2020. *Adherence to treatment guidelines in clinical practice for using electroconvulsive therapy in major depressive episode*. [online]. [cit. 2023-03-14]. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165032719330216>
- [13] SULEMAN, R. 2020. *A Brief History of Electroconvulsive Therapy* [online]. [cit. 2023-02- 18]. Dostupné z: <https://ajp.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ajp-rj.2020.160103>
- [14] SCHWARZOVÁ, D. 2023. *Elektrokonvulzivní terapie u pacientů s depresivní poruchou*. Bakalářská práce. Vysoká škola polytechnická Jihlava. Vedoucí práce: Mgr. Simona Hájková

- [15] ŠVAŘÍČEK, R. a kol. 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, s.r.o. ISBN 978-80-2620-644-6.
- [16] Zákon č. 372/2011 Sb., zákon o zdravotních službách, In: Sbírka zákonů 5.3., Částka č. 131, § 38. ISSN 1211-1244.

ELECTROCONVULSIVE THERAPY IN PATIENTS WITH MAJOR DEPRESSIVE DISORDER



ABSTRACT

This article focuses on Electroconvulsive Therapy from the perspective of patients with major depressive disorder who have undergone or are currently undergoing therapy. Electroconvulsive therapy (ECT) is a treatment method that is used to treat mental disorders, including depression, unresponsive to other medical treatments. It is a treatment method that has been used for several decades and although it is an integral part of today's modern psychiatric treatment, it is associated with many prejudices and controversies from the past and often remains a misunderstood modality. This is partly due to the stigma associated with possible public perceptions, but also to concerns about side effects such as memory loss and cognitive impairment. Depression is a serious condition that affects millions of people in different ways and with individual perceptions. Despite the availability of various treatments, including drug therapy, there are still many patients who experience significant symptoms of depression that continue to affect their quality of life. In the first part of the paper, the starting points related to the topic of EKT are presented. In the second part, the results of the research are presented, which was focused on patients with mental disorders. The aim of the research was to find out what effect electroconvulsive therapy has on major depressive disorder from the patient's point of view.

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

Bc. Denisa Schwarzová
Fakultní nemocnice Bulovka
Budínova 67/2
18081 Praha 8 - Libeň
e-mail: Denisa.schwarzova13@seznam.cz

KEYWORDS:

Depression, electroconvulsive therapy,
patient, quality of life

VÝVOJ ROZŠÍŘENÉ INVAZIVNÍ A NEINVAZIVNÍ MONITORACE HEMODYNAMIKY NA ODDĚLENÍ ARO NEMOCNICE JIHLAVA Z POHLEDU VŠEOBECNÉ SESTRY SPECIALISTKY

ZUZANA KOSAKOVÁ
LENKA NĚMCOVÁ
VYSOKÁ ŠKOLY POLYTECHNICKÁ
JIHLAVA

MARTIN SALÁT
NEMOCNICE JIHLAVA

ABSTRAKT

V dnešní době jsme svědkem rychlého vývoje technologií, který nemíjí ani ošetrovatelskou péči o pacienty a přístrojové vybavení v nemocnicích.

Na oddělení Anesteziologicko resuscitačním v Nemocnici Jihlava vždy usilovali o co nejmodernější přístrojové vybavení a tím zlepšení péče o pacienty. Velkou zásluhu na tom má vedení oddělení v čele s prim. MUDr. Vítem Bártou. Na všeobecné sestry pracující na tomto typu oddělení jsou také kladeny vysoké nároky na specializační vzdělání, odbornost, přesnost a schopnost se vzdělávat v nejnovějším přístrojovém vybavení.

V minulosti k co nejpresnějšímu náhledu na vývoj stavu pacienta bylo nutné zavádět postupy invazivního rozšířeného měření hemodynamiky. V nynější době již tato invazivní cesta monitorace není nezbytně nutná a výsledky měření mohou být dostačující i neinvazivní formou. Výhody z toho plynou jak pro pacienta, tak i pro ošetrovatelský personál. Vždy je ovšem na zvážení lékaře, který typ rozšířené monitorace hemodynamiky je pro pacienta výhodný, určuje to také jeho následnou léčbu.

KLÍČOVÁ SLOVA:

Rozšířená monitorace hemodynamiky, ošetrovatelská péče, PICCO, Starling, Swan-Ganzův katetr, Vigileo

ÚVOD

Intenzivní medicína prochází vývojem každý rok, stejně tak i zde používané technologie. Pro všeobecnou sestru specialistku je nutné zvládnout na oddělení ARO ošetrovatelskou péči o pacienta v nejzávažnějším zdravotním stavu s velkým množstvím ošetrovatelských výkonů a také manipulaci s nejmodernějším přístrojovým vybavením. Velký význam tedy má systém celoživotního vzdělávání se i u nás nelékařských zdravotnických pracovníků. Rozšířená monitorace hemodynamiky nám přináší celkový obraz o fungování kardiovaskulárního systému a říká nám také o velikosti dodávky O₂ do tkání, následně poskytuje i náhled na účinnost zvolené terapie. V dřívějších dobách bylo tzv. zlatým standardem použití Swan-Ganzova katétru. Postupem času se začalo spíše využívat semiinvasivních metod měření hemodynamiky pomocí metody tepové křivky, např. PiCCO, LiDCO a Vigileo. V nynější době je na ARO Nemocnice Jihlava nejčastěji používanou technikou neinvazivní rozšířená monitorace hemodynamiky pomocí přístroje STARLING. V praxi to znamená velký posun a zároveň snižování rizik pro pacienta, která plynou z jakéhokoliv invazivního vstupu. Hodnoty získané tímto měřením můžeme rozdělit na přímo naměřené hodnoty a hodnoty vypočtené, pomáhají nám k přesnějšímu určení příčiny oběhové nestability a také ke kontrole nastavené léčby. Naměřené hodnoty je vždy nutné posuzovat v kontextu s anamnézou a klinickým stavem pacienta. V následujících kapitolách budou jednotlivé metody podrobněji popsány.

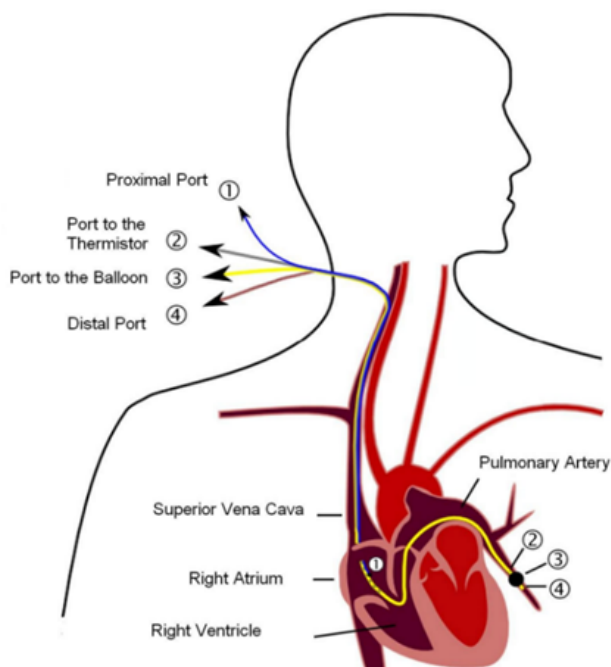
SWAN-GANZŮV KATÉTR

Do klinické praxe byl tento katétr zaveden na začátku 70. let minulého století. Swanganzův katetr byl na ARO Nemocnice Jihlava nejvíce využíván do roku 2009. Jedná se o metodu invazivního monitorování za použití plicnicového termodilučního katétru. Jako výhodu této metody můžeme uvést možnost odběru smíšené žilní krve, diferenciální diagnostiku nekardiálního nebo kardiálního plicního edému, lze také hodnotit závažnost plicní hypertenze. Jako invazivní monitorace má své nevýhody, nejzávažnější je riziko vzniku infekce, velká míra invazivity a časté komplikace jako arytmie, poškození chlopní, endokardu, výskyt trombóz a další. (Adamus, 2012, Petrů 2013)

Katetr umožňuje měření hodnot CO (srdeční výdej), CI (srdeční index), PAP (tlak v plicnici), PCWP (tlak v zaklínění), CVP (centrální žilní tlak), SvO₂ (saturace žilní krve kyslíkem) a také další vypočítané parametry, je vybaven i teplotním snímačem pro invazivní měření TT (tělesné teploty). Indikací k zavedení katétru bývá akutní oběhové selhání, akutní infarkt myokardu, perioperační indikace, šokové stavy, akutní EAP a další. Tento speciální balónkový katetr je dlouhý 110 cm, zavádí se přes sheat do v.subclavia nebo v.jugularis, dál skrze horní dutou žílu až do pravé síně, přes pravou komoru a do větve plicní tepny. Během zavádění katétru je za stálého sledování tlakových křivek poznat, v kterém místě se katetr aktuálně nachází. (Kapounová, 2020)

Úkolem sestry při zavádění Swan-ganzova katétru je připravit lékaři vhodné pomůcky, aseptické prostředí, asistovat u samotného výkonu, předcházet komplikacím, monitorovat stav pacienta a případné změny lékaři hlásit. Před samotným zavedením je nutné upravit polohu pacienta do mírné Trendelenburgovi polohy a podle zvoleného místa zavedení upravit polohu hlavy pacienta. Před výkonem je také nutné provést hygienu v místě vpichu a případné ostříhání zvýšeného ochlupení. (Pokorná, 2014)

Obrázek 1: Swan-Ganzův katétr



Zdroj: www.wikiskripta.eu/w/Zaveden%C3%AD_Swan-Ganzova_katetru_%28pediatrie%29

Ošetrovatelská péče o tento typ katétru je podobná jako o centrální žilní katétr. Vždy je nutné se řídit platnými standardy ošetrovatelské péče v daném zařízení. Všeobecná sestra specialistka je povinna sledovat průchodnost, funkčnost a také správné uložení katétru, okolí místa vpichu a adekvátní tlak v přetlakové manžetě s proplachovacím roztokem (minimálně 250 mmHg). Nutné je také pravidelné nulování snímače na monitoru a kalibrace přístroje. Naměřené hodnoty všeobecná sestra specialistka zapisuje pravidelně do dokumentace. (Veselá, 2016)

VIGILEO

Systém Vigileo pracuje na principu snímání a následné analýzy pulzové křivky. Tato křivka je zaznamenávána pomocí speciálního senzoru FloTrac, který je kompatibilní s klasickými arteriálními katétry. Považuje se za techniku miniinvazivního měření hemodynamiky, kde není nutná kalibrace systému. Tento přístroj nepracuje na principu měření termodiluční křivky, ale analyzuje pulzovou křivku využitím softwarové databáze a porovnává křivku pacienta, následně také dopočítává hodnoty např. CO a další. Hodnoty, které tento přístroj je schopný měřit nebo vypočítat jsou CI, CO, SV (tepový objem), SVV (variance tepového objemu) a SVR (systémová vaskulární rezistence). (PURO-KLIMA)

Jeho velkou výhodou je snadné používání. Při počátku monitorace všeobecná sestra specialista nastaví základní parametry pacienta (váha a výška, věk a pohlaví). Hodnoty k výpočtu potřebují aktuální hodnoty naměřeného CVP. Tato metoda měření ovšem selhává u změn systémového cévního odporu. (Streitová, 2015)

Na anesteziologicko resuscitačním oddělení Nemocnice Jihlava byl využíván hlavně v letech 2009–2014.

Obrázek 2: Monitor Vigileo



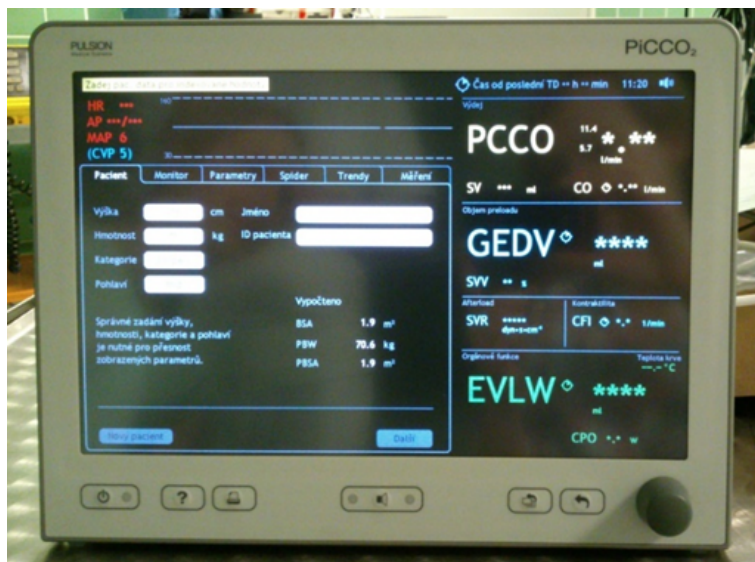
Zdroj: <https://medsystems.es/monitor-edwards-lifesciences-vigileo-p-128.html>

PiCCO2

V překladu název znamená Pulse Contour Cardiac Output. Systém PiCCO umožňuje invazivně měřit hemodynamiku za pomoci centrálního žilního katétru a pomocí speciálního termodilučního arteriálního katétru. U této techniky měření není nutné zavádět katétr přímo do artéria pulmonalis. Naměřené hodnoty srdečního výdeje (CO) jsou však srovnatelné s metodou Swan-Ganzova katétru. Při srovnání těchto technik je PiCCO méně invazivní a výhodná alternativa měření hemodynamiky u kriticky nemocných pacientů. Měření je založeno na principu Frank-Starlingova zákona, který určuje vztah síly svalové kontrakce myokardu při systole a objemovou náplní srdeční komory na konci diastoly. Druhým využitým principem je diluce podaného indikátoru pomocí Fickovy metody. (Vivas a kol., 2008)

PiCCO nám umožňuje měření objemových parametrů preloadu, které ukazují plnění srdce pomocí analýzy arteriální křivky. Preload je spolehlivější parametr než například hodnota CVP. Konkrétně se jedná o parametry globálního objemu na konci diastoly (GEDV), srdeční výdej podle kontury pulzu (PCCO), hodnoty systémové vaskulární rezistence (SVR). Dále umožňuje měření extravaskulární vody v plicích (EVLW), saturaci centrální žilní a arteriální krve kyslíkem a další vypočtené hodnoty. Hlavní indikací použití je septický stav a multiorgánovém selhání. (Ševčík, 2014) Na ARO v nemocnici Jihlava je tato technika využívána od roku 2012 až do současnosti.

Obrázek 4: Monitor PiCCO2



Zdroj: vlastní

Princip termodilučního měření spočívá v aplikaci chladného roztoku katétrem v centrální žíle, kdy křivku termodiluce zaznamená katétr k měření arteriální termodiluce. Tento katétr zároveň slouží ke kontinuálnímu sledování krevního tlaku. Je nutné rozlišit, do které artérie katetr bude zaveden, podle toho se volí i jeho délka. Do a.radialis (dlouhý cca 50 cm), do a.brachialis (dlouhý cca 20 cm). Délka užití je dána výrobcem a místem zavedení. V a.femoralis může být i 10-14 dní, v a.radialis cca 2 dny.

Úkolem všeobecné sestry specialistky je asistence při zavádění invazivních vstupů, péče o ně a také správné připojení k monitoru PiCCO. Před zahájením měření je nutné zadat údaje o pacientovi. Zadáváme jeho hmotnost, výšku, zda je dospělý nebo dítě a jeho pohlaví. Monitor si tak spočítá předpokládanou tělesnou plochu. PiCCO dále potřebuje znát, ve které arterii bude měřit a do které vény aplikujeme bolus. Před každým měřením je také nutné systém vynulovat při správném určení nulového bodu u arteriální komůrky. Jelikož systém PiCCO pracuje i s vypočtenými hodnotami, je nutné mu u každého měření zadat aktuální hodnotu CVP. Každé měření probíhá 3 aplikacemi 20 ml chladného roztoku FR (fyziologického roztoku). Z těchto 3 měření přístroj průměrem určí výsledné hemodynamické parametry. Každý krok monitor personálu píše postupně. Komplikací během monitorace je nekvalitní signál, který může být způsoben okluzí katétru krevní sraženinou nebo jeho zalomením při polohování pacienta.

STARLING SV

Systém hemodynamického měření Starling je neinvazivní a přenosné zařízení pro monitoraci srdečního výdeje. Pracuje na technologii BIOREAKTANCE[®]. Lze na něm provádět měření tepového objemu (SV), variance tepového objemu (SVV), dobu komorové ejekce (VET) a obsah hrudní tekutiny (TFC). Vypočítat umí klinické parametry srdečního indexu (CI), index tepového objemu (SVI), celkovou periferní rezistenci (TPR) a další. Hodnoty systolického a diastolického tlaku umí zpracovat jak z NIBP (neinvazivního měření krevního tlaku), tak z invazivní monitorace arteriálního tlaku. (Uživatelská příručka Starling, 2017) Indikací k zařazení systému Starling do péče může být septický stav, hypotenze, akutní srdeční selhání a další. Na anesteziologicko-resuscitačním oddělení Nemocnice Jihlava se používá od roku 2020.

Obrázek 5: Monitor Starling



Zdroj: <https://www.baxter.com/healthcare-professionals/hospital-care/starling-fluid-management-monitoring-system>

Každý pacient na anesteziologicko resuscitačním oddělení má jedinečné a neustále se měnící potřeby tekutinové terapie. Systém Starling v tomto rozhodovacím procesu může přesně poradit, z jaké terapie bude pacient profitovat. Pro stanovení citlivosti na tekutiny se provádí dynamické hodnocení, kdy srdce zásobujeme malým množstvím tekutiny, aby se změnila jeho odezva. Lze to provést dvěma způsoby, buď tekutinovým bolusem nebo pasivní elevací dolních končetin (PLR). Zjišťujeme tak reakci srdce na zvýšenou zátěž tekutinami, jedná se o cca 250 ml. Pro zjištění výchozí hodnoty Baseline musí být pacient během sledování po dobu 3 minut v polo ležící poloze, kdy hlava a ramena jsou zvýšena o 30–45 stupňů, Navazující krok Challenge je další monitorace po dobu dalších 3 minut, kdy má pacient zdvižené dolní končetiny o 45 stupňů. Po ukončení kroku Challenge si přístroj Starling sám automaticky zobrazí výsledky měření. Druhou možností měření je pomocí protokolu injekce. (Uživatelská příručka Starling, 2017, Starling Fluid Management Monitoring System)

Měření probíhá pomocí senzorů CHEETAH, které mají konfiguraci dvojité elektrody. Současně plní 2 role. První role spočívá v nepřetržitém dodávání střídavého elektrického proudu s nízkou amplitudou, který je dodáván monitorem Starling SV. Druhou úlohou je kontinuální sbírání dat snímaných z kůže pacienta (signál bioimpedance). Měří se časová prodleva nebo fázový posun mezi aplikovaným elektrickým proudem a napětím na hrudníku. Signály jsou následně analyzovány a je určen tepový objem (SV), tepová frekvence, srdeční výdej (CO) a další parametry hemodynamiky. (Uživatelská příručka Starling, 2017)

Obrázek 6: Umístění elektrod CHEETAH na hrudníku



Zdroj: <https://usstarling.baxter.com/fluid-management>

Úkolem sestry specialistky je v kooperaci s lékařem správné umístění senzorů CHEETAH. Sestra specialista před umístěním senzorů musí připravit povrch kůže pacienta. Nutné je oholení ochlupení a otření kůže 70% alkoholem (dle potřeby). Posléze je nutné použít “skelný papír”, který zdrsňuje povrch kůže. Následně se mohou nalepit sensory CHEETAH. Sensory by měly být umístěny v okolí srdce, jsou určeny k jednorázovému použití a nahrazeny by měly být po 48 hodinách používání. Správné umístění je flexibilní. Vrchní čidla musí být umístěna v horní části hrudníku, ramen, podpaží nebo horní části zad, tak aby vždy byly nad úrovní srdce. Spodní sensory umísťujeme na spodní část žeber, boků nebo zad, tak aby byly pod úrovní srdce. Pokud to lze, umísťují se vpravo i vlevo symetricky, ale je možné i asymetrické umístění. Jestliže jsou sensory nesprávně umístěné, na obrazovce monitoru Starling se zobrazí informace o špatné kvalitě signálu. Možnou komplikací by mohla být alergická reakce na nalepené sensory. Do monitoru je nutné zadat parametry pacienta, jako je jeho váha, výška, pohlaví a věk. (Uživatelská příručka Starling, 2017)

Obrázek 7: Obsah balení jednorázových senzorů CHEETAH



Zdroj: vlastní

ZÁVĚR

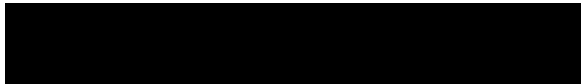
Žádná monitorovací technika nemůže sama ovlivnit výsledný stav pacienta. Neexistují normální hemodynamické hodnoty, které bychom mohli aplikovat plošně u všech pacientů, vždy záleží na aktuální klinické situaci. Všechny výše popsané metody jsou preferovány především u oběhově nestabilních pacientů a pacientů s hypotenzí. Také kontinuální metoda měření přináší více informací a je tedy preferována před intermitentní. (Ševčík, 2014)

V potaz by mělo být zvaženo i riziko, které sebou zvolená technika měření hemodynamiky přináší. Pokud se jedná o invazivní vstup, vždy bude hrozit riziko infekce. Z tohoto pohledu je nejméně rizikovým způsobem měření poslední zmíněná technika Starling, zároveň je i nejjednodušší pro práci všeobecné sestry specialistiky. Pro rozšířené potřeby monitorace hemodynamických parametrů už se může ale jevit z medicínského hlediska jako nedostačující.

POUŽITÉ ZDROJE

- [1] ADAMUS, M. 2012. *Základy anesteziologie, intenzivní medicíny a léčby bolesti*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-2996-0.
- [2] KAPOUNOVÁ, G. 2020. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0130-6.
- [3] PETRŮ, M. 2013. *Úroveň znalostí zdravotnických pracovníků u vybraných výkonů na kardiochirurgickém oddělení pooperační intenzivní péče*. [online]. [cit. 2024-03-13]. Diplomová práce. Praha: Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Dostupné z: <https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/60738/120120218.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- [4] PURO KLIMA, *Katalog produktů Edwards Critical-Care*. [online]. [cit. 2024-04-04]. Dostupné z: <https://docplayer.cz/17081036-Katalog-produktu-edwards-critical-care.html>
- [5] *Starling Fluid Management Monitoring System*. [online]. [cit. 2024-04-09]. Dostupné z: <https://www.baxter.com/healthcare-professionals/hospital-care/starling-fluid-management-monitoring-system>
- [6] STREITOVÁ, D. 2015. *Septické stavy v intenzivní péči*, Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5215-0.
- [7] ŠEVČÍK, P. 2014. *Intenzivní medicína*, Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-066-0.
- [8] *Uživatelská příručka Systém Starling SV*. 2017, Velká Británie: Cheetah Medical
- [9] VESELÁ, M. 2016. *Swan-Ganzův katétr z pohledu sester intenzivní péče*. [online]. [cit. 2024-03-13]. Diplomová práce. Brno: Masarykova univerzita, Lékařská fakulta, Katedra ošetrovatelství. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/iqbof/DP_Vesela.pdf
- [10] VIVAS, M. A., SANCHES, S. S., RODRIGUEZ, P. M. *Hemodynamic monitoring: PiCCO® system*. [online]. [cit. 2024-04-04]. DOI: 10.1016/S1130-2399(08)72755-X, ISSN 11302399. Dostupné z: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-monitorizacion-hemodinamica-sistema-picco-S113023990872755X>

DEVELOPMENT OF EXTENDED INVASIVE AND NON-INVASIVE MONITORING OF HAEMODYNAMICS IN THE ARO DEPARTMENT OF THE HOSPITAL OF THE CZECH REPUBLIC FROM THE POINT OF VIEW OF THE GENERAL NURSE SPECIALIST ALZHEIMER'S DISEASE AND PREVENTION OF FALLS FROM THE CARETAKER'S POINT OF VIEW



ABSTRACT

Nowadays, we are witnessing the rapid development of technologies that do not even pass nursing care for patients and instrumentation in hospitals.

In the Anesthesiology resuscitation department at The Hospital, The Jihlava have always strived for the most advanced instrumentation and thus improved patient care. Much of this is due to the leadership of the department headed by the head of the M.D.D. You know Barta. General nurses working in this type of department are also subject to high demands for specialisation training, expertise, accuracy and the ability to train in the latest instrumentation.

In the past, invasive extended measurement procedures for haemodynamics had to be implemented to give the most accurate insight into the development of a patient's condition. At present, this invasive monitoring pathway is no longer strictly necessary, and measurement results may be sufficient even in a non-invasive

form. There are benefits for both the patient and the nursing staff. However, it is always up to the doctor to decide which type of extended monitoring of haemodynamics is advantageous for the patient, it also determines their subsequent treatment. Currently, Alzheimer's dementia mainly affects people aged 65 and over. At first, the disease affects short-term memory, then long-term memory, and in later stages patients become immobile and dependent on the care of another person. Immobility is accompanied by the risk of falls, and fall prevention is all the more important. The aim of this research was to find out whether fall prevention is better ensured by hospital staff or family members at home. The chosen research method was quantitative research and data collection was ensured by means of a questionnaire survey. The research sample included non-medical health professionals from the Jihlava Psychiatric Hospital, the Alzheimer's Center in Jihlava and family members caring for a family member with Alzheimer's dementia in the home environment. The results of the questionnaire survey were processed in electronic form using graphs.

KEYWORDS:

Enhanced monitoring of haemodynamics, nursing care, PICCO, Starling, Swan-Ganz catheter, Vigileo

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

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

Mgr. Martin Salát
Nemocnice Jihlava
Anesteziologicko-resuscitační oddělení
Vrchlického 59
586 01 Jihlava

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

MENTÁLNÍ ANOREXIE Z POHLEDU VŠEOBECNÝCH SESTER

LENKA GÖRNEROVÁ
LUCIE VACKOVÁ
VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ
JIHLAVA

ABSTRAKT

Mentální anorexie jako porucha příjmu potravy představuje vážný zdravotní problém. Ošetrovatelská péče o pacienty s mentální anorexií se stává výzvou pro všeobecné sestry, neboť vyžaduje komplexní a individuální přístup, který bere v úvahu nejen fyzické, ale i duševní aspekty pacientů a přináší mnohé nástrahy. Cílem výzkumného šetření bylo zjistit praktické zkušenosti v péči o tyto pacienty z pohledu všeobecných sester. Zmapovat, jak všeobecné sestry pracují s pacienty s mentální anorexií, motivují je k uzdravení a podílejí se na prevenci vzniku a recidivě tohoto onemocnění. Jaké nástrahy mohou očekávat při péči o tyto pacienty. Výzkumné šetření probíhalo po dobu třech měsíců a zúčastnilo se ho 109 všeobecných sester, které poskytují ošetrovatelskou péči pacientům s mentální anorexií. K šetření byl využit nestandardizovaný dotazník. Výzkumným šetřením bylo zjištěno, že počty pacientů se zvyšují, vyskytuje se u nich často agresivní chování či sebevražedné sklony. Všeobecné sestry musí sledovat stav pacienta, plánovat péči a poskytovat podporu nejen samotným pacientům, ale i jejich rodinám. Výsledky jsou alarmující a mohou být motivací k přípravě preventivních opatření tohoto onemocnění.

KLÍČOVÁ SLOVA:

Mentální anorexie, porucha příjmu potravy, ošetrovatelská péče, všeobecná sestra

Zabývat se ošetrovatelskými aspekty péče o pacienty s mentální anorexií je nejen aktuální, ale i nezbytné téma pro kvalitní poskytování ošetrovatelské péče. Rostoucí trend v moderní společnosti, spojený s tlakem na fyzický vzhled a standardy krásy, které zvyšují riziko vzniku poruch příjmu potravy, mezi něž patří i mentální anorexie. Tato porucha příjmu potravy představuje vážný zdravotní problém, nezpůsobuje pouze fyzické komplikace, ale významně ovlivňuje i duševní a sociální sféru pacientů. Ošetrovatelská péče o pacienty s mentální anorexií se stává výzvou pro všeobecné sestry, neboť vyžaduje komplexní a individuální přístup, který bere v úvahu nejen fyzické, ale i duševní aspekty pacientů.

Při ošetrovatelské péči o tyto pacienty hrají všeobecné sestry klíčovou roli ve sledování a podpoře psychického zdraví pacienta. Měly by k pacientovi přistupovat s respektem, empatií a profesionálním přístupem. Vždy je důležité respektovat pacientovu důstojnost a poskytovat péči s ohledem na jeho individuální potřeby. Všeobecná sestra by měla být empatická a chápat pacientovy emoce. Důležitá je komunikace mezi ní a pacientem. Měla by aktivně naslouchat, odpovídat na jeho dotazy a vysvětlovat mu lékařské informace tak, aby je srozumitelně pochopil. Je třeba, aby byla k nemocnému otevřená, aby získala jeho důvěru. Respektuje jeho soukromí, chrání citlivé informace. Sestra musí dbát na bezpečnost nemocného. Spolupracuje s celým zdravotnickým týmem, aby byl výsledek léčení co nejefektivnější (Vévoda, 2013). V péči o pacienty, jak píše Grofová (2007), je potřeba velká obezřetnost a pomoc ze strany sester. Pacienti jídlo nejedí, odmítají umělou výživu nebo ji vylévají. Jsou velmi vynalézaví, aby zabránili dostat do sebe jakýkoliv přísun kalorií.

Nejdůležitější je, aby pacient projevil motivaci k léčbě. Pokud tak neučiní a léčba je zahájena bez jeho souhlasu, terapie bude vnímána jako násilí, a ne jako podpora. Léčba poruch příjmu potravy je extrémně náročná z mnoha důvodů. Podstatný je kvalitní terapeutický vztah s pacientem, nikoli osobní přístup. Pacienti často překračují hranice léčebného plánu, projevují frustraci a odpor vůči léčbě, a někdy dokonce přerušují terapii. Tento stav může být frustrující i pro všeobecné sestry, které věnují mnoho úsilí do péče o pacienta a vidí minimální výsledky. Proto je důležité zachovat respekt k pacientovi i v těchto situacích, i když momentálně neprojevuje spolupráci (Krch, Švédová, 2013). Pacienti často vnímají léčbu jako nepříjemnou, protože spojují tento proces s pocitem ztráty kontroly a možného přibírání na váze. Realitu vidí zkresleně. Je důležité, aby se sestry v rámci péče vyvarovaly lhaní a ironickým poznámkám, jak zmiňuje Ringwood (2012).

Cílem výzkumného šetření bylo zjistit praktické zkušenosti v péči o tyto pacienty z pohledu všeobecných sester. Zmapovat, jak všeobecné sestry pracují s pacienty s mentální anorexií, motivují je k uzdravení a podílejí se na prevenci vzniku a recidivě tohoto onemocnění. Jaké nástrahy mohou očekávat při péči o tyto pacienty.

MATERIÁL A METODY

V rámci výzkumného šetření byla zvolena kvantitativní metoda. Sběr dat probíhal pomocí nestandardizovaného dotazníku po dobu třech měsíců od začátku ledna 2024 do konce března 2024. Dotazníky byly distribuovány v tištěné i online podobě. Výzkumného šetření se zúčastnily všeobecné sestry, které poskytují ošetrovatelskou péči pacientům s mentální anorexií, pracující v psychiatrických nemocnicích nebo psychiatrických odděleních. Celkově se do výzkumu zapojilo 109 všeobecných sester. Dotazník obsahoval 20 otázek, z toho 12 uzavřených, 7 polouzavřených a 1 otevřenou. První otázky směřovaly na věk, pohlaví, vzdělání a délku praxe v oboru všeobecné sestry. Další už byly směřovány k mentální anorexii a zjištění specifik ošetrovatelské péče o pacienty s mentální anorexií z pohledu všeobecných sester.

Tabulka 1: Základní charakteristika výzkumného vzorku

Základní parametry	
Pohlaví	n %
Muž	11 (10,09 %)
Žena	98 (89,91 %)
Věk	n %
22–29 let	23 (21,10 %)
30–39 let	25 (22,94 %)
40–49 let	25 (22,94 %)
50–59 let	30 (27,52 %)
60 a více	6 (5,50 %)
Nejvyšší dosažené vzdělání	n %
Středoškolské	25 (22,93 %)
Vyšší odborné	56 (51,38 %)
Vysokoškolské bakalářské	21 (19,27 %)
Vysokoškolské magisterské	7 (6,42 %)
Délka praxe	n %
Méně než 5 let	22 (20,18 %)
5 až 10 let	21 (19,27 %)
11 až 20 let	20 (18,35 %)
Více jak 20 let	46 (42,20 %)

Respondenti byly všeobecné sestry, a to jak ženy, tak i muži, ve věkovém rozmezí od 22 do 69 let, se vzděláním od středoškolského s maturitní zkouškou až po vysokoškolské magisterské a délkou praxe od méně jak 5 let do více jak 20 let.

VÝSLEDKY A DISKUSE

Výsledky výzkumného šetření jsou znázorněny v tabulkách, které znázorňují věkové období nejčastějšího výskytu, motivaci k uzdravení a prevenci onemocnění. V druhé tabulce jsou znázorněny projevy onemocnění z pohledu všeobecných sester.

Tabulka 2: Jaké jsou projevy a spouštěče mentální anorexie z pohledu všeobecné sestry?

S jakými projevy mentální anorexie se setkáváte?	n %
Vyhýbání se jídlu	90 (21,13 %)
Nezdravě štíhlá postava	88 (20,66 %)
Častá kontrola hmotnosti	73 (17,13 %)
Změny v chování	49 (11,50 %)
Bolest břicha	31 (7,28 %)
Nevolnost	44 (10,33 %)
Poruchy spánku	38 (8,92 %)
S žádnými projevy jsem se nesetkala	4 (0,94 %)
Jiné	9 (2,11 %)
Setkáváte se u pacientů s mentální anorexií s agresivním chováním?	n %
Často	6 (5,51 %)
Občas	45 (41,28 %)
Zřídka	31 (28,44 %)
Ne	27 (24,77 %)
Setkáváte se u pacientů s mentální anorexií se sebevražednými sklony?	n %
Často	18 (16,51 %)
Občas	56 (51,38 %)
Zřídka	19 (17,43 %)
Ne	16 (14,68 %)

Jaké spouštěče vzniku mentální anorexie u pacientů pozorujete?	n %
Touha být štíhlý/á	97 (21,71 %)
Problémy s rodiči	81 (18,12 %)
Partnerské vztahy	46 (10,29 %)
Problémy ve škole	74 (16,55 %)
Nepříznivá životní událost	46 (10,29 %)
Kariéra	23 (5,14 %)
Média	23 (5,14 %)
Jiné	57 (12,76 %)

Nejčastější projevy mentální anorexie vidí všeobecné sestry ve vyhýbání se jídlu 21 %, nezdravě štíhlé postavě 21 % a časté kontroly hmotnosti 17 %. Další projevy mentální anorexie jsou podle všeobecné sestry ve změnách chování pacientů 11,5 %, ve stavech nevolnosti 10,5 %, poruchách spánku 9 % a bolestech břicha 7 %. Ve variantě jiné 2 % připsaly sestry možnosti sebepoškozování, nadměrnou pohybovou aktivitu, manipulace a podvody s jídlem, vynechávání menstruace, negativismus a nadměrný příjem tekutin. Necelé procento se s žádnými projevy u nemocných nesetkalo. Výsledky se shodují s výzkumem Petry Krucinové (2015) kde vyšlo, že ze 115 sester 6 % mezi nejčastější projevy příjmu potravy v profesi uvádí poruchy spánku, 20 % vyhublost, nevolnost a bolesti břicha 17 % sester. Odmítání a vyhýbání se jídlu uvedlo 19 % sester a změny chování, jenž mohou být nejčastějším projevem poruch příjmu potravy se domnívá 18 %. Častou kontrolu hmotnosti a vážení uvádí 7 % a 10 % si myslí, že mezi nejčastější projevy poruch příjmu potravy patří záměrné schovávání a vyhazování jídla. 3 % se nesetkaly s projevy poruch příjmu potravy ve své profesi. Výsledky jsou hodně podobné.

U velkého počtu nemocných mentální anorexií se všeobecné sestry ve své praxi občas setkají s agresivním chováním 41 %, zřídka pak ve 28 %. Často řeší agresivní chování pouze 5,5 % všeobecných sester a nikdy se s agresí nesetkalo 25 % z nich. Více než polovina všeobecných sester 51 % se občas setkává se sebevražednými sklony u nemocných, 16,5 % dokonce často. Výsledky korelují s výzkumem Lucie Kyjovské (2014), která testovala podobný počet respondentů (104), 76 % je občas ve styku s agresivními pacienty, 15 % v denním kontaktu a 9 % se s agresivními pacienty setkává pouze výjimečně.

S výskytem sebevražedných sklonů u pacientů s mentální anorexií se setkala více než polovina všeobecných sester 51 % se občas se sebevražednými sklony setkává u nemocných, 17 % dokonce často. Jen zřídka mají pacienti sklon k sebevraždě uvádí 17 % všeobecných sester a 15 % se s těmito sklony nikdy nesetkaly. Výsledky korelují s výzkumem Lucie Kyjovské (2014), která uvádí, že 63 % občas je v kontaktu s pacienty se sebevražednými sklony, 20 % se s nimi pak setkává denně, 14 % výjimečně a 4 % dotázaných se s pacientem s myšlenkami na ukončení života nikdy nesetkali.

Za nejčastější spouštěč vzniku mentální anorexie označilo možnost být štíhlý 22 % z dotázaných. Variantu problém s rodiči vybralo 18 % všeobecných sester, partnerské vztahy zvolilo 10 % dotazovaných. Problémy ve škole vidí 17 % osob jako hlavní spouštěč vzniku mentální anorexie. Nepříznivé životní události zvolilo 10 % respondentů. Jako příčinu kariéru vybralo 5 %, média 13 % osob ze zkoumaného vzorku. Dle Papežové (2017) patří perfekcionalismus, snaha zalíbit se druhým a velká sebekritičnost, mezi rizikové povahové rysy. Proto je třeba dávat na jedince, u kterých se některý z těchto povahových rysů vyvine, extrémní pozor na jejich stravovací návyky. Spouštějící faktory jedinců se podle věku mohou lišit u dětí jsou to často rozvody rodičů, problémy ve škole, pak problémy s vrstevníky, prvními partnerskými vztahy, ve středním věku pak manželské problémy a problémy s dětmi nebo po porodu (Papežová, 2018).

Tabulka 3: Jaká je motivace k uzdravení a prevence recidivy onemocnění z pohledu všeobecné sestry?

Ve kterém věkovém období jsou nejčastěji Vaši pacienti s mentální anorexií.	n %
Méně než 13 let	7 (6,42 %)
13–14 let	55 (50,46 %)
15–16 let	38 (34,86 %)
17–18 let	4 (3,67 %)
Více než 18 let	5 (4,59 %)
Jaká je podle Vás motivace pro pacienta trpící mentální anorexií k uzdravení?	n %
Zdraví	74 (33,18 %)
Rodina	45 (20,18 %)
Partner	49 (21,97 %)
Přátelé	52 (23,32 %)
Jiné	3 (1,35 %)
Jakým způsobem se na Vašem oddělení podílíte na prevenci vzniku a recidivě mentální anorexie?	n %
Rozhovory	75 (28,09 %)
Edukace	69 (25,84 %)
Práce s psychologem	75 (28,09 %)
Letáky	8 (3 %)
Peer konzultant	20 (7,49 %)
Nepodílíme se	20 (7,49 %)

Domníváte se, že lidí trpících mentální anorexií je každým rokem.	n %
Více	75 (68,81 %)
Stejně	19 (17,43 %)
Méně	3 (2,75 %)
Nevím	12 (11,01 %)

Nejčastější věk, kdy se všeobecné sestry starají o nemocné s mentální anorexií je 13–14 let 50,5 %. Podle Ústavu zdravotnických informací a statistiky (www.uzis.cz) co se týká věkového rozložení při porovnání roku 2011 a 2017 došlo k největšímu nárůstu hospitalizací u věkové skupiny 10–14 let, kdy v roce 2011 to bylo 63 pacientů na 103 z roce 2017, největší nárůst byl u věkové skupiny 15–19 let ze 122 v roce 2011 na 178 v roce 2017.

Největší motivací k uzdravení z pohledu všeobecné sestry je u pacientů návrat ke zdraví 33 %. Při srovnání s dlouhodobou zahraniční studií mentální anorexie a bulimie (Kamryn T, 2017) bylo sledovat, zda se ženy z nemoci zcela uzdravily, nebo se jim onemocnění vrátilo. Studie probíhala v Bostonu v Massachusetts General Hospital 25 let. Ženy s mentální anorexií byly hodnoceny po devíti a dvaceti až dvaceti dvou letech sledování. Zahájení studie proběhlo již v roce 1987, poslední sledování je datováno k roku 2013. Studie probíhala formou strukturovaného klinického rozhovoru. Po 22 letech sledování se uzdravilo 62,8 % účastníků s mentální anorexií, po 9 letech to bylo pouze 31,4 % účastníků. Je vidět, že motivace k uzdravení je, ale úspěchy nejsou úplně optimální a je to cesta na dlouhou trať.

Prevenici vidí všeobecné sestry hlavně v rozhovorech s pacientem 28 %, v práci s psychologem 28 % a peer konzultantem 28 %, dále v edukaci pacienta 26 %. Zajímavé je, že 7,5 % všeobecných sester se prakticky nepodílí na předcházení vzniku a recidivě tohoto onemocnění. Podle Krcha a Švédové (2013) je hlavním cílem, aby pacient projevil vlastní motivaci k léčbě. Pokud tak neučiní a léčba je zahájena bez jeho souhlasu, terapie bude vnímána spíše jako zlo než jako podpora. Léčba poruch příjmu potravy je mimořádně obtížná z mnoha hledisek a vyžaduje značnou empatii, trpělivost, pochopení a efektivní komunikaci. Klíčový je kvalitní terapeutický vztah s pacientem, ne tolik osobní přístup. Pacienti často překračují hranice léčebného plánu, projevují frustraci a odpor vůči terapii, a někdy dokonce přerušují léčbu. To může být frustrující i pro všeobecné sestry, které vynakládají mnoho úsilí do péče o pacienta a vidí minimální pokrok. Proto je důležité zachovat respekt k pacientovi i v těchto situacích, když momentálně neprojevuje spolupráci.

Nemocných trpících mentální anorexií stále přibývá. Na tom se shodlo téměř 79 % z dotázaných. Podle Ústavu zdravotnických informací a statistiky (www.uzis.cz) péče o pacienty s poruchami příjmu potravy v ČR v letech 2011–2017 stále stoupá z 339 hospitalizací v roce 2011 na 454 v roce 2017. Poruchy příjmu potravy (diagnózy F50.0

– F50.9) tvoří okruh onemocnění, kam patří i mentální anorexie. Je tedy jasné, že přibývá stále pacientů s mentální anorexií. Pouze ve čtyřech krajích byl zaznamenán úbytek nemocných, což můžou být odpovědi všeobecných sester, které zaškrtnly variantu ubývá.

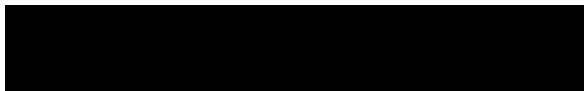
ZÁVĚR

Výzkumným šetřením bylo zjištěno, že počty pacientů se zvyšují, vyskytuje se u nich často agresivní chování či sebevražedné sklony. Dále bylo zmapováno, že ošetrovatelská péče je nejen fyzická, ale i psychická a sociální pomoc pacientům s mentální anorexií. Všeobecné sestry musí sledovat stav pacienta, plánovat péči a poskytovat podporu nejen samotným pacientům, ale i jejich rodinám. Je nezbytná spolupráce mezi všeobecnými sestrami, lékaři, psychology a dalšími členy týmu zdravotnických pracovníků. Tato spolupráce a přístup k pacientovi je nejdůležitější pro úspěšnou léčbu mentální anorexie. Je nutné, aby všeobecné sestry dbaly na svůj vlastní psychický a emocionální stav, neboť péče o pacienty s mentální anorexií může být náročná a vyžaduje od nich profesionální přístup a empatii. Z výsledků je možné říci, že všeobecné sestry hrají velkou roli v poskytování péče o pacienty s mentální anorexií. Jejich znalosti, dovednosti a empatický přístup jsou nezbytné pro léčbu a uzdravení pacientů. Je třeba neustále se vzdělávat a rozvíjet, aby byla zajištěna co nejkvalitnější péče a podpora pro postižené touto závažnou poruchou stravování, které někdy končí i smrtí. Výsledky jsou alarmující a mohou být motivací k přípravě preventivních opatření tohoto onemocnění.

POUŽITÉ ZDROJE

- [1] GROFOVÁ, Z. 2007. *Nutriční podpora*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1868-2.
- [2] KAMRYN T, E. 2017. *Recovery From Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa at 22-Year Follow-Up*. Online. Psychiatrist.com. 2017. [cit. 2024-04-17]. Dostupné z: https://www.psychiatrist.com/jcp/recovery-from-anorexia-and-bulimia-at-year-follow-up/?fbclid=IwAR16E6oamA1ZTnw35D3mTgZA111y41xE63D_1PCKEr5Xaf8biwjyuaxvNbY_aem_ASewrSQLxmark6xZZUrHjNT981UpyEbrGlz-nItKUr36DWeeyDP8fM3g-vMY0QnvIBjmJzC6oPnY-HQoynW4qCnV
- [3] KRCH, F. D., ŠVÉDOVÁ, J. 2013. *Příručka pro zdravotníky, aneb, Různé tváře poruch příjmu potravy*. knihovna.anabell.cz. ISBN 978-80-905436-5-2. Dostupné z: <http://knihovna.anabell.cz/>
- [4] KRUCINOVÁ, P. 2015. *Pohledy zdravotních sester na problematiku poruch příjmu potravy*. Online. 2015. [cit. 2024-04-02]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/ajnbid/13647868>
- [5] KYJOVSKÁ, L. 2014. *Specifika ošetrovatelské péče o psychicky nemocné*. Online. 2014. [cit. 2024-04-02]. Dostupné z: https://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/27962/kyjovsk%C3%A1_2014_dp.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- [6] PAPEŽOVÁ, H. 2018. *Anorexie, bulimie a psychogenní přejídání: interdisciplinární a transdiagnostický pohled*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2018. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-4904-7
- [7] PAPEŽOVÁ, H. 2017. *Poruchy příjmu potravy jsou začarovaný kruh*. Online. [cit. 2024-04-02] Dostupné: online <https://atypmagazin.cz/profesorka-papezova-poruchy-prijmu-potravy-jsou-zacarovany-kruh/>
- [8] RINGWOOD, S. et al. 2012. *The beat guide understanding rating disorders*. Norwich: Wensum House. ISBN 978-0-9574686-0-3.
- [9] ÚZIS. 2018. *Péče o pacienty s poruchami příjmu potravy v ČR v letech 2011–2017*. Online. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. 2018. [cit. 2024-04-02]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/>.
- [10] VÉVODA, J. 2013. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. 2013. Praha: Grada Publishing, 2013. ISBN 978-80-247-4732-3.

ANOREXIA NERVOSA FROM THE PERSPECTIVE OF GENERAL NURSES



ABSTRACT

Anorexia nervosa as an eating disorder is a serious health problem. Nursing care of patients with anorexia nervosa becomes a challenge for general nurses, as it requires a complex and individual approach that takes into account not only the physical but also the mental aspects of the patients and adds many pitfalls. The aim of the research investigation was to find out the practical experience in caring for these patients from the point of view of general nurses. To map how general nurses work with patients with anorexia nervosa, motivate them to recover and participate in the prevention of the onset and recurrence of this disease. What pitfalls can they expect when caring for these patients. The research investigation took place over a period of three months and was attended by 109 general nurses who provide nursing care to patients with anorexia nervosa. A non-standardized questionnaire was used for the investigation. A research investigation found that the number of patients is increasing, they often exhibit aggressive behavior or suicidal tendencies. General nurses must monitor the patient's condition, plan care and provide support not only to the patients themselves, but also to their families. The results are alarming and can be a motivation to prepare preventive measures for this disease.

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. Lucie Vacková
Vysoká škola polytechnická Jihlava
Tolstého 16
586 01 Jihlava
e-mail: vackov28@student.vspj.cz

KEYWORDS:

Anorexia nervosa, eating disorder, nursing care, general nurse

RAPID REVIEW: VYUŽITÍ METOD A TECHNIK V SOCIÁLNÍ PRÁCI V KONTEXTU PODPORY DĚTÍ A MLADISTVÝCH S DUŠEVNÍ PORUCHOU

KLAUDIE NĚMEČKOVÁ
ALENA HRICOVÁ
JIHOČESKÁ UNIVERZITA
V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH

ABSTRAKT

Tento rapid review se zaměřuje na prevenci duševních poruch u dětí a mladistvých a roli sociální práce, konkrétně využití metod a technik v této oblasti. Hlavním cílem tohoto článku je analyzovat různé strategie a intervence zaměřené na prevenci duševních poruch u mladých jedinců a také jsou zkoumány různé terapeutické přístupy. Výsledkem analýzy dokumentů emergují dvě klíčové odvětví, na které je nezbytné se v souvislosti s problematikou duševního zdraví u dětí a mladistvých zaměřit. Prvním z nich je prevence, která se ukazuje jako základní a prioritní oblastí. Druhým důležitým odvětvím je intervence, což zahrnuje různé terapeutické strategie a metody, které jsou zaměřeny na podporu duševního zdraví již v případě, že se objeví počáteční potíže nebo rizikové faktory. Práce zdůrazňuje, že sociální práce hraje důležitou roli v podpoře duševního zdraví dětí a mladistvých.

KLÍČOVÁ SLOVA:

Děti, duševní poruchy, metody, mladiství, sociální práce, techniky

ÚVOD

Podpora dětí a mladistvých s duševní poruchou je důležitým oborem v sociální práci, který si klade za cíl poskytnout specifickou podporu a péči těmto zranitelným jedincům. Sociální pracovníci mají schopnost identifikovat sociální faktory a kontext, které mohou ovlivnit duševní zdraví dětí a mladistvých, a mohou poskytovat nejen individuální terapie, ale také pracovat s rodinami, školou a komunitou. Role sociální práce v kontextu podpory dětí a mladistvých hraje roli při prevenci duševních poruch, poskytování podpory rodinám, které se potýkají s duševními problémy svých dětí, a vytvářejí inkluzivní a podpůrné prostředí ve školách a komunitě. Díky svému multidisciplinárnímu vzdělání mohou sociální pracovníci koordinovat různé intervenční strategie a spolupracovat s ostatními profesionály, kterými jsou psychologové, psychiatři a pedagogové, s cílem poskytnout komplexní péči a podporu. Sociální pracovníci mohou různými intervencemi posilovat podpůrné systémy a rozvíjet sítě dostupných služeb a zdroj pro tyto jedince a jejich rodiny. Celkově lze říci, že sociální práce hraje významnou roli v podpoře dětí a mladistvých s duševními poruchami, a to jak na individuální, rodinné, školní, tak i komunitní úrovni. Sociální pracovníci přinášejí perspektivu a dovednosti do multidisciplinárního týmu a pomáhají vytvářet prostředí, které podporuje duševní zdraví a celkový rozvoj těchto zranitelných skupin. V tomto rapid review se zaměříme na rychlý přehled využití různých metod a technik v sociální práci při práci s dětmi a mladistvými s duševními poruchami.

METODOLOGIE

Výzkumná metodologie zahrnuje průzkum literatury provedených v renomovaných databázích, jako jsou Proquest a Scopus. Vyhledávání bylo realizováno pomocí klíčových slov social services, adolescents, psychological problems, help, intervention, method, techniqs s využitím Booleovských operátorů „and“ a „or“. V průběhu první fáze vyhledávání bylo nalezeno 448 666 studií, následným filtrováním výsledků bylo dosaženo počtu 13 017. V další fázi analýzy byly odstraněny veškeré duplikáty a studie, které se námi zkoumanou problematikou nezabývaly v požadovaných souvislostech. Byly vyhledány studie, články a systematické přehledy publikované v angličtině v období posledních 10 let. Výsledný počet prací použitých pro zpracování naší přehledové studie byl 12. Sběr a analýza výsledků probíhala v období únor-duben 2023. Při výběru relevantních studií byl kladen důraz na ty, které se zaměřují na metody a techniky v sociální práci a jejich využití v podpoře dětí a mladistvých s duševními poruchami.

PREVENCE

Prevence duševního zdraví je považována za prioritní oblast veřejného zdraví, která zahrnuje včasnou intervenci, dostupnost služeb, vzdělávání a informovanost o duševních zdraví, podporu zdravého životního stylu a omezování stigma. Posílení

podpůrných systému jako je rodina, přátelé a komunita, a spolupráce napříč různými resorty jsou také autory zdůrazněny jako klíčové faktory. Všichni autoři zdůrazňují důležitost prevence duševních poruch u mladých jedinců. Souhlasí s tím, že prevence duševních poruch má škodlivé dopady na jednotlivce a na celou společnost. Dále autoři poukazují na potřebu účinných intervencí zaměřených na rizikové a ochranné faktory. Uvedení autoři se zaměřují na specifické aspekty prevence a intervenčních strategií.

- 1. Prevence duševního zdraví:** Arango et al. (2021) pojednávají o preventivní psychiatrii a nastiňují různé strategie, které by mohly zlepšit duševní zdraví mladých jedinců. Autoři zdůrazňují, že prevence duševních poruch by měla být prioritou veřejného zdraví, protože tyto poruchy jsou běžné a mají škodlivé dopady na životy jednotlivců i na celou společnost. Mezi známé strategie patří včasná intervence a dostupnost, vzdělávání a informovanost s cílem zvýšit porozumění duševnímu zdraví a předcházet duševním poruchám, podporovat zdravý životní styl, omezovat stigma a posilovat podpůrné systémy, jako je rodina, přátelé a komunita. Poznamenávají také, že prevence duševních poruch je dlouhodobý proces vyžadující spolupráci napříč různými sektory, včetně zdravotnictví, školství a sociální péče.
- 2. Prevence sebevražd v dětství a dospívání:** Wasserman, Carli, Iosue, Javed, Herrman (2021) ve své narativní recenzi informují o současném stavu informovanosti v oblasti prevence sebevražd v dětství a dospívání. Autoři se zaměřují na identifikaci rizikových a protektivních faktorů spojených se sebevražedným chováním u dětí a dospívajících a účinnost různých intervencí zaměřených na prevenci sebevražd. K sebevraždě přispívá několik rizikových faktorů, jako jsou příznaky deprese, úzkost, nízké sebevědomí a traumatické životní události. Existuje však také mnoho ochranných faktorů, které mohou snížit riziko sebevraždy, včetně silných sociálních sítí, emoční podpory a dovedností řešení konfliktů. Intervence shledané jako vysoce účinné v prevenci sebevražedného chování u dětí a dospívajících zahrnovaly psychoedukaci, kognitivně-behaviorální terapii, krizové intervence.
- 3. Formy intervencí pro zlepšení duševního zdraví:** Cilar, Štiglic, Kmetec, Barr, Pajnikihar (2020) také analyzovali studie o formách intervence, přičemž se zaměřili na 26 studií v letech 2010-2019. Tyto intervenční formy byly zaměřeny na programy ke zlepšení duševního zdraví, prevenci sebepoškozování, prevenci šikany, rozvoje emoční inteligence a zlepšení školního prostředí. Autoři zjistili, že intervence zaměřené na duševní zdraví a psychosociální vývoj u adolescentů jsou účinné v různých oblastech, jako je zlepšení duševního zdraví, snížení stresu, zlepšení sebeúcty a sociálních vztahů. Tyto intervence by podle autorů mohly snížit riziko sebepoškozování a šikany.
- 4. Vnímání učitelů k podpoře duševního zdraví studentů:** Maclean, Law (2022) předkládá poznatky o tom, jak učitelé základních škol vnímají podporu duševního zdraví jejich žáků. Dotazníkové šetření provedené mezi 320 učiteli základních škol v Austrálii mělo za cíl porozumět tomu, jaké role učitelé vnímají v duševním zdraví svých žáků, překážky při naplňování těchto rolí a schopnosti učitelů

v této oblasti. Výsledky ukázaly, že učitelé vnímají svou roli v podpoře duševního zdraví svých žáků jako velmi důležitou, včetně prevence a odhalování psychických problémů, podpory žáků s duševními potížemi a spolupráce s rodiči a odborníky na duševní zdraví. Mezi hlavní překážky patří nedostatečná odborná příprava a nedostatečná podpora ze strany školy a vládních institucí.

INTERVENCE

Autoři se také zabývají různými terapeutickými přístupy a intervencemi pro podporu duševního zdraví dětí a adolescentů. Systémové terapie, jako jsou strukturální, strategická, kontextuální, narativní a kolaborativní terapie, jsou zkoumány jako účinné přístupy při léčbě těchto skupin. Důraz je kladen na zohlednění kultury a rozmanitosti, a nové trendy, jsou terapie zaměřené na trauma a online terapie, které jsou autory taktéž představeny. Autoři se zaměřují na oblast duševního zdraví u dětí, adolescentů a jejich rodin. Věnují se aspektům terapie a intervenci a zohledňují specifika a kontexty v terapeutických přístupech. Taktéž autoři poukazují na důležitost multidisciplinárního a systémového přístupu. Každý z autorů se specializuje na specifickou oblast nebo terapeutický přístup a zkoumají různé terapeutické strategie a metody. Jednotliví autoři se zabývají různými aspekty duševního zdraví a terapie, jako je emocionální regulace, sebepoškozování, poruchy příjmu potravy a zohlednění kultury jednotlivce. Taktéž autoři přinášejí nové trendy a přístupy v oblasti terapie.

1. **Systémové přístupy v rodinných terapiích:** Wampler (2020) popisuje evoluci systémových přístupů v léčbě dětí a adolescentů, včetně strukturální, strategické, kontextuální, narativní a kolaborativní terapie. Autor zdůrazňuje roli kultury a rozmanitosti v systémové terapii a nové trendy jako terapie zaměřené na trauma a online terapie¹.
2. **Emocionální regulace u adolescentů:** Fusar-Poli, Correll, De France, Hollenstein (2021) zkoumají vztah mezi strategiemi emocionální regulace a jejich úspěšností v různých sociálních a emocionálních kontextech. Jejich zjištění poukazují na to, že úspěšnost emocionální regulace závisí na specifických strategiích a kontextu.
3. **Intervence na snížení sebepoškozování:** Griffiths, Dawber, McDougall et al. (2022) přináší přehled intervencí na snížení sebepoškozování u dětí po hospitalizaci v psychiatrických zařízeních, jako jsou kreslení, psaní deníků, terapeutické hry a cvičení mindfulness.
4. **Alternativy hospitalizace u poruch příjmu potravy:** Krishnamoorthy, Shin, Rees (2023) zkoumají účinnost denních programů jako alternativy k hospitalizaci u dětí a adolescentů s poruchami příjmu potravy.
5. **Systémová rodinná terapie u poruch příjmu potravy:** Blessitt, Baudinet, Simic, Eisler (2020) se zaměřují na léčbu poruch příjmu potravy pomocí systémové rodinné terapie a uvádějí různé strategie, které mohou být v této terapii využity.
6. **Zohlednění kultury v terapii:** Yang, Chiu (2020) diskutují o způsobech, jak zohlednit kulturu a kulturní faktory v terapii adolescentů s duševními poruchami.

7. **Přístup "Family Safeguarding":** Buivydaite, Morgan, Irving et al. (2023) se zabývají novým přístupem ke zlepšení rodinného zabezpečení zvaným "Family Safeguarding", který je založen na multidisciplinárním a systémovém přístupu k podpoře celé rodiny.

DISKUZE

Téma podpory dětí a mladistvých s duševními poruchami v rámci sociální práce hraje podstatnou roli při identifikaci sociálních faktorů a prozkoumání kontextů, které ovlivňují duševní zdraví těchto jedinců. Různí autoři z různých vědních disciplín, kteří se zabývají intervencemi u dětí a mladistvých s duševními poruchami, předkládají rozličné perspektivy na vhodné metody a techniky, které by měli sociální pracovníci aplikovat pro tuto zranitelnou populaci. Někteří odborníci zdůrazňují nezbytnost prevence již v dětství, aby bylo možné předejít vzniku vážnějších psychických problémů v budoucnosti (Fusar-Poli, Correll, Arango a kol., 2021; Beger, Raupert, Allen, 2020; Compton, Shim, 2020). Na druhé straně jiní odborníci akcentují efektivitu různých terapeutických přístupů a strategií, které mohou pomoci těmto mladým jedincům zvládat jejich duševní obtíže (Karukivi, Säteri, Tornivuori a kol., 2020; Patafio, Miller, Baldwin a kol., 2021). V kontextu poskytování těchto intervencí je nicméně klíčové brát v úvahu, že sociální pracovníci disponují odlišnými dovednostmi a kompetencemi než psychiatři, psychoterapeuti nebo psychologové. Z tohoto důvodu je často pro sociální pracovníky nezbytné absolvovat specifický odborný kurz nebo výcvik, aby byli schopni adekvátně poskytovat tuto podporu. S tímto faktem jsou neodmyslitelně spojeny i různé výzvy, kterým čelí sociální pracovníci při poskytování podpory dětem a mladistvým s duševními poruchami. Mezi tyto výzvy může patřit nedostatek finančních prostředků a omezená dostupnost relevantních služeb, což může být klíčovou překážkou při poskytování nezbytné péče. Dalším aspektem, který vyžaduje pozornost, je nedostatečná odborná příprava a nedostatečná podpora pro sociální pracovníky, kteří se s touto problematikou potýkají. Aby bylo dosaženo efektivní a účinné podpory, je nutné vyřešit tyto výzvy a poskytnout sociálním pracovníkům odpovídající zázemí, vzdělání a zdroje pro jejich práci s dětmi a mladistvými s duševními poruchami. Rozšiřující se pochopení a podpora ze strany společnosti, vládních institucí a relevantních profesionálů mohou hrát rozhodující roli při zdolávání těchto výzev a zlepšování kvality péče poskytované této citlivé skupině.

ZÁVĚR

V kontextu podpory dětí a mladistvých s duševními poruchami je sociální práce zásadním oborem, který má klíčovou roli ve snižování rizik duševních poruch, poskytování podpory rodinám a vytváření inkluzivního prostředí ve školách a komunitě. Důležitost prevence duševních poruch u mladých jedinců je zdůrazněna a také význam intervencí zaměřených na rizikové a ochranné faktory. Metodologie rapid review je důležitým prvkem této studie, který umožnil systematický a efektivní přístup

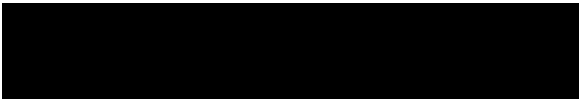
k analýze relevantních studií a článků. Díky vyhledávání literatury v renomovaných databázích byla zajištěna kvalita použitých zdrojů. Celkově lze tedy konstatovat, že sociální práce hraje významnou roli v podpoře dětí a mladistvých s duševními poruchami, a je klíčovým faktorem jak na individuální, rodinné, vzdělávací, tak i komunitní úrovni. Různé terapeutické strategie a metody, zohlednění kultury a spolupráce mezi různými profesionály jsou nezbytné pro poskytování komplexní péče a podpory těmto zranitelným skupinám. Důležité je také nadále zkoumat a rozvíjet oblast podpory duševního zdraví dětí a mladistvých s duševními poruchami, ať už prostřednictvím dalšího výzkumu, nebo zlepšováním odborné přípravy sociálních pracovníků. Pouze tak můžeme efektivně reagovat na potřeby těchto zranitelných skupin a zajistit jim vhodnou podporu a péči pro jejich duševní zdraví a celkový rozvoj.

POUŽITÉ ZDROJE

- [1] ARANGO, C., DRAGIOTI, E., SOLMI, M., CORTESE, S., DOMSCHKE, K., MURRAY, R. M., JONES, P. B., UHER, R., CARVALHO, A. F., REICHENBERG, A., SHIN, J. I., ANDREASSEN, O. A., CORREL, C.U. FUSAR-POLLI, P. 2021. Risk and protective factors for mental disorders beyond genetics: an evidence-based atlas. *World Psychiatry*, 20(3), s. 417-436. <https://doi.org/10.1002/wps.20894>
- [2] BERGER, E., REUPERT, A., ALLEN, K. 2020. School-based prevention and early intervention for student mental health and wellbeing: an Evidence Check rapid review brokered by the Sax Institute.
- [3] BLESSITT, E., BAUDINET, J., SIMIC, M., a EISLER, I. 2020. Eating Disorders in Children, Adolescents, and Young Adults. In *The Handbook of Systemic Family Therapy*, s. 397–427.
- [4] BUIVYDAITE, R., MORGAN, M., IRVING, D., CARTER, J., FARNCOMBE, H., a VINCENT, C. 2023. Staff experience of a new approach to family safeguarding in Oxfordshire Children's Social Care Services. *Child & Family Social Work*, 1– 11. <https://doi.org/10.1111/cfs.13020>
- [5] CILAR, L., ŠTIGLIC, G., KMETEC, S., BARR, O., PAJNKIHAR, M. 2020. Effectiveness of school-based mental well-being interventions among adolescents: a systematic review. *Journal of Advanced Nursing*. doi:10.1111/jan.14408
- [6] COMPTON, M. T., SHIM, R. S. 2020. Mental Illness Prevention and Mental Health Promotion: When, Who, and How. *Psychiatric Services*, 71(3).
- [7] FUSAR-POLI, P., CORREL, C. U., ARANGO, C., BERK, M., PATEL, V., IOANNIDISI, J. P. A. 2021. Preventive psychiatry: a blueprint for improving the mental health of young people. *World Psychiatry*, 20(2), s. 200–221. doi:10.1002/wps.20869
- [8] GRIFFITHS, R., DAWBER, A., MCDUGALL, T., MIDGLEY, S. BAKER, J. 2022. Non-restrictive interventions to reduce self-harm amongst children in mental health inpatient settings: Systematic review and narrative synthesis. *International Journal of Mental Health Nursing*, 31, s. 35-50. <https://doi.org/10.1111/inm.12940>
- [9] KARUKIVI, J., HERRALA, O., SÄTERI, E. a kol. 2021. The Effectiveness of Individual Mental Health Interventions for Depressive, Anxiety and Conduct Disorder Symptoms in School Environment for Adolescents Aged 12-18- A Systematic Review. *Frontiers in Psychiatry*.
- [10] KRISHNAMOORTHY, G., SHIN, S. M., REES, B. 2023. Day Programs for children and adolescents with eating disorders: A systematic review. *European Eating Disorders Review*, 31(2), s. 199–225. <https://doi.org/10.1002/erv.2953>
- [11] MACLEAN, L., a LAW, J. M. 2022. Supporting primary school students' mental health needs: Teachers' perceptions of roles, barriers, and abilities. *Psychology in the Schools*, 59, s. 2359–2377. <https://doi.org/10.1002/pits.22648>
- [12] PATAFIO, B., MILLER, P. G., BALDWIN, R., TAYLOR, N., HYDER, S. 2021. A systematic mapping review of interventions to improve adolescent mental health literacy, attitudes and behaviours. *Early Intervention in Psychiatry*, 15, s. 1470-1501.

- [13] PUCHOL-MARTÍNEZ, I., VALLINA FÉRNANDEZ, Ó., SANTED-GERMÁN, M. A. 2023. Preventive interventions for children and adolescents of parents with mental illness: A systematic review. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, s. 1–19. <https://doi.org/10.1002/cpp.2850>
- [14] WAMPLER, R. S. 2020. The Evolution of Systemic Approaches to Children and Adolescents. In *The Handbook of Systemic Family Therapy*, s. 1–33.
- [15] WASSERMAN, D., CARLI, V., IOSUE, M., JAVED, A., HERRMAN, H. 2021. Suicide prevention in childhood and adolescence: a narrative review of current knowledge on risk and protective factors and effectiveness of interventions. *Asia Pac Psychiatry*, 13(3), e12452. <https://doi.org/10.1111/appy.12452>
- [16] YANG, X., CHIU, M. Y. L. 2020. Treatment of Adolescent Mental Disorders: Cross-Cultural Issues. In *The Encyclopedia of Child and Adolescent Development*, s. 1–11.

RAPID REVIEW: UTILIZATION OF METHODS AND TECHNIQUES IN SOCIAL WORK IN THE CONTEXT OF SUPPORTING CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH MENTAL DISORDERS



KONTAKTNÍ ÚDAJE:

Mgr. Klaudie Němečková
Jihočeská univerzita v Českých
Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Ústav sociálních
a speciálněpedagogických věd
Jírovцова 24/1347
370 04 České Budějovice
e-mail: nemeck06@zsf.jcu.cz

doc. PhDr. Alena Hricová, Ph.D.
Jihočeská univerzita v Českých
Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Ústav sociálních
a speciálněpedagogických věd
Jírovцова 24/1347
370 04 České Budějovice
e-mail: hricova00@zsf.jcu.cz

ABSTRACT

This rapid review focuses on the prevention of mental disorders in children and adolescents and the role of social work, specifically the utilization of methods and techniques in this area. The main objective of this article is to analyze various strategies and interventions aimed at preventing mental disorders in young individuals, as well as exploring different therapeutic approaches. The analysis of documents yields two key areas that are essential to address in the context of mental health issues in children and adolescents. The first is prevention, which proves to be a fundamental and prioritized area. The second important area is intervention, which encompasses various therapeutic strategies and methods aimed at supporting mental health when initial difficulties or risk factors emerge. The work emphasizes that social work plays a crucial role in supporting the mental health of children and adolescents.

KEYWORDS:

Children, mental disorders, methods,
adolescent, social work, techniques

MOTIVACE SOCIÁLNĚ EXKLUDOVANÝCH KLIENTŮ K INTERVENCÍM SOCIÁLNÍ PRÁCE

DAVID URBAN
VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ
JIHLAVA

ALENA HRICOVÁ
STANISLAV ONDRÁŠEK
JIHOČESKÁ UNIVERZITA
V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH

ABSTRAKT

Tento článek zkoumá koncept motivace v kontextu sociální práce, s důrazem na interakci mezi sociálně exkludovaným klientem a sociálním pracovníkem. Motivace je prezentována jako dynamický a měřitelný proces, který je zásadní pro úspěch sociální intervence. V článku je zdůrazněn vliv vnějších a vnitřních faktorů, jako je sociální podpora a osobní zkušenosti, které ovlivňují motivaci klienta k zapojení a udržení se v procesu změny. Metodika článku se zaměřuje na kvalitativní výzkum prostřednictvím šesti polostrukturovaných rozhovorů se sociálními pracovníky, kteří se věnují cílové skupině sociálně vyloučených osob v neziskovém sektoru. Tyto rozhovory byly realizovány v Praze a Českých Budějovicích. V rámci rozhovorů byly zkoumány tři hlavní tematické okruhy: motivace klientů k intervenci, faktory ovlivňující aktivní účast klientů v intervenci a subjektivní i objektivní hodnocení efektivity intervence. Data byla analyzována metodou interpretativní fenomenologické analýzy (IPA). Výsledky ukazují, že efektivní sociální práce vyžaduje individualizovaný přístup a schopnost sociálních pracovníků rozpoznat a reagovat na různé motivace klientů. Diskutována je také významnost správného formulování cílů a adaptace intervence k okolnostem klienta, což má zásadní vliv na motivaci a následnou úspěšnost sociálních zásahů.

KLÍČOVÁ SLOVA:

Motivace, sociální práce, exkludovaný klient, interakce

ÚVOD

Ačkoli v je motivace v sociální práci důležitým nástrojem (motivace je často zmiňovaná jako zásadní aspekt pro změnu), je relativně neprozkoumaná (Gold, 1990). Hartl, Hartlová (2004:328) ve svém Psychologickém slovníku motivaci popisují jako proces „usměrňování, udržování a energetizace chování“ přičemž motivaci dělí na primární, sekundární, vnější a vnitřní. Miller (1999) uvádí, že motivace by neměla být považována za vnitřní rys osobnosti, ale za důsledek interakce klient-poradce v intervenci sociální práce. Nakonečný (1996) zmiňuje, že výchozím motivačním stavem je nedostatek, kdy cílem jedince je odstranit (uspokojit) tento deficit. Motivace tak podněcuje k chování, jenž směřuje k růstu osobnosti a k její vnitřní rovnováze (Nakonečný, 1996: 8). Mabin, Randall (2014) uvádějí, že se motivace odkazuje na vnitřní a vnější vlivy na chování, které určují, zda osoba dosáhne požadovaných cílů intervence v sociální práci. Motivace je právě dynamickým procesem, který je měřitelný prostřednictvím směřování k cíli (žádoucí změnou) (Dimity, 2019). Motivace může být měřena nebo úzce spojena s připraveností klienta ke změně (Young et al., 2005).

Připravenost ke změně, stejně jako motivace, je ovlivněna řadou osobních a externích faktorů, přičemž jeden z nejdůležitějších je sociální podpora a sociální pozadí klienta, což zase představuje jednu z typicky chybějících zdrojů v případě lidí žijících v sociálním vyloučení (Skogens, von Greiff, 2014). Na druhou stranu je pak potřeba mít na paměti i okolnosti, které stojí motivaci v cestě; může se jednat o předchozí neúspěšné pokusy, kterým právě námi vybraná cílová skupina může často čelit (Chang, D'Zurilla, Sanna, 2004).

Vymětal a kol. (2004: 118) popisují rovinu terapeutického vztahu a potřeby vzájemné motivace mezi terapeutem a pacientem a uvádějí, že pro úspěšnou společnou práci je důležitá příprava i průběžné motivování. Potřebné je také vzbuzovat naději na pomoc tam, kde je to oprávněné, díky čemuž je následně pacient (autoři používají termíny pacient a terapeut, v kontextu našeho článku lze uvažovat o vztahu sociálního pracovníka a klienta) naladěný na spolupráci a práci na sobě.

V sociální práci se můžeme setkat s termínem „nemotivovaný klient“, přičemž lze určitě souhlasit s tím, že existují neochotní klienti (např. na základě soudního rozhodnutí) s negativními postoji k institucím a sociálnímu pracovníkovi, nicméně v pomáhající profesi je legitimní vést klienty ke změně a porozumět kontextu společně, což představuje klíčový krok při budování motivace (Soukup, 2014).

MATERIÁL A METODY

Býlo realizováno šest polostrukturovaných rozhovorů se sociálními pracovníky a sociálními pracovníci, kteří pracují s cílovou skupinou osob sociálně vyloučených v rámci terénní práce v neziskovém sektoru. Naše snaha byla, v souladu

s podmínkami analýzy IPA, vybrat co nejhomogennější soubor. Pracovnice byly z hlavního města Prahy a Českých Budějovic (výběr byl realizován na základě dostupnosti kontaktů na dané odborníky z praxe). Všichni komunikační partneři byli s delší praxí (8 let a více) v sociálních službách, a to primárně s marginalizovanými skupinami klientů (osoby bez příštířeší, prostituující osoby, aj.)

Předmětem dotazování byly tři tematické okruhy: 1) Jaká byla motivace k intervenci (v rámci tohoto okruhu nás zajímalo, co takového v životě klienta oslovených sociálních pracovníků/pracovnic se odehrálo, že se klient začal zapojovat do realizované intervence), 2) Jaké faktory ovlivňují aktivní připojení klienta do probíhající intervence (co klienta v intervenci udržuje a co ho motivuje pro další spolupráci) a 3) efektivita intervence (subjektivní i objektivní hodnocení intervence z pohledu komunikačních partnerů).

Realizované rozhovory byly se souhlasem všech komunikačních partnerů zaznamenány na diktafon, následně doslovně přepsány, a po přepisu byly nahrávky s komunikačními partnery (s ohledem na zajištění anonymity) smazány. Rozhovory byly následně vyhodnocovány pomocí metody IPA. Každý z prezentovaných tematických okruhů je pro lepší ilustraci doplněn i o přímé výpovědi komunikačních partnerů.

Rozhovory s komunikačními partnery jsou anonymní a s ohledem na zachování anonymity neuvádíme žádnou bližší specifikaci – sociální službu/organizaci, ve které oslovení komunikační partneři pracovali. Komunikační partneři byli seznámeni s tématem a s cílem sběru dat i se způsobem využití získaných rozhovorů (a získaných dat), s čímž souhlasili. Byli dále obeznámeni s tím, že mohou kdykoliv v průběhu sběru dat rozhovor ukončit bez uvedení důvodu.

VÝSLEDKY

MOTIVACE K INTERVENCI

Téma motivace k intervenci bylo v rozhovorech zastoupeno v podobě vymezení (časových) momentů, kdy je klient namotivován nejsilněji a dále pak v podobě faktorů, které proces motivace ovlivňují. V rámci procesu probíhající spolupráce byly identifikovány tři časové mezníky, kdy je intervence pracovníky považována za nejvíce motivovanou. Zajímavé je, že se jedná o tři naprosto časově odlišné úseky práce. První je hned **a) na začátku spolupráce**, při sestavování individuálního plánu. Zde je klient velmi aktivní, ale aktivita posléze rychle klesá:

„No rozhodně, jako když to vezmu, tak největší motivací asi mají, když se dělá individuální plánování, jakože to jsou nejvíce akční a vymýšlí si hodně cílů, tak je musíme jakoby korigovat (smích). A potom možná tak první 3 konzultace se dost na tom řešení podílí.... No, a když jakoby pomine to, že jim nic neseberou (v rámci exekuce) a domluví si ten splátkovej kalendář, tak ta motivace třeba ho platit je skoro nulová...“

Opačným pólem je situace, kterou jsme nazvali **b) padnout na dno**. Ve chvíli, kdy klient čelí nějaké extrémní situaci, která ho bezprostředně ohrožuje, a která je spojena se silným emočním vypětím, přichází za sociální pracovníci s motivací svou situaci měnit. Tyto situace jsou vždy různé klient od klienta a jsou značně subjektivní. Mezi tyto situace bylo zmíněno např. úmrtí kamaráda (předávkování se drogami), úmrtí rodinného příslušníka, se kterým byl klient rozhádaný, diagnóza vážné nemoci u člena rodiny, příkaz k vystěhování z bytu, uložený nepodmíněný trest odnětí svobody, ublížení na zdraví blízké osobě (např. u osob pracujících v sexbyznysu, pokud došlo k ublížení na zdraví někomu z blízkého okolí oslovené klientky v rámci poskytování sexuální služby), aj.

„...pro někoho to je až když dosáhnou toho pomyslného dna. A taky asi když za vámi přijdou v nějaký velký emoci, že třeba jim hrozí, že je vystěhujou nebo něco zabaví.“

„Většinou to potom už je takovejdech jako extréměch... a nějakým způsobem ten zároveň to můžou být situace, že se jim něco stane...“

Někde mezi výše uvedenými protipóly se nachází **c) střední míra motivace**, kterou jeden z informantů označil také jako **„přítvřený dveře“**, přičemž terminologii si dle svých slov vypůjčil z adiktologie: *„No a já to vidím, jako když to zprůměruju, tři roky vidím jako rozhodný, než bysme (klienta) ztratili v nějaký jako v tom stereotypu, nic nemá cenu, všechno co jsem vyzkoušel, narazilo na problémy tohle, a nebo totální rezignace, že jako vlezte mi na záda jo a pak se oni teda jenom jako se snažej přežít.“*

Klient v této fázi ví, že musí spoléhat hlavně sám na sebe, zatímco v prvotní fázi spoléhal spíše na sociálního pracovníka a jeho pomoc, kde měl dveře zcela otevřené. Naopak, pokud by tuto fázi přeskočil – a nebo by mu v ní nebyla poskytnuta intervence – rezignoval by, a pomoc by již nežádal, a nebo pouze na nějaké bazální hmotné úrovni, bez vnitřní motivace. Dveře by se mu uzavřely.

FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ AKTIVNÍ PŘIPOJENÍ

Komunikační partneři uváděli různé faktory, které jejich klienty významně motivovali k navázání, případně k udržení spolupráce. Mezi nejvýznamnější faktor patřila **a) širší rodina**, tedy další osoby, které by byly případným „neúspěchem klienta“, či jeho „zklamáním“ v dané situaci dotčeny. Jednalo se tedy o situace, kdy by negativní následek nenesl pouze klient sám, ale i někdo další z jeho blízkého okolí: *„No jako když třeba už skoro došlo, že celou tu rodinu měli vystěhovat. Ten klient ty problémy prostě neřešil, měl všechno na háku a myslel, že vše projde. I když jsme ho varovali, rozebírali to spolu, i když jeho partnerka mu to říkala. Ale když už došlo do finále a měl rozhodnutí o vystěhování v ruce, a uvědomil si, že půjde nejenom on, ale i jeho žena a děti. A teď kam, na ulici, do azyláku...? Tak v tu chvíli jako to řešil a fakt teda zabral a vyřešilo se to.“*

Podobných situací bylo ze strany komunikačních partnerů zmiňováno více, přičemž významnější nasazení k řešení situace ze strany klienta docházelo v případě **b) rodiny s dětmi**: *„... ta rodina, protože když jich je doma hodně, a mají třeba děti, tak to řeší víc.“*

„...takový víc ty motivovanější klienti jsou třeba právě klienti, kteří mají nějakou rodinu. třeba nejedná se tam jenom jakoby úplně o ně, ale třeba jim hrozí já nevím, u matek odebrání jakoby dětí...“

Další situací, která byla významným motivačním faktorem, spočívala **c) ve slíbeném závazku**: *„nejsilnější motivací je, když to ten člověk dělá pro někoho.“*

Jednalo se o situace, kdy klient „někomu a něco“ slíbil, přičemž dané sliby měly opět čistě subjektivní rozměr – často to mohou být situace, kdy slib byl učiněn blízké osobě, která např. zemřela a klient cítil závazek, že to nyní musí splnit (např. slib zemřelé matce či otci, že přestane pít, případně užívat jiné návykové látky – to byla častá situace, kterou komunikační partneři zmiňovali). Případně se pak opět propojovaly i předchozí motivační faktory, kdy to byl závazek vůči dětem a rodině, partnerovi, kamarádovi, aj.

Dalším motivačním faktorem, který zapříčiňoval připojení k intervenci je, když je **d) naděje na změnu**: *„Když je tam nějaká naděje na změnu, která je pozitivní, to znamená lepší. Lepší ubytování, lepší něco. Tak tam mi přijde, že to je vlastně jako funkční v tomhle. Že to nemusí být jenom o průšvih. Může to být i o tom, že si potřebujou něco zajistit. ...a tady tu intervenci jako nějak mají, má bych řekla vyšší jako smysl, pokud je tam naděje. Že je nějaké řešení.“*

Dalším intervenujícím faktorem byla rychlost řešení zakázky, resp. **e) dostavení se brzkého úspěchu**. S ohledem na tuto okolnost je nutné dodržovat zásady správně formulovaného cíle, který by měl být vždy rozdělen na dílčí cíle, kterých klient v přiměřeném čase dosahuje a tím je i motivován k dalšímu nasazení: *„...když se dělá plán, tak ony na tom hodně participují, ale jak vidí, že se nic třeba nezmění během těch prvních dní, jako když to vztáhnu na ty dluhy, tak my je i upozorňujeme, že je to prostě běh na dlouhou trať, tak je na nich vidět, že jak vidí, že ty dluhy moc rychle nemizí, tak i říkají, že je to demotivující, tak s nimi na tom hodně pracujeme.“*

Faktorem může být i **f) dobrovolnost participace**, což je patrné především u sociálních služeb, kde se vyskytují i klienti nedobrovolní a sociální pracovníci tak mají srovnání. Dle vyjádření oslovených komunikačních partnerů je důležité, aby se pro tu intervenci rozhodl klient sám – musí k tomu sám dojít: *„naši klienti jsou vlastně nejvíc asi motivovaný, když s tou sociální zakázkou jako přichází sami, že potřebuje nějakou jako životní změnu, ... Protože když k nám chodí jakoby klienti, kteří jsou třeba odesláni z jiných služeb, nebo často se nám stává, že k nám dochází klienti, kteří jsou vykázaní z jiných sociálních služeb. A u těch to už tak dobře nejde. Jako když je k tomu něco tlačí zvenčí, tak to drhne. Když se k tomu jakože rozhodnou sami, tak je to lepší.“*

Nakonec byl zmíněn i **g) faktor typu zakázky**, kdy pro některé zakázky jsou klienti obecně k řešení motivovanější, protože navazují na jejich existenciální záležitosti. Jedná se především o dluhovou problematiku a exekuce. *„Jsou témata, u kterých ten klient, když se něco stane, tak příběhne a chce to řešit hned. Ty dluhy jako že třeba. Chodí k nám už“*

jako dlouho, řešíme různé věci, ale bez nějakého efektu. A pak se stalo, že přišla exekuce – bylo to u toho klienta poprvé, do té doby v tomhle jako směru nic. A to přišel hned a chtěl to řešit. Jako že jiné věci, se kterými už měl zkušenost, ho nějak jako netrápily. Ale tohle ho ohrožovalo asi nějak víc.“

EFEKTIVITA INTERVENCE

Efektivita intervencí souvisí významně s motivací. Ve chvíli, kdy je klient motivovaný, je i intervence logicky efektivnější: „*V té době toho individuálního plánování, anebo fakt takových těch prvních pár měsíců, třeba tak ty dva, protože to jsou ještě hodně namotivovaný něco dělat, a pak to hodně klesne jo. (IN1)*“

Další komunikační partneři uvažovali o největší efektivitě v situaci, kdy klient je na pomyslné hraně s tím, že začíná pomalu přepadat na straně problému, ale ještě tam není. Komunikační partneři v této souvislosti uváděli, že klienti velmi často po dlouhou dobu žijí v různých problémech a obtížných životních situacích. Jsou tak na problémy a nepohodu zvyklí a často další problémová situace, u které jim fungují vyzkoušené copingové strategie, pro ně není impulzem ke změně. Ta nastává právě až ve chvíli, kdy začnou cítit významné ohrožení, ale zároveň to je ještě ve chvíli, kdy cítí, že není vše ztraceno, že má ještě cenu něco dělat (vidí pomyslné světlo na konci tunelu).

„Já osobně si myslím, že nejvhodnější jako řešení, jak podle sebe jako ze svého osobního života, když vlastně nedojde na úplný ten okraj toho, že vlastně už mi teče do bot, nevím, kudy kam, ale ty klienti by to měli započít jako vyřešit dříve. Ještě třeba, než se to rozjede, protože oni o těch problémech ví jako dlouhodobě, to není nic, co by se jako vyskytlo ze dne na den.“

„Jo, až v té poslední fázi, kdy už opravdu jako třeba maj strach z výkonu trestu, nebo já nevím, když třeba dluží nějaký peníze, a že by je třeba někdo mohl zabít jo, nebo nevím, ale už je to fakt ta poslední štace, kde prostě jako oni vystřízliví nějakým způsobem.“

ZÁVĚR

Zvýše uvedených výsledků je patrné, že motivace je čistě subjektivního charakteru – oslovení komunikační partneři zmiňovali u svých klientů řadu situací, které je motivovali k zapojení se k intervenci. Kromě motivačního faktoru rodiny, na kterém se shodli všichni komunikační partneři, poskytovali informanti velmi odlišné názory. Výrazný rozpor je v časovém vymezení nejsilnější motivace klienta (a v podstatě tedy i nejlepší efektivity sociální intervence), neboť komunikační partneři zmiňují jak začátek plánování, tak střed spolupráce, tak pomyslné dno, na které by se klient měl dostat, a ze kterého je pak více ochoten se do řešení situace zapojit.

Nicméně z uvedených odpovědí pak lze sestavit doporučení pro dobrou praxi, kdy jako příklad dobré praxe je důležité správně rozdělit cíl spolupráce do přiměřených

a dosažitelných dílčích cílů, které budou klienty více motivovat pro spolupráci. Dále jako významný faktor působí závazek (nedělám to kvůli sobě, ale pro někoho), přičemž závazek může mít jak pozitivní (spoluprací získám nějakou výhodu pro sebe a rodinu), tak i negativní rozměr (spolupracuji, protože bez spolupráce bych o něco přišel – např. o bydlení). Významně se podílí dobrovolnost, kdy klient přichází sám a sám žádá o pomoc (není do ni nucen rozhodnutím, či jinou vnější okolností, kterou nemá zvnitřnělou – naopak zvnitřnělý slib jako motivace pro participaci působí pozitivně).

POUŽITÉ ZDROJE

- [1] CHANG, E., D'ZURILLA, T., SANNA, L. 2004. *Social problem solving*. Washington, APA.
- [2] DIMITY, P. 2019. Is the "Unmotivated" Client a Myth? Reconstructing Human Service Practices, *Journal of Progressive Human Services*, 31 (3), 176-191. <https://doi.org/10.1080/10428232.2019.1583006>
- [3] GOLD, N. 1990. Motivation: The Crucial but Unexplored Component of Social Work Practice. *Social Work*, 35 (1), 49–56. <https://doi.org/10.1093/sw/35.1.49>
- [4] HARTL, P., HARTLOVÁ, H. Psychologický slovník. Praha: Portál.
- [5] MABIN, A., RANDAL, CH. 2014. The role of client motivation in workplace rehabilitation. *Journal of Social Inclusion*, 5 (1), 6-18. <https://doi.org/10.36251/josi.66>
- [6] MILLER, W. 1999. *Enhancing motivation for change in substance abuse treatment*. Rockwall: US Department of Health and Human Services, 99-3354.
- [7] NAKONEČNÝ, M. 1996. Motivace lidského chování. Praha: Academia.
- [8] SKOGENS, L., VON GREIFF, N. 2014. Recovery capital in the process of change—differences and similarities between groups of clients treated for alcohol or drug problems, *European Journal of Social Work*, 17(1), 58-73. doi: 10.1080/13691457.2012.739559
- [9] SOUKUP, J. 2014. *Motivační rozhovory v praxi*. Praha: Portál.
- [10] VYMĚTAL, J. a kol. 2004. Obecná psychoterapie. Praha: Grada.
- [11] YOUNG, A., WASIAK, R., ROESSLER, R., McPHERSON, K., ANEMA, J., & VAN POPPEL, M. 2005. Return-to-work outcomes following work disability: Stakeholder motivations, interests and concerns. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 5(4), 543-556. doi: 10.1007/s10926-005-8033-0.

MOTIVATION OF SOCIALLY EXCLUDED CLIENTS FOR SOCIAL WORK INTERVENTIONS

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

doc. PhDr. David Urban, Ph.D.
Vysoká škola polytechnická Jihlava
Katedra sociální práce
Tolstého 16
586 01 Jihlava
e-mail: David.urban@vspj.cz

doc. PhDr. Bc. Alena Hricová, Ph.D.
Jihočeská univerzita v Českých
Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Ústav sociálních a speciálně
pedagogických věd
J. Boreckého 1167/27
370 11 České Budějovice
e-mail: ahricova@zsf.jcu.cz

Mgr. Stanislav Ondrášek, Ph.D.
Jihočeská univerzita v Českých
Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Ústav sociálních a speciálně
pedagogických věd
J. Boreckého 1167/27
370 11 České Budějovice
e-mail: ondrasek@zsf.jcu.cz

ABSTRACT

This article explores the concept of motivation in the context of social work, with an emphasis on the interaction between socially excluded clients and social workers. Motivation is presented as a dynamic and measurable process that is crucial for the success of social intervention. The article highlights the influence of external and internal factors, such as social support and personal experiences, which affect the client's motivation to engage and persist in the process of change. The methodology of the article focuses on qualitative research through six semi-structured interviews with social workers working with the target group of socially excluded individuals in the non-profit sector. These interviews were conducted in Prague and České Budějovice. Within the interviews, three main thematic areas were explored: clients' motivation for intervention, factors influencing clients' active participation in intervention, and subjective and objective evaluation of intervention effectiveness. The data were analyzed using the interpretative phenomenological analysis (IPA) method. The results indicate that effective social work requires an individualized approach and the ability of social workers to recognize and respond to different client motivations. The importance of properly formulating goals and adapting interventions to the client's circumstances, which significantly impact motivation and subsequent success of social interventions, is also discussed.

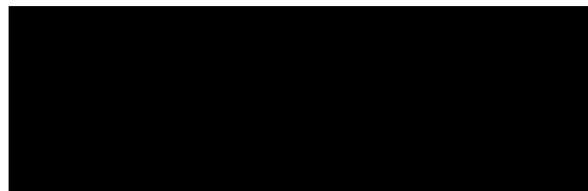
KEYWORDS:

Motivation, social work, excluded client, interaction

KVALITA ŽIVOTA PACIENTŮ S DIABETEM MELLITEM I. TYPU A NOVINKY V JEHO LÉČBĚ

JANA TRUPLOVÁ
VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ
JIHLAVA

LENKA ŠTEFANOVÁ
ORDINACE PRAKTICKÉHO LÉKAŘE
SLAVKOV U BRNA



ABSTRAKT

Článek seznamuje s výsledky kvalitativního výzkumu zaměřeného na pacienty s diabetem mellitem I. typu. Cílem výzkumu bylo zmapovat, do jaké míry ovlivňuje toto onemocnění kvalitu života jednotlivých pacientů, porovnat pozitiva a negativa inzulinové pumpy a inzulinového pera. Také nás zajímalo, čeho se pacienti ve spojení s tímto onemocněním obávají a jak se jim s diabetem žije. Je nutné si v souvislosti s touto problematikou uvědomit, proč je důležitá konceptualizace kvality života v ošetrovatelství a do jaké míry ovlivňuje diabetes mellitus kvalitu života pacienta napříč věkovými kategoriemi.

KLÍČOVÁ SLOVA:

Kvalita života, diabetes mellitus, inzulinoterapie, selfmonitoring, kontinuální monitorace glukózy, inzulinová pumpa

ÚVOD

V posledních dvaceti letech je diabetes mellitus považován za celosvětový problém. Morbidita i mortalita diabetické populace je podmíněna rostoucím výskytem tohoto onemocnění. Léčba pacientů trpícím diabetem je velmi nákladná, měla by probíhat v zařízeních, která dokáží poskytnout léčbu na patřičné úrovni z hlediska typu diabetu a přítomnosti komplikace. Zároveň by měla být ve shodě s doporučenými standardními postupy.

Diabetes mellitus I. typu je autoimunitní onemocnění, při kterém dochází k zániku beta buněk pankreatu, a tedy neschopností organismu vyrábět inzulin. Jedná se o hormon snižující hladinu krevního cukru v krvi (glykémie) tím, že umožní vstup glukózy do buněk. Zároveň inzulin zastaví produkci cukru v játrech. Kauzální léčba diabetu mellitu I. typu neexistuje, terapií je nahrazení chybějícího inzulinu. Pro snížení rizika vzniku druhotných komplikací, jako je poškození ledvin, retinopatie či neuropatie, je u pacientů s diabetem I. typu nezbytná snaha o co nejtěsnější glykemickou kompenzaci, což je bohužel v praxi obtížně dosažitelný cíl (Sochorová, 2021; Minárik, 2018).

Selfmonitoring tedy sebekontrola je pro diabetika prvního typu naprosto nezbytná. Pro stanovení dávky inzulinu, určení vhodné fyzické aktivity a stravy je právě nutné znát aktuální hladinu glykémie. Ta se ve stavu akutní dekompenzace zjišťuje několikrát za den. Ve fázi uspokojivé kompenzace stačí zvolit selfmonitoring v režimu malého glykemického profilu (Jirkovská, 2019).

Trendem v moderní terapii diabetu mellitu I. typu je posun k více flexibilnímu režimu. Tím je především myšleno uvolnění stravovacích návyků a flexibilní dávkování inzulinu. K nejnovějším léčebným přístupům patří inzulinové pumpy se senzorem, díky kterému je dávkování inzulinu přizpůsobeno aktuální koncentraci glukózy. Další rozvoj je i v oblasti inzulinových per a monitorovací techniky (Sochorová, 2021).

Čtyřmi důležitými aspekty moderní léčby jsou častější monitorace glykémie, cílená aplikace inzulinu, edukace pacienta a vedení k samostatnosti a dokonalé znalosti úpravy glykémie v běžných i mimořádných životních situacích. Díky glukózovému senzoru zavedenému v podkoží může docházet ke kontinuálnímu monitorování glykémie (Shah VN, DuBose SN, Li Z, 2019).

Cílená aplikace může být pomocí inzulinového pera nebo inzulinové pumpy, popřípadě pumpy s uzavřenou smyčkou. Jedná se o uzavřený okruh aplikace inzulinu a pokročilý způsob monitorace glykémie (Kožnarová, 2020).

Co se týče konceptualizace kvality života, rozlišujeme dva základní přístupy. Kvalita života jako konstrukt na úrovni celé populace a jako individuální konstrukt. Prvním přístupem se rozumí snaha o vytvoření definice aplikovatelnou na lidskou populaci. Druhý přístup představuje individuální konstrukt kvality života například související se zdravím. Ošetřovatelství vychází z druhého přístupu (Gurková, 2011).

MATERIÁL A METODY

Kvalitativní výzkum byl realizován formou strukturovaného rozhovoru s třiceti informanty vybranými dle stanovených kritérií. Otázky pro rozhovor byly připraveny pro patnáct informantů, kteří se léčí za pomoci inzulínového pera a pro patnáct informantů využívající inzulínovou pumpu. Osobní rozhovory probíhaly individuálně v odborné ambulanci. Pro vyhodnocení byly jednotlivé rozhovory písemně zaznamenány. Následně byly rozhovory zpracovány k naplnění stanoveného výzkumného cíle, kterým bylo zjistit, do jaké míry ovlivňuje diabetes mellitus I. typu kvalitu života jednotlivých informantů a porovnání pozitiv a negativ inzulínové pumpy a inzulínového pera.

VÝSLEDKY

Předmětem výzkumného šetření bylo celkem třicet informantů s diagnostikovaným diabetem mellitem I. typu. Nejmladšímu účastníkovi bylo 25 let a nejstaršímu 57 let. Z celkového počtu bylo třináct žen a sedmáct mužů. Z oslovených pacientů byli více ochotni účastnit se výzkumu muži. U jedné poloviny informantů probíhala léčba pomocí inzulínového pera, u druhé poloviny pomocí inzulínové pumpy. Z rozhovorů vyplynulo, že informanti používající inzulínové pumpy mají velmi dobré až odborné znalosti ohledně jejich fungování a v této problematice se plně orientují. Někteří si sami vybrali konkrétní typ inzulínové pumpy.

Jednou z úvodních otázek pro obě skupiny byla spokojenost s konkrétní metodou léčby. Většina informantů se sama rozhodla pro přechod na inzulínovou pumpu a hodnotí toto rozhodnutí pozitivně. Tři z dotazovaných uvedli jako náročnější osvojení si manipulace s přístrojem, trápily je velké obavy s tím, aby něco nepokazili. Téměř všichni dotazovaní využívající inzulínová pera jsou spokojeni. Pouze v jednom případě byla vyjádřena nespokojenost s možností aplikace konkrétního inzulínu pouze po dvou jednotkách.

Tabulka 1: Spokojenost s kompenzací na inzulínové pumpě

Zlepšení glykovaného hemoglobinu	Minimum hypoglykemií	Výborná kompenzace	Vyrovnaná hladina glykémie
6	3	1	5

V rozhovoru informanti uváděli většinou velmi dobrou kompenzaci diabetu mellitu I. typu. V případě pumpy je tato na vše upozorní a mohou tak včas reagovat na pokles glykémie či na hyperglykémii. Jak je vidět v Tabulce 1, celkem šest informantů uvedlo, že se jim zlepšila hladina glykovaného hemoglobinu. Tři informanti konstatovali, že nemají téměř hypoglykémii. Jeden uvedl, že je s kompenzací spokojen a pět informantů uvedlo, že je hladina glykémie vyrovnaná a má méně výkyvů.

Tabulka 2: Spokojenost s kompenzací na inzulinovém peru

spokojeni	nespokojeni	Neví/ nedokáží posoudit
10	0	5

V Tabulce 2 je vidět, že dvě třetiny informantů užívajících inzulinové pero vyjádřily spokojenost s kompenzací a pět informantů uvedlo, že vlastně neví, zda jsou spokojeni.

U inzulinových per je velmi důležité dodržovat pravidelný režim, udělat si čas na aplikaci inzulinu a na jídlo, a to v pravidelných časových intervalech.

Tabulka 3: Nejčastější komplikace

Komplikace	Počet informantů
Hypoglykémie	17
Hypoglykémie v noci	2
Hyperglykémie po dietní chybě	4
Hyperglykémie z důvodu močové infekce	3
Hyperglykémie po zalomení setu	4

Ve většině případů odpovídaly v otázce komplikací obě výzkumné skupiny podobně, a to tak, že jejich nejčastější komplikací je hypoglykémie. Druhou komplikací je pro informanty hyperglykémie. Důvody, které k hyperglykémii vedou, lze vidět v Tabulce 3.

Tabulka 4: Pozitiva a negativa inzulinové pumpy

Pozitiva	Negativa
Lepší kompenzace	Omezení při sportu-plavání
Možnost ovládání mobilem	Unavené podkoží
Uzavřená smyčka	Složitě ovládání (některé typy pump)
Pohodlí	Narušený spánek
Přehlednost	
Lepší kvalita života	
Snížení počtu injekcí do podkoží	

Tabulka 4 shrnuje pozitiva a negativa inzulinové pumpy, které informanti v rozhovoru uvedli. Z uvedených pozitiv bychom zde rády citovaly odpovědi dvou informantů: *„Je to asi individuální názor, negativa nevidím žádná, plusy – určitě zlepšení kvality života, nemusím se pořád píchat a hlídat. Možnost ovládání mobilem je k nezaplacení, bohužel to neumí každá pumpa.“* *„Bez uzavřené smyčky je to asi srovnatelné s perem. S plně uzavřenou smyčkou jako bych neměl diabetes.“*

Příklad sdělených negativ jsou taktéž citovány od dvou informantů: *„Oproti perům lepší kompenzace diabetu, ale je to náročnější na různé aktivity, například plavání. I při spánku mít u sebe pořád nějaké zařízení občas obtěžuje. „Jediným negativem je unavené podkoží, po dvaceti jedna letech na pumpě.“*

Tabulka 5: Pozitiva a negativa inzulinového pera

Pozitiva	Negativa
Rychlá aplikace	Menší možnost úpravy bazální dávky
Rychlé podání	
Bezbolestnost	
Snadné ovládání	
Šetrnější k podkoží	
Větší výběr místa pro aplikaci	
Snadno se skryjí	

Pro představu k informacím, které jsou uvedeny v Tabulce 5, přikládám citace tří informantů, kteří využívají inzulinová pera: *„Pro mě jsou jednoznačně pozitiva v rychlé aplikaci, rychlém podání, bezbolestnost.“* *„Nemusím složitě vypočítávat dávku.“* *„Myslím, že pera jsou šetrnější k podkoží, mám možnost střídát místa vpichu, jako negativa vidím menší možnost úpravy bazální dávky podle situace a potřeby těla v průběhu dne než na inzulinové pumpě.“*

Další z otázek vybízela k hodnocení kvality života. Všech patnáct dotazovaných, hodnotilo zlepšení kvality života s inzulinovou pumpou a úroveň kvality života hodnotili jakou vysokou. K celkovému zlepšení však nepřispívá jen pumpa samotná, ale pět informantů uvádělo, že je nutné zařadit do svého denního harmonogramu i pohybovou aktivitu a správný, pravidelný dietní režim. Pět informantů zdůraznilo inzulinovou pumpu s uzavřenou smyčkou. Patnáct dotazovaných je s léčbou inzulinovým perem spokojeno, jejich kvalita života je dobrá. Většina uváděla fakt, že inzulinová pumpa by pro ně byla příliš svazující a omezující. Pro informanty je mnohem jednodušší prostě vytáhnout pero, aplikovat inzulin a pero schovat. Nechtějí se omezovat nošením krabičky u pasu. Čtyři

informanti uvedli, že by to narušilo jejich životní styl, neradi přiznávají, že mají diabetes a nestojí o to, aby se na ně někdo cizí díval, s čím to chodí za pasem. Jedna pětina informantů léčících se pomocí inzulínového pera uvedla, že zvažují přejít na inzulínovou pumpu.

Tabulka 6: Kožní obtíže spojené s aplikací inzulínu

	Nemám kožní potíže	Kožní potíže/modřiny
Informanti na inzulínových perech	13	2
Informanti na inzulínové pumpě	10	5

Jak můžeme vidět v Tabulce 6, dva informanti na inzulínovém peru uvedli, že občas mají modřiny po napíchnutí žilky. Jedenáct informantů kožní potíže nezmiňuje.

Pět informantů léčených inzulínovou pumpou uvedlo, že se jim občas dělají modřiny, a to především v případě, kdy se jim nepovede „nastřelit“ set. Zbýlé dvě třetiny uváděly, že zatím žádné kožní potíže nemají. Z výzkumu musíme konstatovat, že by bylo nutné zohlednit i délku používání inzulínové pumpy a aktuální roční období. Informanti bez kožních defektů nebyli většinou na pumpě déle než 2 roky. Kdežto informanti užívající pumpu dlouhodobě, již zaznamenávají větší výskyt hematomů, popřípadě exémy.

Tabulka 7: Pocit omezení nemocí v běžném životě

Onemocnění mě omezuje	Onemocnění mě neomezuje
10	20

Vyhodnocení otázky na pocit omezení v běžném životě, které vidíme v Tabulce 7, je společné pro informanty s inzulínovou pumpou a inzulínovým perem. Z třiceti dotazovaných třetina uvedla, že je diabetes nějakým způsobem omezuje v běžném životě. Dvě třetiny odpovídaly, že je onemocnění neomezuje, že se s ním naučily žít a nevyhýbají se žádným aktivitám. Mladší informanti v rozhovoru uvedli, že důležité pro ně bylo smíření se s nemocí. Dlouho se nedokázali vyrovnat s tím, že právě oni mají diabetes, ale jakmile pochopili, jak s diabetem pracovat, jak předcházet komplikacím, jejich kvalita života se jednoznačně zlepšila.

Na data uvedená v Tabulce 7, navazovala otázka ohledně pocitu dostatečné energie do běžného života. Na tuto otázku opět nerozlišujeme, jakým způsobem se informanti léčí. Šestina informantů uvedla, že někdy je pro ně náročné všechno stíhat (práci, rodinu, starat se o sebe ve smyslu vaření kvalitní stravy, jít si zasportovat). Snaží se alespoň pravidelně si najít dva dny v týdnu jen pro sebe. Patnáct informantů odpovědělo, že mají

dostatek energie pro běžný život, a to přiměřeně ke svému věku. Deset dotazovaných uvádí, že žijí běžným životem, mají invalidní důchod, žijí si svým tempem a sportovní aktivity moc nevykonávají.

Pro získání informací ohledně vnímání svého zdraví jsme se informantů zeptaly na hodnocení jejich zdraví v současnosti ve srovnání se stavem před rokem. Dva informanti na inzulinových perech uvedli, že pro ně byl minulý rok úspěšný, mají mnohem lepší kompenzaci diabetu mellitu a vysokého tlaku, a to díky pravidelnému stravování a zařazení pohybu. Dva informanti, kteří během roku přecházeli na inzulinovou pumpu, též uvedli mnohem lepší kompenzaci, méně hypoglykemií, občas výskyt hyperglykémie, ale spíše v souvislosti s omylem vytrženým setem. Dvacet pět informantů uvedlo, že jejich zdraví je stejné jako před rokem, bez zjevného zhoršení, z toho patnáct je se svým zdravím spokojeno. Jeden informant ve středním věku, léčený inzulinovým perem v rozhovoru uvedl, že jeho zdraví se zhoršilo, a to zejména pro vznik přidružených onemocnění v souvislosti se základním onemocněním diabetes mellitus I. typu.

S touto otázkou souviselo i zjištění omezení v běžných denních činnostech. Většina informantů uváděla, že běžné denní činnosti je nijak neomezuje. A pokud, tak jsou to spíše bolesti zad, se kterými si lehce poradí. Nejstarší dotazovaný informant uvedl, že je spíše už líný, spolu s věkem a diabetem se přidala i další onemocnění. Občas se zadýchá do schodů, objevují se i potíže s močením, takže dlouhá chůze mu nevyhovuje. Přes den spíše odpočívá a je více unavený, ale přisuzuje to věku.

Tabulka 8: Typ sportovní aktivity

Informant	DM I. typu na inzulinových perech věk – aktivita	DM I. typu na inzulinové pumpě věk pacienta – aktivita
1.	51 - rychlá chůze	45 - procházka
2.	63 - nesportuje	38 - rychlá chůze
3.	64 - nesportuje	33 - posilovna
4.	40 - rychlá chůze	40 - procházka
5.	45 - procházka	45 - rychlá chůze
6.	49 - procházka	49 - rychlá chůze
7.	57 - nesportuje	27 - posilovna
8.	25 - rychlá chůze	28 - posilovna

9.	36 - procházka	34 - procházka
10.	42 - procházka	41 - rychlá chůze
11.	34 - rychlá chůze	45 - jóga
12.	27 - posilovna	50 - procházka
13.	30 - procházka	53 - nesportuje
14.	31 - posilovna	46 - procházka
15.	47 - rychlá chůze	48 - procházka

V Tabulce 8 je vidět, že čtyři nejstarší informanti se nevěnují žádnému druhu sportu. Devět informantů, spíše starších, rádi chodí rychlou chůzí, popřípadě s hůlkami. Pět mladších informantů na inzulinové pumpě dochází pravidelně do posilovny, jeden dokonce 5x týdně. Jedna informantka se pravidelně věnuje józe pod vedením trenéra a uváděla, že se ji celkově zlepšila kondice. Jedenáct informantů chodí nejméně dvakrát denně na procházku.

Tabulka 9: Emocionální potíže

Nemám potíže	Měl/a jsem potíže
28	2

V Tabulce 9 jsou uvedeny odpovědi na otázku ohledně přítomnosti emocionální obtíží. Informanti uvedli, že nikdy netrpěli závažným psychickým onemocněním. Pouze dva mladí informanti se rozpovídali o tom, že v době, kdy jim byl diagnostikován diabetes dost bojovali s psychikou a bylo potřeba vyhledat i odbornou pomoc. Nedokázali se smířit s tím, že mají diabetes, báli se, že to jejich vrstevníci nepochopí, že se jim budou smát a vyloučí je z kolektivu. Uváděli i to, že o svém onemocnění kamarádům neřekli, poté se jim chtěli vyrovnat například v pití alkoholu a často tak skončili hospitalizovaní v nemocnici. Časem se však naučili žít se svým onemocněním. Dnes jsou raději, že jejich známí ví, že mají diabetes a dokážou jim tak v případě potřeby poskytnout potřebnou pomoc. Co se týče alkoholu, tak většina informantů si dá bílé suché víno v omezené míře. Mají vyzkoušené, že po malém množství se jim ani nezhorší hladina glykémie, popřípadě si „dopíchnou“ inzulin.

Na otázku k Tabulce 9 navazovala otázka ohledně omezení společenského života pro zdravotní nebo emocionální obtíže. Na ní většina informantů odpovědělo, že nemají takové potíže a setkáním s rodinou či přáteli se nevyhýbají. Dva informanti uvedli, že již

s věkem a přidruženým onemocněním mají určitá omezení, ale ne taková, aby to bránilo a omezovalo jejich společenský život.

Závěr rozhovoru patřil otázce na obavy z pozdních komplikací spojených s onemocněním diabetes mellitus I. typu. Odpověď na tuto otázku byla doprovázena i emočními projevy. Všichni informanti uvedli, že se obávají pozdních komplikací spojených s diabetem. Deseti informantům se za posledních pět let výrazně zhoršil zrak. U žen se často vyskytují mykózy, kterým se snaží předcházet převážně přírodní cestou. Dvě informantky mají časté močové infekce. Čtyři informanti se léčí s hypertenzí. U jednoho z dotazovaných se objevila neuropatie.

DISKUSE

Hlavním cílem výzkumu bylo zmapovat, do jaké míry diabetes mellitus ovlivňuje kvalitu života jednotlivých pacientů a porovnat pozitiva a negativa inzulinové pumpy a inzulinových per.

Z rozhovorů vyplývá, že pozitiva převažují u léčby inzulinovými pery nad inzulinovou pumpou. Většina informantů svůj život na inzulinových perech přibližují zdravému člověku. I když mají obtěžující povinnost nezapomenout vzít si s sebou vždy pero s inzulinem.

Co se týče inzulinové pumpy, tak velmi záleží na jejím typu. Některé informanty pumpa trochu omezuje, ve smyslu, že si na ní musí zvykat, je náročné být s ní 24 hodin. Kvalitu života však hodnotí jako vysokou. Léčba inzulinovou pumpou představuje v současné době nejdokonalejší napodobení fyziologické sekrece inzulinu pankreatem. Pumpa dává dávku nepřetržitě dle nastaveného programu subkutánně aplikovanou kanylou bazální dávku rychle působícího inzulinu a pacient si jen aplikuje bolusové dávky.

Výše uvedené se shoduje s publikovanými závěry (Laciánová, 2019) dlouhodobé studie Jana Šoupala, které konstatují, že vliv na kompenzaci diabetu mellitu nemá až tak způsob aplikace inzulinu, ale důležitější je sledování hladiny glykemie. Za novinku, která umožňuje kontinuální sledování hodnot glykemie by se dal považovat senzor se čtečkou a samozřejmě inzulinové pumpy se senzorem.

V České republice pumpu používá asi 5 % pacientů s diabetem mellitem I. typu. Náš Národní registr inzulinových pump v roce 1998-2012 evidoval 3900 diabetiků léčených inzulinovou pumpou, z toho 8,8 % byli pacienti s diabetem mellitem II. typu. Dle zahraničních výzkumů se podíl pacientů léčených inzulinovou pumpou v jednotlivých zemích liší, jedním z rozhodujících faktorů je míra finanční spoluúčasti pacienta na léčbě. Ve Velké Británii, odkud vzešla inzulinová pumpa, je paradoxně inzulinová pumpa málo využívaná. Kdežto v USA je inzulinovou pumpou léčeno 40 % diabetiků s diabetem mellitem I. typu (Štěchová, 2019).

Pozitivní hodnocení kvality života potvrzuje tvrzení většiny informantů, že mají dostatek energie pro běžný život, pro rodinu, pro sport. Avšak asi deset informantů uvedlo, že již nemají dostatek energie, mají invalidní důchod, ale i přesto žijí svým tempem. Dále kladné hodnocení kvality života potvrzuje fakt, že informanti z našeho výzkumu ve většině případů nejsou omezeni v běžných denních činnostech, aktivně se věnují sportu, nemají závažné zdravotní či emocionální obtíže a nejsou omezováni ve společenském životě. Zároveň mají všichni dotazovaní obavy z pozdních komplikací onemocnění.

ZÁVĚR

Cílem předloženého článku bylo seznámit s výsledky kvalitativního výzkumu zaměřeného na ovlivnění kvality života diabetem mellitem I. typu a na porovnání pozitiv a negativ inzulinové pumpy a inzulinového pera.

Z uvedeného výzkumu vyplývá, že kompenzace diabetu mellitu je jednoznačně lepší na inzulinové pumpě se senzorem, u informantů se snížil výskyt hypoglykemií díky tomu, že pumpa ohlásí blížící se hypoglykémii nebo hyperglykémii a pacient má nad sebou lepší sebekontrolu. Informanti na inzulinových perech mají menší úroveň selfmonitoringu, a proto je u nich nejčastější nežádoucí reakcí výskyt hypoglykémie.

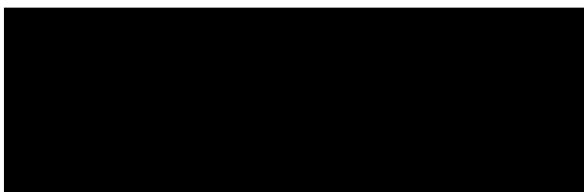
Ze zjištěných informací bychom rády zdůraznily fakt, že je potřeba nezapomínat na psychické obtíže u nově diagnostikovaných klientů s diabetem mellitem 1. typu.

Příjemným zjištěním bylo, že spousta mladých diabetiků ráda sportuje a zamýšlí se nad svým stravováním. Došly jsme k závěru, že kvalita života většiny informantů je dobrá, i přes obtížnost onemocnění a komplikace s ním spojené.

POUŽITÉ ZDROJE

- [1] GURKOVÁ, E. 2011. Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum. Praha: Grada. Sestra. ISBN 978-80-247-3625-9.
- [2] JIRKOVSKÁ, A. 2019. Léčba diabetu inzulinovou pumpou a monitorace glykémie: praktická doporučení pro edukaci. Praha: Maxdorf. 6. rozšířené vydání. ISBN 978-80-7345-601-6.
- [3] KOŽNAROVÁ, R. 2020. Současné možnosti pokročilé monitorace glykémie. Farma-koterapeutická revue. Current Media, 1/2020n. I., 5, 46-51.
- [4] LECIÁNOVÁ, K. 2019. Pero nebo pumpa? Na tom nezáleží. Za úspěchem je senzor. Dostupné z <https://www.diastyl.cz>.
- [5] MINÁRIK, P. 2018. Dieta pro diabetiky. Praha 5: Dr. Josef Raabe. ISBN 978-80-7496-383-4.
- [6] SHAH V. N., DUBOSE S. N., LI Z, 2019. Continuous Glucose Monitoring Profiles in Healthy Nondiabetic Participants: A Multicenter Prospective. Online ISSN 1945-7197.
- [7] SOCHOROVÁ, K. 2021. Moderní léčba diabetu 1. typu. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/archiv/moderni-lecba-diabetu-1-typu-prakticky-pristup/>.

LIFE'S QUALITY IN PATIENTS WITH DM1ST TYPE, INNOVATION IN ITS MEDICAL TREATMENT



KONTAKTNÍ ÚDAJE:

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

Bc. Lenka Štefanová
Praktický lékař pro dospělé MUDr.
Stojaspal Zdislav
Tyršova 324
Slavkov u Brna 68401
e-mail: Masaze.brandysova@seznam.cz

ABSTRACT

The article presents the results of a qualitative research focused on patients with type I diabetes mellitus. The aim of the research was to map the extent to which this disease affects the quality of life of individual patients, to compare the positives and negatives of insulin pump and insulin pen. We were also interested in what patients worry about in connection with this disease and how they live with diabetes. It is important to understand why the conceptualization of quality of life in nursing is important in relation to this issue and to what extent diabetes mellitus affects patient quality of life across age groups.

KEYWORDS:

Life's Quality, diabetes mellitus 1st Type, insulin therapy, self-monitoring, continuous glucose monitoring, insulin pump

ZDRAVIE V KONTEXTE PREVENČIE S PSYCHONEUROIMU- NOLOGIOU

ZUZANA HUDÁKOVÁ
KATOLÍCKA UNIVERZITA
V RUŽOMBERKU
VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ
V JIHLAVĚ

KATARÍNA REPOVÁ
IVANA AŠTARYOVÁ
LIBOR ČIEF
KATOLÍCKA UNIVERZITA
V RUŽOMBERKU

INGRID JUHASOVÁ
VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ
V JIHLAVĚ

MAŁGORZATA WOJCIK
POZNANSKÁ UNIVERZITA
TELESNEJ VÝCHOVY V GORZOWE
POZNAŃ

ABSTRAKT

Nie všetky aspekty choroby je možné zredukovať na fakty overiteľné najexaktnejšími vedeckými metódami. Ak z prijateľných poznatkov, ktoré o chorobách máme, vylúčime prínos ľudskej skúsenosti a pochopenia súvislosti, obmedzujeme sa na veľmi úzky rámec. Dnes sa tvorí nová disciplína psychoneuroimunológie (PNI), ktorá dospela do doby, keď máme veľmi presvedčivé dôkazy, že medzi mozgom a imunitným systémom existuje blízky vzťah.

KLÍČOVÁ SLOVA:

Zdravie, choroba, stres, stresory, trauma, telo, stresové hormóny, emócie, mozog

ÚVOD

Psyhoneuroimunológia je vedná disciplína, ktorá skúma spôsoby, akými na seba vzájomne pôsobí psychika – myseľ a jej emócie – a nervová sústava tela. Ide o interakciu medzi telom a myslou, o nezničiteľný zväzok emócií, fyziológie v ľudskom vývine počas života, v zdraví i v chorobe. Imunitný systém nefunguje izolovane od našej každodennej skúsenosti. Spojitosť medzi telom a myslou je potrebné vnímať nielen preto, aby sme pochopili výskyt chorôb, ale aj podstatu zdravia. Ak sa budeme snažiť nájsť odpoveď na otázku stresu, pravdepodobnejšie bude viesť jej odpoveď k zdraviu. Ak existuje spojenosť medzi emóciami a fyziológiou a ak o tom nebudeme informovať ľudí, oberieme ich o veľmi efektívny nástroj [2].

Myseľ je neoddeliteľnou súčasťou tela a telo je rovnako neoddeliteľnou súčasťou mysle. Niektorí odborníci prišli s pojmom *telomyseľ*, aby tým vyjadrili pravú podstatu vecí. V jednom z Platonových dialógov cituje Sokrates istého tráckeho lekára, ktorý kritizoval gréckych lekárov: „Práve z toho dôvodu príčina mnohých ochorení gréckym lekárom uniká, pretože prehliadajú celok. Veľkou chybou súčasnosti je, že v snahe liečiť ľudské telo, lekári oddeľujú myseľ od tela“[7].

Z fyziologického hľadiska sú emócie elektrickými a hormonálnymi výbojmi nervovej sústavy človeka. Emócie ovplyvňujú fungovanie hlavných orgánov a pôsobenie mnohých biologických látok, ktoré obiehajú v organizme a pomáhajú riadiť jeho fyzický stav. Potláčanie, vytesňovanie emócií z vedomia a ich presúvanie do ríše nevedomia, vnáša do fyziologických obranných mechanizmov zmätok a chaos. V *New England Journal Medicine* z roku 1985 sa uvádza: „Vnímať chorobu a smrť ako osobné zlyhanie je obzvlášť nešťastný spôsob obviňovania obete, v čase, keď už pacienta ťaží samotné ochorenie, nie je vhodné ho ešte zaťažovať nutnosťou prijať zodpovednosť za vlastný zdravotný stav“ [1].

Je dôležité, ako sa vníma chorý pri svojom ochorení. U mnohých ľudí so zhubnými nádormi dochádza k automatickému popieraniu psychickej a fyzickej bolesti a nepohodlných emócií, ako sú hnev, smútok alebo odmietanie. Dynamika potláčania prebieha v každom z nás. Všetci popierame svoje pravé ja, istým spôsobom ho zrádzame a často to robíme nevedomky. Keď ide o zdravie a chorobu, je len otázkou miery a prítomnosti alebo neprítomnosti ďalších faktorov, ako napríklad dedičnosť alebo vplyvy prostredia a choroba sa prejaví alebo neprejaví [3].

STRES A EMOČNÁ KOMPETENCIA

Stres je zložitá kaskáda fyzických a biochemických reakcií na intenzívne emočné podnety. Pri pozorovaní seba počas choroby môžeme mať pocit, že medzi správaním našich buniek, napríklad pri zápale, a naším každodenným správaním nie je žiadny dokázateľný vzťah. Prístup medicíny ku zdraviu a k chorobám naďalej

vychádza z predpokladu, že telo a myseľ sú oddelené od prostredia. Medicína vníma stres ako intenzívne znepokojujúci, no v podobe izolovaných udalostí, ako napr. strata zamestnania, rozvod alebo úmrtie milovanej osoby. Vnútorný stres si vyberá svoju daň bez toho, aby sme si všimli, že niečo nie je v poriadku. Stres nie je len obyčajné nervové napätia. Stresové reakcie nájdeme aj u jednoduchších živočíchov, dokonca aj u rastlín, ktoré žiadnu nervovú sústavu nemajú. Stres je možné vyvolať aj u pacientov v hlbkej anestézii alebo v bunkových kultúrach vypestovaných mimo organizmu. Fyziológia stresu sa môže aktivovať aj bez vonkajších pozorovateľných prejavov v správaní a bez subjektívneho vnímania [4].

Selye chápal stres ako biologický proces, ktorý zahŕňa širokú škálu udalostí prebiehajúcich v tele bez ohľadu na príčiny alebo subjektívne povedomie. Stres pozostáva z vnútorných zmien – viditeľných i neviditeľných, ku ktorým dochádza, keď organizmus vníma ohrozenie svojej existencie alebo pohody. Hoci nervózne napätie môže byť jednou zo súčastí stresu, človek môže byť vystresovaný aj bez toho, aby cítil napätie. Na druhej strane je možné cítiť napätie aj bez toho, aby sa aktivovali fyziologické mechanizmy stresu [9].

Selyeho analógie znázorňujú dôležitý fakt: k nadmernému stresu dochádza, keď požiadavky na organizmus prekročia jeho schopnosť splniť ich. Prežívanie stresu má tri zložky.

Prvou je udalosť, fyzická alebo emočná, ktorá organizmus vníma ako ohrozujúcu. Ide o stresový podnet tzv. stresor.

Druhou zložkou je systém spracovania, ktorý prežíva a interpretuje význam stresoru. U ľudí je týmto systémom nervová sústava, najmä mozog.

Tretiu časť tvorí stresová reakcia pozostávajúca z rôznych fyziologických a behaviorálnych zmien, ktorými organizmus odpovedá na vnímané ohrozenie. [9].

Rovnako dôležité sú faktory osobnosti a momentálny psychický stav jednotlivca, na ktorého stres pôsobí. Stratu zamestnania bude jeden považovať za vážnu hrozbu, zatiaľ čo druhý za príležitosť. Neexistuje žiadny univerzálny a jednotný vzťah medzi stresorom a stresovou odpoveďou. Intenzita stresového zážitku a jeho dlhodobé následky závisia od mnohých faktorov, ktoré sú u každého individuálne. [6].

Selye objavil, že biologické prejavy stresu majú väčší vplyv najmä na tri typy tkanív alebo orgánov v tele:

- na *hormonálny systém*, kde dochádza k viditeľným zmenám v nadobličkách;
- na *imunitný systém*, kde stres najviac pôsobí na slezinu, týmus (detskú žľazu) a lymfatické uzliny;
- na *výstelku čriev tráviacej sústavy* [9].

Keď vnímame hrozbu, hypotalamus nachádzajúci sa v mozgovom kmeni vylúči tzv. kortikotropín uvoľňujúci hormón (CRH), ktorý putuje iba krátku vzdialenosť do

hypofýzy, malej endokrinnéj žľazy uloženej na lebečnej spodine. Hypofýza pri stimulácii hormónom uvoľňujúcim kortikotropín začne produkovať adrenokortikotropný hormón (ACTH).

ACTH sa potom krvným obehom dostáva do nadobličiek, malých orgánov v tukovom tkanive v hornej časti obličiek. Adrenokortikotropný hormón pôsobí na kôru nadobličiek, tenkú vrstvu tkaniva, ktorá sama osebe slúži ako endokrinná žľaza. Pri stimulácii adrenokortikotropným hormónom vylučuje kortikoidné hormóny (kortikoidné od slova cortex, t.j.kôra), z ktorých hlavná je kortizol.

Kortizol pôsobí rôznym spôsobom takmer na každé tkanivo v tele – od mozgu a imunitný systém po kosti a črevá. Tvorí dôležitú súčasť zložitého systému fyziologickej kontroly a rovnováhy, ktorým organizmus zaistuje reakcie na hrozby. Medzi okamžité účinky kortizolu patrí utlmenie stresovej reakcie. Pritom dochádza k zníženiu činnosti imunitného systému, aby sa reakcia udržala v bezpečných medziach. Funkčné prepojenie medzi hypotalamom, hypofýzou a nadobličkami sa nazýva *os HPA* (z anglického hypothalamus, pituitary gland, adrenal glands) , ktorá je centrom stresového mechanizmu. Má na svedomí veľký počet chronických ochorení. Keďže medzi hypotalamom a mozgovými centrami zodpovednými za spracovanie emócií prebieha vzájomná komunikácia, emócie môžu práve prostredníctvom osi HPA bezprostredne ovplyvňovať imunitný systém a ďalšie orgány [7].

Selyeho triáda príznakov v podobe zväčšených nadobličiek, scvrknutého lymfatického tkaniva a črevných vredov je výsledkom stimulujúceho pôsobenia adrenokortikotropného hormónu na kôru nadobličiek, tlmiaceho účinku kortizolu na imunitný systém a jeho vplyv na vznik vredov v črevách. Veľa ľudí, ktorým lekár predpíše lieky s obsahom kortikosteroidov pri liečbe napríklad astmy, kolitídy, artritídy alebo rakoviny, je vystavených zvýšenému riziku črevného krvácania. Pôsobenie kortizolu pomáha vysvetliť, prečo chronický stres vyvoláva zvýšené riziko výskytu črevných vredov. Kortizol tiež spôsobuje rednutie kostí. Podľa Selyeho všeobecný prehľad stresovej reakcie by nemal zahŕňať iba mozog, nervy, hypofýzu, nadobličky, obličky, cievy, spojivové tkanivo, štítnu žľazu, pečeň a biele krvinky, ale mal by poukazovať aj na mnohé vzájomné vzťahy medzi nimi [9].

Stresová reakcia je nutná na zachovanie vnútornej stability. Stresová reakcia je tiež nešpecifická. Môže ju vyvolať akýkoľvek útok – fyzickej, biologickej, chemickej či psychologickkej povahy – rovnako ako akýkoľvek vedome i nevedome *subjektívne vnímaný* útok alebo hrozba. Aby sme mohli zareagovať reakciou typu útok alebo únik, je potrebné presmerovať krv z vnútorných orgánov do svalov a srdce ju musí začať prečerpávať rýchlejšie. Mozog sa potrebuje sústrediť na hrozbu, pričom zabúda na hlad alebo sexuálne pudy. Potrebná je aj mobilizácia zásob energie v podobe molekúl cukru. Musia byť aktivované aj bunky imunitného systému. Za všetko zodpovedá adrenalín, kortizol a ďalšie stresové hormóny a látky [5].

Stav ohrozenej homeostázy – podľa tejto definície je stresorom „*hrozba, skutočná alebo vnímaná, ktorá vedie k narušeniu homeostázy.*“ A čo majú všetky tieto stresory spoločné? V podstate predstavujú neprítomnosť alebo hroziacu neprítomnosť niečoho, čo organizmus považuje za nevyhnutné pre svoje prežitie. Môžeme prehlásiť, že u ľudí patria k najvýznamnejším tie emočné. Odborná literatúra identifikovala tri faktory, ktoré všeobecne vedú k stresu:

- *neistota,*
- *nedostatok informácií,*
- *strata kontroly.*

V živote ľudí s chronickými ochoreniami sú prítomné všetky tri. Mnohí z nich sa môžu mylne domnievať, že majú život pod kontrolou, až neskôr však zisťujú, že na ich rozhodovanie a správanie mali vplyv sily, o ktorých ani len netušili [8].

MOZOG

Intenzívne emócie aktivujú limbický systém – hlavne v časti zvanej **amygdala**. Amygdala je zhluk mozgových buniek, ktorý určuje, či zvuk, obraz alebo telesný vnem treba vnímať ako hrozbu. Citlivosť amygdaly aspoň čiastočne závisí od množstva neurotransmitera serotonínu v tejto časti mozgu. Zvieratá s nízkou hladinou serotonínu reagovali na stresujúce podnety (ako hlasné zvuky) hyperaktívne, zatiaľ čo vyššia hladina serotonínu otupila ich systém strachu, čo znamená, že na potenciálne hrozby menej pravdepodobne reagovali agresiou alebo zamrznutím. [11].

Amygdala nás upozorňuje na prichádzajúce nebezpečenstvo a aktivuje stresovú odpoveď tela. Ak traumatizovaní ľudia prídu do kontaktu s obrazmi, zvukmi alebo myšlienkami súvisiacimi s ich zážitkom, amygdala spustí poplach. Aktivácia tohto centra strachu spustí kaskádu stresových hormónov a nervových impulzov, ktoré zvýšia krvný tlak, tepovú frekvenciu a príjem kyslíka, čiže prípravu na reakciu útok alebo útek [12].

Najdôležitejšou úlohou mozgu je zabezpečiť prežitie, a to aj v tých najhorších podmienkach. Všetko ostatné je až na druhom mieste. Ak to chce dosiahnuť, musí:

- vysielat vnútorné signály, ktoré zaznamenávajú, čo naše telo potrebuje, napríklad potravu, odpočinok, sex či úkryt;
- vytvoriť akúsi mapu sveta, aby nás nasmeroval, kde treba ísť za naplnením týchto potrieb;
- vygenerovať potrebnú energiu a činnosti, ktoré nás tam dostanú;
- cestou nás varovať pred nebezpečenstvom a upozorňovať na príležitosti a prispôsobovať naše konanie aktuálnym požiadavkám [10].

Dnes už vieme, že dve polovice mozgu hovoria úplne iným jazykom. Pravá je intuitívna, emocionálna, vizuálna, priestorová a hmatová, zatiaľ čo ľavá je lingvistická, analytická a sekvenčná – vníma v presne danom poradí. Ľavá zodpovedá za rozprávanie a pravá je nositeľom melódie zážitkov. Komunikuje prostredníctvom mimiky tváre, reči tela

a zvukov lásky a smútku – spevu, nadávania, plačú, tanca či napodobňovania. Pravá sa v maternici vyvíja ako prvá a sprostredkúva neverbálnu komunikáciu medzi matkou a dieťaťom. Ľavá sa „zapne“ až vtedy, keď deti začnú rozumieť jazyku a učia sa rozprávať. Vďaka tomu vedia pomenúvať veci, porovnávať ich, rozumejú vzťahom medzi nimi a začínajú s druhými komunikovať o svojom jedinečnom a subjektívnom prežívaní. Ľavá a pravá strana mozgu tiež výrazne odlišným spôsobom spracúvajú aj odtlačky minulosti [8].

Ľavá si pamätá fakty, štatistické údaje a slovnú zásobu udalostí. Potrebujeme ju vtedy, ak chceme vysvetliť svoje zážitky a dať ich do poradia. V pravej sa ukladajú spomienky na zvuky, dotyky, vône a emócie, ktoré zážitky vyvolali. Automaticky reaguje na hlasy, výraz tváre, gestá a miesta, ktoré poznáme z minulosti. To, čo vyvolá, vníma ako intuitívnu pravdu [10].

Dve polovice mozgu za normálnych okolností viac či menej hladko spolupracujú, a to dokonca aj u ľudí, o ktorých by sa dalo povedať, že uprednostňujú jednu stranu mozgu pred druhou. Ak sa však jedna alebo druhá úplne vypne, či už dočasne, alebo úplne, je to niečo ochromujúce. Deaktivácia ľavej hemisféry priamo ovplyvní schopnosť usporadúvať zážitky do logických sekvencií a vyjadriť naše meniace sa pocity a vnemy slovami (Brocovo centrum reči, ktoré sa deaktivuje počas flashbackov, sa nachádza na ľavej strane.) Bez tejto schopnosti ukladania udalostí do postupnosti nedokážeme rozlišovať medzi príčinou a následkom, pochopiť dlhodobé dôsledky svojho konania ani plánovať budúcnosť [2].

Mozgový kmeň a hypotalamus, ktorý sa nachádza priamo nad ním, spoločne riadia hladinu energie tela. Koordinujú činnosť srdca, pľúc, endokrinnú a imunitnú sústavu a zaisťujú udržanie týchto život zabezpečujúcich sústav v stave relatívne stabilnej vnútornej rovnováhy, ktorý sa nazýva homeostáza.

Dýchanie, prijímanie potravy, spánok a vylučovanie sú také základné činnosti, že pri uvažovaní nad zložitou mysľou a správaním sa často zanedbávajú. Ak však ide o narušený spánok, pritom nepracujú dobre črevá, býva pocit hladu a celý organizmus sa dostáva do nerovnováhy. Zarážajúco veľa psychických problémov zahŕňa ťažkosti so spánkom, s chuťou do jedla, dotykom, trávením aj so sexuálnym vzrušením. Účinná liečba traumy musí riešiť aj tieto základne udržiavacie funkcie tela [6].

Model založený na poruchách mozgu prehliada štyri základné pravdy:

1. Našej schopnosti zničiť jeden druhého sa vyrovná naša schopnosť uzdraviť jeden druhého. Kľúčom k navráteniu zdravia je obnoviť vzťahy a spoločnosť.
2. Máme schopnosť regulovať svoju fyziológiu, a to vrátane tzv. vôľou neovládateľných funkcií tela a mozgu – pomocou dýchania, pohybu a dotyku.
3. Môžeme zmeniť sociálne podmienky a vytvoriť prostredie, v ktorom sa deti aj dospelí budú cítiť bezpečne a prosperovať.
4. Jazyk nám dáva moc zmeniť seba aj druhých rozprávaním o našich skúsenostiach – pomáha nám definovať, čo vieme, a nájsť spoločný zmysel. Keď ignorujeme tieto základné rozmery ľudskosti, oberáme pacientov o množstvo spôsobov, ako sa dostať z traumy a obnoviť svoju samostatnosť.

Ak je trpiaci človek počas procesu liečby pacientom a nie jej účastníkom, oddeľuje sa od svojho spoločenstva aj od vnútorného pocitu vnímania seba samého (svojho ja) [13].

ZÁVER

Uzdravenie závisí od skúsenostných poznatkov – plnou kontrolou nad svojim životom, priznať si realitu svojho tela so všetkými jeho živočíšnymi rozmermi. K stresu dochádza, keď nie sú naplnené naše každodenné kritéria, čo vedie k narušeniu homeostázy. Práve emočnú kompetenciu potrebujeme získať, aby sme sa dokázali uzdraviť. Keď čelíme chorobe, veľký počet z nás hľadá svoje duchovné ja takmer inštinktívne a často nachádza prekvapivé veci, preto je dobre poznať seba samého aj cez vlastné prežívanie každodenných starostí radosti.

POUŽITÉ ZDROJE

- [1] ANGELL, M. 1985. Disease as a Reflection of the Psyche. *New England Journal of Medicine*, 13.6.1985.
- [2] DROSSMAN, D. A. a kol. 2000. Effects of Coping on Health Outcome among Women with Gastrointestinal Disorders. In *PSychosomatic Medicine* 62, 2000.
- [3] GRAHAM, J. a kol. 2002. Stressful Life Experiences and Risk of Relapse of Breast Cancer: Observational Cohort Study. In *British Medical Journal* 324, 15.6.2002.
- [4] PRÉ, H. a PRÉ, P. 1998. *A Genius in the Family: An Intimate Memoir of Jacqueline du Pré*. New York: Vintage, 1998.
- [5] CHAMPION M. a kol. (ed). *Optimal Management oIBD: Role if the Primary CAre Physician*. Toronto: The Medicine Group, 2001.
- [6] MALARKAY, W. R. 2001. Behavior: The Endocrine-Immune Interface and Health Outcomes. In *T. Theorell, Everyday Biological Stress Mechanisms*, zv. 22. Basel: Karger, 2001. S. 104-115.
- [7] MATÉ, G. 2021. *Keď telo povie nie*. Vydavateľstvo NOXI, Bratislava. ISBN 978-80-8111-586-8.
- [8] RAPHAEL D. 2002. *Social Justice Is Good for Our Hearts: Why Societal Factors – Not Lifestyles – Are Major Causes of Heart Disease inand Elsewhere*. Toronto: CSJ Foundation for Reaserch and Education, 2002. Dostupné: <http://www.socialjustice.org>
- [9] SELYE, H. 1978. *The Stress of Life*. Nakladateľ: New York: McGraw-Hill – Europe. 544s. 1978.
- [10] SELYE, H. 2016. *Stres života*. Vydavateľstvo: Pragmy, Praha, 2016. 392s. ISBN 978-80-7349-392-9.
- [11] ROOZENDAAL, B., McEWEWN B. S., CHATTARJI, S. 2009. Stress, Memory and the Amygdala, *Nature Reviews Neuroscience* 10, č. 6 (2009): 423 – 433.
- [12] SHIN, L. M., RAUCH S. L., PITMAN, R. K., 2006. Amygdala, Medial Prefrontal Cortex, and Hippocampal Function in PTSD, *Annals of the New York Academy of Sciences* 1071, č. 1 (2006): 67 – 79.
- [13] TAYLOR G. J., BAGBY, R. M. 2004. New Trends in Alexithymia Research, *Psychotherapy and Psychosomatics* 73, č. 2 (2004): 68 – 77.

HEALTH IN THE CONTEXT OF PREVENTION WITH PSYCHONEUROIMMU- NOLOGY

KEYWORDS:

Health, illness, stress, stressors, trauma,
body, stress hormones, emotions, brain

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

doc. PhDr. Zuzana Hudáková, PhD.
Katolícka univerzita v Ružomberku
Fakulta zdravotníctva
Katedra fyzioterapie
Nám. A. Hlinku 60
034 01 Ružomberok
Slovenská republika
e-mail: zuzana.hudakova@ku.sk

Vysoká škola polytechnická v Jihlavě
Katedra zdravotních studií
Tolstého 16
586 01 Jihlava
e-mail: zuzana.hudakova@vspj.cz

Mgr. Ivana Aštaryová, PhD.
Katolícka univerzita v Ružomberku
Fakulta zdravotníctva
Katedra fyzioterapie
Nám. A. Hlinku 60
034 01 Ružomberok
Slovenská republika
e-mail: ivana.astaryova@ku.sk

PhDr. Ingrid Juhasová, PhD.
Vysoká škola polytechnická v Jihlavě
Katedra zdravotních studií
Tolstého 16
586 01 Jihlava
e-mail: ingrid.juhasova@vspj.cz

Mgr. Małgorzata Wójcik, Ph.D
Wielkopolski, Poznan University
of Physical Education, Poznan, Poland
ulica Estkowskiego 13
66-400 Gorzów Wielkopolski
Polsko
e-mail: malgo_wojcik@interia.pl

ABSTRACT

Not all aspects of the disease can be reduced to facts verifiable by the most exact scientific methods. If we exclude the contribution of human experience and understanding of the context from the acceptable knowledge we have about diseases, we limit ourselves to a very narrow framework. Today, a new discipline of psychoneuroimmunology (PNI) is being formed, which has reached a time when we have very convincing evidence that there is a close relationship between the brain and the immune system.

Mgr. Katarína Repová
Katolícka univerzita v Ružomberku
Fakulta zdravotníctva
Katedra fyzioterapie
Nám. A. Hlinku 60
034 01 Ružomberok
Slovenská republika
e-mail: katarina.repova@ku.sk

Mgr. Libor Čief
Katolícka univerzita v Ružomberku
Fakulta zdravotníctva
Katedra fyzioterapie
Nám. A. Hlinku 60
034 01 Ružomberok
Slovenská republika
e-mail: libor.cief@ku.sk

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)

Ing. Veronika Hedija, Ph.D. (Vysoká škola polytechnická Jihlava)

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)

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 Židek, Ph.D. (Masarykova univerzita Brno)

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 2024

© 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 ČÍSLO 2/2024

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

Mgr. Jana Bubláková (Vysoká škola polytechnická Jihlava)

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

Mgr. Iveta Jirešová (Nemocnice Jihlava, p.o.)

Mgr. Andrea Letková (Nemocnice Havlíčkův Brod)

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

PhDr. Jana Novotná, Ph.D. (Vysoká škola polytechnická Jihlava)

doc. PhDr. Monika Punová, Ph.D. (Masarykova univerzita)