

2012

ROČNÍK 3

ČÍSLO 1

LOGOS POLYTECHNIKOS

V

Š

P

J

Vysoká škola
polytechnická
Jihlava

Pootevřené dveře katedry zdravotnických studií

Výuka na Katedře zdravotnických studií studijního programu Ošetrovatelství v oborech **Všeobecná sestra a Porodní asistentka** v prezenční formě studia byla zahájena v akademickém roce 2008/2009. Studijní program vychází z „Dlouhodobého záměru vzdělávací, vědecké, výzkumné, vývojové a další tvůrčí činnosti Vysoké školy polytechnické Jihlava (VŠPJ)“. Pomáhá naplňovat „Dlouhodobý záměr rozvoje vzdělávání Kraje Vysočina a strategický plán rozvoje Statutárního města Jihlavy.“

Realizované obory na VŠPJ umožní zejména:

- posílit **nízký počet vysokoškolsky vzdělaných lidí na ošetrovatelských postech**, jejichž vědomosti a dovednosti pomohou **zvýšit úroveň ošetrovatelství** v jednotlivých zdravotnických zařízeních v Kraji Vysočina
- zvýšit kvalifikační úroveň v souladu s koncepcí Ministerstva zdravotnictví České republiky (MZČR)
- zlepšit celkovou regionální situaci v terciární sféře vzdělávání v Kraji Vysočina

Absolvent oboru Porodní asistentka je připraven pro výkon povolání porodní asistentky, tj. pro poskytování zdravotní péče v porodní asistenci – zajištění nezbytného dohledu, poskytování péče a rady ženám během těhotenství, při porodu a šestinedělí, pokud probíhají fyziologicky, vedení fyziologického porodu a poskytování péče o novorozence. Součástí této zdravotní péče je také ošetrovatelská péče o ženu na úseku gynekologie. Dále se porodní asistentka ve spolupráci s lékařem podílí na preventivní, léčebné, diagnostické, rehabilitační, neodkladné nebo dispenzární péči.

Absolvent oboru Všeobecná sestra získává profesní kompetence sester, které definuje platná legislativa ČR. Sestry musí umět chránit, udržovat, navracet a podporovat zdraví osob a skupin, jejich autonomii a soběstačnost v oblasti tělesných a psychických životních funkcí, s přihlédnutím k psychologické, sociální, ekonomické a kulturní odlišnosti způsobu života osob se zdravotním postižením.

Na katedře jsou pro studenty k dispozici tři odborné učebny; dvě pro výuku všeobecných sester, jedna učebna je vybavena pro výuku porodních asistentek – představuje porodní sál.

Učebny obsahují konkrétní nástroje ke zvyšování kvality a bezpečnosti zdravotní péče a vychází ze záměru WHO a Rezortních bezpečnostních cílů MZČR.

Učebny jsou vybaveny tak, že zcela imitují prostředí zdravotnických zařízení, umožňují kvalitní nácvik praktických dovedností a je zcela respektováno zavádění systémových opatření, která vedou k zajištění vyšší bezpečnosti pacientů i kvality poskytované zdravotní péče.

Součástí vybavení jsou celotělové figuríny (Geri basic), model kojence, model předčasně narozeného dítěte, resuscitační modely dospělého a dítěte, polohovatelná elektrická lůžka, simulační modely, např. model sloužící pro nácvik odběrů krve,

katetrizaci močového měchýře, dále infuzní pumpy, injekční dávkovač, EKG, defibrilátor, moderní převazový vozík, vybavení pro kardiopulmonální resuscitaci (KPR), audiovizuální technika s odborným zaměřením, atd. Dále jsou součástí vybavení simulační modely pro nácvik porodnického vyšetření a pro nácviky vedení porodu.



Obrázek 1 Odborné učebny před rekonstrukcí – srpen 2010



Obrázek 2 Odborné učebny po rekonstrukci – říjen 2010

V lednu 2011 katedra spolu s Českou onkologickou společností, Českou asociací sester, Krajem Vysočina a společností Nutricia začala realizovat projekt, který se zabývá nutriční péčí o onkologicky nemocné. Realizace tohoto projektu bude probíhat až do roku 2012. Cíleně byl osloven Kraj Vysočina, zřizovatel pěti nemocnic akreditovaných u Spojené akreditační komise (SAK ČR, o. p. s.). Nemocnice Havlíčkův Brod, Jihlava, Nové Město na Moravě, Třebíč a Pelhřimov mají díky zavedeným akreditačním standardům předpoklady pro nastavení vhodných postupů nutriční péče o onkologicky nemocné. Po jejich zavedení a ověření budou tyto systematické postupy podkladem pro tvorbu „Standardu kvality nutriční péče o onkologicky nemocného“ s celostátní působností. Standard kvality nutriční péče

o onkologicky nemocného představuje základní předpoklad pro unifikaci podmínek nutriční péče o pacienty s nádorovým onemocněním v celé České republice, neboť je v současnosti řešena pouze segmentálně a nesystematicky. Pacient tak nemá shodné podmínky nutriční péče ve všech krocích léčby.

V únoru 2011 katedra otevřela novou učebnu pro výuku arteterapie. Arteterapie je samostatná psychoterapeutická metoda s převládajícími výrazovými prostředky, jako jsou výtvarné aktivity, zahrnující různé techniky malířské, grafické či modelovací, které mohou být doplněny i hudbou, tancem, slovesností, divadlem či mimikou. Vychází přitom z toho, že umělecký výrazový prostředek je dostupný každému, nejen výtvarně či hudebně nadaným. Arteterapie se začala využívat v České republice od 50. let minulého století jako součást psychoterapeutického procesu v různých léčebných a psychoterapeutických zařízeních.

V dubnu 2011 proběhla první mezinárodní konferenci Jihlavské zdravotnické dny. Konference přinesla různé pohledy na současnou problematiku poskytování ošetrovatelské péče, včetně zajištění kvalitní a bezpečné ošetrovatelské péče. Došlo k výměně zkušeností v jednotlivých oblastech ošetrovatelství na mezinárodní úrovni.

V tomto roce byla zahájena spolupráce s Fakultou zdravotnictva KATOLICKE UNIVERZITY v Ružomberku – Slovenská republika. Rozvinula se spolupráce s UNIVERZITOU RZESZÓW – Polská republika. V přípravné fázi se nachází spolupráce s Fakultou sociálních věd a zdravotnictva UNIVERZITY KONŠTANTÍNA FILOZOFA v Nitre – Slovenská republika.

V červnu 2011 byly Akreditační komisí (AK) schváleny v kombinované formě studia dva studijní programy:

1. **Ošetrovatelství** – studijní obor Všeobecná sestra
2. **Porodní asistence** – studijní obor Porodní asistentka

V červenci 2011 proběhly první státní závěrečné zkoušky studentů prezenční formy studia. Úspěšně absolvovalo státní závěrečné zkoušky 40 studentů.



Profesní odznak absolventů VŠPJ oboru Všeobecná sestra a Porodní asistentka

doc. PhDr. Lada Cetlová, PhD.
vedoucí Katedry zdravotnických studií

JAN ANTONI RUTOWSKI

Carbohydrates, Glycemic Index of Food and Patients Health - Importance in Nursing Practice	7
---	----------

JANA ŠTEFÁNIKOVÁ, MÁRIA KOPÁČIKOVÁ

Informovanosť žien a prevencia postmenopauzálnnej osteoporózy	16
--	-----------

MARCELA BABICKÁ

Akční plán podpory zdraví Nemocnice Pelhřimov, p. o.....	33
---	-----------

ANDREA HUGÁŇOVÁ, KATARÍNA CHOVANCOVÁ

Dopady alkoholovej závislosti na jednotlivca.....	38
--	-----------

LADA CETLOVÁ, LADA NOVÁKOVÁ

Identifikace pacientů v ošetrovateľskej péči	46
---	-----------

LENKA DRAHOŠOVÁ, JAROSLAV STANČIAK, LUCIE VESELÁ

Baby masáž a její využití matkou.....	56
--	-----------

VLASTA DVOŘÁKOVÁ, JANA KEKETIOVÁ

Antikoncepce a její historický vývoj	70
---	-----------

KATEŘINA EMMEROVÁ

Zdravotníci, jsme dobře „čitelní“?	79
---	-----------

JANA GABRIELOVÁ, PETRA GAJDOŠOVÁ

Ochrana ľudských práv so zreteľom na osoby so zdravotným postihnutím.....	86
--	-----------

LENKA GÖRNEROVÁ

Strach z bolesti u dětí školního věku 95

ANNA KASANOVÁ, MARTINA HROZENSKÁ

PCA ako metóda (sociálnej) práce so suicidálnym klientom 103

GABRIELA VÖRÖSOVÁ, LADISLAV PAPAN

**Vedomosti o dôsledkoch fajčenia a postoje k diferencovanej
starostlivosti 113**

ĽUBA PAVELOVÁ

Zdravotné dôsledky závislosti od návykových látok 123

IRENA TOČÍKOVÁ, ZUZANA SEDLÁKOVÁ

Alzheimerova choroba z pohľadu zdravotní sestry 130

LUCIE POLÁKOVÁ

Arteterapie a dětská kresba 146

RICHARD TEKEL

**Výskum zdravotných rizík súvisiacich s užívaním psychoaktívnych
látok 156**

ALICA SLAMKOVÁ, ANDREA BRATOVÁ

Problematika informovanosti u onkologických pacientov 166

PAVLA ERBENOVÁ, EMANUEL HURYCH

**Hodnocení efektivity vstupního kurzu Vysoké školy polytechnické
Jihlava z pohľedu studentů 174**

JAROMÍR FUCHS, EMANUEL HURYCH

Zjišťování aktuálního stavu kooperace a koordinace organizací a institucí zabývajících se „outdoorovými“ programy a turistikou na Jihlavsku.....	193
---	------------

EMANUEL HURYCH, BOHUMÍR MACHOVEC

Poutnictví jako fenomén a jeho potenciální příspěvek k rozvoji turistiky a pohybových programů v přírodě na Jihlavsku	207
--	------------

Carbohydrates, Glycemic Index of Food and Patients Health - Importance in Nursing Practice

Jan Antoni Rutowski

Abstract

Total carbohydrates are the sum of all the sugars, starches, and fiber that the patient consumes. The glycemic index (GI) is a measure of ingested carbohydrates effects on blood glucose levels. Complex carbohydrates with low glycemic index normalize glucose and lipid metabolism, and decrease risk of such diseases as obesity, diabetes and coronary heart disease. The patient who is diagnosed as a diabetic must face the challenges of restructuring their diet. A health diet and proper management can enhance their health by promoting stable glucose. Eating healthy by making choices from nutritional food groups can help the diabetic achieve stable blood glucose levels in conjunction with their current diabetic medication. Here is important role of nurses for promotion of healthy diet with low GI in diabetic patients.

Key words

Nutrition, Carbohydrates, Glycemic Index, Diabetes, Nursing practice

Introduction. Types of carbohydrates

Carbohydrates belong to macronutrients. Amount and quality of dietary carbohydrates significantly influence human health. Carbohydrates are for the human body one of the key energy substrates. They are widely used compounds in the vegetable and it is also the source of the majority of carbohydrates consumed by us. The content and type of carbohydrates in the diet have a significant impact on human health. Excess or deficiency of certain carbohydrates in the diet can significantly modify the risk of developing diet-related diseases. In particular this applies to many types of diseases such as diabetes, obesity, atherosclerosis, gastrointestinal cancers [11,13]. Considering the role of carbohydrates and their place in human nutrition, it is noted: simple carbohydrates (mono- and disaccharides), which include glucose, fructose, sucrose, lactulose and complex carbohydrates (polysaccharides), amongst others starchy carbohydrates (commonly referred to as starch) and fiber. Assessing the carbohydrate metabolic effects, we are talking about digestible and indigestible carbohydrates. Digestible carbohydrates are fully hydrolyzed in the digestive tract to the monosaccharides, and their absorption causes an increase in glucose level in the circulation. Non-absorbable carbohydrates do not cause increases in blood glucose, because they cannot be hydrolyzed into simple sugars, but can be fermented under the influence of intestinal bacteria. Indigestible carbohydrates with high impact on human health are the components of dietary fiber, which is called dietary fiber [11].

Glucose and fructose are present in products such as honey, fruit, including berries and vegetables. They arise as products of hydrolysis of saccharose and starch. Saccharose is the main disaccharide present in the human diet. In large quantities it is consumed as an addition to various types of products, especially cakes, sweets, beverages, desserts and jams. It is also present in honey, fruit and certain vegetables. Glucose is a bit less sweet than saccharose by about 20-30%, while fructose is about 40% sweeter than saccharose taste. Extremely high fructose sweetening properties make it possible for fructose syrups to be commonly used in the food industry in the manufacture of various types of products with a sweet taste, such as drinks and desserts. Lactose is a disaccharide commonly existing in milk and dairy products. Many products which have milk in their composition or the milk also contain lactose. It is also present in breast milk and is the main carbohydrate component. Lactose is hydrolyzed to galactose and glucose. Starch is the most important plant polysaccharide supplied by the diet. Starch derived from different sources varies in the spatial structure of the chain, which is comprised of a large number of glucose molecules, which makes it slightly different as far as physicochemical properties are concerned. The main components of the diet supplying the polysaccharides are starch grains, rice and potatoes [3,12,13].

Digestion and absorption of carbohydrates

Digestion of carbohydrates in the gastrointestinal tract is carried out by many enzymes. In the oral cavity under the influence of salivary amylase the digestion of starch starts. The result of this action are oligosaccharides with different chain lengths. Their further digestion occurs in the small intestine, where pancreatic amylase works and disaccharides are created such as maltose and isomaltose. Hydrolysis of disaccharides both those arising from the decomposition of poly- and oligosaccharides and those supplied in the diet, saccharose and lactose, takes place under the influence of enzymes present in the intestinal mucosa. Enzymes: maltaza and izomaltaza hydrolyze maltose and isomaltose into glucose, saccharase hydrolyses saccharose into glucose and fructose, whereas lactase hydrolyses lactose into glucose and galactose. Then, all monosaccharides are absorbed through the intestinal epithelial cells and this process significantly depends on the presence of specific transport proteins [3,11,12,13].

Carbohydrate metabolism

The absorbed monosaccharides are transported mainly to the liver. It is the organ responsible for maintaining adequate concentration of sugar glucose in blood to provide inputs to the cells of other tissues. The liver picks up glucose and converts it into glycogen and uses it in other metabolic processes. Glycogen stored in the liver is essential to ensure a constant level of glucose in the circulatory system when not supplied with the carbohydrate diet. The decrease in blood glucose level stimulates the pancreas cells to synthesis of alpha islands hormone glucagon, which activates the breakdown of glycogen in the liver and then elevation of glucose secretion into the circulatory system, which ensures the appropriate concentration and flow into

the cells of peripheral tissues such as fat and muscle tissues, that uses glucose for metabolism. Increasing the concentration of glucose in the circulatory system, which occurs after eating a meal containing carbohydrates, is a factor stimulating the synthesis of insulin by the beta cells of pancreatic isles. Insulin is a hormone that regulates glucose uptake by fat cells and skeletal muscle cells, known as insulin dependent tissues. These cells have surface membrane receptors, binding insulin. The interaction of insulin with the receptor activates the synthesis of a specific glucose transporter (GLUT4) transporting glucose into the cells of these tissues. In adipocytes, glucose is used for the synthesis of triglycerides (the compounds composed of glycerol formed from glucose and fatty acids). Skeletal muscle cells capture glucose from the circulatory system and accumulate it in the form of glycogen, which is a key substrate for allowing muscles to produce energy and perform physical activity. Glucose present in the circulatory system is still taken up by cells and other tissues. This process is independent of the presence of insulin (and the tissues are called "insulin-independent") and takes place through cell membranes present in the specific glucose transporter GLUT family. For example, GLUT1 transporter is present in the cell membranes of various tissues and it is such responsible for glucose uptake by red blood cells and brain. Fructose supplied in a diet is phosphorylated in the liver and enters the pathway of glucose (glycolysis pathway), and is used for the synthesis of glycogen, triacylglycerol, or in the process of gluconeogenesis. However, galactose formed during digestion of lactose is used by the liver primarily to the synthesis of glycogen [3,11,13].

The metabolic effects of carbohydrate foods

The type of supplied carbohydrates and type of food which is their source significantly determine the degree of release and absorption of these compounds in the gastrointestinal tract and their effect on glucose metabolism in the body. One of the key elements is the influence of the type of carbohydrates consumed on the postprandial glycemic image, which depends on the speed of flow of glucose and insulin-dependent speed of its absorption. Insulin is a hormone critical in the metabolism of carbohydrates in the human body. In a healthy person, there is close relationship between plasma concentration of glucose and insulin in the blood. Glucose is a factor stimulating the synthesis and secretion of insulin by beta cells pancreatic isles. Insulin stimulates the uptake of glucose by cells of muscle and adipose tissue. In addition, this hormone reduces hepatic gluconeogenesis, glycogenolysis and lipolysis, also activates of lipogenesis and synthesis of glycogen. The reduced production of insulin, as well as tissue resistance to insulin, which is abnormal insulin dependent cell response to a signal transmitted by insulin, are the disrupters of glucose metabolism, leading to the occurrence of excessive and long-persistent postprandial hyperglycemia and elevated levels of fasting glucose and ultimately contributing to development of diabetes. There is no doubt that diet can have a significant impact on the development of insulin resistance and type 2 diabetes. However, this relationship is a complex one. In humans, obesity plays the key role in the development of insulin resistance. The emergence of obesity is associated with excessive, in relation to the needs, shuttle of energy and its storage in adipose

tissue. Numerous studies have shown that high intake of saturated fatty acids increases the risk of obesity, insulin resistance and type 2 diabetes [9,16].

Reducing the amount of energy from fat, lower consumption of saturated fatty acids and their substitution by polyunsaturated fatty acids is associated with decreased risk of developing insulin resistance and type 2 diabetes. However, too high levels of carbohydrates, particularly refined ones in the diet can also contribute to and make the phenomenon of insulin resistance worse and lead to diabetes [4,11]. Thus, kind of carbohydrates supplied and source of their origin play a key role. These are the factors affecting the rate of absorption and glycemic response of the organism to the ingested carbohydrates. The importance of these elements is reflected in the concept of glycemic index foods [5,6,17,18].

Glycemic Index

The glycemic index (GI) describes the glycemic effect (the degree and rate of increase in blood sugar) of food that provides a certain amount of carbohydrates (classic 50 g) over a standard home system, a solution of 50g of glucose or short-circuiting a portion of white bread providing 50 g of carbohydrates. The glycemic index significantly depends on the speed of digestion and absorption of carbohydrates supplied, which in turn is dependent on the characteristics of foods, such as the structure of the carbohydrate intake, food preparation methods (eg cooking), the presence of fiber and fat and protein content [5].

Consumption of foods with low glycemic index, compared to the consumption of foods with high glycemic index, is associated with a decrease of postprandial elevated blood glucose levels and with the slow normalization of the glucose levels, because of reduction of insulin secretion, and thus a lower postprandial hiperinsulinaemia [1,17,18]. Longer duration of absorption of carbohydrates causes prolonged in time inhibiting the release of free fatty acids from adipose tissue, and thus lower their supply to the liver. This is conducive to making the process of glucose uptake. As a result, rapid removal of glucose from the circulatory system is possible and lower blood glucose levels can be obtained in a specified period of time, despite the extended time of intestinal absorption of dietary carbohydrates provided. It was observed that consumption of foods with low glycemic index improves glucose tolerance after the next meal. Foods with low glycemic index reduce postprandial glucose and insulin level in subjects with normal metabolism of carbohydrates, as well as in people suffering from diabetes. Low glycemic index foods also normalize lipid metabolism, causing a decrease of LDL cholesterol and a decrease of triglycerides and promote an adequate level of cholesterol DHL, which is associated with a decrease in risk of atherosclerosis and cardiovascular disease, including coronary heart disease. The study population shows an inverse relationship between the glycemic index foods and the incidence of myocardial infarction [5,6,15,16,17,18].

The results of many investigations clearly show that the glycemic index is an important element in differentiating metabolic effects of food carbohydrates and evaluate the relationship between dietary carbohydrates and the risk of diabetes, atherosclerosis, and certain cancers. The studies indicate, among others, a connection between diet with

high glycemic index and risk of colorectal cancer or cancers of the breast. The concept of glycemic index shows that not only the amount of carbohydrates but also their nature and source of origin are important conditions of both short-and long-term metabolic effect and the consequent impact on health [1,5,6,10].

Recommendations for carbohydrate intake

Carbohydrates absorbed are one of the key elements of the diet and one of the main sources of energy substrates used by the body's cells. Currently it is believed that glucose is the only physiological substrate for brain energy and therefore diet must provide at least the amount of carbohydrates which covers the demand of the brain for glucose ranging 130g/24 hours both for children and adults. These recommendations may be met if the carbohydrates come from more than 45% of energy needs. At the same time it is believed that most of the energy supplied by the diet (i.e. above 50%) has come from carbohydrates, the key should be the provider of complex carbohydrates of the above products with low glycemic index. Currently, information on the glycemic index of many products and dishes is available. Particular attention is paid to the increased consumption of wholegrain cereals, vegetables, legumes. It is strongly recommended that highly processed and refined carbohydrates should be eliminated from the diet [9,11]. In addition, attention is drawn to reduce sugar intake. Naturally occurring mono-and disaccharides are mainly found in fruit and milk and dairy products and therefore the products that are an important source of vitamins and minerals. However, currently recorded an increase in consumption of sugars in the diet is associated primarily with increased consumption of highly processed products such as soft drinks and sweets [12]. A particular concern is the increased consumption of fructose, which is now added as a sweetener to many soft drinks, desserts, confectionery or sweets. Metabolic effect of fructose is significantly different from the effect of glucose. Fructose compared with glucose produces a much lower glycemic response and does not stimulate production and secretion of insulin. In the liver, fructose increases hepatic synthesis of triglycerides to a much higher degree than glucose, which may favor the development of hypertriglyceridaemia. Low glycemic response and the lack of induction of insulin secretion are considered important factors to facilitate glucose control in patients with type 2 diabetes. At the same time no significant effect on insulin secretion and also leptin, may adversely affect the mechanisms that regulate energy intake and the development of obesity and insulin resistance. The high content of fructose in the diet and lack of stimulation of insulin production may be associated with the lack of insulin-dependent inhibition of lipolysis in adipocytes, lead to high levels of free fatty acids, promote the development of insulin resistance and impair glucose tolerance. This effect may be particularly pronounced in people with overweight and obesity. Research shows a direct link between high consumption of fructose and the development of insulin resistance, hyperinsulinemia, glucose intolerance, hypertriglyceridemia, and hypertension. Currently recorded a significant increase in consumption of added fructose as a sugar, can have adverse metabolic consequences, promote the development of obesity, metabolic syndrome, resulting in type 2 diabetes and atherosclerosis [3, 12, 14].

Apart from digestible carbohydrates, dietary fiber is an important component of a diet. Fiber intake does not increase blood glucose levels. Fiber increases content of intestinal and fecal matter causing shortening of intestinal transit and increasing the frequency of bowel movements, thus preventing constipation. Polysaccharides present in fiber, degradable under the influence of intestinal bacteria to short-chain fatty acids and carbon dioxide, hydrogen and methane – can stimulate the development of intestinal flora and help to maintain the appropriate balance between the bacteria and the probiotic bacteria. The components of dietary fiber such as pectins, affect the metabolism of cholesterol by binding bile acids, thus reducing the resorption of these acids and increasing their excretion in the faeces. This leads to an increase in cholesterol being transformed to bile acids and an increase in excretion of it with bile. Therefore, high fiber diet has hypocholesterolemic effects. In addition, dietary fiber affects the absorption of digestible carbohydrates, causing a reduction in postprandial glucose, resulting in a reduction of insulin secretion. Foods rich in fiber are a group of products with a low glycemic index. Cereal and whole grains, vegetables and pulses as well as fruit are a good source of dietary fiber.

Glycemic Index of food and health - importance in nursing practice

The patient who is diagnosed as a diabetic must face the challenges of restructuring their diet. A health diet and proper management can enhance their health by promoting stable glucose. The diabetic uses oral hypoglycemic agents, insulin or both must still monitor their eating habits and know what food groups to choose from to help them control their blood glucose levels [7]. A healthy diet is essential for the diabetic client. The diabetic food pyramid is not much different from the food pyramid for the non-diabetic population. Total carbohydrates are the sum of all the sugars, starches, and fiber that the diabetic consumes. It has been proven that there are certain carbohydrates that can cause a rise in serum blood glucose levels. These carbohydrates are identified by their glycemic index. The glycemic index or GI is a measure of ingested carbohydrates effects on blood glucose levels [2,7]. Carbohydrates that are broken down quickly in the digestive tract are considered having a high glycemic index, whereas, carbohydrates that are broken down slowly have a low glycemic index. Depending on which type of carbohydrate a diabetic chooses or like to eat can have an impact on the blood glucose level. The glycemic index is not usually found on food labels. So how does one tell the difference between high and low glycemic index foods? It is not that hard to tell. Here is important role of nurses for promotion of healthy diet in diabetic patients. Processed sweets, foods high in sugar, cakes, sweets, sweet breads and candy contain carbohydrates with a high glycemic index, basically all the goodies. Foods that have a low glycemic index are those foods that take the digestive system longer to break down, such as grains, fibers, fruit and vegetables. These low glycemic foods help the diabetic balance their blood glucose levels because the foods do not cause a rush of sugar into the blood stream. Instead there is a gradual release of glucose. The diabetic who is on insulin or oral hypoglycemic agents will be able to keep their blood sugar from spiking. Blood glucose levels can still get very high with insulin and oral hypoglycemic agents. This is what the diabetic needs to avoid. This is what is meant by the term, "tight glycemi

control". Nurse can help the diabetic not only in glycemi control and proper medication but also make educated healthy good choices about the foods that they like to eat [2,7]. The Glycemic Index recommends the following choices: use breakfast cereals based on oats, barley and bran; use breads with whole grains, stone-ground flour, sour dough; reduce the amount of potatoes consumed; eat all other types of fruit and vegetables and enjoy salads vegetables. It is recommended that the diabetic client lower their saturated fat intake. Cholesterol can be reduced by avoiding organ meats such as kidneys and liver, and by limiting egg yolks to two weekly. If at all possible, alcohol should be avoided, however if it is not possible, then the diabetic should try to limit their intake to two or fewer daily. Alcohol is just empty calories and has no nutritional value [8]. Eating healthy by making choices from nutritional food groups, food that have a low glycemic index, can help the diabetic achieve stable blood glucose levels in conjunction with their current diabetic medication.

Literature

- [1] Bessesen D.H. *The role of carbohydrates in insulin resistance. J. Nutr.* 2001, 131, 2782S-2786S.
- [2] Dudek S.G. *Nutrition Essentials for Nursing Practice, 5th ed., Publisher: Lippincott Williams & Wilkins, copyright 2006.*
- [3] Elliot S., Keim N., Stern J., Teff K., Havel P. *Fructose weight gain, and the insulin resistance syndrome. Am. J. Clin. Nutr.* 2002, 76, 911-922.
- [4] EURODIET. *European Diet and Public Health. The continuing challenge. Working Part 1: Final Report, 14 June 2000; <http://eurodiet.med.uoc.gr/>.*
- [5] Jakobsen M.U., Dethlesten C., Joensen A.M., Stegger J., Tjonneland A., Schmidt E.B., Overvad K. *Intake of carbohydrates compared with intake of saturated fatty acids and risk of myocardial infarction: importance of the glycemic index. Am. J. Clin. Nutr.* 2010, 91, 1764-1768.
- [6] Jenkins D., Kendall C., Augustin L., Franceschi S., Hamidi M., Marchie A., Jenkins A.L., Axelsen M. *Glycemic index, overview of implications in health and diseases. Am. J. Clin. Nutr.* 2002, 76(Suppl), 266S-273S.
- [7] Kimmel N. *Addressing the Dietary Needs of the Diabetic. http://ezinearticles.com/?expert=Nancy_Kimmel.*
- [8] Lewis, Sharon, Heitkemper, Margaret, Dirksen, Shannon, *Medical Surgical Nursing, Publisher: Mosby, copyright 2006.*
- [9] Lichtenstein A., Appel L., Brands M., Carnethon M., Daniels S., Franch H.A., Franklin B., Kris-Etherton P., Harris W.D., Howard B., Karanja N., Lefevre M., Rudel L., Sacks F., Van Horn L., Winston M., Wylie-Rosett J. *Diet and Lifestyle Recommendations Revision 2006. A Scientific Statement from the American Heart Association Nutrition Committee. Circulation* 2006, 114, 82-96

- [10] Lu S., Willet W.C., Stampfer M.J. A prospective study of the dietary glycemic load, carbohydrate intake, and risk of coronary heart disease. *Am. J. Clin. Nutr.* 2000, 71, 1455-1461.
- [11] *Macronutrients and health.* In: *Dietary Reference Intakes for Energy, Carbohydrates, Fiber, Fat, Fatty Acids, Cholesterol, Protein, and Amino Acids* (Macronutrients). 2005, The National Academy of Science, <http://nap.edu/openbook/0309085373/html/265.html>.
- [12] Malik V.S., Schulze M.B., Hu F.B. Intake of sugar - sweetened beverages and weight gain a system review. *Am. J. Clin. Nutr.* 2006, 84, 274-288.
- [13] Nowicka G. Węglowodany - efekty metaboliczne i zdrowotne. *Lek w Polsce.* Vol.20, 6/7 (233), 2010, 64-70, (In Polish).
- [14] Parks E.J., Hellertin H.U. Carbohydrate induced hypertriacylglycerolemia: Historical perspective and review of biological mechanisms. *Am. J. Clin. Nutr.* 2000, 71, 412-413.
- [15] Pi-Sunyer F.X. Glycemic index and disease. *Am. J. Clin. Nutr.* 2002, 76 (Suppl), 280S-288S.
- [16] *Report of the Joint WHO/FAO expert consultation on Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases*, Geneva, Switzerland 2002.
- [17] Willet W.C., Manson J., Lin S. Glycemic index, glycemic load and risk of type 2 diabetes. *Am. J. Clin. Nutr.* 2002, 76(suppl):274S-280S.
- [18] Willett W.C. Overview and perspective in human nutrition. *Asia Pac J Clin Nutr.* 2008;17 Suppl 1:1-4.

Sacharidy, Glykemický index potravín a zdravia pacientov – význam v ošetrovateľskej praxi

Abstrakt

Celkový sacharidový príjem zahŕňa všetky cukry, škroby a vlákninu, ktoré pacient prijal. Glykemický index (GI) je miera, ktorá vyjadruje vplyv prijatých cukrov na hladinu glukózy v krvi. Komplexné sacharidy s nízkym glykemickým indexom normalizujú krvnú glukózu a metabolizmus tukov a znižujú riziko chorôb ako napríklad obezita, diabetes mellitus a ateroskleróza. Pacient s diagnózou diabetes mellitus je vystavený potrebe zmeniť svoje stravovanie. Správne diétne návyky môžu prostredníctvom stabilnej glukózy posilniť celkové zdravie pacienta. Správne stravovanie a vhodný výber potravín v spojení s aktuálnou medikáciou pomáha stabilizovať hladinu krvnej glukózy. V tomto bode je dôležitá práve úloha sestry, ktorá má diabetickému pacientovi ukázať a vysvetliť správnu diétu zameranú na potraviny s nízkym glykemickým indexom (GI).

Klíčová slova

Výživa. Cukry. Glykemický index. Diabetes. Ošetrovatel'stvo.

Kontaktní údaje

Dr. Jan A. Rutowski, Ph.D. in Pharmacology
specialist in pharmacology and clinical analytics
Nursing and Health Sciences Institute, Faculty of Medicine,
University of Rzeszów
35-959 Rzeszów, ul. Warzywna 1.
E-mail: rutowski@mp.pl

Informovanosť žien a prevencia postmenopauzálnnej osteoporózy

Jana Štefániková¹, Mária Kopáčíková²

¹Stredná zdravotnícka škola Trnava, SR,

²KZS VŠPJ Jihlava, ČR, FZ KU Ružomberok, SR

Abstrakt

Východisko: Zisťovali sme postoje žien k prevencii osteoporózy, úroveň informovanosti o osteoporóze a využitie vedomostí žien v prevencii.

Súbor a metódy: Výskumnú vzorku tvorilo 201 respondentov, vybraných náhodným výberom. Použili sme dotazníkovú metódu. Výsledky boli spracované štatisticky. Spracované výsledky uvádzame v tabuľkách a grafoch. Uvádzame počty odpovedí (n) a percentuálne zastúpenie (%).

Výsledky: Zistili sme, že rizikové faktory, najmä tie, ktoré sú ovládateľné vôľou, respondentky síce poznali, avšak ich praktická realizácia je minimálna.

Záver: Navrhujeme zodpovedne implementovať do spoločnosti program Zdravie 21, zvýrazniť význam dodržiavania zásad správnej životosprávy a správneho životného štýlu a zintenzívniť edukáciu ženskej populácie zameranú na problematiku osteoporózy.

Kľúčové slová

Osteoporóza. Postmenopauzálna osteoporóza. Rizikové faktory. Prevencia.

Úvod

Osteoporóza je významné systémové metabolické ochorenie rozšírené najmä v ženskej populácii, spojené so závažnými klinickými i ekonomickými dôsledkami. Vyznačuje sa znížením obsahu kostnej hmoty a porušením kostnej mikroarchitektoniky. Spolu s kardiovaskulárnymi a onkologickými ochoreniami sa zaraďuje medzi civilizačné ochorenia.

Celosvetovo osteoporóza predstavuje narastajúci zdravotný problém, vzhľadom na následné fraktúry, ktoré výrazne prispievajú k chorobnosti, úmrtnosti, zvyšujú náklady na zdravotnú starostlivosť a výrazne znižujú kvalitu života. Tak ako pri iných civilizačných ochoreniach, nárast výskytu osteoporózy súvisí s predlžovaním priemerného veku populácie a zmenou životného štýlu (Hrúziková, 2004).

Z tohto hľadiska je osteoporóza jedným zo závažných medicínskych i ošetrovateľských problémov. Vo vekovej kategórii nad 50 rokov sa u žien vyskytuje až trikrát častejšie ako u mužov. Bolesti chrbta, dlhých kostí, zníženie výšky, zaguľatenie chrbta, prudká bolesť pri dvíhaní bremena, zvýšená únavnosť, zníženie svalovej sily, ťažkosti pri chôdzi, sedení a státí – to sú príznaky, ktoré nás môžu upozorniť na rozvíjajúcu osteoporózu. Rednutie kostí však často prebieha mnoho rokov bez akýchkoľvek varovných príznakov a prvým prejavom býva až zlomenina (stavce, predlaktie, krčok femoru). Preto sa osteoporóze hovorí aj „tichý zlodej“. V dôsledku zlomenín sa znižuje kvalita alebo dokonca skracuje očakávaná dĺžka života (Pastor, 2000).

Prevenencia ochorení je neoddeliteľnou súčasťou zdravotníctva a ošetrovateľstva, zahŕňa opatrenia, cieľom ktorých je predchádzať zhoršeniu zdravia, vzniku choroby a trvalých následkov, prípadne smrti. Ak má byť prevencia úspešná musí sa obrátiť proti rizikám, ktoré ohrozujú ženskú populáciu.

Osteoporóza

Osteoporóza je definovaná ako metabolické ochorenie skeletu, charakterizované nízkou kostnou denzitou, poruchou mikroštruktúry s následným zvýšením jej fragility a rizika zlomeniny (Payer, Baqi, Kilinger, 2006).

Pozornosť sa jej nevenuje pre ňu samotnú, ale pre komplikácie – zlomeniny, ktoré spôsobuje. Medzi najčastejšie miesta zlomenín patria kosti predlaktia, stavce a horný koniec ramennej a stehnovej kosti. Najobávanejšou zlomeninou je posledná uvedená – zlomenina krčka stehnovej kosti. V roku 2050 sa očakáva vo svete výskyt týchto zlomenín až 4,5 milióna (Masaryk, Bitter, 2007). Celoživotné riziko osteoporotickej zlomeniny je u 50 ročnej ženy 40 % a u 50 ročného muža 13 %. Na následky zlomeniny krčka stehnovej kosti zomiera do roka až 20 % pacientov. Riziko úmrtia ženy po tejto zlomenine je porovnateľné s rizikom úmrtia na rakovinu prsníka a štvornásobne vyššie ako na rakovinu endometria. Dvoj- až trojnásobne skracujú dĺžku života aj zlomeniny stavcov (Masaryk, 2005).

Osteoporóza je často nazývaná tiež „tichou chorobou“, pretože sa vyvíja bez zjavných príznakov aj niekoľko rokov a často sa prejaví až zlomeninou po minimálnej traume. Prvým varovným príznakom bývajú páľivé bolesti medzi lopatkami, hlavne pri státí či sedení, ktoré sa v ľahu zmierňujú. K ďalším príznakom osteoporózy patrí zníženie telesnej výšky následkom tzv. kompresívnej fraktúry stavcov, narušenia – zrútenia štruktúry stavcov.

Podľa etiopatogenetického hľadiska rozlišujeme dva základné typy osteoporózy – primárnu a sekundárnu.

- **Primárna osteoporóza** – postmenopauzálna, senilná, idiopatická, juvenilná (Šteňová et al., 2008).
- **Sekundárna osteoporóza** – príčiny sú v základnom ochorení. Je spôsobená známym, alebo možno aj neznámym (asymptomatickým) ochorením, niekedy dlhodobou liečbou, ktorá môže mať nepriaznivý vplyv na kostný

metabolizmus, nemá väzbu na pohlavie ani na vek (Fatrcová-Šramková, Bitter, 2008).

Základom farmakoterapie osteoporózy je znížiť riziko zlomenín. Adekvátna liečba osteoporózy má byť uskutočnená u pacientov s vysokým absolutným rizikom zlomeniny a individualizovaná na základe etiológie osteoporózy, mechanizmu účinku lieku a jeho bezpečnosti (Luchavová, 2010).

Postmenopauzálna osteoporóza

Ide o osteoporózu vyskytujúcu sa po prechode (menopauze), následkom zvýšenej činnosti kostných buniek osteoklastov. Menopauza je prirodzené obdobie v živote ženy, kedy dochádza k vyhasínaniu funkcie vaječníkov. Toto vedie k postupným zmenám v rovnováhe pohlavných hormónov (estrogénov) zodpovedných za menštruačný cyklus. Biologicky podmienený vek pre menopauzu je v súčasnosti medzi 45. – 54. rokom života ženy. Rok po menopauze nastáva ďalšie obdobie, ktoré označujeme ako postmenopauza, v ktorom žena prežije takmer tretinu svojho života. V postmenopauzálnom období nastáva úbytok ženských pohlavných hormónov, čo spôsobuje rýchlejšie rednutie kostí.

Riziko vzniku osteoporózy závisí: od dosiahnutej maximálnej kostnej denzity v mladosti (peak bone mass – PBM), od rýchlosti kostného úbytku, od prítomnosti ostatných rizikových faktorov osteoporózy.

Podľa rýchlosti kostného úbytku za rok rozdeľuje pracovná skupina WHO ženy v postmenopauzálnom období do troch skupín:

- ženy s pomalým kostným obratom (low turnover) – úbytok kostnej hmoty za rok je menší ako 1 % z celkovej kostnej hmoty,
- ženy s hraničným kostným obratom – úbytok kostnej hmoty za rok je viac ako 1% a menej ako 3 %,
- ženy s vysokým kostným obratom (high turnover) – úbytok kostnej hmoty ročne je viac ako 3 % ((Payer, Baqi, Kilinger, 2006).

Na zabránenie vzniku a vývoja osteoporózy vplyvajú rôzne pozitívne a negatívne faktory, ktoré buď potláčajú alebo naopak podporujú osteoporózu. Rizikové faktory, ktoré zvyšujú pravdepodobnosť vývoja osteoporózy:

Neovplyviteľné faktory – pohlavie (výskyt u žien 3x častejší), genetické vplyvy (vyššie riziko u belochov a Ázijcov, u pacientov s pozitívnou rodinnou anamnézou osteoporotických fraktúr ako i s prekonanou fraktúrou po neadekvátnej traume a gracilný vzrast), vek (menopauza u žien) a geografické (severné oblasti Európy a Ameriky).

Čiastočne ovplyviteľné faktory: gastrointestinálne ochorenia, hyperkalciúrie, endokrinopatie, iatrogénne príčiny (pri dlhodobom užívaní farmák).

Ovplyvňujúce faktory:

- fyzická inaktivita – V mladosti pohybová aktivita zvyšuje hustotu kostí a vo vyššom veku spomaľuje stratu minerálov z kostí. Fyzická aktivita pozitívne vplýva na kostnú denzitu. Imobilizácia môže viesť k strate až 5 % kostnej hmoty za 1 mesiac.
- nízky prívod vápnika v potrave – Nedostatok vápnika, horčíka, zinku a stopových prvkov v strave, nedostatok vitamínu D, K, C, B6, B12, medi, nadmerný prívod fosforu a živočíšnych bielkovín v strave, zvýšený prívod sodíka, podvýživa – malnutícia, ovplyvňujú negatívne metabolizmus kostí.
- fajčenie, nadmerný príjem alkoholu, kávy – Fajčenie má škodlivý vplyv na rast a obnovu kostí, vedie k zníženiu hladiny estrogénov a tým k možnému vzniku osteoporózy. Znižuje vstrebávanie vápnika do organizmu z potravy, urýchľuje jeho stratu a podporuje tvorbu látok, ktoré ničia vitamín D. Výživa chronických alkoholikov býva väčšinou nevyvážená – energeticky bohatá (alkohol má vysokú energetickú hodnotu), ale je chudobná na živiny (Šramková, 2001). Kofeín znižuje hladinu vápnika v tele. Za rizikové sa považuje pitie viac ako 3. – 4. šálok kávy denne.

Najvýhodnejší a súčasne najlacnejší spôsob ako znížiť stále narastajúcu incidencia osteoporotických fraktúr, je prevencia a včasná liečba. Zásady prevencie môžeme prezentovať vzorcom:

„PREVENCIA = DIÉTA + LIEKY + TELESNÁ AKTIVITA – ZLOZVYKY“
(Kyčínová, 2001).

Primárna prevencia sa uplatňuje v detskom veku, v čase rastu a modelovania kostí. Cieľom je maximalizovať množstvo kostnej hmoty. **Sekundárna prevencia** – spočíva vo včasnom odhalení chorých s rizikom budúcej osteoporózy. Cieľom je spomaliť stratu kostnej hmoty. **Terciárna prevencia** sa uplatňuje u osôb so závažnou (manifestnou) osteoporózou. Cieľom je prevencia pádov, a tým rizika nových zlomenín (Masaryk, 2002).

Prostriedky prevencie:

- dostatočný príjem vápnika a vitamínu D;
- primeraná fyzická aktivita, najmä s antigravitačným komponentom (chôdza, bicyklovanie, plávanie);
- vylúčenie známych rizikových faktorov (fajčenie, alkoholizmus, kofeinizmus);
- preventívne prehliadky u gynekológa;
- informovanosť o rizikách osteoporózy a prospechu hormonálnej substitučnej liečby.

K hlavným cieľom prevencie patrí poskytovanie informácií a zvyšovanie úrovne vedomostí v oblasti prevencie osteoporózy. Vzhľadom na neustálu potrebu systematického pôsobenia v prevencii je najvhodnejšou metódou starostlivosti edukačný proces. Podľa Závodnej (2005) je edukačný proces definovaný ako určitá

forma odovzdávania konkrétnych informácií, ktorý prebieha v určitom prostredí medzi sestrou, pôrodnou asistentkou a ženami. Edukačné prostredie je prispôbené pre potreby cieľovej skupiny žien, aby sa dosiahlo zvýšenie efektivity edukačného procesu (Závodná, 2005).

Cieľom práce je zistiť postoje žien k prevencii osteoporózy a to:

- úroveň informovanosti o osteoporóze – rizikových faktoroch a prevencii,
- využitie vedomostí žien v prevencii.

Materiál a metodika

CHARAKTERISTIKA PRIESKUMNÉHO SÚBORU ŽIEN A METÓDY

Empirická štúdia mala charakter aplikovaného prieskumu v štátnych a neštátnych zdravotníckych zariadeniach v Trnave. Prieskumný súbor vyšetrovaných žien tvorilo 201 respondentov. Výber respondentov bol náhodný. Za základné kritérium pre výber respondentov sme zvolili vek nad 30 rokov.

Za hlavnú metódu na získavanie informácií sme zvolili viacpoložkový dotazník, ako najvhodnejšiu metódu na získavanie postojov a názorov väčšieho počtu respondentov na danú problematiku. Dotazník bol anonymný. Otázky ponúkali respondentom možnosť výberu odpovede podľa vlastného uváženia zakrúžkovaním alebo tvorbou odpovede – dopísaním.

Uvádzame dotazník:

1. Aký máte postoj ku klimaktériu (obdobie prechodu) :

a) mám z tohto obdobia strach (vysvetlite prečo)

.....
.....

b) považujem to za normálny, prirodzený proces

c) nerozmýšľam o tom

2. Uveďte vek, v ktorom ste na sebe pozorovali prvé príznaky prechodu:

prvé príznaky, vek

3. Uveďte Vašu výšku (v cm)

4. Uveďte Vašu hmotnosť (v kg)

5. Uveďte ako často užívate alkohol :

a) abstinent

b) alkohol len príležitostne

c) denne tvrdý alkohol

d) denne 1 – 2 fľašky piva, alebo 3 dcl vína

e) alkoholová závislosť

6. Uved'te Váš vzťah k fajčeniu:

a) trvale nefajčiar

b) fajčiar (dokedy)....., teraz nefajčiar

c) fajčím príležitostne

d) do 10 cigariet denne

e) 10 – 20 cigariet denne

f) 20 a viac cigariet denne

7. Ako často pijete kávu:

a) nepijem vôbec

b) príležitostne

c) denne 1 šálku

d) denne 2 šálky a viac

8. Pohybové aktivity:

a) pravidelne cvičím (uved'te druh športu)

.....

b) cvičím príležitostne (uved'te druh športu)

.....

c) sedavé zamestnanie

d) nešportujem, necvičím,

e) minimálny pohyb, invalidita

9. Zastúpenie mlieka a mliečnych výrobkov vo výžive

a) od detstva dostatok mlieka

b) málo mlieka, ale dostatok iných mliečnych výrobkov

c) málo mlieka, dostatok bielkovín a fosfátov (Coca- cola)

d) žiadne mliečne výrobky, ale mnoho bielkovín a fosfátov

e) absolútne žiadne mliečne výrobky

f) nedostatok živočíšnych bielkovín

10. Bola u vás zistená osteoporóza (odvápňovanie kostí)?

a) áno (kedy)

b) nie

11. Zúčastnili ste sa denzitometrického vyšetrenia:

- a) áno
- b) nie

12. Mal niekto vo vašej rodine osteoporózu?

- a) áno (otec, matka, súrodenci)
- b) nie
- c) neviem

13. Počuli ste o osteoporóze?

- a) áno (vysvetlite stručne príčinu)
.....
- b) nie
- c) áno , ale neviem vysvetliť

14. Čo si myslíte, v ktorom vekovom období sú ženy najviac ohrozené osteoporózou?

.....

15. Myslíte si, že osteoporóza súvisí s obdobím prechodu:

- a) áno (uveďte ako)
.....
.....
- b) nie
- c) neviem

16. Vyznačte, ktoré z nasledujúcich faktorov podľa vás zvyšujú riziko vzniku osteoporózy ?

- a) skorý nástup prechodu
- b) neskorý nástup prechodu
- c) zvýšená telesná hmotnosť (nadváha)
- d) nízka telesná hmotnosť
- e) dostatočný príjem vápnika v strave
- f) znížený príjem vápnika v strave
- g) alkohol
- h) fajčenie
- i) nadmerný príjem kávy

- j) Coca-cola
- k) nedostatočné slnenie
- l) nadmerné vystavovanie sa slnečnému žiareniu
- m) malá pohybová aktivita
- n) pravidelná telesná aktivita
- o) iné (uved'te)

.....
.....

17. Viete , ako treba predchádzať osteoporóze?

- a) áno (uved'te)

.....
.....

- b) nie

18. Odkedy by sa malo začať s prevenciou osteoporózy (uved'te obdobie, vek)?

.....

19. Je informovanosť žien o období prechodu a o problémoch s ním súvisiacich dostatočná?

- a) áno
- b) nie
- c) neviem

Vaše najvyššie ukončené vzdelanie:

- a) základné
- b) stredné bez maturity
- c) stredné s maturitou
- d) vysokoškolské
- e) postgraduálne

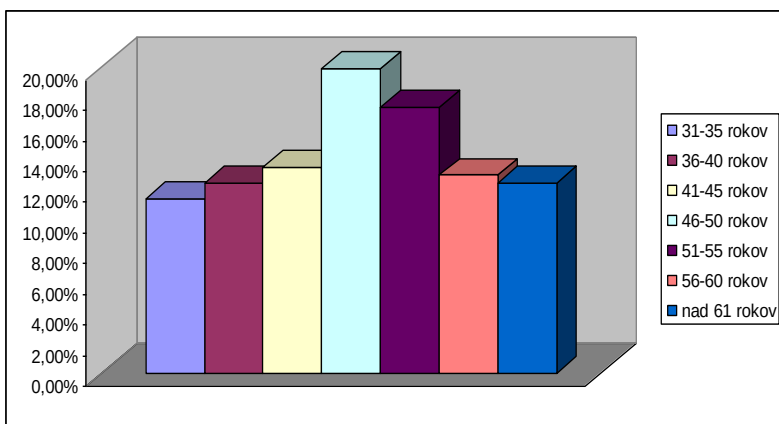
Vek:

Prieskum sme realizovali v mesiacoch február až máj 2009 v zdravotníckych zariadeniach (neštátna gynekologická ambulancia a neštátna ambulancia praktického lekára) v Trnave.

Dotazník sme rozdelili 201 respondentom (ženy nad 31 rokov). Návratnosť bola 201 dotazníkov (100 %). Výsledky prieskumu boli vyhodnocované štatisticky, spracované do tabuliek a znázornené graficky.

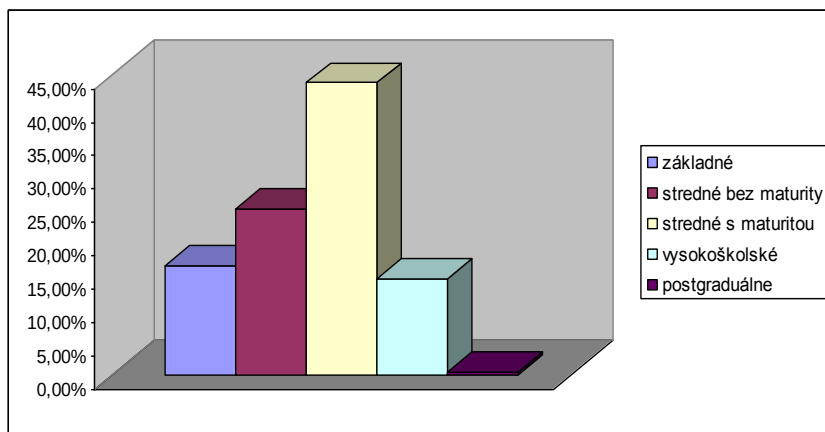
Výsledky

Graf 1 Vekové rozloženie respondentov



Sledovaný súbor sme rozdelili podľa veku do 7 vekových skupín. Vo vekovej kategórii 31–35 rokov je 11,44 % respondentiek, 36–40 rokov - 12,44 %, 41–45 rokov - 13,43 %, 46–50 rokov - 19,90 %, 51–55 rokov - 17,41 %, 56–60 rokov - 12,94 % a nad 61 rokov - 12,44 %. Z uvedeného plynie, že 75 žien bolo v období 46–55 rokov, čo predstavuje viac ako 1/3 zo sledovaného súboru (graf 1).

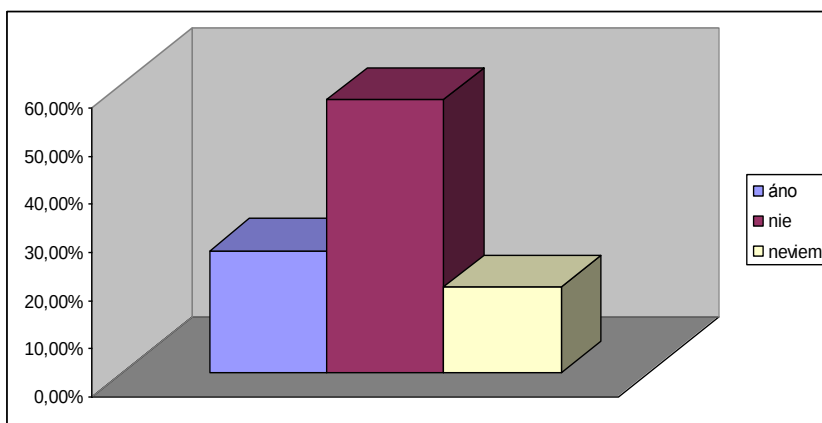
Graf 2 Vzdelanostné rozloženie respondentov



Najviac 43,78 % respondentiek má ukončené úplné stredoškolské vzdelanie s maturitou, po nich nasleduje 24,88 % respondentiek s ukončeným stredným vzdelaním bez maturity. Základné vzdelanie má ukončené 16,42 % a vysokoškolské vzdelanie 14,43 % respondentiek. Jedna respondentka má postgraduálne vzdelanie. Zo získaných výsledkov vyplýva, že viac ako 50 % zo sledovaného súboru má dobrú, ba vyššiu vzdelanostnú úroveň (graf 2).

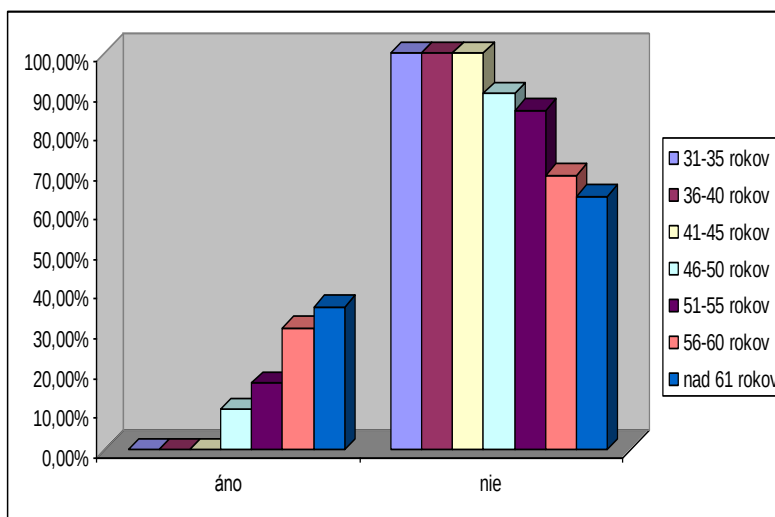
V sledovanom súbore 59,70 % respondentiek žije v meste a 40,30 % na dedine. Podľa profesijného zamerania väčšina respondentiek t. j. 83,08 % má iné ako zdravotnícke zameranie. Zdravotnícku profesiu udáva 16,92 %.

Graf 3 Výskyt osteoporózy v rodine

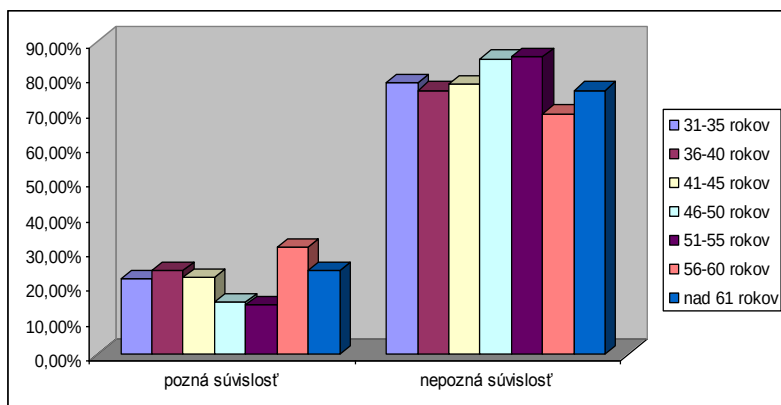


Výskyt osteoporózy v rodinnej anamnéze udáva 51 respondentiek t. j. 25,37 %. Vo väčšine prípadov sa osteoporóza vyskytla u matky. Neprítomnosť osteoporózy v rodine udáva 56,72 % a 17,91 % respondentiek nevie, či sa v rodine osteoporóza vyskytla.

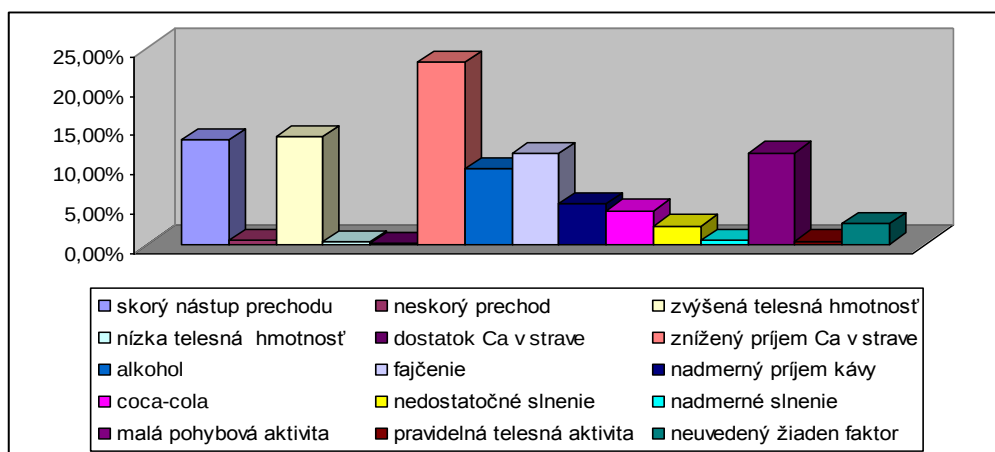
Graf 4 Výskyt osteoporózy v sledovanom súbore žien



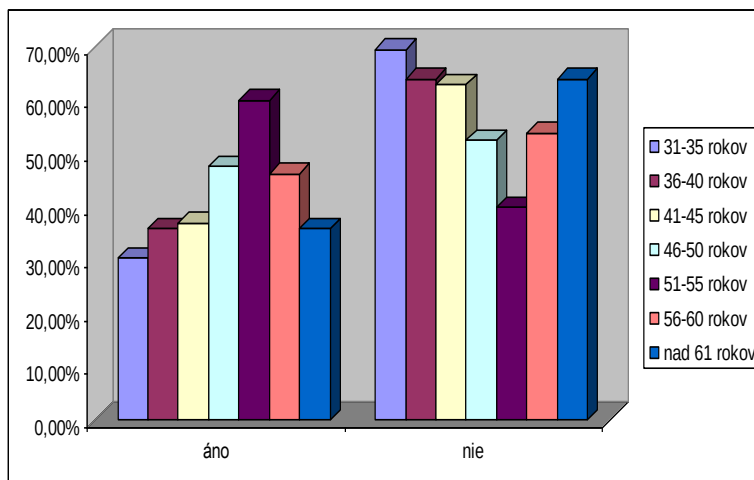
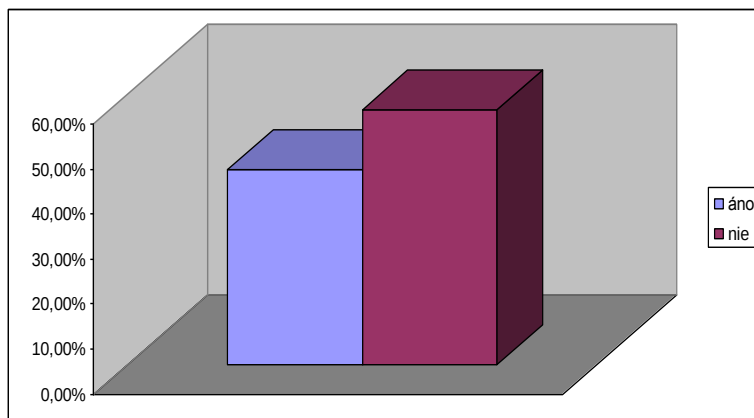
V sledovanom súbore bola zdiagnostikovaná osteoporóza u 12,94 % respondentiek. Údaje vykazujú stúpajúcu tendenciu v súvislosti s vekom. Vo veku nad 61 rokov bola osteoporóza zdiagnostikovaná u 36 % respondentiek. Denzitometrického vyšetrenia sa zúčastnilo 17,41 % respondentiek.

Graf 5 Súvislosť osteoporózy s menopauzou

Vysvetliť súvislosť medzi menopauzou a vznikom osteoporózy vedelo 20,90 % respondentiek. Príčinný vzťah nepozná 79,10 %.

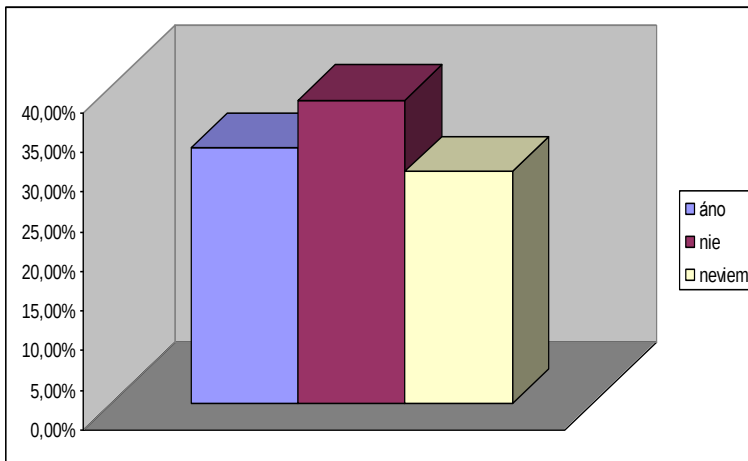
Graf 6 Percentuálne zastúpenie rizikových faktorov osteoporózy

Z uvedených faktorov mali respondentky určiť rizikové faktory vzniku osteoporózy. Medzi vymenovanými faktormi sa nachádza 9 rizikových faktorov osteoporózy. Jeden rizikový faktor identifikovalo 42 respondentiek (20,9 %), dva – 33 (16,42 %), tri – 34 (16,92 %), štyri – 25 (12,44 %), päť – 15 (7,46 %), šesť – 18 (8,96 %), sedem – 6 (2,99 %), osem – 7 (3,48 %) a deväť – 4 (1,99 %). Žiadny faktor neurčilo 17 respondentiek (8,46 %). Percentuálne najviac označeným rizikovým faktorom bol znížený príjem vápnika v strave – 23,33 %, skorý nástup prechodu – 13,33 %, malá pohybová aktivita – 11,75 %, fajčenie – 11,59 %, alkohol – 9,68 %. Zvýšená telesná hmotnosť bola nesprávne identifikovaná za rizikový faktor v 13,81 %. Naopak nízka telesná hmotnosť ako rizikový faktor bola označená len v 0,32 % a nedostatočné slnenie v 2,38 %.

Graf 7a Poznanie preventívnych opatrení (podľa veku)**Graf 7b Poznanie preventívnych opatrení (celkové rozdelenie odpovedí)**

Preventívne opatrenia osteoporózy z celého súboru pozná 87 respondentiek t. j. 43,28 %. Ich výpovede sú však prevažne obmedzené len na potrebu dostatočného príjmu vápnika v strave a pravidelnú pohybovú aktivitu. Preventívne opatrenia nepozná 56,72 % respondentiek.

Graf 8 Spokojnosť s informovanosťou žien o období prechodu a s ním súvisiacimi problémami



Z údajov vyplýva, že 32,34 % žien považuje informovanosť o období prechodu a o problémoch s ním súvisiacich za dostatočnú. S informovanosťou nie je spokojných 38,31 % respondentiek. K danej problematike nevie zaujať stanovisko 29,35 % respondentiek.

Diskusia

Na grafoch sme prezentovali dosiahnuté výsledky získané dotazníkovou akciou u 201 žien – respondentiek vo veku od 31 rokov k epidemiologicky a klinicky závažným otázkam, ktoré súvisia s komfortom resp. dyskomfortom vo významnom období ženy. Informovanosť resp. neinformovanosť o problematike osteoporózy „tichom zlodejovi“ v živote ženy, sme sa pokúsili poodkryť v nami sledovanom súbore vyšetrovaných žien. Podľa literárnych údajov i nami získaných poznatkov sa nejedná o nový fenomén. Je popisovaný už v minulosti, avšak bez detailnejšieho zisťovania rizikových faktorov.

Zistili sme, že rizikové faktory, najmä tie, ktoré sú ovládateľné vôľou, respondentky síce poznali, avšak ich praktická realizácia je minimálna. Tieto výsledky sú zarážajúce, nakoľko vzdelanostná úroveň našich respondentiek je na kvantitatívne i kvalitatívne dobrej úrovni – viac ako 40 % má úplné stredoškolské vzdelanie s maturitou, 14,43 % vysokoškolské a 16,92 % dokonca zdravotnícke. Táto skutočnosť by predpokladala, že by sa mali zaujímať o svoje zdravie.

Podstatu ochorenia nepoznalo viac ako polovica t. j. 52,74 % respondentiek. Síce respondentky udávajú, že je potrebná prevencia, dokonca už od detstva – 14,43 %, v období 35–50 rokov – 48,26 %, avšak nič pre ňu nerobia. Nedostatok vedomostí a teda aj informovanosti sa prejavil najmä pri identifikácii rizikových faktorov. I keď nezastupiteľné miesto v správnej informovanosti najmä v sekundárnej prevencii majú zdravotnícki pracovníci (lekár a sestra) i samotní nositelia rizikových faktorov sa

snažia získať informácie, avšak nedostatočným spôsobom. Je nutné zdôrazniť, že „s novou dobou“ sa menia i názory na zdravie a teda výchova ku zdraviu i samovýchova sú **conditio sine qua non** najmä v primárnej prevencii, nakoľko **i zdravie je vecou jednotlivca a nie iba spoločnosti**, teda zdravotníckych pracovníkov.

Z pohľadu zdravotníctva a ošetrovateľstva v tomto smere zohrávajú významnú a nezastupiteľnú úlohu práve prevencia, včasné vyhľadávanie rizikových skupín obyvateľstva, komplexné preventívne opatrenia týkajúce sa rizikových faktorov vzniku a rozvoja ochorenia. Zjednodušene môžeme povedať, že treba vyhľadávať všetko, čo zdraviu prospieva a vyhýbať sa všetkému, čo zdraviu škodí a hlavne robiť to každý deň. Absencia zdravého životného štýlu skracuje život, znižuje jeho kvalitu a zhoršuje celkový zdravotný stav jedinca i celej spoločnosti (Fatrcová-Šramková, 2008, Kučerová, 2010, Kyčinová, 2001). Významný podiel na úspešnosti v eliminácii výskytu a zmiernenia dopadov tohto ochorenia majú taktiež liečebné opatrenia už diagnostikovaných chorých (Freemantle et al., 2010, Masaryk, 2007, Payer, 2005). Výsledkom týchto aktivít sa naplňajú priority ošetrovateľstva, ktorého cieľom a úlohou je zdravie ochraňovať a podporovať.

Na základe spracovania teoretických východísk a realizovaného výskumu si dovoľujeme formulovať nasledovné odporúčania pre prax na zlepšenie kvality prevencie osteoporózy u žien:

- Zodpovedne implementovať do spoločnosti program Zdravie 21 tak, aby si ho osvojila každá žena, aby sa podpora zdravia stala prostriedkom dosiahnutia zdravia a zdravie najvyššou hodnotou a prostriedkom dosiahnutia kvalitného a plnohodnotného života.
- Zvýrazniť význam dodržiavania zásad správnej životosprávy a správneho životného štýlu.
- Zintenzívniť edukáciu ženskej populácie zameranú na problematiku osteoporózy.

Záver

V tomto „prechodnom období“ transformácie celej spoločnosti je potrebné, ba i kategorickým imperatívom, pracovať veľa nielen „na sebe a pre seba“, ale pre celú ľudskú pospolitosť, aby sa zlepšili medziľudské vzťahy, tolerantnosť, vzájomná láska a porozumenie, ktoré povznesú úroveň ľudskej pospolitosti na kvalitatívne i kvantitatívne vyššiu úroveň.

Musíme konštatovať, že prevencia a informovanosť zohrávajú a perspektívne aj zohrajú kľúčovú úlohu pri znižovaní civilizačnej záťaže a tým aj civilizačných ochorení, ako najväčšej metle tak minulého ako aj súčasného tisícročia.

Literatúra

- [1] BIELIK, J., JUREČEK, L., HRONCOVÁ, D. 2010. *Epidemiologické a ekonomické aspekty osteoporózy*. Farmakoekonomika a lieková politika, ročník 6, 2010, číslo 1, s. 25-28.
- [2] FATRCOVÁ-ŠRÁMKOVÁ, K., BITTER, K. 2008. *Osteoporóza – ďalšie poznatky z prevencie a možnosti liečby*. In: Revue medicíny v praxi. 2008, roč. 6, č. 4, s. 25-27 a 44. ISSN 1336-202X.
- [3] FREEMANTLE, N., COOPER, C., ROUX, CH., DÍEZ-PÉREZ, A., GUILLEMIN, F., JONSSON, B., ORTOLANI, S., PFEILSCHIFTER, J., HORNE, R., KAKAD, S., SHEPHERD, S., MÖLLER, G., MARCINIÁK, L., MARTINEZ, L. 2010. *Baseline observations from the POSSIBLE EU® study: characteristics of postmenopausal women receiving bone loss medications*. Arch Osteoporos (2010) 5:61–72. DOI 10.1007/s11657-010-0035-7.
- [4] HRÚZIKOVÁ, P. a kol. 2004. *Denzitometria v diagnostike osteoporózy*. In: Slovenský lekár. 2004. roč. 14 (28), č. 5-6, s. 157–160. ISSN 1335-0234.
- [5] KUČEROVÁ, I. 2010. *Výživa v prevenci a v léčbě osteoporózy*. [online]. In: Interní medicína pro praxi, 9/2010. s. 450–453. ISSN 1803-5256. [citované 2011-06-25]. Dostupné na internete: <<http://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2010/09/15.pdf> >.
- [6] KYČINOVÁ, S. 2001. *Kvalita života žien v menopauzálnom a postmenopauzálnom období*. In: Revue profesionálnej sestry. 2001, roč. 8, č. 2, s. 12-13. ISSN 1335-1753.
- [7] LUCHAVOVÁ, M., RAŠKA, I. 2010. *Novinky a možnosti prevence a léčby osteoporózy v ambulanci praktického lékaře*. [online]. Medicína pro praxi | 2010; 7(12) | Dostupné na internete: <http://www.medicinapropraxi.cz>
- [8] LUCHAVOVÁ, M., RAŠKA, I. 2011. *Novinky a možnosti prevence a léčby osteoporózy*. [online]. Interni medicína pro praxi. 2011; 13(2): 70–74 Dostupné na internete: <http://www.internimedicina.cz>
- [9] MASARYK, P. – BITTER, K. 2007. *Osteoporóza – sprievodca ochorením*. Bratislava : Sanofi – Aktivis, 2007. 28 s.
- [10] MASARYK, P. 2005. *Epidemiológia osteoporózy*. [online]. In: VIA PRACTIKA, 11/2005. s. 439 - 441. [citované 2011-6-20]. Dostupné na internete: <http://www.solen.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=488&magazine_id=1>
- [11] PASTOR, Z., ŠIMŮNKOVÁ, M. B. 2000. *Klimakterium z pohledu gynekologa*. In : Sestra, 2000, č. 6, s. 1-2.
- [12] PAYER, J., KILLINGER, Z., BAGI, L., HRÚZIKOVÁ, P. 2005. *Najnovšie aspekty prevencie a liečby osteoporózy*. [online]. In: VIA PRACTIKA, 11/2005. s. 450 - 453. [citované 2011-06-26]. Dostupné na internete: http://www.solen.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=1692&magazine_id=1

- [13] PAYER, J. BAQI, L., KILLINGER, Z. 2006. *Klimaktérium a kost'. Hormonálna substitučná liečba v prevencii a liečbe osteoporózy*. In: *Via practica*. 2006, roč. 3, č. 6, s. 290-292. ISSN 1336-4790.
- [14] PAYER, J., BRAZDILOVÁ, K., JACKULIAK, P. 2010. *Management of glucocorticoid- induced osteoporosis: prevalence, and emerging treatment options*. *Drug, Healthcare and Patient Safety* 2010; 2: 49–59.
- [15] PAYER, J., KILLINGER, Z., BRAZDILOVÁ, K. 2009. *Algoritmus liečby glukokortikoidmi indukovanej osteoporózy*. *Vnitř Lek* 2009; 55(5): 506–511.
- [16] PAYER, J., JACKULIAK, P., TOMKOVÁ, S., VAŇUGA, P., KILLINGER, Z. 2010. *Význam suplementácie kalcia a vitamínu D v liečbe osteoporózy – výsledky multicentrickej prospektívnej štúdie*. Dostupné: [online]. *Via pract.*, 2010, 7 (6): 266–270. [www.solen.sk]
- [17] ŠRAMKOVÁ, K., BITTER, K., LUKÁČOVÁ, O. 2004. *Prevalencia a prevencia osteoporózy a osteopénie*. [online]. In: *Vzdelávanie, výskum a prax verejného zdravotníctva SR: Zborník príspevkov z 1. konferencie SAVEZ z medzinárodnou účasťou, 21.-23. októbra 2004, Košice, s. 76*. [citované 2011-05-28]. Dostupné na internete: <http://www.savez.sk/files/download/2004/konferencia/zbornik.pdf>
- [18] ŠTEŇOVÁ, E., ŠTENO, B., BAQI, L. 2008. *Možnosti prevencie a liečby primárnej osteoporózy v ambulancii lekára prvého kontaktu*. In: *Ambulantná terapia*. 2008, roč. 6, č. 1, s. 19–22, ISSN 1336-6750.
- [19] WHO. *Assessment of fracture risk and its application to screening for postmenopausal osteoporosis*. Technical Report Series no. 843. 1-129. 1994. World Health Organization.
- [20] ZÁVODNÁ, V. 2005. *Edukácia v ošetrovatel'stve*. 2. vydanie. Martin: Osveta, 2005. 118 s. ISBN 80-8063-193-X.
- [21] ZDRAVIE 21- *Zdravie pre všetkých v 21. storočí*. 2001. Bratislava: Štátny zdravotný ústav SR, 2001. s. 155. ISBN 80-7159-119-X.

Information for Women and Prevention of Postmenopausal Osteoporosis

Abstract

Background: We surveyed attitudes of women to prevent osteoporosis, the level of awareness of osteoporosis and using the knowledge of women in prevention.

Patients and methods: The research sample consisted of 201 respondents selected at random. We used the questionnaire method. The results were processed statistically. Processed results are presented in tables and graphs. The tables give the number of responses (n) and percentage (%).

Results: We found that risk factors, especially those will be operated, although respondent knew, but their practical is minimal.

Conclusion: The proposal complies with the company to implement a health program 21, to highlight the importance of observing good diet and proper lifestyle and increase the female population education has focused on the issue of osteoporosis.

Key words

Osteoporosis. Postmenopausal osteoporosis. Risk factors. Prevention.

Kontaktní údaje

PhDr. Jana Štefániková
SZŠ Trnava
917 00 Trnava
E-mail: nany.stefanikova@gmail.com

doc. PhDr. Mária Kopáčiková, PhD.
Vysoká škola polytechnická Jihlava
Katedra zdravotnických studií
586 01 Jihlava
E-mail: maria.kopacikova@gmail.com

Akční plán podpory zdraví Nemocnice Pelhřimov, p. o.

Marcela Babická

Vysoká škola polytechnická Jihlava

Abstrakt

Česká republika je od roku 2003 zapojena do programu WHO (World Health Organization) Nemocnice podporující zdraví. Ministerstvo zdravotnictví ČR a kancelář WHO ČR spolupracují na procesu vytváření Národní sítě nemocnic podporujících zdraví v České republice. Základem pro vypracování Akčního plánu podpory zdraví Nemocnice Pelhřimov, p.o. bylo systematické sebehodnocení pomocí standardů podpory zdraví WHO a Sebehodnotícího dotazníku ENSH (European Network of Smoke Free Hospitals). Plán implementace podpory zdraví nemocnice se stal jedním z projektů vybraných k prezentaci na významné akci s mezinárodní účastí osobností, které působí v oblastech výzkumu a realizace programů podpory zdraví. Pražská Podzimní škola WHO/HPH (Health Promoting Hospitals) se konala ve dnech 12. a 13. září 2011. Nemocnice Pelhřimov, p. o. se nyní nachází ve fázi, kdy realizuje vlastní a participuje na mnohých externích projektech s hlavním cílem podporovat zdraví pacientů, zaměstnanců a veřejnosti různých cílových skupin. Úspěšně se zúčastňuje soutěží z oblasti kvality a bezpečí zdravotní péče. Z hlediska závěrů akčního plánování je to však výchozí etapa. Pro následující roční období jsou připraveny dílčí pilotní projekty. Nemocnice Pelhřimov, p.o. se stane významným partnerem ostatních poskytovatelů zdravotní a sociální péče regionu Kraj Vysočina v oblasti podpory zdraví.

Klíčová slova

Podpora zdraví, Nemocnice podporující zdraví, Evropská síť nekuřáckých nemocnic

Úvod

Nemocnice Pelhřimov, p. o. je jednou z pěti nemocnic Kraje Vysočina. Poskytuje intenzivní, akutní a následnou péči pacientům na 350 lůžkách. Zaměstnává 650 příslušníků zdravotnických a nezdravotnických profesí.

Zástupci Nemocnice Pelhřimov, p. o. se zúčastnili v období duben až červen 2011 Základního kurzu pro koordinátory programů podpory zdraví v nemocnicích pod vedením národního koordinátora HPH Mgr. Mileny Kalvachové a MUDr. Ivany Kořínkové, ředitelky divize podpory zdraví Consult Hospital, s. r. o. Kurz byl realizován formou 4 celodenních samostatných bloků s ústředními tématy volenými vzhledem k postupně se zvyšující úrovni pokročilosti účastníků. Hlavní

součástí kurzu byly asistované sebehodnotící aktivity zúčastněných zdravotnických zařízení s cílem identifikovat potřeby akčního plánování v oblasti podpory zdraví.

Souběžně s absolvováním odborného kurzu probíhala v Nemocnici Pelhřimov, p. o. intenzivní jednání na úrovni top managementu a vedoucí osobnosti koordinačního týmu. Mezi účastníky mnoha jednání, při kterých byly předávány poznatky z kurzu, vyhodnocována podpora zdraví z hlediska významu pro nemocnici a zvažovány podmínky zapojení, došlo ke konsenzu. Dne 5. 8. 2011 ředitel Ing. Jan Mlčák, MBA rozhodl o zapojení Nemocnice Pelhřimov, p. o. do národní sítě nemocnic a organizací poskytujících zdravotní služby podporující zdraví a o přistoupení k mezinárodnímu projektu Health Promotion Hospital.

Přijetím závazku pokračují stávající a zahajují se nové aktivity směřující k identifikaci nemocnice s ideou podpory zdraví. Stanovují se příslušná organizační pravidla a podpora zdraví je implementována do organizační struktury nemocnice. K účelu podpory zdraví se připravuje zvláštní rozpočet.

Nemocnice Pelhřimov, p. o. bude podle Akčního plánu pro rok 09/011 až 08/2012 v následujícím období naplňovat standardy HPH a ENSH kompatibilní s akreditačními standardy SAK ČR.

Sebehodnocení a implementace podpory zdraví

Akční plán obsahuje vstupní informace o výsledku procesu sebehodnocení v následujících oblastech:

- Politika managementu
- Posuzování potřeb pacienta
- Informování pacientů a opatření na podporu zdraví
- Podpora zdravého pracovního prostředí
- Kontinuita a spolupráce

Základním předpokladem implementace je vytvoření systému sběru a vyhodnocování dat a shromažďování důkazů o plnění standardů podpory zdraví. Nyní je vytvořena organizační a technická struktura pro pravidelné sledování, dokumentaci a měření výsledků dílčích klinických procesů. Nemocnice se bude podílet na výzkumných projektech podpory zdraví a distribuci jejich výsledků. Bude aktivně poskytovat své zkušenosti dobré praxe podpory zdraví založené na důkazech.

Řídící výbor pracuje ve složení ředitel nemocnice, manažer kvality a náměstek ekonomiky a obchodu. Koordinační tým, z něhož vycházejí iniciativy podpory zdraví, pracuje pod vedením hlavního koordinátora, který vystupuje v zájmu podpory zdraví. Vede vyjednávání s řídícím výborem a koordinačním týmem. Širokou základnu tvoří síť odpovědných osob na pracovištích, která se nacházejí v první linii kontaktu s pacienty, jejich rodinnými příslušníky a zdravou populací v preventivní zdravotní péči. Úkolem koordinačního týmu je seznámit zdravotnickou veřejnost s principy

podpory zdraví a opatřeními určenými k realizaci, na kterých se budou zdravotníci podílet.

Na základě provedeného sebehodnocení byly označeny projekty s vysokým stupněm důležitosti:

- HPH DATA projekt
- Prostředí nemocnice podporující zdraví
- Evropská síť nekuřáckých nemocnic
- Networking podpory zdraví

HPH Data projekt je prioritou z oblasti podpory zdraví pacientů. S využitím Dotazníku mapujícího rizikové faktory u pacienta je realizována pilotní fáze implementace podpory zdraví hospitalizovaných pacientů na vybraném oddělení. V období 09/2011 byla vypracována nová funkcionality nemocničního informačního systému pro sběr, analýzu a kontinuální vyhodnocování dat. V pilotní fázi probíhá standardizovaný sběr dat o aktuální situaci pacienta při příjmu a kontinuálně je vytvářen přehled četností a typů rizikových faktorů pacientů oddělení. Zdravotníci provádějí v oblastech své odborné způsobilosti rozhodnutí o ideálním typu intervence na podporu zdraví pacienta a implementují aktivity do individuálních léčebných a ošetrovatelských plánů. Pilotní fáze v délce 6 měsíců bude systematicky vyhodnocena ověřením správnosti nastavení způsobu práce s daty z oblasti podpory zdraví pacientů. Ve skupině zdravotníků bude použita metoda focus group. Zpětná vazba o účinnosti metod zjišťování a saturace potřeb podpory zdraví pacientů bude získána formou dotazníku.

V přímé souvislosti s podporou zdraví se nachází zdravotní vzdělávání pacientů, které spočívá v aktivním vytváření situací pro zvyšování zdravotní gramotnosti při poskytování lékařské a ošetrovatelské péče v neformálních rozhovorech s pacienty a rodinnými příslušníky. Důležitou součástí osvěty jsou zdroje informací o zdraví, vysoce rizikových onemocněních a organizacích pacientů. V nemocnici Pelhřimov, p. o. předávají informace, poučení a důležité kontakty zdravotníci a pracovníci informačního centra. Tištěné informace jsou distribuovány na zdravotnická pracoviště a aktivně nabízeny veřejnosti na webových stránkách nemocnice.

Cíli z oblasti podpory zdravého pracovního prostředí jsou zapojení zaměstnanců do diskuse o podpoře zdraví formou intranetového fóra, nabídka bezpečného a zdraví podporujícího prostředí zaměstnancům, vytvoření prostoru pro aktivní podíl zaměstnanců na tvorbě prostředí, zvýšení atraktivnosti nemocnice pro budoucí zdravotníky a další potencionální kvalitní zaměstnance.

Aktivitou podpory zdraví, která byla v roce 2011 již prakticky ověřena v prostředí dětského oddělení, jsou Týdny zdraví. Dětství je klíčové období života z hlediska vytváření způsobů chování z oblasti podpory zdraví, které vznikají spontánně, přímou zkušeností dítěte. Zdravotníci dětského oddělení v době hospitalizace intenzivně spolupracují s dětskými pacienty a jejich rodiči.

Týden zdraví byl pilotně prověřen ve školním prostředí a vykazuje některé prvky programu European Health Promoting Schools. V regionu Nemocnice Pelhřimov, p. o.

pracují mateřské, základní a střední školy zapojené v Evropské síti škol podporujících zdraví. Obsahovou náplň týdenního programu pro skupinu zdravotníků dětského oddělení tvořila například ranní a odpolední cvičení jógy, zdravé svačiny, několikaminutová protahovací cvičení v průběhu pracovní směny, besedy na témata zdravá výživa a strava ve směnném provozu, pitný režim a syndrom vyhoření u zdravotníků. Autorka projektu Pavlína Fridrichovská, DiS. byla jmenována hlavním koordinátorem programu podpory zdraví Nemocnice Pelhřimov, p. o.

Současně s přistoupením k projektu Health Promoting Hospitals ředitel nemocnice deklaroval zájem o členství ve spolupracující European Network of Smokefree Hospitals. Management ve spolupráci s hlavním koordinátorem se intenzivně zabývá přípravou zahájení činnosti Centra pro léčbu závislosti na tabáku.

Cílem networkingu je propojování péče a služeb poskytovaných nemocnicí a jejími partnery ve vztahu k pacientovi a zlepšení návaznosti péče. Důležité z hlediska předávání pacienta mezi zdravotnickými a sociálními zařízeními je očekávané zavedení formálně a obsahově jednotné propouštěcí zprávy pro nemocnice Kraje Vysočina. Významným partnerem Nemocnice Pelhřimov, p. o. z hlediska intenzity spolupráce je Nemocnice Jihlava, p. o.

Perspektivy podpory zdraví

Kontinuální služby nemocnému a zdravému člověku vytvářením regionální sítě s poskytovateli služeb zdravotní a sociální péče, intenzivní kooperace s partnerskými nemocnicemi podporujícími zdraví a občanskými sdruženími regionu Kraj Vysočina přinese v dlouhodobé perspektivě zlepšení zdravotního stavu stárnoucí populace a bude mít významně pozitivní ekonomické výsledky.

Literatura

- [1] HPH Constitution signed version. WHO Collaborating Centre for Evidence – Based Health Promotion in Hospitals on 14 May 2008.
- [2] Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion Ottawa, 21 November 1986 – WHO/HPR/HEP/95.1
- [3] Standards for Health Promotion in Hospitals. World Health Organization European Office for Integrated Health Care Services. 2004.
- [4] Vídeňská doporučení týkající se nemocnic podporujících zdraví. 3. Workshop koordinátorů sítě národních/regionálních nemocnic podporujících zdraví. 16. dubna 1997, Vídeň.
- [5] www.euro.who.int/healthpromohosp

Action Plan of Health Promotion Hospital Pelhřimov

Abstract

The Ministry of Health in cooperation with WHO office in the Czech Republic has opened the process of national networking of hospitals which support the health in the Czech Republic. The representatives of the hospital in Pelhřimov took part in the Basic Course for Coordinators of the Health Promotion Programmes in hospitals.

The basis for the elaboration of the Action Plan for Health Promotion in hospital in Pelhřimov was a systematic self-assessment with the help of WHO health support standards. The plan for the health implementation promotion has become one of the project chosen for the presentation at the important enterprise with international participation of the personalities from the research field and work experience in health promotion. WHO / HPH Autumn School 2011 in the Czech Republic took place on 12th and 13th September 2011.

The hospital in Pelhřimov inheres in the stage when it participates in a lot of projects. Encouraging the patients' health, staff and the public of various of the objective groups is the main tendency. However, this stage is a starting point from the aspect of the conclusion of planning. New particular activities will be opened in the next season, for example the first part of HPH DATA project or formation of the Tobacco Dependence Treatment Centre.

The hospital in Pelhřimov will become an important partner for the other health and social service providers in the Vysočina region.

Key words

Health Promotion, Health Promoting Hospitals, European Network of Smoke Free Hospitals

Kontaktní údaje

PhDr. Marcela Babická
Vysoká škola polytechnická Jihlava
Katedra zdravotnických studií
Tolstého 16
586 01 Jihlava
e-mail: mbabicka@vspj.cz
tel.: + 420 737 590 566

Dopady alkoholovej závislosti na jednotlivca

Andrea Hugáňová, Katarína Chovancová

Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre
Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva
Katedra sociálnej práce a sociálnych vied

Abstrakt

V príspevku sa zaoberáme dopadmi alkoholovej závislosti na jednotlivca v jeho biopsycho-sociálnej zložke. Popisujeme kategórie problémov, ktoré vznikajú pri závislosti od alkoholu ako sú fyziologické, psychologické, existenciálne následky, problémy týkajúce sa spoločenských rolí a pod. Špecifickú skupinu závislých tvoria deti, mladiství a ženy. Článok uzatvárame diferenciami v pohľadoch na ženu-matku závislú a muža-otca závislého od alkoholu zo strany spoločnosti.

Kľúčová slova

Alkoholová závislosť. Jednotlivec. Následky závislosti. Rodina.

Úvod

Alkohol spolu s cigaretami patria k drogám, ktorých konzumácia balansuje na hranici medzi povolenou a škodlivou. Častokrát sa alkohol nazýva aj sociálne žiaducou drogou, čo v mnohých prípadoch ovplyvňuje a sťažuje včasné zachytenie rizikového správania (Ein Angebot, 2001).

Pojmológia alkoholovej závislosti

Napriek tomu, že bolo o alkohole a alkoholovej závislosti vedených mnoho odborných diskusií, Kolibáš, Novotný, Heretik (In Bútor, 1989, s. 130) uvádzajú: „Azda v nijakej oblasti nie je toľko rozdielných stanovísk, týkajúcich sa terminológie, definícií a diagnostických kritérií, ako práve v alkoholológii.“ Ďalej podotýkajú, že klinickí pracovníci sa väčšinou zhodujú na tom, že nie je problém diagnostikovať neskoršie, rozvinuté štádiá závislosti, problém vidia najmä vo vymedzovaní včasnejších štádií. S týmto faktom nám korešponduje aj vyššie tvrdenie, že alkohol ako sociálne prijateľná droga pôsobí zahmlievajúco a je veľmi náročné pod vplyvom spoločenského vnímania definovať nerozvinuté prvé stupne závislosti.

Alkoholizmus ako pojem bol prvýkrát použitý už v roku 1849 švédskym lekárom Magnusom Hussom, avšak oficiálne bol prijatý Svetovou zdravotníckou organizáciou až o sto rokov neskôr ako medicínsky problém (Kalina, 2003).

Práve táto organizácia poukazuje na univerzálny charakter tohto pojmu (Health, 1993).

Syndróm alkoholovej a inej závislosti sa môže klasifikovať aj ako faktor pozostávajúci zo skupiny „fyziologických, behaviorálnych a kognitívnych fenoménov, v ktorých užívanie nejakej látky alebo tried látok má u daného jedinca omnoho väčšiu prednosť ako iné konanie, ktoré si predtým cenil viac“ (Nešpor, 2000, s. 14–15).

Posledná revízia Medzinárodnej klasifikácie chorôb z roku 2007 označuje alkoholovú závislosť pod písmenom a číslom F10 (Chapter, 2010).

Za alkoholovú závislosť však nemôžeme pokladať všetko. Existuje napríklad 5 stupňov, do ktorých môžeme zaraďovať pitie alkoholu. Ide o tzv. rizikové pitie, škodlivé pitie, intoxikácia alkoholom, ťažké epizodické pitie a závislosť od alkoholu (Anderson et al, 2005).

Rizikové pitie je taká úroveň konzumácie alkoholu alebo taký spôsob pitia, ktorých výsledkom bude pravdepodobne škoda, ak sa súčasné návyky nezmenia a pretrvávajú. Neexistuje žiadna všeobecne prijatá zhoda aká spotreba alkoholu by sa mala považovať za škodlivú, či nebezpečnú. Podľa pracovnej definície Svetovej zdravotníckej organizácie je riziková konzumácia alkoholu v priemere 20 – 40 g alkoholu denne pre ženy a 40 – 60 g alkoholu denne pre mužov.

Škodlivé pitie sa definuje ako spôsob pitia, ktorý spôsobuje škody na zdraví, buď telesnom (napr. cirhóza pečene) alebo duševnom (napr. sekundárna depresia vo vzťahu ku konzumácii alkoholu). Ide o pravidelnú priemernú spotrebu viac ako 40 g alkoholu denne u žien a viac ako 60 g alkoholu denne u mužov.

Za intoxikáciu považujeme viac-menej krátkodobý stav poškodenia funkcií v oblasti psychologického a psychomotorického výkonu, ktorý navodila prítomnosť alkoholu v tele a to i pri nízkej úrovni konzumácie.

Ťažké epizodické pitie možno definovať ako vypitie najmenej 60 g alkoholu pri jednej príležitosti. Toto pitie sa občas zvykne označiť ako pijanský záťah.

Závislosť od alkoholu sme už vyššie v texte definovali a jej hlavná charakteristická črta je túžba (často silná, niekedy sa vníma ako neodolateľná) piť alkohol. Návrat k pitiu po období abstinencie sa často spája s rýchlym opätovným objavením sa tohto aj ďalších črt syndrómu závislosti (Anderson et al, 2005).

V kontexte tohto článku sme sa rozhodli pracovať najmä s tvrdením Jellinka (In Bútora, 1989), že pre ďalšie smerovanie expertných dialógov, by bolo užitočné označovať termínom alkoholová závislosť všetky formy pitia, ktoré spôsobujú ujmu, resp. škodu jednotlivcovi alebo spoločnosti.

Dopady alkoholovej závislosti

Práve vzhľadom k bio-psycho-sociálno-spirituálnej zložke človeka považujeme za dôležité zaoberať sa aj dôsledkami škodlivého užívania alkoholu na jednotlivých členov rodiny a to konkrétne – vplyv alkoholu na muža, ženu a dieťa.

Pokúsime sa dosahy alkoholovej závislosti kategorizovať do oblastí ako sú sociálne vzťahy, vzdelanie, zdravie a práca. Práve tieto oblasti sú považované za kľúčové pri

diagnostikovaní alkoholovej závislosti a na nich môžeme vnímať zmeny v živote človeka závislého od alkoholu.

Korešponduje to aj s tvrdením Národného monitorovacieho centra pre drogy, ktoré hovorí, že rozsah dopadu dôsledkov konzumu alkoholu z hľadiska spoločenského, zdravotného, pracovného, psychologického a ekonomického je pre našu spoločnosť stále najrozsiahlejší (Alkohol, 2011).

Room (In Bútora, 1989) upozorňuje na rozličné aspekty problematiky alkoholovej závislosti. Je nutné nevnímať človeka a jeho závislosť izolovane. Potrebne je, čo najkomplexnejšie mapovať celú oblasť alkoholizmu. Tento nový pohľad nazýva koncepciou „problémov spojených s alkoholom“. Väčšia záťaž pre spoločnosť nie je samotný závislý ako skôr tzv. alkoholická subkultúra, ktorá formuje proalkoholickú klímu v spoločnosti a zároveň je jej produktom.

Tento fakt považujeme za jeden z kľúčových pri práci s rodinami, s rodinným príslušníkom závislým od alkoholu a musíme naň prihliadať pri akejkoľvek intervencii smerom k členom rodiny.

Room (In Bútora, 1989) ďalej rozlišuje štyri základné kategórie alkoholových problémov na úrovni jednotlivca v jeho bio-psycho-sociálnom rozmere.

1. Problémy týkajúce sa fyziologických následkov pitia

Alkohol spôsobuje problémy v troch smeroch biologického zdravia človeka. V prvom rade má toxický účinok na telesné tkanivá a orgány. To vedie k vzniku veľkého množstva chorôb. Po druhé, jeho opojný účinok spôsobuje akútne úrazy nehody. Tretí smer naznačuje, že alkohol ako návyková látka umožňuje ľuďom stratiť kontrolu nad svojím správaním a vzbudzuje častokrát násilnícke konanie (Effects, 2011).

2. Problémy psychologické a existenciálne

Alkohol napriek rizikám, má aj 16 pozitívnych bio-psychologických účinkov. Napríklad antistresový, anxiolytický, sekretorický, analgetický, antidepresívny, relaxačný, psychostimulačný, hypnotický, sedatívny, afrodiziakálny a i. (Novotný, 2009). Medzi najčastejšie problémy pri škodlivom užívaní však patria: poruchy nálad, depresia, úzkosť, hostilita, sebaútočnosť, precitlivosť, nízka frustračná tolerancia, dráždivosť, zlosť, necitlivosť voči iným, agresivita, nenávisť, impulzivita, problém s vlastnou identitou a seba porozumením, redukcia až strata záujmov, duchovné spustnutie, vnútorná prázdnota, strata zmyslu života, izolácia a iné.

3. Problémy týkajúce sa nehôd a úrazov

Ide najmä o dopravné nehody súvisiace s konzumáciou alkoholu a to v dôsledku zníženia reflexov a koordinácie, ako aj zhoršeného odhadu vzdialenosti. Ďalej o pracovné úrazy a závažné prečiny. V roku 2009 bol prítomný alkohol u vodiča pri autonehodách až 2 255x z celkového počtu autonehód 25 989. Alkohol tak tvoril skoro 9% zo všetkých príčin autonehód na Slovensku (Dopravné, 2010).

4. Problémy týkajúce sa správania a spoločenských rol

Alkohol podľa nás narúša jedincovi spoločenské vzťahy, je príčinou mnohých problémov v manželstvách a rozvodov, prináša stratu zodpovednosti, postavenia a autority v rodine, zamestnania (jedna tretina hospitalizovaných alkoholikov je nezamestnaná), stratu spoločenského postavenia, finančné problémy, rozpory so zákonom, kriminalitu a i.

Ženy, deti, rodina

Špecifickú skupinu závislých od alkoholu so svojimi problémami a dôsledkami tvoria deti a mladiství a ženy.

Deti sú zraniteľnejšie vo vzťahu k alkoholu ako dospelí. Častokrát sú fyzicky menšie a nie sú schopné posúdiť a regulovať pitie. K významným faktorom, ktoré ovplyvňuje dôsledky, zaraďujeme aj nevybudovanú a nerozvinutú toleranciu k alkoholu a tendenciu k výraznejšej konzumácii, ktorá môže byť ovplyvnená túžbou zapadnúť do skupiny a byť skupinou prijatý. Dospievajúci majú problémy s duševnými poruchami, stratou pamäti, so zhoršeným vzdelávaním, záškoláctvom, zvyšuje sa riziko kriminálnych deliktov ako poškodzovanie majetku, násilnícke činy, znásilnenia, strácajú sociálne kontakty s kamarátmi, sú nekritickí v nechránenom pohlavnom styku, zvyšuje sa výskyt nechceného tehotenstva a pod. (Anderson et al., 2005).

Podľa Nociara a Jančovičovej (1993, s. 26) ženský typ alkoholovej závislosti je možné charakterizovať „ako pitie sprevádzané: pocitmi viny za pitie, anxiitou, slabým egom, častejším konzumom alkoholu po problémoch v manželskom zväzku a rodine, častejším konzumom alkoholu na navodenie zmeny nálady, obsedantno-kompulzívnym pitím.“

Faktom je, ako tvrdí Mikitová (2005), že ženský organizmus je na alkohol citlivejší ako mužský, rovnaké množstvo alkoholu spôsobuje vážnejšie problémy a závislosť vzniká rýchlejšie. Je to spôsobené inou fyziologickou stavbou tela. Preto aj prechod od spoločenského pitia žien k závislosti môže byť v zlomových obdobiach života rýchlejší.

Kalina (2008) sa zmieňuje o tzv. dvojitej deviácii ako genderovom špecifiku závislej ženy. Žena zlyháva nielen pre samotnú závislosť, ale zlyháva aj vo svojej ženskej roly. Spoločenská klíma však vytvára obrovský tlak a zároveň prekážku na vystúpenie žien z anonymity.

Nešpor (In Hupková, 2009) pomenováva ďalšie odlišnosti pôsobenia alkoholu z hľadiska interpohlavných rozdielov:

- žena sa oveľa častejšie dostane do návykových problémov kvôli partnerovi, ktorý pije alebo berie drogy, než je to naopak,
- návykové látky vrátane alkoholu u žien odsudzuje okolie viac ako u mužov,
- ženy sa v súvislosti s návykovými problémami dopúšťajú menej často trestných činov a násilného správania,

- závislé ženy trpia častejšie depresiami a úzkosťou, ale menej frekventované sú u nich poruchy osobnosti,
- ženy majú silnejší pud sebazáchovy ako muži a obvykle im viac záleží na tom, ako vyzerajú a ako pôsobia na svoje okolie. Tým možno vysvetľovať samotárske pitie (oproti mužom, ktorí pijú častejšie až do delíria v reštaurácii a úplne verejne),
- závislá žena býva častejšie týraná, fyzicky napádaná a sexuálne zneužívaná.

Mikitová (2005) taxatívne vymenúva psychoaktívne účinky alkoholu, ktoré zvyrazňujú tie formy správania, ktoré sú (okrem iných pozitívnejších) obvyčajne považované za atribúty mužnosti: guráž, expanzivitu, nadradenosť, sociálnu necitlivosť, tvrdosť, agresivitu, hrubosť a mnohé ďalšie.

Problémy spojené s alkoholom sa môžu členiť nielen na problémy týkajúce sa pijúceho jednotlivca, ale aj jeho rodiny a spoločnosti ako celku.

Súhlasíme s nórsym odborníkom Kjölstadtom (In Bútora, 1989, s. 157), ktorý hovorí: „Problémy z pitia tvoria kontinuum, ktoré sa začína od celkom normálneho spoločenského pitia a končí sa chorobami a smrťou tých, ktorí sú najviac vystavení pôsobeniu alkoholu a sú najviac zraniteľní. Sústreďenie sa na závislosť ako na niečo abnormálne, čo sotva môže zasiahnuť spoločensky pijúcich konzumentov, je jednou z najhorších prekážok efektívnej primárnej prevencie.“ A taktiež si myslíme, že je aj veľkou prekážkou na poskytovanie efektívnej sociálnej pomoci.

Zaujímavý rozdiel je aj medzi rodinami so závislým mužom alebo ženou, čo sa prejavuje v nasledujúcom dopade: „Pokiaľ je závislá žena matka a manželka, prejavuje pri jej hospitalizácii široká rodina a okolie omnoho väčšiu snahu o poskytovanie pomoci a opory. Muž, ktorý prevezme zodpovednosť za rodinu, hľadá pomoc u ostatných žien v rodine a táto pomoc je mu spravidla ponúknutá. Pokiaľ starostlivosť o rodinu zostane na žene a manžel je hospitalizovaný, žena je považovaná za dostatočne schopnú k zvládnutiu dvojnásobnej záťaže. Sociálne kontakty žien sú ich závislosťou podstatne viac narušené, ich izolácia a sociálne odmietanie sú zreteľnejšie a razantnejšie. Spolu so ženou sa do izolácie dostáva celá rodina.“ (Heller, Pecinovská et al., 1996, s. 82)

Záver

Príspevok uzatvárame jedným z najnovších zahraničných výskumov v oblasti škôd pri zneužívaní drog. Konkrétne ide o vplyvy a dôsledky užívania alkoholu. Členovia Members of the Independent Scientific Committee on Drugs (Nezávislý vedecký výbor pre otázky drog) bodovali jednotlivé škodlivé dopady drog na človeka ako jednotlivca a v druhej oblasti na ostatných členov spoločnosti. Alkohol v tomto smere dosiahol sumárne najvyšší počet bodov (72 zo 100) a v jednotlivých kategóriách získal najviac bodov najmä pre jeho škodlivosť na sociálne okolie a celkovú spoločnosť. Sledovali sa najmä negatívne dopady na zločinnosť, konflikty v rodinách a na súdržnosť komunity (Drug, 2010). Takto orientovanému výskumu sa na Slovensku nevenuje veľká pozornosť.

Jedným z najčerstvejších výskumov, ktorý sa zaoberal epidemiológiou alkoholizmu na Slovensku je štúdia EPIAF, ktorá sa vykonávala na reprezentatívnej vzorke slovenskej dospeléj populácie. Vyberáme len niekoľko záverov z tejto štúdie ako napríklad – abúzus a závislosť od alkoholu je až šesťkrát častejšia u mužov ako u žien, s rastúcim vekom klesá podiel problémových konzumentov, osamelo žijúci ľudia majú významne vyššie riziko problémového konzumu alkoholu a študenti, či nezamestnaní tvoria najviac rizikové skupiny. (Heretik et al., 2008). Výsledky výskumov nám teda jasne nadväzujú na ďalší rozmer alkoholovej závislosti. V svetle škodlivých vplyvov vnímame narastajúcu potrebu práce s rodinnými príslušníkmi jednotlivca závislého od alkoholu a minimalizáciu negatívnych účinkov tohto javu na rodinu ako celok.

Príspevok vznikol vďaka podpore grantu:

VEGA č. 1/0221/11 pod názvom: Evaluácia výsledkov procesu resocializácie klientov resocializačných stredísk v podmienkach Slovenskej republiky.

Literatura

- [1] ANDERSEN, P. – ANTONI, G. – JOAN, C. 2005. *Alkohol a primární zdravotní péče, Klinická vodítka pro identifikaci a krátké intervence*. Barcelona: Xavier Cañadell Printed, 2005, [online]. 2005, [cit. 2010-09-05]. Dostupné na internete: <http://www.phepa.net/units/phepa/html/en/dir361/doc13210.html>
- [2] Alkohol, [online]. 2011, [cit. 2011-06-14]. Dostupné na internete: http://ec.europa.eu/health-eu/my_lifestyle/alcohol/index_sk.htm
- [3] BÚTORA, M. 1989. *Mne sa to nemôže stať, sociologické kapitoly z alkoholizmu*. Martin : Osveta, 1989. 334 s. ISBN 80-217-0076-9.
- [4] *Dopravné nehody*. 2010. [online]. 2010, [cit. 2010-10-19]. Dostupné na internete: http://www.minv.sk/?dopravne_nehody
- [5] *Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis*. [online]. 2010, [cit. 2010-10-14]. Dostupné na internete: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(10\)61462-6/fulltext#article_upsell](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(10)61462-6/fulltext#article_upsell)
- [6] *Effects of alcohol*. 2011. [online]. 2011, [cit. 2011-08-22]. Dostupné na internete: <http://www.drinkaware.co.uk/facts/effects-of-alcohol-2>
- [7] *Ein Angebot an alle, die einem nahestehenden Menschen helfen wollen*, 2001. Berlin: DHS. 2001. 21 s.
- [8] HEALTH PROMOTION IN WORKPLACE. 1993. *Alcohol and drug abuse*. Geneva: WHO, 1993. 34 s. ISBN 92 4 120833 3.

- [9] HELLER, J. – PECINOVSKÁ, O. et al. 1996. *Závislost' známa neznáma*. Praha: Grada, 1996. 168 s. ISBN 80-7169-277-8.
- [10] HERETIK, A. et al. 2008. *Epidemológia alkoholizmu a fajčenia na Slovensku*. Nové Zámky : Psychoprof, 2008. 152 s. ISBN 978-80-89322-01-5
- [11] HUPKOVÁ, I. 2009. *Je alkohol drogou číslo jeden na Slovensku?* In Sociálna prevencia, 2009, ISSN 1336-9679, č. 3/2009 s. 22-24.
- [12] *Chapter V*. [online]. 2007, [cit. 2010-10-05]. Dostupné na internete: <<http://apps.who.int/classifications/apps/icd/icd10online>>
- [13] KALINA. K. 2003. *Drogy a drogové závislosti, mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. 338 s. ISBN 80-86734-05-6.
- [14] KALINA. K. 2008. *Základy klinické adiktologie*. Praha : Grada, 2008. 392 s. ISBN 9788024714110
- [15] MIKITOVÁ, M. 2005. *O alkoholičkách*. In Čistý deň, ISSN 1336-42433, 2005, č. 3, s. 8-9.
- [16] NEŠPOR, K. 2000. *Návykové chování a závislost : současné poznatky a perspektivy léčby*. Praha: Portál, 2000. 152 s. ISBN 80-7178-432-X.
- [17] NOCIAR, A. – JANČOVIČOVÁ, H. 1993. *Odlišnosti v alkoholizme mužov a žien (I. časť – rozdiely v štýle pitia)*. In Protialkoholický obzor, 1993, č. 1, s. 17-30.
- [18] NOVOTNÝ, I. 2009. *Legálne drogy*. In Sociálna prevencia. ISSN 1336-9679, 2009. č. 3/2009, s. 14-16.

Effects of Alcohol Dependence on the Individual

Abstract

In our article we describe the impact of alcohol addiction on the individual from the perspective of biological, psychological and social aspects of his life. We describe the categories of problems which arise from alcohol addiction like physiological, psychological, existential impacts, the problems of social roles etc. The specific group of addicted are children, young people and women. The article is finished with different views on the women – mother dependant on the man – father addicted to alcohol from the perspective of society.

Key words

Addiction to alcohol. Individual. The consequences of addiction. Family.

Kontaktní údaje

Mgr. Andrea Hugáňová
Mgr. Katarína Chovancová
Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre
Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva
Katedra sociálnej práce a sociálnych vied
Kraskova 1, 949 74 Nitra, Slovensko
e-mail: andrea.huganova@ukf.sk
katarina.chovancova@ukf.sk

Identifikace pacientů v ošetrovatelské péči

Lada Cetlová¹, Lada Nováková²

¹Katedra zdravotnických studií, Vysoká škola polytechnická Jihlava

²Nemocnice Havlíčkův Brod

Abstrakt

V celé řadě zdravotnických zařízení se při hospitalizaci pacienti setkávají s přiložením identifikačního náramku, který je opatřen určitými osobními údaji. K plošnému používání identifikačních náramků přistupují tato zařízení z důvodů naplňování jednotlivých akreditačních standardů vztahujících se k poskytování bezpečné a kvalitní péče ve vztahu předcházení možných rizik pochybení. Cílem naší práce bylo zjistit, zda zdravotnický personál dodržuje vnitřní předpis (metodický pokyn) „Identifikace pacientů“ a dále zjistit, zda používání identifikačních náramků u pacientů vede ke snížení rizika chyb při poskytování ošetrovatelské péče. Ke zpracování naší práce bylo použito kvalitativního šetření, metody dotazování. Sběr dat byl realizován technikou nestandardizovaného rozhovoru.

Na základě zpracování výsledků jsme zjistili, že dochází k ověřování identity příslušného pacienta pomocí identifikačního náramku sestrou. Můžeme konstatovat, že zavádění identifikace hospitalizovaných pacientů jako systémové opatření vede k zajištění vyšší bezpečnosti hospitalizovaných pacientů.

Klíčová slova

Identifikace, náramek, pacient.

Úvod

Profese sestry tvoří nejpočetnější skupinu zaměstnanců ve zdravotnických zařízeních. Velkou měrou se tedy podílí na tvorbě kvality ošetrovatelské péče. Kvalitu lze definovat i jako vykonávání správných úkonů bezpečným a předem dohodnutým postupem. V ošetrovatelské péči je kvalita ovlivněna i přístupem sestry z pohledu chování a jednání jak k pacientovi, tak k jeho okolí. Pacienti často porovnávají, jak sestry umí uplatnit své interpersonální dovednosti. Pokud pacient získá důvěru k sestře, může lépe interpretovat své potřeby a problémy. Na základě získaných vzájemných vztahů mezi pacientem a sestrou dochází k lepšímu postavení v oblasti edukace a následné terapie v oblasti ošetrovatelské péče. Kvalita v péči je postavena i na důvěryhodnosti sestry při výkonu jejího povolání, která se odráží v oblastech vztahu sestry k jejímu povolání kultivovaností projevu a chování, odbornými znalostmi, ale i úpravou jejího zevnějšku.

Ošetrovatelský standard je charakterizován jako stanovená profesní norma kvality. Může být vydán jako právní předpis, metodické opatření Ministerstva zdravotnictví

zveřejněné ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví, nebo je vypracován jednotlivými zdravotnickými zařízeními. Oblastí, kterou se ošetrovatelský standard může zabývat, je například vedení ošetrovatelské dokumentace, realizace ošetrovatelského procesu, může se zabývat jednotlivými pracovními postupy, ale i vybavením a personálním zajištěním oddělení z hlediska poskytování ošetrovatelské péče (MZČR, 2004).

Standardem lze označit předem domluvený profesní stupeň kvality, který slouží k porovnávání dané praxe. Místem vzniku ošetrovatelských standardů je USA v 70. letech v souvislosti se vznikem lékařských standardů. Jednotlivé postupy vycházejí z doporučení mezinárodních organizací a jsou začleňovány do koncepce rozvoje kvality v ošetrovatelství dané země. Cílem stanoveného standardu je charakteristika minimálního stupně péče, která je ošetrovatelským personálem prováděna. V tomto doporučení jde o závaznou normu kvality, o nezávislé a objektivní hodnocení péče ve vztahu k jednotlivým auditům, ochranu ošetrovatelského personálu při poskytování předem dohodnutých postupů. Cílovou skupinou jsou pacienti, kterým je poskytnuta v rámci naplňování jednotlivých standardů kvalitní a bezpečná péče. Ošetrovatelské standardy jsou řazeny do oblasti, které se týkají jak postupů, tak jednotlivých činností při poskytování ošetrovatelského procesu. Lokální standard vychází z doporučení již zmiňované zákonné normy rámcového standardu. Aby bylo možné poskytovat bezpečnou a kvalitní péči, je nutné seznámit pracovníka ošetrovatelského týmu s touto normou a zároveň je vhodné, aby se na tvorbě standardu podílel. Z tohoto důvodu vznikají pracovní skupiny pro tvorbu ošetrovatelských standardů, ve kterých se zařazení pracovníci podílejí na sestavování a připomínkování jednotlivých postupů. Důležitá je zde právě použitelnost v praxi, nikoli jen samotná teorie. Dalším dílčím úspěchem v používání jednotlivých postupů je dostupnost těchto standardů na ošetrující jednotce a jejich čitelnost a srozumitelnost. Pokud není dodrženo toto doporučení, stává se standard pouze formálním nařízením, které je sice vyhotoveno, ale pro ošetrovatelský personál je nepřehledný, často i nedostupný, a tím pádem jej pracovníci nedodržují. V souvislosti se vznikem problému nedodržení zmiňovaného doporučení dochází ke zvyšování rizika pochybení při jednotlivých činnostech ošetrovatelského procesu a porušení kultury bezpečí. (Grohar, Murray, Di Croce, 2004).

Z toho vyplývá, že nedílnou součástí dodržování jednotlivých standardů je jejich kontrola, prováděná formou vyhodnocování neboli auditů. Touto kontrolní činností se zabývá management daného zdravotnického zařízení zaměřený na kritéria dle výsledku naplněného cíle a audit zaměřený na celkovou kvalitu. Jednotlivé metody auditu zahrnují postupy pozorování, dotazování, měření, kontrolování a výsledné zhodnocení. Samotné audity mohou být zaměřeny nejen na dodržování jednotlivých standardů, ale ve vztahu ke kultuře bezpečí se provádějí i audity ošetrovatelské jednotky, audity hygieny rukou, kardiopulmonální resuscitace, bezpečné vedení dokumentace pacienta a podobně. Audity vycházejí z aktuálních potřeb zdravotnického zařízení ve vztahu k naplňování jednotlivých akreditací z oblasti kvality (Škrla, Škrlová, 2003).

Standard věnující se problematice používání identifikačních náramků sloužících k přesné identifikaci pacientů vychází z doporučení Evropské unie a členské státy Světové zdravotnické organizace jej zapracovávají do svých strategických postupů. Obsah tohoto standardu sestavený z na sebe navazujících jednotlivých kroků by měl

naplňovat danou normu. Následující části by tedy měly obsahovat správné zaměření, míru závaznosti, sestavení jasného, reálného cíle nebo výsledku, výčet kritérií, způsob hodnocení získané kvality a zpracovanou metodiku kontroly. Dle obsahového naplnění by měl podat přesnou charakteristiku popisu (Kolektiv autorů, 1998).

Komunikace mezi sestrou a pacientem je řízená a vede právě k identifikaci problémů. Sestry plní řadu rolí, kdy vždy záleží na schopnosti dané sestry vcítit se do pacienta, který je v nemocničním prostředí určitým způsobem hostem. Před vstupem do daného prostředí plnil pacient řadu sociálních rolí a ve většině případů byl nezávislý. Jednou z nejvýznamnějších rolí sestry je komunikační schopnost, která vede k identifikaci a následnému uspokojování potřeb nemocného. Lze konstatovat, že pokud chybí informace, začne narůstat nedůvěra (Bártlová, 2003).

Strategií cesty v oblasti bezpečí jsou následující cíle zaměřené na bezpečnost při používání rizikových léčiv, prevenci pádů, bezpečnou identifikaci pacientů a prevenci záměny pacienta, výkonu a strany při chirurgických výkonech. Nyní se stává toto doporučení jednou z hlavních priorit Ministerstva zdravotnictví, kdy k úspěšnému naplnění tohoto bezpečnostního cíle je změna myšlení a chování profesních skupin v důsledku organizační struktury jednotlivých nemocničních zařízení a zároveň i zapojení do procesu kultury bezpečí samotných pacientů. Jde o dlouhodobý proces, jehož výsledkem je vnímání bezpečí v zdravotnických zařízeních jako priority (Rádce pacienta, 2010). Pro potencionální klienty a samotné pacienty byla vytvořena Ministerstvem systémová opatření, jako jsou Kniha bezpečí, informační portál kvality a bezpečí, či publikace Rádce pacienta. Tyto materiály jsou volně přístupné na webových stránkách příslušného ministerstva, ale často i na stránkách nemocničních zařízeních. Řada těchto zařízení má v hlavní nabídce portál kvality, kde jsou právě tyto materiály volně přístupné veřejnosti. Některá zdravotnická zařízení tyto dokumenty vydala pro své pacienty i v písemné formě a mohou se s nimi seznamovat během pobytu, jak při ambulantních návštěvách, tak již při samotné hospitalizaci (MZČR, 2010).

Na možném riziku pochybení se podílí řada jak interních, tak externích faktorů, mezi něž například patří stresové situace, nedostatek času, nevhodné pracovní prostředí, osobní problémy, nevhodně nastavené adaptační období nově příchozího zaměstnance, v tomto případě všeobecné sestry, nesprávně vedená komunikace mezi jednotlivými členy ošetrovatelského týmu (Škrla, 2005).

Výzkum

Cílem naší práce bylo zjistit, zda zdravotnický personál dodržuje vnitřní předpis (metodický pokyn) „Identifikace pacientů“ a dále zjistit, zda používání identifikačních náramků u pacientů vede ke snížení rizika chyb při poskytování ošetrovatelské péče. Ke zpracování naší práce bylo použito kvalitativního šetření, metody dotazování. Sběr dat byl realizován technikou nestandardizovaného rozhovoru. Odpovědi respondentů byly zpracovány do deseti kazuistik. Rozhovor byl zaměřen na názor sester v jednom nemocničním zařízení v Kraji Vysočina.

Nejpočetnější skupinu ve věkovém rozmezí 30–39 let tvořily čtyři dotazované sestry. Ve věkové kategorii 20–29 let byly dotázány tři sestry. Jedna sestra spadala do věkové kategorie 40–49 let. Z věkové kategorie 50–59 let byly dotázány dvě sestry.

V největším počtu byly v dotazované skupině zastoupeny sestry s praxí 1–4 roky, a to v počtu čtyř. Jedna sestra uvedla délku praxe na daném oddělení méně než jeden rok. Praxi v rozmezí 5–9 let vykonává rovněž jedna sestra. Dvě sestry spadají do kategorie délky praxe na daném oddělení v rozmezí 10–19 let. Dvě sestry spadají do kategorie délky praxe na daném oddělení v rozmezí 20 a více let. Středoškolské vzdělání uvedlo celkem pět sester. Tři sestry uvedly, že ke středoškolskému vzdělání mají ještě pomaturitní specializační studium (PSS) vztahující se k péči o pacienta v oboru, který vykonávají. Jedna sestra je diplomovaný asistent v oboru všeobecná sestra. Pouze jedna sestra má ukončené bakalářské studium v oboru všeobecná sestra.

Nejčastější dotazy pacientů na důvod upevnění náramku, se kterými se dotazované sestry setkaly. V sedmi případech pacienti nevznegli žádný dotaz, náramek považují za normu. Ve čtyřech případech byla vznesena otázka, proč je mají mít. Tři sestry uvedly, že se jich pacienti ptali, zda jsou náramky povinné. Dvě dotázané sestry uvedly, že se setkaly s námitkou pacienta, že není duševně nemocný a s dotazem, v čem přesně spočívá ochrana při používání identifikačního náramku. Jako další možné dotazy týkající se důvodu přiložení náramku vždy jedna sestra uvedla, zda pacient nemůže náramek poškodit, proč nejsou používány náramky různých barev, zda si je pacient může po propuštění z nemocničního zařízení odnést domů, proč jsou v nemocnici používány pasivní identifikační náramky, zda mají náramky atest bezpečnosti a zda jsou náramky používány v celém nemocničním zařízení.

Na dotazy pacientů na zapsané údaje na identifikačním náramku, se kterými se dotazované sestry setkaly, v sedmi odpovědích sester se pacienti k zapsaným údajům nevyjadřují. Ve třech odpovědích sester se pacienti pozastavovali nad skutečností, že není zaznamenáváno rodné číslo. Na chybějící údaj o názvu oddělení se ptali pacienti tři sester. V jednom případě se sestra setkala s dotazem pacienta, proč nejsou zaznamenávány údaje na identifikačním náramku počítačovou formou.

Důvody sdělují dotazované sestry pacientovi, když identifikační náramek označují barevným bodovým rozlišením svědčícím o možném riziku. Osm dotazovaných sester vysvětluje pacientovi, jako důvod bodového rozlišení, nutnost předávat si tuto informaci o riziku mezi personálem. Sestry v pěti odpovědích uvedly, že bodové rozlišení řeší v rámci edukace. Ve čtyřech shodných odpovědích sester je hlavním důvodem bodového rozlišení ochrana pacienta a personálu.

Z výpovědí sester k tématu znalosti metodického pokynu jsme byli mile překvapeni, jelikož všechny sestry uvedly, že nemocniční zařízení má zpracovanou metodiku daného problému, a že tento pokyn znají. Zároveň sestry uvedly, kde si mohou metodiku v případě potřeby vyhledat. Podle zapsaných údajů autorů Marxe a Vlčka (2008) je nutné, aby v rámci naplňování jednotlivých akreditačních standardů měla akreditovaná zařízení zpracována problematiku správného ověřování identity pacientů.

Proces kontroly funkčnosti náramků provádí 8 sester minimálně jedenkrát za směnu a jen dvě sestry provádějí kontrolu pouze někdy za svoji směnu.

Popis výměny poškozeného identifikačního náramku za nový uvedlo všech deset dotázaných sester, že provedou zápis do dokumentace pacienta o provedené změně. Devět sester uvedlo, že na identifikační náramek zaznamenají údaje o jménu, příjmení, datu narození a označí náramek barevným bodem. Osm sester provede znehodnocení poškozeného náramku. Pouze pět sester uvedlo, že provede kontrolu správně zapsaných údajů na identifikačním náramku. Jedna sestra uvedla, že výměnu náramku prostě provede.

Další identifikační znaky využívají sestry v procesu bezpečné identifikace pacienta. Všech deset sester ve svých odpovědích uvedlo, jako další možnou pomůcku k ověření identity, ceduli nad lůžkem. Přímý dotaz na jméno pacienta odpovědělo devět sester. Tři sestry využívají spolupráce s rodinou a dvě sestry zmínily dokumentaci pacienta.

Rizikové činnosti považují sestry ze svého pohledu za vysoce rizikové ve vztahu k přesné identifikaci pacienta, a to podávání medikace považuje za vysoce rizikové 8 sester. Odběr biologického materiálu uvedlo ve svých odpovědích šest sester. Operační výkony, jako rizikové činnosti, uvedly ve svých odpovědích čtyři sestry. Tři sestry označily za rizikové vyšetření a transfúze. Jedna sestra uvedla, že považuje za rizikové veškeré činnosti ve vztahu k poskytování ošetrovatelské péče. Veškeré činnosti spojené s nemožností přesně určit identitu pacienta uvedla jedna sestra, stejně jako transport pacienta na operační sál.

Na otázku, zda používáním identifikačního náramku lze omezit riziko pochybení při poskytování ošetrovatelské péče, odpovědělo kladně všech deset dotázaných sester. Snížit riziko při medikaci pomocí identifikačních náramků uvedlo šest sester. Biologický materiál, operační výkony a ošetření zmínily vždy čtyři sestry. Riziko záměny uvedly tři sestry a shodu příjmení pacientů uvedla jedna sestra.

Dotazy pacientů	Suma	Neurologie					Chirurgie				
		S 1	S 2	S 3	S 4	S 5	S 6	S 7	S 8	S 9	S 10
Bez dotazu, považují za normu	7	1			1	1	1	1		1	1
Proč je mají mít	4	1	1	1					1		
Zda jsou náramky povinné	3					1		1			1
Nejsem duševně nemocný	2				1						1
V čem spočívá ochrana	2			1		1					
Zda je nemohou poškodit	1	1									
Proč nejsou různobarevné	1	1									
Zda si je mohou odnést domů	1	1									
Proč máme pouze pasivní náramky	1			1							
Zda mají atest bezpečnosti	1	1									
Zda se používají náramky v celé nemocnici	1								1		
Celkem	24										

Obrázek 1 Nejčastější dotazy pacientů na důvod připevnění náramku

Kazuistika - Sestra 1

Tricetiletá sestra se středoškolským vzděláním v oboru svoji profesi vykonává 10 let. Na neurologickém oddělení je v současné době druhým rokem. Samotné prvky procesu akreditace nemocnice spojené s kvalitou a bezpečnou péčí tato sestra po svém návratu z rodičovské dovolené již brala jako standard. Identifikaci pacientů spojenou s používáním identifikačních náramků tedy považuje za zcela běžnou normu. Nejčastější dotazy, které pacienti kladou sestře, když jim náramek při příjmu upevňuje, jsou na důvody přiložení a zda jej nemohou poškodit v rámci hygienické péče. Zda si je mohou ponechat po propuštění do domácího ošetření, či proč nepoužívají různobarevné náramky, jaké jsou běžné u novorozenců. Sestra se také setkala s otázkou, zda používané identifikační náramky mají atest bezpečnosti. Často se již pacienti dle slov sestry s identifikačními náramky ve zdravotnických zařízeních setkali, považují je za běžnou součást pobytu a příliš se nevyjadřují k samotným zapsaným údajům na náramku. Občas se pozastavují nad skutečností, že na náramku není uvedeno celé rodné číslo. Dotazovaná sestra problematiku umístění bodového rozlišení a podání vysvětlení tohoto umístění řeší v rámci edukace rozhovorem s pacientem a to v oblasti rizika pádu či prevence dekubitů. Tyto kategorie rizik dle slov sestry vycházejí z provedených screeningových vyšetření a pacient je často dotazován sestrou, a tedy i aktivně zapojen do tohoto procesu. Samotné přiložení barevného bodu pacient chápe jako výsledek předchozího hovoru se sestrou. Jak sama dotazovaná sestra uvádí, je pro ni náročné a někdy i nepříjemné vysvětlovat pacientovi žluté bodové označení, které znamená riziko infekce. Podle vyjádření sestry se na daném oddělení jedná o malý počet pacientů s tímto označením rizika. Sestra na otázku věnující se problematice metodiky identifikace pacienta zdravotnického zařízení odpovídá kladně. Ví, kde má metodický pokyn hledat v nemocničním informačním systému. Dokáže shrnout obsah metodiky s přesně popsáním postupem upevnění náramku, jaké údaje mají být zaznamenány, jak často provádět kontrolu a jak postupovat při likvidaci náramku. Sestra odpovídá, že kontrolu identifikačních náramků v rámci skupinové péče provádí vždy minimálně 1x během směny u své skupiny pacientů. Pokud objeví poškození náramku nebo je o této skutečnosti informována například pacientem, provede nápravu, a to následujícím způsobem. Na nový náramek zapíše jméno, příjmení a datum narození pacienta, případně upevní barevné bodové označení dle stanoveného rizika a takto připravený náramek znovu přiloží pacientovi. O tomto procesu provede záznam do ošetrovatelské dokumentace. Poškozený náramek pak následně likviduje jako biologický odpad. Na otázku, zda provádí identifikaci pacienta pomocí náramku, sestra odpovídá zcela pohotově, že ano, jde o samozřejmost. K další možné identifikaci pak využívá přímého dotazu na jméno pacienta. Jako vysoce rizikový charakterizuje stav, kdy pacient není schopen sám odpovědět. V tomto okamžiku se sestra spoléhá na identifikační údaje zapsané na ceduli, která je umístěna nad lůžkem pacienta. V tomto případě opět sestra poukazuje na nutnost využívat dané náramky. Jako další možný způsob identifikace pacienta využívá informace od příbuzných osob, které jsou právě přítomny u pacienta. Sama sestra ale připouští, že jde pouze o určitou alternativu. Za vysoce rizikové činnosti spojené s identifikací pacienta sestra považuje podávání léčiv a odběr biologického materiálu, převážně krve. Na otázku, zda si myslí, že používáním

identifikačních náramků lze omezit určitá pochybení při poskytování péče, odpovídá kladně. Zároveň dodává, že právě oblast podávání léčivého přípravku a odběrů biologického materiálu, v tomto případě krve, hodnotí jako za vysoce rizikovou, kde přesná identifikace pacienta musí být prioritou. Pokud sestra přesně dodržuje stanovené postupy identifikace pacienta, dokáže snížit rizika pochybení právě v těchto rizikových oblastech.

Kazuistika - Sestra 2

Diplomovaná jednadvacetiletá specialistka oboru všeobecná sestra pracuje na oddělení druhý měsíc. Jde o sestru v adaptačním období pracující pod odborným dohledem. Proces kvality a bezpečí péče ve vztahu k akreditaci zařízení zná z pohledu teorie v rámci studia. Sama sestra uvádí skutečnost, že svoji praxi v rámci studia vykonávala velmi často v neakreditovaných zařízeních. Nyní pociťuje, že po stránce praktické jde o novou zkušenost. V rámci adaptačního procesu již sama sestra provádí přiložení identifikačního náramku a pacienti se jí ptají na důvod přiložení, jak dlouho budou mít náramek přiložený, zda je to opravdu nutné, v čem spočívá jejich ochrana. Také se setkala s otázkou, proč zdravotnické zařízení používá pouze pasivní druhy náramků. Tato sestra si pro svoji kontrolu ještě při samotném přiložení náramku pacientovi provádí slovní přehodnocení zapsaných údajů, které si ověřuje v rámci rozhovoru s pacientem. Jak konstatuje, pravděpodobně z tohoto důvodu ještě nezaznamenala žádné dotazy ze strany pacientů na zapsané údaje na náramku. V rámci vyhodnocování screeningu, které opět tato sestra provádí ve spolupráci s pacientem, je pro ni zcela běžné vysvětlovat pacientovi bodové rozlišení. V rámci své krátké praxe se nejčastěji setkává s označením rizika pádu. Sestra využívá již při označení náramku edukaci pacienta, jaká možná opatření by měl provést, aby se možnému pádu vyhnul. Dotazovaná sestra se setkala se situací, kdy se na ni obrátil pacient, který měl zelené bodové rozlišení na náramku umístěné, ale dle jeho slov mu nikdo nepodal informaci, proč toto označení má. Sestra se zatím nesetkala se situací podávání informace pacientovi ohledně rizika infekce. V takovém případě musí sestra kromě seznámení pacienta informovat ostatní členy týmu o pravděpodobném riziku. V rámci probíhajícího adaptačního plánu se sestra seznamuje s jednotlivými dokumenty ve zdravotnickém zařízení. Právě metodický pokyn věnující se problematice identifikace pacienta byl pro ni velmi důležitý. Dotazovaná sestra se dověděla, jaké má vyplňovat údaje, jak má postupovat při poškození náramku, jaké je doporučení upevňování náramku, či co dělat, pokud pacient náramek odmítne. Tato sestra provádí během své směny fyzickou kontrolu náramků jednou denně. Jak sama uvádí, během denní směny je to zcela již rutinní záležitost. V rámci noční směny, kdy nemá ještě přiřazeny konkrétní pacienty, se zatím nejedná o automatický postup kontroly. Sestra dokáže přesně popsat proces na sebe navazujících kroků, které provádí při výměně poškozeného identifikačního náramku, včetně zápisu do dokumentace pacienta s uvedením důvodu výměny náramku. Tato sestra považuje za velmi důležité využívat k identifikaci pacientů těchto náramků. Zároveň ale poukazuje na skutečnost, že se nelze jen stoprocentně spolehnout na zapsané údaje. Vysvětluje tento stav jako potenciální selhání lidského faktoru, v tomto případě sestry, která zaznamenala nesprávné údaje. Proto dle dotazované sestry je nutné využívat dalších možností

získání přesné identifikace pacienta. Pokud je pacient orientovaný a spolupracující, využívá k ověření dotazu na jméno a příjmení případě i roku narození pacienta. Bohužel tento dotaz nemůže vznést u pacientů například s fatickou poruchou a v těchto případech jako další možný článek identifikace pacienta využívá údaje zapsané na ceduli nad lůžkem pacienta. Sestra hodnotí jako rizikové veškeré činnosti ve vztahu k poskytování ošetrovatelské péče u pacienta. Již nesprávně zapsané údaje na identifikačním náramku při přijetí pacienta na lůžkové oddělení je prvním a zároveň závažným rizikem, od kterého se následně mohou odvíjet rizika spojená s podáváním léčiv, stravy, poskytováním informací či prováděním operačních výkonů. Z pohledu dotazované sestry je správné používat identifikační náramky sloužící k ověření identifikace pacienta. Zároveň poukazuje na skutečnost, že je nutné zapojit samotného pacienta do procesu kontroly identifikace při jednotlivých postupech, činnostech během pobytu v nemocničním zařízení, to znamená, aby on sám byl aktivním činitelem v procesu kontroly. Podle subjektivního pocitu sestry je upevňování identifikačních náramků rutinní záležitostí, ale provádění správné identifikace u všech pacientů pomocí těchto náramků je zatím nedostačující. Pokud bude personál využívat k ověření identity pacienta těchto náramků, může se jistě předejít záměně pacienta při výkonech, může se snížit riziko podání léčiva či odběru biologického materiálu jinému pacientovi. Za vysoce rizikovou tato sestra považuje skutečnost hospitalizace pacientů se shodným příjmením a diagnózou, kdy provádění správné identifikace vede ke snížení rizika při poskytování ošetrovatelských postupů.

Závěr

V současné době přistupují mnohá zdravotnická zařízení v České republice v rámci naplňování akreditačních standardů Spojené akreditační komise, o. p. s., k plošnému zavádění identifikace pacienta pomocí přiloženého identifikačního náramku. Jejich používání lze chápat, jako jedno z hlavních kritérií programu kontinuálního zvyšování kvality.

V našem šetření jsme zjistili, že sestry ve většině případů provádějí kontrolu identifikačních náramků stran funkčnosti. Zároveň ze šetření vyplynula i skutečnost, že sestry znají potřebný řídicí dokument a při poskytování ošetrovatelské péče pracují podle něj. Toto zjištění lze hodnotit pozitivně.

V oblastech jako například podávání medikace, odběrů biologického materiálu a podobně lze při správném ověřování identity pacienta předcházet možnému riziku pochybení. Sestry si uvědomují možné riziko záměny pacientů při poskytování ošetrovatelské péče. Problém vidíme především v nutnosti používání ověření identity pomocí identifikačních náramků všemi členy ošetrovatelského týmu a v důsledně edukaci pacientů o nutnosti využívat identifikační náramky v procesu ověřování si identity těmito členy týmu.

Možným řešením tohoto problému je uspořádání vzdělávací akce pro všechny členy ošetrovatelského týmu na téma bezpečná identifikace pacientů a jejich edukace v procesu používání identifikačních náramků.

Literatura

- [1] BÁRTLOVÁ, S. 2003. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 5. vyd. Brno: NCO NZO, 2003. 181 s. ISBN 80-7013-391-0.
- [2] *Cesta ke kvalitnímu a bezpečnějšímu zdravotnictví* [on line]. 2010 [citováno 2010-11-07]. Dostupné z: <http://www.mzcr.cz/Kvalitaodbornik/obsah/cesta-ke-kvalitnimu-a-bezpecnejsimu-zdravotnictvi/>.
- [3] GROHAR-MURRAY, M.E., Di CROCE, H.R. 2003. *Zásady vedení a řízení v oblasti ošetrovatelské péče*. 1. vyd. Praha: Grada publishing, 2003. 320 s. ISBN 80-247-0267-3.
- [4] KOLEKTIV AUTORŮ. 1998. *Zajišťování kvality ošetrovatelské péče. Etický kodex sester. Charty práv pacientů*. 1. vyd. Brno: IDV PZ. 1998. 47 s. ISBN 80-7013-270-1.
- [5] MARX, D., VLČEK, F. 2008. *Národní akreditační standardy pro nemocnice*. 2. vyd. Praha: TIGIS, 2008, 103 s. ISBN 978-80-903750-6-2.
- [6] Metodické opatření Ministerstva zdravotnictví České republiky č. 9/ 2004 Koncepce ošetrovatelství.
- [7] *Rádce pacienta* [on line]. 2010 [citováno 2010-11-15]. Dostupné z: <http://www.mzcr.cz/files/radce-druhe-vydani02.html>
- [8] ŠKRLA, P. 2005. *Především neublížit: Cesta k prevenci pochybení v léčebné a ošetrovatelské péči*. 1.vyd. Brno: NCO NZO, 2005. 162 s. ISBN 80-7013- 419-4.
- [9] ŠKRLA, P., ŠKRLOVÁ, M. 2003. *Kreativní ošetrovatelský management*. 1. vyd. Praha: Advent-Orion, s. r. o., 2003. 477 s. ISBN 80-7172-841-1.

Nursing Care and Patient Identification

Abstract

In a number of medical devices in hospital patients face attaching an identification bracelet, which is equipped with certain personal information. The blanket use of identification bracelets are accessing this device for reasons of meeting accreditation standards relating to the provision of safe, quality care in the prevention of potential risks related misconduct. The aim of our study was to determine whether medical staff compliance with internal regulations (guideline), Identification of patients "and see if the use of identification bracelets for patients leads to a reduction in the risk of errors in the provision of nursing care. The process of our work was used qualitative investigation, interviewing methods. Data collection was carried out non-standardized interview technique.

Based on the processing of results, we found that there is a verification of the identity of the patient's identification bracelet with his sister. We can say that

the implementation of the identification of patients hospitalized as a result of system measures to ensure greater safety of hospitalized patients.

Key words

Identification, bracelet, the patient.

Kontaktní údaje

PhDr. Lada Cetlová, PhD.
Vysoká škola polytechnická Jihlava
Katedra zdravotnických studií
Tolstého 16
Jihlava 568 01
e-mail: cetlova@vspj.cz

Bc. Lada Nováková
Nemocnice Havlíčkův Brod
Husova 2033
Havlíčkův Brod, 58001
e-mail: lada.novakova@onhb.cz

Baby masáž a její využití matkou

Lenka Drahošová, Jaroslav Stančiak, Lucie Veselá

Vysoká škola polytechnická Jihlava

Abstrakt

V úvodní části článku je charakterizována důležitost doteku v raném věku i historie v péči o dítě, péče o kojence v jiných kulturách a jejich zvycích. Dále je přiblíženo, co baby masáž znamená a jaké jsou její účinky. Teoretická část se zabývá i masážními a éterickými oleji vhodnými pro kojence a představuje jednotlivé kroky, které se užívají jako doprovod k dětské masáži. Na tyto kroky navazuje popis správné přípravy před začátkem masáže kojence.

Praktická část je zaměřena na vyhodnocení dotazníků, které vyplňovaly ženy s dětmi do jednoho roku. Dotazník obsahuje dvacet otázek otevřených i uzavřených. Jednotlivé odpovědi jsou zpracovány do tabulek a grafů. Cílem práce bylo prozkoumat, na jaké úrovni a kolik žen v Kraji Vysočina provádí u svých dětí baby masáže.

Klíčová slova

Baby masáž, dítě, dotek, éterický olej, kojenec, kůže, masážní hmaty, masážní olej, matka, novorozenec.

Úvod

Dotek znamená kontakt, v nejtělejší věku se sebou samým a záhy s tím, co nás obklopuje. Pro lidi, stejně tak pro mnohé další živočichy, má dotek zásadní význam. Dodává pocit tepla, jistoty, lásky (Hašplová, 2000).

Ze všech našich smyslů se nejdříve rozvíjí hmat. Děti prozkoumávají a objevují svět kolem sebe především hmatem, proto jsou hmatové podněty pro zdravý vývoj nezbytné. Hlazení, které se nám v dětství dostává, nám pomáhá vytvořit si zdravou představu o sobě samých.

„Každý dotek představuje výživu pro dětskou duši – a tu potřebují malé děti stejně jako jídlo a pití.“ (Schutt, 2010)

Cílem práce bylo zjistit, zda matky na Vysočině provádějí baby masáže, jakou polohu u nich upřednostňují, jakou atmosféru navozují a zda pozorují u svého dítěte po této činnosti nějaké změny.

Funkce kůže

Brání vniknutí infekce do organismu. Chrání nás před chemickými, mechanickými, tepelnými vlivy. Vznikají v ní některé protilátky. Najdeme v ní čidla pro hmat, teplo,

chlad a bolest. Účastní se na řízení tělesné teploty prostřednictvím potních žláz a kožních cév. Má vylučovací schopnost skrze potní a mazové žlázy. Kůže je také významným tukovým, krevním a vodním zásobním orgánem. Obsahuje anorganické látky a provitamin D. Schopnost vstřebávání kůže se využívá při použití olejů, mastí (Hašplová, 2000).

Kůže novorozence je velmi tenká, jemná, protkaná velkým množstvím vlasečnic, proto je citlivější. Do tří let věku dítěte je třeba intenzivně chránit kůži před prudkým slunečním zářením a při poranění před infekcí. Hojivost kůže je však u dětí lepší než u dospělých.

Působení masážních olejů

Oleje se vstřebávají pokožkou a následně přecházejí krevním oběhem do všech částí našeho těla. Už po třech minutách se prokazatelně v krvi nachází účinné látky z olejů a přibližně za půl hodiny se vstřebají do organismu a začnou plně působit. Oleje mohou ovlivňovat tělesný systém na několik hodin, dnů nebo týdnů. Většina olejů se však za několik hodin vyloučí pokožkou, plícemi a močí (Hašplová, 2000).

Když se dítě narodí, začíná komunikace tím nejpřirozenějším způsobem, to je dotykem, vůní matky a dítěte. Jako vlastní přírodní utěšující prostředek působí molekuly steroidu v lidském potu, nazývané osmon 1. Podobají se zvířecím pižmům a oleji ze santalového dřeva. Proto nejlépe do půl roku dítěte masírujeme pouze velmi jemně vonícími nosnými oleji, jako jsou olivový, slunečnicový (Hašplová, 2000).

Oleje vhodné pro baby masáž

Jako základové oleje pro masáž by se měly používat vždy jen přírodní, za studena lisované rostlinné oleje, nejlépe z ekologického zemědělství. Oleje na bázi minerálních olejů nejsou pro masáž vhodné, ucpávají póry a mohou pokožku vysušovat (Rehm-Schwepeová, 2010).

V seznamu použitých látek by se neměly vyskytovat pojmy jako parafinový vosk, parafinový olej, minerální olej, paraffinum liquidum, petrolatum, ceresin, ozokerit, cera microcristallina. Pro masáž se nehodí ani dětské čisté olejíčky, jedná se o minerální oleje, které nepronikají do kůže. Ucpávají póry a mohou také pokožku vysušovat (Rehm-Schwepeová, 2010).

Oleje vhodné pro baby masáž

Slunečnicový olej (*Helianthus annuus*)

Obsahuje vysoké procento kyseliny linoleové a je také bohatý na vitamin E. Působí dobře na sliznice úst, žaludku a trávicího traktu. Preventivně působí proti kardiovaskulárním chorobám. Při dlouhodobém používání však lehce vysušuje pokožku, proto je vhodné jej namíchat například s jojobovým olejem (Hašplová, 2000).

Mandlový olej (*Amygdalus prunus*)

Tento olej se lehce vstřebává, je výživný, vhodný i pro citlivou pokožku. Plet' si zachovává lepší hebkost. Je vhodný na ošetření hrubé, popraskané kůže, popálenin, ekzémů, akné. Zklidňuje podrážděnou pokožku od nošení plenek (Hašplová, 2000).

Pupalkový olej (*Oenothera liennis*)

Obsahuje vzácnou kyselinu gamalinoleovou, která působí proti volným radikálům. Kyselina je obsažena v mateřském mléce, kde tvoří imunitní faktor. Má příznivý vliv na kožní alergie. Je vhodný zejména pro suchou, citlivou pleť i pro léčbu ekzému a lupénky.

Olivový olej (*Olea europaea*)

Olej obsahuje značné množství vitamínu E. Je vhodný pro ošetřování popraskané pleti se sklonem k zánětům. Používá se i na ošetřování bércových vředů.

Jojobový olej (*Simondsia chineensis*)

Jojoba je známá svými blahodárnými účinky na pokožku, dobrými výsledky při léčbě různých ekzémů a lupénky. Tvoří pokožku hebkou a chrání ji před dehydratací. Má i přirozený ochranný faktor proti slunečnímu záření (Hašplová, 2000).

Výše vyjmenované oleje se vyznačují obecně velmi dobrou snášenlivostí. Přesto by se před masáží, zvláště při použití éterických olejů mělo ověřit, zda dítě nereaguje alergicky. Test se provádí jednoduše. Kapička hotové směsi se nanese na loketní jamku miminka, jemně se rozetře a počká se deset až patnáct minut. Při sebemenším zarudnutí pokožky se olej nesmí používat. Na obličej se nikdy nepoužívá směs s éterickými oleji. Obličej miminka se masíruje pouze základovým olejem (Rehm-Schweppeová, 2010).

Zvolené prostředí

Zvolená místnost by měla být příjemně teplá a bez průvanu. Malé dítě ztrácí tělesnou teplotu daleko rychleji než dospělý člověk. Vhodná teplota pro masáž je stabilních 26°C. Světlo by mělo být měkké, tlumené, aby se lépe podpořilo uvolnění. Atmosféra se dokreslí pomocí jemné hudby, lehkých vůní nebo tichého zpěvu. Důležité je, aby atmosféra nebyla rušena televizí, rádiem a jinými rušivými elementy (Kavanagh, 2008).

Hudba, vůně, barvy doplňují harmonickou masáž kojenců zcela přirozeným způsobem. Rozvíjí své účinky tak, že působí na smysly dítěte. Tak se podporuje vývoj kojence, protože mozek se nevyvíjí automaticky, ale potřebuje podněty. Čím jsou podněty různorodější a mnohostrannější, tím větší jsou pak schopnosti mozku a vlastní osobnosti (Walter, 2010).

Do aromalampy jsou ideální ty éterické oleje, které se mohou využít i k masáži miminka, je to růže, heřmánek nebo levandule (Rehm-Schweppeová, 2010).

Masírující osoba

Masáž musí být příjemná z obou stran, proto je dobré zvolit pohodlný, volný oděv. Prstýnky, hodinky se musí sundat, na rukou by neměla být drsná kůže, dlouhé nehty. Jemná a citlivá pokožka kojence by tak mohla být poraněna (Kavanagh, 2008).

Masírující osoba by si měla připravit hřejivý ručník jako podložku, kvalitní masážní olej do mističky. U nedonošených dětí se doporučuje provádět masáž na ovčím rouně, teplo rouna kojence velmi zklidňuje (Hašplová, 2000).

Masírovaný kojenec

V ideálním případě by měl být kojenec po většinu masáže zcela nahý. Zpočátku můžeme nemasírované části tělíčka přikrýt lehkým šátkem, aby se dítě necítilo tak zranitelné a lépe se uvolnilo (Kavanagh, 2008).

Je dobré mít při ruce čistící ubrousky nebo náhradní ručník. Při masáži dochází u novorozence často k vyprazdňování močového měchýře (Zeiß, 1996).

Optimální doba pro masáž je, když dítě nemá hlad a není příliš unavené. Také není správné provádět masáž brzy po jídle (Zeiß, 1996).

Baby masáž

Masáž je sestavou jemného a citlivého masírování dětského těla. Ke zvlácnění pokožky se používají oleje, k uvolnění a prohloubení relaxace se použije dětská relaxační hudba.

Vychází se ze tří druhů dětských masáží. První jsou tradiční indické masáže, další jsou masážní hmaty pocházející ze Švédska, třetí je masáž chodidla, jež se vyvinula z reflexních technik (Hašplová, 2000).

Indická masáž směřuje odstředivě k periférii. Tedy od ramen nebo kyčlí k prstům a dochází k uvolnění napětí. Naopak švédské tahy stimulují oběh krve k srdci. Kombinace a různé skupiny tahů popsala před více než dvaceti lety V. Schneiderová-McClureová (Hašplová, 2000).

Vhodná pozice pro masáž

Ať už se zvolí kterákoliv pozice, měla by být příjemná a dovolit masírované osobě pohodlně se předklánět (Kavanagh, 2008).

Baby masáže vychází především z polohy vsedě, kdy dítě je položené na natažených nohách. Tato poloha má tradici v Indii. Kojenec při této poloze leží stabilně a v teple. Sed v tureckém sedu s miminkem položeným na polštáři je další vhodnou polohou (Rehm-Schwepeová, 2010).

Další možností je sed s roztaženými nohama, kdy dítě leží uprostřed. Masírující se pro větší pohodlí může zády opřít třeba o pohovku. Také si masírující může vsedě dát chodidla na zem, zvednout kolena a novorozence masírovat na stehnech (Kavanagh, 2008).

Kolena se podloží polštářem nebo ručníkem, další polštářek se dá pod hýždě. Sed je pak pohodlnější. Ramena a paže by měly být uvolněné (Kavanagh, 2008).

Zpočátku masáž může trvat jen pět minut. Během šestinedělí se masáž může prodloužit na patnáct minut, později i na dvacet minut (Hašplová, 2000).

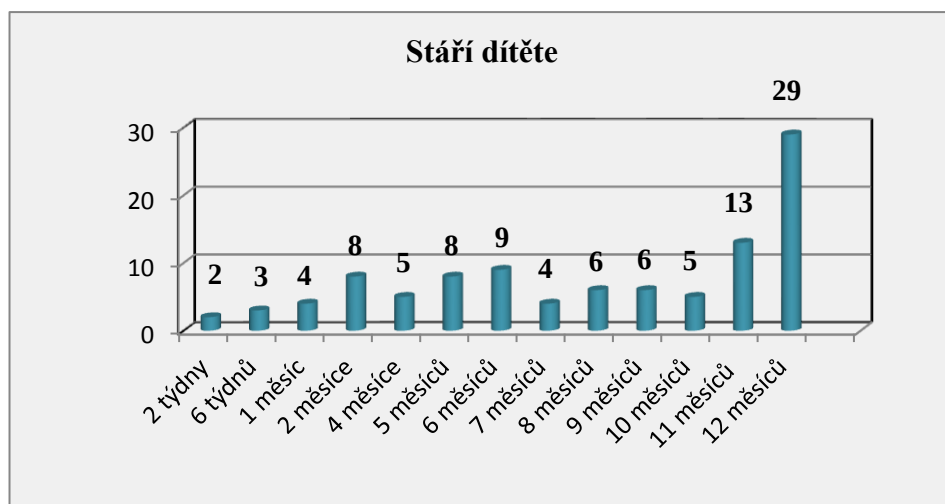
Metodika

Data byla získávána formou dotazníku.

Kritériem pro volbu respondentů byla péče alespoň o jedno dítě do věku jednoho roku. Zúčastněné respondentky byly všechny ženy (matky). Jejich celkový počet, který mohl být do zpracování zařazen, byl 102.

Nejvíce žen uvedlo svůj věk v rozmezí dvacet šest až třicet let. Nejvyšší dokončené vzdělání bylo úplné střední. Tuto možnost uvedlo padesát jedna respondentů.

Stáří dětí, u kterých matky prováděly baby masáže je shrnuto v následující tabulce.



Graf č. 1

Dotazníky byly distribuovány formou elektronické pošty a také rozdány ženám v gynekologických ambulancích a ambulancích pediatrů.

Výzkum byl realizován na území Kraje Vysočina.

Výsledky a diskuze

Jedna z prvních otázek byla zaměřena na to, zda ženy ví, co znamená pojem baby masáž. Ženy měly na výběr z několika odpovědí. Všechny (tedy 100 %) odpověděly správně. Lze tedy usuzovat, že se s tímto termínem již skutečně setkaly.

Zjišťovali jsme, z jakého zdroje se ženy o dětské masáži dozvěděly. Matky měly na výběr internet, knihy, kamarádku a jiný zdroj. Nejvíce z nich uvedlo třetí možnost a poté následoval internet. Z vlastních zdrojů převažoval Plaváček. Klub pořádá kurzy

pro plavání dětí a na konci se ještě masírují. V předporodním kurzu se o masážích dozvědělo šest žen. Pět získalo informace z knih. Zdravotnický personál uvedlo dalších pět matek. Z časopisu čerpaly tři, dvě dokonce absolvovaly kurz baby masáží.

Jak jste se o baby masáži dozvěděla?	Počet matek	Celkem v %
Internet	13	21,67
Knihy	5	8,33
Kamarádka	15	25,00
Club Plaváček	11	18,33
Předporodní kurz	6	10,00
Zdravotní personál	5	8,33
Kurz baby masáže	2	3,33
Časopis	3	5,00
Celkem	60	100,00

Tabulka č. 1

Dále nás zajímalo, zda matky své děti masírují. Výsledky jsou shrnuty v následující tabulce.

Masírujete svého kojence?	Počet matek	Celkem v %
Ano	60	41,18
Ne	42	58,82
Celkem	102	100,00

Tabulka č. 2

Další zjišťovaná skutečnost byla, kdy začaly matky u svých dětí baby masáž praktikovat. Konkrétně v jakém věku dítěte.



Graf č. 2

Z odpovědí respondentů vyplynulo, že nejčastěji s masáží začali do jednoho týdne po narození. Druhou nejčastější odpovědí byl druhý a třetí měsíc. Matkám i dětem po narození může trvat dva až tři měsíce, než si zvyknou na svůj vlastní režim. Jedna žena podle výsledků začala své dítě masírovat až v devíti měsících.

V následující části průzkumu jsme zjišťovali, v jakou denní dobu matky baby masáž provádějí.

V jakou denní dobu nejčastěji masírujete?	Počet matek	Celkem v %
Dopoledne	4	6,67
Odpoledne	7	11,67
Večer	49	81,66
Celkem	60	100,00

Tabulka č. 3

Matky měly vybrat část dne, kdy svoje děti nejčastěji masírují. Nejvíce dominoval večer. To je většinou doba klidu, kdy už jsou všechny povinnosti splněné. Výsledek souvisí také s tím, že děti se koupou nejčastěji před spaním. Následnou koupelí se účinek harmonické masáže i relaxace prohloubí. Sedm žen masíruje odpoledne, čtyři v dopoledních hodinách. Nejdůležitější je, aby si každá matka se svým dítětem našla svoji optimální dobu. Kojenec by neměl být právě najedený, ale ani hladový. Ospalé a mrzuté dítě také nebude mít náladu nechat se masírovat. Je dobré masírovat každý den ve stejnou dobu, zvykne si tak na určitý rytmus. Ale někdy to opravdu nejde. Harmonická masáž by měla být především příjemnou chvílí a ne daným pevným pravidlem.

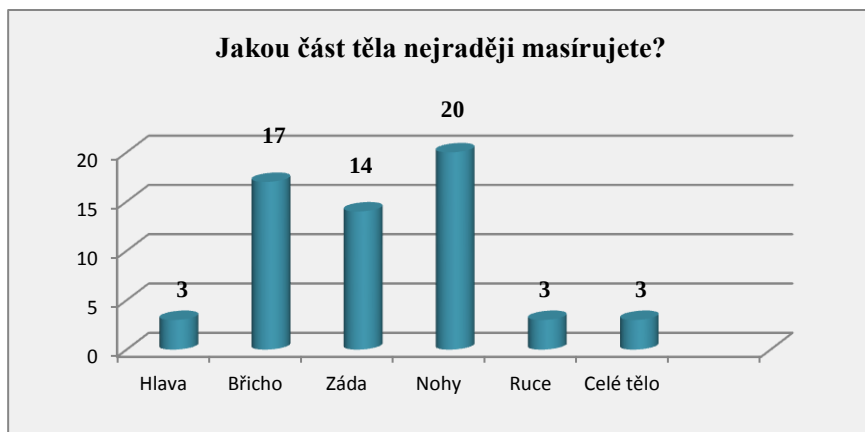
Cílem další otázky bylo vyzkoumat četnost v masírování kojence. Aby masáž měla I své účinky, měla by se provádět pravidelně, a to nejlépe každý den. Podle odpovědí dvacet tři žen své děti masíruje pravidelně, ale to není ani polovina matek. Třináct žen provádí masáž jedenkrát až dvakrát týdně. Osm dalších dvakrát až třikrát, v těchto případech se účinek nemusí dostavit v takové kvalitě nebo se neobjeví vůbec.

Kolikrát týdně jej masírujete?	Počet matek	Celkem v %
Jedenkrát až dvakrát	13	21,67
Dvakrát až třikrát	8	13,33
Třikrát až čtyřikrát	6	10,00
Čtyřikrát až pětikrát	4	6,67
Pětikrát až šestkrát	6	10,00
Každý den	23	38,33
Celkem	60	100,00

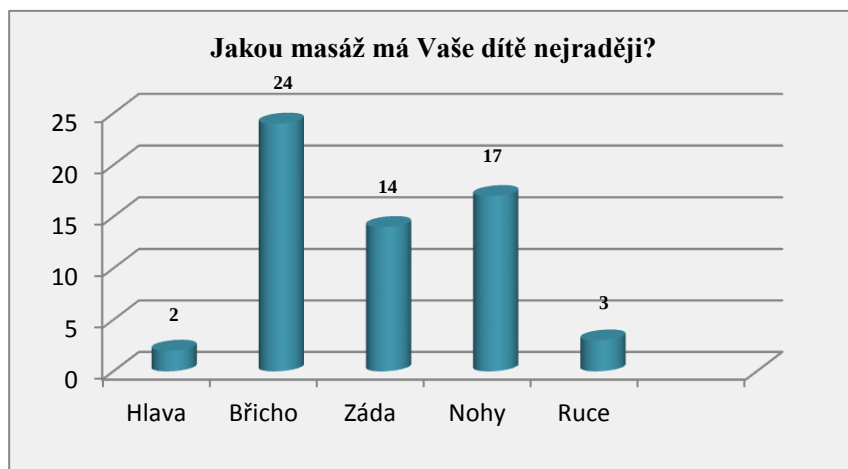
Tabulka č. 4

Další část práce byla zaměřena na to, zda ženy při masáži věnují pozornost pouze sobě a dítěti. Pokud se matka plně nesoustředí na signály kojence, může docházet k disharmonii. Dítě vycítí, že se mu nevěnujeme a masáž bude ztrácet svůj láskyplný a sbližující význam. Zde nám 51 žen (tedy 85 %) odpovědělo, že se na masáž plně soustředí a 9 žen (15 %) připustilo, že myšlenky nesoustředí jenom na sebe a své dítě.

Myšlenkou průzkumu bylo také odhalit, zda matky podvědomě rády masírují tu část těla, kterou má zároveň nejraději i jejich dítě. U žen zvítězily v oblíbenosti masírování nohy.



Graf č. 3



Graf č. 4

Jak bylo popsáno výše, zkoumala se shoda v oblíbenosti masírované části těla. Matky rády masírují dolní končetiny. Děti podle žen mají v oblíbenosti masáž břicha. Kojence často trápí koliky, a to zejména v prvních třech měsících. Masáží břicha se docílí podpory peristaltiky střev a zároveň působí i preventivně. Pouze dvě matky napsaly, že jejich dítě má rádo masáž hlavy. Novorozenci často nemají rádi dotyk právě v této oblasti. Bývá to způsobeno tlakem na hlavu při porodu. Dalším důvodem může být

operativní porod, kdy plod musel být z porodních cest vytažen pomocí kleští nebo vakuové extrakce, tedy přísavného zvonu. Pupeční šňůra omotaná kolem krku bývá další možností, která později vyvolává nelibé pocity.

Zajímalo nás také, v jaké pozici matky své děti masírují. Baby masáž má své kořeny v indické tradici, kojenec se podle ní masíruje vsedě na zemi. Zajímalo mě, kolik žen u nás masíruje i v jiné poloze než na přebalovacím pultě. Čtyřicet využívá k masáži právě tuto pozici, je to více než polovina. Druhé nejčastější místo využívané k masáži je postel. Pouze šest žen využívá sed na zemi s dítětem položeným na nohách, jak ukazuje následující tabulka.

V jaké pozici kojence masírujete?	Počet matek	Celkem v %
Na přebalovacím pultě	40	66,67
Na zemi v tureckém sedě	2	3,33
Na zemi s dítětem položeným na nohách	6	10,00
Na posteli	7	11,67
Na gauči	3	5,00
Na zemi s dítětem mezi koleny	2	3,33
Celkem	60	100,00

Tabulka č. 5

Správný výběr oleje je velice důležitý. Oleje se vstřebávají pokožkou do krevního oběhu a následně mohou ovlivňovat různé části těla. K masáži by se měly užívat pouze přírodní rostlinné oleje lisované za studena. Oleje, které ve svém složení obsahují minerální oleje, konzervační látky, tekutý parafin, jsou zcela nevhodné. Parafin je složka, která se získává z ropy a vyskytuje se v mnohých kosmetických výrobcích. Bohužel mnoho matek masíruje své děti nejen nevhodnými oleji, ale dokonce i krémy a tělovými mléky. Ty se mohou používat ke zvlácnění pokožky, pokud mají správné složení, ale ne k masáži. Krémy se do pokožky rychle vsáknou, ale ruce musí při masírování po dětském těle hezky klouzat. Výsledky shrnuje následující přehled.

Jaký masážní olej nejvíce používáte?	Počet matek	Celkem v %
Hipp	6	10,00
Sebamed	8	13,33
Tělové mléko excipial	1	1,67
Sádlo	3	5,00
Mléko Nivea baby	7	11,67
Dětský olej Aviril	4	6,67
Johnson's baby olej	6	10,00

Bio slunečnicový olej	2	3,33
Bio olivový olej	3	5,00
Weleda	4	6,67
Nobilis	5	8,33
Eoné	4	6,67
Salus	4	6,67
Konopný olej	3	6,67
Celkem	60	100,00

Tabulka č. 6

Chtěli jsme se také dozvědět, co vedlo matky k volbě zvoleného oleje. Nejvíce z nich si nechalo olej doporučit. Olej kvůli jeho přírodním vlastnostem si vybralo jedenáct žen. Třetí nejčastější odpovědí byly předchozí dobré zkušenosti s výrobkem. Sedm dalších zaujala příjemná vůně výrobku. Dokonce dvě matky uvedly jako hlavní důvod cenovou výhodu. Je pravda, že přírodní oleje jsou drahé, ale jejich kvalita je nenahraditelná. A pouze dvě ženy zvolily především dobrou kvalitu produktu.

Proč jste zvolila právě tento olej?	Počet matek	Celkem v %
Na doporučení	15	25,00
Hezky voní	7	11,67
Vláčná pokožka	5	8,33
Je přírodní	11	18,33
Žádný speciální důvod	6	10,00
Dobré předchozí zkušenosti	8	13,33
Je hypoalergenní	4	6,67
Cenově výhodný	2	3,33
Je kvalitní	2	3,33
Celkem	60	100,00

Tabulka č. 7

Důležitá je při masáži pro upevnění vztahu matky a dítěte a navození příjemné atmosféry i hudba. Zjišťovali jsme proto, zda jí používají i námi oslovené respondenty. Více jak polovina žen odpověděla záporně. Výsledek nás překvapil, hudbu jsme považovali za zcela přirozený doplněk baby masáže. Příjemně znějící tóny dovedou vytvořit důvěrnou a uvolňující atmosféru.

Ženy, které dětem hudbu pouští, měly vybrat, o jaký druh se jedná. Pět z nich pro své dítě upřednostňuje ukolébavky a dětské písničky. Relaxační hudba dostala také stejný počet odpovědí. A jedna matka svému kojenci dokonce dopřává poslech klasické hudby.

Třicet dva matek dětem u masáže zpívá nebo povídá doprovodné říkanky. Kojenec rád poslouchá hlas blízké osoby, který je mu tak dobře známý. Nezáleží na tom, zda každý tón je správně zazpíván. Jde především o vzájemné pouto.

Pozorujete u masírovaného kojence nějaké změny? Tato otázka byla také velmi důležitá.

Vyhodnocením otázky bylo odhaleno, že padesát žen změny pozoruje, deset nikoliv. Změny, které pozorují, budou hodnoceny v následující otázce.

Chtěli bychom se ještě pozastavit nad příčinou, proč účinky nemusí být pozorovány. Důvodů může být několik. Baby masáž není prováděna pravidelně. Účinek nemá dostatek času, aby se projevil. Nesprávně zvolený olej k masáži, který obsahuje nevhodné látky. Nervozita, stres masírující osoby se přenáší na dítě, a to pak nemůže být klidné a spokojené. Mnoho matek považuje za baby masáž krátké natření kojence olejem nebo krémem po koupání na přebalovacím pultě. Ženy pouze promastí a zvláční pokožku dítěte. Některé matky možná i namasírují břicho proti bolení. Ale dětská masáž toho zahrnuje mnohem více.

Pozorujete u kojence nějaké změny?	Počet matek	Celkem v %
Ano	50	83,33
Ne	10	16,67
Celkem	60	100,00

Tabulka č. 8

Matky měly na výběr několik předepsaných možností, ale také mohly zvolit svoji vlastní odpověď. Tuto volbu nevyužila ani jedna žena. Podle vyhodnocených výsledků pozorují masírující více než pouze jednu změnu. Dvacet pět hlasů získala možnost, že dítě je nyní klidnější. Kojenec se po masáži krásně uvolní, relaxuje. Tímto způsobem masáž působí i na nás dospělé. Stejný počet odpovědí byl zapsán i u prohloubenějšího vztahu. Některým ženám může chvíli trvat, než si zvyknou na svoji novou mateřskou roli. Dotykem při baby masáži mohou lépe najít cestu ke svému dítěti. Na třetím místě se umístily menší bolesti břicha.

O jaké změny se jedná?	Počet odpovědí	Celkem v %
Je klidnější	25	28,41
Lépe usíná	16	18,18
Zmenšily se bolesti břicha	21	23,86
Prohloubenější vztah s miminkem	25	28,41
Zlepšení onemocnění (ekzém, alergie, astma)	1	1,14
Celkem	88	100,00

Tabulka č. 9

Část práce byla zaměřena i na detailnější prozkoumání toho, proč některé ženy své děti nemasírují.

V dotazníku na výběr měly buď „nedostatek času“, „neznalost postupu při masáži“ „nebo nikdy mě nenapadlo začít“. Dále matky mohly samy uvést svůj důvod. Z předepsaných odpovědí nejvíce uvedly, že neznají postup při baby masáži. Do kolonky vlastní důvod nejvíce žen napsalo, že masírovaly dítěti pouze břicho v prvních týdnech života. Novorozence často trápí bolesti této oblasti a masáží jim lze předcházet. Jedna matka své dítě zkoušela masírovat, ale neúspěšně. Možná kojenec potřeboval jen více trpělivosti nebo masáž nebyla zvolena ve vhodnou dobu.

Pokud dítě nemasírujete, jaký je Váš důvod?	Počet matek	Celkem v %
Nedostatek času	7	16,67
Neznám postup při baby masáži	14	33,33
Nikdy mě nenapadlo začít	10	23,81
Chci nejdříve absolvovat kurz baby masáží	3	7,14
Nikdy jsem o tom neslyšela	1	2,38
Chystám se začít, až bude dítě klidnější	1	2,38
Masírovala jsem v prvních týdnech jen břicho	5	11,91
Zkoušela jsem to, ale dítěti se to nelíbilo	1	2,38
Celkem	42	100,00

Tabulka č. 10

Poslední otázka měla zjistit, zda po přečtení dotazníku by matky, které své děti nemasírují, uvažovaly nad možností, že si o tématu něco více zjistí, a případně s dětskou masáží poté začnou. Dvacet jedna žen odpovědělo kladně, dalších dvacet záporně.

Závěr

Můžeme porovnat několik vybraných výsledků s doposud známými fakty. Mnoho žen užívá k masáži dítěte nevhodné oleje, krémy, tělová mléka. Je známo, že oleje se vstřebávají pokožkou a poté přecházejí do částí našeho těla. Některé z nich mohou ovlivnit náš systém až na několik týdnů. Většina se však vyloučí za několik hodin. Správný výběr masážního oleje je opravdu důležitý. Dětské tělo je vnímavější. Hudbu svým kojencům během masírování pouští pouze jedenáct z šedesáti matek. Je dobře známo, že hudba má i léčivé účinky. Může regenerovat náš nervový systém. Mozek ke svému rozvoji potřebuje dostatek podnětů, hudba může být jedním z nich.

Padesát žen podle výsledků u svých dětí pozoruje změny. Pouhých deset odpovědělo záporně. Baby masáž má podle různých výzkumů mnoho pozitivních účinků.

Stimuluje a také zlepšuje krevní oběh a dýchání. Masáž podporuje správné držení těla. Působí na pokožku, nervy a posiluje hmat. Ovlivňuje koordinaci pohybového aparátu. Baby masáž dokáže odbourat i poporodní trauma. Zbavuje napětí, stresu a dochází následně k uvolnění kojence. Výjimkou není ani zlepšení stavu onemocnění. Jde především o alergie a děti trpící atopickým ekzémem.

Matky měly uvést změny, které samy pozorují. Dvacet pět uvedlo, že jejich kojenec je klidnější. Stejný počet žen uvedlo, že došlo k prohloubení vztahu s dítětem.

Dotek má pro nás všechny důležitý význam. Z našich lidských smyslů se nejdříve rozvíjí hmat. Při pokusech s mláďaty primátů byla několikrát dokázána důležitost kontaktu se starostlivou matkou. Dotyk je důležitý pro náš duševní i fyzický zdravý vývoj.

Kořeny baby masáže vychází z indických kořenů. Matky masírují v poloze na zemi, kojenec leží na natažených nohou. Používají se výhradně přírodní rostlinné oleje. U nás mnoho žen masíruje své děti nevhodnými přípravky. Harmonickou atmosféru doplňuje zpěv nebo znějící hudba. Výzkum odhalil, že pouze malá část matek pouští svému kojenci písničky. Svůj vlastní hlas využívají o něco více. Baby masáž by se měla opakovat každý den. Méně než polovina žen své děti masíruje pravidelně.

Nejčastějším důvodem, proč matky své kojence nemasírují, byla neznalost postupu při masáži.

Dětské sestry běžně ženám po porodu vysvětlují, jak správně pečovat o dítě. Ukazují přebalování novorozence, správný postup při koupání. Pomáhají s technikou kojení a doporučují vhodné polohy při kojení.

Bylo by určitě přínosné, kdyby i baby masáže byly součástí této péče. Matky by si od narození dítěte osvojily základy a správný postup masírování. Porodní asistentky by pak ještě ženám doporučily vhodnou literaturu, kde si o baby masáži přečtou ještě mnohem více. Součástí edukace by mohly být i informační materiály na oddělení.

Literatura

- [1] HAŠPLOVÁ, Jana. *Masáže dětí a kojenců*. 2. vyd. Praha: Portál, 2000. 102 s. ISBN 80-7178-495-8.
- [2] KAVANAGH, Wendy. *Něžné doteky*. 1. vyd. Olomouc: ANAG, 2008. 112 s. ISBN 978-80-7263-453-8.
- [3] REHM-SCHWEPPEOVÁ, Rahel; GRABOSCHOVÁ, Sabine. *Masáž děťátka*. 1. vyd. Praha: Ikar, 2010. 96 s. ISBN 978-80-249-1369-8.
- [4] SCHUTT, Karin. *Šťastné dítě: Masáže, hry, hudba*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. 128 s. ISBN 978-80-247-3152-0.
- [5] ZEIBOVÁ, Gabriele. *Cvičíme s děťátkem: Masáže, hry, gymnastika a plavání pro kojence v 1. roce života*. Praha: Ikar, 1996. 110 s. ISBN 80-85830-74-4

Baby Massage and the Use by Mother

Abstract

In the introductory section of the article is characterized the importance of touch at an early age and history of child care, care for babies in other cultures and their customs. In addition, we will learn what is baby massage and what are its effects. The theoretical part deals with massage and essential oils suitable for infants and presents the steps that are used as an accompaniment to baby massage. These steps followed correctly describe the preparation of infant massage before.

The practical part is focused on the evaluation questionnaires filled by women with children under one year. The questionnaire contains twenty questions open and closed. Individual responses are processed into tables and graphs. The aim was to investigate at what level and how many women in the Vysočina Region do for their children's baby massage.

Key words

Baby massage, baby, touch, essential oil, baby, skin, massage touches, massage oil, mother, newborn.

Kontaktní údaje

Mgr. Lenka Drahošová
Vysoká škola polytechnická Jihlava
Katedra zdravotnických studií
Tolstého 16
Jihlava 567 01
e-mail: drahoso@vspj.cz

doc. PhDr. Jaroslav Stančiak, PhD., MPH.
Vysoká škola polytechnická Jihlava
Katedra zdravotnických studií
Tolstého 16
Jihlava 567 01
e-mail: stancia@vspj.cz

Bc. Lucie Veselá
e-mail: Eiccul@seznam.cz

Antikoncepce a její historický vývoj

Vlasta Dvořáková, Jana Keketiová

Trnavská univerzita v Trnave

Fakulta zdravotnictva a sociálnej práce

Abstrakt

Pohled do historie vývoje antikoncepčních metod je velmi zajímavý. Antikoncepce v dávných dobách byla něčím, co stálo zcela proti obecnému názoru společnosti. V tehdejší společnosti platilo, že rodina má mít co nejvíce dětí a hlavním posláním ženy je děti rodit. Přesto si již tehdy ženy dokázaly pomoci, i když samozřejmě primitivními prostředky, které nebyly vždy úspěšné. Zatímco vdané ženy tedy spíše hledaly prostředky, jak přivést na svět děti, ženy, které se živily prostitucí, měly problém opačný. Právě ony s největší pravděpodobností začaly používat nejstarší primitivní antikoncepční metody. Mnoho dokladů se dochovalo především z Mezopotámie.

Klíčová slova

Antikoncepce, historie, metody antikoncepce

Úvod

Regulace reprodukce provázela existenci druhu Homo sapiens od jeho počátku. Jakmile lidé odhalili souvislost mezi pohlavním stykem a těhotenstvím, objevily se snahy, jak otěhotnění zabránit. Snad ve všech kulturách se používaly techniky, jejichž cílem bylo zabránění těhotenství. Primitivní metody antikoncepce byly ale málo rozšířené a málo spolehlivé. Postupem času však bylo vyvinuto mnoho antikoncepčních praktik a pomalu rostla jejich spolehlivost. (Čepický, 2004)

Období pravěku

Mezi pravěké antikoncepční metody patřily pravděpodobně různé výplachy pochvy. Dodnes ještě příslušníci přírodních národů na ostrově Martinique v Malých Antilách užívají roztok z citronové šťávy a mahagonových lusků. Tomuto prostředku přiznává antikoncepční účinnost i nejmodernější věda, protože citron působí adstringentně a výtažek z lusků mahagonovníku prokazatelně znehybňuje spermie.

Již v pravěku lidé praktikovali tak zvané zábranné metody. Nebylo to nic jiného, než moderní sexuologií rehabilitovaný orální a anální koitus. Oba tyto výrazně antikoncepční druhy sexuálního spojení jsou bohatě frekventovány i v nástěnných freskách Pompejí.

Z období pravěku také pochází chirurgická antikoncepční metoda, kdy docházelo u mužů k naříznutí kůže a vývodných cest v oblasti hráze a vytvoření falešného

vyústění močové roury. Muži byli sice odsouzeni k močení vsedě, při souloži však tímto otvorem v hrázi odcházel ejakulát a do ženských rodidel se spermie nedostaly. Tento chirurgický zákrok byl popsán v Bibli i v Talmudu, takže takovéto nařízení hráze bylo dokonce v souladu s náboženským učením. (Uzel, 2003)

Období starověku

Příslušníci národů starověkých civilizací nebyli hlouběji obeznámeni s principy fungování ženských vaječníků. Vaječníky byly ve starověkých spisech označovány za "ženská varlata". (Uzel, 2003)

Kromě zařikávání, kouzel a šamanských rituálů se využívaly přírodní léčivé prostředky, které měly za úkol buď těhotenství zabránit nebo vyvolat umělý potrat. Přírodní léčitelé používali některé houby obsahující mykotoxiny s účinkem ženských hormonů estrogenů, nebo hlízy sladkých brambor majících pro změnu účinek druhého pohlavního hormonu, progesteronu. Indiáni kmene Cherokee v Severní Americe si potrpěli na lektvary z kořenů rostliny zvané rozpuk jízlivý.

Oblíbenou metodou jak neotěhotnět byla přerušovaná soulož, která byla známá již ve starověké Mezopotámii.

Starí Egypťané doporučovali řadu metod, k zábraně otěhotnění se doporučovala pasta obsahující krokodýlí trus, užitá jako pesar. V některých dalších předpisech bylo pak místo krokodýlího trusu užíváno lejno sloní. Dalším celkem rozumným prostředkem byl pesar obsahující méně odpudivou substanci, a to včelí med a uhličitán sodný. Kromě spermicidního účinku mohly mít tyto speciální poševní ucpávky také charakter mechanický a působit jako bariéra.

Egypťané také používali před souloží tak zvanou vykuřovací techniku. Zapálením směsi různých vonných bylin vykuřovali bezprostředně před souloží ženskou pochvu. Jako antikoncepční metoda to ale význam nemělo. Dále roztloukali jádra z granátových jablek a pomocí vosku z nich vytvářeli malé čípky. Toto ovoce obsahuje přírodní estrogen. Existují domněnky, že slavná královna Kleopatra používala k antikoncepci olivový olej. Míchala ho prý ještě s olejem cedrovým, olovnatou masťou a kadidlem. Díky této poševní polypragmasii byla za celý život těhotná jen třikrát. (Uzel, 2003)

Z období starověku pochází mnoho dalších doporučení, například ve starověké Číně ženy polykaly 24 živých pulců chycených v předjaří, a to je mělo ochránit před početím celých pět let. Ve Francii se později dokonce polykaly živé včely za stejným účelem. (Barák, 2006)

Z roku asi 1550 před Kristem pochází informace o používání rozemletých špiček akácií obsahujících arabskou gumu. Dnes víme, že fermentací v poševním prostředí se pravděpodobně uvolňovala kyselina mléčná, kterou obsahují četná moderní, dnes používaná antikoncepční želé. Přidáním včelího medu se zvýšil adhezivní a bariérový účinek.

O skutečný antikoncepční průlom se však postarali starí Řekové. Soranos z Efezu (98–138 př. Kr.) a jeho průkopnický čin spočívá především v tom, že jako první odlišil antikoncepci od potratu. Jako antikoncepční opatření doporučoval speciální

gymnastiku spojenou s pánevními pohyby, zadržení dechu ve chvíli ejakulace, zvláštní sed s pokrčenými koleny a vyvolání kýchání. Ještě účelnější bylo zřejmě zavádění různých látek do pochvy před souloží, jako například zavádění medu, výlisku z cedru, nebo olověné běloby s myrtovým olejem. Jako bariérová antikoncepční metoda sloužil smotek ovčí vlny zaváděný do pochvy před souloží, někdy vylepšený ještě namočením do vína, nebo dřeň fíku smíchaná s osvědčeným uhličitánem sodným. Je zajímavé, že většina používaných prostředků ve starověku, které se zaváděly do pochvy, měly skutečně částečně spermicidní a částečně bariérový efekt, zatímco substance polykané ústy neměly antikoncepčního účinku, ať už se jednalo o myrhu s bílým pepřem, včelí vosk s vínem, nebo hořčičná semínka s medem.

Soranos se ovšem dopustil omylu, když zcela puntičkářsky vypočítal největší dobu ženské plodnosti na období těsně před a po menstruaci.

Tato doslova naruby uváděná plodná a neplodná období podle Sorana se tradovala ještě po celou dobu středověku.

Do vývoje antikoncepce zasáhl i Hippokrates, autor mnoha antikoncepčních doporučení. Jedna Hippokratova zásluha v regulaci plodnosti by však měla být navždy zapsána v historii medicíny zlatým písmem. Jedná se o jeho bystré pozorování dobře živených skytských žen, které byly nápadně často postiženy neplodností. Hippokrates správně usoudil, že u žen těchto íránských kočovných kmenů neschopnost otěhotnět souvisí právě s jejich nadměrnou obezitou. Prozíravě pak doporučoval ženám jako zábranu otěhotnění zvyšování tělesné váhy.

Ve starověku se objevily zmínky o mužské antikoncepci, začaly se používat první prezervativy z přírodních materiálů, ovčích střívek nebo rybích měchýřů. (Čepický, 2004)

Staří Řekové zřejmě užívali mužskou ochranu, jak svědčí jedna z antických bájí. Podle ní měl král Mínos slabost pro ženské pohlaví a jednoho dne se jeho manželka rozzlobila a očarovala jeho sémě tak, aby rozežírало lůna jeho milenek (obsahovalo hady a štíry). Král Mínos se však nemínil vzdát rozkoše, a tak si začal na penis navlékat plátěný návlek, aby milenkám neublížil. Plátěné návleky se užívaly i ve starověkém Římě a byly opatřeny tkanicemi pro snadnější přichycení. (Vondruška, 2007)

Ženy bohužel často ještě věřily různým pověrám, například pily moč od krávy s tím, že tak neotěhotní. Nebo od nežádoucího početí ženu podle tehdejších rad mělo i ochránit to, když třikrát plivla žábě do obličeje a další pošetilé rituály. Postupem času si ženy osvojily praktiku, kdy si zaváděly do pochvy houbov namočenou v octu. (Uzel, 2003)

Období středověku

Antické Řecko převzalo mnoho postupů ze starověkého Egypta a některé dovedlo ještě na vyšší úroveň. Jako například užívání nitroděložního tělíska ve tvaru spirály vyrobené ze slonoviny. Dle příkladu Egyptanek si Řekyně také zaváděly tampony, které byly napuštěné olivovým olejem, citronovou šťávou, medem nebo cedrem. Díky těmto látkám udržovaly v pochvě agresivní kyselé prostředí. (Vondruška, 2007)

Mnohé zajímavosti z oblasti antikoncepce pocházejí z Persie. Nekorunovaným králem středověké islámské gynekologie byl nepochybně muž zvaný zkráceně Rhazes, celým jménem Abu Bakr Muhammedibn Zakariya AI-Rází, který žil v první polovině desátého století v blízkosti Teheránu a bývá právem nazýván jakýmsi středověkým Hippokratem. Zejména v oblasti antikoncepce zastával poměrně pokrokové názory. Prohlašoval například, že mužské semeno by nemělo vstoupit do dělohy, pokud by těhotenství a porod představovaly pro ženu nebezpečí. Byl propagátorem přerušovaného pohlavního styku.

Průniku spermatu do pochvy ovšem zabraňoval také různými poševními čípky. Složení těchto "pesarů" bylo ovšem značně kuriózní, i když jejich spermicidní účinek není zcela vyloučen. AI-Rází doporučoval železnou strusku, smůlu, tamaryškovou gumu, z rostlin pak kapustu a z živočišných produktů hovězí žluč, ušní maz zvířat nebo sloní trus.

Pokud se ovšem stalo, že mužské sperma se do pochvy nebo do dělohy dostalo, přišlo na řadu doporučení, že by žena měla ihned vstát, přinutit se ke kýčání a hlasitě křičet, což prý způsobí vypuzení ejakulátu. Zajímavé byly další cviky na vypuzení semene, kdy se žena postaví na špičky, současně si mačká a tře krajinu kolem pupku, čichá k nějakému odpornému zápachu a vykuřuje spodní část těla.

Další perský odborník v antikoncepčních metodách byl Aii ibn Abbas al Majúsí, který propagoval celkem jednoduchý recept. Propagoval zavést před souloží do pochvy kamennou sůl. Jako zpestření tohoto slaného koitu pak ještě doporučoval mužský penis natřít dehtem a k poševní soli přidat ještě květy nebo semena kapusty.

Všechny tyto předpisy ještě různě vylepšil snad nejslavnější lékař středověkého Islámu, slavný Avicenna. Dehet, kapustu a kamennou sůl vylepšil pepřem a sloním trusem. Na počátku jedenáctého století se tak zrodilo jeho nejslavnější dílo Avicennův Kánon (Quanún fī- Tibb).

V této práci uvedl celkem osm antikoncepčních postupů:

- vyhýbat se pokud možno současnému orgasmu
- praktikovat přerušovanou soulož
- nesouložit v období největší plodnosti (jelikož však mechanismus ovulace nebyl znám, bylo toto pravidlo poněkud sporné)
- praktikovat násilné skoky ženy k vypuzení ejakulátu
- zavést do pochvy dehet, nebo dehtem či olověnou masť potřít penis
- zaváděný dehet smísit s různým listím či semeny
- zavést pesar vyrobený z kolokvinty (je to tykvovitá rostlina, jejíž plody se podobají pomerančům a mají silně projímavý účinek), k tomu ještě kořen mandragory (téměř magická bylina z čeledi lilkovitých, které se česky říká pokřín), dále síra a železná struska a kapustová semena, to vše smícháno s olejem
- natřít penis sladkým olejem

Avicennovým vrstevníkem byl další Peršan Ismail Jurjání, autor encyklopedie zvané Poklady medicíny. Antikoncepci doporučoval jako prevenci "slabosti močového měchýře", kterou by mohlo způsobit těhotenství ženě v "choulostivých letech". Tento lékař většinou opsal antikoncepční rady svých předchůdců. Zajímavé je, jak islámská středověká medicína až ulpívavě trvá na aplikaci dehtu, kapustového semene a železné strusky. Teprve mnohem později arabští autoři ve svých rukopisech z 16. století doporučují zavádět do pochvy před stykem kamenec, nebo jím potírat penis. Kamenec (síran hlinitodraselný) prý pochvu zúží a zabrání průniku spermií, při častém používání pak způsobí trvalou neplodnost.

Vraťme se ještě do středověké Persie, kde kromě již jmenovaných antikoncepčních gigantů (Al-Rází, Ibn Síná) byly ještě desítky dalších odborníků, jejichž rady později zanikly. V jejich doporučení se objevily následující informace:

- Ženy byly zbaveny pohlavní žádostivosti, pokud vzaly pravé varle vlka, třely ho olejem a po uložení do vlny ho použily jako čípek.
- Semeno šťovíku nošené ve vlněné látce pod levým ramenem ženy chránilo před početím tak dlouho, jak dlouho bylo nošeno.
- Antikoncepční účinek mělo močení na vlčí moč, nošení dětských zubů apod.

Křesťanská středověká Evropa v antikoncepčním úsilí za islámským světem značně zaostávala. Evropské chování a mravy byly v té době absolutně ovlivňovány římskokatolickou církví.

Okrajové zmínky o antikoncepci najdeme jen ojediněle. Například u lékaře, astrologa a alchymisty Arnolda de Villa Nova (1234–1311) a minority Frátera Rudolfa z poloviny 14. století. U těchto autorů se dočteme, že neotěhotní ta žena, která plivne žábě třikrát do tlamy, vypije ovčí moč nebo zaječí krev, sní včely, nebo pije po tři dny ráno vždy jeden litr vody, ve které kováři chladili kleště. Není totiž vyloučeno, že při chlazení horkého kovu mohou do vody pronikat stopová množství olova způsobující neplodnost. Tuto zkušenost ostatně potvrzují zkušenosti z první světové války, kdy ženy, pracující v továrnách s olovem, trpěly často neplodností. Také rozvod vody olověnými trubkami byl někdy obviňován z poklesu plodnosti v daném regionu, Fráter Rudolf doporučoval, aby žena seděla nebo ležela na tolika prstech, kolik let si nepřeje otěhotnět. (Uzel, 2003)

Z tohoto období se dochovala i modlitba, která měla ženu chránit před nechtěným početím. „Obrací se k Panně Marii slovy: „Ty, která jsi počala, aniž bys zhřešila, dej, abych zhřešila, aniž bych počala.“ (Vondruška, 2007)

Středověk kladl důraz na sexuální čistotu a mnoho nového v antikoncepci nepřinesl. Odvážně a nebojácně názory vědců a filosofů se musely stále více podřizovat katolické cenzuře. Objevovaly se však návleky na penis a také se objevil pás cudnosti, což byla nepochybně velmi účinná antikoncepce.

Pás cudnosti byl také nazýván pojistkou zavírající přístup do ráje pozemské lásce. Železný pás měl vždy složitý zámek a klíč měl manžel, ženich či milenec. Pásky byly hojně využívány u žárlivých mužů. Dle pověsti byl prvním vynálezcem pásu cudnosti

Brancesco II. Pás byl nazýván benátskou mříží. Bylo to téměř oficiální zařízení, matky s hrdotí ujistovaly nápadníky, že jejich dcery nosí od dvanáctého roku benátskou mříž. Muži byly spokojeni, pakliže u vyvolených našli pás cudnosti. Novomanželovi před svatební nocí klíč předávala tchýně. Jindy byl pás (Venušin) prvním dárkem, jenž novomanžel po svatební noci dal své mladé choti. Ale doba, která si vymyslela pásy cudnosti, vymyslela také kouzlo klíčů. Obchodník, který za drahé peníze prodal mužům pás cudnosti, stejně draho prodával i ženám druhý klíček. Pokud ho neměla žena, dovedl si ho opatřit milenec. (Záruba, 1925)

Z Číny se dochovaly antikoncepční předpisy z 6. a 7. století, které vesměs doporučovaly výrobu lektvarů z ječmenových kvasnic a lihoviny. Čínské prostitutky k vyvolání menstruace a prevenci těhotenství používaly olovenou bělobu.

V indické literatuře najdeme také mnohá antikoncepční doporučení. Většina předpisů má však magický charakter, výjimkou jsou snad práškované palmové listy s červenou křídou ve studené vodě užitě čtvrtý den menstruace. Staří Indové také vykuřovali svým ženám pochvu dýmem z jakéhosi vzácného dřeva. Tato procedura bývala zpestřena ještě pravidelným pitím květů stromu Jambula v kravské moči. (Uzel, 2003)

Novověk

Během renesance došlo k velkému nárůstu pohlavních chorob a na začátku 16. století byly pohlavní choroby rozšířeny do celé Evropy, jednalo se především o epidemii syfilidy. Proto se názor na užívání antikoncepce velice změnil. Jako ochranu před pohlavně přenosnými chorobami lidé využívali především kondom. Byl však velice drahý, a proto ho až do konce 19. století používali hlavně lidé zámožní.

Ve švédském muzeu je uchován kondom přibližně z roku 1640 vyrobený z prasečího střívka. Též se dochoval i latinsky popsáný návod k použití a s radou namáčet kondom do mléka jako prevence přenosu pohlavních chorob. Název kondom pochází ze jména osobního lékaře krále Karla II., jenž se jmenoval Conton. Avšak také se traduje, že název je odvozen od francouzského města Condom. Mimo názvu kondom se tehdy používalo výrazů jako brnění proti potěšení, mužské brnění, prostředek před mužským brněním, prostředek před pohlavní nemocí a proti zplození bastardů nebo známý milovník Casanova ve svých pamětech ho označoval anglickým jezdeckým pláštěm. V Japonsku v 16. a 17. století se vyráběly dva druhy prezervativů. Jeden z nich zvaný Kawataga, byl vyráběn z tenké kůže. Druhý, Kabutogata, se vyráběl ze želvoviny a rohoviny. (Vondruška, 2007)

Také gumový kondom má prý svůj původ v Japonsku a dokonce i ženský pesar. Jmenoval se misugami a byl to tampón z bambusového papíru napuštěný olejem. Některé japonské ženy si prý misugami zaváděly až po souloži. O antikoncepční prostředek se tedy vlastně nejednalo, bylo to prý jenom jakési kosmetické opatření, které zabraňovalo znečištění dámského kimona ejakulátem. (Uzel, 2003)

V Anglii v 18. století James Boswell propagoval kondomy, které byly z kozích či ovčích střívek. Kondomy byly navoněné a jejich velikost byla kolem osmi palců, pečlivě vytvarované na skleněných formách. Nejdražší a nejkvalitnější byly opatřeny stužkou, kterou si zákazník mohl zvolit v příslušných plukovních barvách. Boswell

dával přednost kondomům plátěným, které se musely před použitím navlhčit, byly levnější a mohly se prát v prádelně kondomů v St. Martin's Lane. (Gordon, 1995)

Ještě v 19. století si nechával básník Heinrich Heine zhotovovat hedvábné návleky šité na míru. Z téže doby se dochovaly i luxusní kondomy ušité z textilu, na nichž byly vytištěny obrázky sexuálních scén, mající podpořit erotickou fantazii uživatele. (Vondruška, 2007)

Významným rokem v historii kondomu byl rok 1884, kdy Goodyear a Hancock objevili vulkanizaci gumy. Po tomto významném objevu se kondomy začaly vyrábět z elastické gumy. Nebyly však na jedno použití jako dnes, ale po použití se umyly a natáhly na speciální stojan na sušení, byl potřeba také krém a pudr na zasypání. Kondomy byly dostupné u pokoutných drogistů i u pánských holičů. (Gordon, 1995)

Bariérové metody pro ženy se rozvinuly především během 19. století. Kurtizána Lola Montes používala ke své ochraně speciální šátečky, které si vkládala do pochvy před pohlavním stykem. Tyto šátečky se nazývaly Venušiny zástěrky a byly to předchůdci dnešních pesarů. (Vondruška, 2007)

Vývoj antikoncepce od 20. století

Teprve na začátku 20. století se vědci zaměřili na menstruační cyklus a s ním spojené hormony, které vše řídí. Od té doby už zbýval jen krůček k vytvoření první antikoncepční pilulky. (Čepický, 2004)

V r. 1916 si v literatuře můžeme přečíst, že nejmenší pravděpodobnost otěhotnění (otěhotnění) je ve třetím týdnu menstruačního cyklu, protože vajíčko od poslední čmýry (menstruace) již není v dobrém stavu. Ženám se doporučovaly různé výplachy pochvy, zavádění chomáček vaty napuštěných octem. (Vraník, 1916)

Zlom v historii antikoncepce představují 20. léta minulého století, kdy začaly vznikat první antikoncepční poradny. Ve 30. letech vznikla antikoncepční poradna i v Čechách, na tehdejší II. gynekologicko-porodnické klinice v Praze. Kromě kondomu a pesaru měly poradny k dispozici ještě lokální vaginální pěnотvorné prostředky, poševní hubky a tampony a dočasnou sterilizaci zařízením. Přerušovaná soulož byla pokládána za škodlivou, metoda plodných a neplodných dnů podle Ogina a Knause za nespolehlivou. V té době bylo už známo i nitroděložní tělísko, které vytvořil německý gynekolog Gräfenberg už v roce 1920 z „německého stříbra“ (slitiny mědi, niklu a zinku).

Poté se začaly objevovat různé gumové kloboučky. První moderní gumový klobouček na děložní čípek byl zhotoven "na míru" jedním německým gynekologem v roce 1838. Za otce opravdu prvního modelu poševní překážky pro spermie je považován holandský lékař Wilhelm Mensinga, který v roce 1881 začal propagovat pomůcku velice podobnou tomu, co se dnes prakticky na celém světě používá pod názvem poševní diafragma. Je to vlastně kulatý gumový klobouček, do jehož lemu na okraji je zatavena pružná kovová spirála, která je dokonale pružná, můžeme ji snadno stlačit, po uvolnění tlaku zaujímá původní kruhovitý tvar. Vhodnou velikost vybere lékař

na základě gynekologického vyšetření. Ke zvýšení antikoncepční účinnosti se používá ještě chemický prostředek. (Kučelová, 2005)

Další historickou antikoncepční metodou, která má dosud své plné uplatnění, jsou tak zvané antikoncepční houbičky. Taková houbička má oválný tvar a ze dvou stran má mírnou prohlubeň. Taky na ní někdy bývá připevněna tenká šňůrka, za kterou se pak může hubka z pochvy vytáhnout. Celá je nasáklá spermicidním prostředkem. Zavádí se hluboko do pochvy až před děložní čípek a tam se může ponechat asi 24 hodin. Po celou tuto dobu je žena poměrně značně chráněna před otěhotněním.

Již v roce 1965 přišel na trh první hormonální antikoncepční přípravek, který odstartoval rozvoj další výroby antikoncepčních pilulek.

Ani Einsteinova teorie relativity, ani atomová bomba, dokonce ani moc počítačů a internetu neovlivnily lidstvo 20. století víc než antikoncepční pilulka. Tak zní konstatování předních světových historiků.

Vývoj umělých hmot přinesl vznik nových typů nitroděložních tělísek. V roce 1967 přišel na trh původní český model, tělíska DANA (Dobrá A Neškodná Antikoncepce). Krize tělísek nastala na přelomu 70. a 80. let, kdy se objevily zprávy o zvýšeném výskytu pánevní zánětlivé nemoci u žen se zavedeným nitroděložním tělískem. Další výzkum však ukázal, že celý poplach byl planý a způsobený metodologickými chybami původních studií.

Všechny antikoncepční metody byly dále propracovávány. (Čepický, 2004)

Závěr

Vývoj antikoncepčních metod je nesmírně zajímavý. Mnohé současné antikoncepční metody mají své kořeny v dobách dávno minulých. Postupem času se mnoho odborníků zasloužilo o to, aby si ženy dnes mohly vybrat opravdu z bohaté škály antikoncepčních metod.

Literatura

- [1] BARÁK, A. *Antikoncepce*. Praha, Grada, 2006. ISBN 80-247-1351-9.
- [2] ČEPICKÝ, P. *Historie antikoncepce*. Moderní babičství 3, Levret, 2004.
- [3] GORDON, R. *Podivuhodné dějiny lékařství*. Praha, Melantrich, 1995. ISBN 80-7023-208-0.
- [4] KUŽELOVÁ, M. *Co by měla sestra vědět o antikoncepci*. Levret, 2005. ISBN 80-903183-7-1.
- [5] UZEL, R. *4000 let antikoncepce*. Nová tiskárna Pelhřimov, s.r.o., 2003.
- [6] VONDRUŠKA, V. *Intimní historie*. Brno, 2007. 978-80-243-2672-6.
- [7] VRANÍK, V. *Žena matkou*. Praha, 1916.
- [8] ZÁRUBA, H., VOTOČEK, J. *Dějiny lásky*. Praha, 1925.

Birth Control and Its Development

Abstract

Examining the history of the development of birth control methods is very interesting. Birth control in ancient times was something that was contrary to the general opinion in society. At that time it was believed that a family should have as many children as possible and that the main role of women was to give birth to children. Nevertheless, women managed to help themselves even then, although of course with primitive means, which were not always successful. Whereas married women tended to look for ways to bring their children into the world, women who made their living via prostitution had the opposite problem, and they were the ones who most likely began using the oldest primitive birth control methods. Many documents have been preserved mainly from Mesopotamia.

Key words

Birth control, History, Birth control methods.

Kontaktní údaje

Mgr. Vlasta Dvořáková
Vysoká škola polytechnická Jihlava
Katedra zdravotnických studií
Tolstého 16, Jihlava 586 01
e-mail: dvorakvl@vspj.cz

Doc. PhDr. Jana Keketiová, PhD.
Trnavská univerzita v Trnave
Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce

Zdravotníci, jsme dobře „čitelní“?

Kateřina Emmerová

Katedra zdravotnických studií VŠPJ

Abstrakt

Text se zaměřuje na důležitost jasných informací pro nemocného člověka. Informační zdroje pacient citlivě vnímá ze své somatické složky, ze svého okolí. Nemocný jedinec potřebuje rozumět nejen sdělení předaného verbálně, ale potřebuje se orientovat i ve znacích, které jej obklopují při pobytu ve zdravotnickém zařízení. Jedním ze znaků je i oblečení personálu. V současnosti je oblečení zdravotníka často obtížně čitelné. Jasně informace jsou důležité pro vytvoření oboustranně pozitivního vztahu sestra a nemocný.

Klíčová slova

Sestra, pacient, vnímání, nemoc, pracovní oděv

Úvod

Člověk většinou vyhledává pomoc profesionálního zdravotníka v situaci, kdy jeho změna zdravotního stavu narušuje běžný chod života a choroba jej začíná obtěžovat. Neví si rady. Běžné praktiky ke zvládnutí nemoci byly neúspěšné. Může se jednat i o typ obtíží, které jedinec dosud během svého života nezaznamenal. Každý z nás si vytváří představu o tom, co se ve změně organismu děje. Člověku se vrtají do mysli různé otázky: Jaké budou asi důsledky onemocnění? Jak mnoho bude choroba dál omezovat? Která vyšetření bude nutno podstoupit, aby se příznaky nějak pojmenovaly? Bude léčení jednoduché? A co se vůbec stalo, že tělesná schránka selhala? Jedině obtěžuje takové přemítání v představách a nakonec zaujímá rozhodné stanovisko: Zda vyhledat lékaře ano nebo ne. Zda ještě vyčkat nebo navštívit zdravotnické zařízení co nejdříve. Svým způsobem jedinec očekává, že jej zdravotnický personál oprostí od obtíží. Očekává vstřícnost, porozumění. Očekává, že v jeho roli nemocného bude příznivým způsobem jeho vytvořená představa zdravotníkem naplněna. Že signálům, svého těla začne zase rozumět a že se vše znormalizuje. Předpokládá, že bude rozumět i signálům, které bude odečítat u zdravotnického pracovníka.

Uniforma

Časté asociace pojmu „zdravotník“ jsou například: sestra a lékař, barva bílá a světle modrá, nemocniční lůžko, bolest, samota, čekání, změna, nedostatek soukromí, nepohodlí, nejistota...

Barva bílá přísluší převážně lékaři. Jeho bílé košili a kalhotám, bílému plášti. Bílá barva je symbolem léčení, čistoty. Obzvláště silným symbolem se stává bílá barva pro hypertonika v podobě „syndromu bílého pláště“. Obvykle normální hodnota pacientova krevního tlaku naměřeného v domácích podmínkách se při kontrole u lékaře jeví povážlivě zvýšená. Svoji roli zde uplatnily katecholaminy. Hormony, které se vyplavují u jedince do krevního oběhu při stresových situacích. A tou návštěva u lékaře zpravidla bývá.

Ve vztahu sestra a nemocný žádný negativní syndrom popsán nebyl. Snad pouze u dětského pacienta může po spatření uniformy sestry dojít ke spuštění pláče. To je důvod, proč pro zmenšení sociálního odstupu zdravotníci pediatrického oddělení nosí co nejvíce civilní oblečení. Trička, rozhalenkové košile nosí zaměstnanci i například psychiatrických léčeben, ústavů sociální péče.

Při pojmu „sestra“ se člověku vybaví usměvavá osoba. Nemusí to být jenom osoba ženského pohlaví. Dnes se v řadách sester stále častěji objevují i zástupci mužů. Příjemné vystupování sestrám jistě náleží. Sestru (zde tedy ženu) v klasické uniformě barvy bílé a světle modré a střihu (zástěra přes šaty) však najdete v současné době mezi sestrami těžko. Vlivem času se mnohé změnilo.

Sesterská uniforma souvisí v 19. století s rozvojem ošetřovatelství jako profese. Je nesporné, že původní uniforma vycházela z prvků oblečení řádových sester. První diplomované sestry u nás nastupují do praxe v roce 1918. Od tohoto roku se také datuje počátek klasické sesterské uniformy – šaty, zástěra, čepce. Po celé generace sester uniforma ne zaznamenala velkých změn.

Já, jako žákyně střední zdravotnické školy, jsem velmi pečlivě pečovala o světle modré šaty, bílou zástěru a čepce ve tvaru „T“. Šaty byly již bez bílého límečku. Ten zmizel v 60. letech. Před každou výukou odborné praxe si nikdo z nás nedovolil jít na oddělení, aniž by uniformu nevyžehlil. Nejlépe bylo zástěru přenášet z domu přehozenou přes paži již vyžehlenou. Nebo na šatním ramínku. A v šatně ráno jenom přezhlit. Zapnout knoflíky zástěry v pase zvládal samostatně málokdo. Byla potřebná pomoc spolužačky. Těhotné (a byly to často i spolužačky) mohly nosit bílou šatovou sukni. Ta se oblékala přes hlavu. Při pokročilém těhotenství samostatně obléknout též zvládala málokterá. Když bylo již klimaticky na kabát, některé odvážné žákyně chodily oblečené v uniformě již z domu. Aby ušetřily čas žehlení. Toto samozřejmě bylo z protiepidemiologických důvodů nepřipustné. V době přestávek se sedělo tak, aby se zástěra nepomačkala – jednoduše se na ní nesedělo. Zástěra byla samozřejmě součástí uniformy. Která ze sester neměla zástěru, byla nedbalá, neupravená. Takto byly vnímány například sestry pracující na novorozeneckém oddělení. Bylo zde teplo, děti často se koupaly. Lépe se sestrám pracovalo bez zástěr. Žákům zdravotnické školy bylo dovoleno sejmout zástěru pouze na dobu celkové koupele pacienta.

Čepce se po naškrobení sušil na podložce. S možností použít škrob bez vaření se záležitost přípravy pokrývky hlavy stávala jednodušší. Škrob se nalil do nádoby. Čepce se naškrobil a škrob vlil do nádobky zpět. Aby se ušetřilo. Po každém absolvovaném ročníku zdravotnické školy znamenalo přišít si na čepce další modrou „dutinku“. Modrý proužek na čepci tedy odlišoval žákyně od sester. K připoutání čepce na hlavu se používalo několik sponek do vlasů. Byla to záležitost složitá a bolestivá. Zejména

pro ženy s krátkými vlasy. Na noční službě se pracovalo bez čepce. Toto bylo pouze nepsané pravidlo. Později tvořily výjimku sestry, které měly potvrzení od kožního lékaře. Tyto ženy mohly sloužit bez čepce. Čepce nosily sestry pracující v ambulantních složkách, v jeslích. Čepce se povinně nosil do roku 1990. Zrušení látkového čepce ještě předcházelo krátké období čepců opatřených povrchovou úpravou z plastické hmoty a papírových. Účelnost této součásti uniformy je jistě diskutabilní.

Pro hochy se uniforma sestávala ze světle modré košile a bílých kalhot.

Vizitky nebyly. Jméno a příjmení, s označením výše studovaného ročníku, muselo být vyšitě na přesně určeném místě zástěry. Pracovní boty na praxi byly pouze dvojího typu. Nosily se v igelitovém pytlíku a přezouvalo se až na oddělení. Jakýkoliv nedostatek v uniformě byl vyučující odborné praxe přísně kárán. Uniforma se prala doma. Před praním v pračce se měla uniforma vyvařit zvlášť. Pokud vyučující zjistila nevyhovující uniformu, musel si žák dojít domů pro uniformu novou. Čas nepřítomnosti na oddělení bylo nutno si napravit v době osobního volna.

Po příchodu na jakékoliv oddělení nám bylo podle oděvu personálu jasné, jaké má kdo pracovní zařazení, jakou má funkci: lékař má vždy bílou košili a kalhoty, staniční sestra nebo vrchní sestra bude mít bílé propínací šaty, pomocný personál na úklid nosí šaty s úzkým světle modrým proužkem. Řadová sestra obléká klasickou uniformu sestry.

Prostřednictvím vyučujících byl na nás, žáky zdravotnické školy, vytvářen nátlak přizpůsobit se určitým pravidlům, abychom se vhodným vzhledem zařadily do skupiny zdravotníků. Aby bylo vždy jasně zřetelné, že jsme součástí této velké skupiny. Že jsme sestry, u kterých se předpokládá, že svým zodpovědným chováním budou plnit určitou roli.

Pracovní oděv zdravotníka

Velké změny v uniformě sestry se odvíjí od roku 1990. Oblečení sester se pomalu změnilo z uniformy na pracovní oděv. Tuto změnu zdravotníci uvítali. Uniformita pro někoho znamenala minulý režim, pro někoho potlačení individuality, další zmiňovali nepraktičnost.

Ochranným oděvem je myšlena taková součást oděvu, kterou poskytuje ze zákona zaměstnavatel bezplatně zaměstnanci k ochraně zdraví a života. Musí splňovat podmínky hygienické a protiepidemiologické. Zaměstnavatel je povinen zabezpečit dodání čistého pracovního oděvu.

V současné době v České republice není jednotná koncepce oblečení sestry.

Ani kvůli tradicím není potřeba držet se předchozího střihu, materiálu. Prioritou je, aby byl pracovní oděv lehký, dobře ušitý. Aby člověk nevěděl, že jej má na sobě. Snaha firem je nabídnout produkty nové, dobré.

I pracovní oděvy ovlivnila móda. Výběr dnešního oblečení je na úrovni. Výrobci nabízejí nejen šaty, ale i haleny, košile, trička, sukně, kostýmky. Můžete zvolit letní

verzi oblečení - šaty na prádlovém ramínku nebo tříčtvrteční kalhoty. Při chladnějších klimatických změnách je možno doplnit oblečení vestou a bundou z flauše.

V Německu zdravotnický personál používá většinou bílé oblečení. Není žádný celostátní standart, jak má být sestra oblečená. Toto určuje hlavní sestra nemocnice. Pro dané zařízení je potom oblečení ale jednotné. Obuv musí splňovat zdravotnický atest a každý zdravotník si ji podle svých ortopedických požadavků pořizuje sám. Boty mohou mít vzhled i sportovní šněrovací boty.

Požadavky na uniformu v Anglii jsou striktní. Sestry musí být oblečené do světle modrých šatů. Sestry ve vedoucích funkcích mají šaty hladké, tmavě modré s páskem. Prestiž zdravotníků v Anglii je vysoká. Dosažené vzdělání nebo specializaci sestry označují drobné odznaky. Ty se připínají na levou hrud'. Obuv je černá. Pokud potkáte na ulici větší množství sester v uniformě, buďte si jisti, přes nejbližší křižovatku se nachází zdravotnické zařízení. Sestry na jednotkách intenzivní péče mají halenu a kalhoty. U halenky musí být z hygienických důvodů dodržena délka rukávů. Ani v chladnějším období nesmí rukáv zakrývat předloktí.

Je hezké pohledět na lidi, kteří reprezentují nějakou firmu, zařízení už s tím, že jsou pěkně oblečení. Projevují tím vážnost a úctu k protějšku.

Čitelnost zdravotníků

Při společenském kontaktu s druhou osobou vnímáme velké množství informací. Na vizuální rovině jsou to informace o místě, kde se nacházíme. Například uspořádání jednotlivých prostor, vnímáme předměty, vzory. Dostáváme informace o materiálu, barvě. Hodnotíme celkový dojem (estetično), zda je zde stín nebo světlo. Tělo protějšku nám dává velké množství informací o postoji, pohybu a např. pohledu a výrazu tváře, které se každou vteřinou mění.

Ke zrakovým vjemům nutno připočíst informace sluchové. Nejruznější zvuky blízké i vzdálené. Zaznamenáváme modulaci hlasu protějšku. Jeho hlasitost, zabarvení, rytmus slov. Snažíme se porozumět významu slov. Jsme obklopeni informacemi čichovými a hmatovými...

Informací by bylo pro mozek příliš mnoho. Proto se v mysli člověka podvědomě filtrují. Důležitý je zde celkový životní postoj jedince k okolní realitě. Zda je svět nebezpečný nebo naopak přátelský. V souladu s tím, co si osoba myslí a čemu věří, tam se bude zaměřovat jeho pozornost. Selektce podnětů probíhá primárně na emoční úrovni. Jedinec hodnotí podnět jako příjemný či nepříjemný. Nebo k němu zaujímá postoj neutrální. Prvotně tedy člověk reaguje na situaci pod vlivem pozitivních nebo negativních emocí. Proto se nám někdy reagování protějšku může jevit jako zkratkovité popřípadě vulgární. Až v další fázi je podnět vyhodnocen racionální složkou na základě osobitých zkušeností. Rácio také udává, jakým způsobem si jedinec může dovolit na situaci reagovat. Jak se bude vyjadřovat gesty, mimikou... Jaké bude zaujímat k protějšku vztahy.

Choroba vždy obtěžuje nejen svými somatickými příznaky, ale naruší i duševní rovnováhu jedince. Chybí radost ze života. Dostávají se pocity strachu, úzkosti,

bezmoci, nejistoty se svými důsledky jako poruchy spánku, poruchy příjmu potravy, snížená výkonnost, atd. Každý dospívající jedinec upřednostňuje v životě jistotu. Jisté signály pro něho znamenají bezpečí. Všichni známe nepříjemný pocit, který zažíváme, pokud nejsme schopni rychle najít osobní doklady. Nebo když hledáme v supermarketu jisté zboží a z důvodu změny došlo k přemístění zboží do jiného prostoru.

Každý přichází nemocný do zdravotnického zařízení je velmi citlivý na okolní podněty. První dojem často ovlivní celkový postoj při hodnocení pobytu nemocného například v nemocnici. Pacientova duševní nepohoda je umocněna neznalostí podnětů, které jej obklopují. Obtížně se orientuje. Často problematické orientaci klienta napomáhá i nejednotný a chaotický orientační systém zařízení, který nemocnému neposkytne hledané informace. Člověk stojí před informační tabulí ochromený.

Na tento problém reaguje vedení Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně. V areálu nemocnice u každého orientačního plánu jednotlivých klinik je uvedeno číslo na informační službu. Pokud pacient žádá radu, ale i doprovod na konkrétní pracoviště, informační službu zavolá. K pomoci nemocného jsou takto vyčleněni 3 pracovníci ve slušivých bílých oblecích. Na modré vestičce na zádech je uveden zřetelný nápis „informační služba“.

Ve Fakultní nemocnici u sv. Anny dbá management i na jednotnost používaných pracovních oděvů. Na první pohled jsou kolemjdoucí zdravotníci anonymní. Ale snadno zjistíte podle barvy oblečení, kdo je lékař, kdo sestra a kdo náleží k pomocnému personálu.

Nabízí se srovnání s jihlavskou nemocnicí. Zde většina zdravotníků důležitost čitelnosti své osoby pro pacienty podceňuje.

Ano, vizitky zdravotníků na oděvu jsou povinné. Větší informační hodnotu však představuje fotografie. Ideální je, pokud je personál oddělení představen nemocnému nejen fotografií na jmenovce, ale i velkou fotografií. Mohu uvést pouze 2 oddělení, kde zdobí chodbu ošetrovací jednotky vkusné portréty se jmény zaměstnanců. Pacient si může opakovaně ověřit, kdo o něj pečuje. Zaznamenávám, že kdo má zažité se představit při přijetí nemocného na oddělení, je lékař. Tento podává ruku nemocnému automaticky. Sestra se tímto způsobem představuje nemocnému jen zřídka.

V nemocnici ošetřují pacienty sestry, ošetrovatelé, sanitáři, lékaři, medicí. Dále budoucí zdravotníci – žáci střední zdravotnické školy, studenti vyššího odborného studia, bakalářského studia, střední odborné školy sociální se svými vyučujícími. Pohybují se zde pracovníci rentgenu a laboratoří, fyzioterapeuti, pomocný personál... Každé oddělení, obor, škola používá odlišný pracovní oděv. Pro pacienty nejednotnost pracovních oděvů představuje zmatek. Podle čeho lze poznat staniční sestru? Bude to asi osoba ve vyšetřovně, která zaujímá u počítače stabilní místo a slouží pouze dopoledne. Rozlišení funkce podle oblečení není možné. Téměř každý den zdravotnický personál na ošetrovací jednotce obléká něco jiného. Jednou je to halena a kalhoty. Další den místo haleny tričko, potom šaty. Je možné zaměnit lékaře při oslovení s jinou osobou? Poměrně často. Bílé bavlněné tričko a bílé kalhoty nosí jak

lékaři, tak střední zdravotnický personál, fyzioterapeuti, pracovníci laboratoří, pomocný personál, někteří žáci zdravotnických oborů...

Podivuji se tomu a musím negativně hodnotit, že někteří zdravotníci, veřejně vystupující osoby, jsou neupravení. Používají doplňky, které nejsou součástí pracovního oděvu. Jejich oblečení je nečisté a pomačkané. Oblast hrudníku jim „zdobí“ přeplněné kapsy propisovacích tužek, papírů, houpajících se svazků klíčů. Ač se nejedná o pracovníky dětského oddělení, vizitky mají polepené dětskými motivy. Vizitky se tak stávají obtížně čitelnými. Přečíst si jméno zdravotníka má problém nejen jedinec, který není pacientem na očním oddělení. Ale potom zejména pacient s poruchou zraku nebo senior se sníženými kognitivními funkcemi.

Péči o duševně nemocného v regionu Vysočiny zabezpečuje psychiatrická léčebna. Její pracovníci mají jednotné pracovní oblečení. Jmenovky jsou součástí oděvu. Jsou nažehlené.

Otázkou zůstává, proč sestra přestává být typická sestra? Nebo nechce být? Tato otázka se vztahuje i na budoucí zdravotníky.

U zdravotníků postrádáme stavovského povědomí, které se projevovalo hrdým vztahem k ošetřovatelskému povolání. Oddanost oboru byla celoživotní. Sestra měla jasné kompetence. V terénní službě poměrně samostatná. Dostupnost studia oboru nebyla jednoduchá, ale vždy se jednalo o prestižní záležitost. Studenti dosahovali vynikajícího prospěchu.

Zdravotnické povolání je velmi zodpovědné. V současnosti narážíme na nedostatečné společenské hodnocení profese. Nejen, že je problém v dodržení kompetencí, ale je i deficit náležitého finančního ohodnocení náročné práce sestry.

Vždycky se říkalo, že šaty dělají člověka. Jistě tím není myšleno, že z něho dělají člověka, který si může dovolit drahé oblečení. Jde o to, že šaty určují osobnost. Tím, že člověk volí oblečení sám, prezentuje svůj vkus, styl, životní názor. Svědčí o tom, že přemýšlí o sobě. Vzhled se tak stává kritériem hodnocení. Jaký je to typ osobnosti? Jaké je jeho místo ve společnosti? Jak zapůsobí na lidi? Na jaké lidi chce zapůsobit?

Splnit požadavek ochranné a estetické funkce pracovního oděvu je nutností. Přimlouvám se za jednotnost koncepce oblečení v jednotlivém zařízení. Některým zdravotníkům chybí vědomí společenské důležitosti uniformy. Chybí záměrné pěstování obrazu, kterým by mohlo dosáhnout úspěchu. Oblečení reprezentuje sestru, obor, nemocnici. V rámci etikety se předpokládá, že sestra bude mít náležitou úpravu nejen pracovního oděvu, ale i vlasů, nehtů, líčení.

Typická sestřička v podobě bílé uniformy s čepcem na hlavě však v kreslených seriálech nebo v reji masopustních masek zůstává.

Literatura

- [1] BÁRTLOVÁ, S. 2005. Sociologie medicíny a zdravotnictví. 6. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. 188 s. ISBN 80–247–1197-4

- [2] MIČUDOVÁ, E. 2007. Zamyšlení nad postavením sester v české společnosti. In Sestra, ISSN 1210-0404, 2007, roč. 17, č. 5, s. 20.
- [3] ROZSYPALOVÁ, M., SVOBODOVÁ, H. ZVONÍČKOVÁ, M. 2006. Sestry vzpomínají. Příspěvek k historii ošetrovatelství. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1503-1
- [4] Vyhláška Min. financí č. 103/1995 Sb., vyhláška č. 167/1997 Sb., č. 314/1999 Sb. – fond kulturních a sociálních potřeb
- [5] §104 zákoníku práce – zásady poskytování ochranných pomůcek a oděvů

Health Care Workers, Are We „Predictable“?

Abstract

The text focuses on the importance of clear information for a sick man. Information sources of the patient is sensitive to its somatic components of their surroundings. Sick individuals need to understand not only the communication transmitted verbally, but also needs to orient the characters that surround them while in a medical facility. One of the features is the clothing of staff. At present, wear a medic is often difficult to read. Clear information is important to create a mutually positive relationship between nurse and patient.

Key words

Nurse, patient perceptions, illness, work clothes.

Kontaktní údaje

PhDr. Kateřina Emmerová,
VŠPJ, Katedra zdravotnických studií
e-mail: kemmerova@szs-jj.cz

Ochrana ľudských práv so zreteľom na osoby so zdravotným postihnutím

Jana Gabrielová, Petra Gajdošová

Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre

Abstrakt

V príspevku sa zaoberáme problematikou zdravotného postihnutia a ochranou ľudských práv osôb so zdravotným postihnutím na medzinárodnej a národnej úrovni.

Kľúčová slova

Zdravie. Ľudské práva. Zdravotné postihnutie.

Úvod

Jedným z najdôležitejších aspektov na zvládnutie nárokov prostredia je zdravie. Svetová zdravotnícka organizácia (WHO) vypracovala definíciu zdravia, podľa ktorej je zdravie stavom úplného telesného, duševného a sociálneho blaha (Zdravá, 2011).

Zdravie je relatívne optimálny, dynamický stav telesnej, psychickej a sociálnej pohody pri zachovaní funkcie všetkých orgánov, spoločenských rol a schopnosťou organizmu adaptovať sa na zmenené podmienky prostredia (Kleinová, 2009). Podľa Repkovej a Hrozenskej (2009, s. 197) je „...ľudské zdravie i psychická pohoda, založená na pocitoch spokojnosti, zmysluplnosti života a tiež sociálna istota, plynúca z vhodného a úspešného zaradenia jedinca do štruktúry sociálnych vzťahov, bezpečia, ktoré človeku poskytuje jeho postavenie v elementárnych sociálnych skupinách.“ Pod samotným pojmom zdravie rozumieme „...telesnú a duševnú pohodu a integritu“ (Repková, 2003, s.20). Opakom zdravia je choroba, ktorá vzniká narušením minimálne jednej zo spomenutých zložiek, ktoré spolu vytvárajú podmienky pre optimálne fungovanie a uplatnenie sa jedinca v širšom spoločenskom prostredí. Hanáček (2011) tvrdí, že „...choroba je biosociálny jav predstavujúci novú kvalitu života. Je výsledkom interakcie patologických a kompenzačných procesov, ktoré vedú k poškodeniu buniek, tkanív a systémov organizmu, čo sa prejavuje obmedzením schopností organizmu vyrovnávať sa s vplyvmi prostredia a vznikom porúch životných funkcií.“ Zdravie môže byť narušené ochorením, úrazom, alebo zmeneným zdravotným stavom, ktorý je vrodený či získaný. Narušené zdravie môže mať krátkodobý alebo dlhodobý charakter a môže na človeku zanechať zdravotné následky, ktoré ho obmedzujú pri každodenných činnostiach. V prípade dlhodobého a trvalého poškodenia zdravia hovoríme o zdravotnom postihnutí.

Zdravotné postihnutie

„Zdravotné postihnutie je teda porucha fungovania ľudského organizmu, alebo jeho časti, prípadne strata či nedostatok určitých funkcií, spôsobený úrazom, ochorením, či vrozeným zdravotným stavom“ (Kleinová, 2009). Zdravotné postihnutie poznáme telesné, zmyslové, mentálne, psychické a kombinované.

V súčasnosti vidíme v problematike zdravotného postihnutia veľkú variabilitu, ktorá je badateľná aj v sociálnej práci. Z hľadiska poznania potrieb človeka sa pozornosť zameriava na špecifikáciu javov a rozsah problémov, ktoré sú späté s dôsledkami zdravotného postihnutia na život človeka. „Vonkajším prejavom choroby alebo zdravotného postihnutia je porucha, ktorá je vyjadrená v strate alebo abnormalite psychologickú, fyziologickú a anatomickejšiu funkcie či štruktúry. Dôležitým pojmom, ktorý sa týka zdravotného postihnutia je pojem obmedzenie. Vyjadruje nedostatok schopností jedinca vykonávať určitú činnosť spôsobom alebo rozsahom, ako je to u človeka bežné, z vyššie uvedeného dôvodu. Nemôžeme zabudnúť na znevýhodnenie, v ktorom je obsiahnutý celkový sociálny dopad“ (Repková 2003, s. 17). Pierson (2002, s. 237) tvrdí, že handicap je „...termín, ktorý sa využíva pre opis zdravotného postihnutia a asociuje sociálne znevýhodnenia.“ Podľa Matouška a kol. (2005) sa pojmy postihnutie, obmedzenie v činnostiach a obmedzenie v spoločenských aktivitách dajú zhrnúť pod pojem disability – čo je možné prekladať i ako znevýhodnenie.

Zdravotné postihnutie môžeme definovať aj prostredníctvom medicínskeho modelu, ktorý zdravotné postihnutie charakterizuje ako „...vlastnosť človeka, priamo zapríčinenú ochorením, úrazom, či inou zdravotnou príčinou, ktorá si vyžaduje zdravotnú starostlivosť, liečbu poskytovanú zdravotníkmi odborníkmi. Zdravotné postihnutie si podľa tohto modelu vyžaduje liečbu či iné zásahy na „vyriešenie“ problémov jednotlivca“ (Bražinová, Reháková, 2006). Tento model Gijzen (2006, s. 14–15) poníma ako neschopnosť, nedostatok telesných schopností či asimiláciu. „Posledné slovo jednoducho znamená, že sa od zdravotne postihnutých ľudí požaduje byť takí istí ako sú ľudia bez zdravotného postihnutia. Ak zdravotne postihnutá osoba nemôže niečo spraviť, zdá sa byť oddelená a vyčlenená. Model preto podnecuje k predsudku, označeniu nežiaducou vlastnosťou a vylúčeniu zdravotne postihnutých ľudí.“

V ponímaní zdravotného postihnutia musíme vychádzať aj z druhej vlny definovania, ktorú tvorí sociálny model, ktorý je v povedomí od šesťdesiatych rokov. Skúma príčiny spôsobujúce zdravotné postihnutie, pričom však nezdôrazňuje medicínske faktory, ale faktory prostredia a kultúrne faktory. Zameriava sa na objasnenie toho, ako ľudia so zdravotným postihnutím pociťujú znevýhodnenie. Podľa tohto modelu práve spoločnosť vytvára zdravotné postihnutie prostredníctvom negatívnych vzťahov, stigmatizácie, či predsudkov. Tieto aspekty zdôrazňujú pojmy ako spôsobilosť, potreba prispôsobenia alebo všeobecný dizajn práva, odlišnosť. Výsledkom týchto tvrdení je, že ľudia so zdravotným postihnutím sú v danej spoločnosti znevýhodnení. Tento model si vyžaduje reakciu zo strany spoločnosti, štátu, nakoľko tento problém je spôsobený nevhodným fyzickým prostredím, ktoré je vytvorené postojmi a inými prejavmi spoločnosti. Sociálny model uznal právo zdravotne postihnutých ľudí začleniť

sa do spoločnosti po boku ľudí bez zdravotného postihnutia. Odmieta charitu ako spôsob riešenia danej znevýhodnenej situácie, ale namiesto toho hľadá možnosti riešenia v zákone poskytujúceho rovnaké práva ľuďom so zdravotným postihnutím. (Gijzen, 2006) Zákon č. 447/2008 o peňažných príspevkoch na kompenzáciu ťažkého zdravotného postihnutia a o zmene a doplnení niektorých zákonov v § 1 odsekoch 3 a 4 ťažké zdravotné postihnutie vymedzuje ako „...zdravotné postihnutie s mierou funkčnej poruchy najmenej 50 %. Funkčná porucha je nedostatok telesných schopností, zmyslových schopností alebo duševných schopností fyzickej osoby, ktorý z hľadiska predpokladaného vývoja zdravotného postihnutia bude trvať dlhšie ako 12 mesiacov.“

Legislatívny rámec ochrany ľudských práv osôb so zdravotným postihnutím

Ľudské práva a slobody sú založené na rešpektovaní dôstojnej ľudskej bytosti, života, slobody a majetku jednotlivca a jeho práv v občianskej spoločnosti. Sú zakotvené nielen v národných ústavách a právnych systémoch, ale aj v dokumentoch medzinárodných organizácií. Aktuálne akceptovaný rozsah ľudských práv je vymedzený v príslušných medzinárodných dokumentoch prijatých v rámci OSN, Rady Európy, poprípade ďalších regionálnych organizáciách. Dokumenty medzinárodných organizácií boli inkorporované do vnútroštátnych právnych systémov, čím vznikla dvojité ochrana ľudských práv a slobôd (Ottová, Vaculíková, 1998, s. 93).

Základným nástrojom ochrany ľudských práv osôb so zdravotným postihnutím sú zákony a ďalšie záväzné právne predpisy. Repková a Brichtová (2009) uvádzajú, že existuje množstvo kľúčových dokumentov na celosvetovej, európskej či národnej úrovni, ktoré priamo determinujú obsah verejných politík v oblasti ochrany ľudských práv osôb so zdravotným postihnutím.

Medzinárodná ochrana ľudských práv osôb so zdravotným postihnutím

Problemátike ľudských práv osôb so zdravotným postihnutím sa venuje viacero medzinárodných dokumentov, napr. „Európska sociálna charta“, „Všeobecná deklarácia ľudských práv“, „Štandardné pravidlá OSN na vytváranie rovnakých príležitostí pre osoby so zdravotným postihnutím“, „Dohovor OSN o právach osôb so zdravotným postihnutím“, „Pekinská deklarácia o právach zdravotne postihnutých ľudí v novom storočí“, „Amsterdamská zmluva“, Európska deklarácia „Média a zdravotne postihnutí“ a pod.

K najvýznamnejším medzinárodným dokumentom týkajúcich sa ľudských práv možno zaradiť Všeobecnú deklaráciu ľudských práv. Je to dokument, ktorý zahŕňa do svojej ochrany všetky ľudské bytosti bez výnimky. Všeobecná deklarácia o ľudských právach (1948, s. 1) hovorí, že „všetky ľudské bytosti sú si rovné v dôstojnosti a svojich právach“. Každý má právo na dôstojný život, adekvátnu životnú úroveň, zdravotnú starostlivosť a potrebné sociálne služby a pod.

Pekinská deklarácia o právach zdravotne postihnutých ľudí v novom storočí bola prijatá 12. marca 2000 na Svetovom summite (konferencii na najvyššej úrovni) mimovládnych organizácií o zdravotnom postihnutí. V bode 8 písmená a) až d) sa

zameriava na zlepšenie celkovej kvality života ľudí s rozličným zdravotným postihnutím a odstránenie utrpenia a chudoby, vzdelávanie, tréning, lukratívnu prácu a účasť na rozhodovacom procese na všetkých úrovniach, vylúčenie diskriminačných postojov a praktík ako aj bariér informačných, právnych a bariér v infraštruktúre a zvýšené pridelenie zdrojov, aby sa zaistila rovnaká účasť ľudí so zdravotným postihnutím (Pekingská deklarácia o právach..., 2000).

Dôležitým prelomom v prístupe k právam osôb so zdravotným postihnutím bol Dohovor OSN o právach osôb so zdravotným postihnutím (ďalej len Dohovor), ktorý bol prijatý Organizáciou spojených národov dňa 13. decembra 2006. Cieľom Dohovoru je zabezpečiť, aby ľudia so zdravotným postihnutím požívali ľudské práva a základné slobody na rovnakom základe ako ktokoľvek iný. Poskytuje ochranu pre ľudí so zdravotným postihnutím na celom svete. Dohovor neustanovuje žiadne nové práva, ale skôr zdôrazňuje a konsoliduje existujúce práva a slobody osôb so zdravotným postihnutím a medzinárodné záväzky štátov. Definuje zdravotné postihnutie ako prvok ľudskej rozmanitosti a vyzdvihuje ich príspevok pre spoločnosť. Obsahuje súhrn všetkých ľudských práv z hľadiska ich uplatňovania ľuďmi so zdravotným postihnutím a na ich prospech ako aj záväzky signatárskych vlád. Podporuje aktívne začleňovanie osôb so zdravotným postihnutím do života spoločnosti (Reháková, Měchura, 2008).

V roku 2009 aj Európske spoločenstvo ratifikovalo Dohovor OSN o právach osôb so zdravotným postihnutím. Táto ratifikácia znamená výrazný politický pokrok v presadzovaní záväzkov v oblasti ľudských práv a posúva problémy súvisiace so zdravotným postihnutím medzi priority EÚ v oblasti ľudských práv. Ide o historicky prvú medzinárodnú zmluvu o ľudských právach prijatú Európskym spoločenstvom (Daydé, 2009).

Pozornosť Európskej únie je venovaná aj diskriminácii z hľadiska zdravotného postihnutia, ktorá sa odrazila už v Amsterdamskej zmluve, ktorú prijala Rada Európskej únie v roku 1997. Táto zmluva uvádza v článku 13, ktorý udelil Spoločenstvu kompetencie „podniknúť príslušné kroky v boji s diskrimináciou založenou na pohlaví, rasovom alebo etnickom pôvode, náboženstve alebo vierovyznaní, postihnutí, veku alebo sexuálnej orientácii“ (Amsterdamská zmluva, 1999).

Charta základných práv EÚ, prijatá na Európskej rade v Nice v roku 2000 a zmenená v roku 2007 v Štrasburgu, taktiež obsahuje zákaz akejkoľvek diskriminácie na základe zdravotného postihnutia (článok 21). Za základné právo uznáva „právo zdravotne postihnutých osôb čerpať z opatrení určených na zabezpečenie ich nezávislosti, sociálnej a pracovnej integrácie a účasti na živote spoločnosti.“ V čl. 26 je ukotvená integrácia osôb so zdravotným postihnutím a v čl. 29 právo na prístup k službám zamestnanosti (Charta základných práv Európskej únie, 2000).

Európska komisia dňa 15. novembra 2010 prijala Európsku stratégiu v oblasti zdravotného postihnutia na obdobie rokov 2010–2020: obnovený záväzok vybudovať Európu bez bariér. Základným cieľom tejto stratégie je umožniť ľuďom so zdravotným postihnutím plne využiť všetky ich práva a naplno ťažiť z ich zapojenia do spoločnosti a európskej ekonomiky.

Stratégia je zameraná na odstraňovanie bariér. Komisia identifikovala 8 hlavných oblastí, v ktorých je potrebné prijať opatrenia:

- 1) Bezbariérovosť – znamená, že ľudia so zdravotným postihnutím majú, rovnako ako iní ľudia, prístup k „fyzickému“ prostrediu, doprave, informáciám a komunikačným technológiám a systémom (IKT), ako aj k iným prostriedkom a službám. Cieľom EÚ je zaručiť bezbariérový prístup k tovarom, službám vrátane verejných služieb a k asistenčným pomôckam pre ľudí so zdravotným postihnutím.
- 2) Zapojenie – ešte stále existuje množstvo prekážok, ktoré ľuďom so zdravotným postihnutím bránia v plnom výkone ich základných práv a obmedzujú ich možnosť zapojiť sa do spoločnosti rovnakým spôsobom ako iní ľudia. Medzi tieto práva patrí právo na voľný pohyb, na základe ktorého sa môžu rozhodnúť kde a ako žiť, a právo na plný prístup ku kultúrnym, rekreačným a športovým aktivitám. Cieľom EÚ je dosiahnuť plné zapojenie ľudí so zdravotným postihnutím do spoločnosti tým, že budú môcť využívať všetky výhody občianstva EÚ, odstránením administratívnych a názorových bariér, ktoré bránia ich plnému a rovnoprávnemu zapojeniu, poskytovaním kvalitných komunitných služieb, vrátane možnosti využívať osobných asistentov.
- 3) Rovnosť – zabezpečiť aktívny výkon práva a implementovať aktívnu politiku na boj proti diskriminácii, ako aj propagáciu rovnakých príležitostí v politikách EÚ. EÚ sa sústreďuje aj na kumulatívny vplyv diskriminácie, ktorú ľudia so zdravotným postihnutím môžu pociťovať aj v súvislosti s ich štátnou príslušnosťou, vekom, rasou alebo etnickým pôvodom, pohlavím, náboženstvom alebo vierou, príp. ich sexuálnou orientáciou. Cieľom EÚ je zrušiť v EÚ diskrimináciu na základe zdravotného postihnutia.
- 4) Zamestnanosť – podpora tvorby kvalitných pracovných miest pre ľudí so zdravotným postihnutím. Cieľom EÚ je dať oveľa väčšiemu počtu ľudí so zdravotným postihnutím možnosť zárobku na otvorenom trhu práce.
- 5) Vzdelávanie a odborná príprava – cieľom EÚ je podporovať inkluzívne, ako aj celoživotné vzdelávanie žiakov a študentov so zdravotným postihnutím.
- 6) Sociálna ochrana – aktívne využívať výhody systémov sociálnej ochrany a programov na znižovanie chudoby, pomoci súvisiacej so zdravotným postihnutím, programov sociálneho bývania a iných pomocných služieb, ako aj z dôchodkových schém a schém podpory pre zdravotne postihnutých. Cieľom EÚ je presadzovať slušné životné podmienky pre ľudí so zdravotným postihnutím.
- 7) Zdravie – ľudia so zdravotným postihnutím majú právo na rovnaký prístup k zdravotnej starostlivosti, vrátane preventívnych zdravotných prehliadok a k špecializovaným kvalitným zdravotníckym a rehabilitačným službám, v ktorých sú zohľadnené ich potreby, vrátane rodových potrieb. Cieľom EÚ je podporovať rovnaký prístup k zdravotníckym službám pre ľudí so zdravotným postihnutím a k zariadeniam, ktoré takéto služby poskytujú.
- 8) Vonkajšia činnosť – aktívne zapojenie EÚ a členských štátov do presadzovania práva ľudí so zdravotným postihnutím pri svojej vonkajšej činnosti, vrátane

rozširovania EÚ, susedských a rozvojových programov. Cieľom EÚ je zvýšiť povedomie spoločnosti o problematike zdravotného postihnutia a podporiť lepšiu informovanosť ľudí so zdravotným postihnutím o svojich právach a o ich výkone (Európska stratégia pre oblasť zdravotného postihnutia, 2010).

Ochrana ľudských práv osôb so zdravotným postihnutím v Slovenskej republike

Nosným pilierom legislatívnej úpravy v Slovenskej republike je ústavný zákon č. 460/1992 Zb. – Ústava Slovenskej republiky v znení neskorších predpisov, ktorá zaručuje základné ľudské práva a slobody na území Slovenskej republiky všetkým ľuďom. V článku 12 ods. 2 sa uvádza, že „základné práva a slobody sa zaručujú na území Slovenskej republiky všetkým bez ohľadu na pohlavie, rasu, farbu pleti, jazyk, vieru a náboženstvo, politické, či iné zmýšľanie, národný alebo sociálny pôvod, príslušnosť k národnosti alebo etnickej skupine, majetok, rod alebo iné postavenie. Nikoho nemožno z týchto dôvodov poškodzovať, zvýhodňovať, alebo znevýhodňovať“ (Ústava Slovenskej republiky, 2004, s. 12). Z daného ustanovenia jednoznačne nevyplýva, že faktorom znevýhodnenia by nemalo byť zdravotné postihnutie, preto sú v čl. 38–40 vyšpecifikované niektoré práva, ktoré sa bezprostredne týkajú ochrany ľudí so zdravotným postihnutím.

K dôležitým národným dokumentom v oblasti ochrany ľudských práv osôb so zdravotným postihnutím zaraďujeme aj Národný program rozvoja životných podmienok občanov so zdravotným postihnutím vo všetkých oblastiach života (ďalej len Národný program), ktorý vypracovala Rada vlády Slovenskej republiky pre problematiku občanov so zdravotným postihnutím na základe Štandardných pravidiel a ktorý bol Vládou Slovenskej republiky schválený v roku 2001.

Cieľom Národného programu je vytváranie rovnakých príležitostí a integrácia občanov so zdravotným postihnutím do života. Vychádza z toho, že „spoločnosť má byť budovaná tak, aby všetky jej kvality – životné podmienky a prostredie, zdravotná a sociálna starostlivosť, vzdelanie a dostupnosť informácií, pracovné, spoločenské a kultúrne uplatnenie, služby a výrobky, jednoducho všetky oblasti života boli dostupné všetkým občanom bez rozdielu, alebo jednoduchým a primeraným spôsobom boli sprístupnené a prispôsobené aj potrebám občanov so zdravotným postihnutím vzhľadom na druh ich zdravotného postihnutia“ (Prekladacia správa).

Národný program je v procese jeho realizácie pravidelne ročne vyhodnocovaný, aktualizovaný a podľa potreby dopĺňovaný.

K nástrojom ochrany ľudí so zdravotným postihnutím zaraďujeme aj zákony a ďalšie záväzné právne predpisy. Konkrétne ide napr. o Zákon č. 448/2008 Z.z. o sociálnych službách, Zákon č. 447/2008 Z.z. o peňažných príspevkoch na kompenzáciu ťažkého zdravotného postihnutia, Zákon č. 5/2004 Z.z. o službách zamestnanosti, Zákon č. 365/2004 Z.z. o rovnakom zaobchádzaní v niektorých oblastiach a ochrane pred diskrimináciou (tzv. antidiskriminačný zákon) a pod.

Antidiskriminačný zákon zakazuje priamu aj nepriamu diskrimináciu na základe zdravotného postihnutia. Priama diskriminácia na základe zdravotného postihnutia znamená, že s osobou so zdravotným postihnutím sa zaobchádza menej priaznivo ako

s osobou bez postihnutia v podobnej situácii. Nepriama diskriminácia nastáva, keď podmienky či požiadavky sú rovnaké pre ľudí s postihnutím aj bez postihnutia, v praxi však človek s postihnutím tieto požiadavky kvôli svojmu postihnutiu nedokáže splniť, prípadne podmienky ho poškodzujú.

Eliminácii diskriminácie v oblasti zamestnávania osôb so zdravotným postihnutím a pomoci odstraňovať nízku mieru informovanosti o možnostiach ochrany a pomoci v prípade diskriminačných praktík zo strany štátnych orgánov, zamestnávateľov a samospráv sa venujú medzinárodné i národné inštitúcie, ako napr. Európske fórum zdravotného postihnutia, Rada vlády SR pre osoby so zdravotným postihnutím, ako aj niektoré občianske združenia, napr. Slovenský zväz zdravotne postihnutých.

Záver

Všeobecná deklarácia ľudských práv považuje všetkých ľudí za rovných vo svojich právach a ľudskej dôstojnosti. Túto myšlienku zvyšujú na zákon národné ústavy jednotlivých štátov. V každodennom živote to znamená, že všetci majú rovnaké práva na zaradenie sa do spoločnosti, na užívanie hodnôt a produktov spoločnosti. Napriek tomu sú v spoločnosti jednotlivci a skupiny, u ktorých dochádza k porušovaniu ich práv a diskriminácii. K takýmto skupinám môžeme zaradiť aj osoby so zdravotným postihnutím a preto je potrebné, aby im aj naďalej bola venovaná pozornosť a aby boli vytvárané podmienky pre ich začlenenie do všetkých oblastí spoločenského života.

Literatura

- [1] Amsterdamská zmluva [online]. 1997. 250 s. [2010–09–22]. Dostupné na: <<http://www.nrsr.sk/Static/sk-SK/EU/Doc/amsterdamska-zmluva.pdf>>
- [2] BRAŽINOVÁ, A. – REHÁKOVÁ, A. Zdravotné postihnutie a diskriminácia [online]. 2006. [cit. 2011–07–05]. Dostupné na: <<http://www.equalslovakia.sk/fileadmin/universitypress.org.uk/journals/ami/19-915.>>
- [3] DAYDÉ, A. Ľudské práva: historická ratifikácia Európskeho spoločenstva [online]. 2009. 1. [cit. 2010–01–02]. Dostupné na: <<http://www.nrozp.sk/index.php/component/content/article/47-informane-spravy/125-europske-forum-zdravotneho-postihnutia>>
- [4] Európska stratégia v oblasti zdravotného postihnutia na obdobie rokov 2010–2020: obnovený záväzok vybudovať Európu bez bariér [online]. 2010. 13 s. Dostupné na: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2010:0636:FIN:SK:PDF>
- [5] GIJZEN, M. Teórie o zdravotnom postihnutí a antidiskriminačnom práve zdravotne postihnutých: posun z medicínskeho na sociálny model. In Aktivisti a obhajcovia práv zdravotne postihnutých – tréningová príručka. Bratislava: Slovenské národné stredisko pre ľudské práva, 2006. ISBN 80-89016-14-6.

- [6] HANÁČEK, J. Choroba a zdravie. [online]. 2011. [cit. 2011–09–30]. Dostupné na: <http://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:LvRH21UVDssJ:www.jfmed.uniba.sk/fileadmin/user_upload/editors/PatFyz_Files/Prednasky_v_slovincine/11Choroba_a_zdravie.ppt+WHO+zdravie+definicia&hl=sk&gl=sk&pid=bl&srcid=ADGEESSgvbJX3izxX7F6LMAx_Ad1HJBHkr8UGcZyj2FW7D_C_3hy8iI93rtGQb3lsTW3wOScYggDX3WdX1dESvRqtLz48kHpLMGem5TW2vDx_exE3whXUMcvN15Zu23B1aAWL8nyR9dh&sig=AHIEtbTOFWAwBLKIOF209KDD51OUFFrfMQ>
- [7] Charta základných práv Európskej únie [online]. 2000. [cit. 2010–05–30]. Dostupné na: <<http://eur-lex.europa.eu/sk/treaties/dat/32007X1214/htm/C2007303SK.01000101.htm>>
- [8] KLEINOVÁ, L. Pojem zdravie a zdravotné postihnutie, duševné ochorenie. [online]. 2009. [cit. 2011–09–30]. Dostupné na: <<http://www.modrykonik.sk/fotoblog/odoske/clanok/pojem-zdravie-a-zdravotne-postihnutie-dusevne-o/>>
- [9] MATOUŠEK, O. Sociální práce v praxi – Specifika různých cílových skupin a práce s nimi. Praha: Portál, 2005. 351 s. ISBN 80-7367-002-X.
- [10] OTTOVÁ, E. – VACULÍKOVÁ, N. Úvod do štúdia práva. Bratislava: Právnická fakulta Univerzity Komenského, 1998. 101 s. ISBN 80-7160-106-3.
- [11] Pekingská deklarácia o právach zdravotne postihnutých ľudí v novom storočí [online]. 2000. 1 s. Dostupné na: <http://www.informovany-pacient.sk/source/download/Pekingska_deklaracia.pdf>
- [12] PIERSON, J. Collins dictionary of Social work, Glasgow: Harper Collins Publisher, 2002, 616 s. ISBN 100-00-721478-2.
- [13] Predkladacia správa [online]. 2 s. [cit. 2011–09–30]. Dostupné na: <http://www.google.sk/#sclient=psy-ab&hl=sk&source=hp&q=predkladacia+spr%C3%A1va+n%C3%A1rodn%C3%BD+program&pbx=1&oq=predkladacia+spr%C3%A1va+n%C3%A1rodn%C3%BD+program&aq=f&aqi=&aql=&gs_sm=e&gs_upl=75112017574991217578321351271017171217541975012-1.8.4.7.112610&bav=on.2,or.r_gc.r_pw.,cf.osb&fp=f7414400b88df4fb&biw=1229&bih=518>
- [14] REPKOVÁ, K. – BRICHTOVÁ, L. Sociálna ochrana starších osôb a osôb so zdravotným postihnutím – vybrané aspekty. Bratislava: EPOS, 2009. 463 s. ISBN 978-80-8057-797-1.
- [15] REHÁKOVÁ, A. – MĚCHURA, M. Spoluúčasť občanov so zdravotným postihnutím na odstraňovaní diskriminácie [online]. Bratislava: Národná rada občanov so zdravotným postihnutím v SR, 2008. 24 s. [cit. 2010–01–01]. Dostupné na: http://www.nrozp.sk/files/DISKR_broz.pdf.
- [16] REPKOVÁ, K. Zdravotné postihnutie v kontexte novodobej sociálnej politiky. Bratislava: Informačná kancelária Rady Európy, 2003. 214 s. ISBN 80-89141-03-X.

- [17] REPKOVÁ, A. – HROZENSKÁ, M. Kvalita života starších ľudí ako výsledok vzájomného pôsobenia sociálnych a zdravotných faktorov. In Dni sociálnej práce a „INTERRA 8“. Nitra: Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva, 2009. ISBN 978-80-8094-659-3. s. 197-203.
- [18] Ústava Slovenskej republiky. Bratislava: Kancelária Národnej rady Slovenskej republiky, 2004. 85 s. ISBN 80-89052-20-7.
- [19] Všeobecná deklarácia ľudských práv [online]. 5 s. [cit. 2010-03-26]. Dostupné na: <http://www.amnesty.sk/article_files/file/UDHRvSVK.pdf>
- [20] Zákon č. 447/2008 o peňažných príspevkoch na kompenzáciu ťažkého zdravotného postihnutia a o zmene a doplnení niektorých zákonov.
- [21] Zdravie podľa WHO a WFMH [online]. 2011. [cit. 2011-09-30]. Dostupné na: <<http://www.zdravaludskost.estranky.sk/stranka/zdr>>

Human Rights Protection with the Accent on Disabled People

Abstract

In the contribution we deal with the problems of disability and the human right protection of disabled people at international and national level.

Key words

Health. Human Rights. Disability.

Kontaktní údaje

Mgr. Jana Gabrielová
Mgr. Petra Gajdošová
Katedra sociálnej práce a sociálnych vied
Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva
Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre
Kraskova 1, 949 74 Nitra
e-mail: jana.gabrielova@ukf.sk
petra.gajdosova@ukf.sk

Strach z bolesti u dětí školního věku

Lenka Görnerová

Vysoká škola polytechnická Jihlava, Katedra zdravotnických studií

Abstrakt:

Hlavním tématem je zjistit strach z bolesti u dětí školního věku, hospitalizovaných na oddělení větších dětí. Jako cíl bylo stanoveno zjistit míru strachu z malé bolesti, velké bolesti a lékařských výkonů u dětí. Ve všech těchto kategoriích podle počtu bodů vychází buď strach podprůměrný, průměrný nebo nadprůměrný. V realizovaném výzkumu byla použita metoda dotazníku, zdroj: McNEIL, W. Daniel (Oklahoma State University), RAINWATER, J. Avie (Medical University of South Carolina): Fear of Pain Questionnaire III (Dotazník strachu z bolesti - FPQ-III CZ), 1998. Translation: D. Skorunka, V. Mareš, Univerzita Karlova, Lékařská fakulta v Hradci Králové, 2000, doplněného o anamnestické údaje. Na základě zjištěného jsme dospěli k názoru, že u dětí z malé velké bolesti je oprávněný průměrný strach z bolesti vzhledem ke změně zdravotního stavu a nezvyklému prostředí nemocnice. Pouze vyšly zarážející výsledky u strachu z lékařských výkonů, kde u více jak 2/3 dětí je nadprůměrný strach. Doporučení pro praxi jsou využívat holistický přístup, psychologickou přípravu pacientů, herní terapeuti na dětském oddělení, empatický přístup a klást důraz na celoživotní vzdělávání zdravotnických pracovníků.

Klíčová slova:

Bolest. Dítě. Pacient. Sestra. Strach. Úzkost.

1. Úvod

Bolest je provázena strachem. Strach z bolesti je reálný a rozšířený jev. Strach z bolesti je oblastí, která by měla zajímat nejen pacienty, ale především zdravotníky, protože z medicínského hlediska představuje značný problém. Bolest patří nerozlučně k lidskému životu, je znamením, že se v člověku děje něco špatného. Strach je přirozená psychická funkce, jejímž účelem je ochrana života. Pocit strachu je důležitý prostředek sebezáchovy a sebeobrany. Jeho výsledek je opatrnost, zdrženlivost a ostražitě zkoumání momentální situace (Stuchlíková, 2002). Jedinec je schopen identifikovat příčinu svého strachu. Strach vyvolává u jedince snahu vyhnout se ohrožení, uniknout, nebo zaútočit (Rhudy, Meagher, 2000). Strach doprovází člověka po celý život. Jeho forma a intenzita se mění vlivem různých okolností, včetně věku (Vymětal, 2003). O strachu lze mluvit až v druhé polovině prvního roku života. Do té doby reaguje na nelibé podněty otažením, vyhýbáním se a křikem. Známý je strach osmiměsíčních dětí, které většinou reagují ustrašeně a pláčem na přítomnost obličeje neznámého člověka. Strach u dětí předškolního věku souvisí s jejich bohatou fantazií. Strach naučený od druhých lidí nápodobou bývá silnější než strach vzniklý na základě

reálné zkušenosti. U dětí školního věku se setkáváme se školní fobií. Doba školní docházky je dobou soutěžení a srovnávání, proto i příležitostí ke vzniku méněcennosti, jež bývají doprovázené větší úzkostí a strachem (Vymětal, 2003). Strach z akutní bolesti je nejčastěji prezentován případy aplikování injekce, očkování, odběr krve. Strach z injekce bývá individuálně odlišný a klesá s přibývajícím věkem. Výzkum Boumakiho zjistil, že starší děti a děti s vyšším prahem bolesti projevují při aplikování injekce mnohem méně bolestivého chování, užívají méně slov k vyjádření prožívané bolesti a mají během výkonu nižší tepovou frekvenci. Děti, u nichž byly zaznamenány výraznější změny tepové frekvence, se vyznačovali nižším prahem bolesti a větším strachem z bolesti (Bournaki, 1997). Je dokázáno, že se chlapci a děvčata poněkud liší v prožívání normálního strachu. Chlapci se více bojí poranění, úrazů, selhání vystavujícího se posměchu, školních situací, strašidelných snů, fantastických příšer. Děvčata se více bojí tmy, podivných zvuků, neznámých objektů, cizích osob, únosu, okradení, myši, pavouků, hadů, strašidelných domů. Většina výzkumů zjistila, že intenzita prožívaného strachu bývá u děvčat vyšší než u chlapců (Gullone, 2000). Strach z bolesti vzniká zřejmě v dětství a podílejí se na něm, svým malým zájmem o dětskou bolest, včetně necitlivého provádění bolestivých výkonů u dětí, i sami zdravotníci. Sledování bolesti a její záznam je prováděn vždy podle standardu ošetrovatelské péče. Záznam o bolesti je vyplněn nelékařským zdravotnickým pracovníkem dle kompetencí ve spolupráci s pacientem (Cetlová, 2011, s. 99). Málo se ví o prevenci strachu z bolesti a nejvhodnějších intervenčních postupech, když už se strach objeví.

2. Materiál a metody

Ve výzkumu se zabývám strachem z bolesti u dětí od 10 do 17 let věku. Vzorek je tvořen dětmi školního věku hospitalizovanými na dětském oddělení. Ke sběru dat byla použita metoda standardizovaného screeningového dotazníku [McNEIL, W. Daniel (Oklahoma State University), RAINWATER, J. Avie (Medical University of South Carolina): Fear of Pain Questionnaire III (Dotazník strachu z bolesti - FPQ-III CZ), 1998. Translation: D. Skorunka, V. Mareš, Univerzita Karlova, Lékařská fakulta v Hradci Králové, 2000] doplněného o anamnestické údaje. Snahou bylo zjistit míru strachu z velké bolesti, malé bolesti a lékařských výkonů. Předem po domluvě s manažerem pro ošetrovatelskou péči byl dotazník předán vedoucí sestře oddělení větších dětí a poté distribuován hospitalizovaným pacientům. Dotazník byl anonymní a jeho vyplnění nebylo časově omezeno. Návratnost dotazníku byla 100% (100 dotazníků ze 100 distribuovaných). Použito pro výzkum bylo všech 100 dotazníků.

3. Výsledky a diskuse

Výsledky výzkumu jsou znázorněny grafem ve standardizovaném dotazníku strachu z bolesti ke třem sledovaným oblastem: strach z velké bolesti, strach z malé bolesti a strach z lékařských výkonů. Všechny výsledky jsou komentovány.

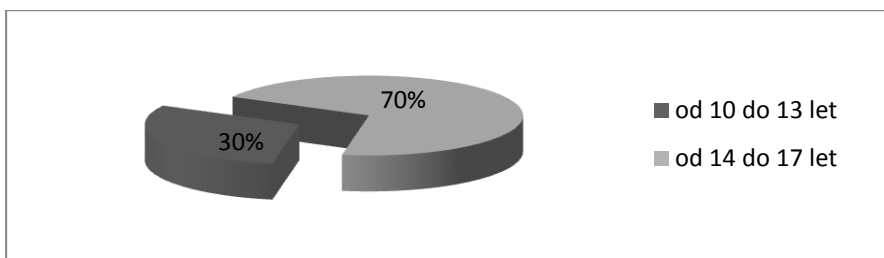
4. Vyhodnocení dotazníku z dětského oddělení

Věk

Tab. 1: Věk pacientů

od 10 do 13 let	od 14 do 17 let
30	70

Graf 1: Věk pacientů



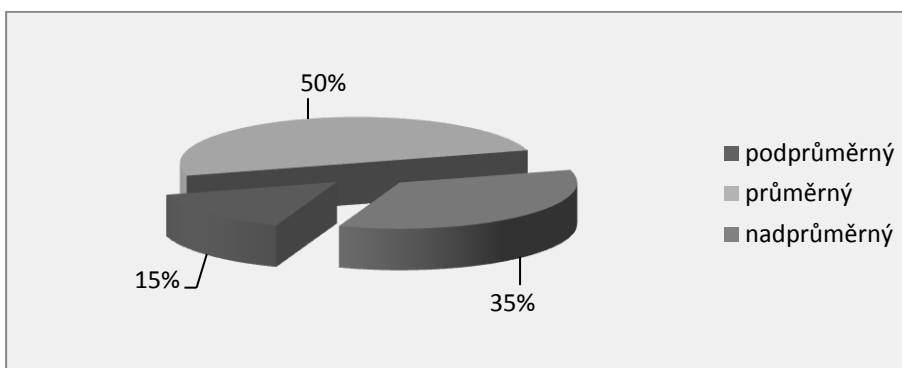
Komentář: 70 %, dotazovaných pacientů na dětském oddělení bylo ve věku od 14 do 17 let. 30 % dotazovaných chlapců a dívek bylo ve věku od 10 do 13 let. Nejvyšší věk chlapci i dívky 17 let. Nejnižší věk chlapci i dívky 10 let.

Strach z velké bolesti

Tab.2: Strach z velké bolesti

podprůměrný	průměrný	nadprůměrný
15	50	35

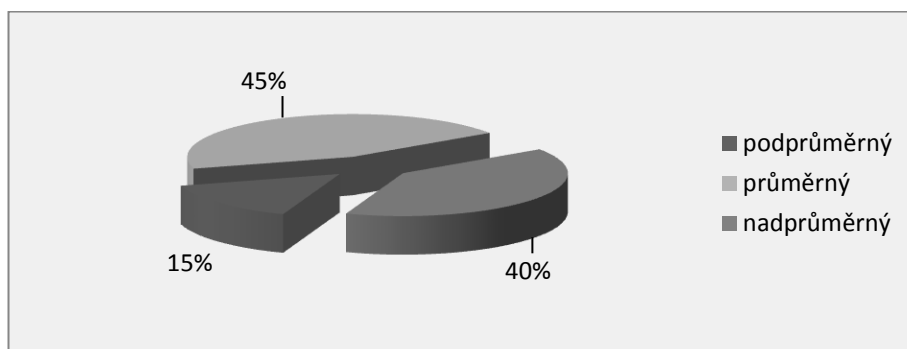
Graf 2: Strach z velké bolesti



Komentář: Z výsledku dotazníku vyšlo, že 50 % pacientů má strach z velké bolesti průměrný, 35 % nadprůměrný a 15 % podprůměrný.

Strach z malé bolesti**Tab. 3:** Strach z malé bolesti

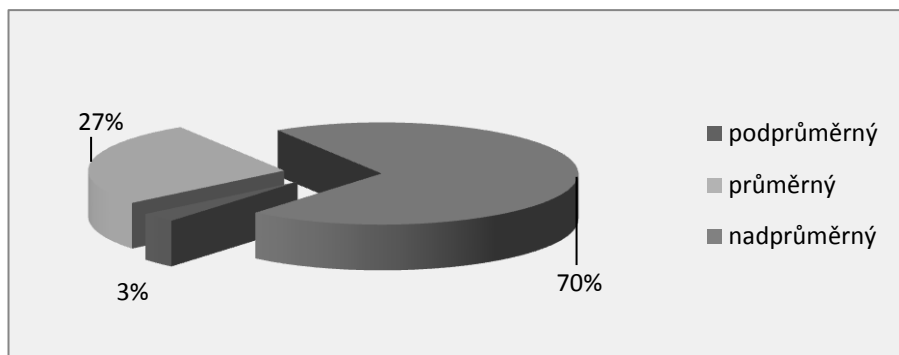
podprůměrný	průměrný	nadprůměrný
15	45	40

Graf 3: Strach z malé bolesti

Komentář: 45 % dotazovaných chlapců a dívek na dětském oddělení má z malé bolesti průměrný strach, 40 % nadprůměrný a 15 % podprůměrný.

Strach z lékařských výkonů**Tab. 4:** Strach z lékařských výkonů

podprůměrný	průměrný	nadprůměrný
3	27	70

Graf 4: Strach z lékařských výkonů

Komentář: 70 % dotazovaných dětských pacientů má z lékařských výkonů nadprůměrný strach, 27 % má z lékařských výkonů průměrný strach a pouze 3 % podprůměrný strach.

5. Diskuse

Strach z velké bolesti

Z výsledků šetření vyplývá, že z velké bolesti má na dětském oddělení nejvíce pacientů průměrný strach (50 %). Nadprůměrný strach vyšel u 35 % dotazovaných dětí a pouze 15 % má strach podprůměrný. Strach z velké bolesti popisují v dotazníku různé situace např. zlomenina ruky, popálení cigaretou, pád ze schodů apod. Mysleli jsme si, že u dětí bude převládat nadprůměrný strach. Byli jsme překvapeni, že polovina odpověděla tak, že vyšel strach průměrný. Je to dáno myslíme tím, že většina dětí se s danou situací ještě nesetkala, a proto nezná bolest, která je tím vyvolána. U dětí je strach hlavně ovlivněn dospělými osobami, převážně rodiči. Samo dítě tak velký strach neprojevuje. Proto jsou výsledky šetření takové.

Strach z malé bolesti

Z malé bolesti má 45 % chlapců a dívek hospitalizovaných na dětském oddělení průměrný strach. Nadprůměrný strach má 40 % dotazovaných dětských pacientů a pouze 15 % má strach podprůměrný. Je vidět, že situace poukazující na malý strach, např. kousnutí se do jazyka při jídle, polykání velmi horkého nápoje apod., jsou dětem známější a většina z nich se s nimi jistě setkala, proto není v průměrném a nadprůměrném strachu velký rozdíl. Je vidět, že děti se známějších situací bojí, protože vědí jak velká bolest nastane. V dětské psychice je bolest velice dobře zakódována a snaží se bolestivým situacím vyhnout.

Strach z lékařských výkonů

V kategorii strachu z lékařských výkonů jsou u hospitalizovaných dětí opravdu zárazející výsledky. 70 % dětských pacientů má nadprůměrný strach z lékařských výkonů, což je z našeho pohledu velmi špatný výsledek. 27 % chlapců a dívek má strach průměrný a pouhá 3 % podprůměrný. Je pravda, že lékařské výkony jsou v dotazníku znázorněny situacemi např. odběr krve, aplikace injekce do paže, do hýždě apod. Hospitalizované děti byly jistě těmto výkonům vystaveny opakovaně, a proto z nich mají strach. Domníváme se, že je to způsobeno tím, že je dětem věnováno méně času vysvětlením výkonu než je potřeba. Nebo se jim neříká úplná pravda, často slyší: „neboj jenom trochu to štípne a bude to“. Dítě si představuje danou bolest menší než potom ve skutečnosti je. Proto si myslíme, že vychází z výsledků šetření u více jak 2/3 hospitalizovaných dětí nadprůměrný strach z lékařských výkonů. Je to jistě způsobeno i tím, že to jsou pro děti nepříjemné situace.

6. Závěr

V tomto výzkumu byl hodnocen strach z bolesti u dětí školního věku hospitalizovaných na dětském oddělení, standardizovaným dotazníkem strachu z bolesti doplněného o anamnestické údaje. Strach z bolesti byl hodnocen ve třech kategoriích: strach z velké bolesti, malé bolesti a lékařských výkonů a ve všech těchto kategoriích podle počtu bodů vychází u dětí buď strach podprůměrný, průměrný nebo nadprůměrný. Na dětském oddělení byl strach hodnocen u hospitalizovaných chlapců

a dívek na oddělení větších dětí, kteří již byli schopni porozumět dotazníku. V oblasti velké a malé bolesti uvedlo nejvíce hospitalizovaných dětských pacientů průměrný strach. V oblasti lékařských výkonů uvedlo více jak 2/3 dětí strach nadprůměrný, což je výsledek, kterým jsem byla velice zaskočena. Průměrný strach z velké a malé bolesti jsou vcelku uspokojivé výsledky vzhledem k tomu, že dítě je vytrženo z rodiny a ocitá se v nezvyklém prostředí nemocnice. Zarážející je nadprůměrný strach z lékařských výkonů, který je vzhledem k věku hospitalizovaných dětí opravdu veliký a je potřeba řešit nějaká opatření na jeho snížení, např. herní terapeuti.

Navrhovaná opatření

Z pohledu sester uvádíme doporučení, která si myslíme že by mohla snížit strach z bolesti u hospitalizovaných pacientů. Holistický přístup – respektování individuálních vlastností pacienta a uspokojování biopsychosociálních potřeb. Od zdravotníků je vyžadována empatie, tolerance a akceptace. Tento přístup si zaslouží všichni pacienti bez ohledu na věk, rasu, sociální situaci či náboženské zaměření. Proto je nutné, aby všichni byli rozhodnutí tento přístup ve své práci uplatňovat a napomáhali tím ke spokojenosti pacientů. Úsměv na tváři by měl být pro nás odměnou za dobře poskytnutou péči. Psychologická příprava pacienta – tato příprava spočívá v dodání informací, které zdůvodní nutnost vyšetření či zákroku. Popíše stručně jeho průběh hlavně z pohledu pacienta. Vhodné je podávat informace v dostatečném předstihu, aby se nemocný mohl „vnitřně připravit“. Když se totiž pacient subjektivně připraví, tak to také lépe snáší. Herní terapeut na dětském oddělení – toto vidím jako velmi pozitivní vzhledem k výsledkům, které vyšly u hospitalizovaných dětí při dotazování strachu z lékařských výkonů. Myslím, že by tento terapeut měl být součástí týmu na každém dětském oddělení. Opakovaně by si měl s dětmi hrát na pacienta, sestřičku a lékaře, a tím jim tak přiblížit jakýkoliv zákrok. Odvádění pozornosti – zaměstnání pacientů četbou, posloucháním hudby, neomezeným přijímáním návštěv podle jejich libosti. Důležité je, aby pacient odpoutal myšlenky od strachu, který ho trápí. Napomoci mu v tom mohou i sestry, které s ním povedou dostatečně dlouhý rozhovor o rodině, zábavě apod. Mnohdy tuto metodu pacienti používají aniž by je to někdo učil. Empatický přístup – důležité dát nemocnému najevo, že víme jak mu je a jak trpí. Na druhou stranu mu ale klást různé dotazy, abychom nenápadně odvedli pozornost. Celoživotní vzdělávání zdravotnických pracovníků – je to v zájmu každého, jak se bude vzdělávat. Mělo by být i v zájmu nemocnice, aby měla vzdělaný a kvalifikovaný personál. Protože pouze zdravotník, který má dostatek informací z oblasti psychologie dovede nemocnému nejlépe pomoci snížit strach.

Seznam literatury

- [1] CETLOVÁ, Lada, DVOŘÁKOVÁ, Vlasta. 2011. *Zdravotnická dokumentace v nemocničním zařízení*. In *Zborník z XVIII. Vedeckej konferencie pedagogických pracovníkov s medzinárodnou účasťou Výchova a vzdelávanie v ošetrovatelstve zamerané na význam multidisciplinárnej spolupráce s odborom verejné zdravotníctvo a sociálna práca II., Varia*. Skalica: Vysoká škola zdravotníctva

- a sociálnej práce sv. Alžbety Bratislava, detašované pracovisko Skalica, 2011. ISBN 978-80-89271-99-3, s. 91–101.
- [2] BOURNAKI, M. C. Correlates of pain related responses to venipunctures in school age children. *Nursing Research*, 1997, vol. 46, n. 3, p. 147–154. ISSN 0029-6562.
- [3] GULLONE, E. The development of normal fear: A century of research. *Clinical Psychology Review*, 2000, vol. 20, n. 4, p. 429–451. ISSN 0272-7358.
- [4] RHUDY, J. L., MEAGHER, M. V. Fear and anxiety: Divergent effects on human pain thresholds. *Pain*, 2000, vol. 84, n. 1, p. 65–75. ISSN 0304-3959.
- [5] STUHLÍKOVÁ, Iva. *Základy psychologie emocí*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-553-9.
- [6] VYMĚTAL, Jan. *Lékařská psychologie*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-740-X.

Fear of Pain of School Children

Abstract

Main topic of this article is to find out the fear of pain of school age children hospitalized on children ward. The aim was to identify the level of fear of small pain, big pain and of medical procedures. In all those categories the number of points shows if the fear is under average, average or above average. In this research was used the questionnaire method, source: McNEIL, W. Daniel (Oklahoma State University), RAINWATER, J. Avie (Medical University of South Carolina): Fear of Pain Questionnaire III, 1998. Translated by: D. Skorunka, V. Mares, Charles University, Medical department Hradec Kralove, 2000, supplemented by anamnesis data. Based on received data we concluded that fear of small and big pain is justified due to the changed medical conditions and unusual environment in hospital. Surprising results were received in case of fear of medical procedures where two thirds of children stated above average fear. Recommendations for praxis are holistic approach, psychological preparation of patients, game therapists on children wards, emphatic approach and emphasis on all life education of health care professionals.

Key words

Pain. Child. Patient. Nurse. Fear. Anxiety.

Kontaktní údaje

Mgr. Lenka Görnerová, DiS.
Vysoká škola polytechnická Jihlava,
Katedra zdravotnických studií

Tolstého 16, 586 01 Jihlava

e-mail: lenkagornerova@seznam.cz, gornero@vspj.cz

Tel.: +420 567 141 233

PCA ako metóda (sociálnej) práce so suicidálnym klientom

Anna Kasanová, Martina Hrozenská

Katedra sociálnej práce a sociálnych vied Fakulty sociálnych vied a zdravotníctva Univerzity Konštantína Filozofa v Nitre

Abstrakt

Jednou z hraničných životných situácií v živote človeka je stav krajnej sociálnej a hmotnej núdze. Okolnosti, ktoré ho priviedli do tohto stavu, ako aj prežívanie krajných medzí, akými sú chudoba, bieda, strata práce, závislosti, strata rodinného zázemia a ďalšie, môžu viesť k stavom úzkosti a sebaobviňovania, až k samovražde. Príspevok je orientovaný na osoby, u ktorých doposiaľ nemusia byť viditeľné znaky klinickej poruchy, na podporu duševného zdravia a posilnenie protektívnych faktorov, ktoré oslabujú riziko rozvoja klinickej poruchy klienta ako aj na elimináciu príčinných a rizikových faktorov, ktoré spolupodmieňujú vznik tejto afektogénnej poruchy. Prináša efektívny spôsob sociálnej práce so suicidálnym klientom, ktorým je PCA.

Kľúčová slova

Intervencia. Prevencia. Prístup zameraný na človeka. Samovražda. Životná kríza.

Úvod

V psychologickom slovníku je samovražda definovaná ako „úmyselné ukončenie vlastného života, obvykle ako reakcia na zložitú životnú situáciu spojenú so stratou zmyslu života, s výskytom duševných chorôb, akými sú napr. depresie, schizofrénia, maniodepresivita...“ (Hartl, Hartlová, 2000, s. 525). Samovražda je obvykle afektogénna reakcia na záťažovú situáciu (stres), ktorá sa jednotlivcovi zdá byť bezvýhodisková a bezperspektívna (strata zmyslu života). V podstate ide o poruchu pudu sebazáchovy popísanú aj u niektorých druhov zvierat, veľmi vzácne tiež u detí. Objavuje sa obvykle už v pubescencii, vzostupnú tendenciu má v starobe. Častejší výskyt je u mužov ako u žien - u nich sa ale vyskytuje viac pokusov a tzv. nedokonaných samovrážd, často nátlakového a účelového charakteru. U nevyliciteľne chorých a trpiacich osôb, u osôb ťažko existenčne a inak postihnutých, bez ďalších životných perspektív sa objavuje tzv. bilančná samovražda ako úniková reakcia. Sú známe i nevedomé, ako prípady autodeštruktívnych (sebazničujúcich, autopunitívnych t.j. sebatrestajúcich) reakcií, realizované napríklad formou nevysvetliteľnej autohavárie. So špecifickými motívmi sa stretávame u detí a mladistvých, kde sa silne uplatňuje impulzívne správanie, a preto i príčiny samovrážd sú tu často veľmi subjektívne, súvisiace s nedostatočnou rozvahou a zhodnotením situácie. Psychoanalytici pripisujú rozhodujúci význam „trestajúcej funkcii“ superega.

Autori, opierajúci sa o koncept učenia, kladú dôraz na vývoj agresie zameranej na vlastnú osobu v spojení so stavmi úzkosti a sebaobviňovaním (viac o tom pozri: Vodáková, 1997, s. 76-77).

Samovražda, samovražedný pokus a všeobecne samovražedné správanie je téma obostretá určitým tajomstvom. Ide o problematiku, ktorá môže stigmatizovať postihnutého, ale aj jeho rodinu. Koutek a Kocourková (2003, s. 9) uvádzajú, že asi každého niekedy v živote, hlavne v adolescentnom vývojovom období napadlo, čo by bolo, keby dobrovoľne odišiel alebo odišla zo sveta. Od nápadu k samotnej realizácii je samozrejme ďaleko. Napriek snahe hľadať a nachádzať to, čo je všeobecné, prípadne spoločné pre samovraždy a jej jednotlivé druhy, osobné subjektívne prežívanie sociálnej skutočnosti nie je možné spracovať pozitívnymi vedeckými metódami bez porozumenia, vcítania sa a výkladu každého jednotlivého prípadu samovraždy človeka. Každá konkrétna životná skúsenosť človeka má popri všeobecných a navzájom porovnateľných prvkoch i neopakovateľnú, jedinečnú, individuálnu kvalitu vo vzťahu k vlastnému životu a k vlastnej smrti. Napriek tomu sa v prípade samovražd mladistvých uvádzajú isté príznaky, ktoré možno zaznamenať vopred. „K takýmto príznakom (tzv. presuicidálny syndróm) patrí reagovanie pri požiadavkách na výkon ľahostajnosťou a rezignáciou, depresívnymi náladami a ďalšími príznakmi, zvýrazňujúcimi stratu chuti do života. Patrí k nim znehodnocovanie všetkého, čo bolo ešte donedávna milé a drahé, sťahovanie sa z okruhu priateľov, utrpenie v dôsledku vlastnej osamelosti, ktorú si však sami zvolili, ako i neschopnosť vedome zvládať a prekonávať problémové a záťažové situácie (Ondrejko et al, 2001, s. 175).

Samovraždami a postojmi k nej sa zaoberali filozofovia už od antiky. Zatiaľ čo filozofické školy cynikov a stoikov samovraždu akceptovali, Platón sa postavil proti nej. Aristoteles videl samovraždu ako bezprávnosť proti spoločnosti, avšak priznával jednotlivcovi právo ukončiť týmto spôsobom svoj život. Z rímskych filozofov mal kladný postoj k samovražde napríklad Seneca, ktorý aj sám spáchal samovraždu. Postoje kresťanstva v stredoveku boli reprezentované Tomášom Akvinským, ktorý samovraždu jednoznačne odsudzoval (Koutek, Kocourková 2003, s. 14). Kresťanské náboženstvá považujú samovraždu za výraz krajnej beznádejnosti, ale aj samolásky a pýchy. Ak samovrah nemôže existovať podľa svojich predstáv, odmieta existenciu vôbec. Odmieta prijať a nieť utrpenie ako svoju úlohu v pozemskom živote. Takýto človek sa hrozí utrpenia a snaží sa mu uniknúť do neznámeho pokoja (Ondrejko et al, 2001, s. 176). Podľa tohto autora v niektorých filozofických koncepciách vystupuje samovražda v spojení s absolútnou slobodou v rozhodovaní sa človeka o vlastnej existencii. Vedomie vlastnej nedokonalosti spojené s nezmyselnosťou akéhokoľvek ľudského snaženia a vedomie, že skôr či neskôr bude každý človek vytrhnutý zo života býva späté s otázkou, prečo teda bojovať s ťažkosťami a utrpením, keď život každého človeka i tak neodvratne končí smrťou. Problematika samovraždy má teda svoj aspekt:

- filozofický a náboženský
- psychologický (psychoanalytické teórie o trestajúcom superegu a autoagresii)
- psychiatrický aspekt (vysoká korelácia s neurotikmi)

- zdravotný, keď vo svojej extrémnej podobe býva problematika samovraždy považovaná za formu poruchy zdravia
- sociálny aspekt, spojený v oblasti sociálnej práce s problematikou krízovej intervencie
- aspekt etický, ktorý je bezprostredne spojený s kategorickým imperatívom ochrany ľudského života
- aspekt trestnoprávny – navodenie samovraždy inou osobou, vyprovokovanie samovraždy inou osobou atď. (tamtiež)

Transkultúrne rozdiely

Vo výskyte suicidálneho správania medzi jednotlivými národmi a kultúrami existujú značné rozdiely. Tradične vysokú samovražednosť má Európa, konkrétne stredná a východná Európa, vrátane Maďarska, Litvy, Estónska, Bieloruska a Ruskej federácie. V nich je suicidálny ukazovateľ rádovo 45 na 100 000 obyvateľov. Najnižšia samovražednosť je v stredomorskej časti Európy. Hlavnou príčinou samovrážd v EÚ sú depresie – vo vyššom veku sa podieľajú až na 90 percentách z nich. Podľa prieskumu Eurostatu z roku 2008 každých 48 hodín zomrie v EÚ na samovraždu 1 dieťa mladšie ako 14 rokov. Každý deň spácha v krajinách EÚ samovraždu 20 mladých ľudí vo veku 15 – 29 rokov (Koutek, Kocourková, 2003). Denne zomrie v EÚ v dôsledku samovraždy 87 ľudí, každoročne spácha v Európe samovraždu 58 000 ľudí. Od začiatku 80-tych rokov sa ich počet zdvojnásobil. V rámci ostatných častí sveta je nízka samovražednosť v Afrike a Južnej Amerike, naopak, najvyššia je v Severnej Amerike a v Ázii. „Fakt, že samovražednosť nie je úplne podmienená zložitými životnými podmienkami dokazuje nízky výskyt samovrážd v Albánsku alebo Izraeli“ (Koutek, Kocourková, 2003, s. 13). Na celom svete v rámci populácie bez ohľadu na vek je samovražda treťou príčinou úmrtnosti. Odborníci WHO predpokladajú, že ročne zomrie na dokonanú samovraždu milión osôb.

Z biologického hľadiska by sme mohli hovoriť o strate pudu sebazáchovy, ktorý prirodzene chráni našu existenciu. Existujú teórie, podľa ktorých sa práve preto dopúšťajú oveľa menej často samovraždy ženy než muži, pretože existencia človeka ako biologického druhu je spojená práve s nimi. U žien sa častejšie stretávame s nedokonanými pokusmi o samovraždu, ktoré majú charakter tzv. demonštratívnej samovraždy (Ondrejko et al, 2001). Karsten (2006, s. 113) uvádza, že „v období puberty sú dievčatá samovražednými sklonmi ohrozené v oveľa vyššej miere ako chlapci – na všetkých starších vekových stupňoch prevažujú muži.“ V roku 2006 spáchalo na Slovensku samovraždu 753 ľudí, čo sú dva prípady na deň. Zarážajúci je najmä veľký počet samovrážd u mladých ľudí do 25 rokov. Mladí ľudia sa často pokúšajú o samovraždu kvôli nešťastnej láske, pretože ju považujú za hlavný motív svojho ďalšieho života. Počet samovrážd z roka na rok pribúda, je to trend vo všetkých postkomunistických krajinách. Zatiaľ čo celosvetovo si muži siahajú na život trikrát častejšie ako ženy, na Slovensku je mužských samovrahov až šesťkrát viac ako žien. Podľa údajov Ministerstva vnútra na Slovensku v roku 2006 spáchalo samovraždu 358 ľudí, pričom 87 % tvorili muži.

Táto situácia je spôsobená aj tým, že ženy majú menšie zábrany v prípade psychických problémov vyhľadať odbornú pomoc. Najzraniteľnejšou skupinou sú muži v produktívnom a ženy v postproduktívnom veku. Najčastejším spôsobom je smrť obesením, tú si zvolilo takmer tri štvrtiny samovrahov. Ďalšími v poradí sú skok z výšky alebo zastrelenie. Lieky užilo asi päť percent z nich. Na Slovensku je už tradične najviac samovrážd v Banskobystrickom a Košickom kraji, kde sa k motívom ako partnerské vzťahy, závislosti či psychické ochorenia pridávajú často aj existenčné problémy. Naopak, najmenej si ľudia na život siahajú v Trenčianskom a Bratislavskom kraji (SME, 09/09/2006). Samovraždy sú prítlačnou témou aj pre masmédiá, a tak často dávajú návody ľuďom, ktorí by za iných okolností na takýto radikálny krok nemali odvahu. Príkladom je aj Goetheho román *Utrpenie mladého Werthera*, ktorý ukončil svoj život pre nešťastnú lásku. Po vydaní knihy sa objavilo množstvo mladíkov, ktorí hrdinu napodobňovali, takže predaj knihy v mnohých krajinách zakázali. Odborníci predpokladajú, že podobne môže na labilných ľuďoch vplyvať aj článok v novinách či televízna reportáž. Phillips (1982, s. 87) poukázal na nárast samovrážd v priebehu desiatich dní po odvysielaní každej televíznej reportáže o prípade samovraždy. Rovnako, ako v printových médiách, aj v televízii rozsiahlo opisované prípady samovrážd, ktoré sa opakovane vysielajú vo viacerých programoch, majú na ďalšie samovraždy veľký vplyv. Na druhej strane vplyv fiktívnych, vymyslených televíznych príbehov na samovražedné správanie nie je jednoznačný – niektoré majú minimálny vplyv, iné, naopak, spôsobujú vzostup samovrážd.

Suicídálny klient v sociálnej práci

Z aspektu sociálnej práce sa vynára otázka, či existuje účinná prevencia samovrážd a terapia stavov vedúcich k samovráždám. Úzko špecializovaná prevencia a terapia samovrážd neexistuje preto, že odpovede na príčiny samovrážd by mohol dostatočne poskytnúť iba ten, kto zomrel a koho sa už spýtať nemôžeme (Viewegh, In. Tokárová, 2003, s. 390). Preto iba poznávaním všeobecných príčin, tak sociálnych ako aj psychických a individuálne duchovných, ktoré môžu viesť k samovražde je možné intervenovať do týchto podmienok a pokúsiť sa samovražde zabrániť. Intervencie však musia mať komplementárny charakter, individuálny aj makrospoločenský, aby sa zvýšila pravdepodobnosť ich účinnosti pri záchrane najvyššej hodnoty v spoločnosti, ktorú predstavuje ľudský život (tamtiež, s. 391).

Suicídálny klient je kategória, ktorá by sa mala primárne vyskytovať v ambulanciách psychiatrov. Problematika suicidality sa však objavuje aj na poli sociálnej práce a sociálny pracovník/sociálna pracovníčka, by mali byť na takéhoto klienta pripravení. Je dôležité identifikovať to, o aký typ suicidality ide. Môže to byť bilančné premýšľanie o smrti, môže to byť reakcia na náročnú životnú situáciu, môže to byť signál „potrebujem pomoc“, alebo manifestácia, ktorej cieľom je upozorniť na seba, stať sa centrom pozornosti pre iných. Suicídálnemu klientovi treba venovať neprerušovanú pozornosť. Poradca by sa mal pokúsiť pochopiť klienta a akceptovať jeho pocity. Sociálny pracovník/sociálna pracovníčka by mali klienta/klientku vnímať ako plnohodnotný zdroj informácií o jeho/jej momentálnom stave a pocitoch (Threvithick, 2003, s. 228). Nemali by ho odsudzovať ani z etických ani z náboženských dôvodov. Mali by klienta motivovať k spolupráci, bojovať s jeho

depresiou, pripraviť spolu s ním štrukturovaný program. Klemmer (1965 In. Gabura, 2005, s. 186-187)) zostavil zoznam otázok využiteľných pri práci so suicidálnym klientom:

- Pokúsil sa klient v minulosti o samovraždu?
- Má klient v blízkosti, či širšej rodine niekoho, kto spáchal samovraždu?
- Hovorí klient otvorene o samovražde?
- Považuje klient svoju životnú situáciu za beznádejnú?
- Obviňuje sa klient z toho, že ubližuje svojmu okoliu, najmä rodine?
- Kompenzuje klient depresívne nálady nadmerným pitím alkoholu?
- Neprimeranou zlosťou sa zlepšujú, alebo zhoršujú depresívne symptómy klienta?
- Je klient angažovaný vo svojom osobnom živote, rodinnom živote a zamestnaní?

Okrem práce s individuálnym klientom by sa sociálni pracovníci mali orientovať aj na klientovu rodinu a okolie, ktoré môže byť pokusom o samovraždu alebo dokonanou samovraždou stigmatizované. Sociálni pracovníci môžu poskytovať rôzne odborné informácie o samovraždách spôsobom, ktorý objasní zložitú osobnej, etickej a spoločenskej stránky samovražd (Mishna, et al, 2002, s. 12–13). Príčiny suicidálneho správania sú multifaktoriálne a sú viazané na interakciu mnohých rizikových faktorov. V kontexte preventívneho prístupu nejde len o intervencie zamerané na klinické charakteristiky a prejavy, ktoré sú spojené so suicidálnym správaním, ako je napríklad depresia a s tým súvisiace suicidálne riziko. Ide taktiež o zameranie sa na celkovú situáciu a podmienky, ktoré na jednotlivca pôsobia. V prípade suicidálneho správania je cieľom prevencie snaha znížiť výskyt suicidálneho správania v populácii. Preventívny postup je rozdelený na tri nasledujúce skupiny (Koutek, Kocourková, 2003, s. 106-107):

- 1.) *Primárna prevencia* sa zameriava na zníženie výskytu poruchy v populácii. Je zameraná na elimináciu príčinných a rizikových faktorov, ktoré spolupodmieňujú vznik poruchy. Primárna prevencia je orientovaná na osoby, u ktorých doposiaľ nemusia byť viditeľné znaky klinickej poruchy. Dôležitou súčasťou primárnej prevencie je podpora duševného zdravia a posilnenie protektívnych faktorov, ktoré oslabujú riziko rozvoja klinickej poruchy.
- 2.) *Sekundárna prevencia* je orientovaná na skoré zachytenie a liečbu klinických prejavov. Za súčasť sekundárnej prevencie sa považuje krízová intervencia. Sekundárna prevencia môže byť orientovaná na tých, ktorých môžeme považovať z hľadiska samovražd za rizikových (napr. osoby trpiace depresiami, osoby ohrozené prostredím, závislí na návykových látkach).
- 3.) *Terciárna prevencia* sa snaží zmierniť následky klinickej poruchy a zabrániť ich opakovaniu.

Preventívne programy orientované na deti bývajú väčšinou zamerané na zvýšenie psychickej odolnosti detí a zlepšenie ich schopnosti riešiť problémy a ťažkosti. Preventívne prístupy tematicky zamerané na samovražedné správanie predstavujú určité riziko, ktorým môže byť napríklad identifikácia s doposiaľ neuvedomovanou možnosťou riešiť ťaživú životnú situáciu takýmto spôsobom. Preventívne intervencie v krízových situáciách môžu zamedziť, alebo zmierniť suicidálne správanie. Špecifickú formu krízovej intervencie predstavujú linky dôvery. V týchto zariadeniach pracujú psychológovia, sociálni pracovníci, pedagógovia, ale aj laickí, odborne pripravení pracovníci. Cieľom týchto služieb je poskytnutie okamžitej odbornej pomoci v krízovej situácii, cieľom rozhovoru je ujasnenie problému, podpora adekvátneho správania, regulácia afektu a motivácia k ďalšiemu kontaktu, ak problém vyžaduje ďalšie riešenie (Koutek, Kocourková, 2003, s. 110). Na Slovensku nie je zatiaľ vypracovaný program boja proti samovraždám, hoci ich prevencia by mala byť vecou celej spoločnosti.

Prístup zameraný na človeka.

Rogersovu¹ teóriu prístupu zameraného na človeka uvádzame z toho dôvodu, že je to podľa našej mienky jeden z najvhodnejších prístupov k človeku v krízovej situácii (spolu s logoterapiou Viktora E. Frankla). Prístup zameraný na človeka je forma vzťahu, ktorá sa neustále rozvíja a podporuje rast a zmenu. Tento prístup je výnimočný tým, že ide v ňom skôr o vzťah ako proces, než o konflikty a problémy. Je využiteľný všade tam, kde ide o osobnostný rast individua a kvalitu vzťahov a ako taký významne približuje psychológiu k ľuďom. Jeho prínosom je aj to, že za dôležité pokladá nielen kognitívne učenie, ale aj učenie zážitkové. Rogers svoje učenie pokladá skôr za životnú filozofiu, než za techniku, či metódu. Je presvedčený, že ľudská podstata má bohatý kapitál, je sociálna, kreatívna a konštruktívna, zameraná na rast. Vyzdvihuje význam vreľého vzťahu k človeku pre jeho optimálny vývoj. Pritom ale terapeutický vzťah pokladá iba za jeden z mnohých takých možných vzťahov popri ďalších ostatných. Sformuloval tri postoje podporujúce optimálny vzťah: bezvýhradná akceptácia, empatia a kongruencia. Nie sú to techniky – ide o ľudský prístup vo vzťahu.

Bezvýhradná akceptácia – vo vzťahu, kde je človek bezvýhradne prijímaný taký, aký je, je možný rast a zmena. V takomto vzťahu človek má istotu, že môže prežívať svoje pocity a otvorene ich prejavovať. Ak prežíva účasť toho druhého, vníma a vyjadruje aj to, čo sa inak pokladá za nevhodné a neprospešné.

Empatia – je to porozumenie vcítením. Terapeut presne cíti klientom vnímané zážitky a dáva mu to najavo. Je však dôležitá hranica medzi empatiou oproti solidarizácii a identifikácii. Terapeut je vždy sám sebou a dokáže z vnútorného sveta klienta kedykoľvek prejsť do svojho sveta, dokáže diferencovať medzi prežívaním seba

¹ Carl Rogers (1902-1987) – americký psychológ je vo svete psychológie najznámejší svojou metódou psychoterapie, ktorá sa pôvodne nazývala nedirektívna alebo terapia zameraná na klienta; bol priekopníkom výskumu terapeutického procesu. Terapia zameraná na klienta má väčší vzťah k psychológii než k medicíne. Preto sa stala populárnou medzi klinickými a poradenskými psychológmi. Táto metóda sa rozšírila aj v oblasti pomáhajúcich profesií – napr. u školských poradcov, profesionálnych poradcov a sociálnych pracovníkov.

a klienta. Ak sa chce terapeut vcítiť do klientovej situácie, musí odložiť svoje konštrukty.

Kongruencia – kongruenciu je možné vysvetľovať ako rýdzosť, naozajstnosť a autenticitu. Znamená to, že človek sa neskrýva za žiadnou maskou a že je schopný vnímať svoje pocity a zreteľne ich dávať najavo. Je to súlad medzi telesným prežívaním, obsahmi vedomia a tým, čo je podané vo verbálnej rovine klientovi. Hoci Jung tvrdí, že terapeut môže doviesť klienta len potiaľ, kde je on sám (In: Kratochvíl, 1976, s. 31), Rogers je tej mienky, že terapeut môže mať vlastné problémy, len nesmie byť nimi pohltený. Stačí, že je v danom okamihu sám sebou. Od terapeuta sa teda neustála kongruencia nevyžaduje, nie je totiž možná (Rogers, 2008, s. 42).

Správanie odborníka vo vzťahu ku klientovi má byť úprimné, vrelé, rešpektujúce, akceptujúce a nehodnotiace. Tieto princípy začal presadzovať Carkhuff v sociálnej práci. Podľa Rogersa (In: Matoušek, 2001, s. 203) je každý klient jedinečný a z toho dôvodu odmieta stanovenie diagnózy. Osobnosť považuje za proces, ktorý neustále prebieha. Tvrdí, že v každom človeku je tendencia k sebaaktualizácii, ktorá je podstatou ľudskej motivácie. Prejavuje sa snahou rozvíjať svoju existenciu. Ľudský organizmus je vo svojej podstate múdry a smeruje svoje správanie k určitým dôležitým cieľom, ktorých dosiahnutie je však často znemožnené vlastnými vedomými zásahmi, či spoločenskými konvenciami. Okrem iného je na práci Carla Rogersa cenné to, že svoju teóriu vypracoval na základe osobných klinických skúseností. Pri terapii a výskumoch používal techniky zaraditeľné do troch kategórií :

- *obsahovú analýzu*, teda záznam verbalizovaných výrokov človeka za určitý čas, ich kvalitu a kvantitu,
- *hodnotiace škály* meranej vlastnosti,
- *Q-triedenie*, čo sú výroky človeka o sebe (Hall, Lindzey, 2002, s.185–187).

Samotné prejavenie záujmu o druhého človeka, to, že sme ochotní ho vypočuť, že sa nezľakneme jeho zlej nálady a prijímame ho takého, aký je, aj s jeho momentálnou náladou, názormi a minulosťou, je pre človeka veľmi cenné. Obzvlášť, ak stojí na prahu smrti. Odborné vedomosti sú potom už len výhodou, nie podstatou.

PCA ako metóda sociálnej práce so suicidálnym klientom: Na základe porovnávania rôznych prístupov, metód, teórií a terapií sa podľa nášho názoru ako najefektívnejší spôsob práce so suicidálnym klientom javí práve PCA (Person-Centered Approach), čiže prístup zameraný na človeka. „Je to psychologický postoj, spôsob bytia, v ktorom môžeme konfrontovať rôzne aspekty ľudského správania“ (Sollárová, 2005, s. 13). Metódu PCA považujeme za najvhodnejšiu z dôvodu nedirektívnosti prístupu, vzájomnej reciprocity, kongruencie, hlbokkej empatie a rovnocennosti oboch strán. Táto metóda zdôrazňuje autonómnosť osobnosti vybrať si smer, ktorým chce smerovať vo svojom správaní a smerovaní. Úlohou poradcu/poradkyne je podporovať samostatnosť klienta/klientky a za každých okolností zachovať objektivitu a profesionalitu vyplývajúcu z jeho/jej profesionálnej role. Vyššie uvádzané “pilieri” prístupu orientovaného na človeka môžu byť tými, ktoré pomôžu odhaliť a pochopiť vnútorný proces človeka, ktorý sa pokúšal ukončiť život vlastnou rukou.

Ďalšie dôvody, prečo považujeme prístup PCA ako najvhodnejší spôsob práce so suicidálnym klientom nám vyplýva z nasledujúcich terapeutických podmienok, na ktorých je PCA postavený (Sollárová, 2005, s. 14):

- základnú hypotézu tvorí predpoklad, že jednotlivec má v rámci svojho self nesmierne zdroje pre seba porozumenie, zmenu svojho sebaobrazu, postojov a sebariadiaceho správania, pričom tieto zdroje môžu byť uvoľnené, ak sa im poskytne určitá atmosféra facilitujúcich psychologických postojov;
- túto klímu podporujúcu rast tvoria tri podmienky vo vzťahu (terapeuta a klienta, rodiča a dieťaťa, učiteľa a študenta, atď.) – kongruencia, nepodmienené pozitívne prijatie a empatické porozumenie. Podmienkou je akákoľvek situácia, ktorej cieľom je rozvoj (v zmysle zmeny) človeka, pričom opis vzťahujúci sa na psychoterapiu sa vzťahuje na všetky uvedené vzťahy.

Z ďalších predpokladov a hypotéz kľúčových pre prístup orientovaný na človeka E. Sollárová (2005, s. 15) uvádza:

- Presvedčenie, že podstata človeka je v zásade konštruktívna.
- Presvedčenie, že podstata človeka je v zásade sociálna.
- Presvedčenie, že seba prijatie je základnou ľudskou potrebou a že seba prijatie, autonómia a senzitivita jednotlivca majú byť v pomáhajúcich vzťahoch chránené.
- Presvedčenie, že percepcie sú hlavným determinantom osobnej skúsenosti a správania, preto porozumieť človeku si vyžaduje porozumieť mu empaticky.
- Presvedčenie o koncepte celého človeka (whole person).
- Presvedčenie, že ľudia fungujú najlepšie ako dokážu, vždy a v každej situácii, za akýchkoľvek existujúcich vnútorných alebo vonkajších okolností.
- Presvedčenie o zrieknutí sa usilovania po riadení a moci nad inými ľuďmi a naopak, o odhodlaní snažiť sa deliť o moc a riadenie.

Záver

Ťažké životné situácie boli, sú a budú. Niet divu, že sa nad nimi a nad tým, ako ich ľudia zvládajú od nepamäti, odborníci zamýšľajú. Táto problematika sa stala predmetom štúdia mnohých bádateľov. Zaujímalo ich, kedy človek pri ťažkej situácii volí boj a kedy volí útek. Tieto dve diametrálne odlišné formy správania v situáciách ohrozenia (fight and flight) boli považované za vrodené. Len sa nevedelo, čo sa deje v tele a psychike tých, ktorí takto riešia svoje záťažové situácie. Sociálny pracovník by ich mal poznať a preventívne, ale i krízové sociálne intervencie v prístupoch k suicidálnemu klientovi ovládať.

Príspevok vznikol vďaka podpore grantu: VEGA č. 1/0221/11 pod názvom: Evaluácia výsledkov procesu resocializácie klientov resocializačných stredísk v podmienkach Slovenskej republiky.

Literatura

- [1] ĎURČEKOVÁ, Z. - MARKOVÁ, D. 2010. Manželstvo z hľadiska prístupu zameraného na človeka. In: MARKOVÁ, D. (Ed.) 2010. Sexuálne životné štýly v ich sociálnych súvislostiach. Nitra: UKF, 2010, p. 115-129. ISBN 978-80-8094-842-9.
- [2] GABURA, J.: *Sociálne poradenstvo*. Bratislava: Občianske združenie Sociálna práca, 2005. ISBN 80-89195-10-X.
- [3] HARTL, P., HARTLOVÁ, H.: *Psychologický slovník*. Praha: Portál 2000. ISBN 0-7178-303-X
- [4] KARSTEN, H.: *Ženy- muži*. Genderové role, jejich původ a vývoj. Praha: Portál, 2006. 80-7367-145-X.
- [5] HALL, S.C., LINDZEY, G.: *Psychológia osobnosti*. Bratislava: SPN, 1999, s. 160, ISBN 80-08-03001-1.
- [6] KOUTEK J., KOCOURKOVÁ J.: *Sebevražedné chování*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-732-9.
- [7] KRATOCHVÍL, S.: *Základy psychoterapie*. Praha: Portál, 1976, 2vyd., 400 s. ISBN 80-7178-280-7
- [8] MATOUŠEK, O.: *Základy sociální práce*. Praha: Portál, 2001, 1.vyd., 312 s. ISBN 80-7178-473-7
- [9] MISHNA, F., BEVERLEY, J., REGEHR, CH.: *Clinical social work journal*. Volume 30, Number 3, 2002. Human science press, Inc. Toronto, Ontario, Canada.
- [10] ONDREJKOVIČ, P. - BREZÁK, J. - LUBELCOVÁ, G. - POLÁKOVÁ, E. - VLČKOVÁ, M.: *Sociálna patológia*. Bratislava: Veda 2001. ISBN 80-224-0685-6.
- [11] PHILLIPS, D.P.: *Imitative suicides in national study of the effects of television news stories*. American Sociological Review 1982. 40-802-809.
- [12] ROGERS, C.: *Na osobu zaměřená psychoterapie*. Praha: Portál. 2008. s. 152. ISBN 978-80-7367-454-0
- [13] SOLLÁROVÁ, E.: *Aplikácie prístupu zameraného na človeka (PCA) vo vzťahoch*. Bratislava: Pegas, 2005. ISBN 80- 551-0961-3.
- [14] THREVITHICK, P.: *Social work skills. A practice handbook*. Glasgow UK: Bell and Bain Ltd. Open University Press, 2003. ISBN 10033521499.
- [15] TOKÁROVÁ, A.: *Sociálna práca. Kapitoly z dejín, teórie a metodiky sociálnej práce*. Prešov: Akcent print FF Prešovskej Univerzity v Prešove, 2003. ISBN 80-968367-5-7.
- [16] VODÁKOVÁ, A.: *Sociologické pojmosloví. Sociální deviance, sociologie nemoci a medicíny*. Praha, 1997. ISBN 80-85850-03-6.

PCA as a Method of (Social) Work with Suicidal Clients

Abstract

One of border life situations in human life is a state of extreme social and material distress. Factors that brought him to this state, as well as the extreme limits of survival, such as poverty, misery, job loss, addiction, loss of family backgrounds and others can lead to anxiety and self-recrimination, to suicide. The paper is focused on people who may not yet be visible signs of clinical disorders, to promote mental health and enhance protective factors that weaken the risk of developing clinical disorders as well as the client to eliminate the cause and risk factors that interact rise affectogenic this disorder. It brings an effective way of social work with suicidal clients, which is PCA.

Key words

The Life Crisis. Suicidium. Prevention. Intervention. Person-Centered Approach.

Kontaktní údaje

PhDr. Anna Kasanová, PhD.

PhDr. Martina Hrozenská, PhD.

Katedra sociálnej práce a sociálnych vied

FSVaZ UKF v Nitre

Kraskova 1, 94974 Nitra

Tel.: +421 37 6408 767

e-mail: akasanova@ukf.sk, mhrozenska@ukf.sk

Vedomosti o dôsledkoch fajčenia a postoje k diferencovanej starostlivosti

Gabriela Vörösová, Ladislav Papan

Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre, Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva, Katedra ošetrovateľstva

Abstrakt

Fajčenie je vážny celospoločenský problém, ktorý prináša so sebou veľa zdravotných rizík a ekonomických dôsledkov.

Cieľ: Cieľom práce bolo zmapovať úroveň vedomostí o dôsledkoch fajčenia na zdravie človeka. Zistiť názory a postoje respondentov na diferencovanú starostlivosť určenú pre fajčiarov a nefajčiarov.

Metódy: Výskumnú vzorku tvorilo $n = 151$ náhodne vybraných respondentov (z toho 122 pracujúcich a 29 študentov vo veku od 18 do 69 rokov). Použili sme dotazník určený fajčiarom a nefajčiarom. Výsledky sme vyhodnotili v absolútnych a relatívnych číslach.

Výsledky: Fajčiari preukázali viac vedomostí o fajčení a jeho škodlivosti ako nefajčiari 79,6 % vs. 63,5 %. Ukázali sa rozdiely v názoroch a postojoch medzi fajčiarimi a nefajčiarimi na diferencovanú zdravotnú starostlivosť, ale ešte nedozrel čas na realizáciu. Osvetu o škodlivosti fajčenia pokladajú za neúčinnú nefajčiari 66,6 % vs. za účinnú bývalí fajčiari 62,5 %.

Záver: Fajčenie naďalej zostáva vážnym zdravotno-sociálnym problémom aj napriek tomu, že vybraná skupina respondentov má vedomosti o vplyve a dôsledkoch fajčenia na zdravie.

Kľúčové slová

Fajčenie, vedomosti, zdravie, choroba, diferencovaná starostlivosť.

Úvod

Fajčenie sa stalo jedným z najzávažnejších celospoločenských zdravotníckych problémov súčasnej doby. Odhaduje sa, že na svete fajčí asi 1,1 miliardy ľudí. Každých 8 sekúnd niekto, kto fajčí zomrie podľa Svetovej zdravotníckej organizácie. Ročne zomiera na ochorenia súvisiace s fajčením asi 5 miliónov ľudí, z toho 650 000 v Európe. Je najvyšší čas preklasifikovať tabak aj v povedomí obyčajných ľudí z „pochutiny“ na drogu [2]. Tabak patrí medzi najvýznamnejšie príčiny predčasných a zbytočných úmrtí v ľudskej histórii. Fajčenie je rizikovým faktorom spôsobujúcim predčasnú smrť desiatok ochorení. Na vysokej chorobnosti a úmrtnosti fajčiarov

sa najviac podieľajú kardiovaskulárne ochorenia napr. ischemické choroby srdca, cievne mozgové príhody, onkologické ochorenia ako rakovina pľúc, dutiny ústnej, hrdla, žalúdka, pankreasu, močového mechúra, obličiek, čriev, prsníka atď. Fajčenie nie je len aktuálny zdravotný problém, ale súčasne aj problém ekonomický a sociálny [7]. Škodlivosti fajčenia sa venovalo nemálo vedeckých výskumov, ktoré nezvratne dokázali, že jestvuje príčinná súvislosť medzi fajčením a vznikom viacerých chorôb, najmä pľúcnej rakoviny. U fajčiarov sa vyskytujú najčastejšie a vo väčšej miere tieto ochorenia, pričom na jedného chorého nefajčiara pripadá značný počet ochorení fajčiarov: rakovina pľúc (na jedného nefajčiara pripadá 10,8 ochorení fajčiarov), bronchitída a emfyzém (6,1), rakovina hltana (5,4), rakovina ústnej dutiny (4,1), rakovina pažeráka (3,4), žalúdočné a dvanástnikové vredy (2,8), rozličné choroby krvného obehu (2,6), cirhóza pečene (2,2), rakovina močového mechúra (1,9), koronárna choroba (1,7), rozličné srdcové choroby (1,7), choroby srdca zapríčinené vysokým tlakom (1,5), všeobecná arterioskleróza (1,5), rakovina obličiek (1,5), ostatné druhy rakoviny (1,4). Priemer (všetky príčiny) je spolu 1,7. To znamená, že priemerná úmrtnosť fajčiarov bola o 70 % vyššia na všetky choroby ako úmrtnosť nefajčiarov [2].

Na Slovensku sa počet fajčiarov v lete roku 2002 pohyboval na úrovni cca 40 % populácie vo veku nad 15 rokov, z čoho bolo 23 % pravidelných a 16 % občasných fajčiarov. To predstavuje približne 900 tisíc osôb v prvej a 600 tisíc osôb v druhej skupine fajčiarov. Pozitívnu zmenou je, že v posledných 5 rokoch nastal v prvej skupine pokles približne o 3 %. Súvisí to so zmenou vekovej štruktúry fajčiarov smerom nadol. Fajčiarov vo veku nad 49 rokov ubudlo viac ako sú 3 % celkového poklesu, zároveň však výrazne narástol počet mladistvých fajčiarov, a to osobitne v skupine dievčat vo veku od 15 do 19 rokov. Na následky fajčenia na Slovensku predčasne zomiera okolo 11 tisíc ľudí a fajčenie skracuje vek dlhodobého fajčiara priemerne o 8 rokov. Na rakovinu pľúc na Slovensku zomiera 2 tisíc ľudí ročne, pričom vyše 90 % z nich boli fajčiari. Náklady na zdravotnícku starostlivosť o takýchto pacientov mnohonásobne prevyšujú príjmy štátu z predaja tabaku a tabakových výrobkov. Môžeme len odhadovať, že ak by sa vôbec nefajčilo, náklady na zdravotnícku starostlivosť o obyvateľstvo by boli nižšie až o 30 %. Toto je skutočná daň za fajčenie, ktorú platíme my všetci, a to bez ohľadu na to, či sme alebo nie sme fajčiarmi. Fajčiarska pandémia sa takto dotýka každého z nás a nemali by sme zostať voči nej ľahostajní [8].

Cieľ práce

Cieľom práce bolo zmapovať úroveň vedomostí o dôsledkoch fajčenia na zdravie človeka. Zistiť názory a postoje respondentov na diferencovanú starostlivosť určenú pre fajčiarov a nefajčiarov.

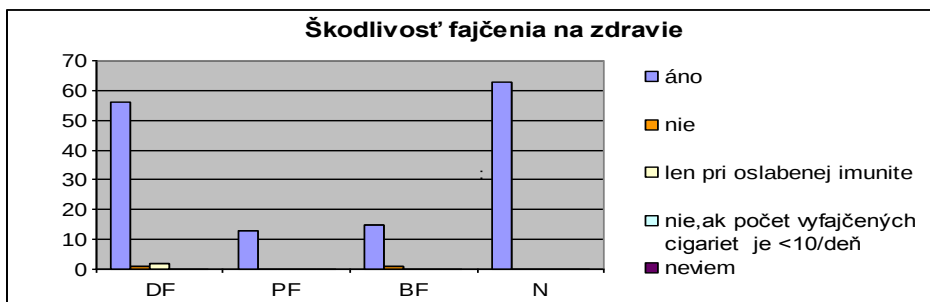
Súbor a metódy

Základnou populáciou boli náhodne vybraní respondenti od 18 do 69 rokov. Výskumnú vzorku tvorilo $n = 151$ respondentov, z toho 122 (80,80 %) pracujúcich a 29 (19,20 %) študentov. Mužov bolo 47 (31,13 %) a žien 104 (68,87 %). Výskum sme realizovali medzi obyvateľmi, ktorých sme oslovili náhodne a boli ochotní

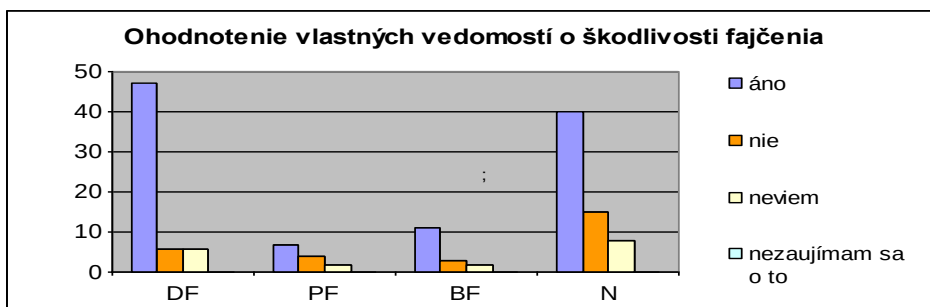
spolupracovať, v Bratislave, Martine, Nitre a v Topoľčanoch v čase od novembra 2007 do februára 2008. Na zber informácií sme použili dotazník vlastnej konštrukcie, pozostávajúci z 3 polouzavretých a 13 uzavretých otázok. Kvôli jednoduchšej interpretácii sme štyri skupiny respondentov zúžili na dve a to na fajčiarov (F) a nefajčiarov (N). Skupinu fajčiarov tvoria denní fajčiari (DF) spolu s príležitostnými (PF) spolu $n = 72$ (47,7 %) a skupinu nefajčiarov tvoria bývalí fajčiari (BF) a nefajčiari (N) spolu $n = 79$ (52,3 %). V analytickej fáze výskumu sme zistené informácie matematicky vyhodnotili, kvantitatívne a kvalitatívne analyzovali, výsledky uvádzame v absolútnych a relatívnych číslach.

Výsledky a diskusia

Z celkového počtu $n = 147$ (97,4 %) respondentov si myslí, že fajčenie je rizikovým faktorom pre zdravie. Dostatok informácií o škodlivosti fajčenia na zdravie človeka má $n = 105$ (69,5 %) respondentov (obrázok 1,2).



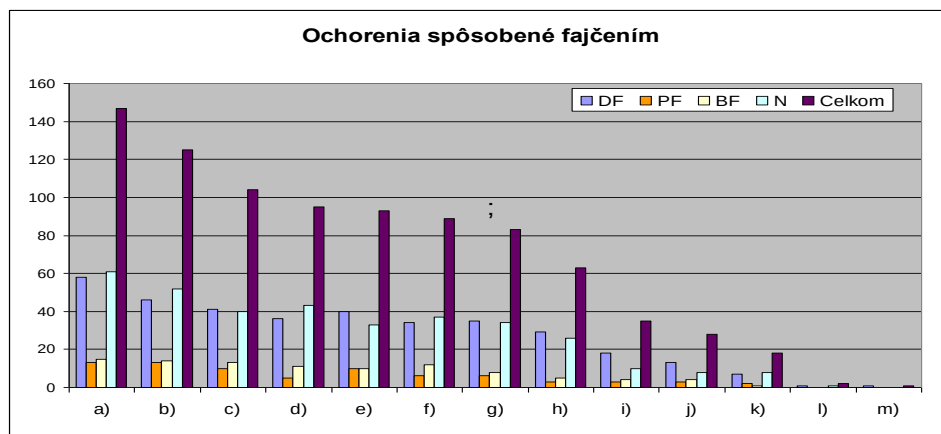
Obr. 1 Fajčenie ako rizikový faktor



Obr. 2 Vedomosti respondentov o škodlivosti fajčenia

V odpovediach na otázku vplyvu fajčenia na konkrétne orgány fajčiari preukázali viac vedomostí ako nefajčiari, ich odpovede majú väčšie percentuálne zastúpenie vo všetkých možnostiach okrem kože (F) $n = 37$ (62,5 %) vs. (N) $n = 41$ (65,1 %), očí (F) $n = 12$ (20,3 %) vs. (N) $n = 18$ (28,6 %) a možnosti iné (F) $n = 5$ (8,5 %) vs. (N) $n = 10$ (15,6 %). Naopak významné rozdiely sú napr. pri žalúdku (F) $n = 35$ (59,3 %) vs. (N) $n = 30$ (47,6 %), pohlavných orgánoch (F) $n = 29$ (49,2 %) vs. (N) $n = 26$ (41,3 %) a najviac pri obličkách (F) $n = 14$ (23,7 %) vs. (N) $n = 9$ (11,4 %).

Všetci respondenti najčastejšie označili pľúca (F) $n = 72$ (100 %) vs. (N) $n = 77$ (97,5 %) a srdce s cievami (F) $n = 64$ (88,9 %) vs. (N) $n = 66$ (83,5 %). Respondentom sme ponúkli vybrať látky obsiahnuté v cigaretovom dyme. Všetky varianty boli správne a bolo aj možné všetky označiť. Fajčiari prekvapivo označili nikotín menej často ako nefajčiari (F) $n = 61$ (84,7 %) vs. (N) $n = 72$ (91,1 %), ďalej veľké rozdiely boli pri rakovinotvorných látkach (F) $n = 24$ (33,3 %) vs. (N) $n = 41$ (1,9 %) a pri dráždivých látkach (F) $n = 7$ (9,7 %) vs. (N) $n = 15$ (19 %). Fajčiari označili častejšie ako nefajčiari len decht (F) $n = 49$ (68,1 %) vs. (N) $n = 44$ (55,7 %) a oxid uhoľnatý (F) $n = 40$ (55,6 %) vs. (N) $n = 28$ (35,4 %). Možnosť iné z (F) nevyužil žiaden respondent, u (N) $n = 4$ (6,4 %).



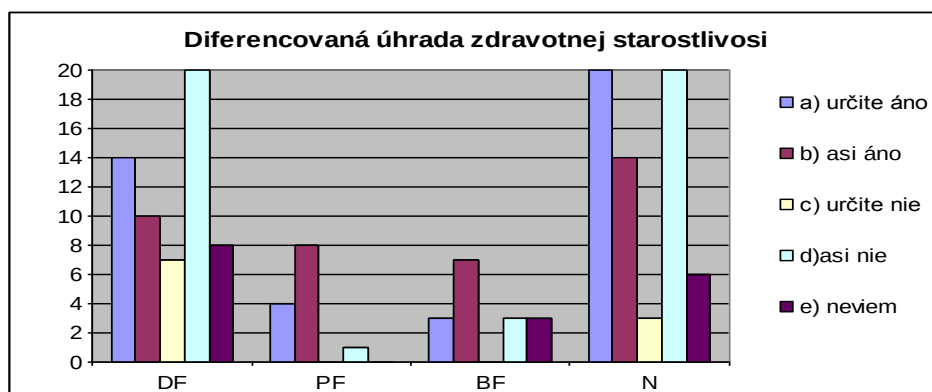
Obr. 3 Vplyv fajčenie na vznik ochorení

Legenda: a) Ca pľúc, b) Infarkt, c) Ca hrtana, d) CHOCHP, e) Poruchy plodnosti, f) Ateroskleróza, g) Ca hltana, h) žalúdočné vredy, i) Ca hrubého čreva a konečníka, j) Ca pankreasu, k) osteoporóza, l) iné, m) neviem

Nad 50 % hranicou sú uvádzané ochorenia: rakovina pľúc (F) $n = 71$ (98,6 %) vs. (N) $n = 76$ (96,2 %), infarkt (F) $n = 59$ (82 %) vs. (N) $n = 66$ (83,5 %), rakovina hrtana (F) $n = 45$ (70,8 %) vs. (N) $n = 53$ (67,1 %), chronická obštrukčná choroba pľúc (F) $n = 41$ (57 %) vs. (N) $n = 54$ (68,4 %). Ďalej ešte nad 50 % hranicou sú poruchy plodnosti mužov i žien (F) $n = 50$ (69,5 %) vs. (N) $n = 43$ (54,4 %), kôrnatenie ciev (F) $n = 40$ (55,6 %) vs. (N) $n = 49$ (62 %), rakovina hltana (F) $n = 45$ (57 %) vs. (N) $n = 42$ (53,2 %). Pod 50 % sú žalúdočné vredy (F) $n = 32$ (44,5 %) vs. (N) $n = 31$ (39,2 %), rakovina hrubého čreva a konečníka (F) $n = 21$ (29,2 %) vs. (N) $n = 14$ (17,7 %), rakovina pankreasu (F) $n = 16$ (22,3 %) vs. (N) $n = 12$ (15,2 %), osteoporóza (F) $n = 9$ (12,5 %) a (N) $n = 9$ (11,4 %).

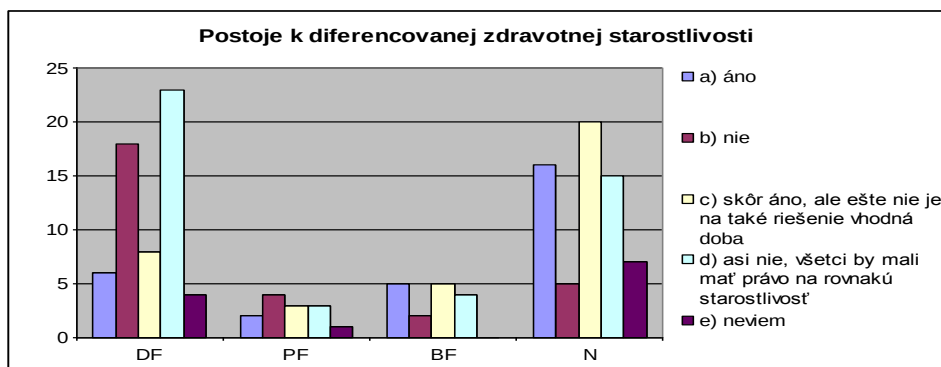
V dotazníku sme sa zamerali na problematiku pasívneho fajčenia, a zaujímalo nás, či respondenti poznajú tento pojem a či vedia o jeho škodlivosti pre okolie, resp. nefajčiarov. V šiestej otázke „Kto je pasívny fajčiar“ sme ponúkli štyri varianty [a] je bývalý fajčiar, b) fajčiar, ktorý má nedostatok telesného pohybu, c) príležitostný fajčiar, d) človek nefajčiar, ktorý vdychuje cigaretový dym v blízkosti fajčiaceho človeka].

Takmer jednoznačne sa obe skupiny zhodli v správnej odpovedi „d“ (F) $n = 68$ (94,5 %) vs. (N) $n = 75$ (95 %). V nasledujúcej otázke sme sa pýtali, či pasívne fajčenie môže ohroziť zdravie človeka. Všetci respondenti v oboch skupinách označili správnu odpoveď (F) $n = 69$ (95,8 %) vs. (N) $n = 77$ (97,5 %). V ôsmej otázke sme pasívne fajčenie dali do súvislosti s rakovinou pľúc. Tu už správna odpoveď nebola taká jednoznačná ako v predchádzajúcich dvoch otázkach. Správne odpovedali (F) $n = 54$ (75 %) vs. (N) $n = 63$ (79,8 %). Približne rovnako u oboch skupín nevedelo odpovedať na túto otázku (F) $n = 12$ (16,7 %) vs. (N) $n = 13$ (16,5 %). Zvyšní si myslia, že pasívne fajčenie je nebezpečné len pre ľudí, u ktorých sa rakovina pľúc vyskytla v rodine, alebo vôbec s tým nemá nič spoločné. V deviatej otázke sa väčšina respondentov oboch skupín zhodla v správnej odpovedi, že fajčenie oslabuje imunitný systém (F) $n = 63$ (87,5 %) vs. (N) $n = 66$ (83,5 %). Že fajčenie nemá s imunitou nič spoločné si myslí (F) $n = 5$ (7 %) a (N) $n = 4$ (5,1 %). Nevedelo odpovedať (F) $n = 4$ (5,6 %) a (N) $n = 9$ (10,1 %). V desiatej otázke sme respondentom ponúkli dve správne odpovede z troch možností na otázku, či môže fajčenie ovplyvniť plodnosť muža, resp. ženy. Tu sme zistili veľký nedostatok vo vedomostiach všetkých respondentov, a taktiež aj slabšiu úroveň vedomostí u nefajčiarov v porovnaní s fajčiarmi. Prvú správnu odpoveď, že fajčenie môže ovplyvniť plodnosť u mužov, označilo (F) $n = 60$ (83,4 %) a (N) $n = 51$ (64,6 %), druhú správnu odpoveď, že ženám hrozí samovoľný potrat uviedlo (F) $n = 35$ (48,6 %) vs. (N) $n = 30$ (38 %). Na túto otázku nevedelo odpovedať (F) $n = 7$ (9,7 %) vs. (N) $n = 23$ (29,1 %). V nasledujúcej jedenástej otázke sme sa pýtali, že či ten, kto fajčí, je ľahostajný ku svojmu zdraviu. Mnohí sme už určite zažili práve takú alebo podobnú reakciu fajčiara, ako nám znázorňuje najčastejšiu odpoveď fajčiarov „*to je každého osobná vec*“. Túto možnosť zvolilo (F) $n = 42$ (58,4 %) vs. (N) $n = 25$ (31,7 %). Potešujúce je, že väčšina (N) $n = 49$ (62 %) si myslí, že fajčiari sú ľahostajní k zdraviu, a že aj medzi (F) $n = 19$ (26,4 %) sú takto zmýšľajúci. Podstatne menej je tých, čo nepripúšťajú ľahostajnosť k zdraviu popri fajčení (F) $n = 9$ (12,5 %) vs. (N) $n = 3$ (2,5 %). Ďalej sme sa v dotazníku zaujímali o to, ako ľudia vnímajú, a či vôbec, osvetu zameranú proti fajčeniu. Za dostatočne účinnú ju považuje (F) $n = 17$ (23,6 %) vs. (N) $n = 9$ (11,4 %). Že osвета nie je dostatočná si myslí (F) $n = 26$ (37,5 %) a prevažná väčšina (N) $n = 52$ (65,8 %). Túto problematiku nevie posúdiť až (F) $n = 25$ (34,7 %) a (N) $n = 14$ (17,7 %), o osvete nevie (F) $n = 3$ (4,2 %) a (N) $n = 4$ (5,1 %). V nasledujúcej trinástej otázke sme sa priamo respondentov spýtali, či si myslia, že fajčiari majú menej vedomostí o škodlivosti fajčenia ako nefajčiari. Prekvapením je takmer jednoznačná odpoveď oboch skupín: „*nie, fajčiari vedia o škodlivosti fajčenia, ale berú to na ľahkú váhu*“. Takto odpovedalo (F) $n = 54$ (75 %) a (N) $n = 60$ (76 %). Žiaden z (F) neodpovedal možnosťou *áno*, z (N) si to myslí $n = 7$ (6,3 %). V štrnástej otázke sme sa zaoberali úvahou, či by priplácanie alebo celé hradenie zdravotnej starostlivosti fajčiarmi viedlo k zníženiu počtu fajčiarov. Máme pri tom na mysli hlavne motiváciu fajčiarov prestať fajčiť (obrázok 4, 5).



Obr. 4 Názory na diferencovanú úhradu starostlivosti

Zo skupiny (F) si $n = 18$ (25 %) myslí, že určite by sa zmenil prístup. To isté si myslí (N) $n = 23$ (29,1 %). Asi by sa zmenil si myslí (F) $n = 18$ (25 %) a (N) $n = 17$ (26,6 %). Určite nie volilo (F) $n = 8$ (9,8 %) a (N) $n = 3$ (3,8 %). Možnosť asi nie volilo najviac (F) $n = 21$ (29,2 %) a (N) $n = 23$ (29,1 %). Nevedelo sa vyjadriť (F) $n = 8$ (11,2 %) vs. (N) $n = 9$ (11,4 %). V pätnástej otázke sme skúmali, aký majú respondenti názor na spravodlivosť priplácania si fajčiarmi, resp. úhrady za zdravotnú starostlivosť súvisiacu s ochoreniami spôsobenými fajčením. Tu už vidíme väčší rozdiel v postojoch medzi skupinami. Táto otázka sa priamo dotýka fajčiarov, a zrejme preto sa len (F) $n = 8$ (11,2 %) vyjadrilo, že by to bolo spravodlivé. Za nespravodlivé to považuje (F) $n = 22$ (30,6 %). Opačne reagovali na otázku spravodlivosti nefajčiari. Za spravodlivé to považuje (N) $n = 21$ (26,6 %) a za nespravodlivé $n = 7$ (8,9 %).



Obr. 5 Postoje respondentov

V šestnástej otázke sme chceli zistiť postoje respondentov k úhrade za liečbu fajčiara, ktorý aj napriek začatej liečbe ochorenia spôsobeného fajčením naďalej fajčí. Možnosťou určite áno odpovedalo (F) $n = 18$ (25 %) a (N) $n = 24$ (30,4 %). Za variantu „skôr áno, ale ešte nie je na takéto riešenie vhodná doba“ sa vyjadrilo (F) $n = 19$ (26,4 %) a (N) $n = 28$ (35,4 %). Opäť aj v tejto otázke (F) $n = 24$ (33,4 %) výraznejšie vyjadrili nesúhlas s takýmto riešením ako (N) $n = 8$ (10,1 %). K danému riešeniu nevedelo zaujať stanovisko (F) $n = 11$ (15,3 %) a (N) $n = 19$ (24,1 %).

Možno vysloviť názor, na základe štatistických ukazovateľov, že osвета zameraná na zníženie fajčenia je nedostatočná. Ale z objektívneho hľadiska musíme poznamenať, že poznatky o škodlivosti a následkoch fajčenia sú dnes odborne široko rozpracované v súčasnej dobe prostredníctvom masmédií, knižníc a internetu ľahko dostupné. Tu vidíme problém v samotnom prístupe jednotlivca a spoločnosti k problému motivácie. Ako inak možno vysvetliť skutočnosť, že aj keď je dnes všeobecne známe, že fajčenie škodí zdraviu, že sa kvôli nemu aj zbytočne zomiera, stále sa fajčí, stále sa cigarety resp. tabak voľne predávajú. Už deti na základných školách sa učia, že fajčenie škodí zdraviu a že človek môže na následky fajčenia aj zomrieť. Každoročne pribúdajú deti fajčiari v školskom veku. V prieskume Vörösová, Gonščáková (2009) bol preukázaný vzťah medzi fajčením rodičov a fajčením detí [10]. Drahošová (2011) vo svojom prieskume dáva do súvislosti fajčenie a vplyv rodinného prostredia [3]. Podľa Krištúfka (2006) Slovensko patrí k štátom, ktoré majú najvyšší počet fajčiarov (40 – 50 % slovenskej populácie) a zvyšujúci sa počet závislých [5]. Slabý (2002) uvádza výsledky sociologického prieskumu Markant, s.r.o., že na Slovensku nefajčí 61 % osôb vo veku nad 15 rokov, občas fajčí 16 % a pravidelne siaha po cigaretách 23 % osôb. Najviac konzumujú tabak nezamestnaní 35 % pravidelne a občas 18 %. Najväčší počet pravidelných fajčiarov je v Košiciach 41 % a v Bratislave 30 %. Najnižší počet 21 % pravidelných fajčiarov je v obciach pod 2 000 obyvateľov. Alarmujúce je, že vo vekovej kategórii 15–19 roční je 12 % pravidelných fajčiarov a 27 % občasných, čo Slovensko zaraďuje do skupiny krajín s najvyšším počtom mladistvých fajčiarov v Európe [8].

Na internetovej stránke Úradu verejného zdravotníctva SR ale aj na mnohých iných zainteresovaných je možné si prečítať takéto alebo podobné závery výskumov: „niektoré 11 ročné deti, ktoré fajčia iba občas alebo denne, ale menej ako 5 cigariet, majú už typické príznaky závislosti“ [9]. „...až 29 percent detí vo veku 13 až 15 rokov uviedlo v minulo-ročnom prieskume, že začalo fajčiť pred desiatym rokom života“ [4]. Fajčenie u detí a mládeže je o to zarážajúcejšie, že zákonné normy o ochrane nefajčiarov zakazujú predávať tabakové výrobky osobám mladším ako 18 rokov [11]. Tu je teda ďalší nezodpovedaný problém, ako je možné, že sa deti bežne k cigaretám dostanú. Pýtame sa, kto je zodpovedný za to, že sa deťom dostali do rúk cigarety, keď sami si ich zo zákona kúpiť nemohli? Domnievame sa, že v našej spoločnosti je veľká benevolencia nielen v probléme fajčenie u detí, ale aj v probléme fajčenie a zdravie. Na jednej strane je predaj tabakových výrobkov a prínos z neho do štátnej pokladnice prostredníctvom spotrebnej dane z tabakových výrobkov, a na strane druhej populácia závislá od abúzu cigariet. Do kontrastu uvedieme tri citácie, kde citujeme úryvok z článku dennej tlače z 11. februára 2008, v ktorom Ministerstvo financií informuje: „Výnos spotrebnej dane z tabakových výrobkov za minulý rok dosiahol 23,58 miliardy korún“ [6]; „Podľa Štatistického úradu SR z r. 2000 sa dokonca aj vo vekovej skupine 15-19 ročných fajčiarov až 59 % pokúšalo zanechať fajčenie, tiež neúspešne. Z týchto zistení vyplýva, že je potrebné fajčiarom odborne pomôcť liečbou, čo je aktuálnou úlohou slovenského zdravotníctva“, a citácia z článku Úradu verejného zdravotníctva: „...fajčenie prispieva k predčasnému starnutiu a skoršiemu skončeniu produktívneho veku. Náklady na zdravotnícku starostlivosť o takýchto pacientov mnohonásobne prevyšujú príjmy štátu z predaja tabaku a tabakových výrobkov“ [9].

Zdá sa to byť predsa logické, že ten, kto vie, že si nejakým spôsobom škodí, a to fajčiari vedia, čo nám preukázali aj výsledky výskumu, a v neposlednom rade, majú to napísané aj na škatuľke od cigariet, mali by niešť za to určitú zodpovednosť. Vieme, že doplácajú za to vlastným zdravím, ale to je ich voľba. Fajčením neodmysliteľne súvisí pasívne fajčenie, ktoré by tu bez fajčiarov nebolo. To ohrozuje hlavne tých, čo sa nevedia brániť, teda deti, nenarodené deti fajčiacich matiek alebo pasívne fajčiace tehotné ženy (čiže dvojnásobne – matka, plod), rodinní príslušníci a partneri v domácnostiach fajčiarov atď. Títo sú nedobrovoľne vystavení riziku poškodenia zdravia. A ak je teda známy fakt, že náklady na zdravotnú starostlivosť fajčiarov sú mnohokrát vyššie ako príjmy štátu zo spotrebnej dane za predaj tabaku, k tomu ešte ak je nám známe, že pasívne fajčenie vplyva negatívne na chorobnosť nefajčiarov, tak potom sa zdá byť logické a spravodlivé, že by mali fajčiari prispievať väčším podielom do systému zdravotnej starostlivosti. A taktiež v tom vidíme motivačný význam. Myslíme si, že fajčiar, ktorý bude vynakladať nemalú časť svojich financií na cigarety, bude zo všetkých strán obmedzovaný zákazmi fajčenia, bude znevýhodnený aj zamestnávateľom, odcudzovaný spoločnosťou a konečne znevýhodňovaný aj zdravotnou poisťovňou, bude viac motivovaný k zamysleniu sa nad svojím zdravím dehonestujúcim počínaním. Zaujímavým riešením sa zdá byť systém zdravotného poistenia vo Švajčiarsku. Poskytovaná zdravotná starostlivosť nie je bezplatná. Každý občan si zvolí výšku spoluúčasti, ktorú zaplatí pri každom poskytnutí zdravotnej starostlivosti. Výška spoluúčasti sa odvíja od čiastky, ktorú jednotlivец platí zdravotnej poisťovni mesačne. Čím je vyššia mesačná úhrada za zdravotné poistenie, tým je nižšia spoluúčasť pri samotnom poskytnutí zdravotnej starostlivosti a opačne. Toto riešenie sa nám zdá byť spravodlivé, účelné, a teda nepriamo motivujúce každého jednotlivca k aktívnemu prístupu k vlastnému zdraviu. Ide podľa nás o bežný jav v realite, že fajčiari - pacienti vyhľadávajú lekársku pomoc, keď sa ich zdravotný stav zhorší, ale v mnohých prípadoch odporúčania lekára a sestry (máme na mysli hlavne skoncovanie s fajčením) nedodržiavajú, aj keď súhlasili s liečbou. Aj napriek tomu, že je dnes fajčenie považované za chronické ochorenie nazývané ako závislosť od tabaku, myslíme si, že je nespravodlivé voči ostatným, že sa takto pletvá so zdravotnou starostlivosťou, liekmi a v konečnom dôsledku peniazmi. Pretože vieme, že liečba ochorenia bez liečenia príčiny je len liečbou príznakov, a tie sa skôr či neskôr objavia znova. Preto by bolo podľa nás prospešné, keby fajčiari prispievali väčším podielom do systému zdravotnej starostlivosti ako tí, ktorí si svoje zdravie strážia a pestujú. Vidíme v tom väčšiu motiváciu pre samotných fajčiarov prestať s fajčením a taktiež prínos v tom, že by tým zostalo viac prostriedkov pre skvalitnenie zdravotnej starostlivosti pre celú spoločnosť. Z toho vyplýva, že v podmienkach Slovenska treba ešte viac zdôrazňovať edukačnú rolu zdravotníckych pracovníkov, školy a tiež zodpovednosť za svoje zdravie.

Záver

Fajčiari preukázali viac vedomosti o fajčení a jeho škodlivosti ako nefajčiari. Nefajčiari sa viac prikláňajú v názoroch a postojoch k diferencovanej zdravotnej starostlivosti. Fajčenie naďalej zostáva vážnym zdravotno-sociálnym problémom. Celosvetovo sa vo vyspelých krajinách, a je tomu tak aj u nás, zaznamenáva mierny pokles fajčenia

u dospelaj populácie. Napriek vedomostiam a dôkazom o škodlivosti cigaretového dymu na zdravie, fajčenie je ako jedna z najväčších exogénnych rizikových faktorov, spôsobujúcich zvýšenú chorobnosť a úmrtnosť [7].

Literatura

- [1] BAŠKA, T., OCHABA, R., ŠŤASTNÝ, P.: Vybrané aspekty kontroly tabaku – Odborná príručka pre telefonické interaktívne poradenstvo. Martin: Národná koalícia pre kontrolu tabaku, 2007, 40 s. ISBN 978- 80-969767-0-6.
- [2] BERNADIČ, M. et al. Fajčenie jako závislosť, rizikový faktor a diagnóza. In: *Psychiatria-Psychoterapia-Psychosomatika*. 2008, roč. 15, č. 2, s. 117–126, ISSN 1335-423X.
- [3] DRAHOŠOVÁ, L.: Problematika kouření studentů oboru Všeobecná sestra VŠPJ. In: *Logos Polytechnikos*. 2011, roč. 2, č. 1, s. 14-28, ISSN 1804-3682.
- [4] KOPPIOVÁ, A.: Aj desaťročné deti sú fajčiarmi. In: *Trenčianske noviny*, 2008, roč. č. 14, s. 7.
- [5] KRIŠTÚFEK, P.: *Stúpa počet fajčiarov z radov žiakov, aj žien*. [online] TASR 15. 11. 2006. [cit.2009-01-22]. Dostupné z <http://www.zzz.sk/clanok=1638>.
- [6] KRPELAN, J.: Drahšie cigarety prídu do stánkov až v lete. In: *Pravda*, 12. 2. 2008. s. 6, ISSN 1335-4051.
- [7] ROVNÝ, I., OCHABA, R., BIELIK, I. a kol.: Prevencia závislosti a fajčenia tabaku. Bratislava: ÚVZ SR, 2007. 144 s. – ISBN 978-80-7159-164-1.
- [8] SLABÝ, B.: *Ako zastaviť epidémiu*. Bratislava: Komprint, 2002, s. 5–6. ISBN 80-968631-2-6
- [9] ÚRAD VEREJNÉHO ZDRAVOTNÍCTVA SR. Otázky a odpovede na tému fajčenie. [online]. [cit. 2011-05-22]. Dostupné na internete: <http://www.uvzsr.sk/vypis_clanku.html?cast=1-4682&polozka_id=2989406&cast=1-4682>
- [10] VÖRÖSOVÁ, G., GONŠČÁKOVÁ, M. 2009. Životný štýl kysuckej rodiny a jeho vplyv na zdravie. In: *Kontakt*, 2009, roč. 11, č. 1, s. 11–123. ISSN 1212-4117.
- [11] Zbierka zákonov č. 406/2009 o ochrane nefajčiarov a o zmene a doplnení niektorých zákonov. Dostupné na internete <www.vyvlastnenie.sk/predpisy/zakon-o-ochrane-nefajciarov>

Knowledge About Consequences of Smoking and Attitudes Towards Differentiated Care

Abstract

Smoking is a serious societal problem that causes many health risks and has economic consequences.

Objective: The objective of this work was to map the level of knowledge on consequences of smoking on human's health; to find out the respondents' opinions and attitudes to differentiated care for smokers and non-smokers.

Methods: The research sample consisted of $n = 151$ randomly selected respondents (including 122 employed and 29 students aged 18 - 69 years). We used a questionnaire designed for smokers and non-smokers. The results were evaluated in absolute and relative numbers.

Results: Smokers showed more knowledge on smoking and its harmful effects than non-smokers 79.6% vs. 63.5%. There were differences in opinions and attitudes between smokers and non-smokers on differentiated health care. Non-smokers (66.6%) consider the education on harmful effects of smoking to be ineffective while former smokers (62.5%) consider it to be effective.

Conclusion: Smoking remains a serious health-social problem in spite of the fact that the selected group of the respondents have knowledge on the effects and consequences of smoking on health.

Key words

Smoking, knowledge, health, illness, differentiated care.

Kontaktné údaje

Doc. PhDr. Gabriela Vörösová, PhD.

Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre

Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva, Katedra ošetrovateľstva

Kraskova č. 1, 949 74 Nitra

Slovenská republika

e-mail: gvorosova@ukf.sk

tel.: 00421904247049

Zdravotné dôsledky závislosti od návykových látok

Ľuba Pavelová

Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre

Abstrakt

Konzum návykových látok je vždy spojený s rizikom vzniku závislosti a následne problémami užívateľa v oblasti zdravotnej i sociálnej. Zdravotné dôsledky zneužívania návykových látok nie sú jednoznačne identifikovateľné a sú často skryté pod mnohými inými telesnými ochoreniami. Príspevok približuje problematiku závislosti práve z hľadiska jej zdravotných dôsledkov.

Kľúčová slova

Závislosť, alkohol, zdravotné dôsledky, sociálne dôsledky.

Úvod

Ak uvažujeme o tom, čo všetko môžeme nazvať závislosťou, prichádzame na rôzne definície a vymedzenia. Závislosti sú súčasťou nášho života a viac alebo menej ovplyvňujú náš život. Predpokladáme, že nie je prehnané naše tvrdenie, že nikto z nás nie je od závislosti uchránený a pravdepodobne neexistuje človek, ktorý sa so závislosťou v nejakej podobe vo svojom živote nestretol. Nie vždy si však uvedomujeme, aké ťažké sú dôsledky závislosti v našom živote, ako tieto negatívne ovplyvňujú náš život. Je preto veľmi dôležité informovať o dôsledkoch závislosti nielen tých, ktorí zneužívajú rôzne návykové látky, alebo sú od nich závislí, ale aj verejnosť. V nasledujúcom texte sa pokúsime o krátky exkurz do dôsledkov závislosti s dôrazom na dôsledky zdravotné.

Návykové látky všetkých druhov vstúpili do nášho každodenného života. Zasahujú všetky kategórie ľudí a čím ďalej, tým viac mladú generáciu žiakov všetkých stupňov a druhov škôl. Rýchlo sa znižuje veková hranica získavania prvých skúseností s návykovou látkou. Preto je potrebné detailnejšie poukázať nielen na samotné katastrofálne dôsledky zapríčinené návykovými látkami, ale aj zrozumiteľne informovať o tom, aká tá ktorá návyková látka je, aké má účinky, čo človeka čaká, keď ju bude konzumovať a tiež o histórii, ktorá je s týmto problémom rovnako nevyhnutne spätá.

Keď hovoríme o droge, evokuje to v nás myšlienku na tvrdé, nelegálne drogy. Málokto si však uvedomuje, že odrazovým mostíkom k nim sú legálne drogy, drogy spoločnosťou všeobecne prijímané a sociálne akceptované, ako sú cigarety a alkohol. Ak neriešime situáciu okolo konzumu týchto látok, je veľmi ťažké, ak nie nemožné, zasahovať neskôr, pri problémoch s inými „netolerovanými“ návykovými látkami.

Bohužiaľ prevencia spoločnosťou akceptovateľných drog je minimálna, resp. má sa účinkom v stresujúcom prostredí, v ktorom deti vyrastajú, v ktorom rodičia podávajú výrazné výkony všade, len nie doma v rodine, v ktorom je víkendový alkoholický "reset" hlavy najväčším zážitkom už školopovinných detí... Mohla by som pokračovať vo výpočte dôvodov, prečo sa tak deje, tento príspevok však chce reagovať na dôsledky tohto správania a tak nechám na čitateľovi, aby ďalšie dôvody takéhoto správania zvažoval sám.

Čo všetko teda patrí pod názov droga? Vo farmaceutickom ponímaní slovo droga je "obecným označením pre všetky látky včítane liečiv, ktorými možno dosiahnuť zmeny stavu vedomia, nálad, povzbudenie alebo naopak utlmenie psychických či somatických funkcií, alebo vyvolanie mimoriadnych psychosomatických zážitkov (ilúzií, pseudohalucinácií, halucinácií a iných)" (5).

V terminológii Medzinárodnej klasifikácie chorôb - MKCH 10 je preferovaný názov psychoaktívne látky, čomu zodpovedajú aj synonymá psychotropné látky, drogy, návykové látky. Termín drogy je v niektorých prácach často vyhradený len pre nealkoholové psychotropné látky (4). Veľa autorov preferuje názov „droga“ s ohľadom na zavedenú tradíciu a úsporný spôsob vyjadrovania.

Základnou myšlienkou všetkých definícií je podľa Novotného (6) táto: „Droga je prirodzená alebo umelá substancia, ktorá po vpravení do organizmu, môže za určitých okolností vyvolať chorobný stav – závislosť na droge“. Závislosť od návykových látok je teda v pravom zmysle slova stav zotročenia osobnosti drogou so všetkými dôsledkami – zdravotnými a sociálnymi. Subjekt vo vzťahu voči droge stráca osobnostnú slobodu, keďže bez jej opakovaného prívodu do organizmu nie je prakticky schopný existovať. Sociálne dôsledky závislosti nie sú predmetom nášho príspevku, uvedieme teda iba niektoré informácie. Sociálne dôsledky súvisia s neschopnosťou závislého fungovať vo vzťahoch, práci a v spoločnosti. Závislosť pomaly, nenápadne likvidujú sociálny svet závislého, ktorý sa stáva len štatistom pri tom, ako droga zaujme prvé miesto na jeho hodnotovom rebríčku a zmení tým celý jeho životný systém. Sociálne dôsledky závislosti evidujeme tiež v rodine závislého, v práci, v spoločnosti. Okrem sociálnych dôsledkov evidujeme aj veľmi ťažké zdravotné dôsledky, ktoré tiež často bagatelizujeme.

Zdravotné dôsledky závislosti od návykových látok

Rozvinutá závislosť od návykových látok má obvykle dve formy.

Psychická závislosť ako zmena duševného stavu subjektu je následkom opakovaného podávania návykovej látky, charakterizovaná túžbou opäť návykovú látku používať. Vznik tejto závislosti je viazaný na zážitky, ktoré návyková látka konzumentovi poskytuje.

Fyzická závislosť sa prejavuje abstinenčnými príznakmi po prerušení prívodu návykovej látky do organizmu. Ide o celý rad príznakov, pričom je obvyklý súčasný výskyt viacerých príznakov. Abstinenčný syndróm môže byť mierny, pomalý, odznievajúci, explozívny, závisí od stupňa vytvorenej fyzickej závislosti. Vzniká ako pravidelný sprievodný jav tolerancie, t.j. schopnosti organizmu za určitých okolností

lepšie sa vyrovnat' s účinkami návykovej látky po jej opakovanom podaní. V tomto prípade treba dávky zvyšovať, aby sa dosiahol želaný účinok – príjemný stav.

Mozog ako elektrochemický systém slúžiaci na spracovanie informácií, v ktorom identifikujeme dôležité neuromodulátory, neurotransmitery, neurohormóny, je skutočným morom chemikálií. Pri užívaní návykovej látky dochádza k tomu, že návyková látka vstupuje do chemického prostredia mozgu a spôsobuje v ňom hlboké zmeny kognitívnych funkcií, afektov a správania. Hodnota rôznych návykových látok závisí na ich schopnosti navodiť zmeny chemických procesov v mozgu. Napriek všetkým chronickým dôsledkom sú závislí jedinci stále návykovou látkou priťahovaní.

Vymedziť všetky dôsledky závislosti nie je vôbec jednoduché. Práve preto, že problematika závislosti je taká rozsiahla a zasahuje všetky sféry nášho života. V tejto práci sa primárne venujeme problematike zdravotných dôsledkov závislosti od alkoholu a nelegálnych drog.

Zdravotné dôsledky u závislých od alkoholu

Podľa Juhásovej, Pavelovej (2) ide o dôsledky, ktoré sú evidentné na telesnej schránke závislého od alkoholu. Miera poškodenia organizmu návykovou látkou závisí od celkového množstva konzumovaného alkoholu a tiež od individuálnej vnímavosti organizmu a metabolizmu.

Interné komplikácie sú evidentné v celom rozsahu tráviacej sústavy – od dutiny ústnej až po konečník. Medzi základné poškodenia orgánov tráviacej sústavy patrí pečeň, kde dochádza k zmenám v metabolizme lipidov, dôsledkom čoho dochádza k steatóze (stukovatenie pečene), zväčšeniu pečene, pečeňovej fibróze, akútnej alkoholickkej hepatitíde, cirhóze.

Ďalšími internými problémami sú varixy, gastritída, žalúdočné vredy, chronická pankreatitída, ľadviny sú vnímavejšie na infekcie, srdce a krvný tlak – kardyomyopatia a systémová arteriálna hypertenzia. Dýchací systém vykazuje časté zápaly. Poškodená je aj hormonálna regulácia organizmu, pohlavný systém (klesá apetencia, potencia a sebakontrola), evidentné sú hematologické a kožné zmeny.

Neurologickými komplikáciami sú tremor, polyneuropatie, myopatie, encelfalopatie, atrofia mozgu, epilepsie, mozgové obehové poruchy, poruchy vegetatívneho nervového systému.

K závažným psychickým poruchám závislosti od alkoholu patrí delírium tremenss, alkoholická halucinóza, alkoholická paranoia, alkoholická demencia, Korsakovova psychóza.

Zdravotné dôsledky u závislých od iných návykových látok

V populácii u pacientov s diagnózou závislosti od nelegálnych návykových látok sa aj na Slovensku vyskytuje nadpriemerný počet ďalších iných poškodení zdravia, ktoré si frekvenčnejšie vyžadujú zdravotnícku starostlivosť, ako sú častejšie mnohopočetné zubné kazy, abscesy, nekrózy tkaniva kože a svalstva pri infekciách v miestach po nesterilných injekčných aplikáciách drog, infekčné endokarditídy, flebitídy a tromboflebitídy, infekčné a toxické hepatitídy a hepatopatie, poškodenia obličiek a iné. Užívatelia drog so závislosťou liečbu týchto telesných ochorení dlho odkladajú a do zdravotníckych zariadení prichádzajú nezriedka v pokročilých štádiách neliečených somatických ochorení, s rozsiahlejším poškodením zdravia. Vyšší ako priemerný je u užívateľov drog, najmä so závislosťou, aj výskyt úrazov, fraktúr pri dopravných a iných nehodách ako i poškodení zdravia v dôsledku fyzického násillia (8).

V národnej správe pre EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction) z roku 2008 sa udáva, že okrem samotnej závislosti od ilegálnych psychoaktívnych látok – drog, ktorá je ťažkou duševnou chorobou – ochorením mozgu, má ich užívanie ďalšie negatívne zdravotné dôsledky až po náhle fatálne intoxikácie. Údaje o ostatných poškodeniach zdravia v súvislosti s užívaním drog, mimo závislosť samotnú, nezisťujeme v Slovenskej republike tak systematicky ako dopyt po liečbe (TDI). Ten je zaradený medzi štátne úlohy štatistického zisťovania a je povinnosťou všetkých kontaktných poskytovateľov zdravotníckej starostlivosti hlásiť základné premenné do Národného centra zdravotníckych informácií, ktoré ich ďalej spracováva a v požadovanej agregovanej podobe tiež poskytuje pre účely európske Národnému uzlovému bodu (NFP), a prostredníctvom neho do Európskeho centra pre drogy a drogovú závislosť (EMCDDA). Z uvedených dôvodov nie je zber ostatných zdravotných dôsledkov užívania drog v SR taký systematický a celoplošný, ale podľa povahy zdravotného poškodenia čerpá z viacerých zdrojov, často z nesystematických prieskumov, alebo len síce z pravidelných, no iba sentinelových sledovaní s ohraničenou možnosťou celonárodnej generalizácie zistení. Medzi najdôležitejšie zdroje informácií patrí Národné centrum pre HIV/AIDS, Úrad verejného zdravotníctva, Centrum pre liečbu drogových závislostí v Bratislave. Z uvedených dôvodov sa vo viacerých oblastiach jedná o neúplne informácie, ktoré je aj potrebné v takomto zmysle interpretovať. Hoci podrobnejšie štúdie v tomto smere neboli vykonané, o odôvodnenosti týchto tvrdení, podložených klinickou skúsenosťou, nepriamo svedčia hore uvedené výsledky sondážnej štúdie sledovania osudov pacientov liečených pre závislosť od drog, kde bola zistená oveľa vyššia mortalita ako tá, ktorú by sme mohli očakávať u ich rovesníkov bez diagnózy závislosti od drog (8).

Užívatel'ov drog môžeme rozdeliť podľa očakávaných komplikácií na tri skupiny, čo nie je jednoduché (3):

- experimentátori a neinjekční užívatelia s kratšou drogovou kariérou – somatická komorbidita je málo častá, najčastejšie sú komplikácie akútneho rázu, buď spojené špecificky s účinkom drogy, alebo s nevhodným spôsobom aplikácie,

- injekční uživatelé drog doteraz bez vážnych zdravotných ťažkostí – anamnesticky kratšia doba injekčného užívania, event. tiež dodržiavanie bezpečnej aplikácie drog, v porovnaní s prvou skupinou je vyššia pravdepodobnosť nákazy celkovým infekčným ochorením (AIDS, vírusová hepatitída typu C a pod.) a lokálnymi komplikáciami spojenými s injekčnou aplikáciou drogy,
- dlhodobí injekční uživatelé drog so závažnejším zdravotným poškodením - anamnéza niekoľkých rokov injekčného užívania drog, nezvratné poškodenia organizmu opakovanými miestnymi a celkovými infekciami, bývajú poruchy imunity, podvýživa, vážne poškodenie dostupného cievneho systému a vnútorných orgánov. Častá je chronická hepatitída, zatiaľ menej pravdepodobná je infekcia vírusom HIV.

Iné zdravotné riziká

Fetálny alkoholový syndróm

Ide o dôsledky nadmerného požívania alkoholu tehotnou ženou, čo môže zapríčiniť narodenie dieťaťa s telesným i duševným postihnutím. Vzhľadom na to, že aj u nás je v posledných rokoch zaznamenaný vzostup alkoholizmu u žien a hlavne u mladých, je treba tomuto problému venovať zvýšenú pozornosť. Neexistuje totiž žiadna bezpečná hladina pitia alkoholu v priebehu tehotenstva.

Základným mechanizmom vzniku fetálneho alkoholového syndrómu je prienik alkoholu z krvi matky cez plodové lôžko do krvného obehu dieťaťa, kde sa nachádza približne v rovnakej koncentrácii, ako má v krvi matka. Tu potom prechádza do vyvíjajúcich sa tkanív dieťaťa, ktoré sú nezrelé a citlivé na akýkoľvek vplyv škodlivín. Žiaľ, najcitlivejšie a najviac zraniteľné je veľmi jemné mozgové tkanivo, ktoré opakované a časté dávky alkoholu, dodávané matkou, môže nezvratne a závažne porušiť. Klinický obraz postihnutia zahŕňa rastové postihnutie a poškodenie mozgu, ktoré sa prejavuje zníženou inteligenciou a poruchami správania. Často sa intelekt pohybuje v pásme slabomyselnosti, čo predstavuje možnosť zaškolenia len v špeciálnej škole. Sú aj prípady ťažkého postihnutia, ktoré nedovoľuje zapojenie dieťaťa do samostatného života.

Sexuálne správanie

Negatívny vplyv návykových látok na sexuálne správanie nie je problémom iba sám osebe, ale vzhľadom ku komplexnejšiemu životu vyžaduje aj komplexný pohľad na kombináciu drogových a sexuálnych rizík s ich ďalšími súvislosťami ako je životný štýl a hodnotový systém. Drogy ovplyvňujú sexuálne správanie najmä odbúravaním zábran a kontroly nad správaním. Skorý začiatok sexuálneho života a rizikové formy sexuálneho správanie u mladých ľudí sa zvyčajne vyskytujú v spojitosti s užívaním niektorých drog. Osoby, ktoré si injekčne aplikujú drogy a pracujú v sexbiznise, sú potenciálne vystavené dvojnásobnému riziku, ku ktorému môže dochádzať vo zvýšenej miere. Môžeme predpokladať, že ženy pracujúce v sexbiznise v porovnaní s inými

injekčnými užívateľkami drog budú vo väčšej miere používať spoločné injekčné pomôcky a nechránený sex s partnermi.

Takéto rizikové správanie sa vo svojich programoch snažia riešiť aj mimovládne organizácie, ktoré v rámci filozofie Harm reduction pracujú v teréne s injekčnými užívateľmi drog a osobami, pracujúcimi v sexbiznise. Filozofia Harm reduction vychádza zo stratégie znižovania rizík a škôd, ktoré nezodpovedné správanie injekčných užívateľov prináša pre nich samotných ale aj pre verejnosť.

Záver

Toto je len malý exkurz poškodení telesných orgánov závislých od návykových látok. Môžeme uvažovať o tom, že neexistuje orgán ľudského tela, v ktorom by zneužívanie návykových látok nevyvolalo rôzne zmeny, čo vplýva negatívne na kvalitu života jednotlivca.

Odstraňovanie alebo zmiernovanie spomínaných zdravotných dôsledkov je finančne náročné pre celú spoločnosť, preto by sme sa mali snažiť skôr o to, aby sme potrebu týchto intervencií minimalizovali práve dôslednými preventívnymi stratégiami k zníženiu zneužívania akýchkoľvek návykových látok v našej spoločnosti.

Literatura

- [1] HROZENSKÁ, M. Zdravie a kvalita života osob vyššieho veku. In: *Ošetrovatel'stvo a pôrodná asistancia*. ISSN 1336-183X, 2007, roč. V., č. 4. Suplementum VII-XI.
- [2] JUHÁSOVÁ, A., PAVELOVÁ, Ľ. 2009. *Vybrané kapitoly zo psychopatológie pre študentov sociálnej práce*. Nitra: UKF, 2009. 85 s. ISBN 978-8094-543-5
- [3] KALINA, K. 2008. *Základy klinickej adiktologie*. Praha: Grada, 2008. 392 s. ISBN 978-80-247-1411-0
- [4] KOLIBÁŠ, E., NOVOTNÝ, V. 1996. *Alkoholizmus a drogové závislosti*. Bratislava: Univerzita Komenského, 1996. 120 s. ISBN 80-223-1078
- [5] NOVOMESKÝ, F. 1996. *Drogy*. Martin: Advent Orion, 1996. 120 s. ISBN 80-88719-49-6
- [6] NOVOTNÝ, I. *Abstinencia ako vyšší princíp*. Bratislava: Ústav zdravotnej výchovy, 1998, 65 s. ISBN 80-7159-110-6
- [7] NOVOTNÝ, I. 2006. *Problematika primárnej prevencie závislosti od psychoaktívnych látok*, In: Sociálna prevencia – alkohol a legálne drogy. Informačno-vzdelávací bulletin rezortu kultúry, 2006. Dostupné z www.droginform.sk/downloads/p03_2006.pdf (2007-07-10)
- [8] <http://www.infodrogy.sk/narodnasprava/index.cfm> (2010-10-29)

Health Consequences of Addictive Substance Use

Abstract

Use of substances is always connected with risk of formation of addictions and thereafter with problems in user's health and social area. Number of health consequences of addictive substance use is hard to be expressed. These consequences are often hidden for many other physical illnesses. This paper clarifies problem of addictions right in light of its health consequence.

Key words

Addiction, alcohol, health consequences, social consequences

Príspevok vznikol vďaka podpore grantu:

VEGA č. 1/0221/11 pod názvom: Evaluácia výsledkov procesu resocializácie klientov resocializačných stredísk v podmienkach Slovenskej republiky

Kontaktní údaje

Ľuba Pavelová, doc. PhDr., PhD.

UKF, FSVaZ, KSPaSV

Kraskova 1

949 74 Nitra

e-mail: lpavelova@ukf.sk

Alzheimerova choroba z pohledu zdravotní sestry

Irena Točíková, Zuzana Sedláková

Abstrakt

Práce se zabývá onemocněním Alzheimerova nemoc a její ošetrovatelskou péčí. Je rozdělena na dvě části, teoretickou část a praktickou část. Teoretická část se zabývá stručným výčtem a popisem demencí a především Alzheimerovou nemocí. Praktická část se zabývá výzkumem, který hodnotí informovanost zdravotních sester o této nemoci a ošetrovatelské péči, ale také zkoumá informovanost podle délky praxe ve zdravotnictví a podle typu oddělení. Výzkum probíhal v domovech pro seniory, nemocnicích a psychiatrické léčebně.

Klíčová slova

Demence. Alzheimerova nemoc. Projevy. Diagnostika. Terapie. Komunikace. Ošetrovatelská péče.

Úvod do problematiky

Ve stárnoucí populaci se častěji objevuje vyšší procento lidí s demencí, Alzheimerovu chorobu nevyjímaje. Lidé si z této nemoci dělají legraci, často slyšíme vtipkování na toto téma. Pokud člověk na něco zapomene, často slyší: „Ty máš snad toho Alzheimer!“ Děláme si z toho jakožto zdraví a nepostižení touto nevléčitelnou nemocí legraci, ale většina lidí si ani nedovede dát dohromady hlavní příznaky.

Demence se stává „morem“ dnešní doby, stále více lidí je postiženo. Onemocnění demencí dokonce převyšuje už i takové onemocnění jako je diabetes mellitus, anebo cévní mozková příhoda. V České republice se odhaduje počet pacientů trpících demencí na 100000, což znamená 1 % všech občanů. Jak je již známo a slyšáno, někdy dokonce nepravdivě míněno, demence je nemoc, která se velmi často objevuje ve stáří. Ovšem není běžnou součástí stárnutí, jak si mnoho lidí myslí. V literatuře je často demence spojena se seniory, ovšem každý senior není zákonitě ohrožen demencí.

V naší populaci je četnost výskytu asi 5 % u osob starších 65 let, a jak je uváděno, je asi 10 nových případů za rok na 1000 občanů. Nad 85 let je výskyt demencí ještě daleko větší a to 30–50 %, kdy se jedná o 90 případů na 1000 občanů za rok. Dle těchto poznatků můžeme tedy s jistotou říci, že věk je hlavním rizikovým faktorem pro výskyt tohoto onemocnění, ale neznamená to tedy, že každý starý člověk je demenční. Velmi často se také můžeme setkat s poruchou kognitivních funkcí, která se vyskytuje asi u 1–5 % populace, ale jedná se o mírnou formu. Nad 90 let je to 11 %. (Jiráček, 2009)

Doposud není vznik této nemoci úplně vysvětlen, stále na ni není žádná léčba, pouze se dají potlačit přítomné symptomy nemoci, ovšem vyléčení není možné. S klienty

s Alzheimerovou nemocí se můžeme setkat v nemocnicích na kterémkoli oddělení – na neurologii, interním oddělení, ale i chirurgii. Na chirurgii traumatologii jsou celkem častými pacienti a to z důvodu zlomenin, protože takoví pacienti jsou ohroženi pádem.

Péče o takto nemocného člověka je vždy velmi náročná jak fyzicky, tak psychicky. Demence se netýká pouze člověka trpícího demencí, ale také celé jeho rodiny. Nejtěžší je tato péče hlavně pro pečovatele. Péče je velmi náročná a vyčerpávající, pečující může pociťovat smíšené emoce jako hněv, pocity viny, rozpaky, osamělost a pocity bezmoci.

Náročnost práce sestry je také značná. Pacient s Alzheimerovou nemocí nebo jinou demencí potřebuje velkou pomoc při všech úkonech. Záleží ale na stavu nemocného a na pokročilosti demence. Zdravotní sestry by měly informovat pečovatele o diagnóze, průběhu onemocnění, ale i o samotné péči a možných finančních a sociálních prostředcích a doporučit pečovateli svépomocné skupiny. Tyto skupiny pečujícím velmi psychicky pomohou, mohou se setkat s lidmi se stejným problémem, vyměnit si zkušenosti a rady a vzájemně se podporovat.

Vymezení pojmu demence

Demence (z latiny de - “oddělený, pryč,” + mens - “se zlobit”) vzniká následkem onemocnění mozku a může se jednat o chronický či progresivní charakter. U tohoto onemocnění je přítomna porucha vyšších korových funkcí neboli kognitivních funkcí, která má vliv na další funkce a na život nemocného. Jedná se o poruchu myšlení, paměti (krátkodobé a dlouhodobé), řeči, úsudku, chápání, učení a orientace. Nemocný je ale při vědomí. Nemocný má zhoršenou kontrolu emocí, sociálního chování, ale také motivace.

V literatuře se také pojednává o změnách osobnosti v souvislosti s demencí, narušení soudnosti a abstraktního myšlení. Můžeme setkat i s psychotickými příznaky.

Když tyto příznaky shrneme, u dementních pacientů se jedná o globální deterioraci duševních schopností, narušení funkčních schopností, postupně se tedy setkáváme se ztrátou soběstačnosti. (Pidrman, 2007)

Diagnostika demencí

Nejdůležitějším diagnostickým nástrojem je sepsání anamnézy s pacientem a pečovatelem. Zaměříme se na somatické vyšetření, které zahrnuje měření fyziologických funkcí, EKG (elektrokardiografie), EEG (encefalografie) a laboratorní vyšetření krve. Poté se zaměříme na orientační vyšetření poznávacích funkcí. K tomu používáme testy paměti a poznávacích funkcí, kdy nejčastějším testem stále zůstává MMSE (Mini-Mental State Examination), také se setkáváme často s testem kreslení hodin a řadou jiných metod. Mezi zobrazovací techniky patří CT (počítačová tomografie mozku), MR (magnetická rezonance mozku), SPECT (jednofotonová emisní výpočetní tomografie), PET (pozitronová emisní tomografie) a EEG. (Jiráček, 2009)

Orientační vyšetření poznávacích funkcí – narušené jsou tzv. vizuospeciální funkce a praxe – jedná se o všechny schopnosti jako jsou obsluha mobilního telefonu, televize, auto, spotřebiče a jiné. Dále je narušena řeč, paměť, poznávací funkce a výkonné funkce. Tyto výkonné funkce se odrážejí na plánování a dokončení úkolu nebo zvládání zaměstnání. Klienta testuje neurolog, psycholog či psychiatr. Testy nejsou vždy přesné v diagnostice demence. Nejčastěji užívaný orientační test kognitivních funkcí je u nás i ve světě test MMSE, který testuje orientaci místem, časem a osobou, zapamatování tří slov, počítání, poznávání, splnění úkolu, překreslení obrázku, opakování věty. (Jiráček, 2009)

Alzheimerova nemoc

Alois Alzheimer narozen v Německu, studoval na několika univerzitách a napsal roku 1877 diplomovou práci doprovázenou histologickými obrázky. Alzheimer referoval o své pacientce (Augusta D.) se známkami demence (později diagnostikována těžká demence), která byla přijata do nemocnice ve Frankfurtu nad Mohanem roku 1901. Alzheimer o ní referoval roku 1906 na schůzi jihoněmeckých psychiatrů v Tübingenu. Případ, kterým se Alzheimer zabýval, byl publikován roku 1907, tento rok je tudíž základním kamenem pojmu Alzheimerovy nemoci. (Koukolík, 1998)

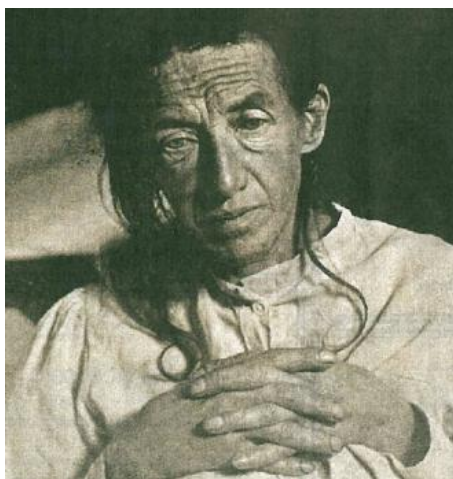
Definice choroby – „Alzheimerova nemoc (AN) je chronicko-progresivní onemocnění nervové soustavy na podkladě degenerativního zániku neuronů s tvorbou charakteristických histopatologických změn. AN je nejčastější příčinou demence ve středním a vyšším věku (odtud starší názvy „presenilní demence“, „senilní demence“, „demence Alzheimerova typu“). V souvislosti s celosvětovým trendem prodlužování lidského věku a vzrůstajícím počtem starých osob v populaci se AN stává jedním z nejzávažnějších zdravotních a socioekonomických problémů současnosti.“ (Růžička, 2001, s. 1)

Epidemiologie – „Incidence se definuje jako počet nových případů onemocnění zjištěných v určitém časovém období v populaci, u níž existuje riziko, že choroba propukne. Prevalence je počet případů nemoci v celé zkoumané populaci. Incidence i prevalence Alzheimerovy nemoci roste s věkem. Ve vysokém věku jsou ženy ohroženější než muži. V souboru 987 jedinců starých 75 a více let, z nichž nebyl nikdo na začátku studie demenční, prospektivně vyšetřovaném po dobu tří let, byla ve věkové skupině 75–79 let incidence demence u žen 19,6/1000 žen/rok, u mužů 12,4/1000 mužů/rok. Distribuce Alzheimerovy nemoci byla pro obě pohlaví a všechny věkové skupiny analogická. Riziko výskytu jakékoli demence u žen je 1,9 krát vyšší než u mužů, riziko výskytu Alzheimerovy nemoci je u žen 3,1 krát vyšší než u mužů.“ (Koukolík, 1998, s. 15)

„Rotterdamská studie vyšetřovala 7 528 lidí ve věku 55–106 let. Celková prevalence demencí byla zjištěna ve výši 6,3 %. Prudce rostla s věkem od 0,4 % ve věkové skupině 55–59 let do výše 43,2 % ve věkové skupině 95 a více roků.“ (Koukolík, 1998, s. 17)

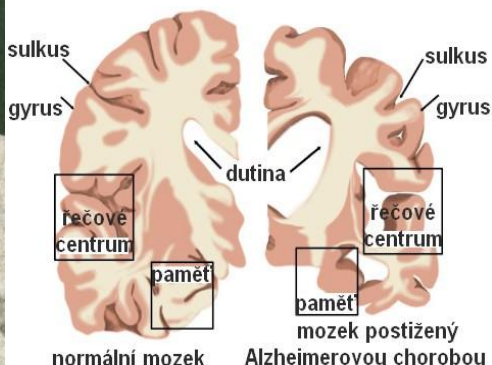
Alzheimerova nemoc je nejčastější demencí ze všech, podíl je 72 %, zatímco vaskulární demence 16 %. Další demencí je demence při Parkinsonově nemoci, která

tvoří 6 % a ostatní příčiny demence (5 %) nesouvisely s věkem jedince na rozdíl od AN. Dalším poznatkem je, že demence se vyskytuje u lidí s nízkým stupněm vzdělání oproti lidem vzdělaným. (Koukolík, 1998)



Obrázek č.1 August D

Zdroj: www.wikipedia.org;



Obrázek č.2 Porovnání poškození v mozku

Zdroj: <http://www.stefajir.cz>

Rizikové vlivy – díky epidemiologickým vlivům víme o mnoha rizikových vlivech, které se mohou podílet na vzniku AN. Jedná se o genetické vlivy. Obě formy AN jak raná tak pozdní mohou vykazovat tzv. familiární agregaci. Většinou se ale jedná o kombinaci genetických a zevních vlivů prostředí. Významným rizikovým faktorem je genetika. (Koukolík, 1998)

Klinický obraz – tato choroba je popisována v mnoha knihách jako plíživá a nenápadná, většinou si příznaků blízce klienta ani nevšimnou. Někdy problémy spojené s touto chorobou mylně přiřazují k projevům stárnutí. Můžeme se také setkat s přechodným zlepšením, kdy si myslíme, že problémy ustupují, ale náhle se zase vrátí a ještě v horší míře.

Na začátku si můžeme všimnout změn osobnosti včetně změn chování, kdy nemocný přestane jevit také zájem o své přátele. Dochází u něj také ke změně sexuální touhy a to jak ve smyslu hyperaktivity, tak nepřiměřených projevů sexuality. Též se může vyskytnout deviantní chování, s kterým dříve nemocný nemusel mít žádný problém. Na místě je také úpadek v eticko-estetické rovině. Nemocný se začíná potýkat s poruchami kognitivních funkcí, které jsou velmi často už na začátku onemocnění. Pravidlem bývá u nemocných s AN neustálé bloudění a poruchy prostorové orientace. Nemocný bloudí ve známých místech i ve vlastním domě, nepoznává známá místa, nemůže najít například ani své vlastní lůžko.

Další jsou poruchy abstrakce, myšlení, soudnosti, logického uvažování. Paměť selhává nejvíce, a to ve všech složkách. Zafixovány zůstávají informace a vzpomínky z dob dřívějších, je porušena vybavnost hlavně nových informací. V pozdějších fázích nemocný tvrdí naprosto přesvědčivě nepravdivé informace. Odpověď zapadá

do kontextu, ale neodpovídá pravdě. V pozdějších stádiích jsou nemocní dezorientováni místem, časem, ale i osobou – jedná se o amnestickou dezorientaci. Postupně nemocný také začne strádat po stránce řečové. Slovní zásoba se zužuje, nemocný si často nevybaví adekvátní slovo. (Jiráček, 1999)

Nemocný s AN trpí poruchami řeči, což způsobuje nedostatečné porozumění, chápání nemocného a zhoršuje celkovou komunikaci mezi personálem či pečujícím a pacientem. (Jiráček, 1999) Alzheimerova demence se dělí na tři stádia:

Lehké stádium – objevují se poruchy paměti, které si nemocný ještě uvědomuje, a které lze také změřit testovacími metodami. Nemocný začíná mít problémy s krátkodobou pamětí, nedokáže si tedy zapamatovat čerstvé informace, které jsou mu sděleny. Proto má problémy v aktivitách denního života nejčastěji v práci a v každodenním životě, kdy nemocný začíná být dezorientovaný. Ztrácí se na známých místech, neví kudy domů apod. Dalším problémem mohou být poruchy nálad, kdy si nemocný v časných stádiích uvědomuje úbytek paměti a jiných funkcí a může propuknout depresivní onemocnění. Soběstačnost ještě není porušena. (Jiráček, 2009)

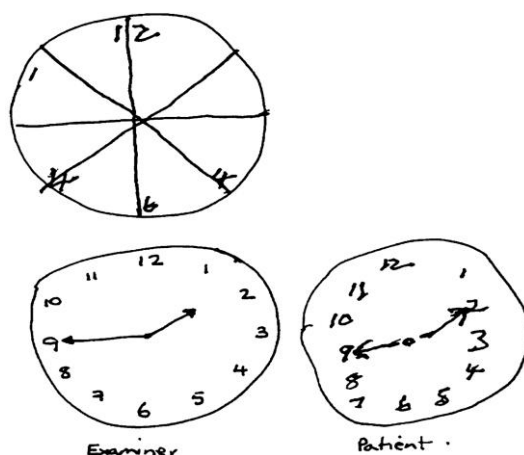
Střední stádium – asi 2–10 let od začátku onemocnění, kdy je paměť výrazně postižena a nemocný si dokáže zapamatovat jen velmi málo a na velmi krátkou dobu. Nové informace skoro neudrží v paměti. Ztrácí se ve velmi známém prostředí, nevybavuje si jména blízkých, neví, kde se nachází, nepamatuje si ani adresu bydliště natož telefonní číslo. Soběstačnost začíná být velmi závažně narušena. (Růžička, 2001)

Těžké stádium – asi 7–14 let od začátku nemoci, kdy nemocný trpí téměř úplnou ztrátou paměti, kdy nepoznává blízké a nedokáže se už o sebe sám postarat. Je plně odkázán na pomoc ostatních. Je nesoběstačný, kdy potřebuje důslednou pomoc s jídlem, pitím, oblékáním, hygienou, svlékáním. Nemocný má problém s řečí, nedokáže pojmenovat základní věci, slova komolí. U některých nemocných se rozvíjí triáda příznaků jako je apraxie (neschopnost cílených pohybů), agnózie (porucha chápání a poznávání) a afázie (ztráta schopnosti řeči). AN trvá většinou 7–10 let a končí smrtí. (Růžička, 2001)

Diagnostika Alzheimerovy nemoci

Diagnostika AN je různá dle toho, zda se jedná o možnou AN, pravděpodobnou AN nebo definitivní AN. Kritéria jsou u každého jiná, podrobnější informace o diagnostice u AN.

Vyšetřovací metoda CT je schopna prokázat zmenšení mozkové tkáně, ale také léze v mozku, které nám mohou dokázat prodělané cerebrovaskulární onemocnění. Při MR u AN lze vidět zmenšení mozkové tkáně ve střední čáře spánkového laloku. Při použití vyšetřovací metody PET (pozitronová emisní tomografie) nebo SPECT (jednofotonová emisní tomografie). Také lze použít vyšetření mozkomíšního moku. Pokud je v mozkomíšním moku nalezen tau-protein a pokud se prokáže snížení beta-amxyloidu, může se jednat o Alzheimerovu nemoc. (Pidrman, 2007) Ovšem jedinou a definitivní diagnostikou AN je histologický průkaz, tedy až posmrtně.



Obrázek č.3 – kresba hodin (Mini-Mental test)

Zdroj: www.pn.bmj.com/content/8/1/26.full

Farmakologická léčba Alzheimerovy nemoci

Nejefektivnější léčba spočívá v komplexním přístupu k nemocnému. Komplexní přístup zahrnuje léčbu farmakologickou, rehabilitační a psychologickou. U farmakologické léčby se jedná o léčbu zejména symptomatickou, tedy o léčbu zaměřenou na příznaky onemocnění. Nejedná se tedy o kauzální léčbu, protože jak už bylo zmíněno, AN je nevyléčitelné onemocnění.

Podle Bartoše (2010) nejužívanějším způsobem léčby je inhibice acetylcholinesterázy a memantin. Tyto léky prodlužují soběstačnost nemocného a pomáhají tedy jak nemocným tak pečovateli.

Nefarmakologická léčba Alzheimerovy nemoci a jiných demencí

Léčba u takto nemocných pacientů by měla být hlavně komplexní. To znamená, že bychom u nemocného měli trénovat kognitivní funkce, ale i jeho samotnou aktivitu. Do aktivační terapie patří:

Kondiční ergoterapie – cílem je smysluplně naplnit činnost nemocného s demencí a rozvíjet jeho schopnosti ovšem musíme zohlednit jeho stav (apraxie, poruchy zraku, motoriky). Nemocného je potřeba správně motivovat k činnostem. V ergoterapii můžeme využít činností jako třeba kreslení, malování na sklo, textilní techniky, práce s papírem nebo jinými materiály, pečení, vaření, nácvik jemné motoriky pomocí puzzlí, stavebnice či navlékání korálků.

Pet-terapie – jedná se o terapii pomocí zvířat, která má velký vliv na psychiku nemocného (př. hipoterapie).

Reminiscenční terapie – u této terapie vycházíme ze zachování dlouhodobé paměti nemocného. Využíváme tedy u nich vzpomínek, a to zejména pomocí fotografií nebo jiných podnětů.

Muzikoterapie – léčebným prostředkem je zde hudba. Klient se může zapojit do zpívání s hudbou nebo může jen hudbu poslouchat.

Taneční terapie – působí na kognitivní, fyzické, emoční a sociální stránky člověka.

Kognitivní rehabilitace – provádí se nejčastěji v malých skupinkách formou hry, kdy nemocní mohou trénovat paměť krátkodobou i dlouhodobou. Vhodná je pouze v počátečních stádiích nemoci.

Kinezioterapie – jedná se o pohybovou aktivitu, která pozitivně působí na psychiku člověka. Toto cvičení probíhá většinou vsedě na židli, ale je možné i vleže. (Hátlová, 2005)

Ošetrovatelská péče u pacientů s Alzheimerovou nemocí

V ošetrovatelské péči je nutné užívat holistický přístup. Holistický přístup je celkovým přístupem k nemocnému. Neupřednostňuje pouze nemoc, ale hledá příčiny v psychice nemocného. Středem zájmu je i to, jak se pacient cítí, nesledujeme pouze jeho chování.

Důležitý pro nemocného je styk s rodinou. Musíme rodině umožnit setkání se svým blízkým. Na ošetrujícím personálu je, aby byl milý, příjemný, vstřícný, ochotný a empatický vůči nemocnému i jeho rodině a s oběma co nejvíce spolupracoval.

Nutnou součástí dne je zaměstnání nemocného. Můžeme ho zaměstnávat různě, například formou cvičení, tance, provádět nácvik sebeobsluhy, podporovat paměťové funkce apod. Naprostou samozřejmostí je péče o hygienu, výživu, příjem tekutin, vyprazdňování, vzhled nemocného a zajímat se o jeho pocity. (www.psychiatrikasekcecas.estranky.cz, 2. 5. 2011)

Ošetrovatelský proces u pacientů s Alzheimerovou nemocí

Ošetrovatelský proces je metoda, která umožňuje naplánovat činnost péče, umožňuje komunikaci s ostatním ošetrujícím personálem a umožňuje kontinuální péči s možností hodnotit kvalitu péče, která byla poskytnuta. Ošetrující personál má za cíl dosáhnout pacientovy co největší možné soběstačnosti. Soběstačnost se týká hlavně denních aktivit. Snažíme se pacienta uchránit před jakýmkoli sebepoškozením nebo poškozením svého okolí. Úlohou ošetrovatelského procesu je hlavně zmapování veškerých pacientových potřeb, abychom mu mohli tu nejlepší péči poskytnout. Proto si všímáme stupně poruch paměti (zmatenosti), poruch komunikace, ale také stupně pozornosti.

Všechny své poznatky zaznamenáváme do ošetrovatelské dokumentace a informujeme personál. Velmi důležitou součástí sesterské práce je také zapojení rodiny do procesu.

Musíme rodinu co nejvíce informovat a připravit je na postupné zhoršování všech funkcí pacienta. Využíváme také poznatky rodiny ke zlepšení péče a zároveň je informujeme o institucích, které se zabývají tímto onemocněním např. Česká alzheimerovská společnost nebo jiné instituce, které mohou pomoci blízkým nemocného např. domovy důchodců, léčebny dlouhodobě nemocných atd. (www.zdn.cz, 11. 5. 2011)

Možné ošetrovateľské diagnózy u pacientů s Alzheimerovou nemocí

- Neschopnost sebezpečí při jídle, hygieně, oblékání a vyprazdňování z důvodu percepční či kognitivní poruchy.
- Chronická zmatenost z důvodu Alzheimerovy choroby.
- Inkontinence stolice z důvodu kognitivní poruchy.
- Nedostatečná výživa z důvodu snížené chuti k jídlu.
- Nedostatek zájmových aktivit z důvodu fyzického omezení (upoutání na lůžko).
- Porušená interpretace okolí z důvodu vzniklé demence (Alzheimerovy choroby).
- Porušená interpretace okolí z důvodu demence (Alzheimerovy choroby).
- Porušený spánek z důvodu užívání nevhodné medicíny.
- Poškozená paměť z důvodu vzniklého onemocnění.
- Riziko imobilizačního syndromu z důvodu upoutání na lůžko.
- Riziko pádů z důvodu demence, zmatenosti.
- Riziko úrazu z důvodu nevhodného uspořádání.
- Zhoršená verbální komunikace z důvodu poruchy vnímání, neschopnosti jasně se vyjádřit. (www.ose.mmsw.cz, 21. 5. 2011)

Prostředí domova pro nemocné s Alzheimerovou nemocí – domov nemůžeme nijak konkrétně specifikovat, pro každého je domov zvláštním osobitým místem, kde se obvykle cítí bezpečně. U nemocného s AN musíme prostředí domova dobře promyslet. Pokud si necháváme nemocného u sebe doma, je potřeba domov předělat tak, aby byl bezpečným místem pro nemocného, aby neohrozil sebe ani nás. Musíme mít na paměti, že nemocný ztrácí schopnosti kognitivní i behaviorální. (Preiss, 2006)

Musíme si uvědomit, že nemocného je potřeba mít hlavně v bezpečí, ať už je s námi doma, nebo v domově důchodců či v jiném zařízení. Na místě je tedy vhodné osvětlení a celodenní dohled. V domovech důchodců je vhodné mít monitorovací zařízení, abychom eliminovali možný únik nemocného. Běžnou součástí bezpečí je tedy uzamčený prostor, který ovšem může u nemocného způsobit agresivní chování. Měli bychom tedy východové dveře maskovat, aby nemocný neutekl. Taktéž musíme zabezpečit veškeré ostré předměty, elektrické a plynové variče. Také je vhodné vybavit prostředí barevně, označit dveře na záchod, pokoj nemocného, aplikovat po domě fotografie z minulosti, oblíbené předměty nemocného, ale také barevně upozornit na schody a překážky v prostoru, kde se nemocný pohybuje. Nejsou ale vhodná zrcadla a lesklé povrchy, které mohou vizuální vnímání deformovat. Zrcadla mohou způsobovat iluzi, že jsou v místnosti cizí lidé, nemocní svůj odraz nepoznávají, může tak vzniknout agrese u nemocného. Taktéž bude nemocného zneklidňovat v noci

odkryté okno, proto je vhodné jej zakrýt závěsem. Více zvuků najednou, jako televize, rozhlas, hovory druhých – lepší je pouze jeden zdroj, více zdrojů působí stres a zmatenost. (Zgola, 2003)

Metodika výzkumné práce

Pro průzkum a získání informací byla použita metoda dotazníkového šetření. Dotazník obsahuje 17 otázek, které mapují zkušenosti a informovanost sester o Alzheimerově chorobě. Úvodní část dotazníku je zaměřena na informace týkající se věku respondenta, pohlaví, vzdělání, pracoviště respondenta a dobu praxe ve zdravotnictví. Dohromady bylo rozdáno 168 dotazníků. Z celkového počtu se vrátilo 134 správně vyplněných, což znamená, že konečná návratnost je 80 %. Pro vyhodnocení výsledků bylo použito 134 dotazníků.

Charakteristika vzorku respondentů

Vzorkem respondentů byly zdravotní sestry pracující ve zdravotnických zařízeních, v léčebnách nebo v domovech důchodců. Vzorek respondentů tvořilo 132 (98,50 %) žen a 2 (1,50 %) muži.

Z dotazovaných mělo 84 (62,69 %) respondentů středoškolské vzdělání, 19 (14,18 %) respondentů mělo vystudovanou vyšší školu, 18 (13,43 %) respondentů mělo střední školu a specializaci, 13 (9,70 %) respondentů uvedlo vysokoškolské vzdělání. Další výsledky ukazují, že 40 (29,85 %) dotazovaných pracovalo v domově důchodců, 54 (40,30 %) v nemocnici a zbylých 40 (29,85 %) respondentů v jiném zařízení konkrétně v psychiatrické léčebně. Nejvíce dotazovaných, tedy 50 (37,32 %), uvedlo že pracují ve zdravotnictví 1–10 let. Dalších 32 (23,88 %) respondentů ve zdravotnictví pracuje 10–20 let, 20–30 let pracuje 34 (25,37 %) respondentů a 30 a více let pouze 18 (13,43 %) respondentů.

Popis výzkumného prostředí a průběh výzkumu

Výzkum probíhal v Třebíči a Jihlavě. V Třebíči se jednalo zejména o Domov pro seniory Koutkova, Domov pro seniory Kubešova, Domov pro seniory Manželů Curieových a Nemocnice Třebíč, kde jsem dotazníky rozdala na oddělení interní (včetně interní JIP), neurologické a na léčebnu dlouhodobě nemocných. V Jihlavě byly rozdány dotazníky v Psychiatrické léčebně a v Domově pro seniory Jihlava-Lesnov. V těchto zařízeních byl průzkum povolen a probíhal od ledna 2011 až do dubna 2011.

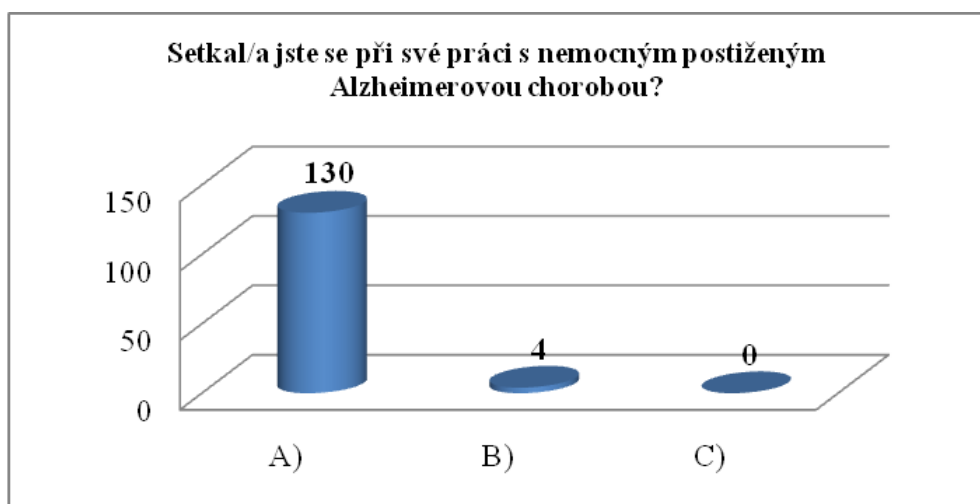
Informovanost byla zjištěna vyhodnocením dvanácti otázek z dotazníku, které měly zjistit rozsah informovanosti zdravotních sester o Alzheimerově nemoci a o zkušenostech s nimi. Jednotlivé otázky byly bodově ohodnoceny a procentuálně vyhodnoceny. Poté bylo provedeno průměrné procentuální zhodnocení za každé oddělení. Tím byla zjištěna celková informovanost zdravotních sester o dané problematice.

Vlastní výsledky výzkumu

Většina respondentů z uvedených zdravotnických zařízení se během praxe setkala s nemocným s Alzheimerovou chorobou. Výsledky ukazují, že se v práci s touto nemocí setkalo 130 (97 %) respondentů, zatímco 4 (3 %) respondenti se nesetkali s takto nemocným pacientem. Jinou odpověď neuvedl žádný z respondentů.

Tabulka č. 1 Práce s nemocnými postiženými Alzheimerovou chorobou?

Setkal/a jste se při své práci s nemocným postiženým Alzheimerovou chorobou?	Celkem	Celkem (%)
A) Ano	130	97
B) Ne	4	3
C) Jiná	0	0
Celkem	134	100



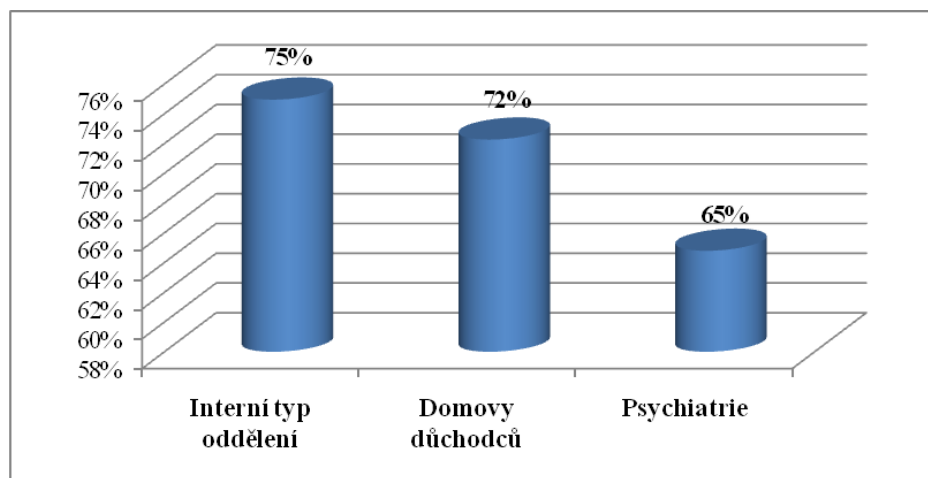
Graf č. 1 Práce s nemocnými postiženými Alzheimerovou chorobou?

Dále bylo zkoumáno, zda má na informovanost sester vliv typ oddělení, na kterém pracují.

Z tabulky jednoznačně vyplývá, že nejvíce jsou informovány zdravotní sestry v Nemocnici Třebíč na interních typech oddělení, informovanost byla celých 75 %. Následují je zdravotní sestry v domovech důchodců, kde úspěšnost jejich odpovědí dosáhla celkem na 72 %. V Psychiatrické léčebně v Jihlavě jsou zdravotní sestry o problematice Alzheimerovy nemoci informovány nejméně, jejich úspěšnost odpovědí byla 65 %.

Tabulka č. 2 Informovanost jednotlivých oddělení

Interní typ oddělení	
Interna JIP, Třebíč	73%
Neurologie, Třebíč	81%
Interna A, Třebíč	77%
Interna B, Třebíč	63%
LDN, Třebíč	80%
Celkem	75 %
Domovy důchodců	
DpS Koutkova, DpS Kubešova, Třebíč	76%
DpS Manželů Curieových, Třebíč	70%
DpS Lesnov, Jihlava	71%
Celkem	72 %
Psychiatrie	
Psychiatrická léčebna, Jihlava	65%
Celkem	65 %



Graf č. 2 Informovanost zdravotních sester dle typu oddělení, zařízení

Dalším cílem bylo zjistit, zda má délka praxe ve zdravotnictví vliv na informovanost zdravotních pracovníků o Alzheimerově chorobě.

Výsledky ukazují, že zdravotní sestry pracující 1–10 let ve zdravotnictví mají nejvíce informací o této problematice. 73 % respondentů z této skupiny mělo nejúspěšnější odpovědi. Zdravotní sestry pracující 20–30 let měly své odpovědi úspěšné ze 72 %. Zdravotní sestry, které jsou zaměstnány 30 a více let, odpověděly správně taktéž ze 72 %. Zdravotní sestry pracující 10–20 let jsou nejméně informované o Alzheimerově chorobě, úspěšnost jejich odpovědí byla 70 %.

Tabulka č. 3 Informovanost závislá na délce praxe ve zdravotnictví

Délka praxe ve zdravotnictví	Úspěšnost v %
1–10 let	73
10–20 let	70
20–30 let	72
30 a více let	72

Diskuse

Hypotéza č. 1: Více než 80 % respondentů je dostatečně informováno o problematice Alzheimerovy choroby.

K této hypotéze se vztahují otázky, které mapovaly informovanost zdravotních sester o Alzheimerově chorobě.

Vzhledem ke zmapování z interního typu oddělení, psychiatrie a domovů důchodců se dá říci, že tato hypotéza se potvrdila pouze na LDN Třebíč a na neurologii v Třebíči. Pouze na těchto dvou typech oddělení byla úspěšnost odpovědí takto vysoká. Na LDN byl výsledek - informovanost jednotlivých oddělení, rovných 80 % úspěšnosti. Na neurologii to byla 81% úspěšnost. Ostatní zařízení a oddělení nedosáhly takto vysokého procenta úspěšnosti. Zajímavé je, že nejnižší úroveň informací se vyskytla na psychiatrickém oddělení. Dá se říci, že respondenti v podstatě nejsou dostatečně informováni. Má hypotéza se tedy nepotvrdila.

Z výsledku lze usuzovat, že šíři informovanosti ovlivňuje vzdělání sester. Výzkumu se účastnilo 84 (63 %) respondentů se středoškolským vzděláním, 19 (14 %) respondentů má vystudovanou vyšší zdravotnickou školu, 18 (13 %) respondentů mělo po SZŠ specializaci a 13 (10 %) respondentů vystudovalo vysokou školu. Z tohoto zmapování je tedy zřejmé, že úroveň vzdělání zde hraje jistou roli. Vliv vzdělání na informovanost tedy má vliv. Nízká informovanost sester na psychiatrii se dá přisoudit absenci vzdělávání o této chorobě.

Hypotéza č. 2: U více než 60 % respondentů bude mít vliv délka praxe ve zdravotnictví a typ oddělení na úroveň informovanosti o Alzheimerově chorobě.

V tabulce číslo 3 je vidět informovanost závislá na délce praxe ve zdravotnictví a informovanost jednotlivých oddělení v tabulce č. 2. Je zřejmé, že délka praxe ve zdravotnictví má vliv na informovanost sester. Největší byla dle očekávání u sester, které pracují 1–10 let, nejkratší dobu od absolvování školy, mají tedy ještě informace celkem čerstvé. Příjemně překvapila skupina sester pracujících v oboru 30 a více let. Nejnižší informovanost byla u skupiny 10–20 let praxe ve zdravotnictví.

Informovanost dle typu oddělení zobrazuje tabulka č. 2 Informovanost jednotlivých oddělení. Zde je jasně vidět, že zdravotní sestry pracující v nemocnici jsou nejvíce informovány, zatímco na psychiatrii nejméně, což je také zajímavé, protože na psychiatrii vyplňovaly dotazníky sestry pracující převážně na oddělení gerontopsychiatrickém, kde by naopak informovanost o Alzheimerově nemoci měla být co nejvyšší. V domovech pro seniory byla informovanost jen o 2 % nižší než v nemocnici, což je, jak se domníváme, dobrý výsledek. Tento výsledek přisuzujeme tomu, že sestry jsou v některých domovech důchodců nuceny účastnit se seminářů o problematice demencí, protože přibývají oddělení se zvláštním režimem, která přijímají právě takto postižené pacienty, tudíž je vzdělávání sester v této oblasti nezbytné.

Má hypotéza se mi tedy potvrdila, na informovanost opravdu má vliv délka praxe ve zdravotnictví, zároveň ale i typ oddělení.

Hypotéza č. 3: Více než 80 % respondentů mělo možnost se o pacienta s demencí starat nebo se s ním v práci setkat.

Tato hypotéza se mi potvrdila. Na tuto hypotézu odpovídají otázky č. 1, 2, 3 a odkazuje na ně tabulka č. 1 – Setkal/a jste se při své práci s nemocným postiženým Alzheimerovou chorobou? Výsledky jsou opravdu jednoznačné, 97 % respondentů se s takto nemocným člověkem setkalo a měli možnost se o něj starat. Na otázku zda má respondent zkušenost s takto nemocnou osobou i z domova, zda se o ní stará nebo někdy staral, odpovídají výsledky vesměs záporně: 84 % respondentů totiž doma nemá takto nemocného blízkého. Avšak 93 % respondentů uvedlo, že mělo možnost se o pacienta s Alzheimerovou chorobou starat.

Výzkum probíhal v zařízeních, kde jsou takto nemocní častými klienty. Výsledky jasně potvrzují hypotézu, že více než 80 % mělo možnost se o pacienta s demencí starat nebo se s ním v práci setkat.

Hypotéza č. 4: Více než 60 % se aktivně účastnilo přednášky či semináře o Alzheimerově chorobě.

Tuto hypotézu jednoznačně znázorňuje tabulka a graf č. 4. Hypotéza se potvrdila. Celých 66 % respondentů potvrdilo, že se semináře či přednášky o Alzheimerově chorobě účastnilo. Tato skutečnost zřejmě odpovídá faktu, že sestry jsou nuceny sbírat kredity, aby mohly být i nadále registrovanými sestrami. V Domově pro seniory Koutkova v Třebíči mají sestry možnost chodit na speciální semináře a přednášky

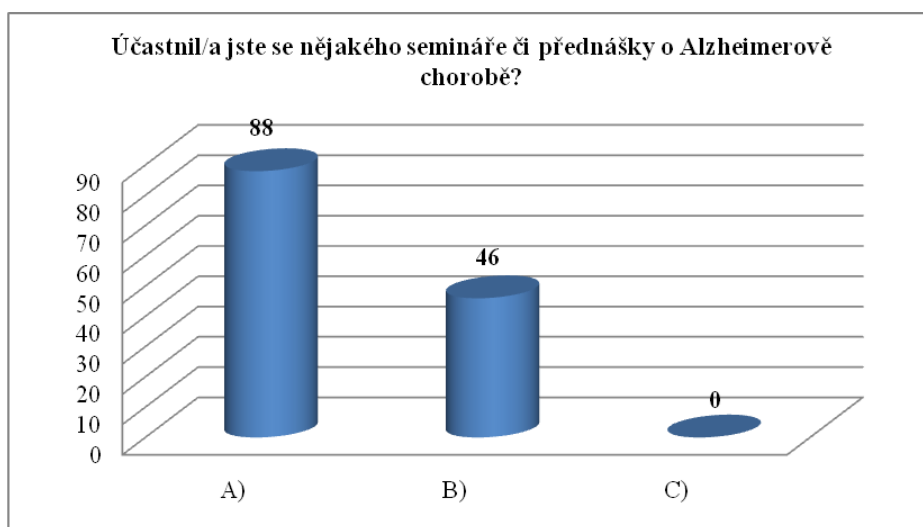
o Alzheimerově chorobě a ostatních demencích, aby mohly pracovat na oddělení se zvláštním režimem. Stejně tak i ošetrovatelky jsou v tomto směru informované.

Další vzdělávání sester ve všech směrech je v podstatě nutností. Nikdy nevíme, s jakými nemocnými se při své práci setkáme a pokud chceme být kvalifikovanými sestrami, musíme umět pomoci.

Řešením by určitě bylo, aby zaměstnavatel sestrám umožnil, co nejvíce přednášek a to nejlépe bezplatně, ale povinně, aby se musela zúčastnit každá sestra. Další možností, jak zlepšit informovanost, by určitě bylo zkvalitnění výuky už na středních zdravotnických školách. Toto téma by se mělo probrat do hloubky, ne jen okrajově. Určitě si tato dnes již častá nemoc zaslouží u zdravotníků větší pozornost.

Tabulka č. 4 Účast na semináři či přednášce o Alzheimerově chorobě

Účastnil/a jste se nějakého semináře či přednášky o Alzheimerově chorobě?	Celkem	Celkem (%)
A) Ano	88	66
B) Ne	46	34
C) Jiná odpověď	0	0
Celkem	134	100



Graf č. 4 Účast na semináři či přednášce o Alzheimerově chorobě

Závěr

Výzkumná část práce se věnuje problematice Alzheimerovy nemoci. Cílem práce bylo prozkoumat informovanost zdravotních sester o Alzheimerově chorobě a také zjistit, zda má vliv na úroveň této informovanosti délka praxe ve zdravotnictví a také typ

oddělení. Posledním cílem bylo odhalit, jaké jsou možnosti péče v městech Třebíč a Jihlava a pacienty s Alzheimerovou chorobou.

Po zhodnocení všech výsledků bylo zjištěno, že zdravotní sestry jsou o Alzheimerovy nemoci informovány průměrně ze 71 %. Tento výsledek je velmi přínosný pro všechna zařízení, kde výzkum probíhal, protože vedoucí jednotlivých oddělení jsou schopni udělat si z výzkumu závěr o informovanosti svých zdravotních sester. V případě psychiatrické léčebny je tento výsledek velmi podstatný, protože šetření probíhalo převážně na gerontopsychiatrii, kde jsou takto nemocní hospitalizováni. Bylo by tedy vhodné sestry pečující o nemocné s demencí nebo Alzheimerovou nemocí dále vzdělávat, snažit se, aby se účastnily seminářů a přednášek a dále se zajímaly o novinky v této oblasti.

Další výsledky jasně ukázaly, že se 80 % sester setkalo s nemocným s demencí. Sestry by měly být schopné o takového nemocného adekvátně pečovat a umět mu zkvalitnit jeho život.

Výzkum nám dal řadu podnětů, které budeme moci využít v praxi v péči o seniory s projevy demence.

Literatura

- [1] *Alzheimercentrum.cz* [online]. 2011 [cit. 2011-05-02]. Obecné zásady péče. Dostupné z WWW: <alzheimercentrum.cz>.
- [2] *Alzheimer.cz* [online]. 2011 [cit. 2011-05-02]. Co dělat, pokud máte podezření, že Váš blízký zapomíná víc, než je zdrávo?. Dostupné z WWW: <alzheimer.cz>.
- [3] BARTOŠ, A.; HASALÍKOVÁ, M. *Poznejte demenci správně a včas*. Praha: Mladá fronta a.s., 2010. 181 s. ISBN 978-80-204-2282-8
- [4] CAYTON, H.; GRAHAM, N.; WARNER, J. *Dementia – Alzheimer's and other dementias*. London: Class Publishing, 2004. 205 s. ISBN 185959-075-6
- [5] DLUGOŠOVÁ, J.; TKÁČOVÁ, L. Komplexní ošetrovatelská péče o pacienta s demencí. *Zdravotnické noviny* [online]. 10. 12. 2010, č. 1, [cit. 2011-05-11]. Dostupný z WWW: <<http://www.zdn.cz/>>.
- [6] FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 170 s. ISBN 978-80-247-1314-4
- [7] HÁTLOVÁ, B.; SUCHÁ, J. *Kinezioterapie demencí: pohybová cvičení v léčbě demencí*. 1. vyd. Praha: Triton, 2005. 108 s. ISBN 80-7254-564-7
- [8] HOLMEROVÁ, I.; JAROLÍMOVÁ, E.; NOVÁKOVÁ, H. *Alzheimerova nemoc v rodině: příručka pro ty, kteří o nemocné pečují*. 5. vyd. Praha: Pfizer, 2004. 96 s.
- [9] JIRÁK, R. A KOL.: *Demence*. Praha: Maxdorf, 1999. 226 s. ISBN 80-85800-44-6
- [10] JIRÁK, R.; HOLMEROVÁ, I.; BORZOVÁ C. A KOL. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2009. ISBN 978-80-247-2454-6

- [11] JIRÁK, R., RUŽIČKA, E. Alzheimerova nemoc a jiné demence. *Časopis lékařů českých*. 6/2001, 1, s. 1–8.
- [12] KONRÁD, J. Smíšená demence. *Smíšená demence*. 2007, 3, s. 129-132. Dostupný také z WWW: <psychiatriepropraxi.cz>.
- [13] KOUKOLÍK, F.; JIRÁK, R. *Alzheimerova nemoc a další demence*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1998. 232 s. ISBN 80-7169-615-3
- [14] KUČEROVÁ, H. *Demence v kazuistikách*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 112 s. ISBN 80-247-1491-4
- [15] PIDRMAN, V.; KOLIBÁŠ, E. *Změny jednání seniorů*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005. 189 s. ISBN 80-7262-363-X
- [16] PIDRMAN, V. *Demence*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 184 s. ISBN 978-80-247-1490-5
- [17] *Poruchypameti.cz* [online]. 2011 [cit. 2011-05-02]. Test hodin. Dostupné z WWW: <poruchypameti.cz>.
- [18] PREISS, M.; KUČEROVÁ, H. A KOL.: *Neuropsychologie v neurologii*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 368 s. ISBN 80-247-0843-4
- [19] SEIDL, Z. *Neurologie pro nelékařské studijní obory*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. 168 s. ISBN 987-80-247-2733-2
- [20] ŠEVČÍKOVÁ, P. *Psychiatrická sekce čas* [online]. PL Černovice: 1. 1. 2008 [cit. 2011-05-02]. Ošetřovatelská péče o pacienta s demencí. Dostupné z WWW: <psychiatrickasekcecas.estranky.cz>.
- [21] *Uzis.cz : Péče o pacienty s diagnózami F01, F03 a G30 – demence v lůžkových zařízeních ČR v letech 2005–2009* [online]. 21. 12. 2010 [cit. 2011-05-02]. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Dostupné z WWW: <uzis.cz>.
- [22] ZGOLA, J. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2003. 226 s. ISBN 80-247-0183-9

Kontaktní údaje

Mgr. Irena Točíková
VŠP Jihlava
e-mail: irenatocikova@seznam.cz

Bc. Zuzana Sedláková
Nemocnice Jihlava
e-mail: ZuzanaSedlakova@email.cz

Arteterapie a dětská kresba

Lucie Poláková

Katedra zdravotnických studií, Vysoká škola polytechnická Jihlava

Abstrakt

Arteterapie je psychoterapeutická disciplína, kterou můžeme s úspěchem použít jak u dospělých tak i u dětí, výrazně podporuje a ovlivňuje lidskou psychiku, vede k uvolnění, relaxaci a k lepšímu porozumění vlastních emocí a citů včetně vlastního myšlení a dalších podvědomých procesů. Článek je zaměřen na arteterapii s dětmi, přičemž se podrobněji zaměřuje na u nás dosud málo známou analýzu dětské kresby, která může výrazně přispět k pochopení dětského světa a dětské psychiky. Spolu s dalšími informacemi o dítěti (věk, sociální a kulturní zázemí, zdravotní stav, rodinné poměry) nám může dětská kresba zprostředkovat velké množství informací o dítěti samotném, o jeho vidění a prožívání světa, a také o jeho fantazii a skrytých schopnostech, které my se můžeme naučit rozpoznávat.

Klíčová slova

Arteterapie, artefiletika, dětská kresba, obrázek, trauma.

Proč právě dětská kresba?

Děti kreslí v každém kulturním prostředí, ať už tužkou na papír, nebo klacíkem do písku. Kreslí to, co je pro ně důležité: lidi, obydlí, stromy a zvířata, přitom jsou spontánní a neovládají se tolik jako dospělí. Dítě může mít potíže s mluvením, ale přímo nakreslí to, co je blízko k pravdě. Dětské kresby se velmi liší od kreseb dospělých, jelikož děti často nedbají na perspektivu, proporce ani barevnou skutečnost: to nejdůležitější bývá na obrázku největší a nejvíce zdůrazněné, sluníčko může být červené, a tatínek na obrázku nemusí být vůbec, jednoduše proto, že je „pořád v práci“. Dětská kresba nám zprostředkovává velké množství informací o dítěti samotném, o jeho vidění a prožívání světa, a také o jeho fantazii a skrytých schopnostech, které my se můžeme naučit rozpoznávat.

Analýza dětské kresby

Odborníci pracující s dětmi (do 12/15 let) neustále hledali klasifikační pomůcky, jež by jim umožnily snadno a účinně rozpoznat vývojový stupeň a emoční stav dítěte. Verbální projev dítěte je však v tomto směru často nedokonalým prostředkem, ať už pro nejrůznější řečové problémy u dětí, způsobené mentálním zaostáváním či logopedickými problémy, nebo právě prožitým traumatem, který dítěti brání v další komunikaci. Pokud dítě prožije jakékoli trauma, obvykle o této zkušenosti mlčí, anebo velmi těžce hovoří, přičemž informace mohou být zkreslené např. strachem před

trestem („co se stane, když to řeknu...“). V diagnostice dětské kresby vycházíme z toho, že děti ve své kresbě vyjádří i to, co by za normálních okolností a pomocí verbálních prostředků nikdy neprozradily. Další informace lze pak velmi snadno získat účinnou metodou „hovoru nad obrázkem“, kdy dítě není nuceno hovořit v první osobě, nýbrž pouze popisuje svůj výtvar.

V diagnostice dětské kresby vycházíme z toho, že:

- Kreslení umožňuje dětem vyličit svůj prožitek tak, jak jim to vyhovuje, a proto je zaujme více než rozhovor s dospělým.
- Děti cítí nevědomou potřeb znovu si odehrát určité obtížné situace v jejich životě. Umělecká forma se přitom jeví jako zdravá a pozitivní!
- Kreslení uvolňuje napětí, neboť mentální energie je přesměrována od zvládání silných emocí k soustředění na jejich výtvarné vyjádření.
- Díky tvorbě může dítě svou situaci (event. trauma) nově pochopit a nahlédnout z jiné perspektivy.
- Na základě obrázku lze velmi dobře rozpoznat stávající rodinné poměry i vztahy mezi jednotlivými rodinnými příslušníky (pozitivní i negativní), mezi přáteli dítěte apod.
- Na základě obrázku lze dále hovořit o prožité obtížné životní situaci, aniž by bylo dítě dále traumatizováno (tedy opačná metoda nežli pouhý rozhovor s dítětem).

Děti se v dnešní době velmi často stávají obětmi násilí, ať už tělesného nebo citového týrání a pohlavního zneužívání, často prožívají úzkost, strach, depresi a vztek různého stupně, které mohou časem vést k agresi a sebedestruktivní tendenci. Na základě dětské kresby však mohou především pedagogové, zdravotníci, sociální pracovníci, lékaři či kriminalisté velmi rychle rozpoznat psychický stav dítěte i eventuální nebezpečí, ve kterém se právě nachází. Tito odborníci přicházejí s dětmi dennodenně do styku a zároveň mají možnost zasáhnout v krizi a iniciovat změnu! Spousta dětí totiž nemusí mít pouze fyzické symptomy, jak se mnozí domnívají, ani nemusí o tom, co prožívají, hovořit! *Výtvarná činnost je však pro dítě přirozenou metodou, jak vyjádřit své emoce, radost, obavy i strach či trauma.*

Své studenty na Katedře zdravotnických studií učím, jak nejprve navázat kontakt s dítětem, jak mu nabídnout výtvarné prostředky, jakým způsobem správně motivovat k tvorbě a následně také, jak správně vést dialog nad obrázkem. Samotná diagnostická práce je pak založena na schopnosti zorientovat se v dětské kresbě, pomocí které je možné rozpoznat mentální a duševní stav dítěte či jeho rodinnou situaci, a to právě na základě hotového výtvaru (nemusí se vždy jednat pouze o kresbu, ale např. i o hliněný výrobek, muchláz, či psaný text). Např. dvouleté dítě nekreslí stejně jako dítě tříleté, každému věku odpovídá specifický typ kresby, která nemá nic společného s uměleckými schopnostmi dítěte, ale vyvíjí se v závislosti na vývoji jedince. Samozřejmostí je znalost sociálního a kulturního prostředí dítěte, v němž vyrůstá. Tyto znalosti nám pak mohou výrazně pomoci ve výběru konkrétních arteterapeutických či artefietických technik, které mají následující cíle:

- Pomoc při navození kontaktu s dítětem
- Rozvoj socializace, snižování agresivního napětí a vytváření prostoru pro dětskou kreativitu a schopnost tvořivě vyjadřovat své myšlenky, city a emoce
- Podpora rozvoje osobnosti dětí – rozvíjí sebekognání, poznání druhých a komunikaci
- Nahlédnutí do nevědomého života dítěte

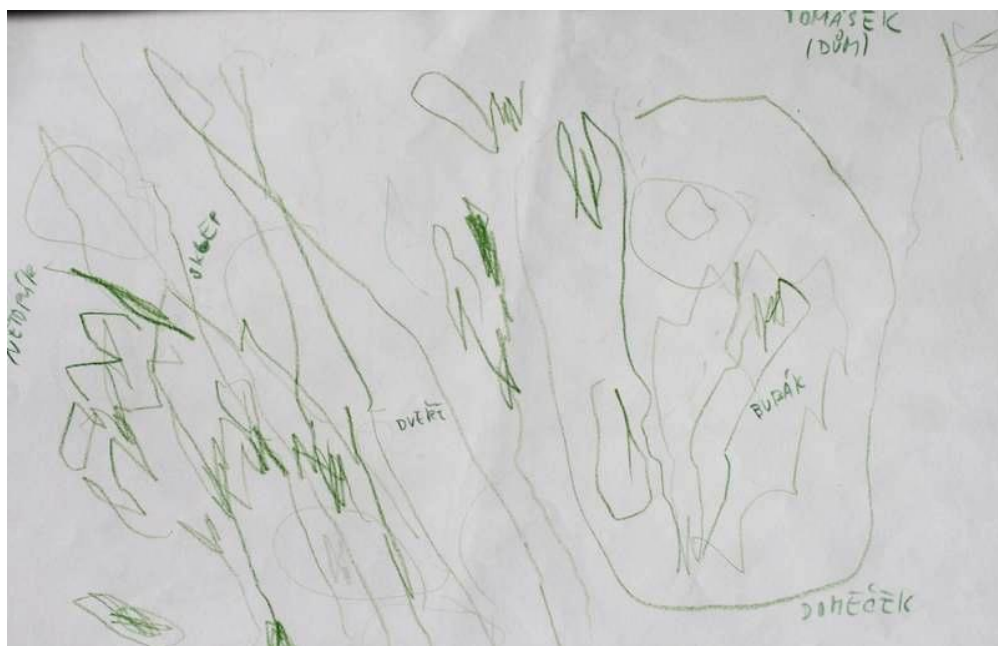
Arteterapie je velmi vhodná především pro děti plaché, senzitivní, hyperaktivní a úzkostné, jelikož odstraňuje stres, napětí a podporuje sebekognání a osobní růst. Dále pro děti agresivní, jelikož odstraňuje negativní pocity, slouží jako prevence nežádoucího chování a rozvíjí toleranci k dětem, které se něčím liší od ostatních (např. rasová odlišnost). Arteterapie je výborná také pro děti s jakýmkoli druhem postižení, jelikož zde nejde o výkon a estetickou hodnotu díla, nýbrž o prožitek z tvorby samotné. Výsledné dílo je jen „dovršením“ samotného výtvarného procesu a každé dítě má být za ně pochváleno a motivováno tak k další činnosti. Dítě je tvůrčí bytost, ale jeho kreativita je ve škole často potlačována. V hodinách arteterapie se proto učíme, jak lze s dětmi tvořivě pracovat a zároveň poznávat, respektovat a léčit jejich duši.

Obrazová příloha

Obrazová příloha obsahuje šest obrázků dětí různého věku, přičemž poslední obrázek nakreslilo dítě s kombinovaným postižením. Se všemi těmito dětmi jsem měla možnost osobně pracovat a sledovat jejich vývoj. Byla jsem obeznámena s jejich sociálním i kulturním zázemím i jejich zdravotním stavem. Jejich často nelehkou životní situaci jsem se pokusila nastínit pod každým z uvedených obrázků včetně toho, jak se tato situace promítá do volby barev, tvarů i jemných detailů v obrázku. Vybírala jsem ty obrázky, které podle mého názoru nejlépe vyjadřovaly momentální životní situaci dítěte. Všechny obrázky pocházejí z mého archívu.

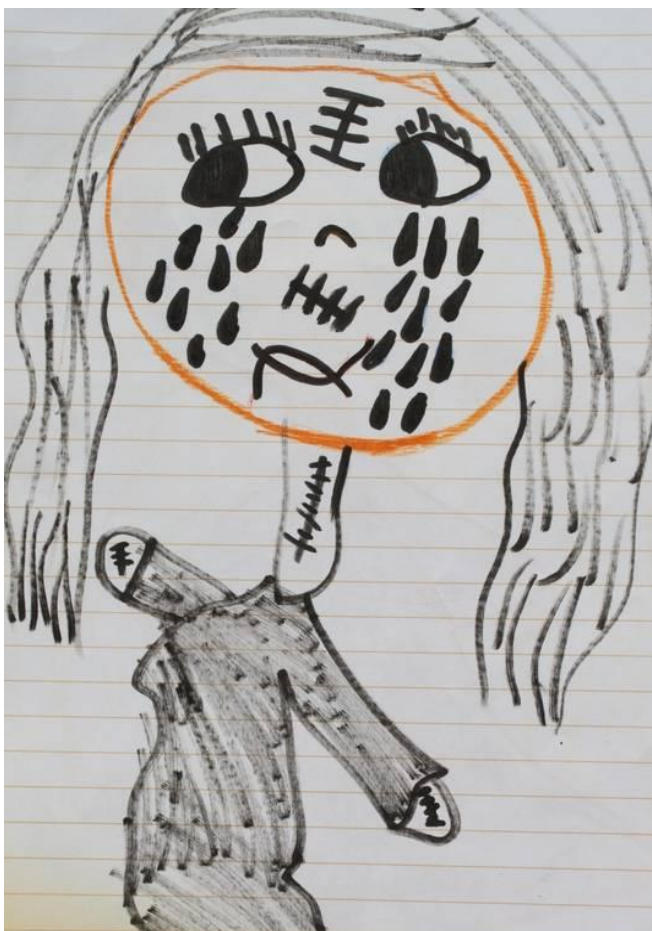
**Obrázek 1**

Obrázek dítěte (Eliška, 7 let), které v jinak harmonické a úplné rodině jen těžko zvládalo vlastní agresivitu a zároveň strach z opětovné návštěvy u zubaře. Svůj strach dávalo dítě jen velmi těžko najevo, v rodině se o návštěvě zdravotnického zařízení mluvilo jako o něčem samozřejmém (ve stylu: „není potřeba o tom dále diskutovat“), avšak dítě mělo již předtím problémy se zoubky a velmi dobře si pamatovalo předchozí návštěvu zubaře. Obrázek na nás působí velmi agresivně (vyceněné pilové zuby, některé černé, nepříjemný až bodavý pohled, rudý vnitřek úst, mráčky v horní i dolní části obrázku a silně černě olemovaný obrys celého obrázku, který svým tvarem připomíná bonbon). Obrázek nám ukazuje strach a zároveň zlost z toho, že se dítě ocitlo v momentálně bezvýchodné situaci a bude muset nepříjemnou návštěvu zubaře podstoupit s vědomím, že tato návštěva opět bude nepříjemná či dokonce bolestná (dítě trpělo bolestí jednoho zoubku, což bylo podle rodičů způsobeno především přílišnou konzumací nejrůznějších sladkostí a bonbonů). Rodiče se po shlédnutí tohoto obrázku pokusili zmírnit strach a stres dítěte a rozhodli se poprosit lékaře o co nejšetrnější výkon. Během samotné návštěvy zubního střediska dostalo dítě hysterický záchvat a odmítlo si nechat zoubek vyvrtat. Lékař to respektoval a s dítětem se domluvil, že jakmile by začal zoubek bolet, ať tedy pak přijde. Dítě odcházelo s vědomím, že bylo respektováno jeho rozhodnutí, a že má volbu, kdykoli se svobodně rozhodnout, zdali chce či nechce zoubek spravit.



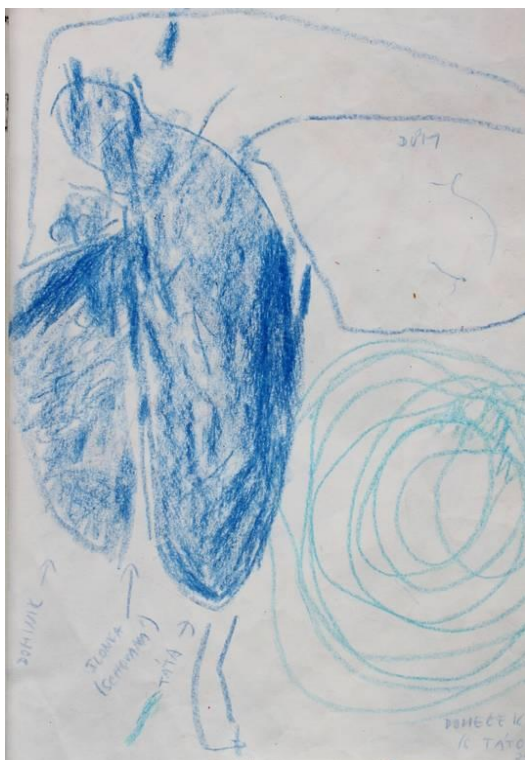
Obrázek 2

Obrázek chlapce (Tomášek, 5 let) ze sociálně slabé rodiny, která je napůl romská a dosti rozvětvená. Chlapcova rodina neměla dostatek finančních prostředků na to, aby chlapci zaplatila běžné předškolní zařízení (mateřská škola), a tak začal chlapec I se svými sourozenci a příbuznými (bratřenci) navštěvovat zařízení obdobné, které spadá do neziskového sektoru, které ovšem funguje pouze 3x týdně a pouze dopoledne, což je pro chlapce v předškolním věku poněkud nedostačující. Chlapec je velmi milý, komunikativní, má svou rodinu i všechny své sourozence velmi rád a také jeho výtvarný projev již odpovídá věku pěti let. Když však přišlo na kresbu domu, která je pro děti kolem šesti let přirozená a častá, jeho kresba začala být poněkud chaotická, zkratkovitá, nakreslená pouze jednou barvou a jakoby „odbitá“. V kresbě domu se zde objevují prvky, které se běžně v harmonické kresbě domu objevovat nemají. Jsou to především: bubáci, netopýr, dveře do sklepa, sklep. V této kresbě je vyjádřen strach z trestu, kterým hrozí rodiče a příbuzní dítěti v případě, že nebude hodné. Když bude zlobit, obává se toho, že jej rodiče odvedou do sklepa, kde se jistě nacházejí také netopýři (dle mínění dítěte), a že ho tam nechají. Tento strach a zároveň duševní nepohodu v místě domova můžeme pozorovat na obrázku, který by měl být idylický, barevný a harmonický, jak se na obrázek domova očekává. Nápis na obrázku vytvořila učitelka, aby zaznamenala řečový projev dítěte během kresby.

**Obrázek 3**

Obrázek dítěte (Petra, 8 let) ukazuje na těžkou životní situaci tohoto dítěte, které se ocitlo ve škole – ve druhé třídě – v patové situaci: Dítě přestoupilo z první třídy, kde mělo velice hodnou a milou paní učitelku, na jinou školu, kde začalo od září chodit do druhé třídy. Paní učitelka se zdála být hodná, přesto zde však začalo docházet ke komunikačním problémům ze strany dítěte, které odmítalo s paní učitelkou mluvit, ve škole nedávalo pozor, začalo nosit špatné známky (včetně čtyřek a pětek) oproti třídě první, ve které se dítě vzorně učilo a přálo si být v budoucnu paní doktorkou. Paní učitelka ve druhé třídě vyjádřila po dvou měsících školní docházky domněnku, že dítě možná trpí nějakou poruchou (pozornosti, dyslexií či dysortografií) a doporučila proto návštěvu pedagogicko-psychologické poradny. V této poradně psycholog nezjistil u dítěte žádnou poruchu, avšak po rozhovoru s dítětem i s rodiči doporučil změnit školu, jelikož příčinou všech obtíží se jevil právě vztah s paní učitelkou, která byla poněkud temperamentnější se silným hlasem, což na dítě působilo negativně (Petra měla pocit, že se na ni křičí). Těsně před samotným přestupem na jinou školu v polovině školního roku se Petra ve škole dokonce počůrala. Po přestupu na jinou školu všechny obtíže zmizely, dítě se začalo do školy znovu těšit a po dvou měsících

začalo opět nosit samé jedničky. Nyní si přeje být oční lékařkou. V obrázku je silně vyjádřen smutek a problém v komunikaci (jizvy na obličeji, na krku, na rukou, které nemohou nic dělat, ani se bránit, jelikož nemají dlaně ani prsty. Nohy postava dokonce ani nemá, postava tedy nemůže nikam utéct a cítí se zajatá v bezvýchodné situaci. Krk jako centrum komunikace je naopak zdůrazněn. Celá postava je černá – smutná, pláče).



Přední strana



Zadní strana

Obrázek 4

Obrázek kreslil chlapec (Jakub, 5 let), který žije v současné době s otcem a malou sestrou ve společné domácnosti. Maminka je ve věznici, přesný důvod odsouzení není znám. Matku pak chlapec nakreslil na druhou stranu obrázku - v jejím vlastním domečku (oba domy – pro otce i pro matku – mají kruhovitý tvar, který se často objevuje především u menších dětí, nežli získá dům podobu jakéhosi iglú, později stanu a až naposledy nám „vyrostou“ stěny, které dům zároveň zvednou do výšky). Jelikož jsou nyní rodiče odděleni, kreslí chlapec dům pro každého rodiče zvlášť, což je typické především pro děti rozvedených rodičů. Chlapec sám se nakreslil vedle svého otce, který jej jakoby objímá a drží, zároveň jakoby se k němu skláněl. Je zde patrný velmi úzký citový vztah. Otec má však na obrázku špatně napojené nohy, pohyb směrem ke chlapci tedy nemusí být takový, jaký by si chlapec přál. Jakub samotný si nohy nenamaloval, což ukazuje na situaci, ze které se zřejmě nemůže vymanit, doslova „nemůže utéct“, musí ji jen trpně snášet, přestože má oporu ve svém otci. Jeho sestra se prý nachází mezi nimi, namalovaná zde však není. Sestra tedy také žije s otcem, nestojí

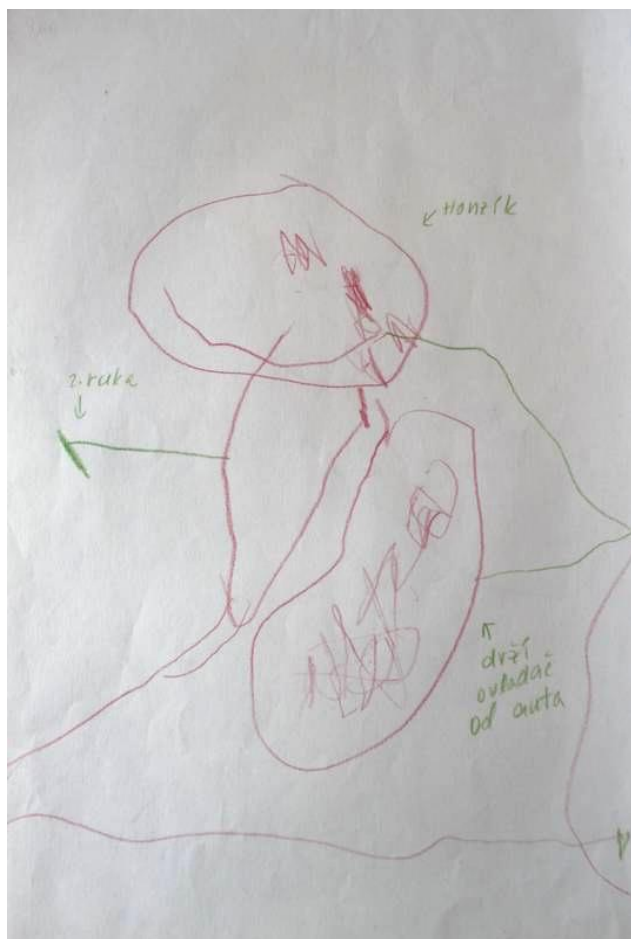
však tolik v centru Jakubova zájmu, je ještě malá. Maminka je znázorněna na druhé straně obrázku v jiném „domečku“, má začmáraný obličej, na kterém tak nejsou patrné ani oči ani nos či ústa, maminka tak nemůže mluvit a komunikace je s ní buď velmi obtížná anebo žádná. Zároveň nemá ani ruce ani nohy – nemá chlapce jak chytit, jak obejmout, nemůže k němu přijít, je osamocena a jakoby padá (nahnutá postava). Jediným výrazným prvkem se tak stávají pouze vlasy, které jsou dlouhé a chlapci se ihned vybaví, když si vzpomene na matku.



Obrázek 5

Obrázek zdravé holčičky (Klárka, 8 let) nám ukazuje zdravý vývoj i myšlení tohoto dítěte. Kresba odpovídá věku, postava je již úplná s mnoha nakreslenými detaily, včetně puntíků na šatech, včetně brýlí, které však holčička sama nenosí, ale velice se jí líbí, nebo včetně detailně prokreslené hlíny. Na obrázku nacházíme také dva významné znaky typické pro tento věk, a to transparentnost neboli průhlednost a sklápění. Tyto znaky obvykle vymizí do desátého roku věku. Průhlednost se v tomto obrázku

projevuje tím, že diváci mohou nahlédnout do života pod zemí: Vidíme zde krtečka a zajíčka, oba ve svém „domečku“ pod zemí, se svými zásobami na zimu, a také se stolem a židličkami, které se nám – divákům – jeví jakoby shora (prvek sklápění). Postava holčičky se zdá být spokojená, holčička je jistě bystrá, protože její myšlenky se upírají k tomu, co všechno se může dít pod zemí a jaké je typické chování zvířat. Idylické prostředí poněkud narušuje pouze jediný mráček, který se vznáší nad holčičkou, který zde však pouze dotváří typické prostředí krajiny i se sluníčkem.



Obrázek 6

Tento obrázek nakreslilo dítě s kombinovaným postižením (Honzík, 6 let), které velice rádo maluje a kreslí a arteterapie patří k jeho nejoblíbenějším činnostem, a to nejen v mateřské škole (třída pro děti s logopedickými problémy), nýbrž i ve volném čase. Kresba nám ukazuje směřjící se postavu, která přes svoji radost vykazuje také známky jakési nestability, roztěkanosti až chaotičnosti a působí na nás v důsledku smutně a velice nestabilně (postava je nahnutá a vypadá to, že brzy spadne). Přestože si Honzík zvolil tři pastelky, s kterými pak kreslil, působí obrázek nevýrazně a poněkud „vybledle“. Silně zakřivené čáry a roztřesená linka ukazují na poruchu jemné motoriky. Jedna noha je kratší nežli ta druhá (Honzík má ve skutečnosti opravdu levou

nohu trochu slabší než pravou, což způsobuje poněkud nestabilní chůzi a občasné pády). Vedle sebe si Honzík nakreslil velký ovladač od auta, protože má ovladače rád, ať už se jimi dá ovládat cokoli. Pomocí ovladače se nemusí tolik namáhat, aby se např. autíčko rozjelo nebo aby se otevřela garáž. Je to pro něj možnost, jak se lépe a snadněji pohybovat v tomto světě. Jeho technické nadání je úměrné věku, avšak co se týče psychického vývoje, je chlapec mírně duševně opožděný a jeho znalosti a projev odpovídají zhruba čtyřletému dítěti. Trpí také expresivní poruchou řeči, takže je pro něj velmi těžké vyjádřit to, co opravdu vyjádřit chce, přestože by i rád použil delší větu či „dokonalejší“ slova. Chlapec však vyrůstá v harmonické a úplně rodině se zdravými sourozenci, takže má téměř ideální podmínky pro zvládnutí svého handicapu a pro další růst.

Literatura

- [1] Linda Whitney Peterson, Milton Edward Hardin. Děti v tísní. Triton, Praha 2002
- [2] Roseline Davido. Kresba jako nástroj poznání dítěte. Portál, Praha 2008
- [3] Jaroslava Šicková-Fabrici. Základy arteterapie. Portál, Praha 2002

Art-Therapy and a Child's Drawing

Abstract

Art-therapy is psychotherapeutic discipline we can implement with success with both adults and children. It remarkably supports and influences human being's psyche, leads to relaxation and better understanding of own feelings and emotions and other unconscious processes. The article focuses on art-therapy with children. It focuses on so far little studied anyalysis of child's drawing which can significantly contribute to the understanding of child's world of imagination and child's psyche. The child's drawing, together with other information about the child (age, social and cultural background, health), can mediate a great deal of information about the child himself or herself, his or her view on and perception of the world, his or her fantasies and hidden abilities which we can learn to identify.

Key words

Art-therapy, child's drawing, picture, child's psyche.

Kontaktní údaje

Mgr. Lucie Poláková
Katedra zdravotnických studií VŠP Jihlava
e-mail: lucie.jih@centrum.cz

Výskum zdravotných rizík súvisiacich s užívaním psychoaktívnych látok¹

Richard Tekel

Univerzita Konštantína filozofa v Nitre, Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva, Katedra sociálnej práce a sociálnych vied

Abstrakt

Predkladaný článok je výskumnou štúdiou – zameriava sa na overenie existencie vzťahov medzi rizikami v oblasti celkového zdravia a užívaním psychoaktívnych látok u konkrétnej skupiny mládeže. Vo výskume autor využil tri domény dotazníka Drug Use Screening Inventory-Revised v slovenskej jazykovej mutácii. Výsledky výskumu vypovedajú, že nárast rizík v oblasti psychického a fyzického zdravia je v pozitívnej asociácii k užívaniu psychoaktívnych látok.

Kľúčové slová

Fyzické zdravie. Psychické zdravie. Riziko. Užívanie psychoaktívnych látok.

1 Úvod

Oblasť zdravia je významná aj v problematike boja s užívaním psychoaktívnych látok. Mnohí autori pokladajú za motív užívania psychoaktívnych látok medzi inými aj existenciu poruchy v oblasti fyzického a/alebo psychického zdravia. Na druhej strane, užívanie psychoaktívnych látok so sebou prináša komplikácie v oblasti zdravotného stavu užívateľov. Poškodenie v oblasti zdravia sa tak stáva jedným z významných rizikových faktorov, ktoré je potrebné sledovať u užívateľov psychoaktívnych látok, ktorým je potrebné sa zaoberať i v prevencii závislostí.

„Poznanie rizikových faktorov v životnom štýle rodín žiakov, ale i žiakov samotných, je jedným z predpokladov úspešnosti ktorejkoľvek stratégie a z nej odvodených programov v prevencii drogových závislostí. Preto neexistujú také programy, ktoré by boli vhodné pre všetky skupiny detí a mládeže“ (Poliaková in Ondrejkoš et al., 1999, s. 205–206). Toto vyjadrenie nepriamo potvrdzuje aj výskumná správa Európskeho monitorovacieho centra pre drogy a drogovú závislosť (*Drugs and...*, 2008, s. 17–27). Vo vybranej otázke z roku 2008, pod názvom Drogy a zraniteľné skupiny mladých ľudí, sú u jednotlivých skupín hľadané rôznorodé preventívne prístupy – zrejme nie je možné zadefinovať jediný jednotný, univerzálne platný a efektívny prístup vo vzťahu ku všetkým skupinám. Nováková (2006) v súvislosti s prevenciou drogových závislostí

¹ Príspevok vznikol vďaka projektu VEGA 1/0221/11 „Evaluácia výsledkov procesu resocializácie klientov resocializačných stredísk v podmienkach Slovenskej republiky“

hovorí o tom, že táto nemá jednoduchý a priamočiary recept na úspech, a musí sa preto opierať o rôzne stratégie. Dodávame, že tento vzťah platí obojsmerne.

Vzťah efektívnej prevencie závislostí k potrebe poznania rizikových faktorov závislostí vystihuje Verešová, ktorá hovorí, že v kontexte prevencie drogových závislostí stojí „potreba – až nevyhnutnosť identifikovať jednotlivé faktory – zdroje drogového rizikového správania“ (Verešová, 2004, s. 36).

V zmysle spomenutého si stanovujeme cieľ práce – identifikovať prípadnú existenciu vzťahu medzi zdravotnými rizikami a užívaním psychoaktívnych látok u konkrétnej skupiny mládeže.

1.1 Teoretické modely objasňujúce vznik a rozvoj závislostí

Pri náhľade na problematiku sa opierame o vybrané teoretické východiská. „Biopsychosociálny model je odvodený od všeobecnej systémovej teórie“ (Sadock, Kaplan, 2007, s. 5). Tento teoretický model v roku 1977 predložil Engel, a to na základe kritiky biomedicínskeho modelu. Vtedajšie chápanie sa podľa neho (Engel, 1977) obmedzovalo výlučne na diagnostiku a liečbu tých odchýlok od normy, ktoré sú biologického (somatického) pôvodu a majú charakter merateľných premenných. Autor upozorňuje na fakt, že príčiny vzniku choroby sa nedajú obmedziť výlučne na somatické poruchy. Engel (1977) hovorí o zodpovednosti doktora za zhodnotenie akéhokoľvek problému, ktorý pacient prezentuje, a za odporúčenie potrebnej intervencie, vrátane odkázania na iné pomáhajúce profesie. Podľa neho musí doktorova znalosť pokrývať biologickú, psychologickú i sociálnu oblasť. „Navrhovaný biopsychosociálny model poskytuje motív pre výskum, rámec pre vzdelávanie a model intervencie v reálnom svete zdravotnej starostlivosti“ (Engel, 1977, s. 135). Súčasnú alternatívu tohto modelu pod názvom bio-psycho-sociálno-spirituálny model nám ponúka aj Kudrle (In Kalina et al., 2008) ako východisko primárnej, sekundárnej a terciárnej prevencie a kvalifikovanej pomoci v oblasti závislostí. Toto je neklamným znakom multidisciplinárnej adaptácie Engelovho teoretického modelu v priebehu času.

Ďalšie, pre nás podnetné, teoretické modely predstavujú autori (Whitman, Merluzzi, White, 1999) na podklade rizika vzniku poruchy alebo zranenia u detí. Ide o mediačný a moderačný (interakčný) model. Podľa týchto modelov exogénne faktory (napr. rodičovský dohľad) a endogénne faktory (napr. temperament dieťaťa) ovplyvňujú zdravie dieťaťa (napr. zranenie dieťaťa). „V rámci moderačného (interakčného) modelu je účinok jedného rizikového faktora buď zmierňovaný alebo posilňovaný účinkom iného rizikového faktora“ (Whitman, Merluzzi, White, 1999, s. 139).

Mediačný model (Whitman, Merluzzi, White, 1999) je taký, v ktorom jeden alebo séria rizikových faktorov ovplyvňuje výsledok nepriamo prostredníctvom inej charakteristiky (iného rizikového faktora). Tento model testuje stupeň, v akom jeden rizikový faktor sprostredkúva vzťah medzi dvoma ďalšími faktormi (medzi iným, menej intenzívnym rizikovým faktorom a výsledkom). Výslednú premennú (napr. výsledok v podobe vzniku závislosti) ovplyvňujú dva kvalitatívne rozličné prediktory. Z týchto prediktorov sa jeden ukazuje ako menej významný v zmysle objasnenia

výsledku. Významnejší prediktor sa však dá objasniť tým menej významným. Môžu teda nastať v zásade dva typy situácií:

- Slabší exogénny faktor pôsobí prostredníctvom intenzívnejšieho endogénneho faktora na výsledok (endogénny faktor sprostredkúva vzťah medzi exogénnym faktorom a výsledkom).
- Slabší endogénny faktor pôsobí prostredníctvom intenzívnejšieho exogénneho faktora na výsledok (exogénny faktor sprostredkúva vzťah medzi endogénnym faktorom a výsledkom).

Tieto modely poukazujú na užívanie psychoaktívnych látok ako na výsledok pôsobenia nepriaznivého zdravotného stavu – poškodenie v oblasti zdravia je príčinou užívania psychoaktívnych látok. Avšak, škodlivé užívanie samotné často prináša komplikácie v oblasti zdravotného stavu. Tu sa stáva poškodenie zdravia dôsledkom užívania psychoaktívnych látok. Vidíme, že niekedy je náročné identifikovať, či je zdravotný stav príčinou alebo dôsledkom užívania psychoaktívnych látok. V tomto zmysle súhlasíme s Hajným (In Kalina, 2008), ktorý hovorí, že nejasnosť v tom, čo je príčinou a čo dôsledkom môže byť vo výskume komplikáciou – v liečebnej praxi to však nie je podstatné. Máme za to, že v praxi je potrebné sanovať všetky známe oblasti problémov klienta.

2 Metódy

V rámci všeobecného cieľového zamerania výskumného projektu budeme napĺňať nasledovný výskumný cieľ:

C: Identifikovať vzťahy medzi vybranými rizikovými faktormi vzniku závislosti a užívaním psychoaktívnych látok u žiakov 9. ročníkov základných škôl v zriaďovateľskej pôsobnosti Mesta Nitra.

Konkrétne sa zameriame na identifikáciu rizikovosti v oblasti fyzického zdravia a psychiatrických porúch.

2.1 Stanovenie výskumných hypotéz

V súvislosti s výskumným zameraním sme si stanovili nasledujúce hypotézy:

H1: Predpokladáme, že rizikovosť v oblasti zdravotného stavu (*Doména III*) u respondentov je v pozitívnom vzťahu k intenzite užívania psychoaktívnych látok (*Doména DaAUF*) u respondentov.

Vágnerová (2004) hovorí o komplexnom poškodení fyzického zdravia vo vzťahu k nadužívaniu alkoholu. Autorka dodáva, že u mladistvých sa závislosť tvorí rýchlejšie. „Závislosť na psychoaktívnych látkach môže primárne či sekundárne poškodiť somatické zdravie jedinca“ (Vágnerová, 2004, s. 563).

H2: Predpokladáme, že rizikovosť v oblasti psychiatrických porúch (*Doména IV*) u respondentov je v pozitívnom vzťahu k intenzite užívania psychoaktívnych látok (*Doména DaAUF*) u respondentov.

Rizikami, ktoré sú vo vzťahu s užívaním psychoaktívnych látok, sú aj poruchy pozornosti, hyperaktivita a psychiatrické poruchy.

2.2 Operacionalizácia pojmov

Intenzita užívania psychoaktívnych látok – identifikuje ju doména DaAUF. Je to súhrnné skóre, ktoré je súčtom všetkých volieb z piatich kategórií (0-krát mesačne, 1- až 2-krát mesačne, 3- až 9-krát mesačne, 10- až 20-krát mesačne, viac ako 20-krát mesačne) u všetkých osemnástich psychoaktívnych látok pre každého respondenta. Minimálna intenzita užívania psychoaktívnych látok u jednotlivca je 18 (neužil ani jednu psychoaktívnu látku) a maximálna 90 (užil všetky psychoaktívne látky viac ako 20 krát mesačne).

Rizikovosť v oblasti zdravotného stavu – túto zhodnocuje Doména III, konkrétne jej 10 položiek (položky 38 až 47). Ide o mieru výskytu problémov v oblasti fyzického zdravia u respondenta. Zaoberá sa výskytom nehôd, zranení a chorôb.

Rizikovosť v oblasti psychiatrických porúch – túto oblasť zhodnocuje 20 položiek (položky 49 až 68) Domény IV. Táto Doména zhodnocuje mieru problémov respondenta v oblasti psychického zdravia. Identifikuje predovšetkým potencióálne problémy, akými je úzkosť, depresia, antisociálne správanie.

2.3 Metódy získavania údajov

Základom nášho výskumného nástroja je najnovšia verzia dotazníku *Drug Use Screening Inventory-Revised* (ďalej len DUSI-R). Ide o skríningový nástroj, určený dospievajúcim (od 11 rokov do 18 rokov veku), ktorý identifikuje rizikové oblasti vzniku závislostí. Skríning v oblasti hodnotenia problémov s alkoholom chápu Allen a Columbus (1995) ako merací nástroj identifikujúci jednotlivcov, ktorí spĺňajú diagnostické kritériá porúch súvisiacich s užívaním alkoholu a u ktorých sa zdá byť oprávnené ďalšie hodnotenie ich situácie. V rámci ich publikácie zaraďujú tento nástroj (ešte vo verzii pred revíziou) práve medzi skríningy (monitoringy). Pri získavaní výsledkov sme využili nasledovné zložky revidovanej verzie tohto výskumného nástroja, a to vo verzii 2 – Past Year (monitorovanie obdobia posledného roku):

- Frekvencia užívania drog a alkoholu – frekvencia užívania 18 substancií.
- Zdravotný stav (Doména III) – nehody, zranenia a choroby.
- Psychiatrická porucha (Doména IV) – úzkosť, depresia, antisociálne správanie, psychotické symptómy (Tarter, Hegedus, c2009).

Tento skríningový nástroj v originálnej anglickej verzii pozostáva zo 159 položiek – otázok s dichotomickou voľbou odpovede (možnosti ÁNO a NIE). V dotazníku nechýba inštrukcia na jeho vyplnenie, hárok na manuálne zhodnotenie výsledkov, časť s identifikačnými údajmi klienta (potrebná v prípade, že respondent nie je anonymný, teda je klientom zadávateľa dotazníka) – meno, adresa, dátum narodenia, vek, dátum vyplnenia a identifikačné číslo klienta. Poslednou časťou dotazníka je „Miera užívania

drog a alkoholu“. Táto časť pozostáva z 18 položiek, pri ktorých respondent hodnotí mieru užitia každej z predmetných substancií, a to voľbou jednej z piatich intervalových volieb. V tejto časti sú aj dve otázky s viacerými možnosťami odpovede, avšak s jedinou voľbou.

Dotazník sme pred vykonaním riadneho výskumu preložili, podrobili testovaniu reliability, obsahovej analýze na úrovni položiek za účelom zvýšenia zrozumiteľnosti pre respondenta.

2.4 Populácia a výberový súbor

Populáciu výskumu tvorili žiaci 9. ročníkov základných škôl (ďalej len ZŠ) v zriaďovateľskej pôsobnosti Mesta Nitra v školskom roku 2010/2011. Celkovo navštevovalo tieto ZŠ v spomenutom školskom roku 583 žiakov, z toho bolo 56,3 % chlapcov a 43,7 % dievčat. V tomto období bolo v zriaďovateľskej pôsobnosti Mesta Nitra štrnásť ZŠ, v rámci ktorých bolo vytvorených celkovo 29 tried 9. ročníka.

Výberový súbor sme stotožnili s voľbou populácie. Účastníci výskumu – respondenti boli oslovení zámerné. Za účelom zberu údajov sme navštívili všetky ZŠ v zriaďovateľskej pôsobnosti Mesta Nitra. Celkovo bolo vo výskume využitých 397 vyplnených dotazníkových hárkov od respondentov, čo predstavovalo zapojenie sa do výskumu na úrovni 68,1% z populácie.

3 Výsledky

V tejto časti článku sa budeme zaoberať vyhodnotením výsledkov výskumu za účelom overenia existencie vzťahov medzi rizikovosťou v zdravotnej oblasti a užívaním psychoaktívnych látok.

Vo výskume sme sa zaoberali problematikou fyzického zdravia. Identifikovali sme povahu vzťahu medzi rizikovosťou v oblasti zdravotného stavu a intenzitou užívania psychoaktívnych látok u respondentov. Kladná hodnota Pearsonovho korelačného koeficientu ($r=0,285$) vypovedá o tom, že tento vzťah je pozitívny, hodnota p výrazne pod úrovňou 0,05 poukazuje na jeho štatistickú významnosť. Hodnota r pod úrovňou 0,3 identifikuje tento vzťah ako slabý. Spomenuté číselné hodnoty sú prehľadne zobrazené v tabuľke 1.

Tabuľka 1 Vzťah rizikovosti v oblasti zdravotného stavu k intenzite užívania psychoaktívnych látok

	Vzťah rizikovosti v oblasti zdravotného stavu k intenzite užívania psychoaktívnych látok
Hodnota Pearsonovho korelačného koeficientu	0,285
p	0,000

Zaujímali sme sa o riziko v oblasti psychiatrických porúch u respondentov. Testovali sme vzťah medzi týmto rizikom a intenzitou užívania psychoaktívnych látok u respondentov. Na testovanie tohto vzťahu sme využili výpočet Pearsonovho korelačného koeficientu, ktorého hodnota bola na úrovni 0,325. Táto hodnota r vypovedá o stredne silnom, pozitívnom vzťahu medzi rizikovosťou v oblasti psychiatrických porúch a frekvenciou užívania psychoaktívnych látok u respondentov. Vypočítaná p-hodnota ($p < 0,05$) identifikuje tento vzťah ako štatisticky významný. Hodnotu korelačného koeficientu a p-hodnotu uvádzame v tabuľke 2.

Tabuľka 2 Vzťah rizikovosti v oblasti psychiatrických porúch k intenzite užívania psychoaktívnych látok

	Vzťah rizikovosti v oblasti psychiatrických porúch k intenzite užívania psychoaktívnych látok
Hodnota Pearsonovho korelačného koeficientu	0,325
P	0,000

4 Diskusia

Testovali sme predpoklad (H1), že rizikovosť v oblasti zdravotného stavu u respondentov je v pozitívnom vzťahu k intenzite užívania psychoaktívnych látok u respondentov. Pri rizikách v oblasti zdravotného stavu sme merali predovšetkým výskyt problémov v oblasti fyzického zdravia – konkrétne výskyt nehôd, zranení, sexuálneho styku s osobami užívajúcimi drogy a vybraných chorôb.

Autori výskumu (O’Cathail et al., 2011) zistili, že u fajčiarov bola identifikovaná signifikantne vyššia miera vysoko rizikového sexuálneho správania, chorobnosti. Autori identifikovali aj štatisticky významný, pozitívny vzťah medzi užívaním tabaku a užívaním ďalších psychoaktívnych látok. Všeobecnejšie je teda možné povedať, že užívatelia psychoaktívnych látok vykazujú rizikovejšie sexuálne správanie a vyššiu chorobnosť. Hidalgo, Garrido, Hernandez (2000) potvrdili, že užívanie alkoholu je vo vzťahu s flirtovaním – s odôvodnením, že to uľahčuje sociálnu interakciu. Konzumácia alkoholu zvyšuje výskyt rizikového sexuálneho styku (bez ochrany).

Autori (O’Cathail et al., 2011) identifikovali nižšiu intenzitu športovania zo strany respondentov – fajčiarov. Toto môže taktiež poukazovať na určité riziká spojené s fyzickým zdravím. Podľa autorov (Hidalgo, Garrido, Hernandez, 2000) je možné považovať užívanie tabaku za primárnu príčinu chorôb a predčasných úmrtí. Iný výskum (Johnson, Richter, 2002) potvrdzuje, že fajčenie má signifikantný, negatívny vplyv na zdravie respondentov. Tento výskum sa zamerával na identifikáciu seba-percepcie celkového zdravotného stavu zo strany respondentov (deti a mládež od 12 do 17 rokov). Taktiež meral vplyv fajčenia na početnosť hospitalizácií v nemocnici (pobyt po dobu minimálne jednej noci) za obdobie posledného roka. Aj tento vplyv sa

ukázal ako signifikantný – u fajčiarov bola zaznamenaná väčšia početnosť hospitalizácií. Podobné zistenia priniesol výskum aj pre užívanie alkoholu.

Doména nemôže vyčerpávajúco reflektovať širokú škálu chorôb, ktorých výskyt je navyše vo vzťahu ku každej látke iný. Musíme pripomenúť, že interpretácii faktoru fyzického zdravia je potrebné venovať taktiež adekvátnu pozornosť. Na základe výsledkov môžeme podporiť platnosť predpokladu (H1), že rizikovosť v oblasti zdravotného stavu u respondentov je v pozitívnom vzťahu k intenzite užívania psychoaktívnych látok u respondentov.

Overovali sme predpoklad (H2), že rizikovosť v oblasti psychiatrických porúch u respondentov je v pozitívnom vzťahu k intenzite užívania psychoaktívnych látok u respondentov. V oblasti psychiatrických porúch sme sa zamerali na identifikáciu potenciálnych problémov, ako je úzkosť, depresia a antisociálne správanie (výskyt bitiek, krádeží, vandalizmu).

Podľa výsledkov výskumu z roku 2004 (Hallfors et al., 2004), pri porovnaní abstinentov s užívateľmi psychoaktívnych látok (užívanie tabaku, alkoholu, marihuany, ďalších nelegálnych drog), bol u druhej skupiny respondentov zaznamenaný vyšší výskyt významných príznakov depresie, pokusov o samovraždu a vážneho uvažovania o samovražde. Rozdiel medzi porovnávanými skupinami respondentov v spomenutých kategóriách bol signifikantný. Respondentmi vo výberovom súbore boli študenti 7. až 12. ročníkov škôl. Vysoké riziká boli spojené predovšetkým s užívaním marihuany a ďalších ilegálnych drog. Len malé percento abstinujúcich adolescentov vykazovalo prítomnosť významných príznakov depresie. Hallforsová a kolegovia (Hallfors et al., 2005) na podklade výsledkov ďalšej výskumnej štúdie dodávajú, že rizikové sexuálne a drogové správanie adolescentov môže byť významným prediktorom vzniku depresívnej poruchy. „Ďalej, aktuálne zistenia nepodporujú teóriu, že mládež iniciuje sexuálne rizikové a drogové rizikové správanie za účelom seba-medikácie depresie“ (Hallfors et al., 2005, s. 168). Novšia štúdia (Hadland et al., 2011) porovnávala výskyt príznakov depresie medzi skupinami užívateľov rozdelených podľa druhu užíwanej látky. Podľa výsledkov bola najohrozenejšou skupina heroinistov, nasledovaná užívateľmi metamfetamínu, kokaínu/kreku, napokon užívateľmi marihuany.

Simpson (2003) poukazuje na existenciu vzťahu medzi kriminalitou a užívaním psychoaktívnych látok, avšak upozorňuje nás na zjednodušenie tejto problematiky. Hovorí o tom, že vzťah kriminalita – drogy variuje vzhľadom k rozdielnym lokalitám, k rôznemu času, k rôznemu stupňu užívania látok, k rôznemu druhu užívaných látok. Tento vzťah je teda produktom špecifického lokálneho sociálneho prostredia. Pripomíname, že respondenti v tomto výskume boli považovaní za integrálnu súčasť sociálneho prostredia. O'Cathail a kolegovia (O'Cathail et al., 2011) zistili, že existuje štatisticky významná asociácia medzi fajčením tabaku u respondentov (študenti vo veku od 15 do 17 rokov) a užívaním iných mäkkých a tvrdých drog (marihuana, alkohol, lieky, inhalanty, trankvilizéry, LSD, kokaín, amfetamíny, heroín, anabolické steroidy). Autori testovali rozdiely medzi fajčiarmi a nefajčiarmi. U fajčiarov bola identifikovaná signifikantne vyššia miera násillia. Barkin, Smithová a DuRant (2002) identifikovali taktiež slabý, pozitívny, signifikantný vzťah medzi agresívnymi prejavmi správania (výskyt bitiek) a užívaním psychoaktívnych látok u pubescentov. Autori

(Goldstein et al., 2007) identifikovali existenciu štatisticky významného, pozitívneho vzťahu medzi užívaním psychoaktívnych látok a antisociálnou poruchou osobnosti u detí a mládeže do 15 rokov, antisociálnym správaním dospelých u mládeže nad 15 rokov. Autori testovali príznaky spomenutých porúch - výskyt opakovaného protizákonného správania, nečestnosti, impulzivity, neschopnosti plánovať vopred, ľahkomyselnosti, trvalej nezodpovednosti, nedostatku súcitu. Taktiež identifikovali pozitívny, štatisticky významný vzťah medzi prejavmi násilia a užívaním psychoaktívnych látok. Medzi prejavy násilia zaradili vandalizmus, podpaľáčstvo, krádeže, prepadnutia, bitky (aj s následkami na zdraví), nútenie k sexuálnym aktivitám, používanie nebezpečných zbraní. Autori (Barkin, Smith, DuRant, 2002) identifikovali taktiež slabý, pozitívny, signifikantný vzťah medzi nosením zbrane a užívaním psychoaktívnych látok u pubescentov.

Riziko v oblasti psychiatrických porúch je potrebné brať do úvahy, a to v značnej miere. Výsledky podporujú platnosť predpokladu (H2), že rizikovosť v oblasti psychiatrických porúch u respondentov je v pozitívnom vzťahu k intenzite užívania psychoaktívnych látok u respondentov.

Záver

Predložený článok prináša výsledky výskumu, ktorý sa realizoval v konkrétnom geograficky definovanom priestore, na konkrétnej, vzdelanostne i vekovo homogénnej skupine respondentov. Zaujímalo nás, či existujú vzťahy medzi problémami v oblasti fyzického a psychického zdravia a užívaním psychoaktívnych látok u nami definovanej populácie. Na podklade výsledkov môžeme konštatovať, že so stúpajúcim rizikom v oblastiach fyzického i psychického zdravia stúpa aj intenzita užívania psychoaktívnych látok u respondentov. Fakt, že sa nám podarilo osloviť takmer 70% respondentov zo skúmanej populácie nám dáva dobrý predpoklad na zovšeobecnenie našich výskumných zistení.

Príspevok vznikol vďaka podpore grantu:

VEGA č. 1/0221/11 pod názvom: Evaluácia výsledkov procesu resocializácie klientov resocializačných stredísk v podmienkach Slovenskej republiky

Literatúra

- [1] ALLEN, J. P. – COLUMBUS, M. *Assessing Alcohol Problems: A guide for Clinicians and Researchers*. Bethesda : National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 1995. 573 s.
- [2] BARKIN, S. L. – SMITH, K. S. – DURANT, R. H. Social Skills and Attitudes Associated With Substance Use Behaviors Among Young Adolescents. In *Journal of Adolescent Health*. 2002, roč. 30, č. 6, s. 448–454.

- [3] *Drugs and vulnerable groups of young people*. Luxembourg : Office for Official Publications of the European Communities, 2008. 34 s. ISBN 978-92-9168-343-7.
- [4] ENGEL, G. L. The Need for New Medical Model : A Challenge for Biomedicine. In *Science*. 1977, roč. 196, č. 4286, s. 129 – 136.
- [5] GOLDSTEIN, R. B. et al. Antisocial behavioral syndromes and DSV-IV drug use disorders in the United States : Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. In *Drug and Alcohol Dependence*. 2007, roč. 90, č. 2–3, s. 145–158.
- [6] HADLAND, S. E. et al. Depressive Symptoms and Patterns of Drug Use Among Street Youth. In *Journal of Adolescent Health*. 2011, roč. 48, č. 6, s. 585–590.
- [7] HALLFORS, D. D. et al. Adolescent Depression and Suicide Risk : Association with Sex and Drug Behavior. In *American Journal of Preventive Medicine*. 2004, roč. 27, č. 3, s. 224–231.
- [8] HALLFORS, D. D. et al. Which Comes First in Adolescence – Sex and Drugs or Depression? In *American Journal of Preventive Medicine*. 2005, roč. 29, č. 3, s. 163–170.
- [9] HIDALGO, I. - GARRIDO, G. - HERNANDEZ, M. Health Status and Risk Behavior of Adolescents in the North of Madrid, Spain. In *Journal of Adolescent Health*. 2000, roč. 27, č. 5, s. 351–360.
- [10] JOHNSON, P. B. – RICHTER, L. The Relationship Between Smoking, Drinking, and Adolescents' self perceived Health and Frequency of Hospitalization : Analyses from the 1997 National Household Survey on Drug Abuse. In *Journal of Adolescent Health*. 2002, roč. 30, č. 3, s. 175–183.
- [11] KALINA, K. et al. *Základy klinické adiktologie*. Praha : Grada Publishing, a.s., 2008. 392 s. ISBN 978-80-247-1411-0.
- [12] NOVÁKOVÁ, D. Prevencia drogových závislostí. In *Sociálna prevencia*. ISSN 1336-9679, 2006, roč. 1, č. 2, s. 6 – 7.
- [13] O'CATHAIL, S. M. et al. Association of cigarette smoking with drug use and risk taking behaviour in Irish teenagers. In *Addictive Behaviors*. 2011, roč. 36, č. 5, s. 547 – 550.
- [14] ONDREJKOVIČ, P. et al. *Protidrogová výchova*. Bratislava : VEDA, 1999. 356 s. ISBN 80-224-0553-1.
- [15] SADOCK, V. A. – KAPLAN, H. I. *Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry*. 10. vyd. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 2007. 1470 s. ISBN 978-0-7817-7327-0.
- [16] SIMPSON, M. The relationship between drug use and crime: a puzzle inside an enigma. In *International Journal of Drug Policy*. 2003, roč. 14, č. 4, s. 307–319.

- [17] TARTER, R. E. – HEGEDUS, A. M. *The Drug Use Screening Inventory – evaluation and treatment of alcohol and drug abuse*. [online]. San Francisco: CBS Interactive Inc., c2009. [cit. 15.11.2009]. Dostupné na internete: <http://findarticles.com/p/articles/mi_m0847/is_n1_v15/ai_12148699/?tag=content;col1>
- [18] VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. Praha: Portál, 2004. 872 s. ISBN 80-7178-802-3.
- [19] VEREŠOVÁ, M. *Mediátory užívania drog: cesta k efektívnej prevencii drogových závislostí*. Nitra : Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva Univerzity Konštantína filozofa v Nitre, 2004. 388 s. ISBN 80-8050-767-8.
- [20] WHITMAN, T. L. – MERLUZZI, T. V. – WHITE, R. D. *Life-Span Perspectives on Health and Illness*. Mahwah : Lawrence Erlbaum Associates, Inc., 1999. 313 s. ISBN 0-8058-2772-2.

Health Risks Research Associated with Use of Psychoactive Substances

Abstract

The article presented is a research study which focuses on verification of the existence of relationship between risks in the overall health and use of psychoactive substances in particular youth groups. The author of the research used three domains of the Drug Use Screening Inventory-Revised questionnaire in a modified slovak version. The results of the research have shown that the increase of the risk in mental and physical health is in a positive association with the use of psychoactive substances.

Key words

Physical health. Mental health. Risk. The use of psychoactive substances.

Kontaktné údaje

Mgr. Richard Tekel
Univerzita Konštantína filozofa v Nitre
Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva
Katedra sociálnej práce a sociálnych vied
Kraskova 1
949 74 Nitra
e-mail: r.tekel@gmail.com

Problematika informovanosti u onkologických pacientov

Alica Slamková¹, Andrea Bratová²

¹Katedra ošetrovatel'stva, ²Katedra klinických disciplín a urgentnej medicíny, FSVaZ, UKF Nitra

Abstrakt

Poslední desetiletí jsou charakteristické stoupajícím počtem onkologických onemocnění. Jednou z důležitých léčebných metod je chemoterapie, která kromě léčebných účinků vyvolává i nepříjemné, vedlejší příznaky, které značně negativně ovlivňují kvalitu života pacientů. Poznání procesu léčby, dostatečná informovanost pacientů a možnosti ovlivnění vedlejších účinků napomáhají kvalitnějšímu průběhu tohoto, pro pacienty náročného období. Důležitou součástí podpory pacientů je i kvalitní a odborná komunikace, i jako součást edukačního procesu zaměřeného na zvýšení informovanosti onkologických pacientů o chemoterapii. Výsledky výzkumu ukazují na rozdílnosti v informovanosti o průběhu chemoterapeutické léčby mezi vybranými skupinami respondentů se základním, středoškolským a vysokoškolským vzděláním. Autorka poukazuje na pozitivní vliv edukace na zvýšenou informovanost onkologických pacientů o průběhu chemoterapie. Zdůrazňuje potřebu odborné přípravy sester pro poskytování kvalitní a efektivní edukace, která je důležitá právě u této skupiny pacientů. Doporučuje, aby měli pacienti dostatečný přístup k informacím o chemoterapii a nežádoucích účincích chemoterapie, a aby se opakovanou výchovnou i vzdělávací činností zkvalitnila úroveň znalostí – informací pacientů, což pozitivně napomáhá průběhu chemoterapeutické léčby.

Klíčová slova

Onkologická onemocnění. Chemoterapie. Nežádoucí účinky chemoterapie. Informovanost.

Úvod

V dnešnej dobe zohráva informovanosť dôležitejšiu úlohu než v minulosti. Pacienti, ktorí majú primerané vedomosti o svojej chorobe a liečbe menej často podliehajú stresu. Chemoterapiou sa onkologickým pacientom podávajú lieky s cytostatickým účinkom. Cytostatiká pôsobia nie len na choré bunky v tele človeka, ale aj na zdravé a práve preto stále u mnohých pacientov pretrvávajú nežiaduce účinky chemoterapie. Informovať pacienta ako týmto nežiaducim účinkom predchádzať, prípadne ich zmierniť je veľmi dôležité a potrebné. Informovaný pacient vie, čo môže od chemoterapie očakávať, čo má robiť ak sa počas chemoterapie vyskytnú ťažkosti a ako má tieto nežiaduce účinky za pomoci zdravotníckeho personálu zvládnuť. Veľmi

účinnou metódou získavania informácií je edukácia. Edukáciou pacient získa ešte viac informácií, ktoré ho posilnia, získa kontrolu nad sebou aj liečbou, čo má pozitívny vplyv na priebeh chemoterapie.

Edukácia pacienta sa pokladá za súčasť štandardnej starostlivosti, ktorú poskytujú sestry. Registrované sestry sú zodpovedné a majú vzdelávanie pacientov vymedzené zákonom. Edukáciu v ošetrovatelstve ako súčasť ošetrovateľskej praxe potvrdzuje Zákon č. 576/2004 Z. z. O zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov s účinnosťou od 1. apríla 2004 [Nemcová, Hlinková a kol., 2010].

O nádorových ochoreniach existuje mnoho teórií a názorov. Za týmto všeobecným názvom sa skrývajú najrozličnejšie formy ochorenia, ktoré majú spoločné len to, že ide o maligne neoplastické procesy v organizme, ktoré keď zostanú bez liečby, spôsobia predčasnú smrť. „Zhubný nádor (neoplazma, malignum, malígny tumor, blastóm) ... je bezúčelové a nekontrolované bujnenie buniek so stratou odpovede na normálne intracelulárne a extracelulárne mechanizmy kontroly rastu, infiltrujúce okolité tkanivo, ktoré bez včasnej liečby usmrť chorého“ [Jurga a kol., 2000, s. 19]. Nádory ako choroba pútajú pozornosť výskumníkov početných vedeckých disciplín na celom svete. Rozvojom prírodných a technických vied sa postupne poodhaľuje fascinujúce mystérium nádorov a zvyšuje sa úspešnosť liečby.

Rakovina je ochorenie, ktoré zmení život človeka. Je to bolestná a ohrozujúca realita. Vyrovnáť sa s touto skutočnosťou je veľmi ťažké a náročné. Človek musí dozrieť, dokráčať aby prijal a akceptoval túto situáciu. Prijatie a akceptovanie onkologického ochorenia je dlhodobý proces, ktorý má svoje štádia a úskalía [Andrášiová, 2009].

Chemoterapia je jedna z možností liečby onkologických pacientov. Je to podanie cytostatických liekov, ktoré pôsobia na rakovinotvorné bunky v tele človeka. „Liečbu teda určite treba absolvovať. Ak aj nezachráni život, môže ho predĺžiť a ušetriť človeka od vážnych následkov a bolesti“ [Janiaková, 2010, s. 48].

Sestra, ktorá podáva naordinovanú chemoterapiu musí mať dobré vedomosti o pôsobení cytostatík a nežiaducich účinkoch chemoterapie. Na sestry, ktoré sa starajú o pacientov počas chemoterapie sa kladú značné odborné a psychosociálne nároky. Ich vedomosti a znalosti by sa mali stále dopĺňať a rozvíjať.

Sestra má ovládať zásady zaobchádzania s cytostatickými liekmi, riziká súvisiace s aplikáciou cytostatík, pôsobenie cytostatík a nežiaduce účinky chemoterapie, predpísanú dokumentáciu. Má povinnosť pravidelne a kontinuálne sa vzdelávať v nových trendoch v liečbe s cytostatikami, dodržiavať predpisy a spôsoby bezpečnej práce s cytostatikami, poskytovať pacientovi ústnu a písomnú informáciu o organizácii a aplikácii chemoterapie, informácie o názvoch liekov a ich pôsobení, dĺžke, spôsobe, frekvencii podania, o možných vedľajších účinkoch [Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková a kol., 2006].

Materiál a metódy

Ciele:

- C1: Zistiť vedomostnú úroveň onkologických pacientov o procese chemoterapie.
- C2: Porovnať vedomostnú úroveň onkologických pacientov o procese chemoterapie podľa vzdelania: respondenti bez maturity, s maturitou a s vysokoškolským vzdelaním.
- C3: Vypracovať edukačný materiál na zvýšenie informovanosti onkologických pacientov o problematike chemoterapie.
- C4: Porovnať subjektívne vyjadrenia onkologických pacientov o procese chemoterapie pred edukáciou a po edukácii.

Hypotézy:

- H1 Predpokladáme, že vyšší stupeň vzdelania má pozitívny vplyv na úroveň informovanosti o chemoterapeutickej liečbe.
- H2 Predpokladáme, že edukácia pacientov napomáha zvýšenej informovanosti respondentov o procese chemoterapie.

Výberový súbor

Výskumnú vzorku tvorilo $n = 60$ zámerne vybratých onkologických pacientov liečených chemoterapiou.

Zaradujúce kritéria:

- Demografické údaje – vek nad 20 rokov.
- Vzdelanie (1. podskupina $n_1 = 20$, vzdelanie základné a odborné bez maturity, 2. podskupina $n_2 = 20$, vzdelanie stredoškolské s maturitou, 3. podskupina $n_3 = 20$, vzdelanie vysokoškolské).
- Ochota pacientov spolupracovať.

Vylučujúce kritéria:

- Doba aplikácie chemoterapie menej ako 1 cyklus.

Metódy

Štruktúrovaný rozhovor bol hlavnou prieskumnou metódou. Rozhovor bol vlastnej konštrukcie a obsahoval 15 vecných uzatvorených položiek a 2 identifikačné položky. Pre zvýšenie informovanosti onkologických pacientov sme vypracovali edukačný plán. Na overenie jeho účinnosti sme použili dotazník. Štruktúrovaný dotazník bol vlastnej konštrukcie a obsahoval 10 vecných uzatvorených položiek.

Štatistické metódy: Pomocou chí-kvadrátového testu nezávislosti sme zistili, či sa respondenti s jedným typom vzdelania odlišujú v odpovediach od respondentov iného vzdelania. T-test pre nezávislé výbery – pre porovnanie úrovne informovanosti medzi tromi podskupinami. T-test pre závislé výbery – porovnanie úrovni informovanosti v n_1 podskupine pred edukáciou a po edukácii.

Prieskum sme realizovali vo FN v Nitre, na oddelení klinickej onkológie a rádiológie v mesiacoch január – máj 2011.

Výsledky a diskusia

Hypotéza 1 kde sme predpokladali, že vyšší stupeň vzdelania má pozitívny vplyv na úroveň informovanosti o chemoterapeutickej liečbe sa **potvrdila**. Pri porovnaní odpovedí respondentov podľa vzdelania (n1., n2., a n3. podskupina) sme zistili štatisticky významný vzťah v deviatich otázkach (celkový počet otázok 13):

Otázka č. 1: Ako by ste charakterizovali pojem chemoterapia? $p = 0,027$; **Otázka č. 2:** Ak sú znížené hodnoty bielych krviniek v krvnom obraze pri chemoterapii, pri ktorých ťažkostiach treba informovať lekára/sestru? $p = 0,004$; **Otázka č. 3:** Ak sú znížené hodnoty krvných doštičiek v krvnom obraze pri chemoterapii, pri ktorých ťažkostiach treba informovať lekára/sestru? $p = 0,047$; **Otázka č. 4:** Ktorým rizikovým potravinám sa treba vyhýbať ak je výrazne oslabená imunita počas liečby chemoterapiou? $p = 0,012$; **Otázka č. 5:** Ktoré nežiaduce účinky chemoterapie sa vyskytujú bezprostredne po aplikácii chemoterapie? $p = 0,012$; **Otázka č. 6:** Ktoré nežiaduce účinky chemoterapie sa vyskytujú niekoľko dní alebo týždňov po aplikácii chemoterapie? $p = 0,000$; **Otázka č. 7:** Ktoré nežiaduce účinky chemoterapie sa vyskytujú mesiace až roky po aplikácii chemoterapie? $p = 0,012$; **Otázka č. 8:** Kedy sa môže nevoľnosť a vracanie vyskytnúť v súvislosti s chemoterapiou? $p = 0,041$; **Otázka č. 9:** Ktoré tvrdenia sú pravdivé o vypadávaní vlasov pri chemoterapii? $p = 0,000$; Odpovede na otázky poukazujú na vyššiu úroveň informácií o procese chemoterapeutickej liečby u respondentov s vyšším vzdelaním.

Pre porovnanie odpovedí respondentov jednotlivých podskupín na otázky týkajúce sa informovanosti o procese chemoterapie sme použili t-test pre nezávislé výbery. Zistili sme štatisticky významné rozdiely vyjadrené ako $p = 0,000$. Výsledky uvádzame v tabuľke 1 a 2.

Tab. 1: Porovnanie odpovedí medzi 1. a 2. podskupinou

	AM	SD	t	p
n1- bez maturity	3,85	1,694	-8,912	0,000
n2- s maturitou	8,30	1,455		

Tab. 2: Porovnanie odpovedí medzi 1. a 3. podskupinou

	AM	SD	t	p
n2 bez maturity	3,85	1,694	-9,802	0,000
n3 s vysokou školou	9,15	1,725		

Hypotéza 2, v ktorej sme predpokladali, že edukácia pacientov napomáha zvýšenej informovanosti pacientov o procese chemoterapeutickej liečby sa **potvrdila**.

Tab. 3: Vplyv informovanosti o procese chemoterapie pred a po edukácii

n1	AM	SD	t	p
pred edukáciou	2,70	0,979	5,940	0,000
po edukácii	2,05	0,826		

Tab.4: Vplyv informovanosti o nežiaducich účinkoch chemoterapie pred a po edukácii

n1	AM	SD	t	p
pred edukáciou	2,70	0,865	5,141	0,000
po edukácii	1,90	0,718		

Pacienti s nízkou úrovňou vedomostí, ktorú sme zistili na základe štruktúrovaného rozhovoru (1. podskupina n = 20 – respondenti bez maturity) hodnotili vplyv získaných informácií o chemoterapii na proces liečby na stupnici od 1 po 4 pred edukáciou nasledovne: veľmi uspokojivo n = 2 (10%) pacientov, uspokojivo n = 7 (35%) pacientov, menej uspokojivo n = 6 (30%) pacientov a neuspokojivo n = 5 (25%) pacientov. Pacienti po edukácii hodnotili vplyv informácií o chemoterapii na priebeh chemoterapie na stupnici od 1 po 4 nasledovne: veľmi uspokojivo n = 5 (25%) pacientov, uspokojivo n = 10 (50%) pacientov, menej uspokojivo n = 4 (20%) pacientov, neuspokojivo n = 1 (5%) pacientov. Komparáciou t-testom pre dva závislé výbery sme zistili štatisticky významné výsledky v oblasti informovanosti vyjadrené ako p = 0,000.

Na základe odpovedí respondentov na položky v štruktúrovanom rozhovore sme dosiahli **cieľ 1**. Identifikovali sme úroveň vedomostí respondentov s príslušným vzdelaním (n1, n2, a n3 podskupina) o procese chemoterapeutickej liečby. Porovnali sme úroveň vedomostí medzi jednotlivými podskupinami (**cieľ 2**). Hoci Andrašiová (2009) uvádza, že za posledné roky sa podávanie informácií posúva čoraz k väčšej

otvorenosti, skúsenosť ukázala, že ak je pacient informovaný, môže sa na svojej liečbe spolupodieľať lepšie, a nie byť len jej pasívnym objektom. Ide najmä o pacientov s nižším vzdelaním. Pozitívnym prvkom dostatočnej informovanosti je aj eliminácia strachu a úzkosti v súvislosti s liečbou a progresiou ochorenia.

Predpokladá sa, že pacienti väčšinou majú záujem o informácie, ale ako uvádza Tschuschke (2004) neexistuje žiadna štúdia, ktorá by zohľadňovala, či pacienti vôbec nejaké informácie o liečbe chcú, a pokiaľ áno, tak do akej miery. V štúdií s pacientmi s leukémiou sa zistilo, že existujú pacienti, ktorí by radšej nechceli poznať details, ktoré sa týkajú ich liečby, pretože by to pre nich predstavovalo len ďalšiu záťaž. Oproti tejto malej skupine, ale stojí väčšia skupina pacientov, ktorí chcú čerpať čo najviac vedomostí, aby získali tak pocit určitej kontroly a vlastného prínosu na priebeh terapie – chemoterapie. Štúdie, ktoré by sa zaoberali vplyvom informovanosti a ochoty pacientov spolupracovať počas terapie ešte stále chýbajú.

Podľa Závodnej (2005) určitou formou odovzdávania informácií je edukácia pacientov. Vypracovali sme edukačný plán (**cieľ 3**), v ktorom sme stanovili diagnózu: Nedostatok vedomostí o chemoterapii a jej nežiadúcich účinkoch v súvislosti s nedostatkom skúseností s danou problematikou. Stanovené ciele boli zamerané na zvýšenie informácií respondentov o chemoterapii (kognitívny cieľ), vytvorenie pozitívneho postoja s vyjadrením záujmu o získanie vedomostí o chemoterapii (afektívny cieľ) a aktívnu účasť na procese chemoterapie (behaviorálny cieľ). Edukácie sa zúčastnila $n1 = 20$ respondentov (bez maturity). Edukáciu sme uskutočnili formou prednášky a rozhovoru. Prvé edukačné stretnutie malo nasledujúcu štruktúru: motivácia pacienta a vysvetlenie dôležitosti vedomostí o chemoterapii, vysvetlenie pojmu chemoterapia, poskytnutie informácií o správnych hodnotách krvných testov a ich zmenách v priebehu a po chemoterapii. Na záver stretnutia sme vytvorili priestor pre spätnú väzbu formou rozhovoru. Druhé edukačné stretnutie bolo zamerané na problematiku rozdelenia a charakterizovania nežiadúcich účinkov chemoterapie. Zdôraznili sme význam prevencie nežiadúcich účinkov chemoterapie. Žiaková, Bóriková (2000) uvádzajú, že výhodou skupinovej edukácie je úspora času, vytváranie podmienok k aktivite, povzbudenie členov skupiny. Edukačný proces sme vyhodnotili pomocou dotazníka bezprostredne po edukácii. Podľa Nemcovej, Hlinkovej a kol. (2010) je na hodnotenie edukácie najvhodnejší čas v priebehu edukácie, alebo bezprostredne po nej. Výsledky porovnania úrovne informovanosti respondentov pred a po edukácii poukazujú na jej pozitívny prínos (**cieľ 4**).

Záver

Na základe našich výsledkov sme pre sestry vypracovali odporúčania v kontakte s pacientmi pri chemoterapeutickej liečbe. Je dôležité priebežne zisťovať úroveň informácií, počas každého kontaktu, nie len na začiatku liečby. Súčasťou ošetrovateľskej starostlivosti je edukácia pacientov, ktorá má byť organizovaná a systematická, uskutočňovaná prostredníctvom konkrétneho edukačného plánu. Tento plán si majú osvojiť všetky sestry a priebežne podľa konkrétnych skúseností ho obmieňať alebo dopĺňať. Jednotlivé odporúčania by sme mohli zhrnúť nasledovne: venovať edukačnej činnosti dostatočnú pozornosť pri každodennej starostlivosti

o pacienta, systematicky podávať informácie počas liečby, opakovane overovať vedomosti/informácie pacienta, dôsledne pozorovať pacienta počas aplikácie chemoterapie a zdokumentovať všetky zistené nežiaduce účinky chemoterapie, dodržiavať všetky pravidlá bezpečnosti a ochrany pri prechovávaní, aplikovaní a podávaní cytostatík.

Literatura

- [1] ANDRÁŠIOVÁ, M. *Keď do života vstúpi rakovina*. Landy, s. r. o, 2009. 249 s. ISBN 978-80-970127-0-0.
- [2] JANIÁKOVÁ, D. *Ja si ťa nedám*. Bratislava: Kontakt, 2010. 103 s. ISBN 978-80-970370-0-0.
- [3] JURGA, Ľ. a kol. *Klinická onkológia a rádioterapia*. Bratislava: Slovak Academic Press, 2000. 1030 s. ISBN 80-88908-71-X.
- [4] NEMCOVÁ, J., HLINKOVÁ, E. a kol. *Moderná edukácia v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta, 2010. 260 s. ISBN 978-80-8063-321-9.
- [5] VORLÍČEK, J., ABRAHÁMOVÁ, J., VORLÍČKOVÁ, H. a kol. *Klinická onkologie pro sestry*. Praha: Grada, 2006. 328 s. ISBN 80-247-1716-6.
- [6] TSCHUSCHKE, V. *Psychoonkologie*. Praha: Portál, 2004. 216 s. ISBN 80-7178-826-0.
- [7] ZÁVODNÁ, V. *Pedagogika v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta, 2005. 117 s. ISBN 80-8063-193-X.
- [8] ŽIAKOVÁ, K. – BÓRIKOVÁ, I. Formy a metódy edukácie. In *Sestra*. ISSN 1335-4132, 2000, roč 3, č. 4, s.7–8.

Príspevok je súčasťou grantového projektu UGA – VIII/9/2009.

The Issue of Awareness in Cancer Patients

Abstrakt

Recent decades are characterized by an increasing number of oncological diseases.

One of the important methods of treatment is chemotherapy, which in addition to therapeutic effects is causing unpleasant side effects, which significantly adversely affect quality of patients' lives.

Understanding of the treatment process, sufficient awareness of patients and the possibility of side effects affection facilitate better course of that challenging period for patients. An important part of the support of patients is high quality and professional communication, as part of the educational process aimed

at increasing awareness of cancer patients on chemotherapy. The research results indicate differences in awareness of the chemotherapy treatment among selected groups of respondents with primary, secondary and university education. The authors point out the positive effect of education on the increased awareness of cancer patients during chemotherapy. They emphasize the need of training for nurses to provide quality and efficient education, which is very important in this group of patients. They recommend that patients ought to have adequate access to information on chemotherapy and side effects of chemotherapy and that repeated educational and training activities ought to improve the level of knowledge - patient information, which helps positively during chemotherapy treatment.

Key words

Oncological diseases. Chemotherapy. Side effects of chemotherapy. Awareness.

Kontaktní údaje

PhDr. Alica Slamková PhD.,
Univerzita Konštantína Filozofa, Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva, Katedra
ošetrovateľstva
Kraskova 1
949 74 Nitra
e-mail: aslamkova@ukf.sk

PhDr. Andrea Bratová
Univerzita Konštantína Filozofa, Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva, Katedra
ošetrovateľstva
Kraskova 1
949 74 Nitra
e-mail: abratova@ukf.sk

Hodnocení efektivity vstupního kurzu Vysoké školy polytechnické Jihlava z pohledu studentů

Pavla Erbenová, Emanuel Hurych

Katedra sportů

Abstrakt

Hlavním cílem tohoto textu je uvést a interpretovat výsledky dotazování, které bylo učiněno v souvislosti se zachycením názorů studentů na celkový přínos, průběh a organizaci vstupních kurzů pořádaných pro studenty nastupující do prvního ročníku všech oborů studia na Vysoké škole polytechnické Jihlava. Článek se nejprve zabývá smyslem a přínosem vstupních (adaptačních) kurzů pro studenty obecně a dále přináší stručnou charakteristiku vstupních kurzů na uvedené škole, tak jak byla vybudována v průběhu sedmi let jejich existence.

Hlavní část textu je věnována dotazníkovému šetření, které zjišťuje názory studentů (čerstvých absolventů vstupního kurzu) na přínos kurzu pro jejich další studium, názory na organizaci celého kurzu i jednotlivých logistických a programových segmentů.

Výsledky tohoto šetření ukazují na velmi pozitivní přijetí vstupních kurzů studenty. Ti jsou ve velmi vysoké míře přesvědčeni o přínosnosti vstupních kurzů pro další studium na VŠPJ.

Klíčová slova

Vstupní kurz, adaptace, posuzovací škála, subjektivní percepce, VŠPJ.

Úvod

Vstupní neboli adaptační kurzy jsou určeny pro nové kolektivy. Jejich hlavní úlohou a posláním je ulehčit studentům vzájemné seznámení a tak i vstup do původně anonymního prostředí. Stejně jako mnoho dalších škol či firem, chce i Vysoká škola polytechnická Jihlava (dále jen VŠPJ) usnadnit startovací pozici svým novým studentům. Vstupní kurzy mají na této škole již sedmiletou tradici. Jejich organizací a zabezpečením bylo v roce 2005 pověřeno Oddělení sportů Katedry přírodních a humanitních věd VŠPJ. Od roku 2007 existuje samostatná Katedra sportů VŠPJ. Ta postupně koncepčně upravovala a optimalizovala program vstupních kurzů tak, aby dokázala využít veškerého potenciálu místa, kde se kurzy odehrávají¹, a nabídnout tak účastníkům kurzu co nejvyšší kvalitu pobytu. Ten jim kromě sportovního vyžití přináší

¹ Od počátku až do současnosti jsou vstupní kurzy pořádány v rekreačním středisku Metrostav Trnávka v prostoru mezi obcemi Červená Řečice a Želiv.

informace o studiu na vysoké škole a obecně o samotné VŠPJ. Program optimalizovaný v průběhu sedmi let bylo nezbytné prověřit u samotných studentů a účastníků kurzu a získat informace také z jejich perspektivy. Proto bylo v roce 2011 provedeno dotazníkové šetření, jehož hlavním cílem bylo zhodnotit vstupní kurz VŠPJ u prvního ročníku všech studijních oborů, které se kurzu účastnili. V předloženém textu naleznete resumé tohoto dotazníkového šetření.

Vstupní kurzy

Změna prostředí a vstup do nového kolektivu může být pro mnohé studenty velmi stresující. Přestup na vysokou školu je provázen i změnou struktury systému vzdělání, který je od základního a středoškolského velmi odlišný. Je doprovázen i dalšími změnami, které mnohdy poprvé postaví jedince na vlastní nohy ve škole, ale i v běžném životě. Pro studenty se mění nejen škola a její systém, ale i známé místo jejich dosavadního života a počíná absence rodinného zázemí. Všechny tyto stresové faktory může zmírnit a informační či sociální vstup na vysokou školu usnadnit právě účast na vstupních neboli adaptačních kurzech.

Adaptační kurz: je akcí určenou pro nové studenty, případně i pro třídy, které se již znají. Důraz je kladen na vytvoření kolektivu, dobré vztahy, rozvoj komunikace poznání ostatních i sebe. Akce probíhají nejčastěji na začátku školního roku v rozsahu od několika dní po dobu jednoho týdne [8].

Adaptace (neboli aktivní přizpůsobení) má také funkci sociální opory. Tou se v širším slova smyslu rozumí pomoc poskytovaná druhými lidmi člověku, který se nachází v zátěžové situaci. Tuto situaci tak určitým způsobem ulehčuje. Sociální opora je chápána jako jeden z nejdůležitějších pozitivních faktorů modifikujících a moderujících nepříznivý vliv různých negativních životních situací na psychický i fyzický zdravotní stav člověka, na jeho pohodu (well-being) a na kvalitu jeho života [7].

Vstupní kurzy můžeme charakterizovat i následujícími body, které svou strukturou vychází z charakteristiky zážitkových kurzů, jak ji uvádí Pelánek [8]:

- Akce. Jde o časově uzavřenou událost, která probíhá bez přerušení. Trvá obvykle od několika hodin po tři týdny.
- Zážitek. Důležitou součástí programu jsou zážitky, dobrodružství, netradiční činnosti. O zážitcích se dále diskutuje a rozebírají se prostřednictvím řízené zpětné vazby (reflexe).
- Instruktoři. Akce je předem připravena týmem instruktorů.
- Účastníci. Akce se účastní přesně vymezená skupina lidí, která se neznala. Během pobytu vytvářejí soudržnou skupinu.
- Prostředí. Akce se odehrává v pěkné přírodě, nebo v jiném zajímavém prostředí.

- Program. Intenzivní činnost během akce je organizovaná instruktory, přesný harmonogram se účastníci dozvídají na místě na začátku kurzu. Program je připraven pečlivě a systematicky tak, aby sledoval zvolené cíle.
- Pestrost. Program je pestrý, poskytuje různé typy aktivit (např. pohyb, tvorba, vzdělání).
- Atmosféra. Akce má silnou atmosféru. Účastníci zažívají tajemno, romantiku, překvapení.

Vstupní kurzy na VŠPJ

VŠPJ nabídla vstupní kurzy pro studenty prvního ročníku již v roce 2005. Od roku 2006 byly položeny základy k současnému modelu kurzů a za absolvování vstupního kurzu byly také poprvé uděleny zápočty. Přehled počtu absolventů a udělených zápočtů do akademického roku 2010/11 VŠPJ přináší Tabulka 1.

Tab. 1. Zápočty udělené Katedrou sportů VŠPJ za vstupní kurzy

zima 2010/2011	zima 2009/2010	zima 2008/2009	zima 2007/2008	zima 2006/ 2007	celkem
523	541	532	408	475	2514

V roce 2011 byla poprvé stoprocentně pokryta poptávka po vstupních kurzech a všichni studenti, kteří se kurzu chtěli účastnit, tuto možnost měli. Kurzy trvají vždy pět dní a probíhají od pondělí do pátku od konce srpna do poloviny září. Místem konání je rekreační středisko Trnávka nedaleko Želivu.

Struktura vstupních kurzů VŠPJ

Vstupní kurzy nabízejí studentům VŠPJ informace a aktivity v několika vzájemně propojených celcích, které ze vstupního kurzu VŠPJ tvoří komplexní informačně-sportovní program nabízející:

- úvodní uvítací slovo rektora;
- činnosti nezbytné k zahájení samotného studia: zápis, fotografování, informace o studijním plánu;
- činnosti ulehčující nestudijní záležitosti: ubytování na kolejích, menza;
- přednášky: informace od vedoucích kateder směřované konkrétním potřebám jednotlivých oborů, školení BOZP a PO;
- školení o informačním systému;
- prezentace programu Erasmus;
- sportovní aktivity;
- společenské aktivity: letní kino, disko, táborák [1].

Sportovní aktivity na vstupních kurzech VŠPJ

Sportovní aktivity jsou rozděleny do tří úrovní a ohodnoceny symbolickými kredity, které simulují budoucí systém studia na VŠPJ. Minimální počet „trnávkových“ kreditů pro získání zápočtu za vstupní kurz je 15. Studenti si mohou vybírat (pokud to nabídka a kapacitní možnosti některých činností umožní) z následujících aktivit:

- Velké sporty, které studenti musí absolvovat minimálně tři a přinesou jim tři „trnávko-kredity“
 - Šifra mistra Hurýcharda – orientační závod všestrannosti
 - Iron(ic) man – závod družstev v triatlonu: jízda na kanoi, kolo, běh v terénu
 - Homajova perná peřej – sjezd řeky Želivky v úseku Želiv – most u Senožat v délce 8 km – obtížnost WWI
 - Tour de Trnávka – cyklistický orientační závod družstev, na cca 18 km trase je nutno vyhledat 5 až 7 kontrol (Hurých a kol., 2007)
 - Pájina bílá skála – přesun k vodní nádrži Vřesník cca 4,5 km, na jejímž úpatí je 25 m vysoká skalní stěna, kde probíhá slánění
 - Dr. House – závod hlídek, kde je skupina hodnocena podle vyřešení a správnosti zásahu skupiny u nafingovaného zranění
- Malé sporty, které přinesou po absolvování studentovi po dvou „trnávko-kreditech“ musí být absolvovány minimálně dva. Široká paleta sportů, které jsou vedeny či dozorovány instruktory. Jde o aerobik, hry v přírodě, lanové překážky, pádlování na klidné vodě, sestavy, plavání, tai-chi, noční orientační závod, cyklistika, pěší turistika a turnajové míčové aktivity jako volejbal, fotbal, stolní tenis, atd.
- Doplnkové sporty, které jsou jedno-kreditové a jsou v režii samotných studentů splnitelné v jejich volném čase [5].

Materiál a metody

Obecná charakteristika výzkumu

Jedná se o popisný výzkum kvantitativní povahy realizovaný formou plošného dotazníkového šetření [4]. To bylo uskutečněno bezprostředně po absolvování vstupního kurzu VŠPJ. Harmonogram výzkumu uvádí Tabulka 2.

Tab. 2. Harmonogram výzkumu

Popis činnosti	Termín šetření a dalších úkonů	Termíny kurzů
Pilotní výzkum	26. 8. 2011	22. – 26. 8. 2011
Hlavní výzkum	2. 9. 2011 9. 9. 2011	29. 8. – 2. 9. 2011 5. – 9. 9. 2011
Zpracování dat	30. 9. 2011	
Výsledky a diskuse	30. 10. 2011	

Pilotní průzkum upozornil na některé víceznačné formulace v dotazníku a přispěl k jeho zjednodušení a zestručnění. Tak byla upřesněna definitivní podoba dotazníku.

Charakteristika výzkumného souboru

Charakteristiku souboru pokud jde o počty a pohlaví respondentů ukazuje Tabulka 3.

Tab. 3. Soubor - počty respondentů

Termín kurzu	Muži	Ženy	Celkem
29. 8. – 2. 9. 2011	33	106	139
5. – 9. 9. 2011	40	121	161
Celkem oba kurzy	73	227	300

Souborem probandů byla skupina 300 studentů prvního ročníku VŠPJ. Jednalo se tedy o záměrný výběr, kdy skupina byla určena relevantním znakem, kterým v tomto případě je dobrovolná účast na vstupním kurzu VŠPJ [4].

Organizace výzkumného šetření

První částí dotazníku byla zjištěna demografická data (údaje o pohlaví a studijním oboru). Ve druhé části pak probandi pomocí sudé posuzovací škály určovali míru souhlasu či nesouhlasu s předloženým tvrzením, týkajícím se vstupního kurzu. Posuzovací škála je nástroj, který umožňuje zjišťovat míru vlastnosti jevu nebo jeho intenzitu. Posuzovatel vyjadřuje své hodnocení určením polohy na škále [3]. Škály mohou mít lichý či sudý počet položek. Pro potřeby tohoto výzkumu byla zvolena šestistupňová škála, která eliminuje variantu neutrální odpovědi.

Ve třetí části byly užity dvě otevřené otázky týkající se oblíbenosti a neoblíbenosti konkrétních sportovních aktivit vstupního kurzu.

Metodika výzkumu – popis použitého výzkumného nástroje

Pro potřeby našeho výzkumu byl použit tabulkový procesor soubor Excel (Office 2010), kde byly údaje ukládány do jednotlivých buněk v textové a číselné podobě. Dále byly shodné vlastnosti symbolizovány, vesměs číselnými kódy. Pro interpretaci výsledků jsme použili tabulky a grafy – tam, kde se to jevilo jako účelné, pak slovní popis.

Demografické údaje byly zaznamenány jednoduchým kódem:

- 1 = muž
- 2 = žena
- C = student oboru Cestovní ruch
- A = student oboru Porodní asistentka
- V = student oboru Všeobecná sestra
- I = student oboru Aplikovaná informatika
- F = student oboru Finance a řízení
- P = student oboru Počítačové systémy

Druhá část dotazníku čítala 12 základních položek, které byly probandy hodnoceny na šestistupňové škále. Číselné kódy byly následující:

- 1 = absolutně ne
- 2 = víceméně ne
- 3 = nevím, ale spíš ne
- 4 = nevím, ale spíše ano
- 5 = víceméně ano
- 6 = rozhodně ano

Kompletní znění otázek:

1. Vstupní kurz na Trnávce považuji za přínosný pro mé další studium.
2. Současný model kurzu (= program a jeho struktura) považuji za podařený a vyvážený.
3. Ubytování a strava mi vyhovovaly.
4. Vstupní kurz mne nadchl.
5. Přednášky mi poskytly důležité informace.
6. Sportovní program kurzu (rozdělení činností a možnost výběru) mi vyhovoval.
7. Fyzicky byl pro mne kurz dobře zvládnutelný.
8. Kurz byl pro mne stresující záležitostí.
9. Výběr sportovních aktivit byl dostatečně široký.
10. Ocenil(a) bych, kdyby mi kurz nabídl více volného času.
11. Kurz mne zklamal.
12. Oceňuji, že jsem zde poznal(a) nové přátele a kamarády.

Třetí a poslední částí dotazníku byly dvě otevřené otázky.

13. Kdybych měl(a) vybrat dvě činnosti, které se mi nejvíce líbily, byly by to tyto:

14. Kdybych měl(a) vybrat dvě činnosti, které se mi nejméně líbily, byly by to tyto:

Vyhodnocení odpovědí na položky (otázky) č. 13 a 14 přineslo rámcové ohodnocení popularity jednotlivých sportovních aktivit. Vzhledem k tomu, že počet respondentů, kteří měli osobní zkušenost s jednotlivými činnostmi, se u každé ze sledovaných aktivit lišil, lze výsledky považovat pouze za orientační.

Výsledky

Výsledky škálového dotazníku přináší v sumárním zhodnocení odpovědí všech 300 respondentů Tabulka 4. Průměrná hodnota zobrazuje jednotlivé odpovědi na jedno desetinné číslo a šestistupňovou škálu nám ještě podrobněji rozděluje. Aritmetický průměr může vykazovat určitá zkreslení dat, zejména dojde-li k výskytu extrémních hodnot. To obecně není případ posuzovací šestistupňové škály. Přesto v tabulce uvádíme pro srovnání ještě hodnotu mediánu.

Tab 4: Zhodnocení škálového dotazníku (300 respondentů)

Otázka	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Suma	1431	1411	1024	1317	1346	1372	1497	478	1502	849	472	1604
Průměr	4,8	4,7	3,4	4,4	4,5	4,6	5,0	1,6	5,0	2,8	1,6	5,3
Medián	5	5	3	5	5	5	5	1	5	3	1	6

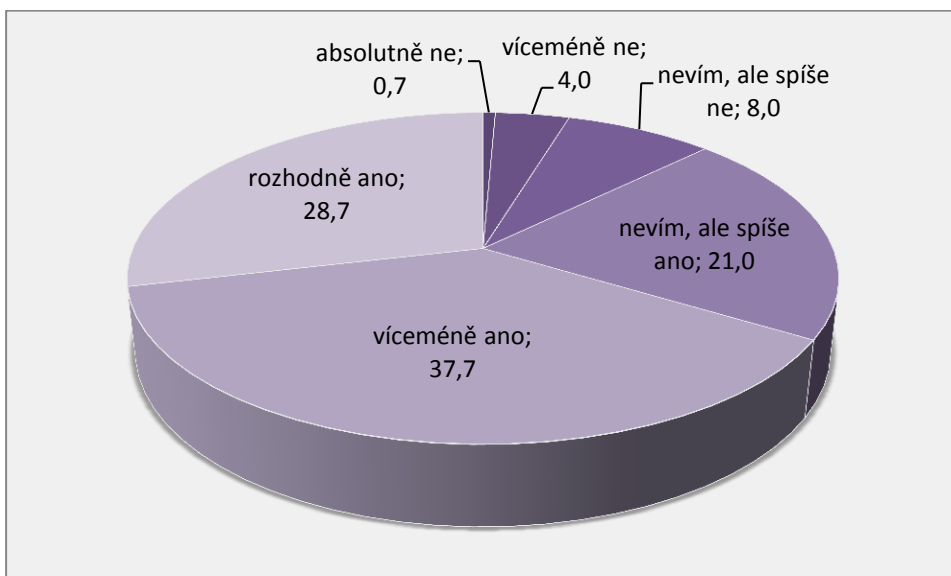
Přesnější členění získaných dat obsahující procentuální zastoupení odpovědí podle jednotlivých položek hodnotící škály u každé z 12 otázek přináší Tabulka 5.

Tab. 5: Procentuální vyjádření škálového dotazníku

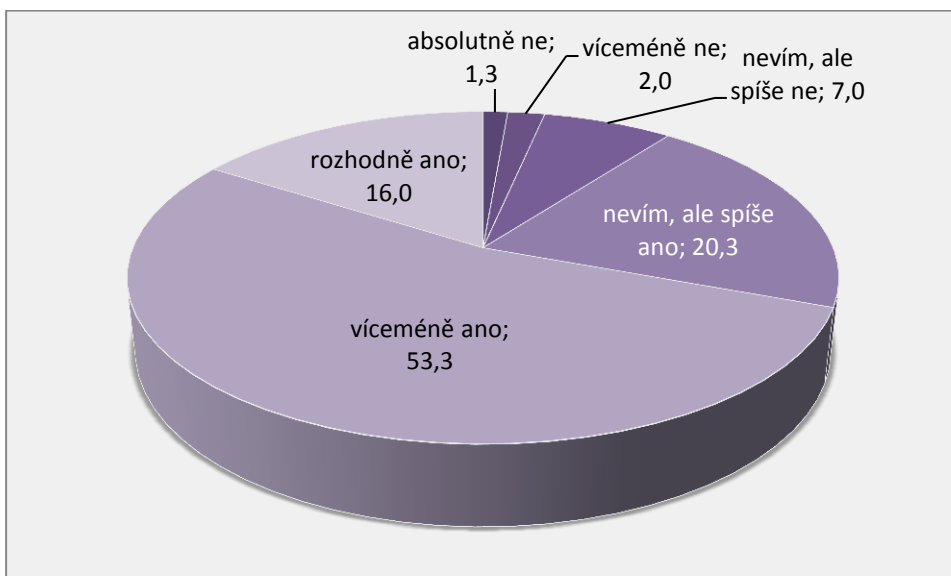
Otázka	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
absolutně ne	0,7	1,3	6,7	1,3	2,7	23,4	1,3	61,2	0,3	17,7	61,7	1,7
víceméně ne	4,0	2,0	23,4	4,0	6,3	38,1	2,3	25,1	2,0	30,1	27,3	2,3
nevím, ale spíše ne	8,0	7,0	20,7	11,7	8,7	22,7	4,7	9,0	6,3	23,4	5,0	1,7
nevím, ale spíše ano	21,0	20,3	22,1	27,9	22,7	8,0	16,7	2,3	15,7	14,7	4,3	8,3
víceméně ano	37,7	53,3	24,1	44,3	41,0	5,0	37,7	2,0	39,3	7,4	1,3	26,0
rozhodně ano	28,7	16,0	3,0	10,7	18,7	2,7	37,3	0,3	36,3	6,7	0,3	60,0

Dále předkládáme grafické zpracování jednotlivých otázek pomocí výsečových grafů, které procentuálně zobrazují hodnoty na šestistupňové škále. Toto přehledné zobrazení přináší názornou formou optimální platformu pro interpretaci výsledků. Tím se otevírá prostor pro diskusi, v níž je možno získaná data okomentovat. Použitý dotazník je monitorovacím nástrojem, který se pokusil v rámci našeho výzkumu zjistit danou

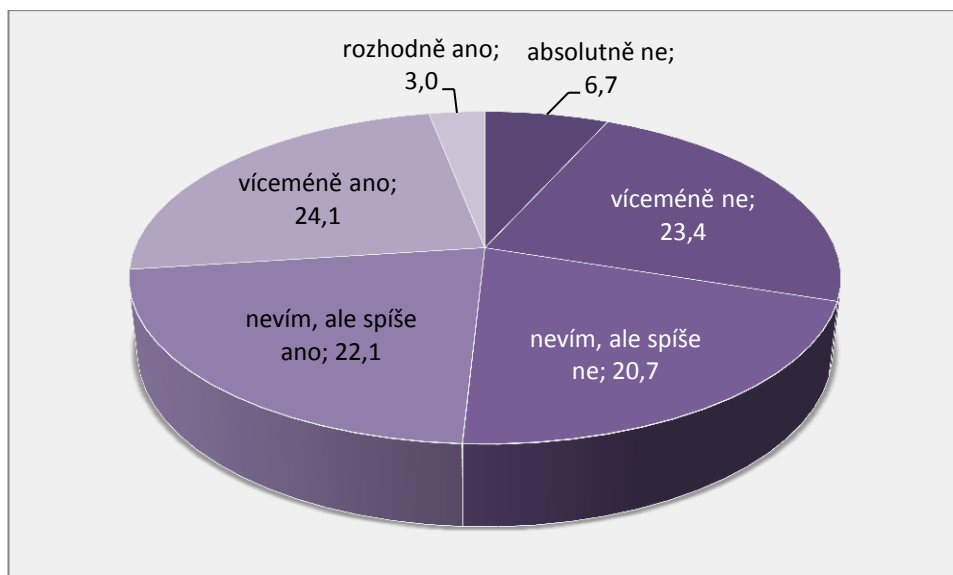
situaci, nezkoumá její příčiny ani souvislosti. Přesto je, vzhledem k charakteru dat určitá interpretace možná.



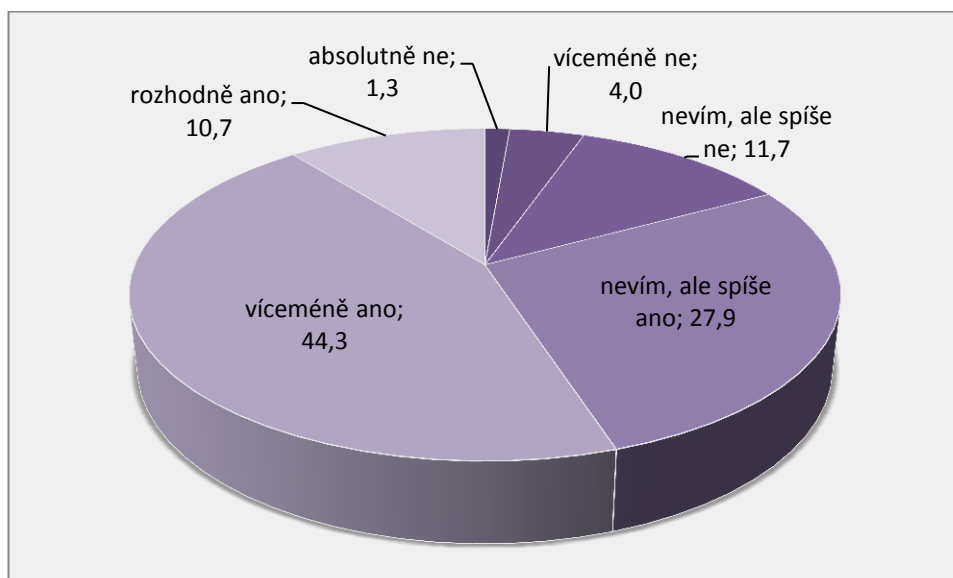
Graf 1: Vstupní kurz na Trnávce považuji za přínosný pro mé další studium.



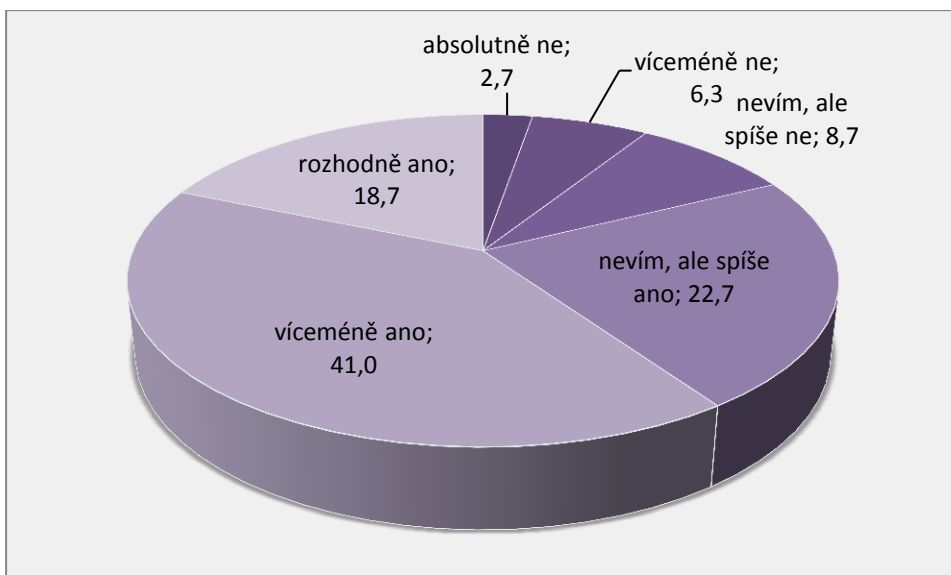
Graf 2: Současný model kurzu (= program a jeho struktura) považuji za podařený a vyvážený.



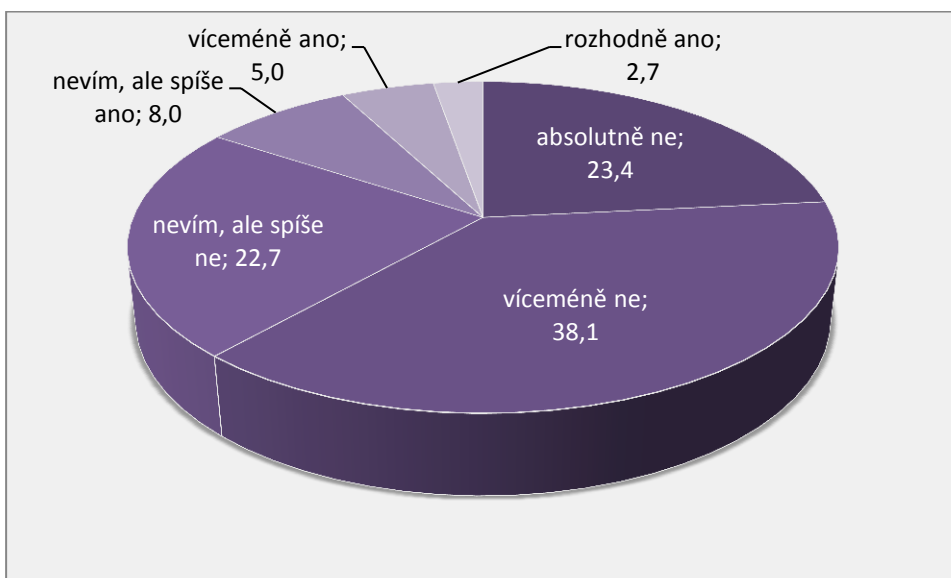
Graf 3: Ubytování a strava mi vyhovovaly.



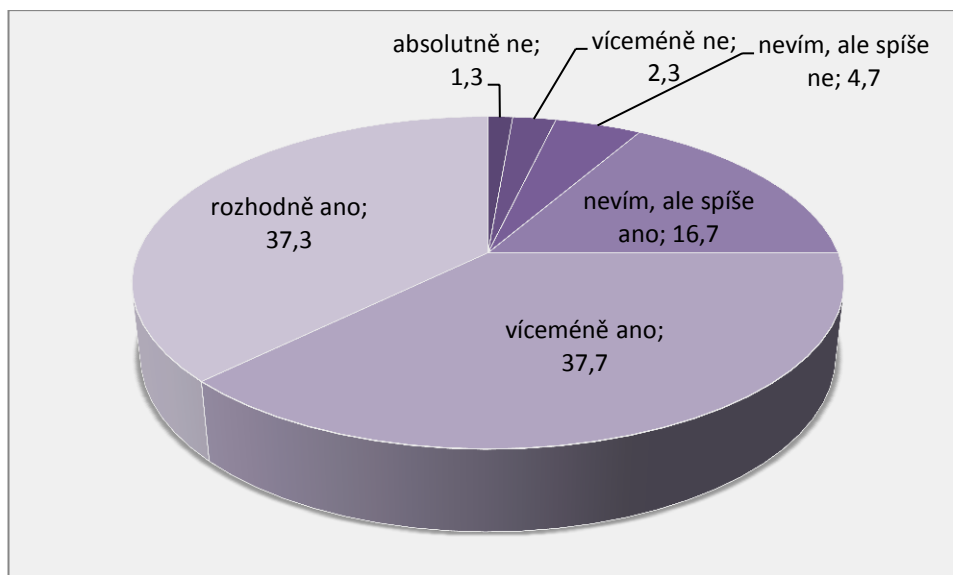
Graf 4: Vstupní kurz mne nadchl.



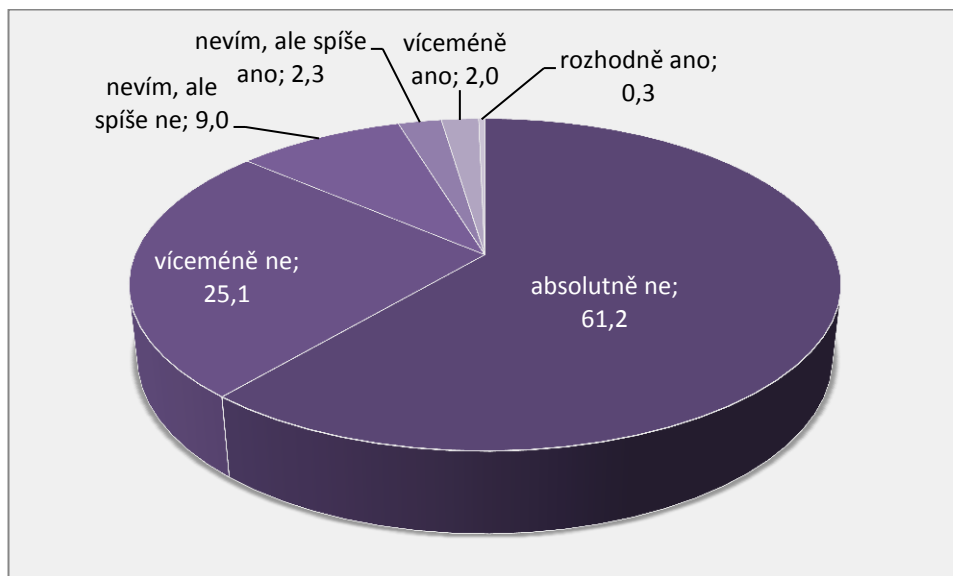
Graf 5: Přednášky mi poskytly důležité informace.



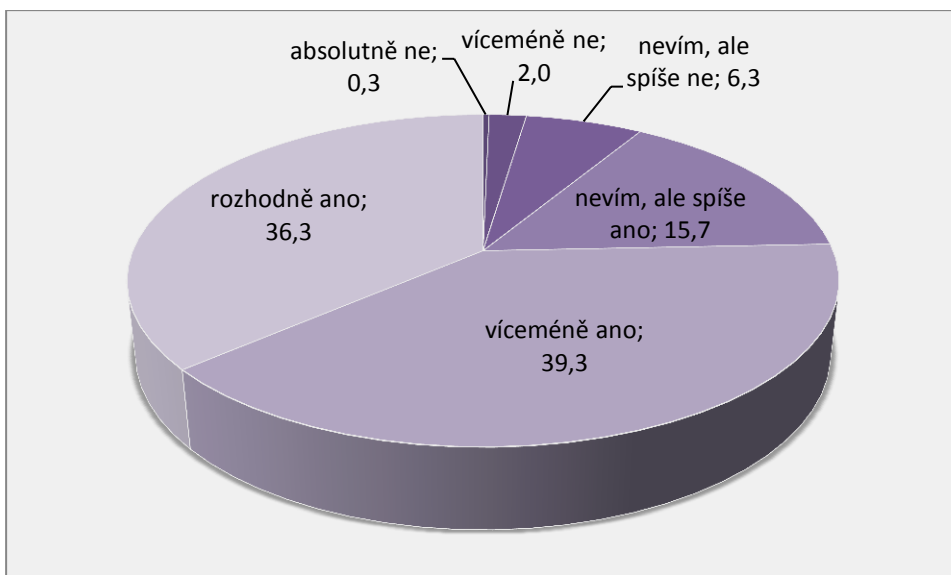
Graf 6: Sportovní program kurzu (rozdělení činností a možnost výběru) mi vyhovoval.



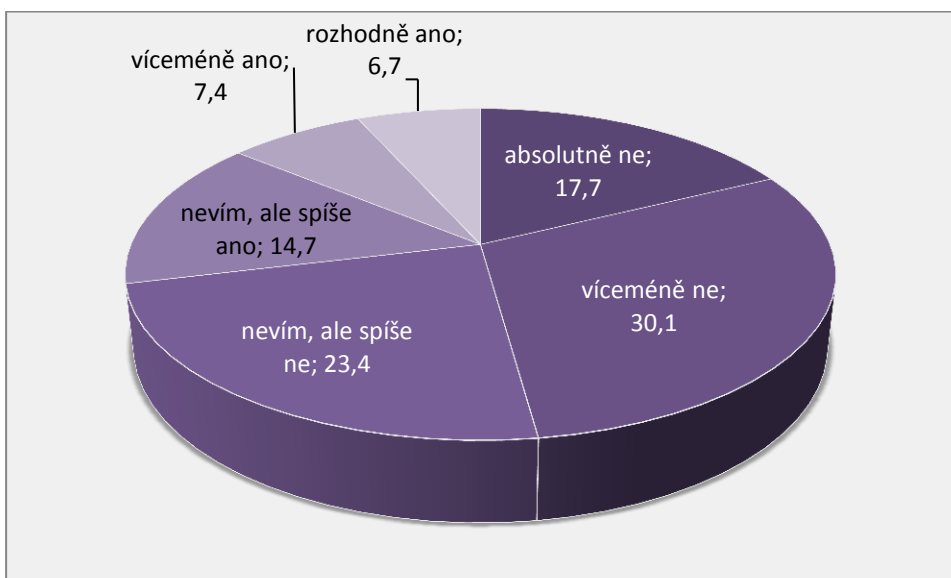
Graf 7: Fyzicky byl pro mne kurz dobře zvládnutelný.



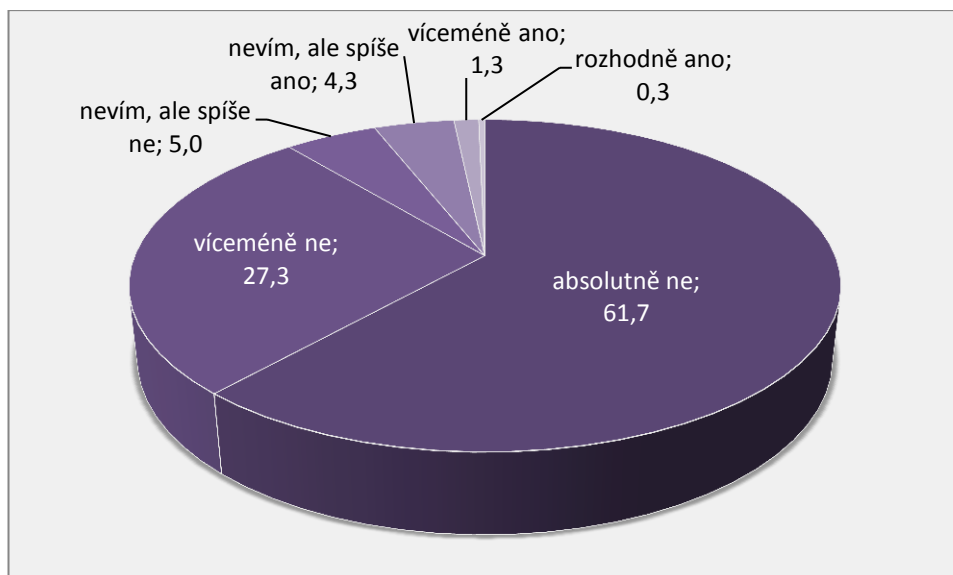
Graf 8: Kurz byl pro mne stresující záležitostí.



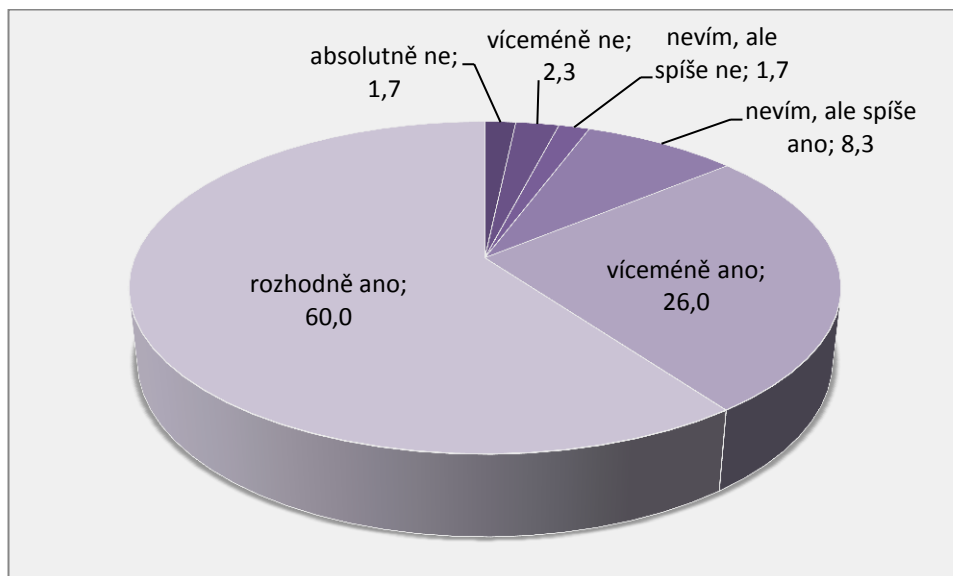
Graf 9: Výběr sportovních aktivit byl dostatečně široký.



Graf 10: Ocenil(a) bych, kdyby mi kurz nabídl více volného času.



Graf 11: Kurz mne zklamal.



Graf 12: Oceňuji, že jsem zde poznal(a) nové přátele a kamarády

Jako poslední část výsledků předkládáme konkrétně a jmenovitě oblíbené a neoblíbené sportovní aktivity tak, jak je respondenti uvedli. Z formulace otázek vyplývá, že každý respondent označil právě dvě aktivity. V ojedinělých případech respondenti této možnosti (jednalo se o méně než 2 % respondentů) nevyužili.

Činnosti, které se nejvíce líbily		Činnosti, které se nejméně líbily	
Homajova perná peřej	95	Šífra mistra Hurycharda	81
Pájina bílá skála	91	Tour de Tmávka	34
Tour de Tmávka	48	Tvorba rozvru	26
Lanové překážky	39	Iron(ic) man	25
Šífra mistra Hurycharda	33	Pěší turistika	14
Pádlování	33	Cykloturistika	13
Dr. House	32	Přednášky	9
Noční orientační závod	23	Dr. House	7
Aerobic	21	Volejbal	7
Tai-chi	12	Noční orientační závod	6
Iron(ic) man	8	Pádlování	6
Cykloturistika	7	Homajova perná peřej	4
Stolní tenis	7	Petang	4
Volejbal	7	Hry v přírodě	3
Fotbal	6	Pájina bílá skála	2
Hry v přírodě	4	Plavání	2
Sestavy	4	Aerobic	1
Pěší turistika	3	Fotbal	1
Nohejbal	2	Lanové překážky	1
Petang	2	Tai-chi	1
Letající talíř	1	Letající talíř	0
Plavání	0	Nohejbal	0
Přednášky	0	Sestavy	0
Rozvrh	0	Stolní tenis	0

Graf 13: Oblíbené a neoblíbené sportovní aktivity vstupního kurzu VŠPJ

Diskuse

Většina otázek byla zodpovězena poměrně jednoznačně. U 9 z 12 otázek byla zaznamenána převaha jedné z odpovědí 1+2+3 (ANO) či 4+5+6 (NE) ve vyšší míře než 75 %. To neplatilo pouze u otázek 3, 9 a 10.

V diskusi se pokusíme krátce okomentovat každou z 12 obsahových položek.

1. Vstupní kurz na Trnávce považuji za přínosný pro mé další studium.

Tato otázka je z pohledu organizace vstupních kurzů klíčová. Odpovědi na ni jsou ovlivněny bezprostředním pocitem studentů po ukončení kurzu. To byl záměr výzkumu. Získaná data by mohla být konfrontována s tímto dotazem, kdy by skupinu respondentů tvořili studenti vyššího ročníku. O tomto kroku výzkumný tým uvažuje. Podobná otázka byla studentům VŠPJ již jednou položena v rámci rozsáhlejšího generálního průzkumu, ovšem zde byla nepřesně formulována, takže odpovědi na ni

(přestože i přes zmatečné zadání byl získán rovněž velmi vysoký počet kladných odpovědí) nemohou být zvažovány jako relevantní. Celkově 87,4 % respondentů našeho výzkumu vyjádřilo názor, že vstupní kurz byl přínosný pro další studium (škálové položky 1+2+3). To je vysoké číslo.

2. Současný model kurzu (= program a jeho struktura) považují za podařený a vyvážený.

Zde se kladně vyjádřilo 89,6 % respondentů. Odpověď lze chápat tak, že celkový model kurzu považuje tato část respondentů za odpovídající. Zajímavý je určitý rozpor v odpovědích na tuto otázku a otázku č. 6, k němuž se ještě vrátíme.

3. Ubytování a strava mi vyhovovaly.

V případě této otázky se kladně vyjádřilo 49,2 % respondentů. Nelze zcela identifikovat, zda kritika (zejména oné cca poloviny respondentů) směřuje více směrem ke stravě či k ubytování. Organizátoři jsou si z vlastní dlouholeté zkušenosti vědomi toho, že ubytování v malých chatkách (byť je jeho nižší kvalita studentům finančně kompenzována) působí mnoha studentům, zvyklým na určitý komfort, problémy. Řešením je nabídka kvalitnějšího ubytování v hotelu Na Kocandě, které je však spojeno s dojížděním. Jedná se o jeden z organizátorů dlouhodobě sledovaných problémů. Samotná ubytovací kapacita, sportovní zázemí a zejména přírodní podmínky střediska Metrostav Trnávka jsou pádným argumentem pro volbu této základny. Přibližně poloviční spokojenost účastníků vstupních kurzů se stravou a ubytováním nelze chápat negativně. Jednak studenti nejsou nuceni k absolvování vstupního kurzu, jediným formálním nástrojem regulace účasti je možnost (nikoli nutnost) zisku zápočtu, jednak samotný charakter kurzu směřuje k návratu do přírody a k odloučení se od civilizačního komfortu [2].

4. Vstupní kurz mne nadchl.

Zde jde o pocitovou záležitost. Nicméně, bezprostřední pocity studentů jsou velmi důležité s ohledem na to, že jejich vztah k VŠPJ, jakožto dosud neznámému subjektu je prvními dojmy výrazně ovlivněn. Otázka je záměrně formulována za použití silně emotivního náboje. Studenti mohli být s kurzem spokojeni. To je však spíše uspořádání všech pro a proti. Otázka č. 4 se pokouší jít za tento rozměr a zjistit více než rozumovou bilanci respondentů. Z tohoto úhlu pohledu se 82,9 % jeví jako extrémně vysoká hodnota.

5. Přednášky mi poskytly důležité informace.

Pointou této otázky bylo zjistit, zda čas, který věnují přednáškám a dalším informačním aktivitám jak organizátoři kurzu, tak další pracovníci školy, je smysluplnou časovou investicí. 82,4 % respondentů se vyjádřilo v tom smyslu, že tyto aktivity byly přínosné.

6. Sportovní program kurzu (rozdělení činností a možnost výběru) mi vyhovoval.

Zde jsme obdrželi nejkritičtější odpovědi. Pouze 15,7 % respondentů na tuto otázku odpovědělo kladně. Poměrně velmi vysoká nespokojenost studentů v této oblasti je pravděpodobně způsobena nemožností nabídnout všechny sportovní aktivity všem studentům podle jejich zájmu. Svou roli zde sehrála zřejmě i skutečnost, že v otázce přímo zazní formulace „možnost výběru“. Katedra sportů některé specifické aktivity nemůže personálně zabezpečit a nabídnout do rozvrhu každý den. Jedná se především o slaňování na Pájině bílé skále, nebo sjezd řeky na Homajově perné peřeji. U těchto sportů se v žebříčku oblíbenosti ukázala jejich absolutní převaha. Jejich organizace a efektivita patří k náročnějším. Slaňování bylo z personálních důvodů nabídnuto pouze jeden den v průběhu celého kurzu. Sjezd řeky je omezen počtem lodí. Z těchto důvodů, kdy některé skupiny jsou kapacitně či časově omezeny jen pro menší skupiny, se ukázalo nezbytné, aby si studenti první den navolili svůj osobní rozvrh. Všem studentům není možné nabídnout všechny aktivity, které by si rádi vyzkoušeli. To se v některých případech setkává s nevolí. Kritiku chápou organizátoři také ve vztahu k organizaci samotného výběru aktivit a jejich registraci. Ta je postavena na úspěšnosti v plnění úkolu spojeného s řešením detektivní hádanky, kde může záležet i na rychlosti běhu. Po mnoha různých formách registrace byl u vstupních kurzů konaných v letech 2010 a 2011 použit tento model. Z pohledu organizátorů je nejspravedlivější. Eliminuje náhodnost a je vázán na logické zvýhodnění těch, kteří předvedou v dané chvíli lepší výkon. Samozřejmě o možné optimalizaci této fáze kurzu budou organizátoři intenzivně uvažovat.

Dále je třeba uvést, že zmíněné aktivity mají motivační poslání, většinou se jedná o odraz semestrálních sportů či kurzů. Studenti tak mohou konkrétní aktivitu vyzkoušet během svého dalšího studia na VŠPJ [5].

7. Fyzicky byl pro mne kurz dobře zvládnutelný.

Organizátoři kurzů preferují volitelnost všech aktivit. Přestože se ve své podstatě jedná o fyzicky náročnou akci, studenti jsou vždy motivováni pozitivně a nejsou do ničeho nuceni. 91,3 % studentů odpovědělo kladně, což považujeme za doklad toho, že zmíněná snaha se nemíjí účinkem.

8. Kurz byl pro mne stresující záležitostí.

Zde je patrná určitá souvislost s otázkou č. 7. Byla však použita sice formálně kladná, obsahově (vzhledem k pocitům respondenta) však záporná formulace. Otázka není vztažena pouze k fyzické náročnosti kurzu, ale k jeho celkové akceptaci studenty. 95,3 % respondentů odpovědělo, že kurz pro ně nebyl stresující záležitostí. To organizátory mimořádně těší.

9. Výběr sportovních aktivit byl dostatečně široký.

Určitá (očekávaná) paralela s otázkou č. 6 zde není vůbec patrná. 91,3 % respondentů odpovědělo, že výběr aktivit byl dostatečně široký. Problém vyplývá z odpovědi

na otázku č. 6, může být tímto specifikován směrem k možnosti individuálního výběru a její formě, nikoli k nabídce samotné.

10. Ocenil(a) bych, kdyby mi kurz nabídl více volného času.

Kladně zde odpovědělo 44,8 % respondentů. Opět jde o vyjádření osobního pocitu. Organizátoři hodnotí tento výsledek jako optimální. Více než polovina studentů nepocituje nedostatek volného času. Pokud by toto číslo bylo výrazně vyšší (což bývá například u malých zážitkových kurzů, které vtáhnou účastníky zcela do „mikrosvěta“ daného kurzu), bylo by to u takto velkého kurzu, jehož programem je také zápis, různá školení a podobně, spíše podezřelé. Dalším faktorem ovlivňujícím odpověď na tuto otázku je také určitá samostatnost studentů ve smyslu, zda preferují „býti zabaveni“ či „aktivně se bavit“ [6]. Kreativní a nápadití jedinci ocení více volného času vždy. Organizátorům však v první řadě šlo o zjištění toho, zda studenti nemají pocit přetížení plynoucí ze struktury programu.

11. Kurz mne zklamal.

Stejně silná emoce jako u otázky č. 4 byla tentokrát zjišťována směrem k pocitu víceméně opačné povahy (než u ot. č. 4). Zklamání z kurzu vyjádřilo pouze 10,6 % respondentů. Absolutní zklamání 1,3 % respondentů z celého souboru (300 respondentů). Jedná se o 4 jednotlivce. I ti jsou samozřejmě pro organizátory důležití. Celkově však jde o velmi pozitivní hodnocení.

12. Oceňuji, že jsem zde poznal(a) nové přátele a kamarády.

Poslední otázku kladně zodpovědělo 94,3 % respondentů. V kontextu celého konceptu vstupních kurzů lze považovat za klíčové právě otázky č. 1 a č. 12, tedy první a poslední v hlavní části dotazníku. V tomto bodě jsou vstupní kurzy cenným a nenahraditelným vkladem do dalšího studia, proto tak vysoké procento kladných odpovědí představuje velkou motivaci pro preferenci vstupních kurzů také ze strany VŠPJ.

Pokud se týká oblíbenosti jednotlivých aktivit, tu ukazuje Graf 13. Počet studentů, kteří se zúčastnili jednotlivých činností se velmi různí, hodnoty uvedené v grafu se tak týkají absolutního počtu odpovědí, nikoli jejich procentuální oblíbenosti. Jak, již bylo řečeno, jde spíše o orientační ukazatel, který přináší organizátorům základní představu.

Nejoblíbenějšími aktivitami se jeví Homajova perná peřej a Pájina bílá skála. Jde o činnosti nepochybně atraktivní. Studenti si mohli vyzkoušet něco, co je pro řadu z nich běžně nedostupné. Jedná se také o aktivity, jež jsou velmi náročné na logistické a personální zabezpečení. Z tohoto důvodu je jejich vysoká oblíbenost pro organizátory důležitá. Je potvrzením toho, že vynaložené úsilí je smysluplné. Dvěma nejméně oblíbenými činnostmi byly Šifra Mistra Hurycharda a Tour de Trnávka. Svou roli zde mohla sehrát délka těchto dvou aktivit, která mnohdy přesahovala (zejména u „Šifry“) dobu 4 hodin. Dalším důvodem může být i to, že „Šifra“ i „Tour“ jsou vlastně závody hlídek, takže pro některé účastníky může při hodnocení hrát jistou roli přítomnost soutěžního prvku a svazující pocit odpovědnosti za celý tým. Určitý význam má i to, že pěší či cyklistický přesun je pro většinu studentů běžnější (a tedy méně atraktivní)

než jízda na lodi či slaňování. Na druhé straně, skutečnost, že „Tour“ byla nejen druhou nejneoblíbenější, ale současně třetí nejoblíbenější činností, stejně jako „Šifra“ byla nejneoblíbenější, ale přitom pátou nejoblíbenější aktivitou, ukazuje, že spíše než o nepopularitu, jde o menší popularitu ve srovnání s „Peřejí“ a „Skálou“.

Spíše jako poznámku je možno uvést, že studenti často místo konkrétní činnosti uváděli u negativně hodnocených prvků počasí. V případě kurzu takové povahy, jakou má vstupní kurz VŠPJ, je počasí skutečně klíčovým faktorem, to se ukázalo zejména u 3. turnusu. Toho jsou si organizátoři vědomi, jde však o faktor vnější a neovlivnitelný.

Závěr

Vstupní kurzy se ukázaly jako velmi vydařený produkt z pohledu frekventantů. Pro studenty a jejich start do dalšího studia se jeví jako velmi přínosné. Takto rozsáhlé zjišťování názorů studentů bylo po sedmi letech existence vstupních kurzů na VŠPJ realizováno poprvé a jeho výsledky budou sloužit k další optimalizaci organizace kurzů. Jedná se zejména o oblast logistického zabezpečení a samozřejmě také o programovou náplň.

Celkově lze takto pozitivní přijetí vstupních kurzů po všech hlavních stránkách chápat jako příjemné ocenění práce Katedry sportů VŠPJ a také všech ostatních, kteří se na chodu a zabezpečení této mimořádně náročné akce podílejí.

Literatura:

- [1] FUCHS, J., HURYCH, E., KŘENOVÁ, P., MACHOVEC, M. Průvodce volitelnými sporty na Vysoké škole polytechnické Jihlava. Jihlava: VŠPJ, 2007. ISBN: 978-80-87035-03-0
- [2] FUCHS, J., HURYCH, E., KŘENOVÁ, P., MACHOVEC, M. Prožitek jako součást outdoorového programu vstupních kurzů na VŠPJ. In *Prožitek a hodnoty*. Ústí nad Labem: PF UJEP, 2009. ISBN 978-80-904094-4-6.
- [3] GAVORA, P. Úvod do pedagogického výzkumu. Brno: Paido, 2000. ISBN 80-85931-79-6
- [4] HENDL, J. Přehled statistických metod zpracování dat: analýza a metaanalýza dat. Praha: Portál. 2004. ISBN 80-7178-820-1.
- [5] HURYCH, E. (2009). Model outdoorového programu vstupních kurzů na VŠPJ. In Činčera, J. (ed.). *Tři cesty k pedagogice volného času*. Brno: Tribun EU. Kapitola 2.6, s. 41–48. ISBN 978-80-7399-611-6.
- [6] HURYCH, E., WINKLEROVÁ, M. (2008). Vybrané údaje o struktuře pohybové aktivity středoškolské a vysokoškolské populace v regionu Vysočina. In *Sport a kvalita života*, 6.–7. 11. 2008. Brno: Tiskcentrum. ISBN 978-80-210-4716-7.
- [7] KŘIVOHLAVÝ, J. Psychologie zdraví. Praha: Portál, 2002. ISBN: 978-80-7367-568-4.

- [8] PELÁNEK, R. Příručka instruktora zážitkových akcí. Praha: Portál, 2008.
ISBN 978-80-7367-353-6.

The Evaluation of Efficiency of the Experiential Introduction Courses at the College of Polytechnics Jihlava from the Students' Point of View

Abstract

The main goal of this paper is to present and explain the results of the investigation which was focused on the opinion of the participants of the experiential introduction courses organized by The College of Polytechnics Jihlava. The investigation examined the opinion of the students about the complex contribution and organization of these five-day-long courses which are devoted to the first grade students irrespective their study programs. Firstly, the paper deals with the sense of this kind of courses (the adaptation courses) for students, in general. Then the basic structure and characteristics of the event with seven-year-old history is explained.

The main part of the paper is focused on the questionnaire research which examines the opinion of the students who freshly graduated from the course about their evaluation of the benefit of the courses for future studies and about the specific parts of program, or logistic support.

The results of the investigation display a very positive approach of the students and the high level of evaluation of the organization of the courses. Majority of the respondents agrees that the courses are meaningful and useful for their future.

Key words

Experiential introduction course, adaptation, rating scale, College of Polytechnics Jihlava.

Kontaktní údaje

Mgr. Pavla Erbenová
Vysoká škola Polytechnická Jihlava
Tolstého 16, Jihlava
e-mail: erbenova@vspj.cz

Zjišťování aktuálního stavu kooperace a koordinace organizací a institucí zabývajících se „outdoorovými“ programy a turistikou na Jihlavsku

Jaromír Fuchs, Emanuel Hurych

Katedra sportů VŠPJ

Abstrakt

Článek vychází z projektového záměru zaměřeného na poutní místa v okolí Jihlavy a na možnosti přírodní turistiky v dané lokalitě. Tento záměr byl také spojen s organizací akcí s pohybovým programem realizovaných v přírodním prostředí. Jedním z cílů projektu bylo zjistit a monitorovat aktuální stav spolupráce různých organizací a institucí na Jihlavsku, které mají ve sféře svého zájmu turistiku, pohyb či zájem o kulturně a historicky významná místa. Byly vybrány čtyři oblasti činnosti a každá oblast byla zastoupena dvěma respondenty – informovanými představiteli daného subjektu.

Za pomoci částečně strukturovaného interview bylo u zkoumaných institucí zjišťováno konkrétní zaměření jejich zájmu o sledované aktivity, jejich dosavadní zkušenosti v uvedené oblasti a také míra spolupráce s dalšími subjekty a koordinace jejich činností.

Výsledná zjištění ukazují především na značnou izolovanost mnoha sledovaných institucí, na jejich velmi specifické zaměření a absenci koordinace ve smyslu širšího propojení subjektů z pohledu fenoménu poutnictví. V odpovědích se také objevuje skeptický odhad s ohledem na možnost změny vývoje směřujícího od univerzality ke specializaci. Úhel pohledu jednotlivých respondentů vycházel velmi často pouze z jejich užšího zaměření. Ochota ke spolupráci však byla velmi vysoká.

Výsledky uvedeného šetření budou dále zpracovávány a interpretovány v rámci dalších výstupů výzkumného záměru.

Klíčová slova

Turismus, semi-strukturované interview, selektivní protokol.

Úvod

Propojení míst, která jsou nějakým způsobem pozoruhodná v nejbližším okolí s nabídkou pohybových aktivit, je tématem interního grantového záměru, který řešila Katedra sportů ve spolupráci s Katedrou cestovního ruchu Vysoké školy polytechnické Jihlava v období květen – prosinec 2011. Projekt je nazván *Poutní místa v okolí Jihlavy*

a jejich využití v rámci turistických a dalších pohybových aktivit. Cíle této osmiměsíční aktivity, jež představuje především pilotní zjištění a přípravu podkladů pro budoucí větší projekt, vyplývají se zadání grantu.

V první řadě jde o to předložit veřejnosti produkt založený na rozvoji pohybové aktivity spojené s pohybem v přírodě a poznáváním společenských atraktivit na Jihlavsku. Konkrétně to znamená vybrat určitý počet vhodných lokalit v bezprostředním okolí Jihlavy a provést jejich základní zmapování. Dále zjistit, která místa (dostupná prostřednictvím MHD) by byla vhodná pro realizaci celého záměru. Potom vybrat jednu lokalitu a zaměřit se podrobněji na možnosti, které nabízí s ohledem na fenomén poutnictví [7].

Dalším dílčím cílem bylo poskytnout informace významné z historického i soudobého hlediska (bulletin, kvízová stezka v terénu, informace na webových stránkách, seminář, prezentace v odborných časopisech a médiích).

Třetím, velmi konkrétním a praktickým úkolem bylo zapojit veřejnost do doplňkových aktivit, které měly za cíl podpořit zájem obyvatel Jihlavy a okolí o pohybové aktivity „outdoorového“¹ charakteru. Nabídka konkrétně představovala turistickou akci vedenou průvodcem (s možností zapůjčení trekových holí), lezení v malém lanovém parku, jízdu na lodích na klidné vodě, závod v orientačním běhu, závod v šifrovacím běhu a různé doplňkové programy (např. soutěž o nejpodařenější fotografii na dané téma).

Posledním cílem, který byl v rámci interního grantu vytyčen, bylo navázání kontaktů s organizacemi a institucemi, které mají nějaký vztah k turistice, pohybovým aktivitám „outdoorového“ typu nebo k průzkumu historicky či kulturně pozoruhodných míst na Jihlavsku. Do jisté míry je možno oblast zájmu výzkumu doložit na rozdílném chápání slov *turistika* a *turismus* v češtině (jedná se o poměrně významný rozdíl). Širší význam slova *turismus* v češtině, blížíci se více termínu *cestovní ruch* než užšímu chápání pojmu *turistika* (coby jedna ze složek tělesné kultury) do jisté míry vysvětluje, proč sféra zájmu výzkumu přesahuje hranice stávajícího institucionálního pokrytí. Konkrétně se v daném případě nabízelo relativně velké množství institucí. Jejich výběr a metodiku podrobněji uvádí další kapitola.

Materiál a metody

Obecná charakteristika výzkumu

Dříve než došlo k výběru souboru respondentů, bylo nutno vyřešit základní otázku, která se týkala povahy výzkumu. Nejčastěji používané formy, kterými jsou dotazník a anketa [2] umožňují oslovit relativně velké množství respondentů a získat tak data v kvantitativní podobě. Ta jsou statisticky vyhodnotitelná, což umožňuje (relativně)

¹ Slovo „outdoorový“ pochází z anglického výrazu „outdoor“, který znamená „venku, pod širým nebem“. V češtině bývá tento termín v kinantropologické literatuře používán zejména proto, že čeština nemá jiný odpovídající ekvivalent. Autoři tohoto textu preferují používání daného výrazu v češtině v uvozovkách.

exaktní zpracování dat a následně i dobrá východiska pro interpretaci výsledků. Slabiny anketního dotazování jsou v sociologickém prostředí známy, a proto v poslední době sílí tendence k posilování kvalitativních výzkumů [3]. Ty se sice nemohou opírat o přesná čísla, ovšem mohou pronikat mnohem hlouběji pod povrch problémů a směřovat k podstatě věci.

V případě našeho výzkumu jsme se rozhodli k získání potřebných dat využít semi-strukturovaného rozhovoru, jakožto nástroje spíše kvalitativního výzkumu. Tato metoda je pracná a vyžaduje individuální a tvůrčí přístup. To samozřejmě souvisí s množstvím respondentů, kterých nemůže být tak vysoké množství jako by tomu bylo u dotazníkového šetření. Základní charakteristiku semi-strukturovaného (též částečně strukturovaného) interview uvádíme v následujícím textu.

Semi-strukturovaný rozhovor a jeho podstata

Pelikán [9] řadí interview k explorativním metodám výzkumu. Jedná se o sběr dat v terénu, kdy dochází k užšímu kontaktu výzkumníka s respondentem. Částečně strukturované metody dotazování vycházejí z „*repertory grid technique*“, což je technika zjišťování subjektivních konstruktů navržená Georgem Kellym již v 50. letech 20. století. Její využití je velmi časté v psychoterapii [10], s rozvojem nových forem kvalitativního výzkumu však našla své místo i v prostředí empirických výzkumů [1]. Částečně strukturovaný rozhovor je výzkumným nástrojem, který umožňuje neustálé průběžné korekce při sběru dat. Jedná se o kontinuální interaktivní formu komunikace s respondentem. Principem strukturovaného rozhovoru je vytyčení základních bodů – ústředních otázek, které jsou respondentovi pokládány. Na základě obdržených odpovědí pak následují další doplňující dotazy, které jsou členěny do několika úrovní. K jednomu tematickému celku se standardně využívají tři úrovně doplňujících dotazů. Vždy však záleží na výzkumníkovi, který musí být dostatečně zkušený a schopný vyhodnotit, které téma je již vyčerpáno.

Výzkumník musí učinit rozhodnutí, která se týkají obsahu, formy a počtu otázek. S tím souvisí také plánovaná délka rozhovoru. Samotný průběh interview však není možno naplánovat do detailu, neboť interakce informanta ovlivní jak obsah, tak dobu dotazování.

Patton [8] uvádí 6 základních typů otázek. Jsou to dotazy vztahující se ke zkušenostem, názorům, pocitům, znalostem a vnímání. Poslední skupinou jsou otázky demografické (a také otázky kontextové).

Otázky mají otevřenou formu, nejprve je třeba navodit vhodnou atmosféru a navázat s informantem kontakt. Formulace dotazů by měla být vždy jednoznačná a srozumitelná. Výzkumník se musí vyhýbat návodným otázkám a měl by se také zdržet emotivních projevů.

Hendl [4] zmiňuje 3 oblasti úpravy dat před jejich interpretací v rámci kvalitativního výzkumu. Jedná se o techniku transkripce dat, návrh kategoriálních systémů a formu zobrazování dat. Konkrétní zvolenou formu daného výzkumu popíšeme v následujícím textu.

Metodika výzkumu – popis použitého výzkumného nástroje

Pro potřeby našeho výzkumu byla vybrána technika semi-strukturovaného rozhovoru s využitím „narativních“ prvků, které dávají respondentovi větší prostor pro zodpovězení dotazu a zasazení odpovědi do patřičného kontextu [11]. Celkem bylo použito 11 otázek, jimž předcházelo krátké představení výzkumného záměru, zjištění demografických údajů (zaměřené v daném případě více na charakteristiku instituce než na osobu respondenta samotného).

Důležitým úkolem výzkumníka bylo v daném případě dostatečně vysvětlit, co je od informanta očekáváno a proč je interview vyžadováno právě od něj.

Pokud jde o jednotlivé otázky, zde můžeme samotný průběh rozhovoru popsat ve 3 rovinách:

1. Položení dotazu a odpověď respondenta.
2. Doplnující dotazy, upřesnění odpovědi, rozšíření tématu (opakovaně ve 2-3 sekvencích).
3. Shrnutí odpovědi a konzultace s informantem o interpretaci odpovědi včetně ujasnění možných nejednoznačností a dezinterpretací.

Pro transkripci dat byla použita technika shrnujícího protokolu, která byla podrobena následné selekci celým výzkumným týmem. Poté byl připraven selektivní protokol. Ten je výhodný pro interpretaci většího množství dat s ohledem na konkrétní zaměření výzkumu. Dochází zde k vysoké míře ztráty kontextových informací [5], proto je důležité archivovat i shrnující protokol pro případ, že by se výzkumník chtěl k interpretaci získaných dat vrátit později v jiné formě či za jiným účelem.

Kategoriální záznamy představují jakýsi způsob kódování informací a používání systému symbolů a značek, jež umožní lepší orientaci a strukturování získaných dat. Pro potřeby našeho výzkumu byl použit tabulkový procesor soubor Excel Office 2010, kde byly údaje ukládány do jednotlivých buněk v textové podobě. Následně pak ve vybraných případech byly některé shodné vlastnosti symbolizovány, a to jak číselnými, tak písmennými kódy.

Jako základní zobrazovací prostředek byl vybrán text. To vyplývá z charakteru obdržených dat. Dále jsme použili tabulky – tam, kde se jejich užití jevílo jako účelné.

Samotný soubor výchozích otázek čítal těchto 11 základních položek. Jejich obsah je uveden v Tabulce 1.

Tab. 2. Text výchozích otázek

Číslo.	Text otázky
1	Jak stručně hodnotíte nápad a potenciální produkt našeho projektu z Vašeho pohledu?
2	V čem byste viděli možnosti Vašeho zapojení?
3	Máte vlastní zkušenosti (jako organizátor nebo jako účastník) s podobně zaměřenými akcemi pro veřejnost? Pokud ano, jaké?

4	Nabízíte v současné době veřejnosti nějaké podobné aktivity?
5	Jste zapojeni do nějakého projektu financovaného z fondů typu ESF (Evropské sociální fondy), ROP (Regionální operační program)?
6	Vidíte nějaké další možnosti organizace podobných aktivit, na které by podle Vás mohla veřejnost slyšet?
7	Jihlava - studentské město. Jihlava - krajské město. Jihlava – historické město. Jihlava – metropole Vysočiny. Jihlava – město aktivního pohybu. Vidíte možnosti využití tohoto potenciálu?
8	Kraj Vysočina – konkrétní možnosti pro turistiku a cestovní ruch z Vašeho pohledu.
9	Víte o existenci dokumentu Strategie rozvoje CR v kraji Vysočina na období 2008–2013?
10	Spolupracujete s některou z následujících organizací či institucí (v oblasti pohybu, turistiky či cestovního ruchu) – Muzeum Vysočiny, ČSTV, KČT, Turistické informační centrum v Jihlavě, Magistrát města Jihlavy, Vysočina Tourism, církevní organizace, neziskové organizace? O jakou spolupráci jde?
11	Můžete doporučit nějakou další organizaci či instituci, která by mohla mít zájem o spolupráci na organizaci či podpoře podobných aktivit?

Výběr souboru

V daném případě se nemohlo jednat o výběr statisticky náhodný. Soubor byl představován institucemi, jejichž struktura vyplynula ze záměru projektu, jednalo se o tedy o výběr záměrný.

Chronologie výběru souboru může být popsána v následujících krocích:

1. Detailní upřesnění záměru. To znamená odpovědi na otázky:

- co přesně chceme zjistit?
- koho chceme oslovit?
- jak podrobné odpovědi očekáváme?
- jak dlouhý by měl rozhovor přibližně být?
- zda využít osobních kontaktů a vztahů?

Charakteristika výzkumného souboru vyplynula především z odpovědí na uvedené otázky. Cílem této části výzkumu bylo zjištění (monitoring) stávající situace. V dané fázi nešlo o zapojení respondentů do spolupráce, byť v rámci celkového záměru je se spoluprací s vytípanými organizacemi počítáno.

Nejprve bylo nutno pokrýt 4 sféry zájmu daného výzkumu. Jednalo se o tyto oblasti:

1. sport a cestovní ruch
2. město Jihlava a jeho instituce

3. organizace zabývající se kulturně a historicky pozoruhodnými místy
4. prakticky orientované organizace pořádající akce pro zájmové skupiny či veřejnost.

Z několika desítek vytipovaných organizací a institucí bylo v rámci dvoukolové selekce vybráno 8 respondentů (zástupců těchto institucí), tak aby byly rovnoměrně zastoupeny všechny 4 oblasti.

Konkrétní soubor uvádí tabulka 2.

Tab. 2. Popis souboru – zaměření, instituce a vybraná osoba

Zaměření	Instituce	Osoba, funkce
Sport a cestovní ruch	Regionální rada ČSTV	Ing. Vítězslav Holub, ředitel
Sport a cestovní ruch	Vysočina Tourism (příspěvková organizace KÚ Vysočina)	Ing. Tomáš Čihák, ředitel
Město Jihlava a jeho instituce	Odbor školství, kultury a tělovýchovy Magistrátu města Jihlavy	Helena Bartošová, referentka
Město Jihlava a jeho instituce	Turistické informační centrum v Jihlavě	Stanislava Medová, referentka
Výběr kulturně a historicky pozoruhodných míst	Muzeum Vysočiny Jihlava	PhDr. Pavel Jiráček, zástupce ředitele
Výběr kulturně a historicky pozoruhodných míst	Archaia Brno (pobočka Jihlava)	Mgr. Petr Hejhal, Ph.D. výzkumný pracovník
Prakticky orientované organizace	Klub českých turistů Bedřichov	Jiřina Mlejnková, členka výboru
Prakticky orientované organizace	Centrum pro rodinu a sociální péči Vysočina	Ing. Slávka Dokulilová, ředitelka

Výsledky

Pro sběr dat byl, jak už bylo uvedeno, použit tabulkový procesor. Na základě vyhodnocení jednotlivých položek byl vytvořen shrnující protokol. Ukázalo se (což jsme předpokládali), že sféra zájmu zkoumaných respondentů je poměrně široká. Vzhledem k jejich různému zaměření se v doplňujících odpovědích objevilo mnoho údajů, které více či méně odbíhaly i od širšího tématu výzkumu (poutnictví, „outdoor“, turistika). Proto byl následně vytvořen selektivní protokol, který obsahuje pouze údaje vážící se k výzkumnému záměru. Ten je však také příliš obsáhlý pro potřeby tohoto článku. Podrobnější interpretaci selektivního protokolu bude věnována část semináře připravovaného na období prosinec 2011.

Výsledky prezentované v tomto textu mají těsnější vazbu na vzájemnou spolupráci a koordinaci činnosti zkoumaných subjektů. Jsou diferencovány podle základních modelových otázek.

1. Jak stručně hodnotíte nápad a potenciální produkt našeho projektu z Vašeho pohledu?

Všichni respondenti tuto iniciativu přivítali, dva však vyslovili pochybnosti o funkčnosti tohoto programu (zástupci Vysočina Tourism a Turistického informačního centra) s poukazem na skutečnost, že pro veřejnost jsou určité zajímavější jednorázové akce typu „outdoorové neděle“. Zástupci Turistického informačního centra vidí rezervy v nabídce akcí pro rodiče s dětmi. Jeden respondent (Muzeum Vysočiny) vyslovil názor, že veřejnost je podobnými akcemi přesycena.

2. V čem byste viděli možnosti Vašeho zapojení?

Spolupráci na přípravě programu nabídli dva z dotazovaných (Muzeum Vysočiny a Archaia Brno, pobočka Jihlava), a to při výběru zajímavých lokalit, při přípravě odborných textů, ochotou k zapůjčení odborné literatury a ke konzultacím. Všichni ostatní jsou ochotni spolupracovat formou zveřejňování informací o tomto programu i jednotlivých akcí na svých webových stránkách, případně tisku, plakátech apod.

3. Máte vlastní zkušenosti (jako organizátor nebo jako účastník) s podobně zaměřenými akcemi pro veřejnost? Pokud ano, jaké?

Polovina dotazovaných (4 respondenti) nemá žádné vlastní zkušenosti s pořádáním podobných akcí. Ostatní zkušenosti mají, ale většinou konkrétně nespecifikovali jaké. Pravděpodobně zde zadavatelé nepoužili v dostatečné míře doplňující otázky. Jeden respondent (ČSTV) se vyjádřil v tom smyslu, že vynaložené úsilí organizátorů podobných akcí neodpovídá konečnému efektu. Další (Muzeum Vysočiny) poukázal na skutečnost, že v poslední době nejsou zkušenosti s pořádáním programů pro mládež i veřejnost příliš povzbuzující. Na přednášky pro školy chodí vedle připravených tříd i zcela nepřipravené kolektivy, které návštěvu muzea považují za únik od školy. Školy jsou zahrnuty množstvím různých nabídek. Veřejnost často nehledá v muzeu fakta, ale senzace. Vysočina Tourism má zkušenost z jednorázové akce „Na kole dětem Vysočinou s Josefem Zimovčákem“, které se zúčastnilo na 150 lidí. Počet zájemců naznačuje, že veřejnost pozitivně reaguje na akce s účastí známé osobnosti, v tomto případě spojené s prezentací netradiční disciplíny.

4. Nabízíte v současné době veřejnosti nějaké podobné aktivity?

Z oslovených organizací nabízí celoročně Muzeum Vysočiny cyklus přednášek pro školy, mládež i širokou veřejnost, Klub českých turistů Bedřichov organizuje každou sobotu vycházky do přírody, Centrum pro rodinu a sociální péči nabízí výlety za bylinkami s výkladem. Ostatní organizace nepořádají podobné aktivity. Vysočina Tourism nabízí tradiční prázdninovou akci „Křížem kráčem Vysočinou na kolech“.

5. Jste zapojeni do nějakého projektu financovaného z fondů typu ESF (Evropské sociální fondy), ROP (Regionální operační program)?

Polovina respondentů nemá žádné zkušenosti s projekty, nebyla a není napojena do některého z těchto programů. Dotaci ESF využívá Vysočina Tourism formou netradičních prohlídek zámků a hradů s hraným dějem v dobových kostýmech v podání herců. ESF využívá při tvorbě programů také Muzeum Vysočiny, pro jeho instituce je to přínosné, mohou se vybavit potřebnou audiovizuální technikou, z jiných

zdrojů nedostupnou. Mnohdy však vznikají (doslovná citace) „kvaziprogramy“. ESF využívá ke své činnosti i Centrum pro rodinu a sociální péči. ROP je využíván Turistickým informačním centrem v rámci projektu *Turisté, vítejte v Jihlavě* (pracovní sešity pro rodiče s dětmi, při správném vyplnění drobný dárek) a půjčování audioprůvodců za úplatu. Většina zájezdů pro turisty navštěvující Jihlavu má však své průvodce, takže zájem je malý.

6. *Vidíte nějaké další možnosti organizace podobných aktivit, na které by podle Vás mohla veřejnost slyšet?*

Dotazovaní se v podstatě shodují na těchto závěrech:

- akcí nabízených veřejnosti je dostatek
- megalomanské akce nemají žádoucí výsledek
- doporučují zaměřit se raději na drobnější jednorázové akce
- chybí koordinace, ale otázkou je, kdo by vše zastřešoval a zda by to znamenalo kvalitativní posun
- pokud se některá z nově vzniklých organizací snaží organizovat obdobnou činnost jako stávající, ty dříve založené vnímají danou aktivitu jako konkurenci

Jeden respondent (Muzeum Vysočiny) pokládá pořádání velkého množství těchto akcí za laciné lákání přesycené veřejnosti a za aktivitu málo podporující zušlechťení ducha.

Na otázku, co by doporučovali v této oblasti v dalším období uskutečnit, neměli dva dotazovaní žádnou vizi, další měli vize spíše proklamativního rázu - „od PC do přírody“, „cokoliv netradičního“, „pořádání drobných akcí“ atd.

Z konkrétnějších návrhů je možno uvést:

- vybudovat naučné stezky ve vybraných lokalitách
- vycházky s biologem, ornitologem
- vycházky spojené s výkladem o kolonizaci Českomoravské vrchoviny a montanistice (nauka o hornictví)
- při vycházkách spojit duchovno s pohybem, budovat vztah k městu Jihlava a Kraji Vysočina, zvláště v rodině a s rodinami

7. *Jihlava – studentské město. Jihlava – krajské město. Jihlava – historické město. Jihlava – metropole Vysočiny. Jihlava – město aktivního pohybu. Vidíte možnosti využití tohoto potenciálu?*

Velmi široká otázka, na kterou nebylo jednoduché odpovědět. Záleželo i na doplňujících otázkách zadavatelů. Jeden z dotazovaných odpověděl na vše slůvkem ano, další odvětil, že neví, co chceme slyšet, a že by vše mělo propojovat Informační centrum. Jiný se zaměřil pouze na jeden z bodů otázky a odpověděl, že nepocítí, že by Jihlava byla studentské město. Z dalších odpovědí stojí za zmínku konstatování, že se nesnižuje rozdíl mezi podporou profesionálního a neprofesionálního sportu ze strany Magistrátního úřadu Jihlava. Tentýž dotazovaný však zmínil, že Jihlava jako sportovní město na tom není špatně.

Diskusi jistě navedou názory jiného dotazovaného, který uvádí, že Kraj Vysočina byl alibisticky vytvořen a mnohé instituce, které by měly být v krajském městě, byly přesunuty do jiných měst v kraji. Vyslovil názor, že by Jihlava měla mít na své jediné vysoké škole i obor humanisticky zaměřený, neboť v důsledku odsunu Němců a znovuosídlení Jihlavy zde chybí přirozená kulturnost, chybí přirozené pěstování vazby k městu.

8. *Kraj Vysočina – konkrétní možnosti pro turistiku a cestovní ruch z Vašeho pohledu.*

Zde se dotazovaní shodují:

- je zde nádherná a čistá lokalita s nevyužitým potenciálem
- pro cestovní ruch a turistiku chybí dobudování ubytovacích a stravovacích kapacit, možnost jednoduchého občerstvení na turistických trasách
- je potřebné
 - dobudovat cyklostezky a stezky pro in-line bruslení
 - dobudovat naučné stezky
 - vybudovat další golfové hřiště
 - zrekultivovat přírodní koupaliště
 - zrekonstruovat areál pro vodní sporty u Českého Mlýna v Jihlavě

9. *Víte o existenci dokumentu Strategie rozvoje CR v kraji Vysočina na období 2008–2013?*

Čtyři respondenti existenci tohoto dokumentu nezaznamenali, tři o něm vědí, ale není jim známo, co přináší pro praktické využití. Jeden respondent se na tvorbě dokumentu podílel, ale myslí si, že by se vše, čeho se tento dokument dotýká, odvíjelo stejně i bez jeho existence.

10. *Spolupracujete s některou z následujících organizací či institucí (v oblasti pohybu, turistiky či cestovního ruchu) – Muzeum Vysočiny, ČSTV, KČT, Turistické informační centrum v Jihlavě, Magistrát města Jihlavy, Vysočina Tourism, církevní organizace, neziskové organizace? O jakou spolupráci jde?*

Zjištěné organizace, s nimiž respondenti spolupracují, uvádí Tabulka 3.

Tab. 3. Spolupráce zkoumaných organizací a institucí

Název organizace	Organizace, se kterými je navázána spolupráce
KČT Bedřichov	Sokol Bedřichov, Muzeum Vysočiny, Vysočina Tourism, Galerie Vysočiny, VŠPJ, Magistrát města Jihlavy, různé církevní organizace
Vysočina Tourism	Klub českých turistů, Koordinace a propagace akcí
Centrum pro rodinu a sociální péči	Magistrát města Jihlavy, Turistické informační centrum, církevní organizace, Havíři, o. s., Skaut, Charita, Život 90, KOUS – instituce sdružující

	neziskové organizace
Muzeum Vysočiny	Galerie Vysočiny, Krajský úřad Vysočina, Magistrát města Jihlavy, Zvony 2007, obecní úřady, MŠMT a mnoho dalších institucí
ČSTV	7 tělovýchovných jednot v regionu, obce
Turistické informační centrum	Magistrát města Jihlavy, Formou propagace a aktualizace akcí na webu se všemi organizacemi
OŠKT Jihlava	DDM Jihlava, KČT Tesla Jihlava
Archia Brno, pob. Jihlava	Muzeum Vysočiny Jihlava

11. Můžete doporučit nějakou další organizaci či instituci, která by mohla mít zájem o spolupráci na organizaci či podpoře podobných aktivit?

Subjekty doporučené jednotlivými respondenty ukazuje Tabulka 4.

Tab. 4. Doporučené organizace a instituce

Název organizace	Organizace, kterou doporučujeme
KČT Bedřichov	Český svaz ochránců přírody, Český svaz mykologů, Sokol, Junák, Pionýr, DDM Jihlava, ATOM (Asociace turistických oddílů mládeže)
Vysočina Tourism	KÚ Vysočina
Centrum pro rodinu a sociální péči	Havíři, o. s., Junák – svaz skautů a skautek ČR
Muzeum Vysočiny	Obecní zastupitelstva, Zvony 2007
ČSTV	Orel, Junák
Turistické informační centrum	Odbor rozvoje MÚ Jihlava
OŠKT Jihlava	DDM Jihlava, KČT Tesla Jihlava
Archia Brno, pob. Jihlava	Muzeum Vysočiny Jihlava

Diskuse

V diskusi se již nebudeme držet jednotlivých bodů otázek, ale zaměříme se na vyhodnocení nejdůležitějších zjištění a komentář k nim.

1. Konkrétní zaměření jednotlivých institucí velmi často blokuje širší pohled na tematiku poutnictví. V první řadě nebylo v mnoha případech jednoduché vůbec

vysvětlit danému respondentovi, proč jdeme právě za ním. Ukazuje se, že velice často lidé reagují schematicky ve smyslu myšlenky „Mám málo času, dejte mi přesné zadání a já pro Vás vyrobím produkt.“ V tomto ohledu se výběr respondentů ukázal ve většině případů jako správný, po krátkém vysvětlení všichni respondenti ochotně spolupracovali.

2. V odpovědích respondentů se ve vysoké míře objevuje názor, že akcí pro veřejnost je spíše nadbytek a že lidé jsou podobnými aktivitami přesyceni. Zde je patrná značná skepse vycházející z vlastní zkušenosti respondentů, kdy se jejich nápady včetně následné realizace nesetkávají u veřejnosti s příliš velkým ohlasem. Převládá také názor, že ti, kteří mají zájem, už dávno něco podnikají, ostatní buď nemají vůbec zájem, nebo jim to nedovoluje jejich pracovní vytížení. Velké množství organizací, které jsou specificky zaměřeny a vyvíjejí velmi intenzivní činnost, zaznamenal i náš výzkum. Hledání jakéhosi přesahu směrem ke spiritualitě či univerzalitě však bylo víceméně neúspěšné. Pokud by se mělo úsilí výzkumného týmu ubírat právě k hledání přesahů v činnosti zkoumaných (i jiných do výzkumu dosud nezahrnutých) subjektů, bude velmi těžké tyto průsečíky činnosti nalézat, protože mnohdy jdou za hranice zájmu a působnosti těchto institucí.
3. Dokument Strategie rozvoje CR v kraji Vysočina na období 2008–2013 dle mínění žádného z respondentů nijak zásadně neovlivnil vývoj v oblasti turismu, turistiky či cestovního ruchu v jejich bezprostředním okolí. Polovina informantů o jeho existenci neví a nepovažuje za potřebné tuto skutečnost změnit.
4. Respondenti představující zájem o kulturně a historicky významná místa na Jihlavsku a v konkrétních lokalitách (Muzeum Vysočina, obecně prospěšná společnost Archaia) vyjádřili obavu z povrchnosti a upozornili na nebezpečí pořádání akcí masového charakteru, které se snaží lacinými marketingovými triky nalákat co největší množství účastníků. Zástupce společnosti Archaia se konkrétně vyjádřil o nebezpečí plynoucím z možného zřízení cyklostezek pro horská kola v oblasti historicky pozoruhodných míst (z důvodů možnosti následné devastace krajiny). Zástupce Muzea Vysočiny upozornil na nepřipravenost velké části veřejnosti zabývat se méně povrchními aktivitami dlouhodobějšího charakteru. Marketing a komerční prostředí zde hrají negativní roli. Naskýtá se tu otázka, zda plně akceptovat tendenci společnosti směřovat k co nejvyšší specializaci, či zda se dále pokoušet probouzet zájem veřejnosti o všestrannější přístup k jejich volnočasovým aktivitám.
5. Velkou nadějí dávají respondenti jednorázovým akcím s jasně definovaným programem určeným pro konkrétní věkové či sociální skupiny. V tomto ohledu nejčastěji preferují rodiny s malými dětmi a mládež ve věku do 14 let. V obou případech je také šance na globálnější pohled na problémy okolního prostředí, a tím i na spirituálnější přístup k fenoménu poutnictví, vyšší. U dětí jde o celkově více všeobecné zaměření jejich poznání, u rodičů zde hraje roli aspekt pedagogický.
6. Pokud jde o koordinaci mezi jednotlivými subjekty, tak ta je dílčí a vychází z formální struktury (Turistické informační centrum má logické vazby na Magistrát

města Jihlavy, Vysočina Tourism na svého zřizovatele KÚ Kraje Vysočina atd.). V praxi však jsou s koordinací (nejedná se o řízení organizací jako takových, ale o koordinaci aktivit sledovaného typu jimi provozovaných) mnoha činností značné problémy. Zástupci Klubu českých turistů Bedřichov považují za velmi nepodařený produkt projekt Stříbrné pomezí, který zčásti využívá stávajícího turistického značení a jeví se jim jako značně nepřehledný. Materiály, které byly publikovány v oblasti cestovního ruchu, jsou často nedostupné, a to i v místech, kde by dostupné být měly. Zástupci Klubu českých turistů se o jejich existenci dovídají spíše náhodně a shánějí je pokoutně za vynaložení velkého úsilí.

7. Otázkou zůstává, zda by měla být vůbec činnost ve sledované oblasti, která pokrývá sféru zájmu jednotlivých subjektů vždy pouze zčásti, vůbec nějakým způsobem koordinovaná. Většina respondentů se kloní k tomu, že by určitá míra koordinace byla prospěšná, koordinaci však nelze realizovat absolutně, došlo by k významným zásahům do kompetence mnoha subjektů. Druhým problémem je, kdo by měl takovou koordinaci realizovat, tedy kdo by vše zastřešoval. Nejvíce v tomto směru v praxi působí Vysočina Tourism a dále některé subjekty řízené Magistrátem města Jihlavy. V návrzích se objevila i možnost, že koordinátorem by mohla být Vysoká škola polytechnická Jihlava. Zde se jako jedna z velkých překážek tohoto řešení jeví absence humanitně zaměřeného studijního oboru, který by podpořil fakt, že obor Cestovní ruch je na této škole, pokud jde o studenty, početně silně zastoupen.
8. Z odpovědí respondentů také vyplývá, že jakákoli nabídka vůči veřejnosti by měla být hodně konkrétně postavená a že lidé více slyší na materiálně podložené návrhy – dobudovat cyklostezky a stezky pro in-line bruslení, dobudovat naučné stezky, vybudovat další golfová hřiště, zrekultivovat přírodní koupaliště apod., než na ideově naplněnou nabídku (historie daného místa, „genius loci“² atd.). To představuje velký problém pro realizaci myšlenky poutnictví, která je ze své podstaty orientována mnohem více duchovně než materiálně.

Závěr

Výběr respondentů nelze chápat jako reprezentativní, pokud jde o jejich počet, nicméně z pohledu dané oblasti jde o významné subjekty, které se zkoumanou problematikou (z různého úhlu pohledu) zabývají. Vzhledem k samotnému zaměření výzkumu, jehož tématem je poutnictví (coby nositel určitého stupně spirituality), byla dána přednost kvalitativní formě sběru dat před formou kvantitativní. Výběr respondentů tedy nepochybně ovlivnil charakter získaných dat. Ta nelze generalizovat a statisticky interpretovat, přesto mají vysokou výpovědní hodnotu.

Samotné charakteristice fenoménu poutnictví není možno v tomto článku věnovat příliš mnoho prostoru, je však zřejmé, že se jedná spíše o intimní téma, které s sebou nese spirituální rozměr. Z výzkumu vyplývá, že současná společnost není příliš

² Genius loci (lat.) byl v římské mytologii bůh či bůžek ochraňující určité místo. Tento termín bývá v současnosti používán pro zachycení specifické atmosféry konkrétního místa.

podobnému zaměření nakloněna a také, že na něj není dostatečně erudovaná a připravená. Určitou šancí je prosazovat myšlenku poutnictví v rámci organizace aktivit, které jsou svými cíli a programem jasně vymezené a pro veřejnost srozumitelné. Ochota respondentů podílet se na realizaci takových akcí je zjištěním, které dává důvody pro optimistické hodnocení jejich perspektiv.

Pokud jde o spolupráci mezi respondenty, ta je založena často spíše na osobních vztazích, a pokud probíhá, tak se vesměs týká dílčích aktivit a jednotlivých případů. Průřezová koordinace aktivit v oblasti cestovního ruchu, „outdoorových“ programů, pohybu v přírodě a turistiky neexistuje. Všem respondentům je potřeba poděkovat za mimořádnou ochotu a čas, který našemu zjišťování věnovali.

Literatura:

- [1] CAPUTI, P., FOSTER, H., VINEY, L. *Personal Construct Psychology: new ideas*. Chichester (UK): John Wiley and sons ltd., 2006. ISBN: 978-0-470-01943-6.
- [2] GAVORA, P. *Výzkumné metody v pedagogice*. Brno: Paido, 1996. ISBN 80-85931-15X.
- [3] GAVORA, P. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2000. ISBN 80-85931-79-6
- [4] HENDL, J. *Přehled statistických metod zpracování dat: analýza a metaanalýza dat*. Praha: Portál. 2004. ISBN 80-7178-820-1.
- [5] HENDL, J. *Kvalitativní výzkum*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2.
- [6] HURYCH, E. (2009). Prožitek ve vztahu k soutěži v souvislosti s “internal competition”. In *Prožitek v psychologii a aktivitách v přírodě*. Ústí nad Labem: PF UJEP. ISBN: 978-80-904094-4-6.
- [7] HURYCH, E. (2010). Některé aspekty rekreologie v cestovním ruchu v podmínkách VŠPJ. *Studia Turistica*. 1/1, 2010. ISSN 1804-252X.
- [8] PATTON, M., Q. *Qualitative research and evaluation methods*. London (UK): Sage Publications, inc., 2002. ISBN: 0-7619-1971-6.
- [9] PELIKÁN, J. *Základy empirického výzkumu pedagogických jevů*. Praha: Karolinum, 1998. ISBN 80-7184-569-8.
- [10] MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006. ISBN: 80-247-1362-4.
- [11] WILES, R., CROW, G., PAIN, H. Innovation in qualitative research methods: a narrative review. *Qualitative Research*. 2011, 11 (5), 587-604.

Investigation of the Real Situation Concerning Co-operation and Coordination Between the Organizations and Institutions Dealing with the Outdoor Programs and Tourism in the District of Jihlava

Abstract

The paper deals with the project devoted to the phenomenon of some places of pilgrimage around Jihlava and to the possibilities for natural tourism in this district. This intent was connected with some movement program events organized in the terrain. One of the aims of the research was to find and follow topical status concerning co-operation and collaborations of various institutions in the district of Jihlava which are focused on tourism, human movement, or they are interested in remarkable places in the locality. There were selected four areas of main interest (according to the organized activities) and each area was represented by two respondents – informed representatives of a chosen subject.

Via semi-structured interview the concrete focus on the selected activities was examined, as well their experience, a level of collaboration with other subjects and kind of co-ordination of these activities.

The results display a distinctive isolation of many examined institutions, their narrow and specific focus. The absence of the co-ordination of the activities interesting from the research point of view (pilgrimage) is evident. The researcher notice the scepticism of the respondents about the possibility to change the development which is heading from universality to speciality. The viewpoints of the respondents often came from their narrow fields of interest. On the other hand, they were very helpful and they wanted to co-operate.

The complex results of the investigation will be under next elaboration and they will be presented under other outputs of the research.

Key words

Tourism, semi-structured interview, selected protokol.

Kontaktní údaje

Mgr. Jaromír Fuchs
Vysoká škola polytechnická Jihlava
Tolstého 16, Jihlava
e-mail: fuchs@vspj.cz

Poutnictví jako fenomén a jeho potenciální příspěvek k rozvoji turistiky a pohybových programů v přírodě na Jihlavsku

Emanuel Hurych, Bohumír Machovec

Katedra sportů

Abstrakt

Článek je ideovým zdůvodněním projektového záměru zaměřeného na poutní místa v okolí Jihlavy a na možnosti přírodní turistiky v dané lokalitě. Fenomén poutnictví je zde vymezen v nejširším smyslu tohoto slova, je zmíněn jeho historický a kulturní kontext a také některé možné výklady daného pojmu včetně původních náboženských souvislostí a dalších specifických rysů. Pozornost je věnována přínosu poutnictví pro soudobou společnost, možnosti obohacení běžných forem cestovního ruchu a některých forem turistiky. Tento přínos spočívá v prohloubení povrchního a zploštělého vnímání moderního způsobu cestování, kde dominujícími faktory jsou účelovost, cena, rychlost a pohodlí.

V závěru článku jsou vysvětleny důvody, proč řešitelé výzkumného záměru považují za vhodné zabývat se poutními místy raději podrobně v rámci oblasti malého rozsahu a proč se zaměřili na místa, která nemají vysokou návštěvnost a všeobecnou atraktivitu. Text přináší spíše v podobě vybraných příkladů informaci o některých konkrétních místech ve vybrané lokalitě v okolí vrchu Rudný a upozorňuje na jejich svébytnost a zajímavost, která je intimní a není zamýšlena jako potenciální komerční produkt určený pro masovou turistiku.

Klíčová slova

Poutník, poutní, poutnictví, spiritualita, labyrint, vrch Rudný.

Úvod

Katedra sportů spolu s Katedrou cestovního ruchu Vysoké školy polytechnické v období květen – prosinec 2011 řešila v rámci interního tvůrčího grantu výzkumný záměr *Poutní místa v okolí Jihlavy a jejich využití v rámci turistických a dalších pohybových aktivit*. Jeho hlavním cílem je propojení míst, která jsou historicky či kulturně významná s možností pohybových aktivit.

Tento článek by měl být jakýmsi ideovým zdůvodněním celého záměru. Jeho cílem je vysvětlit, proč by měl fenomén poutnictví mít své místo v programech zaměřených na rozvoj turistiky a v širším měřítku na rozvoj cestovního ruchu.

Pohybové programy v přírodě však mají ještě další sféru zájmu, která není tak přímo vázána na poznávací složku a na přesuny z místa na místo, jako je tomu u cestovního

ruchu. Jedná se o celou širokou oblast, kterou v současné době zřejmě nejlépe pokrývá termín „outdoor“. Tento výraz pochází z angličtiny a zahrnuje činnosti realizované v přírodě. Doslova jde o aktivity provozované pod „širým nebem“, ovšem ve skutečnosti je zde determinující právě přírodní prostředí coby prostředí nedotvářené „uměle“. Čeština nemá pro tyto aktivity odpovídající jednoslovný termín, takže se výraz „outdoor“ stále více etabluje v českém slovníku. Zahrnuje skutečně široké spektrum činností, od pobytu v přírodě v různých formách (*letní a zimní táboření, survival*) přes klasické „outdoorové“ sporty (*lyžování, vodácké sporty, lezení*), až po velice specifické aktivity jakými jsou *šifrovací hry, lanové překážky, canyoning, ferraty, zorbing, bungee-jumping* a celá řada dalších, mnohdy tzv. *adrenalinových* činností. Ne všechny jsou příhodné pro spojení s motivem poutnictví. To platí zejména pro komerční módní aktivity spojované mnohdy s marketingově velmi propracovanou kampaní [8]. Na druhé straně, jiné „outdoorové“ aktivity vycházejí z ideálu návratu k přírodě a představují tak pro fenomén poutnictví velmi dobrou platformu. To se týká *táboření* jako takového, ale také například rekreačních forem *orientačních sportů, lezení* a mnoha dalších. Nechceme tedy fenomén poutnictví vázat pouze na turistiku a cestovní ruch, přestože zde je vazba nejtěsnější a jasně patrná.

V první části textu se budeme věnovat poutnictví jako takovému, abychom po určitém vymezení významu a náplně tohoto termínu přikročili alespoň k naznačení určitých možností pro poutnictví na Jihlavsku.

Archetyp poutníka v historickém a literárním kontextu

Postava poutníka je spjata s historií lidstva od samotných jeho počátků. Putování vždy představovalo pro lidského jedince významnou aktivitu. Jeho motivem byla mnohdy potřeba opustit stávající prostor, protože další existence v něm se jevila jako nemožná či nevýhodná. Druhým motivem byla snaha poznávat nové dosud neobjevené kraje. Tato snaha byla často motivována různými faktory. V souvislosti s touto migrací obyvatelstva běžně užíváme termíny emigrace a imigrace. Tato terminologie analogicky kopíruje zmíněné dělení na dva hlavní motivy. Emigrace je jevem, který spočívá v opuštění dosavadního domova, imigrace v nalezení nového domova jinde. Často se při migraci jedná o jakousi kombinaci imigračních a emigračních podnětů [5]. Nutnost opustit stávající prostředí tak bývá doplněna snahou najít místo nové, jiné, a pokud možno co nejlépe odpovídající požadovaným parametrům. Jak uvádí Hurych: „Každopádně, ať již převažuje kterýkoli motiv, pro původní komunitu se migrant stává emigrantem, zatímco pro druhou imigrantem, byť laickému pozorovateli často tyto pojmy splývají. V kontaktu s oběma komunitami představuje takovýto migrant výrazně heterogenní prvek.“ [8, s. 46]. V historii byla migrace ve větším měřítku vyvolávána určitou změnou podmínek, a to jak přírodních (glaciál) tak sociálních (např. stěhování národů).

Postavy cestovatelů, kteří se z nejrůznějších pohnutek přesouvali na velké vzdálenosti, známe jak z křesťanské tradice (Ismael, Ahasver), řecké mytologie (Odysseus, Iáson), germánských legend (Percival, Bludný Holanďan), ze světa tzv. „fantasy“ literatury (Vernův Dick Sand, Tolkienův Frodo Pytlík), tak i z reálné historie (Marco Polo, Ibn Battúta). Velmi zajímavou kapitolu v dějinách lidstva představují objevitelé (Kryštof

Kolumbus, Alexander von Humboldt, James Cook) a dobyvatelé (Alexandr Makedonský, Hernando Cortéz, Francisco Pizzaro). To je jenom několik z nepřeberného množství možných příkladů.

Archetyp poutníka bývá však v historii častěji než s objeviteli a cestovateli spojován s nábožensky motivovaným pohybem obyvatelstva. Slovo pouť představuje cestu, která je konána za účelem návštěvy určitého místa, které má náboženský význam. Nejčastěji se motiv pouti objevuje u těch druhů víry, které přiznávají konkrétním místům určitou nadpřirozenou či neobyčejnou moc [3]. Poutních míst je značné množství, např. pro muslimy je to Mohamedovo rodiště Mekka, pro judaismus (ovšem i pro křesťany a muslimy) Jeruzalém, anglikánská církev má své poutní místo v Canterbury.

Už ve středověku byl po dosažení cíle putování a splnění náboženské povinnosti dán církvi prostor k zábavě. Šlo o jakousi kompenzační roli (obdobné je například střídání půstu a masopustu). Jednalo se vlastně tedy o dvě asketické fáze (cesta + cíl) v podobě završujícího obřadu například na počest svátce a jednu fázi hédonistickou (oslava, vyvázání se z vážnosti). Postupně se však posouvaly konotace jen k druhé a třetí fázi („v neděli jdeme na Velehrad“ – odpadá nutnost delšího putování, ale stále zůstává ještě náboženský motiv). V postmoderní době došlo pak k naprostému zúžení na třetí fázi, tedy k úplné ztrátě náboženského smyslu. Současně dnes ovšem sílí snaha o renovaci původního smyslu. Nicméně, sekularizace společnosti dovedla profánní rysy pouti až do současné situace, kdy v jakési jazykové dichotomii rozumíme pod pojmem pouť zábavní park. To je podpořeno postmoderní ztrátou tradičních hodnot.

Již Platón ve svém slavném 7. listu píše, že jenom z častého setkávání a z upřímné rozpravy v duši vytryskne světlo. „Vznikne to v duši a pak se již samo živí.“ [16, s. 341]. To je v době pokročilých technologií, které umožňují stále více používat prostředky mezilidské komunikace, jež nejsou založeny na bezprostředním kontaktu, velice důležitá myšlenka.

Smysl pouti je v určitém výkladu spojován více s cestou než s jejím cílem. V zenbuddhistickém chápání se často objevuje názor, že samotná cesta je cílem. Trungpa [18] vidí přítomnost jako jedinou cestu, jak vidět přímo. Heslem „cesta je cíl“ se řídili například vyznavači beatnického hnutí, ideovou platformu nalézali v knize Jacka Kerouaca *On the Road*, kde příběh hlavních hrdinů s výrazně symbolizujícími jmény Dean Moriarty a Sal Paradise přináší obraz novodobých poutníků. Avšak již mnohem starší literární díla pracují velmi kreativně s poutnickým motivem. Dante Alighieri se vtělil do poutníka procházejícího peklem, očistcem a rájem v *Božské komedii*. Geoffrey Chaucer na osudech a příbězích poutníků směřujících k hrobu Tomáše Becketa (v již zmíněném poutním místě Canterbury) postavil své mistrovské dílo *Canterburské povídky*. George Gordon Byron vysílá svého Childe Harolda (*Childe Haroldova pouť*) na cestu po Evropě, aby mu na základě poznávání různého prostředí v historickém a kulturním kontextu dal příležitost k rozvíjení vlastních myšlenek. Jan Amos Komenský v knize *Labyrint světa a ráj srdce* přirovnává svět k bludišti a nechává svého poutníka poznávat klamy a marnosti tohoto světa. Dalo by se říci, že archetyp poutníka je jedním z nejsilnějších literárních fenoménů vůbec.

Labyrinty světa

U naposledy uvedené knihy bychom se mohli ještě na okamžik zdržet. Alegorické putování hlavního hrdiny doprovázeného průvodci Všezvědem Všudybudem a Mámením uvozuje Komenský mottem, že jeho kniha přináší zobrazení toho, že ve světě „nic není než matení a motání, kolotání a lopotování, mámení a šalba, bída a tesknost, a naposledy omrzení všeho a zoufání“ [12]. Autorova skepse, kdy jsou mu nasazeny brýle mámení, které však nedoléhají a on tak pod nimi vidí skutečnou tvář světa; představuje ostrou kritiku pokrytectví společnosti a také povrchnosti našeho vnímání. Paralela na Platónovo *Podobenství o jeskyni* [17] z dialogu Ústava, které je rovněž upozorněním na iluzivnost našich představ, je zřejmá.

Jirásek [10] ve svém článku *Labyrint – nikoliv bariéra, ale výzva k putování* představuje jinou (byť rovněž alegorickou) možnost chápání labyrintu. V jeho představě jde o příjemné prostředí zvoucí k putování, nikoli jako neřešitelný problém. Labyrint v takovémto pojetí by měl být vlídným a lákavým prostředkem pro získání poznání, nikoli nepřátelským motivem svázaným se ztrátou orientace [5].

Hurych se v příspěvku *Obstacles and Barriers in the Modern World* zabývá propojením motivu poutníka a jeho cestou v labyrintu z pohledu překážek, které labyrint svou konstrukcí představuje. Tyto překážky můžeme nazírat ze dvou různých úhlů pohledu¹. První vidí překážku jako okolnost zcela nevídanou. Tou může být jazyková bariéra bránící komunikaci mezi různými národy, dále například bariéry znemožňující zdravotně znevýhodněným lidem účastnit se aktivit běžně dostupným zdravé populaci. Jsou to právě bezbariérové vstupy sloužící vyššímu stupni integrace osob zdravotně postižených, jež se staly symbolem pro překlenutí propastí mezi lidmi, z nichž mnohé jsou historicky zakotveny v lidské mysli [6].

Existuje však také druhý pohled, který nechápe překážku jako ryzí negativum. Některé bariéry mohou být vnímány neutrálně (například Velká útesová bariéra jakožto geomorfologický celek). Tatáž bariéra však bude nežádanou překážkou, pokud na ní ztroskotá naše loď. Zde nabývá na důležitosti rozdíl mezi překonáváním a odstraňováním překážek. Překonávání překážek jako takových představovalo v dějinách lidstva vždy zkoušku a prověření schopností člověka a bylo hnací silou dalšího vývoje. Neschopnost či nemožnost překonat určitou překážku vedla často v historii k situaci, kdy překážka byla uměle odstraněna. Ve vývoji společnosti pak rozdíl mezi překonáním překážky a jejím odstraněním mnohdy splývá. Ještě jednou využijeme myšlenku tibetského lámy Chogyama Trungpy, který své zenbuddhistické stati o probuzeném stavu mysli říká: „Překážka neznamena pouze to, že je něčemu bráněno. Překážka je současně také povoz – je to obojí.“ [18]

Překážka tedy může představovat didaktickou pomůcku, jejíž použití umožňuje lepší zvládnutí nové dovednosti, chceme-li se vyjádřit pedagogickou terminologií. V nejširším chápání je labyrint místem, v němž se odehrává celá naše životní pout'. Na této pouti prozkoumáváme různá zákoutí labyrintu a musíme zdolávat mnohé

¹ Autor v anglickém originálu rozlišuje výrazy „obstacle“ znamenající nevídanou překážku (jakousi obstrukci) a „barrier“, což je termín zabarvený neutrálně.

překážky, které nám v cestě brání, či ji nějakým způsobem omezují. Existují jednak labyrinty jednocestné, u nichž je cílem plynule a jistě dovést poutníka k centru, jehož dosažení ovšem vyžaduje jisté úsilí, jednak labyrinty mnohacestné, pro něž se hodí český překlad „bludiště“. Každý si volí svou cestu labyrintem, proto se naše cesty různí. Na každém rozcestí stojí člověk před novým dilematem a nikdo neví, kam jej vybraná cesta dovede. Je však možno činit mnohá rozhodnutí, daná povahou vybrané cesty, náročností a typem překážky. V labyrintu je možno bloudit, vracet se, chodit do kruhu, nechat se vést, jistit se Ariadninou nití², či vydat se naslepo do neprozkoumaných částí labyrintu.

V tomto alegorickém chápání není třeba řešit otázku, zda každý prochází svým vlastním labyrintem [9], či zda se jedná o jeden labyrint společný pro všechny (universum, vesmír, svět). Labyrint je zde určitým konstruktem, chceme-li použít termínu z oblasti metodologie, pak je paradigmatickým našeho života. Představuje tedy prostor, v němž se pohybujeme, se všemi mantinely i dosud neobjevenými místy.

Pohyb poutníka - putování

Skutečnost, že existuje určité spojení cestovního ruchu s motivem poutníka, je na první pohled zřejmé. Hurych [5] hovoří o třech různých podobách cestování, vycházejících z rozdílných motivů. První je forma cestování, kterou lze označit jako „účelovou“. Jde o takový způsob cestování, který je v podstatě vyžádán nutností dostat se na určité místo a zde uskutečnit realizaci nějakého zadání, splnit cíl dané mise. Důvody mohou být obchodní, služební či například v pravém slova smyslu misijní. Existuje samozřejmě celá řada dalších možných příčin. Charakteristickým rysem tohoto druhu cestování je snaha dostat se co nejrychleji a nejsnáze do místa určení. Určujícími faktory jsou cena, rychlost, míra komfortu a bezpečnost přesunu.

Jako druhou kategorii cestování vidí autor formu „poznávací“. Zde je pro aktéra klíčovou motivací snaha o poznání čehosi nového. Tato forma cestování se v minulosti často pojila s touhou po dobrodružství a po objevování neznámého. V současnosti je prezenze prvku dobrodružství minimalizována prudkým technologickým rozvojem a také prostor pro objevování se zúžil. Termín *Hic sunt leones*³ již ztratil svůj význam (faktor tajemna a nebezpečna). Proto se také skutečná podoba „poznávací“ formy cestování v historickém vývoji radikálně změnila zejména v nejmodernější době. Technologické chápání cestování může podle Kosiewiczze vést i k určité ztrátě jeho spirituální povahy [13].

² Řecká mytologie zná příběh hrdiny Thésea, který se vydal osvobodit Athény od poplatků na Krétu, kde musel svést souboj s nestvůrným Minotaurem sídlícím v rozlehlém bludišti. Po vítězném souboji našel cestu z bludiště díky (kouzelnému) klubku nití, které mu dala krétská princezna Ariadna.

³ *Hic sunt leones* (lat.) – zde jsou lvi. Termín býval používán na starých mapách pro označení dosud neprozkoumaných míst. Dobový kontext dával tomuto sousloví nádech, který tato místa spojoval s absencí jasných zákonů a pravidel.

Třetím typem cestování je forma „kombinovaná“. Tu můžeme chápat jako určité propojení „příjemného a užitečného“. Jedná se o poměrně častý případ cestovatelských aktivit, kdy se cesta konaná za účelem splnění konkrétního cíle pojí s poznáváním cizích krajů, místních obyčejů, přírodních, kulturních a historických pozoruhodností. Co však může být u „kombinované“ formy poněkud problematické, je možnost zřetelné identifikace faktu, která ze dvou motivací je určující, jestli poznávací nebo účelová. Příkladem „kombinované“ formy cestování jsou často studijní pobyty, au-pair programy a různé stáže. Může se však za jistých okolností jednat i o pobyty pracovní, kde je účelová složka dominantní, ale poznávací od ní nelze zcela oddělit. Celkově lze říci, že mnoho cestovatelských aktivit je ovlivněno jak účelově, tak touhou po poznání. Má nějaký význam definovat třetí kategorii? V kontextu poutnictví a jeho vztahu k cestovnímu ruchu může být užitečná. Motiv poutníka může být chápán v cestovním ruchu jako „eminentní zájem o průběh procesu, nikoli pouze jako zájem o výsledek [7]. Polský filosof Lipiec chápe putování (wędrowka) jako důležitý fenomén, který dává turistice nebo spíše turismu⁴ určitý filosofický rozměr [14].

Poměrně názorný, byť obrazný a mírně alegorický, příklad rozdílného přístupu k cestování přináší Hurych, který nazývá dva hlavní prototypy cestovatelů labyrintem jmény „Našel“ a „Hledal“. Tyto dva typy popisuje autor v beletristické formě. „Našel“ představuje protagonistu snazší cesty.

„Prochází-li *Našel* labyrintem, bude se snažit projít nejkratší a nejjednodušší cestou... Jakmile projde až na konec bludiště, vítězoslavně si v elektronickém diáři odklikne další splněný cíl. Členem rodiny *Našelů* je i *Našel-Ukázal*. Ten téká z místa na místo, obtěžkán suvenýry a do všech stran metá blesky svého fotoaparátu, puzen vnitřním neklidem, který ustane až mnohem později... Konečně také dochází i na podrobný popis pocitů, které se mu při prezentaci snímků vybavují. Tyto pocity jsou směsicí přečteného a odposlechnutého s matnou vzpomínkou na okamžiky, které se jenom mihnuly okolo něj.“ [5, s. 5].

Protipólem postavy „Našela“ je „Hledal“. Vazba na vše, co bylo řečeno o motivech a formách cestování, je poměrně zřetelná.

„*Hledal* prochází labyrintem a zkoumá jeho zákoutí. ... I on bude nejspíš rád, když se po únavné cestě dostane z bludiště ven. Rozdíl mezi *Hledalem* a *Našelem* spočívá ve vnitřním prožívání, v zastávkách spojených se vstřebáváním vjemů. To je navenek málo patrné, neboť kvalita tohoto prožívání není závislá ani na počtu vjemů, ani na množství vynaložených časových nákladů. Je těžké popsat rozdíl mezi *Hledalem* a *Našelem*, zejména když mnoho *Našelů* se převléká za *Hledaly*.“ [5, s. 5]

⁴ Jazykové nuance nelze zachytit zcela přesně. V polštině je výraz „turystyka“ bližší spíše širšímu českému termínu turismus než specifitějšímu slovu turistika, leží však někde mezi těmito pojmy.

⁵ Pro zdůraznění fiktivní povahy jmen je v tomto případě na rozdíl od originálního textu použita kurzíva.

Fenomén poutnictví a jeho užší a širší kontext

Chceme-li diskutovat o pojmu poutnictví a chceme-li jej uvést do praktického prostředí v předem určeném kontextu a s jasným záměrem, měli bychom se pokusit o jeho základní vymezení. Na základě toho, co bylo řečeno v předchozích kapitolách, snad můžeme přistoupit k tomuto kroku, přestože je toho mnoho, co řečeno nebylo a vzhledem k obsáhlosti tématu ani řečeno být nemůže. Nejde zde o žádnou encyklopedickou definici. Nepochybně existuje poutnictví v užším slova smyslu spojené s vykonáním obřadu pouti. Kromě již dříve zmíněných poutních míst patří k nejvýznamnějším křesťanským poutním místům španělské Santiago de Compostela, francouzské Lurdy, rakouské městečko Mariazell, v českém prostředí pak Velehrad, Svatý kopeček u Olomouce, Svatý Jan pod Skalou. Nejbližšími významnými poutními místy z pohledu obyvatel Jihlavy jsou vrch Křemešník (nedaleko Pelhřimova) a kostel Svatého Jana Nepomuckého na Zelené hoře (u Žďáru nad Sázavou).

V těchto případech se jedná o užší výklad poutnictví spojený s jeho náboženskou podstatou, přestože v dnešní době mnohdy nábožensky velice tolerantní. Internetový portál *Poutnikem.cz* zveřejňuje na svých stránkách text *Magna charta poutníka*, kde se mimo jiné uvádí:

„Poutník v sobě nese kus turisty, tuláka, sportovce, přírodovědce, ochranáře, milovníka památek i krajiny, ale neztrácí ze zřetele cíl; nerozměňuje své putování. O tom, zda jsme opravdu na pouti, rozhoduje cíl. Poutník nic nežene do krajnosti. Ani vzdálenosti, ani rychlost. Nezáleží už tolik na tom, zda jde celou cestu pěšky anebo se kousek sveze, zda to, co potřebuje k jídlu a přespaní, si nese na zádech anebo kupuje či dostává darem. Důležité je dosáhnout cíle, i když někdo může po svých ujít jen pár stovek posledních metrů.“ [20].

Poměrně zajímavým zjištěním je skutečnost, že přestože stránky přinášejí mnoho aktuálních zpráv o křesťanských poutích, v samotné charakteristice poutníka nenalezneme žádné nábožensky podmíněné zmínky, pomineme-li obecné konstatování, že i chůze může být modlitbou. Na druhé straně, velmi intenzívně je zde zdůrazněno, že poutník splňující požadavky *Magny charty poutníka*, nikdy neputuje bez cíle a neřídí se tedy heslem: *cesta je cíl*. Paralela na postavu *Hledala* z předchozí kapitoly je rovněž zřetelná a dokresluje ji i následující text: „Poutníka motivují k pouti vnitřní důvody, které vnímá jen on sám, případně jeho blízcí. Obecně se dá říci, že na pouť se chodívá: na znamení pokání, s prosbou za sebe a své blízké, s poděkováním za krásu přírody, kterou procházíme, i za schopnosti, které nám umožňují vydat se na cestu, a hlavně za vyslyšené prosby a obdržené dary. Kdo se vydá na pouť, vydává se tím zároveň ze svých jistot do určité nezajištěnosti.“ [20].

Poslední věta obsahuje důležitou myšlenku pro širší pochopení pojmu poutnictví a jeho význam pro moderního člověka. Ochota vzdát se jistot a vzdát se komfortu a bezpečí civilizace – byť nikoli zcela a nastálo, nýbrž v zájmu a po dobu pouti – to představuje důležitou podmínku pro zařazení cestujícího jedince mezi poutníky.

Obecnější chápání postavy poutníka můžeme doložit na rozdílu významu v anglických termínech „pilgrim“, „wayfarer“ a „traveller“. *Pilgrim* je poutník v užším slova

smyslu, tedy účastník náboženské pouti. *Wayfarer* se nejvíce blíží staršímu českému výrazu „pocestný“. *Traveller* je potom obecně cestovatel.

V písni nazvané *Pocestný* s textem Fratiška Ladislava Čelakovského se zpívá: „Je to chůze po tom světě, kam se noha šine. Sotva přejdeš jedny hory, hned se najdou jiné.“ Poslední sloka písně zní: „A krom toho - až své pouti přejedem a přejdem, v jedné hospodě na nocleh pán nepán se sejdem.“ [19]. V této písni se objevuje slovo „pout“ v obecném (nenáboženském) významu a pocestný je zde poutníkem v širším slova smyslu.

Na ten poukazuje i Bednář ve své projekci různých lidských poloh či dimenzí. Mezi 34 typy člověka⁶ uvádí také typ, který nazývá *homo viator*. Zmiňuje chápání osobnostního rozvoje jako cesty, které je obecně rozšířeno napříč mezi náboženskými i filosofickými systémy. „Putování je zde postaveno proti „zabydlenosti“ při určité definitivnosti postojů či myšlení, samo symbolizujíc *hledání* a až nomádsky zakořeněnou existenci.“ [2, s. 107]

V širším chápání může být poutníkem pocestný, cestovatel, stejně dobře jako turista či účastník náboženské pouti. Jedná se více o stav mentální než fyzický a je dán vnímáním jedince, které by mělo mít svůj spirituální rozměr. Spirituální neznamena nutně náboženský, jak zdůrazňuje jeden z významných odborníků na spiritualitu sportu Jim Parry. Ten vidí nutnost hledání spirituality (duchovnosti) v prostředí sportu a pohybu jako velmi silnou, protože postmoderní doba a většinový pozitivistický charakter přístupu k vědeckým poznatkům, také vlivem sekularizace společnosti, tuto dimenzi spirituálního rozměru lidské činnosti do značné míry utlumují. [15]

Snažíme-li se prezentovat poutnictví jako fenomén, který nemusí mít vždy nutně přímou vazbu na náboženské tradice, chtěli bychom na druhé straně zdůraznit nutnost jeho spirituálního rozměru. Ten v každém případě vychází z bohatých kulturních a společenských tradic v jejich dlouhodobém historickém kontextu (jehož je náboženský aspekt silnou a nedílnou součástí).

Pokud portál *Poutníkem.cz* vymezuje, kdo je a kdo není poutníkem, my bychom zde chtěli celý fenomén poutnictví vyložit v jeho nejširším možném výkladu. Představuje respekt a úctu k tradici, zájem o historii konkrétních míst a o zkoumání historických a kulturních souvislostí, které se k nim vážou, a v neposlední řadě schopnost hlubokého přemýšlení a rozjímání (netrváme na termínu meditace, který má v užším slova smyslu již poněkud specifický obsah). To vše by mělo být spojeno s vynaložením určitého fyzického úsilí, jež může, ale nemusí, být nutně podmíněno chůzí coby tradičním symbolem pouti. Míru rituálnosti poutnictví není nutné specifikovat, atmosféra velkých poutí (poutníků na Velehrad bývají každoročně tisíce) má značné kouzlo, jiné a neporovnatelné s komorními a intimními pocity osamělého poutníka. S tím souvisí také charakter cíle – poutního místa, které může mít svůj význam nejen celospolečenský, ale třeba pouze pro jediného člověka vzhledem k jeho vzpomínkám či rodinné tradici a podobně.

⁶ Bednář hovoří o „vzorcích lidství“ a řadí k nim různé charakteristiky člověka např. *homo amans*, *homo consumens*, *homo ethicus*, *homo ludens* či *homo spiritualis*.

To vše nás vedlo k rozhodnutí vybrat rozsahem poměrně malou lokalitu a pokusit se ji prozkoumat s ohledem na vyhledání míst, která nemusí být potenciálním turistickým trhákem, ale která v sobě nesou to, co bývá nazýváno *genius loci*. V mytickém chápání byl *genius loci* ochránitel určitého místa (dobrý bůžek), z této tradice vzešlo současné chápání tohoto termínu jako atmosféry, kterou dané místo má, a tajemství, které se k němu váže.

Poutnictví není komerčním produktem, jehož cílem je naplnění státní či městské pokladny a jehož úspěšnost by byla měřena počtem návštěvníků, kteří projdou sledovaným objektem. Jeho pointou je zpomalení uspěchaného rytmu života a transformace myšlení od povrchního konstatování typu „tam jsem byl, bylo to pěkné“ k hlubšímu vjemu. Proto by nemělo usilovat o kvantitativní rozměr, nemělo by být masovým fenoménem, nýbrž by mělo směřovat k naplnění svého kvalitativního poslání.

Některá místa potenciálně vhodná pro aplikaci fenoménu poutnictví ve vybrané lokalitě na Jihlavsku

V rámci řešení výzkumného záměru *Poutní místa v okolí Jihlavy a jejich využití v rámci turistických a dalších pohybových aktivit* jsme navštívili zástupce vybraných organizací a institucí, u nichž jsme předpokládali, že by se jich tento záměr nějakým způsobem mohl dotýkat. V přímé souvislosti s konkrétními poutními místy v nejbližším okolí Jihlavy jsme realizovali částečně strukturovaný rozhovor s představitelem Muzea Vysočiny Jihlava PhDr. Pavlem Jirákem a s výzkumným pracovníkem – archeologem Mgr. Petrem Hejhalem, Ph.D. s obecně prospěšné společnosti Archaia Brno (pobočka Jihlava). Oba se shodli na tom, že historicky zajímavých a nepříliš známých míst je v okolí Jihlavy mnoho. Zároveň oba vyjádřili jistou obavu z důsledků toho, kdyby tato místa byla nějakým způsobem popularizována. Došlo by zřejmě k razantnímu zvýšení jejich návštěvnosti a k následným změnám v rázu krajiny okolo (budování komunikací, cyklostezek, parkovišť apod.). Podrobnější výsledky obou rozhovorů jsou součástí jiného výstupu. Zmíněná obava však ovlivnila do jisté míry i výběr lokality, kterou jsme se rozhodli vybrat pro první zmapování možných poutních míst v okolí Jihlavy.

Dalším faktorem bylo propojení realizace několika dalších cílů výzkumného záměru. V souvislosti se snahou nabídnout konkrétní pohybový program v přírodě, připravila Katedra sportů VŠPJ akci nazvanou „Outdoorová neděle“. Její náplní byly „outdoorové“ aktivity – jízda na lodích, malý lanový park, šifrovací běh a orientační běh. Celá akce se odehrávala v okolí vrchu Rudný a rybníka Borovinka. Jedná se o oblast turisticky velmi využívanou a poměrně přesně zmapovanou. Při příležitosti konání „outdoorové“ akce, jejímž hlavním cílem bylo nabídnout účastníkům sportovní aktivity, jsme se také pokusili připravit jakousi, pro začátek nepříliš obsáhlou informaci o pozoruhodných místech v nejbližším okolí vrchu Rudný.

Vytipována byla tato konkrétní místa:

1. Hybrálecké kameny⁷
2. Hřbitov v Hybrálci
3. Kaple Sv. Václava v Hybrálci
4. Stříbrný Dvůr
5. Rozhledna Šacberk (vrch Rudný)
6. Vysoký kámen
7. U serpentinky (dříve Javorový vrch)
8. Zborná (dříve Buková, Waldhof)
9. Svatý Hubert (pomníček nedaleko vrchu Rudný)
10. Restaurace U Lyžaře (dříve U Hokiho)
11. Štola Svatého Jana Nepomuckého (Trpasličí jeskyně)
12. Pfaffenhofský couk (šachta Svatého Jiří)
13. Šachta Svaté Trojice (nedaleko Lesnova)
14. Další zbytky po těžbě stříbra v okolí vrchu Rudný

V oblasti okolo vrchu Rudný je zřízena Hornická stezka, která propojuje 10 stanovišť. Další 3 jsou volně zahrnuty do popisu. Patří k nim i body 5, 11 a 13 z našeho výběru. Hornická stezka je opatřena informačními cedulemi, které poskytují základní data o daných lokalitách.

Záměrem našeho výzkumu je rozšířit rámec těchto informací u námi vybraných míst zařazených do souboru Hornická stezka. Dalších 10 míst potom zmapovat a popsat ve dvou rovinách. Jednou z nich je podrobnější zpracování existujících historických materiálů a jejich interpretace s ohledem na vybrané lokality. Ve druhé rovině jde o to zachytit příběhy a legendy, které se s vybranými lokalitami spojují. Pokusit se tak zachytit atmosféru a postihnout *genia loci* těchto míst. Prezentace zjištěných informací je součástí semináře zaměřeného na dílčí výstup projektového záměru za rok 2011.

Z uvedených skutečností je patrné, že se nejedná o poutní místa v užším slova smyslu, ale o pozoruhodná místa v určité specifikované lokalitě, která mají potenciální spirituální náboj a jejichž spojení s poutnictvím je vedeno obecným výkladem fenoménu poutnictví, jak byl popsán v tomto textu.

Závěr

Na tomto místě by měly být pospojovány nitky všech informací, které se v textu objevily. Vzhledem k tomu, že text je, jak již bylo řečeno, ideovým zdůvodněním

⁷ Dva kameny byly zaregistrovány v druhé polovině 19. století. Oba se nacházely nedaleko hybráleckého hřbitova. Váže se k nim několik pověstí, dnes již fyzicky neexistují, přesto však jsou k dispozici jejich nákresy a popisy. Samotná historie interpretace různých verzí pozice těchto kamenů včetně jejich záměny je zajímavá.

projektového záměru, měl by zde zaznít souhrn všeho podstatného, co tento záměr charakterizuje.

V první řadě jde o důraz na cestovatelské chování, které respektuje přírodu a vyznačuje se hlubším zájmem o procházené místo. S tím je spojeno zpomalení pohybu cestovatele a intenzivnější vnímání okolí, včetně atmosféry a historického odkazu daného místa. Dále jde o vytržení z civilizačních návyků a přesun z města do přírody.

S tím se pojí pohybová aktivita a její nabídka, která se vrací k původním kořenům, nové technologie používá pouze v nezbytné míře, šetrným a účelným způsobem. Proto je součástí projektu i konkrétní sportovní program. Ten má svůj prostředek v nabídce pohybu v přírodě, při níž je současně propagován i hlubší a trvalejší zájem o místa, kde se aktivita odehrává. Tato propagace je zčásti záměrně prezentována, zčásti však může zůstat latentní (např. působení atmosféry určitého místa).

Komplexnější podobu dává výzkumu realizace dalšího cíle, jímž je zjišťování aktuální situace, tedy toho, kdo a jakým způsobem podobnou nabídku poskytuje, jak jsou tyto subjekty řízeny, jak je jejich činnost koordinována, zda o sobě vůbec vědí a zda jejich spolupráci nebrání nějaké (např. legislativní) překážky.

Vymezení určité oblasti, výběr konkrétních míst a jejich popis jsou zřejmě nejhmatatelnějším výstupem projektového záměru.

Celkově lze popsat využití fenoménu poutnictví uvedeným způsobem jako snahu o kultivaci té oblasti lidské aktivity, která směřuje k pohybu a k respektu k přírodě a k odkazu našich předků.

Literatura:

- [1] AWEDYK, M. Motivation for participating in outbound sightseeing tourism. In Muszkieta et al. *Wspomaganie rozwoju i edukacji człowieka oporze turystykę, sport i rekreację*. Bydgoszcz: Wyższa Szkoła Gospodarki w Bydgoszczy, 2009. ISBN: 978-83-927029-1-8.
- [2] BEDNÁŘ, M. *Pohyb člověka na biodromu. Cesta životem z pohledu (nejen) kinantropologie*. Praha: Karolinum, 2009. ISBN: 978-80-246-1665-0.
- [3] BOWIE, F. *Antropologie náboženství. Rituál, mytologie, šamanismus, poutnictví*. Praha: Portál, 2008. ISBN: 978-80-7367-378-9.
- [4] HANZELKA, J., ZIKMUND, M. *Tam za řekou je Argentina*. Praha: Orbis, 1956.
- [5] HURYCH, E. Srdce poutníka v hrudi moderního cestovatele. In *Aktuální problémy cestovního ruchu. Trvale udržitelný rozvoj v cestovním ruchu*. Jihlava: VŠPJ, 2008. ISBN: 978-80-87035-13-9.
- [6] HURYCH, E. (2008). Obstacles and Barriers in the Modern World. In *Fifth Annual Conference of British Philosophy of Sport Association. 24-26 April 2008, Book of Abstracts*. University of Aarhus, Denmark.

- [7] HURYCH, E. Některé aspekty rekreologie v cestovním ruchu v podmínkách VŠPJ. *Studia Turistica*. 1/1, 2010. ISSN 1804-252X.
- [8] HURYCH, E. *Sportovně rekreační aktivity v cestovním ruchu*. Studijní opora. Jihlava: Vysoká škola polytechnická, 2010.
- [9] JIRÁSEK, I. *Prožitek a možné světy*. Olomouc: UP, 2001. ISBN 80-244-0256-4.
- [10] JIRÁSEK, I. Labyrint – nikoliv bariéra, ale výzva k putování. *Studia sportiva*, 2007, roč. 1, č. 1, s. 46–51. ISSN 1802-7679.
- [11] KIRCHNER, J., HOGENOVÁ, A. (editoři). *Prožitek v kontextu dnešní doby. Sborník příspěvků konference konané dne 26. 4. 2001 na UK FTVS*. Praha: UK, 2001. ISBN 80-86317-16-1.
- [12] KOMENSKÝ, J., A. *Labyrint světa a ráj srdce*. Praha: SPN, 1955.
- [13] KOSIEWICZ, J. Kultura fizyczna i turystyka kulturowa – w kontekście dalekowschodnich sztuk walki i dialogu. *Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne 2009/1*, pp. 43-44. ISSN: 0860-8075
- [14] LIPIEC, J. (2010). *Fenomenologia wędrówki. Studia z filozofii turystyki*. Kraków: Wydawnictwo Fall, 2010. ISBN 978-83-62275-05-2.
- [15] PARRY, J. et al *Sport and Spirituality. An introduction*. London: Routhledge, 2007. ISBN: 978-0-415-40483-9.
- [16] PLATÓN. *Listy*. Praha: OIKOYMENH, 1996. ISBN: 80-86005-08-9.
- [17] PLATÓN. *Ústava*. Překlad František Novotný. Praha: OIKOYMENH, 2005. 427 s. (Platónovy dialogy; sv. 18.). ISBN 80-7298-142-0.
- [18] TRUNGPA, C. *Meditace v akci*. Praha: Eminent, 2006. ISBN: 80-7281-226-2.

Elektronické zdroje:

- [19] ČESKÁ LITERATURA.CZ . [Online]. © 2011. Poslední úpravy 1. 11. 2011 [cit. 2011-11-5]. Dostupné na <http://www.ceskaliteratura.cz/texty/celakov.htm>.
- [20] POUTNIKEM.CZ. [Online]. © 2011. Poslední úpravy 5. 11. 2011 [cit. 2011-11-5]. Dostupné na [www: http://poutnikem.cz/node/8](http://poutnikem.cz/node/8).

Pilgrimage as a Phenomenon and Its Potential Contribution to the Development of Tourism and Movement Programs in the Jihlava District

Abstract

The paper argues a theoretical conception of the project focused on the places of pilgrimage near Jihlava and on the possibilities for natural tourism in this locality. The pilgrimage phenomenon is described in the broad meaning. Its historical and cultural context is mentioned here, as well as some possible interpretations of pilgrimage including religious consequences and other specific features. A high attention is paid on the contribution of pilgrimage for a contemporary society and on the chance to enrich some common forms of tourism and natural tourism. This benefit consist of an opportunity to deepen a merely superficial and shallow perception of modern way of travelling where the most dominating factors are utility, costs, speed and comfort.

At the end of the paper it is explained why the researchers prefer examining places of pilgrimage more in detail within a small area and why the selected places which are not often visited, or which are not considered to be attractive. There are some chosen examples of places in the area of Rudny Hill and its surroundings. The paper emphasise the specifics and inner magic of these places. The intention of the research is not to offer a commercial product devoted to purposes of mass tourism.

Klíčová slova

Pilgrim, wayfarer, spirituality, labyrinth, Rudny Hill.

Kontaktní údaje

PaedDr. Emanuel Hurych, Ph.D.
Vysoká škola polytechnická Jihlava
Tolstého 16, 586 01 Jihlava
e-mail: hurych@vspj.cz

LOGOS POLYTECHNIKOS

Odborný recenzovaný časopis Vysoké školy polytechnické Jihlava, který svým obsahem reflektuje zaměření studijních programů VŠPJ. Tematicky je zaměřen do oblastí společenskovedních a technických. Jednotlivá čísla jsou úžeji vymezená.

Časopis vychází 4x ročně v nákladu 150 výtisků

Šéfredaktor: doc. PhDr. Martin Hemelík, Ph.D.

Odpovědní redaktoři tohoto čísla:

doc. PhDr. Lada Cetlová, Ph.D.

PaedDr. Emanuel Hurych, Ph.D.

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

Technické zpracování: Ondřej Chalupa, DiS.

Web editor: Jitka Kalabusová

Redakční rada:

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

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

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

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

doc. PhDr. Karel Pstružina, CSc., doc. PhDr. Ján Pavlík, Ing. Jiří Dušek, Ph.D.,

prof. Ing. Jan Váchal, CSc.

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

Zasílání příspěvků

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

Adresa redakce:

Vysoká škola polytechnická Jihlava, Tolstého 16, 586 01 Jihlava

Distribuce: časopis je dostupný v elektronické podobě na webových stránkách školy. V omezeném množství jej lze vyžádat zdarma na adrese redakce.

Vytiskl: AMAPRINT-Kerndl s.r.o., Třebíč

Vydání: březen 2012

© Vysoká škola polytechnická Jihlava

ISSN 1804-3682

Registrace **MK ČR E 19390**