

2018

ROČNÍK 9

ČÍSLO 1

LOGOS POLYTECHNIKOS

V

Š

P

J

Vysoká škola
polytechnická
Jihlava

VÁŽENÉ ČTENÁŘKY A VÁŽENÍ ČTENÁŘI,

do rukou se Vám dostává v pořadí již osmé vydání časopisu LOGOS POLYTECHNIKOS zaměřené na zdravotnické nelékařské profese. Toto číslo obsahuje články zaměřené nejen na specifika ošetrovatelství, ale i na oblast gynekologie, porodnictví a také problematiku profese zdravotně sociálního pracovníka.

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

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

5

ŽIVOT PACIENTA S CHRONICKOU BOLESTÍ

LIFE OF PATIENT WITH CHRONIC PAIN

Bc. Gabriela Sabolová Filipová, PhDr. Lada Nováková, doc. PhDr. Lada Cetlová, PhD.

11

PREFERENCE A SATURACE POTŘEB DĚTÍ S ONKOLOGICKÝM ONEMOCNĚNÍM: KOMPARACE HODNOCENÍ RODIČŮ A DĚTÍ

PREFERENCES AND SATURATIONS OF CHILDREN NEEDS WITH ONCOLOGICAL ILLNESSES:
COMPARISON OF PARENTS AND CHILDREN EVALUATION

Mgr. Andrea Filová, PhDr. Lucie Sikorová, Ph.D.

23

ŠPECIFIKÁ SOCIÁLNEJ PRÁCE SO STARŠÍMI ĽUĎMI Z POHĽADU SOCIÁLNYCH PRACOVNÍKOV

SPECIFICS OF SOCIAL WORK WITH THE ELDERLY FROM THE POINT OF VIEW OF SOCIAL
WORKERS

Mgr. Jana Gabrielová, PhD.

37

FETÁLNY ALKOHOLOVÝ SYNDRÓM - INFORMOVANOSŤ VEREJNOSTI

FETAL ALCOHOL SYNDROME – PUBLIC AWARENESS

PhDr. Ingrid Juhásová, PhD., Doc. PharmDr. Pavol Beňo, CSc., Mgr. Zuzana Janušková

51

KVALITA ŽIVOTA NEMOCNÝCH S CROHNOVOU CHOROBOU A INTERVENCE NELÉKAŘSKÉHO ZDRAVOTNICKÉHO PRACOVNÍKA - PŘEHLEDOVÝ ČLÁNEK

QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH CROHN'S DISEASE AND THE INTERVENTION
OF A NON-MEDICAL MEDICAL WORKER - REVIEW ARTICLE

Mgr. Hana Ochtinská, MUDr. Libor Gabalec, Ph.D., prof. MUDr. Jan Bureš, CSc., FCMA

62

ŽIVOTNÍ STYL VYSOKOŠKOLSKÝCH STUDENTŮ V SOUČASNOSTI

LIFESTYLE OF UNIVERSITY STUDENTS AT PRESENT

Mgr. Markéta Papršteínová, Ph.D., Mgr. Barbora Faltová, Ing. Alena Kavičková, Ing. Iva Špačková,
Mgr. Hana Ochtinská

81

PŘÍLEŽITOSTI KE ZLEPŠENÍ KULTURY BEZPEČÍ VE ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍCH

OPPORTUNITIES TO IMPROVE THE SAFETY CULTURE IN HOSPITALS

doc. PhDr. Sylva Bártlová, Ph.D., PhDr. Radka Pokojová

94

VYUŽITÍ KOMPENZAČNÍCH POMŮCEK NEMOCNÝMI S REVMATOIDNÍ ARTRITIDOU

USE OF COMPENSATORY AIDS FOR PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS

Mgr. Lada Razimová

105

DOBŘÁ PRAXE OČIMA (ZDRAVOTNĚ) SOCIÁLNÍCH PRACOVNÍKŮ V OBLASTI PÉČE O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ

BEST PRACTICE IN MENTAL HEALTH CARE FROM WORKER'S PERSPECTIVE

PhDr. Vlasta Řezníková, Ph.D., Mgr. Markéta Dubnová, PhD.

115

SUBJEKTIVNÍ VNÍMÁNÍ NEMOCI A KVALITY ŽIVOTA DĚTÍ S CHRONICKÝM ONEMOCNĚNÍM A VLIV NA JEJICH RODIČE

SUBJECTIVE PERCEPTION ILLNESS AND QUALITY OF LIFE OF CHILDREN WITH CHRONIC ILLNESS AND FAMILY IMPACT

PhDr. Lucie Sikorová, Ph. D., doc. PhDr. Radka Bužgová, Ph. D.

132

PREDOPERAČNÁ ÚZKOSŤ VO VZŤAHU K VEKU PACIENTA A ČASU DO OPERÁCIE

PREOPERATIVE ANXIETY IN RELATIONSHIP WITH AGE AND TIME TO SURGERY

PhDr. Andrea Solgajová, PhD., doc. PhDr. Tomáš Sollár, PhD., doc. PhDr. Gabriela Vörösová, PhD., doc. PhDr. Dana Zrubcová, PhD.

143

VYUŽITÍ LÉČIVÝCH ROSTLIN V GYNEKOLOGII A PORODNICTVÍ

USE OF PHYTOTHERAPY IN GYNECOLOGY AND OBSTETRICS

Mgr. Zuzana Škorníčková, Mgr. Ilona Bělohávková Kašparová, Mgr. Vendula Mikšovská, Štěpánka Staňková

158

SPECIFIKA OČNÍCH VYŠETŘENÍ U DĚTÍ

SPECIFICS OF CHILDREN EYE EXAMINATIONS

Mgr. Jana Truplová

165

GELOVÉ NEHTY A POSKYTOVÁNÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

GEL NAILS AND NURSING CARE

Mgr. Jana Vácová

176

DEKUBITY JAKO ZÁVAŽNÝ OŠETŘOVATELSKÝ PROBLÉM

DECUBITUS AS A SERIOUS NURSING PROBLEM

Mgr. Petra Vršecká

186

INFORMOVANOST O RIZICÍCH UŽÍVÁNÍ HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCE V SOUVISLOSTI S TROMBOFILNÍ MUTACÍ LEIDEN

AWARENESS OF THE RISKS OF USING HORMONAL CONTRACEPTION IN THE CONTEXT OF THE LEIDEN THROMBOPHILIC MUTATION

PhDr. Lenka Rosková, Mgr. Dagmar Bystřická, Ph.D.

199

HELLP SYNDROM U TĚHOTNÝCH ŽEN

HELLP SYNDROM AT PREGNANT WOMEN

Mgr. Jana Šálková, doc. PhDr. Yveta Vrublová, Ph.D., RN., RM.

ŽIVOT PACIENTA S CHRONICKOU BOLESTÍ

GABRIELA SABOLOVÁ FILIPOVÁ
NEMOCNICE HAVLÍČKŮV BROD,
PŘÍSPĚVKOVÁ ORGANIZACE

LADA NOVÁKOVÁ
LADA CETLOVÁ
VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ
JIHLAVA

ABSTRAKT

Naše práce se zabývá problematikou kvality života u pacienta s chronickou bolestí. Pro zjišťování validních dat jsme použili standardizovaný dotazník Pain assessment guide, vytvořený jako průvodce hodnocením bolesti v nemocnici Havlíčkův Brod, příspěvková organizace. Dotazník byl zcela anonymní a obsahuje celkem 10 otázek. 4 otázky jsou všeobecného charakteru, navíc doplněny o demografické údaje. Specifikujeme délku trvání bolesti, znalost příčiny vzniku bolesti a aktuální hodnocení intenzity bolesti. Otázky zaměřené na jednotlivé aspekty byly vždy vyhodnocovány vzhledem k VAS škále na stupnici od 0 do 10, kde 0 neovlivňuje daný aspekt v souvislosti s prožívanou chronickou bolestí a 10 zcela narušuje. Aspektům zaměřeným na tělesné, sociální a psychické prožívání jsou přiřazeny vždy dva hodnocené aspekty z celkového počtu otázek.

KLÍČOVÁ SLOVA:

bolest, kvalita života, léčba,
ošetřovatelství

ÚVOD

Dle definice WHO (World Health Organization) je bolest nepříjemný emocionální a smyslový zážitek spojený s přímým nebo hrozícím poškozením tkání, nebo je v takovém smyslu popsáný. Bolest je pouze subjektivní vjem a neexistují žádné spolehlivé techniky k jejímu objektivnímu měření. Dle Mezinárodní asociace pro studium bolesti IASP (International Association for the Study of Pain) je bolest vždy to, co člověk za bolest považuje a je tam, kam ukazuje. Jedná se o symptom, který člověka provází v průběhu jeho celého života. Bolest je též nezbytná pro přežití všech organismů. Představuje fenomén, jež prochází napříč všemi ošetrovatelskými obory v souvislosti s poskytováním péče (Munden, 2006).

METODY

Cílem naší práce bylo zjistit, jak je ovlivněna kvalita života u pacientů s chronickou bolestí.

Průzkumný soubor tvořili pacienti ambulance pro léčbu chronické bolesti v Nemocnici Havlíčkův Brod příspěvková organizace. Bylo použito standardizovaného dotazníku Pain assessment guide vytvořeného jako průvodce hodnocení chronické bolesti v Nemocnici Havlíčkův Brod, příspěvkové organizaci. Některým respondentům bylo vzhledem k jejich věku a celkovému zdravotnímu stavu pomáháno praktickou formou při jejich vyplňování. Celkem jsme distribuovali 150 dotazníků, jejich návratnost byla 78,7 %. Po kompletaci jsme nejčastěji pro neúplnost vyřadili 5,3 %. Dotazník obsahoval celkem 10 sledovaných položek. 6 položek zahrnovalo omezení psychických, fyzických a sociálních aktivit v souvislosti s chronickou bolestí a rozdělením časové osy na počátku hodnocení bolesti a po 3 měsících. Ovlivňování jednotlivých aspektů bylo prováděno na škále VAS 0 až 10. Uvedení hodnoty 0 znamená, že chronická bolest pacienta nijak daný aspekt neovlivňuje, naproti tomu uvedení hodnoty 10 znamená, že chronická bolest pacienta tento aspekt zcela narušuje. 1 položka byla zaměřena na znalost příčiny vzniku bolesti, 1 na celkovou délku trvání bolesti, 1 na aktuální intenzitu bolesti dle VAS a 1 dotazem na pohlaví.

Všechny údaje byly získávány anonymním dotazníkovým šetřením. Při zpracování získaných dat byl použit program Microsoft Office Excel s využitím kontingenční tabulky pro zpracování dat.

ANALÝZA VÝSLEDKŮ

Výzkumný soubor tvořilo celkem 110 respondentů. Z tohoto vzorku je 59,1 % žen a 40,9 % mužů. Z celkového počtu 110 respondentů uvedlo 18,1 % respondentů, že jejich bolest začala před 3 měsíci a 81,8 % uvedlo, že bolest začali pociťovat před

4 a více měsíci. Nikdo z dotazovaných respondentů neuvedl, že začal bolest pociťovat před měsícem. Následující ze všeobecných otázek hodnotí relativní četnost respondentů, kteří uvedli, zdali vědí, proč jejich bolest začala. Z celkového počtu 110 respondentů 57,2 % uvedlo, že ví, proč jejich bolest začala, 40,9 % respondentů uvedlo, že neví, proč jejich bolest začala a 6,3 % respondentů otázku nezodpovědělo. Poslední ze všeobecných otázek zobrazuje v relativní četnosti, jaká je aktuální bolest dotazovaných respondentů, na škále VAS od 0 do 10, na počátku hodnocení bolesti, ještě před zahájením léčby. Z celkového počtu 110 respondentů žádný respondent neuvedl hodnotu 0 na VAS škále, 5,5 % respondentů uvedlo hodnotu 1 na VAS škále, 14,5 % respondentů uvedlo hodnotu 2 na VAS škále, 20,9 % respondentů uvedlo hodnotu 3 na VAS škále, 9,1 % respondentů uvedlo hodnotu 4, 14,5 % uvedlo hodnotu 5, 14,5 % respondentů uvedlo hodnotu 6, 9,1 % respondentů uvedlo hodnotu 7, 5,5 % respondentů uvedlo hodnotu 8, 3,6 % respondentů uvedlo hodnotu 9 a 2,7 % respondentů neuvedlo hodnotu žádnou, nebo přiřazovali jiné číselné údaje. Hodnotu 10 na VAS škále neuvedl žádný dotazovaný respondent.

Z našeho výzkumu vyplývá, že hodnocení aspektu spánku hodnotí negativně na stupnici VAS intenzitou 5-10 z celkového počtu 110 respondentů 81,7 % pacientů. Při udávání intenzity v tomto rozsahu je zastoupení v hodnocení na stupnici VAS rovnoměrné, nejčastěji v průměru 14,5 %. Po 3 měsících z celkového počtu 110 respondentů uvedlo 78,2 % pacientů zlepšení a na stupnici VAS intenzitou 0-5, z toho nejvíce respondentů 18,2 % udávalo hodnotu VAS 3. Při procentuálním hodnocení udává nejvíce respondentů 30,9 % z celkových 110, zlepšení aspektu spánku o celých 50 %. Při hodnocení každodenních aktivit udává 81,7 % pacientů VAS na stupnici 5-10 z celkového počtu 110 respondentů. Z těchto pacientů hodnotí 44,5 % intenzitu 7-8 na stupnici VAS. Po 3 měsících hodnocení udává zlepšení v aspektu koncentrace 81,7 % respondentů. Tito respondenti udávali hodnoty na stupnici VAS 1-5. Nejvíce respondentů 33,6 % z celkového počtu 110 hodnotí po 3 měsících procentuální zlepšení hodnocení o 30 %. Po sloučení tělesných aspektů spánku a každodenních aktivit udává z celkového počtu nejvíce respondentů 43,6 % zlepšení v rozmezí 35 % - 45 %. Z těchto pacientů 16,4 % udává zlepšení až o 40 %. Zajímavé je porovnání mezi oběma pohlavími. Největší rozdíl v hodnocení mezi oběma pohlavími v rozmezí 35 % - 45 % udávají ženy 30,9 % na rozdíl od mužů 12,7 %. Při celkovém hodnocení mezi oběma pohlavími došlo u žen k celkovému procentuálnímu zlepšení hodnocení tělesných aspektů o 34 % a u mužů o 30 %. Téměř všichni dotazovaní, s výjimkou 4 respondentů z celkového počtu 110, hodnotí narušení psychických aspektů nálady a koncentrace negativněji na počátku hodnocení, než po 3 měsících. Tato výzkumná otázka se potvrdila. K podobným výsledkům dle Balkové (2016) dospěl výzkum, který byl realizován na neurochirurgické klinice Na Kramároch v Bratislavě a v ambulanci chronické bolesti. Porovnával kvalitu života u pacientů s chronickou nenádorovou bolestí před a po zavedení lékové pumpy (LP) „Codman“ Výzkumný soubor tvořilo 33 respondentů, z toho 23 pacientů bylo bez lékové pumpy, 10 respondentů tvořili pacienti s implantovanou lékovou pumpou (LP) - pacienti obou pohlaví. Výzkum byl realizován od ledna 2008 do prosince 2009 a jeho snahou bylo posoudit funkční stav a fyzickou způsobilost

k jednotlivým denním činnostem prostřednictvím standardizovaných diagnostických škál. U pacientů byla hodnocena funkční schopnost s vykonáváním denních aktivit, chodu domácnosti, psychosociálních faktorů, hodnocení neurotických tendencí a situací zaměstnanosti. Pacienti byli rozděleni do 2 skupin, na ty, kteří mají zavedenou pumpu a ty, kteří ji nemají. U pacientů bez zavedené pumpy se převážně jednalo o pacienty s chronickou bolestí zad 56,5 %, artrózou 21,7 %, poúrazovými stavy 21,7 %. U pacientů s implantovanou pumpou: chronická bolest zad u 30 % pacientů, poúrazové stavy 30 % pacientů, FBSS 40 % pacientů. Před zavedením LP: 43,5 % pacientů uvedlo, že s chronickou bolestí bojují 3-6 let, 56,5 % pacientů trpí chronickou bolestí 7 a více let. Po zavedení LP: u 70 % pacientů trvá chronická bolest 3-6 let, u 30 % pacientů 7 a více let. Pacienti s neimplantovanou LP: 60,9 % pacientů uvedlo středně silnou bolest (č. 5-7 VAS), 39,1 % pacientů nesnesitelnou bolest (č. 8-10 VAS). Pacienti s implantovanou LP: všichni pacienti (100 %), kterým byla implantovaná LP, uvedli před implantací intenzitu bolesti č. 8-10 VAS. Na otázku, jak pacienti hodnotí stav po implantaci LP vzhledem k předcházejícímu období, všichni respondenti (100 %) uvedli, že po zavedení LP se bolest výrazně zmírnila a zlepšila, stejně tak i vykonávání běžných aktivit (Balková, 2016).

ZÁVĚR

Přesvědčit, edukovat a motivovat pacienty, že jsou to právě oni, kteří svým konáním mohou pozitivně, ale i negativně ovlivnit průběh celého onemocnění a léčby je mnohdy nelehký cíl. Vhodně zvolená komunikace s ohledem na individualitu jedince, vytvoření vzájemné důvěry a spolupráce umožní potencovat všechny kladné faktory při léčbě chronické bolesti. Všeobecná sestra má dominantní postavení nejen v oblasti ošetrovatelské péče, ale i v edukaci a prevenci. Některé vzdělávací programy mohou podpořit zdravotníky a rozvinout jejich komunikační a psychosociální schopnosti, empatii, schopnost klást, ale i zodpovídat otázky. V současnosti je v oblibě podporovat setkávání různě handicapovaných pacientů. Výzvou může být i vytvoření klubu pacientů trpících chronickou bolestí v našem regionu. Pro praxi bude velkým přínosem fungování specializovaných multidisciplinárních center pro léčbu chronické bolesti, kde budou v symbióze spolupracovat algeziolog, všeobecná sestra, fyzioterapeut a psycholog, z nichž všichni mají v řešení této problematiky nezastupitelné místo. Naší největší snahou je pro pacienty v ambulancích pro léčbu chronické bolesti vypracovat edukační plány například za pomoci propagačních rehabilitačních letáků se zaměřením na zabránění progresu daného onemocnění. Více podpořit multiresortní spolupráci a podpořit změny týkající se dosavadního způsobu života pacientů, často vedoucí k přeskupení individuálního hodnotového žebříčku, ve kterém bude na prvním místě zdraví.

POUŽITÉ ZDROJE

- [1] BALKOVÁ, H. 2016, *Kvalita života osob s chronickou nenádorovou bolestí*. [online]. [cit. 2017-04-15]. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnickenoviny-zdn/kvalita-zivota-osob-s-chronickou-nenadorovou-bolesti-481102>
- [2] GURKOVÁ, E. 2011, *Hodnocení kvality života pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. 1. vyd. Praha: Grada, 223 s. Sestra. ISBN 978-802-4736-259.
- [3] MUNDEN, J. 2006, *Vše o léčbě bolesti: příručka pro sestry*. ISBN 1-58255-227-4.

LIFE OF PATIENT WITH CHRONIC PAIN



ABSTRACT

Our work deals with issues of quality of life in patients with chronic pain. To validate data, we used the standardized Pain assessment guide, created as a guide to pain assessment at Havlíčkův Brod Hospital, a contributory organization. The questionnaire was completely anonymous and contains a total of 10 questions. Four questions are of general nature, supplemented by demographic data. Duration of pain, the cause of pain, and the actual pain intensity are specified. Questions focused on individual aspects have always been evaluated with respect to the VAS scale on a scale of 0 to 10.

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

Bc. Gabriela Sabolová Filipová
Nemocnice Havlíčkův Brod
Husova 2033
580 01 Havlíčkův Brod
e-mail: gabriela.sabolova@onhb.cz

PhDr. Lada Nováková
Vysoká škola polytechnická Jihlava
Katedra zdravotnických studií
Tolstého 16
567 01 Jihlava
e-mail: lada.novakova@onhb.cz

doc. PhDr. Lada Cetlová, PhD.
Vysoká škola polytechnická Jihlava
Katedra zdravotnických studií
Tolstého 16
567 01 Jihlava
e-mail: lada.cetlova@vspj.cz

KEYWORDS:

pain, quality of life, therapy, nursing

PREFERENCE A SATURACE POTŘEB DĚTÍ S ONKOLOGICKÝM ONEMOCNĚNÍM: KOMPARACE HODNOCENÍ RODIČŮ A DĚTÍ

ANDREA FILOVÁ
LUCIE SIKOROVÁ
OSTRAVSKÁ UNIVERZITA
V OSTRAVĚ



ABSTRAKT

Onkologická diagnóza, léčba a nežádoucí účinky onkologické léčby v dětském věku, významně ovlivňují potřeby dětí, jejich preference a saturaci.

Cílem výzkumného šetření bylo zjistit preferenci/důležitost potřeb dětí s onkologickým onemocněním včetně jejich saturace/naplnění z pohledu dětí a jejich rodičů.

Výzkumný soubor tvořilo 50 dětí a 70 rodičů, kteří byli hospitalizováni nebo přítomni v odborné ambulanci vybraných zdravotnických zařízení Olomouckého kraje a dále dětmi a rodiči, kteří se sdružovali v nadačním fondu Šance onkoláčkům. Byl použit nestandardizovaný dotazník, který mapoval biologické, psychosociální a spirituální potřeby. Pro vyhodnocení získaných dat byl použit MS Excel.

Mezi onkologicky nemocnými dětmi a jejich rodiči byly nalezeny rozdíly ve vnímání preference a saturace potřeb. Děti a rodiče mají odlišný pohled na prioritní potřeby a rovněž rozdílně vnímají saturaci potřeb. Výsledky studie by měly vést k důsledné monitoraci potřeb dětí s onkologickým onemocněním a zkvalitnění ošetrovatelské péče.

KLÍČOVÁ SLOVA:

děti, rodiče, onkologické onemocnění, potřeby

ÚVOD

Onkologická onemocnění v dětském věku se řadí mezi velmi závažná a život ohrožující onemocnění (Jurga, 2010, s. 1255). Ročně je v České republice diagnostikováno 300 – 350 případů onkologických onemocnění u dětí (Vyhlídal, Ješina et al., 2014, s. 9). Dlouhodobá hospitalizace, odloučení od rodiny, vyšetřovací metody a onkologická léčba ovlivňují preference a uspokojování potřeb dětí. Dětské pacienti jsou také velmi často vystaveni stresu především v důsledku chemoterapie a jejích nežádoucích účinků (McCaffrey, 2006, s. 59–66). Aby dítěti mohla být poskytnuta komplexní lékařská a ošetrovatelská péče, měla by být věnována značná pozornost zhodnocení potřeb dítěte, které úzce souvisí s následnou efektivitou všech lékařských a ošetrovatelských intervencí.

Cílem výzkumného šetření bylo zjistit preferenci/důležitost potřeb dětí s onkologickým onemocněním včetně jejich saturace/naplnění z pohledu dětí a jejich rodičů. Výsledky jsou zaměřeny na komparaci 5 nejdůležitějších a 5 nejméně důležitých potřeb hodnocených dětmi a rodiči a dále na komparaci 5 nejvíce a 5 nejméně saturovaných potřeb vnímaných dětmi a rodiči.

SOUBOR A METODY

První výzkumný soubor tvořily děti s onkologickým onemocněním, které byly hospitalizovány, nebo přítomny na ambulanci ve vybraných zdravotnických zařízeních Olomouckého kraje, anebo se sdružovaly v nadačním fondu Šance onkoláčkům. Výzkumný soubor dětí tvořilo celkem 50 respondentů (25 respondentů ve věku 7-11 let, 25 respondentů ve věku 12-18 let), z toho 41 žáků základní školy a 9 středoškoláků.

Výzkumný soubor rodičů byl tvořen celkem 70 rodiči dětí s onkologickým onemocněním, z toho 64 matek a 6 otců. Většina respondentů byla v manželském stavu (57 %), se středoškolským vzděláním (49 %) a pečovali ještě o další zdravé dítě (66 %).

Kvantitativní výzkum se uskutečnil prostřednictvím dotazníkového šetření. Byl použit nestandardizovaný dotazník, který mapoval biologické, psychosociální a spirituální potřeby (u dětí nad 12 let). Z hlediska věkových disproporcí byly pro děti vytvořeny 2 typy dotazníků. Děti ve věku 7 – 11 let v dotazníku, který tvořilo 24 potřeb (biologických, psychosociálních), měly možnost hodnotit na Likertově škále (důležitá – nedůležitá) důležitost uvedené potřeby a rovněž saturaci/naplnění potřeby (ano – ne).

Děti ve věku 12 – 18 let měly možnost v dotazníku, který tvořilo 30 potřeb (biologických, psychosociálních, spirituálních), označit na Likertově škále (velmi důležitá - důležitá – nedůležitá) důležitost potřeby a saturaci/naplnění (ano – částečně – ne).

Dotazník pro rodiče tvořilo 24 potřeb (biologických, psychosociálních) a dalších 6 spirituálních potřeb, pro rodiče u dětí starších 12 let. I v tomto případě byla využita Likertova škála (velmi důležitá – důležitá – nedůležitá) pro označení důležitosti potřeb a saturace/naplnění potřeb (ano – částečně – ne). Rodiče hodnotili potřeby svých dětí (důležitost a naplnění).

Výzkumné šetření se uskutečnilo po souhlasném stanovisku Etické komise nemocnice a souhlasném stanovisku náměstkyně pro ošetrovatelskou péči.

Pro popis souboru byla použita popisná statistika (medián, aritmetický průměr, směrodatná odchylka, minimální a maximální hodnota).

Pro srovnání rodičů a dětí bylo provedeno jednotné kódování v důležitosti i naplnění:

Důležitost

1 velmi důležité, 2 důležité, 3 nedůležité – převod:

1 - velmi důležité + důležité

2 – nedůležité

Naplnění

1: Ano, 2: částečně, 3: ne – převod:

1 – ano

2 – částečně + ne

Pro zpracování dat byl použit program MS Excel.

VÝSLEDKY A DISKUZE

VÝSLEDKY

PREFERENCE POTŘEB

Děti označily jako prioritní potřeby - ***nemít bolest, necítit nevolnost, nemít potíže se zvracením, mít pravdivé informace o zdravotním stavu, mít dostatek informací o onemocnění a léčbě.*** Z pohledu rodičů byla důležitost potřeb vnímána odlišně. Avšak shoda obou skupin z hlediska důležitosti potřeb nastala u potřeby – ***mít pravdivé informace o zdravotním stavu a nemít bolest.*** Rodiče dále uváděli jako nejdůležitější potřeby – ***mít pocit, že život má smysl, být vyrovnaný s nemocí a mít pozitivní pohled na život.*** Nejdůležitější potřeby pro děti a pro rodiče uvádí Tabulka 1.

Tabulka 1. Rozdílnost nejdůležitějších potřeb u dětí a rodičů

Preference potřeb dětí	Ar. průměr	Preference potřeb rodičů	Ar. Průměr
1. Nemít bolest	1,0	1. Mít pocit, že život má smysl	1,0
2. Necítit nevolnost	1,1	2. Mít pravdivé informace o zdravotním stavu	1,0
3. Nemít potíže se zvracením	1,1	3. Být vyrovnaný s nemocí	1,1
4. Mít pravdivé informace o zdravotním stavu	1,1	4. Mít pozitivní pohled na život	1,1
5. Mít dostatek informací o onemocnění a léčbě	1,2	5. Nemít bolest	1,1

Jako nejméně důležité se dětem jevily potřeby *mít možnost se učit, mít možnost se setkat s dětmi s podobným typem onemocnění, nemít svědění kůže, mít informace o onemocnění prostřednictvím demonstrace na obrázcích a necítit brnění těla.*

Rodiče a děti označili shodně jako nejméně důležité potřeby *mít informace o onemocnění prostřednictvím demonstrace na obrázcích, mít možnost se učit a mít možnost se setkat s dětmi s podobným typem onemocnění.* Rodiče dále jako nejméně důležitou potřebu uváděli *mít možnost přístupu k internetu a mít možnost se setkat se zdravými kamarády.* Nejméně důležité potřeby pro děti a pro rodiče uvádí Tabulka 2.

Tabulka 2. Rozdílnost nejméně důležitých potřeb u dětí a rodičů

Nejmenší preference potřeb dětí	Ar. průměr	Nejmenší preference potřeb rodičů	Ar. průměr
1. Mít možnost se učit	2,2	1. Mít možnost přístupu k internetu	2,0
2. Mít možnost se setkat s dětmi s podobným typem onemocnění	2,0	2. Mít informace o onemocnění prostřednictvím demonstrace na obrázcích	1,9
3. Nemít svědění kůže	1,9	3. Mít možnost se učit	1,7

4. Mít informace o onemocnění prostřednictvím demonstrace na obrázcích	1,8	4. Mít možnost se setkat s dětmi s podobným typem onemocnění	1,6
5. Necítit brnění těla	1,8	5. Mít možnost se setkat se zdravými kamarády	1,4

SATURACE POTŘEB

Z hlediska saturace potřeb děti pociťovaly jako nejvíce naplněné potřeby – ***být v čistotě, mít u sebe osobní předměty, mít možnost přístupu k internetu, mít možnost se učit a mít možnost se setkat s dětmi s podobným typem onemocnění.*** Rovněž i rodiče uvedli jako nejvíce naplněné potřeby – ***být v čistotě a mít u sebe osobní předměty.*** Rodiči byly dále označeny jako nejvíce naplněné potřeby ***mít pocit, že život má smysl, mít pravdivé informace o zdravotním stavu a mít u sebe rodiče.*** Nejvíce saturované potřeby pro děti a pro rodiče uvádí Tabulka 3.

Tabulka 3. Rozdílnost nejvíce saturovaných potřeb u dětí a rodičů

Saturace potřeb dětí	Ar. průměr	Saturace potřeb rodičů	Ar. průměr
1. Být v čistotě	1,2	1. Mít pocit, že život má smysl	1,0
2. Mít u sebe osobní předměty	1,2	2. Být v čistotě	1,1
3. Mít možnost přístupu k internetu	1,2	3. Mít pravdivé informace o zdravotním stavu	1,1
4. Mít možnost se učit	1,3	4. Mít u sebe osobní předměty	1,1
5. Mít možnost se setkat s dětmi s podobným typem onemocnění	1,3	5. Mít u sebe rodiče	1,2

Nejméně saturované potřeby z pohledu dětí byly potřeby – ***nebýt unavený, mít vyváženou a chutnou stravu, být vyrovnaný s tím, jak mě vnímají ostatní, mít informace o onemocnění prostřednictvím demonstrace na obrázcích a být vyrovnaný se změnami***

na těle. Rodiče měli na rozdíl od dětí odlišný pohled na nejméně saturované potřeby. Avšak s dětmi se shodli u potřeby **mít informace o onemocnění prostřednictvím demonstrace na obrázcích**, která se jim jevila jako nejméně saturovaná. Další nejméně saturované potřeby pro děti a pro rodiče uvádí Tabulka 4.

Tabulka 4. Rozdílnost nejméně saturovaných potřeb u dětí a rodičů

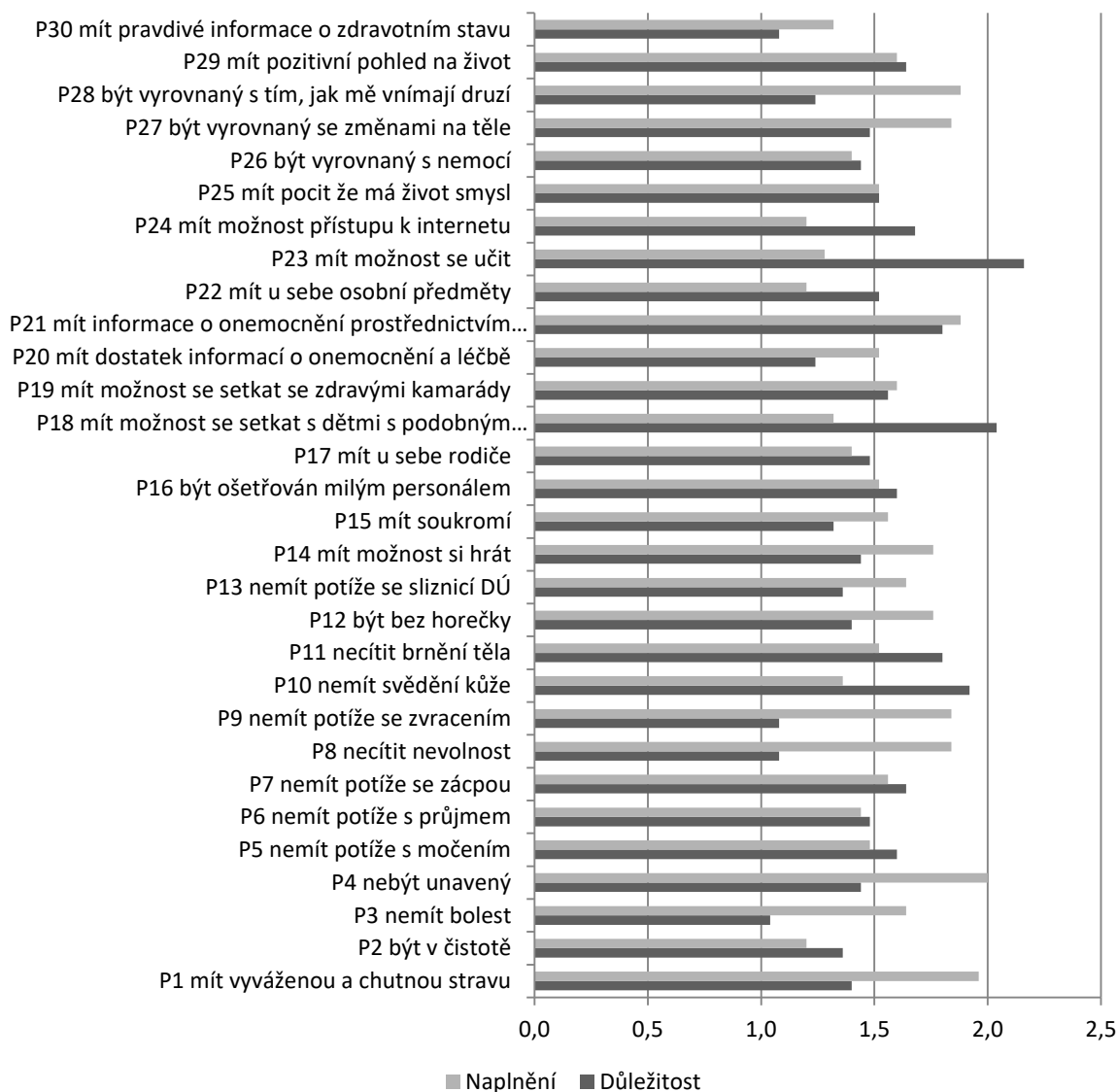
Nejmenší saturace potřeb dětí	Ar. průměr	Nejmenší saturace potřeb rodičů	Ar. průměr
1. Nebýt unavený	2,0	1. Mít informace o onemocnění prostřednictvím demonstrace na obrázcích	2,2
2. Mít vyváženou a chutnou stravu	2,0	2. Mít možnost se setkat se zdravými kamarády	1,9
3. Být vyrovnaný s tím, jak mě vnímají ostatní	1,9	3. Být bez horečky	1,7
4. Mít informace o onemocnění prostřednictvím demonstrace na obrázcích	1,9	4. Mít možnost se učit	1,7
5. Být vyrovnaný se změnami na těle	1,8	5. Necítit nevolnost	1,7

Přehled všech nabízených potřeb uvádí Graf 1.

Graf 1. Důležitost/Naplnění potřeb z pohledu dětí

Důležitost/Naplnění potřeb z pohledu dětí

(pozn. čím vyšší hodnota, tím nižší důležitost a naplnění)



Při hospitalizaci pro onkologickou diagnózu zasahuje do života dítěte velké množství nepříjemných a bolestivých vyšetřovacích metod, chemoterapie, radioterapie, dále také četné nežádoucí účinky onkologické léčby a v neposlední řadě dlouhodobé a opakované odloučení od rodiny a kamarádů. Veškeré tyto aspekty se promítají do preferencí potřeb dítěte a rovněž do jejich saturace. Tuto situaci velmi citlivě vnímají rodiče nemocného dítěte, kteří mohou mít na preferenci a saturaci potřeb svých dětí odlišný pohled. Hodnocení potřeb a následná saturace potřeb je důležitá pro poskytování kvalitní a komplexní péče. Proto bylo provedeno výzkumné šetření, které se snažilo zmapovat preferenci a saturaci potřeb z pohledu onkologicky nemocných dětí a jejich rodičů.

Dětem a rodičům se jako nejdůležitější jevíly potřeby ***nemít bolest a mít pravdivé informace o zdravotním stavu***. Jak uvádí Koutecký et al. (2002, s. 77 - 78) pro děti je nejvíce stresující bolestivost při lékařských a ošetrovateckých výkonech a rovněž samotné prostředí nemocničního zařízení. McCaffrey (2006, s. 59 - 66) také konstatuje, že děti mají největší obavy z bolestivosti invazivních vyšetření. Je patrné, že tuto skutečnost velmi citlivě vnímají také rodiče hospitalizovaných dětí, tudíž řadí potřebu ***nemít bolest*** mezi nejdůležitější. Nutno zdůraznit, že potřeba ***nemít bolest***, nebyla dětmi ani rodiči vnímána jako naplněná. Problematika bolesti, ať už jejího hodnocení nebo samotného zvládání bolesti, se stále řadí mezi velmi diskutované oblasti pediatrické ošetrovateľské péče. Identifikace a saturace této potřeby by měla být prioritou pro ošetrovateľský personál, zejména pak hodnocení míry/intenzity bolesti, které by mělo být prováděno prostřednictvím hodnotících nástrojů a škál.

Informační potřeby byly také zařazeny mezi prioritní, jak z pohledu dětí, tak z pohledu rodičů. Ellis a Leventhal (1993, s. 277–284) ve své studii zjistili, že děti chtějí být vždy informovány o všech úskalích samotné léčby, ale i prognózy onkologického onemocnění. Také Hooker (1997, s. 160–168) uvádí, že děti vyžadují informace především o fyzickém omezení, samotné diagnóze, prognóze a léčbě.

Překvapivé je, že rodiče od lékařů požadují 100%, objektivní informovanost o všech aspektech prognózy, léčby a vedlejších účincích onkologické léčby jejich dítěte, přičemž většina rodičů nechce, aby byla dítěti sdělena „celá pravda“, protože se do poslední chvíle snaží své děti před těmito nepříznivými informacemi chránit (Ellis, Leventhal, 1993, s. 277–284).

Rodiče na rozdíl od dětí zařadili do velmi důležitých potřeb také spirituální potřeby – ***mít pocit, že život má smysl, být vyrovnaný s nemocí, mít pozitivní pohled na život***. Podle Firthové, Luffové a Oliviera (2007, s. 80) to může být způsoben tím, že matky jsou

z hlediska genderových rolí primárně nastaveny nést odpovědnost za emoční péči o děti a celou rodinu, proto řadí tyto potřeby mezi prioritní.

Naopak děti vnímaly jako nejdůležitější vybrané biologické potřeby – ***ne cítit nevolnost a nemít potíže se zvracením***, které úzce souvisí především s nežádoucími účinky onkologické léčby, což uvádí i Vokurka et al. (2005, s. 19 - 91).

Nejmenší důležitost přiřkládali děti a rodiče shodně vybraným psychosociálním potřebám. Konkrétně se jednalo o potřeby ***mít možnost se učit, mít možnost se setkat s dětmi s podobným onemocněním a mít informace o onemocnění prostřednictvím demonstrace na obrázcích***.

Můžeme konstatovat, také podle Maslowovy hierarchie potřeb, že na první příčky v preferenci potřeb se řadí především potřeby biologické, které vyplývají z onkologické léčby. Proto potřeby seberealizace a další vyšší potřeby se dostávají do pozadí, jak z pohledu dětí, tak z pohledu rodičů, což se projevilo i v našem výzkumu.

Z hlediska saturace potřeb shledali děti a rodiče jako nejvíce saturovány potřeby – ***být v čistotě a mít u sebe osobní předměty***. Velkým rizikem pro onkologicky nemocné děti jsou různé infekce, proto je kladen značný důraz na hygienu a základní hygienické návyky, což zmiňuje i Koutecký a Cháňová (2003, s. 76 - 77.) Z tohoto důvodu je potřeba čistoty hodnocena jako nejvíce saturovaná.

Švédská studie uvádí, že pro často a dlouhodobě hospitalizované děti, je velmi důležité mít u sebe oblíbené osobní předměty nebo hračky, které jim připomínají domácí prostředí a dávají pocit jistoty a bezpečí (Ångström-Brännström et al., 2008, s. 310 - 316). V současné době je již ve všech zdravotnických zařízeních povoleno přinést si osobní předměty, nejedná – li se ovšem například o přísně aseptický režim při transplantaci a jiné... Proto respondenti vnímají tuto potřebu jako nejvíce saturovanou.

Jako nejméně saturovaná potřeba byla dětmi označena potřeba ***nebýt unavený***, která koresponduje s výsledky výzkumu Hockenberry et al. (2003, s. 319–328), kde bylo zjištěno, že vyšší intenzita únavy je detekována zejména u dětí po aplikaci chemoterapie a při relapsu. Děti únavu velmi často neverbalizují, proto by tato oblast měla být pravidelně monitorována.

Vyvážená a chutná strava byla vyhodnocena jako další nedostatečně saturovaná potřeba. Také Houlston et al. (2009, s. 25–27) zjistila nedostatky v oblasti výživy a uvádí, že dětem nejvíce vadí vůně jídla na oddělení, nevhodné servírování potravin, nedostatečná nabídka a absence oblíbených potravin. Tuto potřebu můžeme velmi snadno adekvátně saturovat důslednou monitorací a včasnou intervencí v oblasti stravování.

Psychosociální potřeby ***mít přístup k internetu, mít možnost se učit a mít možnost setkat se s dětmi s podobným typem onemocnění*** sejevily dětem jako nejvíce naplněné. V současné době je již standardem téměř každého zdravotnického zařízení možnost připojení k internetu. Také běžně na všech dětských odděleních probíhá výuka prostřednictvím kvalifikovaných pedagogů, samozřejmě s ohledem na aktuální zdravotní stav dítěte. Děti se mohou během hospitalizace na jednotce potkávat s ostatními podobně nemocnými dětmi a sdělovat si zkušenosti a informace o léčbě, léčebném režimu a dalších oblastech.

Jako další nejméně saturovaná potřeba byla oběma skupinami označena potřeba ***mít informace o onemocnění prostřednictvím demonstrace na obrázcích***. Je možné, že je to způsobeno i tím, že do našeho výzkumu byly zařazeny děti až od 7 let. Obrázkové ilustrace by mohly uvítat spíše děti mladší 7 let. Tato potřeba byla také nejméně preferována, tudíž nebyla ošetrovatelským personálem dostatečně saturována.

Spirituální potřeby ***být vyrovnaný s tím, jak mě vnímají ostatní a být vyrovnaný se změnami na těle***, se zdály dětem také nedostatečně naplněny. Především starší děti v teenagersském věku mohou mít se změnou svého těla a vzhledu problém, mohou se stydět před svými kamarády za svůj vzhled. Proto Hart a Schneider (1997, s. 263 - 270) apelují na to, aby sestry dětem poskytovaly intervence, které jsou zaměřeny na znovuzískání pocitu „normálnosti“ dítěte.

ZÁVĚR

Onkologická diagnóza a léčba se značným způsobem promítá do preferencí a saturace potřeb dětí. Rodiče onkologicky nemocných dětí mají na potřeby svých dětí poněkud odlišný pohled. Jako prioritní potřeby vnímají především vybrané spirituální potřeby, ovšem děti se přiklánějí spíše k potřebám biologickým a informačním. V oblasti saturace potřeb byly také detekovány značné rozdíly a rodičům se opět zdály spirituální potřeby jako nejvíce naplněné, kdežto děti považovaly za více naplněné vybrané psychosociální potřeby. Z tohoto důvodu by posouzení potřeb dětí s onkologickým onemocněním mělo být nedílnou součástí ošetrovatelské péče, přičemž by potřeby měly být hodnoceny komplexně v bio – psycho – socio – spirituálním kontextu. Hodnocení potřeb dětí s onkologickým onemocněním zefektivní saturaci deficitních potřeb a zkvalitní ošetrovatelskou péči.

POUŽITÉ ZDROJE

- [1] ÅNGSTRÖM – BRÄNNSTRÖM, CH., NORBERG, A., JANSSON, L. 2008, Narratives of Children With Chronic Illness About Being Comforted. *Journal of pediatric Nursing*[online]. August 2008, vol. 23, no. 4, p. 310 – 316. [cit. 2011-9-18].
- [2] ELLIS, R., LEVENTHAL, B. Information needs and decision – making preferences of children with cancer. *Psycho – Oncology*. 1993, Vol 2, s. 277 – 284.
- [3] FIRTH, P., LUFF, G., OLIVIERE, D., *Ztráta, změna a zármutek v kontextu paliativní péče*. 1. vyd. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007. 236 s. ISBN 978-80-87029-21-3.
- [4] HART, D., SCHNEIDER, D. Spiritual care for children with cancer. *Seminars in oncology nursing*. 1997, 13 (4), s. 263 – 270.
- [5] HOCKENBERRY, M., J. Three instruments to assess fatigue in children with cancer: The child, parent and staff perspectives. *Journal of pain and symptom management*. 2003, 25 (4), s. 319 – 328.
- [6] HOOKER, L. Information needs of teenagers with cancer: developing a tool to explore the perceptions of patients and professionals. *Journal of cancer nursing*. 1997, 1 (4), s. 160 – 168.
- [7] HOULSTON, A. et al. Cook to order: meeting the nutritional needs of children with cancer in hospital. *Paediatric Nursing*. 2009, 21 (4), s. 25 – 27.
- [8] JURGA, L. M. a kol. 2010, *Klinická a radiačná onkológia druhý diel*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2010. 1658 s. ISBN 978-80-8063-302-8.
- [9] KOUTECKÝ, J., CHÁŇOVÁ, M. 2003, *Děti s nádorovým onemocněním I – rady rodičům*. 1. vyd. Praha: Triton, 2003. 215 s. ISBN 80-7254-332-6.
- [10] KOUTECKÝ, J., KABÍČKOVÁ, E., STARÝ, J., *Dětská onkologie pro praxi*. 1. vyd. Praha: Triton, 2002, 179 s. ISBN 80-7254-288-5.
- [11] MC CAFFREY, C. N. 2006, Major Stressors and Their Effects on the Well-Being of Children with Cancer. *Journal of pediatric Nursing* [online]. February 2006, vol. 21, no. 1, s.
- [12] VOKURKA, S. a kol. 2005, *Ošetrovateľské problémy a základy hemoterapie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005. 140 s. ISBN 80-7262-299-4.
- [13] VYHLÍDAL, T., JEŠINA, O. et al. *Pohybové aktivity v dětské onkologii*. 2014, 1. vyd. Praha: Powerprint. 191 s. ISBN 978-80-87994-21-4. 59 – 66. ISSN 0882-5963.

PREFERENCES AND SATURATIONS OF CHILDREN NEEDS WITH ONCOLOGICAL ILLNESSES: COMPARISON OF PARENTS AND CHILDREN EVALUATION



ABSTRACT

Oncological diagnosis, treatment and undesirable effects of oncology treatment in childhood significantly affect the needs of children, their preferences and saturation.

The aim of the analysis was to determine the preferences / importance of children needs with oncological diseases, including their saturation / fulfillment through the eyes of children and their parents.

The research group consisted of 50 children and 70 parents who were hospitalized or present in a specialized outpatient department of selected health facilities in the Olomouc region, as well as children and parents who were united in the fond Šance onkoláčkům (Give oncologically ill children a chance). A non-standardized questionnaire was used to map the biological, psychosocial and spiritual needs. MS Excel was used to evaluate the data obtained.

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

Mgr. Andrea Filová
Ostravská univerzita v Ostravě
Lékařská fakulta
Ústav ošetrovatelství a porodní asistence
Syllabova 19
703 00 Ostrava – Zábřeh
e-mail: a.filova@email.cz

PhDr. Lucie Sikorová, Ph.D.
Ostravská univerzita v Ostravě
Lékařská fakulta
Ústav ošetrovatelství a porodní asistence
Syllabova 19
703 00 Ostrava – Zábřeh
e-mail: lucie.sikorova@osu.cz

Among the oncologically ill children and their parents were found differences in perception of preference and saturation of needs. Children and parents have a different view of priority needs and also see saturation of needs differently. The results of the study should lead to a consistent monitoring of the needs of children with oncological diseases and the improvement of nursing care.

KEYWORDS:

children, parents, oncological diseases, needs

ŠPECIFIKÁ SOCIÁLNEJ PRÁCE SO STARŠÍMI ĽUĎMI Z POHĽADU SOCIÁLNYCH PRACOVNÍKOV

JANA GABRIELOVÁ
VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ
JIHLAVA



ABSTRAKT

Článok sa zaoberá špecifikami sociálnej práce so staršími ľuďmi. V prvej časti článku sú teoreticky vymedzené špecifiká sociálnej práce podľa troch úrovní sociálnej práce – mikroúroveň, mezoúroveň a makroúroveň. V ďalšej časti sú prezentované výsledky výskumu. Cieľom výskumu bolo zistiť, ako popisujú špecifiká sociálnej práce so staršími ľuďmi sociálni pracovníci, ktorí s nimi pracujú. Kvalitatívna štúdia bola realizovaná prostredníctvom rozhovorov u 10 respondentov – osem sociálnych pracovníkov pôsobiach v domovoch pre seniorov a dvaja v domovoch so zvláštnym režimom. Sociálni pracovníci zdôrazňovali najmä špecifiká sociálnej práce so staršími ľuďmi vzťahujúce sa k mikroúrovni a mezoúrovni sociálnej práce. Najmenej pozornosti bolo venovanej makroúrovni sociálnej práce.

KLÚČOVÉ SLOVA:

domov pre seniorov, domovy so zvláštnym režimom, komunikácia, sociálna práca, spolupráca, starší ľudia

ÚVOD

Sociálna práca ako spoločensko-vedná disciplína reaguje na potreby spoločnosti a na procesy a zmeny, ktoré ju charakterizujú. V 21. storočí k nim patrí aj celosvetový fenomén – demografické starnutie populácie. Starnutie populácie so sebou prináša nové požiadavky na výkon sociálnej práce a teda aj na vzdelávanie v sociálnej práci. Vzdelávatelia implementovali do odbornej prípravy absolventov sociálnej práce aj predmety zaoberajúce sa problematikou starších ľudí. Avšak v dôsledku nových vedeckých a praktických poznatkov je potrebné tieto predmety inovovať a obohacovať. Jedným zo zdrojov inovácie môžu byť aj poznatky z praxe od sociálnych pracovníkov, ktorí so staršími ľuďmi pracujú. Z tohto dôvodu sa výskum zameriaval aj na to, aké sú špecifiká sociálnej práce so staršími ľuďmi z pohľadu sociálnych pracovníkov pôsobiacich v domovoch pre seniorov a domovoch so zvláštnym režimom.

Pri výskume bolo na tieto špecifiká nahliadané z hľadiska troch úrovní sociálnej práce – mikroúrovne, mezoúrovne a makroúrovne. Do mikroúrovne spadá poskytovanie služieb, kvalita vzťahu medzi sociálnym pracovníkom a klientom a práca s klientom. Do mezoúrovne je možné zaradiť spoluprácu s rodinou klienta, fungovanie organizácie, spoluprácu v rámci organizácie, koordináciu služieb a rozvoj organizácie. Makroúrovne predstavuje spoločenské hľadisko, teda to ako sú starší ľudia, domovy pre seniorov a domovy so zvláštnym režimom vnímaní verejnosťou (Barker, 2013; Kirst-Ashman, Hull, 2009; Matoušek, 2003; Wilmoth, Ferraro, 2013; Mizrahi, Davis, 2011; Kamanová, 2016).

ŠPECIFIKÁ SOCIÁLNEJ PRÁCE SO STARŠÍMI ĽUĎMI V RÁMCI MIKROÚROVNE SOCIÁLNEJ PRÁCE

Pitnerová a Skarupská (2009) zhrňujú špecifiká sociálnej práci so staršími ľuďmi, ktoré by sme mohli zaradiť do mikroúrovne:

- individualizovaná a plynulá práca spočíva v správnom pochopení potrieb staršieho človeka a efektívnej intervencii,
- povzbudzovanie a motivácia k aktívnemu spôsobu života vedie k skvalitneniu života staršieho človeka (programy pre starších ľudí, pomoc pri začlenení do kolektívu, prevencia sociálnej izolácie, pomoc pri rozvíjaní záujmov a pod.),
- poradenstvo o službách, pomôckach zlepši orientáciu starších ľudí vo svojich možnostiach,
- pomoc pri riešení generačných konfliktoch, pomoc pri vzájomnej komunikácii,
- pomoc pri zapojení sa do programov,
- pomoc adaptovať sa pri zmene prostredia (odchod do domova pre seniorov, domova so zvláštnym režimom),
- získať väčšie sebavedomie, oslobodiť sa od stereotypov.

Podľa viacerých autorov (Hrozenskej a kol., 2009; Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012) východiskovým bodom pri práci so staršími ľuďmi sú ich potreby, pričom sa odvolávajú na Maslowovu hierarchiu potrieb (Maslow, 2014): fyziologické potreby, potreby bezpečia (ekonomické, fyzické, psychické), sociálne potreby (informovanosti, lásky), potreba nezávislosti (autonómie, slobody, samostatného rozhodovania o vlastnom osude), potreba seberealizácie (pocit užitočnosti, sebauspokojenia), potreba spolupatričnosti (vedomie príslušnosti k určitej skupine). Podľa Elichovej a kol. (2017) je s ohľadom na celostné pojetie človeka v jeho bio-psycho-socio-spirituálnej jednote zrejmé, že kvalitná starostlivosť v starobe musí zahŕňať aj duchovnú dimenziu staršieho človeka.

Na človeka a jeho potreby je zamerané aj individuálne plánovanie. Podľa Johnovej (2011) individuálne plánovanie je nástrojom, ktorý sociálnym pracovníkom pomáha ujasniť si, čo vlastne majú robiť. Proces individuálneho plánovania je podľa tejto autorky vlastne totožný s procesom prípadovej práce: najprv zisťujeme, aká je situácia človeka, s ktorým máme pracovať, potom spoločne dohodneme, čo sa má zmeniť a ako má vyzeráť nová, lepšia situácia. Na základe toho naplánujeme postup, ako dosiahnuť zlepšenie, nadväzne sa realizujú kroky na dosiahnutie cieľov a my sledujeme, ako všetko prebieha. Nakoniec hodnotíme výsledky tým, že novú situáciu porovnáme s predtým stanovenými cieľmi.

S uspokojovaním potrieb úzko súvisí motivácia. Motivácia je hybnou pákou ľudského správania, ktorá nás núti uspokojovať svoje vlastné potreby. Chronické ochorenia potláčajú u človeka rozvoj dosiahnutých schopností a stálych hodnôt. Podkladom motivácie je úsilie organizmu dosiahnuť rovnováhu medzi sebou a prostredím takými činnosťami, ktoré vedú k vlastnému uspokojeniu a sebestačnosti. Jediný skutočný druh motivácie podľa Kľetovej (2017) je schopnosť sám seba presvedčiť o dôležitosti vlastných snáh k získaniu odpovede na otázku: Prečo sa chcem snažiť o návrat schopnosti uspokojovať svoje potreby sám? Sociálni pracovníci a zdravotníci môžu staršiemu človeku pomôcť predovšetkým tým, že ho dokážu povzbudiť v správnom postoji. Seniori potrebujú informáciu, že to skutočne zvládnu.

Podľa Hrozenskej a Dvořáčkovej (2013) a Pokornej (2010) komunikácia so seniormi môže mať svoje špecifiká a všeobecné rysy. Väčšinou súvisia s diagnostikovanou narušenou komunikačnou schopnosťou a involučnými zmenami sprevádzajúcimi starobu, napr. poruchy zrakového a sluchového analyzátora, kognitívne poruchy, psychiatrické choroby. Dôležité je prispôbiť sa rytmu a požiadavkám staršieho človeka pri vzájomnej komunikácii.

Charakteristickým rysom sociálnej práce so staršími ľuďmi spadajúcim do mezoúrovne je prepojenie zdravotnej a sociálnej starostlivosti. Zdravotné problémy spojené s pribúdajúcim vekom sa prejavujú i na sociálnej situácii klientov. Zhoršujúci sa zdravotný stav so sebou prináša obmedzenú sebestačnosť v bežných denných úkonoch a títo ľudia sú postupne stále viac odkázaní na intervenciu rodiny a tam kde rodina túto podporu nemôže poskytnúť, poskytujú ju profesionáli – sociálni pracovníci a iní. A naopak, zložité životné zmeny, ktoré so sebou nesie dôchodkový vek, prinášajú zase zdravotné riziká, ktoré je potrebné pri práci so staršími ľuďmi brať do úvahy. Aj podľa Janečkovej (2005) špecifikom sociálnej práce so staršími ľuďmi je aj to, že nie je možné určiť ostrú hranicu medzi zdravotnou starostlivosťou a sociálnou prácou. K ich prieniku dochádza ako v zdravotníckych zariadeniach, tak aj v zariadeniach sociálnych služieb. Zhoršenie zdravotného stavu so sebou zvyčajne nesie potrebu sociálnych služieb, preto je žiaduce, aby boli oba typy služieb poskytované súbežne. Z toho vyplýva, že sociálny pracovník by mal pracovať v tíme spoločne so zdravotníkmi.

Potreba tímovej spolupráce pri riešení životnej situácie klienta je u niektorých skupín obyvateľstva zreteľnejšia ako u iných. Typickými príkladmi, kde je sa táto spolupráca stáva veľmi žiaducou je starostlivosť o osoby vyššieho veku (Hegyí, Krajčík, 2010; Hrozenská a kol., 2008; Holmerová a kol., 2007; Kalvach a kol., 2014).

Spolupráca sociálnych a zdravotníckych pracovníkov v tímoch má prínosy najmä pre klientov. Spolupráca odborníkov zameraných na zdravotnú a sociálnu starostlivosť umožňuje poskytnúť klientovi kvalitnejšiu starostlivosť. Každý z odborníkov (lekár, sociálny pracovník) prináša svoj uhol pohľadu na klientovu situáciu – lekár medicínsky a sociálny pracovník sociálny (Dhooper, 2012; Gehlert, 2012; Abramson, Mizrahi, 2003). Každý člen má isté skúsenosti, zručnosti, svoj spôsob myslenia a videnia sveta. Pri spoločnom riešení sa skúsenosti a zručnosti jednotlivých členov kombinujú, na problém je nahliadané z rôznych uhlov pohľadov a tým sa ponúkajú širšie možnosti riešenia (Kolajová, 2006).

Súčasťou mezoúrovne sociálnej práce je aj spolupráca s rodinou. Podľa Kamanovej (2016), Klevetovej (2017) a McDonald (2010) prioritou pre profesionálov vždy bude schopnosť zapojiť rodinu do spolupráce na zlepšovanie úrovne sebestačnosti konkrétneho staršieho človeka. Prvé kontakty s príbuznými a získanie si ich dôvery patria k významným prvkom práce s rodinou. Je dôležité nájsť si čas na najbližších členov rodiny, zoznámiť ich čo najskôr s individuálnym plánom starostlivosti a nájsť v ňom ich rolu.

ŠPECIFIKÁ SOCIÁLNEJ PRÁCE SO STARŠÍMI ĽUĎMI V RÁMCI MAKROÚROVNE SOCIÁLNEJ PRÁCE

Podľa Národnej asociácie sociálnych pracovníkov (NASW, 2012) makroprax je široká koncepcia, ktorá zahrňuje širokú škálu aktivít sociálnej práce. Môže sa rozdeliť do troch oblastí: 1. administratívna prax, 2. komunitná prax a 3. politika a obhajovanie záujmov klientov. Aktivity na makroúrovni prinášajú výhody veľkým skupinám klientov alebo spoločnosti vo všeobecnosti zavedením rozsiahlej pozitívnej zmeny v životoch klientov prostredníctvom systémových riešení.

Aplikovaním vyššie uvedenej koncepcie makropraxe na skupinu starších ľudí ako klientov sociálnej práce získame prehľad aktivít, na ktoré by sa mohli špecializovať sociálni pracovníci v rámci makropraxe. Ide napríklad o zvyšovanie povedomia verejnosti o starobe, starších ľuďoch, zariadeniach poskytujúcich služby seniorom, a tým predchádzať mýtom, predsudkom a diskriminácii založenej na veku (ageizmus).

Podľa Vidovičovej a Rabušica (2005) ageizmus je ideológia založená na zdieľanom presvedčení o kvalitatívnej nerovnosti jednotlivých fáz ľudského životného cyklu manifestovaná cez proces systematickej, symbolickej aj reálnej stereotypizácie a diskriminácie osôb a skupín na základe ich chronologického veku a/alebo na ich príslušnosti k určitej generácii.

Prvým krokom v súvislosti s prevenciou ageizmu je jeho rozpoznanie v osobných postojoch, čo je ťažké, lebo väčšina ľudí to bude popierať, pretože si ho nie je vedomá. Predkladanie pravdivého obrazu staroby by malo byť samozrejmosťou na školách, ktorých absolventi sa budú venovať aj starším ľuďom, čo platí nie len pre sociálne vedy a medicínu, ale napr. aj pre žurnalistiku a architektúru.

Ďalšia možnosť je podpora častejšieho a aktívnejšieho osobného kontaktu so staršími ľuďmi, čo je efektívny spôsob, ako predchádzať alebo redukovať ageizmus. Bolo vyvinutých mnoho medzigeneračných programov, ktoré prospievajú obom stranám, a to nie len v USA, ale aj v ďalších krajinách. Napríklad v Nemecku a Rakúsku prebieha projekt „Internet a seniori“, kde výučba práce s počítačmi prebieha na školách v popoludňajších hodinách a starších ľudí učia stredoškólači (Tošnerová, 2002).

Výskum bol zameraný na zodpovedanie hlavnej výskumnej otázky: Aké špecifiká sociálnej práce so staršími ľuďmi popisujú sociálni pracovníci, ktorí s nimi pracujú? V súlade s touto hlavnou výskumnou otázkou boli stanovené tri čiastkové výskumné otázky (ČVO):

Aké sú špecifiká sociálnej práce so staršími ľuďmi v rámci mikroúrovne sociálnej práce?
Aké sú špecifiká sociálnej práce so staršími ľuďmi v rámci mezoúrovne sociálnej práce?
Aké sú špecifiká sociálnej práce so staršími ľuďmi v rámci makroúrovne sociálnej práce?

MATERIÁL A METÓDY

Výskum spočíval v používaní kvalitatívnych výskumných metód a techník. Technika zberu dát prebiehala pomocou pološtruktúrovaných rozhovorov. Zber dát bol realizovaný počas júna a júla 2017. Vzhľadom na anonymitu respondentov nie je špecifikovaný región zberu dát. Rozhovory boli vedené autorkou článku, nahrávané na diktafón a doslova prepísané. Pri analýze transkripcie rozhovorov bola použitá metóda otvoreného kódovania (Švaříček a kol., 2014). Prepísané rozhovory boli rozdelené na analytické jednotky (slová, vety, slovné spojenia). K jednotlivým segmentom, boli priradené kódy. Otvorené kódovanie prebiehalo metódou „*ceruzka a papier*“. Kódy boli zoskupené podľa podobností a vnútorných súvislostí do tried, kategórií a podkategórií.

Výber výskumného súboru bol realizovaný zámerným výberom. Vo výskume boli stanovené tieto kritéria pre výber respondentov:

- z hľadiska pracovného zaradenia to museli byť sociálni pracovníci s odbornou spôsobilosťou na výkon povolania sociálneho pracovníka podľa § 110 Zákona č. 108/2006 Sb. o sociálnych službách,
- museli mať priamu skúsenosť s výkonom sociálnej práce so staršími ľuďmi,
- v danom type zariadenia museli pracovať dlhšie ako 1 rok.

Výskumu sa zúčastnilo 10 sociálnych pracovníkov. Výber respondentov bol ukončený, keď došlo k teoretickej saturácii (Miovský, 2006; Reichel, 2009). Tabuľka 1 poskytuje detailnejšie informácie o výskumnom súbore.

Tabuľka 1: Socio-demografické údaje respondentov

Respondent	Pohlavie	Vzdelanie	Dĺžka praxe v organizácii	Typ zariadenia
R1	žena	vysokoškolské Mgr.	6 rokov	domov pre seniorov
R2	žena	vysokoškolské Bc.	6 rokov	domov pre seniorov
R3	žena	vysokoškolské Bc.	2 roky	domov pre seniorov
R4	žena	vyššie odborné	3 roky	domov pre seniorov
R5	žena	vyššie odborné	3 roky	domov pre seniorov
R6	muž	vysokoškolské Mgr.	6 rokov	domov pre seniorov

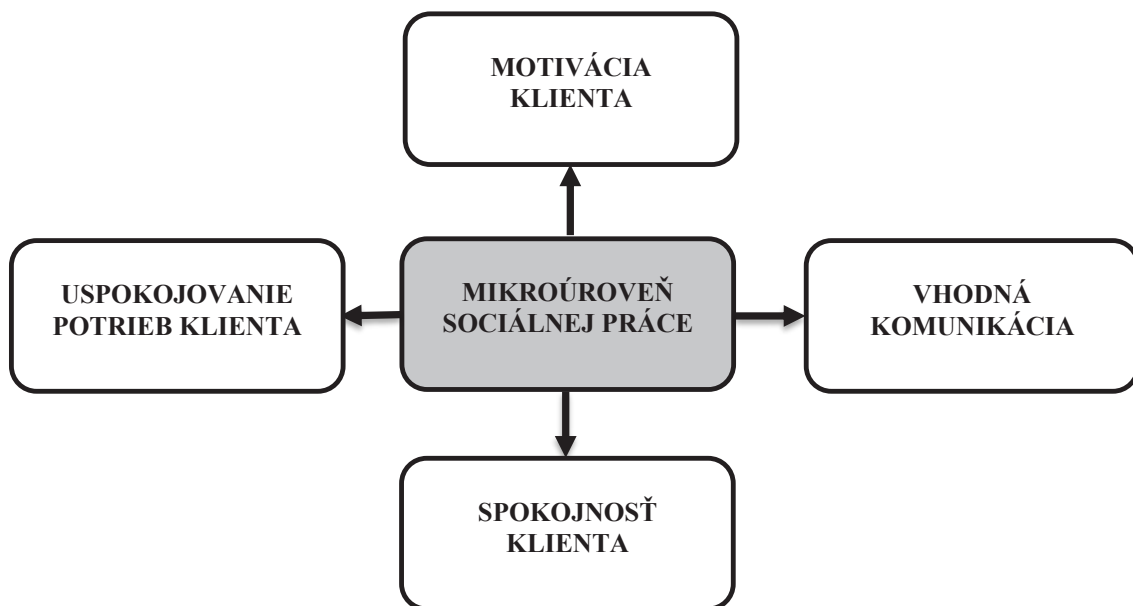
R7	žena	vysokoškolské Mgr.	9 rokov	domov pre seniorov
R8	muž	vysokoškolské Mgr.	3 roky	domov pre seniorov
R9	žena	vysokoškolské Bc.	2 roky	domov so zvláštnym režimom
R10	žena	vysokoškolské Bc.	2 roky	domov so zvláštnym režimom

VÝSLEDKY A DISKUSIA

V tejto časti sú prezentované a diskutované výsledky výskumu, ktorého predmetom bolo zistiť, aké sú špecifiká sociálnej práce so staršími ľuďmi podľa sociálnych pracovníkov pracujúcimi s touto cieľovou skupinovou sociálnej práce. Je štruktúrovaná podľa čiastkových výskumných otázok. Stanovili sme si tri čiastkové výskumné otázky (ČVO).

ČVO1: Aké sú špecifiká sociálnej práce so staršími ľuďmi v rámci mikroúrovne sociálnej práce?

Obrázok 1: Mikroúroveň sociálnej práce (zdroj: vlastný výskum)



V súvislosti s mikroúrovňou v sociálnej práci respondenti uvádzali, že za dôležité považujú poznať a uspokojiť základné potreby klientov.

Aj Janečková (2005) potvrdzuje, že v starobe mnohí ľudia strácajú schopnosť uspokojovať svoje každodenné potreby a naplňovať plány, udržiavať kontrolu nad svojím životom v miere, na akú boli zvyknutí. Tým sa významne znižuje kvalita ich života. Podpora týchto ľudí vyžaduje pochopenie a znalosť ich potrieb a preferencií.

„Tak my vypracovávame vstupné plány, kde je naznačená práve tá nepriaznivá sociálna situácia klienta, potom z tej nepriaznivej situácie vyplývajú potreby klienta. Na základe toho sa môžeme potom ďalej pri vypracovávaní individuálnych plánov opierať o ciele, ktoré vychádzajú z tých potrieb. Je tu zapísané, čo klient zvládne, prípadne nezvládne sám.“ (R1)

Uvedená respondentka v tejto súvislosti ďalej podotkla, že individuálne plánovanie považuje za najefektívnejší postup sociálnej práce so starším človekom. Aj podľa Johnovej (2011) individuálne plánovanie je nástrojom, ktorý sociálnym pracovníkom pomáha ujasniť si, čo vlastne majú robiť.

Respondenti tiež uvádzali, že významnou súčasťou ich práce je motivácia klienta. Aj podľa Kľetovej (2017) motivácia je hybnou pákou ľudského správania, ktorá nás núti uspokojovať svoje vlastné potreby.

„Snažíme sa, aby netrávil väčšinu času na izbe, ale aby sa zapojil do spoločenského diania domova, aby ho napríklad navštevovala rodina. Keď je to možné a nie je to vyložene imobilný klient tak, aby si ho rodina brala i domov.“ (R4)

Zo strany respondentov tiež zaznelo, že ich cieľom je, aby boli klient a jeho rodina spokojní. Spokojnosť klienta a rodiny je kritériom, podľa ktorého poznajú, že je ich práca s klientom úspešná.

„Klient povie, že sa mu tu (v domove pre seniorov) páči, že je spokojný, že neľutuje toho, že sem šiel a k tomu nejaká pochvala od rodiny a to je také to najdôležitejšie.“ (R3)

Špecifikom sociálnej práce so staršími ľuďmi je podľa sociálnych pracovníkov aj vhodné zvolená komunikácia, ktorá rešpektuje možnosti starších ľudí.

„Tak tá komunikácia sa líši. Napríklad u dezorientovaného klienta je komunikácia veľmi ťažká. Tam je dôležitý najmä ten očný kontakt. Keď sa klienta spýtame, či je spokojný, tak napríklad žmurkne, spraví nejaké gesto.“ (R5)

Avšak v oblasti komunikácie nie je podstatné len to, ako správne komunikovať s tým ktorým klientom ale aj to, ako sociálni pracovníci reagujú na spätnú väzbu alebo kritiku.

„Štýl komunikácie je veľmi podstatný, ako nebáť sa, možno si stanoviť to, že spätná väzba je vítaná, nech je akákoľvek. Objektívna kritika, aj keď to proste bolí, je mi to nepríjemné, tak si to jednoducho vypočúť, *vypočúť si názor tej druhej strany. A občas sa fakt zamyslieť nad tým, čo to prináša tomu človeku.*“ (R7)

Umenie správne komunikovať je zručnosťou, ktorou by mal disponovať podľa Hrozenskej a Dvořáčkovej (2013) každý pracovník v pomáhajúcich profesiách. Aj keď podľa týchto autoriek tieto komunikačné zručnosti neposkytujú klientovi pomoc, sú základným prostriedkom na to, aby pracovník nadviazal s klientom vzťah a začal riešiť jeho problém.

ČVO2: Aké sú špecifiká sociálnej práce so staršími ľuďmi v rámci mezoúrovne sociálnej práce?

Obrázok 2: Mezoúroveň sociálnej práce (zdroj: vlastný výskum)



Sociálni pracovníci sa vyjadrili, že kľúčovú úlohu pri sociálnej práci so starším človekom zohráva jeho rodina a preto je potrebné začať s ňou spolupracovať už pred nástupom potenciálneho klienta do domova.

„Už pred samotným nástupom klienta do domova spolupracujeme s rodinou. Ideme za tým prípadným budúcim klientom do prostredia, kde zrovna je a tam zisťujeme potreby, prania a všetko spíšeme. Chceme, aby v tom prirodzenom prostredí bol rodinný príslušník, pokiaľ je to možné. Tento rodinný príslušník je potom takým prostredníkom, pretože pracujeme i s tou rodinou. I rodina zaisťuje určité potreby. Takže i to hrá dôležitú rolu, čo si tá rodina praje. Veľakrát sa stane, že rodina má veľké nároky. Sama sa o toho člena rodiny nepostará a na domov pre seniorov má potom veľké nároky.“ (R6)

Respondenti sa zhodujú s vyššie uvedenými autormi (napr. Hegyi, Krajčík, 2010; Dhooper, 2012) v tom, že tímová spolupráca je nevyhnutnou súčasťou starostlivosti o starších ľudí. „Väčšina našich klientov nerieši len tu sociálnu oblasť, ale je to viazané i na ten zdravotný stav. Preto musíme komunikovať aj s ostatnými členmi tímu, aby sme vedeli, čo ten človek

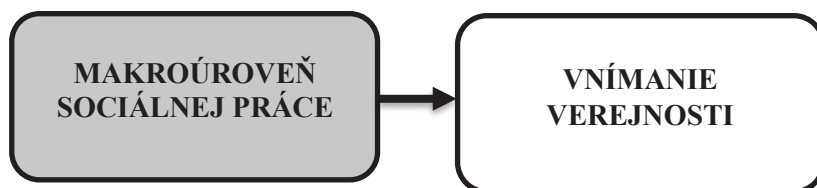
potrebuje. Tá starostlivosť o človeka by mala byť holistická, t.z. že každý síce urobíme kúsok, ale dohromady by to malo zaistiť starostlivosť o klienta ako celok“ (R7).

Sociálni pracovníci sa domnievajú, že k tomu, aby mohli kvalitne poskytovať služby starším ľuďom, je k tomu potrebná podpora zo strany vedenia organizácie.

„Tak my máme veľkú podporu zo strany vedenia. Pán riaditeľ, pani vrchná alebo i staničná sa zúčastňujú porád, povzbudzujú pracovníkov. My sme teraz menili individuálne plány a vypracovávame veľmi ťažké plány, takže tam je veľmi dôležitá tá podpora, to povzbudenie, že spoločne všetko zvládneme.“ (R2)

ČVO3: Aké sú špecifiká sociálnej práce so staršími ľuďmi v rámci makroúrovne sociálnej práce?

Obrázok 3: Makroúroveň sociálnej práce (zdroj: vlastný výskum)



Sociálne pracovníčky pracujúce so seniormi v domove so zvláštnym režimom (R9, 10) poukázali na nevyhnutnosť zamerať sa aj na spoločenské hľadisko, teda na to, ako na klientov a aj samotný domov nahliada komunita, na území ktorej sa domov nachádza.

„Keď sme otvorili domov (domov so zvláštnym režimom) reakcie okolia neboli pozitívne. Myslím, že to bolo spôsobené hlavne názvom domova, ktorý evokuje niečo ako väzenie a ľudia v okolí mali obavy a strach. Teraz je už situácia lepšia. Organizujeme Dni otvorených dverí a teda ľudia majú reálnejšiu predstavu o tom, ako domov funguje“ (R9).

„Nie sme s klientmi zatvorení len v domove. Zúčastňujeme sa aj akcií, ktoré organizuje mesto, chodíme von na zmrzlinu. Tým dávame ostatným najavo, že aj my sme tu“ (R10).

Aj keď na špecifiká sociálnej práce so staršími ľuďmi bolo nazerané z aspektu úrovni sociálnej práce, považujeme za dôležité zmieniť, že uvedené úrovne sú vzájomne prepojené a že pre kvalitné poskytovanie sociálnych služieb klientom je potrebné, aby sociálna práca na všetkých týchto úrovniach fungovala. Z obrázkov 1 až 3 je zrejmé, že respondenti kládli najvyšší dôraz na mikroúroveň sociálnej práce, potom nasledovala mezoúroveň a najmenej pozornosti venovali makroúrovni. Je to síce na jednej strane pochopiteľné (v prvom rade ide o to, aby bol spokojný klient, prípadne jeho rodina), na druhej strane sa však domnievame, že by sa záujem sociálnych pracovníkov mohol viac

sústrediť aj na makroúroveň. Barker (2013) uvádza, že v rámci makroúrovne je sociálna práca primárne zameraná na zlepšovanie a zmeny v celej spoločnosti, resp. komunite. Dôležité aktivity sú napr. rôzne typy politických akcií, komunitné činnosti, verejno-vzdelávacie kampane, správa verejných sociálnych služieb. A to sú podľa nášho názoru oblasti, na ktoré by sa mali zamerať aj vzdelávatelia v sociálnej práci a pripraviť tak budúcich sociálnych pracovníkov aj na výkon sociálnej práce v tejto úrovni.

Výskum má niekoľko limitov, ktoré sa napriek vynaloženému úsiliu nepodarilo eliminovať. Limitom výskumu je tá skutočnosť, že naše výsledky vzťahujúce sa k špecifikám sociálnej práce so staršími ľuďmi nie je možné z dôvodu veľkosti a zloženia výskumného súboru zovšeobecniť. Za ďalší limit možno považovať nerovnomerné rozloženie výskumného súboru z hľadiska pohlavia. V našom výskume bolo 8 žien a 2 muži. Tento fakt je spôsobený najmä tým, že na pozícii sociálnych pracovníkov v domovoch pre seniorov a domovoch so zvláštnym režimom pracujú prevažne ženy. Toto tvrdenie je možné doložiť aj dátami z Českého štatistického úradu (2016), ktoré ukazujú, že až 80% žien pracuje v oblasti zdravotnej a sociálnej starostlivosti.

ZÁVER

Z výsledkov výskumu vyplýva, že sociálni pracovníci akcentovali mikroúroveň sociálnej práce (uspokojovanie potrieb klienta, motivácia klienta, vhodná komunikácia a spokojnosť klienta), potom nasledovala mezoúroveň (spolupráca s rodinou klienta, tímová spolupráca a podpora vedenia organizácie) a najmenej pozornosti venovali makroúrovni (kde v podstate len dve sociálne pracovníčky zdôraznili, že ich práca spočíva aj v tom, aby bola verejnosť informovaná o starobe, starších ľuďoch, fungovaní domova a nevznikali tak predsudky a nedochádzalo k prejavom diskriminácie). Domnievame sa, že preferovanie mikroúrovne je prirodzené (na prvom mieste je klient a jeho spokojnosť), na druhej strane je však potrebné venovať viac pozornosti makroúrovne, kam spadá aj napomáhanie rozvoju vzťahov medzi domovom pre seniorov, prípadne domovom so zvláštnym režimom a komunitou, na území ktorej sa zariadenie nachádza.

Tento článok vznikol v rámci interného grantu Vysokej školy polytechnickej Jihlava pod názvom „*Specifika sociální práce při práci s vybranými cílovými skupinami*“ č. 1170/04/1716.

POUŽITÉ ZDROJE

- [1] ABRAMSON S. J., MIZRAHI, T. (2003). Understanding Collaboration Between Social Workers and Physicians: Application of a Typology. *Social Work in Health Care*, Vol. 37, No. 2, p. 71–99. ISSN 1541-034X.
- [2] BARKER, R. L. (2013). *The Social Work Dictionary*. Baltimore: Port City Press, 528 p. ISBN 0-87101-447-5.
- [3] Český statistický úřad. (2016). *Zaostřeno na ženy a muže 2016*. Praha: Český statistický úřad, 253 s. ISBN 978-80-7440-163-3.
- [4] ČEVELA, R., KALVACH, Z., ČELEDOVÁ, L. (2012). *Sociální gerontologie: Úvod do problematiky*. Praha: Grada, 264 s. ISBN 978-80-247-3901-4.
- [5] DHOOPER, S. S. (2012). *Social work in Health Care*. London: SAGE Publication, 341 p. ISBN 978-1-4522-0620-2.
- [6] ELICHOVÁ, M. a kol. (2017). *Sociální práce. Aktuální otázky*. Praha: Grada, 262 s. ISBN 978-80-271-0080-4.
- [7] GEHLERT, S. (2012). *Communication in Health Care*. In GEHLERT, S., BROWNE, T. *Handbook of Health Social Work*. New Jersey: John Wiley & Sons, p. 237-262. ISBN 978-0-470-64365-5.
- [8] HEGYI, L., KRAJČÍK, Š. (2010). *Geriatría*. Bratislava: Herba, 608 s. ISBN 978-80-89171-73-6.
- [9] HOLMEROVÁ A kol. (2007). *Vybrané kapitoly z gerontologie*. Praha: EV Public Relations, 145 s. ISBN 978-80-254-0179-8.
- [10] HROZENSKÁ, M. a kol. (2009). *Praktická příručka pre sociálnych pracovníkov pracujúcich so staršími ľuďmi*. Nitra: UKF, 103 s. ISBN 978-80-8094-474-2. s. 88-101.
- [11] HROZENSKÁ, M. a kol. (2008). *Sociálna práca so staršími ľuďmi a jej teoreticko-praktické východiská*. Martin: Osveta, 181 s. ISBN 978-80-8063-282-3.
- [12] HROZENSKÁ, M., DVOŘÁČKOVÁ, D. (2013). *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada, 191 s. ISBN: 978-80-247-4139-0.
- [13] JANEČKOVÁ, H. (2005). *Sociální práce se starými lidmi*. In MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál, s. 163-193. ISBN 80-7367-002-X.
- [14] JOHNOVÁ, M. (2011). *Individuální plánování – utajovaná síla sociální práce*. *Sociální práce/Sociálna práca*, roč. 11, č. 3, s. 5. ISSN 1805-885X.
- [15] KALVACH, Z. a kol. (2014). *Podpora rozvoje komunitního systému integrovaných podpůrných služeb*. Praha: Diakonie Českobratrské církve evangelické, 100 s. ISBN 978-80-87953-08-2.
- [16] KAMANOVÁ, I. (2016). *Sociálna práca so seniormi*. In OLÁH, M. a kol. *Sociálna práca v praxi. Najčastejšie problémy praktickej sociálnej práce*. Bratislava: IRIS, s.r.o. ISBN 978-80-89726-58-5. S. 192-219.
- [17] KIRST-ASHMAN, K. K., HULL, H.G. (2009). *Understanding Generalist Practice*. Belmont: Wadsworth Publishing, 629 p. ISBN 978-0-495-50713-0.
- [18] KLEVETOVÁ, D. (2017). *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada, 224 s. ISBN 978-80-271-0102-3.

- [19] KOLAJOVÁ, L. (2006). Týmová spolupráce. Jak efektivně vést tým pro dosažení nejlepších výsledků. Praha: Grada. 105 s. ISBN 80-247-1764-6.
- [20] MASLOW, H. A. (2014). O psychologii bytí. Praha: Portál, 232 s. ISBN 978-80-262061-8-7.
- [21] MATOUŠEK, Oldřich. (2003). Metody a řízení sociální práce. Praha: Portál, 379 s. ISBN 80-717-8548-2.
- [22] MCDONALD, A. (2010). Social Work with Older People. Cambridge: Polity Press, 195 p. ISBN 978-0-7456-3956-7.
- [23] MIOVSKÝ, M. (2006). Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu. Praha: Grada Publishing, 332 s. ISBN 80-247-1362-4.
- [24] MIZRAHI, T., DAVIS, E. L. (2011). The Encyclopedia of Social Work. New York: Oxford University Press, 2208 p. ISBN 978-0-19-531036-8.
- [25] NASW (2012). Macro Social Work Practice Review [online]. [cit. 2017–10–12]. Dostupné z: <https://www.google.sk/>

SPECIFICS OF SOCIAL WORK WITH THE ELDERLY FROM THE POINT OF VIEW OF SOCIAL WORKERS

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

Mgr. Jana Gabrielová, PhD.
Vysoká škola polytechnická Jihlava
Katedra sociální práce
Tolstého 16
586 01 Jihlava
e-mail: jana.gabrielova@vspj.cz



ABSTRACT

This article deals with the specifics of social work. In the first part of the article, there are theoretically defined the specifics of social work according to three levels of social work – micro level, mezzo level and macro level. The results of the research are presented in the next part. The aim of the research was to find out how are the specifics of social work with the elderly described by social workers working with the elderly. A qualitative study was conducted through interviews with 10 participants – eight social workers working in homes for the elderly and two in special care homes. Social workers particularly emphasized the specifics of social work with the elderly related to micro level and mezzo level of social work. The least attention was paid to the macro level of social work.

KEYWORDS:

home for the elderly, special care homes, communication, social work, cooperation, the elderly

FETÁLNY ALKOHOLOVÝ SYNDRÓM - INFORMOVANOSŤ VEREJNOSTI

INGRID JUHÁSOVÁ
VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ
JIHLAVA

PAVOL BEŇO
TRNAVSKÁ UNIVERZITA V TRNAVE

ZUZANA JANUŠKOVÁ
TANAMED S.R.O., MESTSKÁ
POLIKLINIKA DRUŽBA TRNAVA

ABSTRAKT

Fetálny alkoholový syndróm (FAS) je významný problém zdravia, ktorý je zapríčinený konzumáciou alkoholu počas tehotenstva. Cieľom prieskumu bolo zistiť súvislosti medzi informovanosťou verejnosti o FAS s pitím alkoholu u žien v priebehu tehotenstva. Bol zvolený kvantitatívny prieskum v ktorom sme využili autorizovaný dotazník s názvom Fetalalcohol Syndrome Survey: 2001, bol súčasť projektu informačnej kampane zameranej na zvyšovanie povedomia o FAS v Spojených štátoch amerických. Vzorku nášho prieskumu tvorilo 420 respondentov pochádzajúcich z 8 krajov Slovenska, priemerný vek bol 29 rokov ($SD=8,2$; min.15; max.75). Zistili sme, že 3/4 respondentov nepozná pojem FAS. Štatistická významnosť rozdielov v informovanosti vzhľadom na pohlavie je signifikantná ($p \leq 0,05$), pričom väčšia informovanosť o FAS bola zistená u žien. Na základe porovnania veku a vzdelania ľudí informovaných a neinformovaných o FAS, bolo zistené, že existuje signifikantný ($p \leq 0,05$) rozdiel, skupina respondentov, ktorá má vedomosť o FAS je vekovo staršia

a má vyššie vzdelanie než skupina respondentov bez vedomosti o FAS. Na základe výsledkov odporúčame v pravidelných intervaloch minimálne raz ročne monitorovať informovanosť verejnosti o FAS a prostredníctvom celoslovenskej informačnej kampane zvyšovať povedomie verejnosti o FAS. Multiodborová spolupráca je nevyhnutná na všetkých úrovniach starostlivosti.

KLÍČOVÁ SLOVA:

fetálny alkoholový syndróm, alkohol, tehotenstvo, informovanosť

ÚVOD

Problematika škodlivého užívania alkoholu je v celosvetovom meradle považovaná za jeden z hlavných rizikových faktorov poškodení zdravia a chorobných stavov, ktorý má závažný vplyv na zdravie. Podľa Centers for disease control and prevention (CDC, 2016) sa odhady prevalence užívania alkoholu u žien v priebehu tehotenstva líšia štát od štátu. Mardby et al. (2017) vo svojej Európskej štúdii zistili, že najvyšší podiel žien konzumujúcich alkohol pochádza z Veľkej Británie, Ruska a Švajčiarska, naopak najmenej žien konzumujúcich alkohol počas tehotenstva pochádza z Nórska, Švédska a Poľska. Zo zistení surveillance Spojených štátov amerických (USA) z roku 2011 až 2013, ktorá bola vykonaná v 50 štátoch USA u žien v plodnom veku (18 až 44 rokov) jedna z 10 žien užila alkohol počas tehotenstva a jedna z 33 uviedla, že v posledných 30 dňoch vypila 4 alebo viac alkoholických nápojov pri jednej príležitosti. Podľa CDC (2016) bol najvyšší výskyt užívania alkoholu počas tehotnosti zistený u slobodných a vysokoškolsky vzdelaných žien vo veku 35 až 44 rokov. Gray a Henderson (2006) uvádzajú, že spotreba alkoholu má u žien v plodnom veku (15 až 44 rokov) zvyšujúci trend. Najvyššia spotreba alkoholu bola zaznamenaná u mladých žien vo veku 16 až 24 rokov a približne 1/3 matiek užila alkohol počas tehotenstva.

Alkohol nepriaznivo vplýva aj na reprodukčný systém ženy, pričom špecifickým a jedinečným stavom u ženy je tehotenstvo. Účinkom alkoholu môže prísť dieťaťo k retardácii, zaostávaniu v telesnom raste a poškodeniu centrálného nervového systému, čo sa neskôr prejavuje najmä poruchami pamäti, učenia a problémami so správaním.

Súbor príznakov u novorodenca, ktoré vznikli počas tehotenstva následkom nadmerného pitia alkoholu u matky definujú Mukherjee, Hollins a Turk (2006) ako FAS. Podľa Maya a Gossageho (2011) je FAS diagnostikovaný prostredníctvom 4 kritérií, a to:

1. expozíciou alkoholom v priebehu intrauterinného vývoja,
2. retardáciou telesného rastu,
3. dysfunkciou CNS,
4. fasciálnou dysmorfiou.

May a Gossage (2011) uvádzajú, že prenatálna expozícia alkoholu na plod môže mať za následok celú radu poškodení ktorých rozpätie je veľmi variabilné, od rôznych fyzických a orgánových defektov až po širokú škálu psychických problémov. Podľa Boronata et al. (2017) špecifickou skupinou týchto poškodení je Fetal Alcohol Spectrum Disorders (FASD) – poruchy fetálneho alkoholového spektra.

Vaux (2015) udáva, že doposiaľ neboli vykonané žiadne komplexné populačné štúdie založené na štandardizovaných diagnostických metódach používaných na dostatočne veľkej reprezentatívnej vzorke detí. Podľa Foxa et al. (2015) sa odhady prevalencie v literatúre líšia v závislosti od použitej metodiky a študovanej populácie.

Presné štatistiky výskytu FAS nie sú k dispozícii, aj preto, že FAS nemusí byť úplne vyvinutý (Canadian Paediatric Society, 2010; CDC, 2016a; Fox et al., 2015; Freckelton, 2016; Memo et al., 2013; May, Gossage, 2016; NIAAA, 2000; RÚVZ – KE, 2016). Publikované odhady sa líšia od 0,67 po 3 z 1000 živonarodených detí (NIAAA, 2000). Podľa Mema et al. (2013) sú v Kanade odhadované ročné náklady na FASD a FAS viac ako 5 miliárd dolárov. Health Agency Public of Canada za rok 2005 udáva, že asi 1% Kanaďanov má FASD a tento syndróm je jednou z hlavných príčin mentálnej retardácie v Kanade. V roku 2014 sa jeho výskyt odhaduje na jedno z každých 100 živonarodených detí a jeho prevalencia sa pohybuje medzi 2% a 5% (Freckelton, 2016). Výskyt FASD je v niektorých oblastiach 7 prípadov na 1000 živonarodených detí, pričom rizikovým faktorom v týchto oblastiach je nízky socioekonomický status, pokročilý vek matky, stres a samozrejme nadmerné pitie alkoholu (Poulos et al., 2014).

May a Gossage (2016) udávajú, že celková prevalencia FAS v Spojených štátoch amerických (USA) sa podľa Institute of Medicine pohybuje od 0,5 do 3,0 na 1000 živonarodených detí. Canadian Paediatric Society (2010) na základe populačných štúdií odhaduje celkový výskyt FASv rozmedzí 2,8 na 1000 a 4,8 na 1000 živo narodených detí. Výskyt kombinácie FAS a ARND (Alcohol related Neurodevelopmental Disorders) je 9,1 na 1000 živonarodených detí. Podľa CDC (2016) sa na základe komunitných štúdií a pomocou fyzikálnych vyšetrení odhaduje, že výskyt FASD v USA a v niektorých západoeurópskych krajinách by mohol byť rovnako vysoký, a to 2 až 5 zo 100 detí v školskom veku (2 až 5 % populácie). Mukherjee, Hollins a Turk(2015) poukazujú na štúdie realizované v Južnej Amerike, Taliansku, Chorvátsku a v Amerike, kde je odhadovaná prevalencia FAS zhruba 1 na 1000 živonarodených detí, pričom v niektorých regiónoch je toto číslo väčšie. V určitých oblastiach Južnej Afriky sa prevalencia pohybuje na úrovni 8,1 na 1000 živonarodených detí a štúdie vykonané v regiónoch s nižším socioekonomickým prostredím v Chorvátsku a Taliansku zistili výskyt FAS medzi 3,2 a 4,0 na 1000 živonarodených detí. Avšak metodika, ktorá bola použitá pri týchto štúdiách bola kritizovaná vzhľadom na interpretačné metódy použité pri prideľovaní prípadov, a preto sa WHO začala od roku 2011 venovať niekoľkým štúdiám určeným na zistenie miery prevalencie FAS a FASD. Memo et al. (2013) uvádzajú, že Talianska retrospektívna štúdia na 543 základných školách ukázala prevalenciu FAS medzi 3,7 a 7,4 na 1000 živonarodených detí a FASD medzi 20,3 a 40,5 na 1000 živonarodených detí. Prevalencia FAS sa z pohľadu Mirandy (2015) pohybuje od 0,05 až 0,2% v populácii USA a v Juhoafrickej republike 6 až 9%. Odhadovaná prevalencia celkového spektra FASD je v rozmedzí od 2 až 5% populácie školského veku v USA a západnej Európe, 14 až 21% v Južnej Afrike.

Podľa Canadian Paediatric Society (2010) diagnostické a liečebné služby FAS si vyžadujú multidisciplinárny prístup, ktorý zahŕňa lekára, psychológov, pedagógov, učiteľov, odborníkov v sociálnych službách, rodinných terapeutov, sestry a podporné komunitné organizácie. Za dôležité sa považuje tréning špecialistov zaoberajúcich sa identifikáciou tohto syndrómu a jeho následnou terapiou, ktorá je individuálna u každého pacienta postihnutého FAS. Podľa Landgraf, Nothacker a Heinen (2013) nie je diagnostika FAS jednotná vo všetkých krajinách. Lekári často nemajú dostatok vedomostí o tejto diagnóze alebo nepoznajú diagnostické kritéria na určenie tohto syndrómu. Následkom toho FAS zostáva nepovšimnutý, čím pacienti a ich rodiny prichádzajú o možnosť adekvátnej podpory a špecifickej terapie.

V USA je k dispozícii niekoľko organizácií, ktoré sa venujú problematike FAS, ako napríklad Centers for Disease Control and Prevention (CDC), American Academy of pediatrics FASD Toolkit, NOFAS (CDC, 2016). Na Slovensku v súčasnej dobe vzniká centrum FAS, ako projekt Nadácie Petra Dvorského – HARMONY, ktorého súčasťou je školenie tímu odborníkov, zameraných na prevenciu, diagnostiku a následnú terapiu pacientov postihnutých FAS.

Tsang a Elliott (2017) sú názoru, že existuje naliehavá celosvetová potreba vynaložiť iniciatívu na zabránenie FAS. Tá by mala spočívať vo zvyšovaní povedomia verejnosti o tomto probléme, vzdelávania zdravotníkov a v edukácii žien o škodlivých účinkoch alkoholu.

CIEĽ, MATERIÁL A METÓDY

Cieľom prieskumu bolo zistiť súvislosti medzi informovanosťou verejnosti o fetálnom alkoholovom syndróme a pitím alkoholu v priebehu tehotenstva. V prieskume bola použitá prvá časť (8 položiek) pôvodného dotazníka Fetal alcohol Syndrome Survey (FASS): 2001 (North Dakota State..., 2003), ktorý obsahuje 16 prieskumných položiek rozdelených do dvoch oblastí, z toho položky 13 až 16 zisťujú sociodemografické znaky respondentov. Zostávajúce dotazníkové položky sa v pôvodnom dotazníku zameriavajú na vedomosti súvisiace s fajčením a užívaním drog počas gravidity. Dotazník použitý v našom prieskume zisťuje mimo prvej prevzatej oblasti zameranej na informovanosť o FAS v ďalšej oblasti zdroj informácií, ktoré vplývajú na verejnosť v súvislosti s dôsledkami požívania alkoholu a tretia oblasť dotazníka bola určená len pre ženy, ktoré sú alebo boli tehotné a boli zisťované skúsenosti žien a ich prístup k užívaniu alkoholu v priebehu tehotenstva.

Prieskum bol realizovaný v mesiacoch júl až september 2016 formou online dotazníka, ktorý bol distribuovaný prostredníctvom webovej služby Survio. Respondenti boli uistení, že dotazník je dobrovoľný a anonymný, výsledky budú použité len pre vedecké účely.

Za cieľovú skupinu respondentov sme si určili verejnosť od 15 rokov. Hranicu tejto vekovej kategórie sme si stanovili rovnakú ako bola aj vo výskume FASS: 2001 a FASS: 2003 (North Dakota State..., 2003) a tvrdenia IUVENTY – Slovenského inštitútu mládeže (2014), ktorý vo svojej správe o mládeži uvádza, že viac ako polovica 15 ročných školákov udáva ťažké epizodické pitie za posledných 30 dní, čím vysoko prevyšujeme európsky priemer.

Prieskumu sa zúčastnilo 420 respondentov (on-line), priemerný vek 29,3 rokov (SD=8,2), medián aj modus zhodne 27 rokov v rozpätí od 15 (min.) do 75 (max.). Medzikvartilové rozpätie, teda polovica všetkých hodnôt okolo mediánu sa nachádzala v intervale 25 až 32 rokov. Zo 420 (100%) respondentov bolo najviac žien až 325 (77%) a 95 (23%) mužov. 182 (43%) respondentov uviedlo ako najvyššie ukončené vzdelanie stredoškolské s maturitou. Najmenej respondentov – 3 (1%) mali vysokoškolské vzdelanie 3. stupňa.

Získané výsledky boli spracované prostredníctvom programu Microsoft Word 2007, Microsoft Office Excel 2007 a programu SPSS verzia 21.0. Výsledky sú spracované na úrovni deskriptívnej (absolútna a relatívna početnosť) a induktívnej štatistiky (chí-kvadrát test, Mann-Whitneyho U test).

VÝSLEDKY

Prostredníctvom 1. položky sme zisťovali, či je pojem fetálny alkoholový syndróm respondentom známy. Až 328 (78%) uviedlo, že o FAS nepočuli a 92 (22%) respondentom bol pojem FAS známy.

Pri položke zisťujúcej či pitie alkoholu počas tehotenstva zvyšuje riziko mentálnej retardácie pre plod, respondenti odpovedali kladne 348 krát (21%). 56 krát (3%) respondenti uviedli možnosť neviem a 16 krát (1%) bola respondentmi označená možnosť nie. Pri tvrdení, či pitie alkoholických nápojov v priebehu tehotenstva môže zapríčiniť potrat, označili respondenti 343krát (20%) možnosť áno, 65krát (4%) bola respondentmi označená možnosť neviem a 12 krát (1%) bola uvedená možnosť nie. Tvrdenie, že užívanie alkoholu počas gravidity zvyšuje riziko nízkej pôrodnej hmotnosti dieťaťa bolo ako pravdivé označené toto tvrdenie 303 krát (18%), možnosť neviem bola uvedená 95 krát (6%) a 22 krát (1%) bola respondentmi označená možnosť nie. V tvrdení, že pitie alkoholických nápojov v priebehu tehotenstva zvyšuje riziko vrodených chýb bola uvedená možnosť áno 355 krát (21%), 56 krát (3%) bola respondentmi označená možnosť neviem a 9 krát (1%) bola uvedená možnosť nie.

V časti dotazníka, ktorá bola určená len pre ženy, ktoré boli, alebo sú tehotné, uviedlo 133 (55%) žien z 243 (100%), že im počas tehotnosti bol ponúknutý alkoholický nápoj. 110 (45%) žien uviedlo, že im alkohol nebol ponúknutý. Nadväzujúca položka, bola určená ženám, ktoré uviedli, že im bol ponúknutý alkohol v priebehu tehotenstva. Zisťovali sme, ako respondentky na ponúknutý alkohol zareagovali. Aj napriek tomu, že

133 žien uviedlo, že im bol počas tehotenstva ponúknutý alkohol, tak na túto položku odpovedalo 140 respondentiek, z nich odmietlo vypiť ponúknutý alkohol 83 (60%). 52 (37%) respondentiek uviedlo, že si pripilo iba symbolicky, 3 (2%) respondentky označili možnosť neviem, nechcem odpovedať a 2 (1%) respondentky ponúknutý pohárik vypili. Overovali sme existenciu rozdielov medzi informovanosťou verejnosti o FAS vzhľadom k vybraným demografickým položkám (pohlavie, vek, vzdelanie). Odpovede o rozdiely v informovanosti (položka 1) vzhľadom na pohlavie sme získali vypracovaním krížových tabuliek a výpočtom príslušných chí-kvadrát testov (Tab. 1).

Tab. 1: Rozdiel v informovanosti vzhľadom na pohlavie

Pohlavie		Informovanosť o FAS		
		Áno	Nie	N
Muži	N	5	90	95
	Očakávaný počet	20,8	74,2	95
	%	5,30	94,70	100,00
Ženy	N	87	238	325
	Očakávaný počet	71,2	253,8	325
	%	26,80	73,20	100,00
Chí-kvadrát	Hodnota	df	Sig.	
	19,875a	1	0,000	

Z tabuľky 1 vidíme, že štatistická významnosť rozdielov je Sig. < 0,001 (p=0,000). Väčšia informovanosť o FAS je u žien (26,80%) než u mužov (5,30%).

Demografické premenné ako faktory súvisiace s informovanosťou o FAS sme zisťovali na základe porovnania veku a vzdelania ľudí informovaných a neinformovaných – rozdelenie súboru podľa odpovede na prieskumnú položku 1. Vek a vzdelanie sú tu kvantitatívnymi premennými, ktoré sme porovnávali medzi uvedenými dvomi skupinami (informovanými o FAS neinformovanými o FAS), k čomu bol použitý Mann-Whitneyho U test (Tabuľka 2).

Tab. 2: Rozdiel v informovanosti vzhľadom na vek a vzdelanie

Informovanosť FAS		N	Priemerné poradie	Mann-Whitneyho test	
Vek	Áno	92	237,47	U	12606,5
	Nie	328	202,93	Z	-2,417
	N	420		Sig.	0,016
Vzdelanie	Áno	92	262,46	U	10308
	Nie	328	195,93	Z	-4,902
	N	420		Sig.	0,000

V tabuľke 2 evidujeme v oboch výpočtoch štatistickú významnosť Sig. < 0,05 ($p=0,000$). Rozdiely vo veku aj vo vzdelaní medzi respondentmi vzhľadom na informovanosť sú významné. Na základe priemerných poradí interpretujeme, že skupina, ktorá má vedomosť o FAS je významne vekovo staršia než skupina, ktorá nemá vedomosti o FAS. Skupina, ktorá má vedomosť o FAS má významne vyšší stupeň vzdelania než skupina bez vedomosti o FAS.

Existenciu súvislosti medzi informovanosťou o FAS a pitím alkoholu u žien v priebehu tehotenstva sme overovali na základe výpočtu chí-kvadrát testu, ktorý porovnáva výskyt kategórií odpovedí na prieskumnú položku súvisiacu s reakciou žien na ponúknutý alkohol v priebehu tehotenstva vzhľadom k odpovedi na prieskumnú položku či ženy boli informované o FAS, alebo nie (Tabuľka 3).

Tab. 3: Súvislosť medzi informovanosťou o FAS a pitím alkoholu u žien v priebehu tehotenstva

Informovanosť o FAS		Ponúknutý pohárik počas tehotenstva		
		Odmietla som	Iba symbolicky alebo vypila	N
Áno	N	29	13	42
	Očakávaný počet	25,4	16,6	42
	%	69,00	31,00	100,00
Nie	N	54	41	95
	Očakávaný počet	57,6	37,4	95
	%	56,80	43,20	100,00
Chí-kvadrát	Hodnota	df	Sig.	
	1,817a	1	0,178	

V tabuľke 3 je možné vidieť početnosti zastúpenia jednotlivých kategórií v krížovej tabuľke a výsledok Chí-kvadrát testu so $\text{sig.} > 0,05$, ktorá vypovedá o nevýznamnosti ($p = 0,178$) rozdielov v odmietnutí či symbolickom odpití či vypití ponúknutého pohárika počas tehotenstva medzi ženami ktoré vedia o FAS a tými, ktoré o syndróme nevedia.

DISKUSIA

V tomto prieskume bolo zistené, že len 22 % respondentom má informácie o FAS, pričom až 95 % respondentov v prieskume FASS: 2001 (North Dakota State..., 2003) uviedlo, že počulo o FAS a po edukačnej kampani v prieskume FASS: 2003 (North Dakota State..., 2003) sa tento počet zvýšil na 98 %.

Zistili sme, že výsledky nášho prieskumu sú takmer na rovnakej úrovni ako zistenia North Dakota State... (2003). 83 % respondentov nášho prieskumu si správne myslí, že pitie alkoholu počas tehotenstva zvyšuje riziko mentálnej retardácie pre plod. V prieskume FASS: 2003 po edukačnej kampani správne odpovedalo až 90 % respondentov. Freckelton (2016) udáva, že FAS zapríčiňuje mentálnu retardáciu u 1 z 1000 detí v USA a je jednou z hlavných príčin mentálnej retardácie v Kanade.

82 % respondentov nášho prieskumu správne odpovedalo, že pitie alkoholických nápojov v priebehu tehotenstva môže zapríčiniť potrat. V prieskumoch FASS: 2001 a FASS: 2003 (North Dakota State..., 2003) boli zistenia podobné, správne odpovedalo 75 % respondentov. EBCOG (2016) uvádza, že požívanie alkoholu u tehotných žien vedie k riziku poškodenia plodu, spontánneho potratu, predčasného pôrodu dieťaťa, narodeniu dieťaťa s nízkou pôrodnou hmotnosťou, pôrodu mŕtvonarodeného dieťaťa alebo môže byť príčinou rôznych popôrodných komplikácií. Už v dávnej minulosti boli Aristotelom popásané škodlivé účinky alkoholu na plod (Perlstein, 2016). Predpokladáme, že zistenia v našom a aj prieskumoch North Dakota State ... (2003) sú zistenia podobné a že väčšina respondentov správne odpovedala na tvrdenia týkajúce sa FAS na základe tradovania informácií o negatívnych účinkoch alkoholu z generácie na generáciu.

Tvrdenie, že užívanie alkoholu počas gravidity zvyšuje riziko nízkej pôrodnej hmotnosti dieťaťa považuje za pravdivé 72% respondentov prieskumu. V prieskume FASS: 2001 uviedlo správnu odpoveď 81% respondentov a v prieskume FASS: 2003 správne odpovedalo 87% respondentov (North Dakota State ..., 2003).

85% respondentov správne označilo, že pitie alkoholických nápojov v priebehu tehotenstva zvyšuje riziko vrodených chýb. Podobne aj v prieskumoch FASS: 2001 a FASS: 2003 (North Dakota State..., 2003) správne odpovedalo 81% respondentov.

Existenciu rozdielov medzi informovanosťou verejnosti o FAS vzhľadom k vybraným demografickým položkám (pohlavie, vek, vzdelanie) sme zisťovali vypracovaním krížových

tabuliek a výpočtom príslušných chí-kvadrát testov. Zistili sme, že štatistická významnosť rozdielov vzhľadom na pohlavie je signifikantná ($p=0,000$). Väčšia informovanosť o FAS je u žien v porovnaní s mužmi. Predpokladáme, že je to spôsobené tým, že ženy ako rodičky sa viac zaoberajú problematikou tehotenstva a s tým súvisiacimi negatívnymi dopadmi na plod. Väčšia informovanosť u žien ako u mužov môže súvisieť aj so zistením Public Health of Canada (2006), zistili, že na ženy viac pôsobia informačné materiály ako napr. plagáty, letáky v čakárňach ambulancií, televízna reklama či informácie od zdravotníckych pracovníkov.

Na základe porovnania veku a vzdelania ľudí informovaných a neinformovaných prostredníctvom Mann-Whitneyho U testu bolo zistené, že existuje signifikantný rozdiel v informovanosti ($p=0,000$). Na základe priemerných poradí interpretujeme, že skupina respondentov, ktorá má vedomosť o FAS je vekovo staršia než skupina, ktorá nemá vedomosti o FAS. Skupina respondentov, ktorá má vedomosť o FAS má vyššie vzdelanie než skupina respondentov bez vedomosti o FAS. Naše zistenia podporili zistenia Mema et al. (2013), ktorí za rizikové faktory vzniku FAS považujú nízky vek a nízky socioekonomický status matky. Avšak podľa Mårdbý et. al. (2017) sú práve vyšší vek a vzdelanie považované za najvýznamnejšie sociodemografické faktory v súvislosti s konzumáciou alkoholu počas tehotenstva. Vo svojej medzinárodnej Európskej štúdii zameranej na konzumáciu alkoholu počas tehotenstva zistili, že ženy, ktoré sa priznali ku konzumácii alkoholu počas tehotenstva mali vyššie vzdelanie a boli vekovo staršie než tie, ktoré nemali túto potrebu. Podobné zistenia uvádzajú aj Melchior et al. (2015), ktorí zistili, že vyššia úroveň vzdelania súvisí so zvýšenou spotrebou alkoholu v populácii. Avšak Chambers et al. (2014) zistili, že ženy, ktoré konzumujú alkohol počas tehotenstva sú nižšieho vzdelania.

Viac ako 1/2 respondentiek zúčastnených prieskumu, ktoré sú alebo boli tehotné, mali ponúknutý alkoholický nápoj v priebehu tehotenstva, z toho 60% respondentiek ponúknutý alkoholický nápoj odmietlo a 37 % respondentiek si pripilo iba symbolicky. Zo štúdie Popovej et al. (2017) vyplýva, že celosvetovo asi 10 % žien v bežnej populácii konzumuje alkohol počas tehotenstva, a jedna zo 67 týchto žien zapríčiní svojmu dieťaťu FAS.

Na základe výpočtu chí-kvadrát testu, ktorý porovnával výskyt kategórií odpovedí na prieskumnú položku súvisiacu s reakciou žien na ponúknutý alkohol v priebehu tehotenstva vzhľadom k odpovedi na prieskumnú položku či ženy boli informované o FAS, interpretujeme zistenú nesignifikantnosť ($p=0,178$), že vedomosť o FAS nesúvisí s tým, či žena odmietla alebo symbolicky odpila z ponúknutého pohárka v priebehu tehotenstva.

LIMITÁCIE

Sme si vedomí určitých limitácií nami realizovaného prieskumu. Jedným je súbor respondentov, ktorým bola verejnosť Slovenska od 15 do 75 rokov. Preto výsledky nášho prieskumu nemôžeme zovšeobecňovať, sú platné len v našom súbore respondentov. Ďalším problémom môže byť, ako sa naše zistenia blížia k realite a či by pri použití iných techník boli výsledky rovnaké. Nesporným pozitívom je skutočnosť, že časť nami modifikovaného dotazníka bola už použitá v inom výskume. Napriek týmto limitáciám, majú zistenia prieskumu význam pre identifikáciu nedostatkov informovanosti o FAS u verejnosti a na základe nich vieme navrhnúť účinné stratégie zamerané na prevenciu tohto zdravotníckeho problému.

V nadväzujúcich výskumoch odporúčame zamerať pozornosť na test, retest v súvislosti s edukačnou kampaňou o škodlivom vplyve alkoholu v tehotenstve a možných následkoch ako je FAS.

ZÁVER

V súčasnosti je alarmujúce masové rozširovanie závislých v čoraz mladších ročníkoch, pričom štatistiky na Slovensku i vo svete dokazujú nárast počtu žien závislých od alkoholu. Alkohol okrem iného veľmi nepriaznivo vplyva na reprodukčný systém ženy, pričom špecifickým a jedinečným stavom u ženy je tehotenstvo. FAS je súbor príznakov, ktorý môže vzniknúť u novorodenca vplyvom užívania alkoholu počas tehotenstva, presné štatistiky výskytu FAS nie sú k dispozícii, aj preto, že FAS nemusí byť úplne vyvinutý. Účinné stratégie zamerané na prevenciu FAS sú potrebné na celosvetovej ako aj na národnej úrovni. Navrhujeme pravidelne každý rok monitorovať vedomosti populácie a zvyšovať povedomie verejnosti o FAS s konečným cieľom zmeniť postoj k užívaniu alkoholu u žien, najmä v priebehu tehotenstva. Je potrebné, aby pediatri, sestry, psychológovia vedeli o FAS z dôvodu aplikovania včasných intervencií. V prípade podozrenia na FAS je dôležité deti odoslať na diagnostiku aj napriek stigmatizácii a obavám z reakcií rodiny. V rámci edukácie je potrebná multidisciplinárna spolupráca lekár – gynekológ so sestrou/pôrodnou asistentkou, tí by mali venovať pozornosť nielen tehotným, ale i ženám v plodnom veku. Už v rámci preventívnych prehliadok upozorňovať ženy, ako budúce rodičky o negatívnych a pravdepodobných následkoch konzumácie alkoholu. V prípade zistenia problému u ženy s alkoholom, ponúknuť jej možnosti pomoci. Avšak aj široká verejnosť musí mať dostatok informácií o nevhodnosti užívania alkoholu počas tehotenstva a o následkoch, ako je vznik FAS. Spolupráca vzdelávacích inštitúcií s pediatriami, psychológmi, odborníkmi iných profesií musí byť prepojená a plynulá pri potencionálnom podozrení na FAS. Do procesu zvyšovania povedomia o FAS je vhodné zapojiť aj mládež na základných a stredných školách. V rámci sexuálnej výchovy, výchovy k rodičovstvu, alebo pri aktivitách zameraných na zvyšovanie zdravia jednotlivcov a tým aj celej spoločnosti.

POUŽITÉ ZDROJE

- [1] BORONAT, S. et al. 2017. Seizures and electroencephalography findings in 61 patients with fetal alcohol spectrum disorders. In *European Journal of Medical Genetics*. [online]. 2017, vol. 60, Issue 1 [cit. 2017-03-26]. p. 72 – 78. Dostupné na internete: <http://ezproxy.cvtisr.sk:2092/S1769721216303160/1-s2.0-S1769721216303160-main.pdf?_tid=fd7dfb02-126d-11e7-ba3d-00000aacb361&acdnat=1490565107_0a2ea14522a7e745aaa02682a68af94d>. ISSN 1769 – 7212.
- [2] CANADIAN PAEDIATRIC SOCIETY. 2010. *Fetal alcohol syndrome*. [online]. [cit. 2016-08-06]. Dostupné na internete: <<http://www.cps.ca/documents/position/fetal-alcohol-syndrome#addendum>>.
- [3] CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. 2016. *Fetal Alcohol Spectrum Disorders (FASDs): Data a Statistics*. [online]. [cit. 2016-07-20]. Dostupné na internete: <<http://www.cdc.gov/ncbddd/fasd/data.html>>.
- [4] EUROPEAN BOARD & COLLEGE OF OBSTETRICS AND GYNAECOLOGY. 2016. EBCOG Position Paper on Alcohol and pregnancy. In *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. [online]. 2016, vol. 202, No. 7 [cit. 2017-02-17]. p. 99 – 100. Dostupné na internete: <http://ezproxy.cvtisr.sk:2092/S0301211516301713/1-s2.0-S0301211516301713-main.pdf?_tid=c407561e-097d-11e7-b806-00000aab0f6c&acdnat=1489582322_f88eb72f721224f34173449fe935cb9c>. ISSN 0301 – 2115.
- [5] FOX, D.J. et al. 2015. *Fetal Alcohol Syndrome Among Children Aged 7–9 Years — Arizona, Colorado, and New York, 2010*. [online]. [cit. 2016-08-09]. Dostupné na internete: <<http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6403a2.htm>>.
- [6] FRECKELTON, I. 2016. Expert evidence in fetal alcohol spectrum disorder cases. In *Ethics, Medicine and Public Health*. [online]. 2016, vol. 2, Issue 1 [cit. 2016-07-26]. p. 59 – 73. Dostupné na internete: <http://ezproxy.cvtisr.sk:2092/S2352552516000086/1-s2.0-S2352552516000086-main.pdf?_tid=bf126ab0-073c-11e7-8bf8-00000aab0f27&acdnat=1489334494_262703049eb64f623fd863bbc1ff758a>. ISSN 2352 – 5525.
- [7] GRAY, R. – HENDERSON, J. 2006. *Report to the department of health: Review of the fetal effects of prenatal alcohol exposure*. [online]. [cit. 2016-07-20]. Dostupné na internete: <<https://www.npeu.ox.ac.uk/downloads/files/reports/Alcohol-in-Pregnancy-Report.pdf>>.
- [8] CHAMBERS, CH. D. et al. 2014. Prevalence and Predictors of maternal Alcohol Consumption in 2 Regions of Ukraine. In *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. [online]. 2014, vol. 38, Issue 4 [cit. 2017-02-26]. p. 1012 – 1019. Dostupné na internete: <<https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-84898025844&origin=inward&txGid=4165303F0EA41098BDAE9E6C7BA4C136.wsnAw8kcdt7IPYLOOV48gA%3a7>>. ISSN 1530 – 0277.

- [9] IUVENTA. 2014. *Správa o mládeži 2014*. [online]. [cit. 2017-01-15]. 20 s. Dostupné na internete: <https://www.iuventa.sk/files/documents/publik%C3%A1cie/sprava_o_mladezi_2014/som_2014_pop_na_web.pdf>.
- [10] LANDGRAF, M.N. – NOTHACKER, M. – HEINEN, F. 2013. Diagnosis of fetal alcohol syndrome (FAS): German guideline version 2013. In *European Journal of Paediatric Neurology*. [online]. 2013, vol. 17, issue. 5 [cit. 2016-08-09]. p. 437 – 446. Dostupné na internete: <http://ezproxy.cvtisr.sk:2092/S1090379813000512/1-s2.0-S1090379813000512-main.pdf?_tid=8f2c05b8-0741-11e7-9463-00000aacb35d&acdnat=1489336561_89eddc0e577a7a230e14dd9d6140e375>. ISSN 1090 – 3798.
- [11] MAY, P. A. – GOSSAGE, J. P. 2016. *Estimating the Prevalence of Fetal Alcohol Syndrome: A Summary*. [online]. [cit. 2016-07-25]. Dostupné na internete: <<http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arh25-3/159-167.htm>>.
- [12] MÅRDBY, A. et al. 2017. Consumption of alcohol during pregnancy – A multinational European study. In *Women and Birth*. [online]. 2017, vol. 30, Issue 1 [cit. 2017-02-28]. Dostupné na internete: <http://ezproxy.cvtisr.sk:2092/S1871519217300057/1-s2.0-S1871519217300057-main.pdf?_tid=f7f1ddae-1329-11e7-88cc-00000aab0f26&acdnat=1490645843_b6cf8c00f8a1fcfd6971861487421bb4>.
- [13] MELCHIOR, M. et al. 2015. Tobacco and alcohol use in pregnancy in France: The role of migrant status: The nationally representative ELFE study. In *Addictive Behaviors*. [online]. 2015, vol. 51, No. 12 [cit. 2017-02-25]. p. 65 – 71. Dostupné na internete: <http://ezproxy.cvtisr.sk:2092/S0306460315002713/1-s2.0-S0306460315002713-main.pdf?_tid=5158d478-132b-11e7-9ae6-00000aab0f6b&acdnat=1490646422_046d2d8a8b0716643bb2969d4e2c469f>. ISSN 0306 – 4603.
- [14] MEMO, L. et al. 2013. Fetal alcohol spectrum disorders and fetal alcohol syndrome: the state of the art and new diagnostic tools. In *Early Human Development*. [online]. 2013, vol. 89, Issue 6 [cit. 2016-07-25]. p. S40 – S43. Dostupné na internete: <http://ezproxy.cvtisr.sk:2092/S0378378213700136/1-s2.0-S0378378213700136-main.pdf?_tid=a9a34b36-132b-11e7-b8c3-00000aacb35f&acdnat=1490646571_93462c99a8d278a61aed27fab210f22>. ISSN 0378 – 3782.
- [15] MIRANDA, R.C. 2015. *MicroRNA Biomarkers for the effects of fetal alcohol exposure*. [online]. [cit. 2016-08-09]. Dostupné na internete: <<http://www.nofas-uk.org/PDF/FAF%2013%20%20final.pdf>>.
- [16] MUKHERJEE, R.A.S. – HOLLINS, S. – TURK, J. 2006. Fetal alcohol spectrum disorder: an overview. In *Journal of the Royal Society of medicine*. [online]. 2006, vol. 99, No. 6 [cit. 2016-07-25]. p. 298 – 302. Dostupné na internete: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1472723/pdf/0298.pdf>>. ISSN 1758 – 1095.
- [17] NATIONAL INSTITUTE ON ALCOHOL ABUSE AND ALCOHOLISM. 2000. *ICCFASD 1996-2000 Annual Report and 2001-2005 Strategic Plan*. [online]. [cit. 2016-08-09]. 22 p. Dostupné na internete: <<https://www.niaaa.nih.gov/about-niaaa/our-work/ICCFASD/report-2000#objectives>>.

- [18] NORTH DAKOTA STATE DATA CENTER, NORTH DAKOTA STATE UNIVERSITY. 2003. *Fetal Alcohol Syndrome Survey: 2003. Post – Media Campaign Analysis*. [online]. [cit. 2016-07-17]. Dostupné na internete: <https://www.ndsu.edu/sdc/publications/reports/FAS_Phase3Report_FINAL.pdf>.
- [19] PERLSTEIN, D. 2016. *Fetal alcohol syndrome*. [online]. [cit. 2016-07-25]. Dostupné na internete: <http://www.emedicinehealth.com/fetal_alcohol_syndrome/article_em.htm>.
- [20] POPOVA, S. 2017. Estimation of national, regional, and global prevalence of alcohol use during pregnancy and fetal alcohol syndrome: a systematic review and meta – analysis. In *The Lancet Global Health*. [online]. 2017, vol. 5, Issue 3 [cit. 2017-02-20]. p. e290 – e299. Dostupné na internete: <http://ezproxy.cvtisr.sk:2092/S2214109X17300219/1-s2.0-S2214109X17300219-main.pdf?_tid=0e40aada-076e-11e7-b14f-00000aacb361&acdnat=1489355672_69f3c30bd175668c062c3ff278d1e4e>. ISSN 2214 – 109X.
- [21] POULOS, S.G. et al. 2014. The potential of neural stem cell transplantation for the treatment of fetal alcohol spectrum disorder. In *Progress in Neuro – Psychopharmacology and Biological Psychiatry*. [online]. 2014, vol. 54, No. 7 [cit. 2016-08-06]. p. 149 – 156. Dostupné na internete: <http://ezproxy.cvtisr.sk:2092/S0278584614001158/1-s2.0-S0278584614001158-main.pdf?_tid=fcf353a6-1332-11e7-a39c-00000aab0f01&acdnat=1490649717_dd9a1d6a248470abfa9a8453a7775598>. ISSN 0278 – 5846.
- [22] PUBLIC HEALTH OF CANADA. 2006. *Alcohol Use During Pregnancy and Awareness of Fetal Alcohol Syndrome and Fetal Alcohol Spectrum Disorder*. [online]. [cit. 2017-02-22]. Dostupné na internete: <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/fas-saf-natsurv-2006/pdf/ap-ag-finalreport06_e.pdf>.
- [23] REGIONÁLNY ÚRAD VEREJNÉHO ZDRAVOTNÍCTVA - KOŠICE. 2016. *Fetálny alkoholový syndróm*. [online]. [cit. 2016-07-20]. Dostupné na internete: <<http://www.ruvzke.sk/sk/printpdf/131>>.
- [24] TSANG, T. W. – ELLIOTT, E. J. 2017. Hight Global prevalence of alcohol use during pregnancy and fetal alcohol syndrome indicates need for urgent action. In *The Lancet Global Health*. [online]. 2017, vol. 5, Issue 3 [cit. 2017-03-26]. p. e232 – e233. Dostupné na internete: <http://ezproxy.cvtisr.sk:2092/S2214109X17300086/1-s2.0-S2214109X17300086-main.pdf?_tid=1234d29a-126f-11e7-9366-00000aab0f01&acdnat=1490565571_4292f4d427cf3f96cff3dbb78b29752b>.ISSN 2214 – 109X.
- [25] VAUX, K.K. 2015. *Fetal Alcohol Syndrome*. [online]. [cit. 2016-08-08]. Dostupné na internete: <<http://emedicine.medscape.com/article/974016-overview>>.

FETAL ALCOHOL SYNDROME – PUBLIC AWARENESS



ABSTRAKT

Fetal Alcohol Syndrome (FAS) is a significant health problem. The syndrome is caused by consumption of alcohol during pregnancy. The aim of the survey was to find the connection between public awareness of FAS and drinking alcohol in women during pregnancy. There was used a part of authorized questionnaire with topic Fetalalcohol Syndrome Survey: 2001, it was part of the project information campaign aimed at raising awareness of FAS in the United States. The our survey sample contained respondents (n=420) from eight countries of Slovak Republic, average age was 29 years (SD=8,2; min.15; max.75). We have found out that 3/4 of respondents have never come across the term FAS. The difference in awareness of FAS in connection to the gender is statistically significant ($p \leq 0,05$) while higher awareness was proved in women. Based on comparison of age and education of people who were informed about FAS and who were not was uncovered that there exists considerable difference ($p \leq 0,05$). The group of respondents who has the awareness of FAS is older in age and has achieved higher education qualifications than the group of respondents having no knowledge of FAS. According to the

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

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

Doc. PharmDr. Pavol Beňo, CSc.
Trnavská univerzita v Trnave
Fakulta zdravotníctva a sociálnej
práce
Katedra laboratórných vyšetrovacích
metód v zdravotníctve
Univerzitné námestie 1
918 43 Trnava
Slovenská republika
e-mail: pavol.beno@truni.sk

Mgr. Zuzana Janušková
TANAMED s.r.o.
Mestská poliklinika Družba Trnava
Starohájska 2
917 01 Trnava
Slovenská republika
e-mail: zuzana.januskova@gmail.com

results, we recommend monitoring the awareness of FAS in regular intervals at least annually and to increase the awareness of FAS through the nationwide informative campaign. Multidisciplinary collaboration is essential at all levels of care.

KLÍČOVÁ SLOVA:

Fetal Alcohol Syndrome, alcohol,
pregnancy, awareness

KVALITA ŽIVOTA NEMOCNÝCH S CROHNOVOU CHOROBOU A INTERVENCE NELÉKAŘSKÉHO ZDRAVOTNICKÉHO PRACOVNÍKA - PŘEHLEDOVÝ ČLÁNEK

HANA OCHTINSKÁ
UNIVERZITA PARDUBICE

LIBOR GBALEC
ORLICKOÚSTECKÁ NEMOCNICE

JAN BUREŠ
FN HRADEC KRÁLOVÉ



ABSTRAKT

Úvod: Crohnova choroba je chronické zánětlivé onemocnění gastrointestinálního traktu. Projevy tohoto onemocnění se liší dle lokalizace. Podle symptomatologie se volí taková léčba a ošetrovatelská péče, která se snaží zvýšit kvalitu života všemi dostupnými prostředky.

Cíl: Předkládaný příspěvek se snaží zmapovat problematiku Crohnovy choroby a zaměřit se na vhodné ošetrovatelské intervence pro zlepšení kvality života pacientů.

Metodika: Jedná se o přehledový článek. Informace byly získávány kvalitativní obsahovou analýzou z českých a zahraničních odborných publikací, z článků odborných periodik. Pro vyhledávání byla použita klíčová slova: Crohnova choroba, kvalita života, ošetrovatelská péče.

Závěr: Z analýzy dostupných zdrojů vyplývá důležitost hodnocení kvality života u pacientů s Crohnovou chorobou, získané informace jsou nám dále nápomocny pro komplexní péči o tyto pacienty.

KLÍČOVÁ SLOVA:

Crohnova choroba, kvalita života,
ošetrovatelská péče

ÚVOD

Crohnova choroba je chronické zánětlivé onemocnění, které může postihnout kteroukoli část gastrointestinálního traktu. Rozdělení výskytu v dané lokalizaci je zhruba po třetinách, kdy třetina postihuje pouze tlusté střevo, třetina pouze tenké střevo, třetina jak tenké, tak tlusté střevo (Bureš a kol., 2014, s. 402). V anglické literatuře je pro toto onemocnění často používán termín „inflammatory bowel disease“. Do tohoto označení je zařazována také Ulcerózní kolitida (Huvar, 2007, s. 506). Onemocnění Crohnova choroba je nejčastěji diagnostikováno v reprodukčním období života jedince, ale není výjimkou nález onemocnění v dětském věku. Vyskytuje se u mužů i u žen (Koželuhová a kol., 2016, s. 218). U nemocných trpících touto chorobou je významně ovlivněna kvalita života v biopsychosociálním pohledu. Cílem nejen ošetrovatelské péče je pomoci lidem zlepšit, udržet, zvládat zdravotní potíže a dosáhnout co nejlepší kvality života (Plevová, 2011, s. 58-59).

HISTORIE CROHNOVY CHOROBY

Historie Crohnovy choroby jako samostatného onemocnění se datuje k roku 1932. Již ve staré lékařské literatuře jsou ale k nalezení záznamy o nemocných, které charakterizují tuto nemoc. V české literatuře, profesor Thomayer ve svém spise „Pathologie a therapie nemocí vnitřních“ z roku 1893, popisuje případy nemocných s „počasným katharem střevním“, které připomínají „Crohna“. (Červenková, 2009, s. 10-11). O poznání nemoci se zasloužil také český profesor Mařatka se svými žáky. Název dostala po americkém gastroenterologovi Burillu Bernardu Crohnovi, který tuto nemoc popsal společně ještě s L. Ginzburgem a G. Oppenheimerem (Kohout a kol., 2004, s. 18-19).

CROHNOVA CHOROBA

Onemocnění se jeví jako ohraničený segmentální zánět, který může postihovat více úseků gastrointestinálního traktu současně. Charakteristické je také postižení celé tloušťky stěny trubice a může zde způsobit různá charakteristická poškození. Typickými nálezy na střevě jsou aftózní vředy s bělavým středem a zarudlým lemem. Sliznice je prosáklá, zarudlá, s hlubokými fisurami. Při těžkém průběhu onemocnění se také mohou objevovat mimostřevní projevy (Navrátil a kol., 2008, s. 269-270). Projevy, které jsou charakteristické pro tuto chorobu, jsou velmi rozdílné. Liší se podle postižené části trávicí trubice a v jaké míře zánět postihl. Na spojení tenkého a tlustého střeva se Crohnova nemoc projevuje bolestmi břicha, průjmy a hubnutím. Bolesti jsou křečovitě a dostávají se hlavně po jídle. Stálá bolest může signalizovat nějakou komplikaci. Průjmy jsou vždy a předcházejí jim bolesti břicha. Hubnutí nastává vlivem sníženého příjmu potravy. Postižení tlustého střeva zánětem se projevuje bolestmi břicha, průjmy, někdy až krvavými a mimostřevními projevy, jako například záněty kloubů, očí a kožními změnami. Pokud

je zasaženo tenké střevo, nemocný si stěžuje na bolesti břicha, hubnutí, neprospívání, laboratorně bývá zjištěna anémie a hrozí neprůchodnost střeva. V oblasti konečníku a řitního otvoru se vyskytují především opakované abscesy, píštěle a vředy. Nejzávažnějšími komplikacemi Crohnovy choroby jsou adenom střeva nebo non-Hodgkinův lymfom (Červenková, 2009, s. 15-29; Vícha, 2013, s. 16-17).

Pro rozlišení typu postižení a k hodnocení efektivity i prognózy nemoci se používají různé klasifikace. V současné době je známá klasifikace Vídeňská a novější z roku 2006 je klasifikace Montrealská. V klasifikacích se posuzuje věk při stanovení diagnózy, lokalizace postižení a charakteristika onemocnění. Nemoc probíhá chronicky s obdobím zhoršení (relapsů) a zklidnění (remisí). Aktivita zahrnuje známky klinické (průjemy, horečka, anémie, tachykardie, kožní projevy, ...) a známky morfologické. Za účelem hodnocení klinické aktivity nemoci byl vyvinut Bestův index - CDAI (Crohn's Disease Activity Index). Problém Bestova indexu, na který již dříve upozorňoval profesor Mařatka, bývá v tom, že zahrnuje jak aktivitu, tak i tíži onemocnění. Při hodnocení aktivity se mohou mísit známky klinické, laboratorní a morfologické. Pro jeho výpočet a následné vyhodnocení stavu v posledním týdnu nám slouží položky: počet průjemovitých stolic a počet epizod bolesti břicha, subjektivní pocit tělesné pohody, přítomnost mimostřevních příznaků, hmatného útvaru v břišní dutině, potřeba antidiarhoik, hodnota červeného krevního barviva (hemoglobinu) a procentuální odchylka od standardní hmotnosti. Jednotlivé údaje se násobí již danými koeficienty. Remise je definována jako pokles CDAI pod 150. Těžká Crohnova nemoc je definována jako hodnota CDAI >450. Odpověď na léčbu Crohnovy nemoci je obvykle definována jako pokles CDAI o 70 a více bodů (Zbořil, 2012, s. 65-67; Zbořil, 2016, s. 24-25).

Podle symptomatologie, rozsahu, aktivity, dosavadního průběhu se volí léčba Crohnovy choroby. Bohužel zatím neexistuje taková, která by dokázala zánět zcela vyléčit. Zaměřuje se pouze na jeho potlačení, všemi dostupnými prostředky se snaží zvýšit kvalitu života nemocných a prodloužit období remise. Léčba této nemoci je celoživotní. Chronická léčba onemocnění probíhá ambulantně. Při novém vzplanutí obtíží je obvykle nutná hospitalizace v nemocnici. Způsob léčby Crohnovy choroby je tedy medikamentózní nebo chirurgický. Mezi medikamentózní léčbu zařazujeme aminosalicyláty, glukokortikoidy, imunosupresiva, podpůrnou léčbu pomocí antibiotik, probiotik, léčebné výživy a neposlední řadě pomocí biologické léčby. Chirurgickou léčbou se řeší komplikace, jako jsou abscesy, píštěle, stenózy (Klener, 2011, s. 411-413).

Vstup biologické terapie do léčby idiopatických střevních zánětů zaznamenal kvalitní zlom v polovině 20. století. Podstatou biologické léčby je cílený zásah do biologických procesů probíhajících v organismu. Mezi biologické preparáty idiopatických střevních zánětů patří infliximab, adalimumab zaměřený proti tumor-nekrotizujícím faktoru alfa a vedolizumab zaměřený proti adhezním molekulám. V praxi pro léčbu Crohnovy choroby používaný infliximab (Remicade), vedolizumab se podává formou intravenózních

infuzí, v základní dávce dle váhy pacienta. Začíná se tzv. indukční fází v 0., 2., a 6 týdnu a pokračuje se udržovací fází každý 8. týden (Zbořil a kol., 2012, s. 73-82). Dalším preparátem biologické léčby je adalimumab (Humira). Podává se formou subkutánní injekce pravidelně po čtrnácti dnech. Začíná se indukční fází v 0. týdnu dávkou 80-160 mg, 2. týdnu dávkou 40-80mg a pokračuje se udržovací fází každých čtrnáct dní dávkou 40mg (Zbořil a kol., 2016, s. 90-95).

KVALITA ŽIVOTA U NEMOCNÝCH S CROHNOVOU CHOROBOU

Definovat kvalitu života je obtížné. V současné době existuje pro tento pojem široká škála definic, které ho charakterizují z různých úhlů pohledů (Heřmanová, 2012, s. 32). Dle pracovní skupiny WHO, kvalita života je vyjadřována jako vnímání individuálního postavení v životě v kontextu kultury a hodnotových systémů, ve kterém jedinec žije, ve vztahu ke svým cílům, očekáváním, standardům, zájmům (Salajka, 2006, s. 11). V ošetrovatelství je kvalita života vyjádřena také řadou definic, které se od sebe liší. Ferransová, která vychází z přehledu definic, vymezuje kvalitu života ve významu: schopnost žít normální život, spokojenost a štěstí, dosažení už stanovených cílů, vést aktivní život, dosažení tělesné a mentální kapacity. Hodnocení kvality života jedince v ošetrovatelství se používá nejčastěji k výběru intervencí a zhodnocení jejich efektivnosti. Cílem je porovnání konkrétní intervence realizované u nemocného se standardní péčí a to i s časovým vymezením dle účelu hodnocení. V klinické praxi se s hodnocením často setkáváme u nemocných, jejichž onemocnění je chronické, nevyléčitelné, je nutné dodržovat léčbu, mnoho režimových opatření a vyžaduje sledování vývoje nemoci po celý život. Kvalita života pacientů s chronickými nemocemi je do určité míry ovlivněna fyzickými aspekty, ale též psychickými a sociálními faktory (Gurková, 2011, s. 45-51).

K hodnocení kvality života jsou v klinické praxi využívány generické dotazníky, např.: SF-36, WHOQOL-100 nebo jeho zkrácená verze WHOQOL-BREF, dotazník SIP a EuroQol EQ-5D a specifické dotazníky např.: IBDQ nebo jeho zkrácená verze SIBDQ, IBDQ-36 a IBDQ - Stoma (Gabalec, 2009, s. 19-20). Generické nástroje se používají k porovnávání kvality života mezi zdravou a nemocnou populací, nebo mezi různými druhy nemocí a specifické nástroje jsou cílené na hodnocení kvality života u konkrétních nemocí (Gabalec, 2009, 21-22).

Zajímavou studii zaměřenou na kvalitu života pacientů s Crohnovou chorobou a Ulcerózní kolitidou v remisi provedli u 197 respondentů Jaghult et al. (2011). Výsledky zaznamenaly výrazný vliv na dobu trvání choroby. Ukázalo se, že pacienti s delším trváním nemoci mají lepší kvalitu života než pacienti s kratším trváním nemoci. To je především zřejmé u nemocných s Crohnovou chorobou, které potřebují vyšší podporu v časných stádiích nemoci.

Průřezovou studii zrealizovali v letech 2000 až 2009 Pellino et al. (2015) v jižní Itálii. U nemocných s perianálním postižením byla opožděná diagnóza onemocnění, nižší kvalita života, horší odpověď na medikamentózní léčbu a vyšší počet chirurgických výkonů.

Studie Sanford et al. (2014) se zaměřila na aktivitu, závažnost a kvalitu života u pacientů, kteří užívají opioidní analgetika. Studie se zúčastnilo 38 pacientů s Crohnovou chorobou užívající opiáty a 62 bez této analgetické léčby. Jejich výsledky naznačují, že užívání těchto analgetik může být spojeno s aktivitou a závažností choroby. Pacienti na opioidní léčbě v této studii měli vyšší aktivitu nemoci a horší kvalitu života oproti pacientům, kteří byli bez opiátů.

Další studie Sarid et al. (2017) zkoumala vliv sociodemografických proměnných a strategií zvládání reakcí na kvalitu života a spokojenosti se životem u 402 pacientů s Crohnovou chorobou, s důrazem na rozdíly mezi muži a ženami a na aktivitu onemocnění. Analýza ukázala, že vyšší ekonomické postavení přímo zvýšilo spokojenost se životem a kvalitu života. Osoby, které jsou schopné udržet si zaměstnanost pociťovali vyšší spokojenost než nezaměstnaní. Spokojenost se životem byla také snížena v aktivitě onemocnění, a to bez rozdílu pohlaví, strategie zvládání zátěže používají obě pohlaví stejnou měrou.

Zajímavou studii, které se zúčastnilo 103 pacientů s Crohnovou chorobou, provedli v České republice Gabalec et al. (2009). Ve své práci zjistili, že kvalita života nemocných s Crohnovou chorobou je významně ovlivněna aktivitou nemoci ve všech doménách obecného dotazníku WHOQOL-BREF a specifického dotazníku IBDQ. Také uvádí, že vliv léčby pomocí imunosupresiv a kortikosteroidů je ovlivněn některými doménami obecného a specifického dotazníku a v doméně sociální obecného dotazníku byl prokázán negativní vliv operace na kvalitu života. Dále konstatují, že nebyla prokázána přímá závislost kvality života na věku a nebyl potvrzen vliv fenotypu nemoci podle Montrealské klasifikace. V závěru práce uvádí, že u pacientů v remisi onemocnění kvalita života hodnocená pomocí obecného dotazníku WHOQOL-BREF byla srovnatelná s běžnou populací, v doméně prostředí i lepší.

Jak uvádí Rendl a Tothová (2009, s. 132), hodnocení kvality života pacientů s Crohnovou chorobou je důležité, neboť nám poskytne informace, které lze použít při práci s těmito pacienty, kterých dle dostupných informací z UZIS (2013) neustále přibývá. Také Olišárová et al. (2013) uvádí, že kontrola kvality života je důležitou součástí komplexního vyhodnocení pacienta, protože může odhalit skryté problémy.

NEMOCNÝ S CROHNOVOU CHOROBOU A INTERVENCE SESTRY

Nelékařský zdravotnický pracovník (NLZP) pečuje o nemocné s Crohnovou chorobou na lůžkové nebo ambulantní části zdravotnického zařízení. Nejčastěji se s nemocnými setkáváme na interním oddělení, kam jsou přijímáni z důvodu stanovení diagnózy, nebo z důvodu relapsu nemoci. Po odeznění akutních příznaků je nemocný nadále sledován a léčen v gastroenterologických poradnách nebo v centrech pro biologickou léčbu (Šafránková, Nejedly, 2006, s. 234-235).

Specifika jednotlivých potřeb, problémů u nemocného jsou charakteristická dle průběhu nemoci. Podle toho sestra plánuje a realizuje ošetrovatelskou péči. Gurková, Lilgová (2009) poukazují na to, že nejvíce pacienti vnímají dopad nemoci ve fyzické oblasti. V akutní fázi věnujeme zvýšenou pozornost vyprazdňování střev. Nemocný může trpět častými průjmy, které ho značně omezí v aktivitách denního života. Pokud to fyzický stav dovolí, nemocný se vyprazdňuje sám, popřípadě NLZP zajistí vhodné pomůcky pro uspokojení této potřeby a soukromí. Je nutné sledovat počet průjmovitých stolic, příměsi ve stolici, kontrolovat stav kůže v okolí konečníku a výskyt bolestí (Vatehová, Vateha, 2013, 58-68). Bolesti vznikají následkem zánětu střev a zrychlené peristaltiky. Bolesti bývají křečovitého charakteru, nejčastěji v okolí pupku nebo v pravém podbřišku a nemocného nutí zaujmout úlevovou polohu. Sestra sleduje intenzitu bolesti, co bolest vyvolává nebo snižuje (Vörösová, 2011, s. 106).

U nemocných s Crohnovou chorobou si dále všímáme stavu výživy. U mnoha jedinců je zvýšené riziko podvýživy a malnutrice, proto je nutné hodnotit nutriční stav a sledovat hmotnost nemocného (Kubátová, 2014, s. 12-14). Dle Vrzalové a kol. (2011) jako prevenci vzniku malnutrice nutriční terapeut na doporučení gastroenterologa sestaví dietu ve spolupráci s nemocným. Ta obsahuje zvýšené množství bílkovin a energie. Ve stádiu relapsu se podává tzv. bezezbytková dieta, při které se vyloučí nerozpustná vláknina. Je preferována lehce stravitelná strava se zvýšeným množstvím bílkovin, minerálů, vitamínů. Při diagnostikované malnutrici, vlekklých zánětlivých procesech, je indikována enterální výživa nebo je zaveden periferní žilní katetr pro aplikaci parentální výživy (Šachlová, 2011, s. 403-405). Na základě zkušeností s domácí úplnou enterální výživou Bureš a kol. (1999) uvádí, že tato výživa signifikantně zlepšila subjektivní hodnocení duševního a tělesného zdraví, sociální a osobní aktivity, zvyky, celkovou životní spokojenost a schopnost vést smysluplný život. Ve stádiu remise striktní omezení potravin není nutné. Může se jíst vše, na co je chuť. Nemocného je však nutné upozornit, aby vyloučil jídla, po kterých má pocit nadmutí, plynatosti, bolesti břicha, průjem a dodržoval pitný režim s vyloučením alkoholu, kávy, perlivých nápojů (Holubová a kol 2013, s. 215-216; Šachlová, 2011, s. 403-405).

Dalšími ošetrovatelskými činnostmi je podávání léků. Nemocní užívají mnoho léků, v různých lékových formách, jako jsou tablety, injekce, infuze, ale také čípky nebo klyzmata. Nemocný si je aplikuje sám nebo ve spolupráci se sestrou a vždy dbáme na soukromí a intimitu (Šafránková, Nejedlá, 2006, s. 234-235). U některých nemocných je součástí terapie biologická léčba podávaná formou infuzí, injekcí. Bortlík a kol. (2016) konstatuje, že léčbu aplikuje v místnostech pro to určených proškolený personál a to se znalostmi, jak pečovat o samotného pacienta, tak o biologické léčbě. Před aplikací infuze lékař ve spolupráci se sestrou zhodnotí aktuální stav nemocného, kontroluje nezbytná provedená vyšetření a sestra dále aplikuje antihistaminika a připraví lék dle ordinace lékaře. Pro podání biologického preparátu je vhodné zajistit klidné pohodlné prostředí s možností podání kyslíku. Po celou dobu aplikace sestra monitoruje fyziologické funkce a sleduje možný výskyt nežádoucích účinků (bušení srdce, dušnost, pocení, zvýšená tělesná teplota, vyrážka, bolest hlavy, pocit na zvracení). Po ukončení infuze nemocný zůstává v klidu a je poučen, aby kontaktoval sestru v případě jakýchkoli obtíží, které se mohou objevit i po několika dnech. Před podáním subkutánních injekcí sestra také provede krátkou anamnézu pro zjištění aktuálního stavu nemocného a aplikuje lék, obvykle 1krát za 14 dní. Po důkladném zaškolení si může aplikovat subkutánní injekci i sám pacient v domácím prostředí (Bortlík a kol., 2012, s. 17-18). V centru pro biologickou léčbu je doporučeno vést evidenci pacientů pro možnost monitorování účinnosti léčby a výskytu nežádoucích účinků (Lukáš a kol., 2013, s. 5). Existuje celostátní registr CREDIT, který zaznamenává údaje o IBD pacientech na biologické léčbě (Pracovní skupina IBD).

Důležité je také sledovat psychiku pacienta. S problémy, jako je strach, úzkost, deprese, beznaděj, se aktivně zabýváme u nemocných s čerstvě diagnostikovanou nemocí nebo u akutního vzplanutí. Člověk hledá odpovědi na otázky, jaký dopad bude mít onemocnění na jeho život, rodinu, přátelství, materiální zajištění, budoucnost. Snažíme se klientovi pomoci s novým stavem se vyrovnat a poskytnout informace (Svitková, Kober, 2014). Obereigner, Kollárová (2008) považují edukaci pacienta a jeho rodiny za důležitý prvek pro zvládnutí nastalé situace pomocí dlouhodobé systematické psychologické a psychiatrické péče od dětství do dospělosti. Psychologickou podporu a psychoterapii doporučují Iglesias et al. (2009, s. 249) také u léčených nemocných v remisi. V České republice je možnost setkání se stejně nemocnými lidmi, např. formou Občanského sdružení pacientů s idiopatickými střevními záněty (Pfeiferová, 2013).

ZÁVĚR

Crohnova choroba je chronické zánětlivé onemocnění, které se diagnostikuje u mužů i u žen v reprodukčním období života, nejčastěji mezi 20. a 30. rokem. Přehledový článek mapuje problematiku kvality života u nemocných s Crohnovou chorobou a poskytování komplexní péče, která by mohla nasměrovat nelékařského zdravotnického pracovníka na uspokojování individuálních potřeb člověka.

POUŽITÉ ZDROJE

- [1] BUREŠ, J., J. HORÁČEK a J. MALÝ et al. Vnitřní lékařství. 2. přeprac. a rozšíř. vyd. Praha: Galén, 2014. ISBN 978-80-7492-145-2.
- [2] BUREŠ, J., ŽIVNÝ, P., PECHAROVÁ, H., REJCHRT, S., KOPÁČOVÁ, M. ŠIROKÝ, M., PALIČKA, V. Kvalita života nemocných léčených úplnou domácí enterální výživou. Diabetologie-Metabolismus-Endokrinologie-Výživa. 1999, roč. 2 (1), s. 17-21. ISSN 1211-9326.
- [3] BORTLÍK, Martin et al. Doporučení pro podávání biologické terapie u idiopatických střevních zánětů: 2. vydání. Gastrenterologie a hepatologie. [online]. 2012. č. (66)1. [cit.2017-03-12]. Dostupné z: http://www.ibd-skupina.cz/dokumenty/Guidelines_02.pdf.
- [4] BORTLÍK, Martin et al. Doporučení pro podávání biologické terapie u idiopatických střevních zánětů: 3. vydání. Gastrenterologie a hepatologie. [online]. 2016. č. (70)1. [cit.2017-03-12]. Dostupné z: http://www.ibd-skupina.cz/dokumenty/Guidelines_02.pdf.
- [5] ČERVENKOVÁ, Renata. Crohnova nemoc a uklcerózní kolitida. Praha: Galen, 2009. ISBN 978-80-7262-600-7.
- [6] GABALEC, Libor et al. Kvalita života u Crohnovy nemoci. Časopis lékařů českých. 2009. r. 148, č. 5. s. 201-205. ISSN 0008-7335.
- [7] GURKOVÁ, Elena. Hodnocení kvality života: Pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3625-9.
- [8] GURKOVÁ, Elena a Marcela LILGOVÁ. Determinanty kvality života u pacientov s nešpecifickým zápalom čriev. Kontakt. 2009. č. 2. s. 433-443. ISSN 1212-4117.
- [9] HEŘMANOVÁ, Eva. Koncepty, teorie a měření kvality života. Praha: Sociologické nakladatelství, 2012. ISBN 978-80-7419-106-0.
- [10] HOLUBOVÁ, A., H. NOVOTNÁ a J. MAREČKOVÁ et al. Ošetrovatelská péče v gastroenterologii a hepatologii. Praha: Mladá fronta, 2013. ISBN 978-80-204-2806-6.
- [11] HUVAR, Petr. Idiopatické střevní záněty z pohledu praktického lékaře. Medicína pro praxi. [online]. 2007. č. 4 (12). [cit.2017-03-12]. Dostupné z <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2007/12/05.pdf>.
- [12] IGLESIAS M. et al. Psychological impact of Crohn s disease on patients in remission: anxiety and depression risks. Revista espanola de enfermedades digestivas. [online]. 2009. č. 101(4). [cit.2017-03-12]. Dostupné z: <http://www.grupoaran.com/mrmUpdate/lecturaPDFfromXML.asp?IdArt=461374&TO=RVN&Eng=1>.
- [13] JÄGHULT, Susanna et al. Identifying predictors of low health-related quality of life among patients with inflammatory bowel disease: comparison between Crohn's disease and ulcerative colitis with disease duration. [online]. 2011. Journal of Clinical Nursing. č. 20. [cit.2017-03-11]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21418363>.
- [14] KLENER, Pavel et al. Vnitřní lékařství. Praha: Galén. 2011. ISBN 978-80-246-1986-6.

- [15] KOHOUT, Pavel et al. Výživa u pacientů s idiopatickými střevními záněty. Praha: Maxdorf, 2004. ISBN 80-7345-023-2.
- [16] KOŽELUHOVÁ, J a kol. Terapie idiopatických střevních zánětů v graviditě. Medicína pro praxi. 2015, roč. 17 (5), s. 218-222. ISSN 1803-5876.
- [17] KUBÁTOVÁ, L., M. NEJEDLÁ a I. OTRADOVCOVÁ. Myslíme na výživu chirurgických pacientů včas. Florence, 2014. roč. 10, č. 6. s. 10-12. ISSN 1801-464.
- [18] LUKÁŠ, Milan. Biologická terapie u idiopatických střevních zánětů. Gastrenterologie a hepatologie. [online]. 2013. č. XX-XX. [cit.2017-03-11]. Dostupné z: <http://wp.interna-cz.eu/wp-content/uploads/2013/06/Biologická-terapie-idiopatických-střevních-zánětů.pdf>.
- [19] NAVRÁTIL, Leoš. Vnitřní lékařství pro nelékařské zdravotnické obory. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2319-8.
- [20] OBEREIGNERŮ, Radko a Katarína KOLLÁROVÁ. Psychologické aspekty nespecifických střevních zánětů u dětí. Psychologie pro praxi. 2008. roč. 9(1). s. 25-29.
- [21] OLÍŠAROVÁ, V., F. DOLÁK a V. TOTHOVÁ. Kvalita života jako součást ošetrovatelství. Kontakt. 2013, roč. XV (1) s. 14-21. ISSN 1212-4117.
- [22] PELLINO et al. Delayed diagnosis is influenced by the clinical pattern of Crohns disease and affects treatment outcomes and quality of life in the long term: a cross-sectional study of 361 patients in Southern Italy. [online]. 2015. European Journal of Gastroenterology & Hepatology.č.27 (2).[cit. 2017-4-28]. Dostupné z: http://journals.lww.com/eurojgh/Abstract/2015/02000/Delayed_diagnosis_is_influenced_by_the_clinical.10.aspx.
- [23] PFEIFEROVÁ, Martina. Tři otázky pro PhDr. Martinu Pfeiferovou, předsedkyni Občanského sdružení pacientů s idiopatickými střevními záněty. Kongresový list. 2013, roč. 2013, č. 4. IV. příl. ISSN 0008-7335.
- [24] PLEVOVÁ, Ilona a kol. Ošetrovatelství I. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3557-3.
- [25] PRACOVNÍ SKUPINA PRO IDIOPATICKÉ STŘEVNÍ ZÁNĚTY ČGS ČLS JEP, NADAČNÍ FOND IBD A CONGRESS PRAGUE. XV. Intenzivní kurz IBD pro zdravotní sestry. Praha, 2016, s. 91.
- [26] RENDL, Lukáš. Kvalita života pacientů s Crohnovou chorobou. [online]. České Budějovice, 2013 [2016-10-28]. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Vedoucí diplomové práce prof. PhDr. Valérie Tóthová, Ph.D.
- [27] SALAJKA, František. Hodnocení kvality života u nemocných s bronchiální obstrukcí. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1306-3.
- [28] SANFORD, D et al. Opioid use is associated with decreased quality of life in patients with Crohn's disease.[online].2014.Saudi J Gastroenterol.č.20(3). [cit.2017-0414]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4067915/>.
- [29] SARID, O et al. Coping strategies, satisfaction with life, and quality of life in Crohn's disease: A gender perspective using structural equation modeling analysis. [online]. 2017.Plosone.č.12(2). [cit.2017-04-14]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5330481/>.

- [30] SVITKOVÁ, Veronika a Lukáš Kober. Kvalita života s Crohnovou nemocí. Sestra. [online]. 2014. č. 5. [cit.2017-2-28]. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/kvalita-zivota-s-crohnovou-nemoci-475390>.
- [31] ŠAFRÁNKOVÁ Alena a Marie NEJEDLÁ. Interní ošetrovatelství. Praha: Grada, 2006. ISBN 978-80-247-1148-6.
- [32] ŠACHLOVÁ, Milana. Jak volit stravu u pacientů s Crohnovou chorobou? Interní medicína pro praxi. [online]. 2011. 13(10) 403-405. [cit.2017-06-24]. Dostupné z: <https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2011/10/10.pdf>.
- [33] UZIS ČR. Činnost zdravotnických zařízení ve vybraných oborech zdravotní péče 2013. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [online]. 2015 [cit. 2015-04-26]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/publikace/cinnost-zdravotnickych-zarizeni-ve-vybranych-oborech-zdravotni-pece-2013>.
- [34] VATEHOVÁ Drahomíra a Rastislav VATEHA. Manažment ošetrovateľskej starostlivosti o pacientov s vybranými chronickými chorobami. Martin: Osveta. 2013. ISBN 978-80-8063-383-7.
- [35] VÍCHA, Jan Vliv biologické léčby na invalidizace u Crohnovy choroby. Revizní a posudkové lékařství. 2013, roč. 16. č. 1, s. 16-26. ISSN 1214-3170.
- [36] VÖRÖSOVÁ, Gabriela. Ošetrovateľský proces v internom ošetrovatelstve. Martin: Osveta, 2011. ISBN: 978-80-806-3358-5.
- [37] VRZALOVÁ, D., M. KONEČNÝ a J. EHRMANN. Enterální a parenterální výživa u pacientů s nespecifickými střevními záněty. Medicína pro praxi. 2011, roč. 8 (7 a 8), s. 337-338. ISSN 1803-5876.
- [38] ZBOŘIL, Vladimír et al. Biologická terapie v léčbě idiopatických střevních zánětů. Praha: Mladá fronta, 2012. ISBN 978-80-204-2656-7.
- [39] ZBOŘIL, Vladimír et al. Biologická terapie v léčbě idiopatických střevních zánětů. Praha: Mladá fronta, 2016. 208 s. ISBN 978-80-204-4035-8.

QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH CROHN'S DISEASE AND THE INTERVENTION OF A NON-MEDICAL MEDICAL WORKER - REVIEW ARTICLE

ABSTRACT

Introduction: Crohn's disease is a chronic inflammatory disease of the gastrointestinal tract. The manifestations of this disease vary according to the localization. According to the symptomatology, such treatment and nursing care is sought which seeks to increase the quality of life by all available means.

Aim: The present paper attempts to map out the issue of Crohn's disease and to focus on appropriate nursing interventions for improvement of the quality of the life of patients.

Method: This is an overview article. The information was obtained by qualitative content analysis from Czech and foreign professional publications, from articles of professional periodicals. The keywords used for the search: Crohn's disease, quality of life, nursing care.

Conclusion: The analysis of available resources shows the importance of assessing the quality of life of patients with Crohn's disease, the information we receive is further helpful for comprehensive care of these patients.

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

Mgr. Hana Ochtinská
Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Katedra ošetrovatelství
Studentská 95
532 10 Pardubice 2
e-mail: hana.ochtinska@upce.cz

MUDr. Libor Gabalec, Ph.D.
Orlickoústecká nemocnice
Interní oddělení – gastroenterologie
ČSA 1076
562 18 Ústí nad Orlicí
e-mail: libor.gabalec@uo.hospital.cz

prof. MUDr. Jan Bureš, CSc., FCMA
FN Hradec Králové
II. interní gastroenterologická klinika
Sokolská 581
500 05 Hradec Králové
e-mail: bures@lfhk.cuni.cz

KEYWORDS:

Crohn's disease, quality of life, nursing care

ŽIVOTNÍ STYL VYSOKOŠKOLSKÝCH STUDENTŮ V SOUČASNOSTI

MARKÉTA PAPRŠTEINOVÁ
ALENA KAVIČKOVÁ
BARBORA FALTOVÁ
IVA ŠPAČKOVÁ
HANA OCHTINSKÁ
UNIVERZITA PARDUBICE

ABSTRAKT

Cílem výzkumného šetření bylo analyzovat životní styl vysokoškolských studentů z hlediska fyzické aktivity, kouření, spotřeby alkoholu a drog, stravovacích návyků, kouření a životních podmínek jedince. Sběr dat byl prováděn prostřednictvím kvantitativní diagnostické metody pomocí dotazníku Evropského výběrového šetření o zdravotním stavu (EHIS – European Health Interview Survey). Dotazník použitý v Evropském výběrovém šetření o zdravotním stavu se skládá ze čtyř evropských modulů, přičemž každý z nich pokrývá určitou ucelenou oblast. V praxi lze moduly použít dohromady nebo samostatně. Pro účely našeho šetření byl vybrán modul o zdravotních determinantách, který se zabývá životním stylem. Sledovaný soubor tvořilo 90 studentů východočeské univerzity, a to z fakulty vzdělávající studenty k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a z fakulty technického zaměření. Z výzkumného šetření vyplynuly statisticky významné rozdíly v některých sledovaných oblastech, zejména v oblasti BMI, fyzické aktivity, frekvenční konzumace protektivních (ovoce, zelenina, drůbež) a rizikových potravin (uzeniny, sladkosti) a kouření, kdy jsme prokázaly zodpovědnější přístup k vlastnímu zdraví u studentů nelékařských zdravotnických oborů než u studentů technických oborů.



KLÍČOVÁ SLOVA:

VŠ, dotazníkové šetření, životní styl

ÚVOD

Jelikož je životní styl považován za nejvýznamnější faktor, který ovlivňuje zdravotní stav jedince až z 50 % (Kebza, 2005), je jistě zajímavé podívat se blíže na životní styl studentů vysoké školy. Mladí lidé ve věku kolem 20 let mají obvykle již své návyky vytvořeny. Zajímalo nás také, zda se může lišit životní styl studentů vysoké školy odlišného zaměření, například studentů technických oborů a studentů nelékařských zdravotnických oborů.

V etapě mezi 21. – 44. rokem a 45. – 63. rokem hovoříme o kritických letech pro zdraví, kdy tyto roky mají největší vliv na délku a očekávanou pohodu života. Jde o období, kdy se připravujeme na zdravé stárnutí. K nejčastějším příčinám vážných onemocnění patří nevyvážená strava. Chybné stravovací návyky mohou vést k srdečním chorobám, rakovině, cévní mozkové chorobě, hypertenzi, diabetu, obezitě atd., kdy tyto civilizační choroby a zhoršující se mezilidské vztahy mají negativní vliv na kvalitu a kvantitu života. Rizika mnoha těžkých fyzických a psychických onemocnění snižuje pravidelná a přiměřená fyzická aktivita (Čeledová a Čeleda, 2010).

Rizikové faktory působí na zdraví společně a vyžadují komplexní změny v dodržování správných zásad každého jednotlivce. Na základě rozboru těchto rizik lze doporučit optimální změny v pohybové aktivitě, ve výživě a spotřebě alkoholu, v kuřáckých návycích, ve zvládnutí nadměrné psychické zátěže spojené se stresem. Významně se také uplatňují sociální determinanty zdraví (Boutayeb, 2009).

Cílem výzkumného šetření bylo analyzovat životní styl vysokoškolských studentů z hlediska fyzické aktivity, kouření, spotřeby alkoholu a drog, stravovacích návyků, kouření a životních podmínek jedince a současně zjistit rozdíly v postojích studentů z fakult nelékařských zdravotnických oborů a studentů z fakult technických oborů ke zdravému životnímu stylu a ve vnímání kvality života. Stanovily jsme si výzkumné otázky:

1. Existují rozdíly v přístupu ke zdravému životnímu stylu (zejména v oblastech stravování, kouření, konzumace alkoholu a užívání drog) mezi souborem studentů nelékařských zdravotnických oborů a souborem studentů technických oborů?
2. Existují rozdíly ve fyzické aktivitě mezi souborem studentů nelékařských zdravotnických oborů a souborem studentů technických oborů?
3. Existují rozdíly v trávení času sportem mezi souborem studentů nelékařských zdravotnických oborů a souborem studentů technických oborů?
4. Existují rozdíly ve vnímání spokojenosti s vlastním životem mezi souborem studentů nelékařských zdravotnických oborů a souborem studentů technických oborů?

METODIKA

Sběr dat byl prováděn pomocí dotazníku, který byl použit v Evropském výběrovém šetření o zdravotním stavu (European Health Interview Survey). Dotazník se skládá ze čtyř evropských modulů, přičemž každý z nich pokrývá určitou ucelenou oblast.

Obsah jednotlivých modulů:

1. Evropský podkladový modul vychází z charakteristik zjišťovaných ve všech sociálních šetřeních a zahrnuje informace, jako jsou pohlaví, věk, ekonomická aktivita, vzdělání či rodinný stav.
2. Evropský modul o zdraví zjišťuje charakteristiky zdravotního stavu, jako jsou např. subjektivně vnímané zdraví, chronická nemocnost, úrazy, zdravotní potíže, duševní zdraví a fyzická bolest.
3. Evropský modul o zdravotní péči zjišťuje využívání zdravotní péče, užívání léků či výdaje za zdravotní péči.
4. Evropský modul o zdravotních determinantách mapuje životní styl respondentů z hlediska fyzické aktivity, kouření, spotřeby alkoholu a drog, stravovacích návyků, kouření a životních podmínek jedince.

Sestavení jednotlivých modulů a finálního dotazníku předcházely diskuse na národní i mezinárodní úrovni. Jednotlivé moduly byly přeloženy do češtiny a testovány. Pro šetření v praxi lze moduly použít dohromady nebo samostatně (Daňková et al., 2011). Pro náš sběr dat byl použit modul o zdravotních determinantách, který se zabývá životním stylem. Dotazník obsahoval 38 otevřených a uzavřených otázek. Šetření probíhalo v průběhu měsíců října 2016 až ledna 2017.

VÝZKUMNÝ VZOREK

Za účelem průzkumného šetření byli osloveni posluchači východočeské univerzity. Sledovaný soubor tvořilo 90 studentů (44 mužů, 46 žen) navazujících magisterských oborů z fakulty vzdělávající studenty k výkonu nelékařských zdravotnických povolání (dále v grafu označeno FZ) a z fakulty technického zaměření (dále v grafu označeno FT). Studenti dotazníky vyplňovali anonymně během výuky a byly všechny řádně odevzdány. Z celkových 90 respondentů bylo 45 studentů nelékařských zdravotnických oborů (pouze ženy) a 45 studentů technických oborů (44 mužů a 1 žena).

METODIKA ANALÝZY DAT

Všechny údaje z vyplněných dotazníků byly prvotně zpracovány v aplikaci MS Excel. Odpovědi studentů byly vyhodnoceny pomocí popisné statistiky. Výsledky jsou prezentovány ve formě přehledných grafů. K podrobnější statistické analýze byl použit

statistický software Statistica Cz 12 od společnosti StatSoft, Inc. Rozdíly v odpovědích byly vyhodnoceny z hlediska zaměření studia. K analýze dat byl pro ordinální data použit Mann-Whitneyův test, pro zpracování numerických dat dvou výběrový Studentův ttest s ověřením normality (Kolmogorov-Smirnov). Za statisticky významné byly považovány rozdíly na hladině $p < 0,05$.

VÝSLEDKY

BODY MASS INDEX

Nadváha a obezita rozhodně patří mezi faktory, které ovlivňují zdravotní stav člověka. Mají vliv na vznik kardiovaskulárních onemocnění, cukrovky II. typu a dalších onemocnění. Tělesná hmotnost je ovlivněna jednak genetickými predispozicemi, ale také životním stylem, především malou fyzickou aktivitou, nesprávným stravováním, stresem apod.

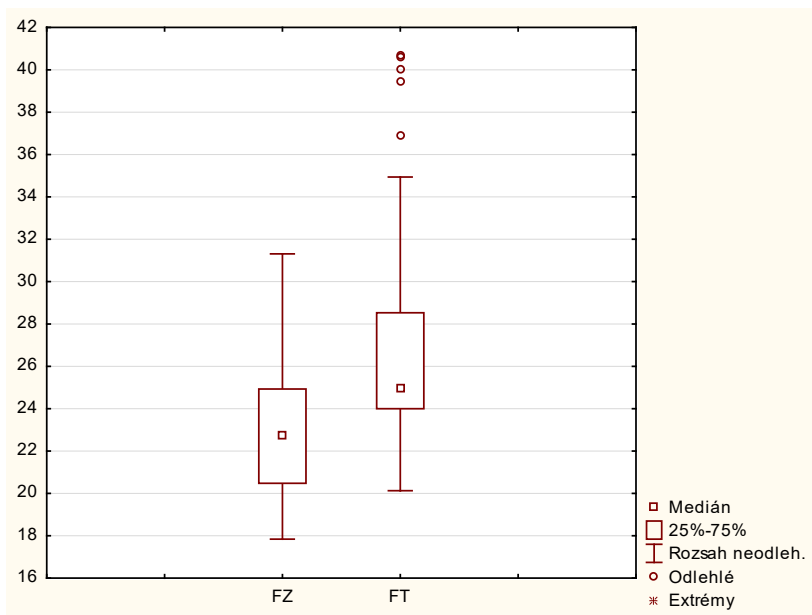
V dotazníkovém šetření byla zjišťována výška a váha studentů, kdy z těchto údajů byl následně vypočítán tzv. index tělesné hmotnosti (BMI - Body Mass Index). Tento index je vyjádřením poměru hmotnosti (v kg) ke druhé mocnině výšky (v m). Hodnoty lze pak rozdělit do kategorií, tak jak jsou znázorněny v tabulce Tabulka 1.

Tabulka 1: Klasifikace váhy podle BMI

BMI	Klasifikace
Méně než 18,5	Podváha
18,5 – 24,99	Normální váha (optimální váha)
25 – 29,99	Nadváha
30 – 34,99	Obezita prvního stupně
35 – 39,99	Obezita druhého stupně
Více než 40	Obezita třetího stupně

Podle našeho zjištění je průměrná hodnota BMI mírně vyšší u studentů technických oborů (27,04) než u studentů nelékařských zdravotnických oborů (22,99). Pokud hodnotu BMI porovnáme pomocí střední hodnoty medián, rozdíl mezi nimi nebude tak markantní: 24,96 u studentů technických oborů a 22,71 u studentů nelékařských zdravotnických oborů. Optimální váhu mají téměř tři čtvrtiny respondentů nelékařských zdravotnických oborů. Mezi studenty jsou dva respondenti s podváhou. Ostatní mají nadváhu anebo obezitu (22 %). U studentů technických oborů má optimální váhu zhruba polovina respondentů (53 %), podváhu nemá nikdo z dotázaných, je zde ale vyšší zastoupení studentů s nadváhou (30 %) či obezitou (18 %).

Hodnoty BMI přehledně porovnávají krabicové grafy, viz obrázek 1. Všechny parametry grafu jsou u studentů technických oborů vyšší než u studentů nelékařských zdravotnických oborů, u studentů technických oborů je navíc několik výjimečně vysokých hodnot (studenti s obezitou), kteří zvýšili průměr na 27,04. Střední pásmo hodnot (tj. od 25. do 75. percentilu) se u studentů nelékařských zdravotnických oborů pohybuje v kategorii normální váhy, u studentů technických oborů již zasahuje do kategorie nadváhy (medián se již blíží k horní hranici optimální váhy).



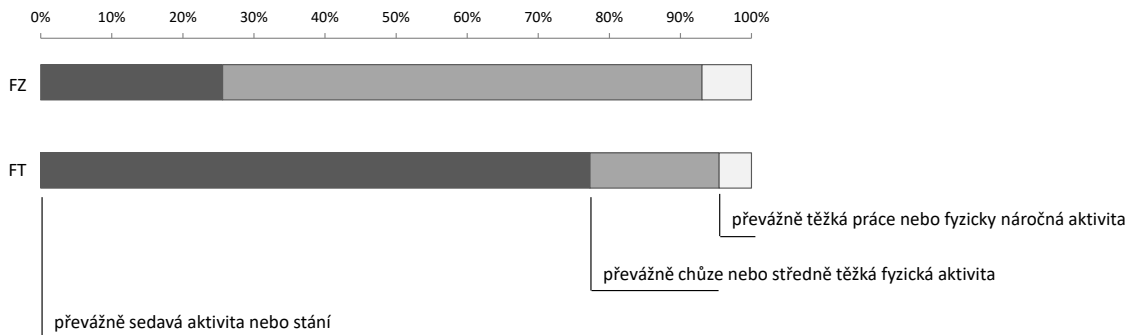
Obrázek 1: Porovnání hodnot BMI studentů FZ a FT

FYZICKÁ AKTIVITA

Fyzická aktivita se podílí na tělesné hmotnosti člověka, a tím má vliv i na index BMI. Podle výsledků předchozí otázky nás tedy zajímalo, zda studenti technických oborů budou vykazovat menší míru fyzické aktivity než studenti nelékařských zdravotnických oborů.

Fyzická aktivita byla zjišťována několika otázkami zaměřenými jednak na frekvenci fyzické aktivity a jednak na čas strávený touto činností. Pod fyzickou aktivitu byla zahrnuta pracovní aktivita (v tomto případě tedy činnosti související se studiem, u studentů nelékařských zdravotnických oborů např. i účast na odborné praxi), dále pak doprava vlastními silami - chůzí či jízdou na kole, sport a cílené posilování svalů.

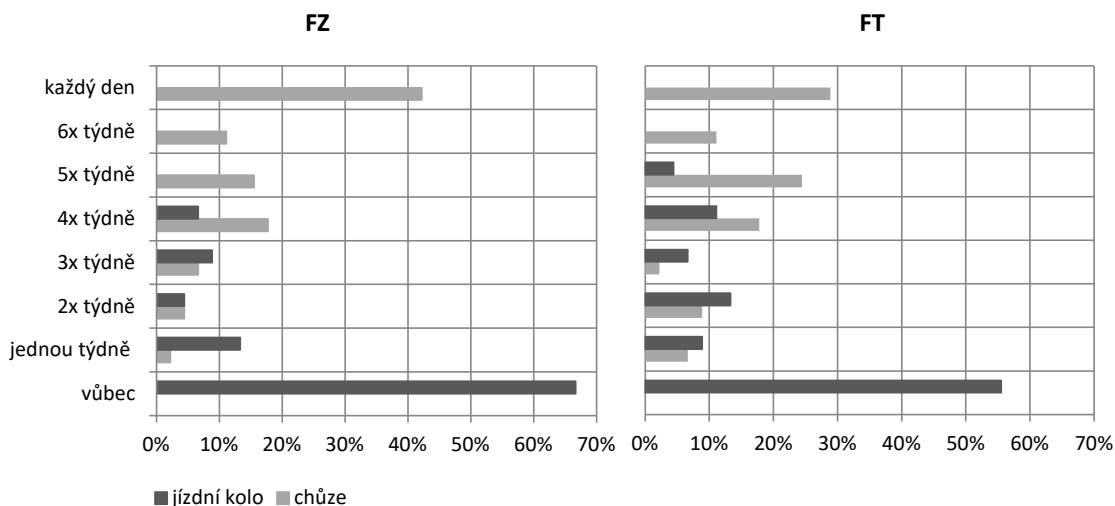
Více než tři čtvrtiny dotázaných studentů technických oborů uvádí jako svou převládající pracovní fyzickou aktivitu „převážně sedavou aktivitu nebo stání“. Naproti tomu u studentů nelékařských zdravotnických oborů převažuje chůze nebo středně těžká fyzická aktivita (67 %), viz obrázek Obrázek 2.



Obrázek 2: Fyzická aktivita studentů

Denní pěší chůzi pro účely přemísťování (tj. nikoliv jako volnočasovou procházku) používají více studenti nelékařských zdravotnických oborů (42 % studentů, nejčastěji do půl hodiny) než technických oborů (29 % studentů, nejčastěji do hodiny).

Na kole většina studentů nelékařských zdravotnických oborů a technických oborů příliš nejedí. Alespoň jednou týdně použije jízdní kolo jako dopravní prostředek více studentů technických oborů (44 %) než nelékařských zdravotnických oborů (33 %). Jak je patrné z obrázku Obrázek 3, nikdo ze zúčastněných nejedí na kole denně.



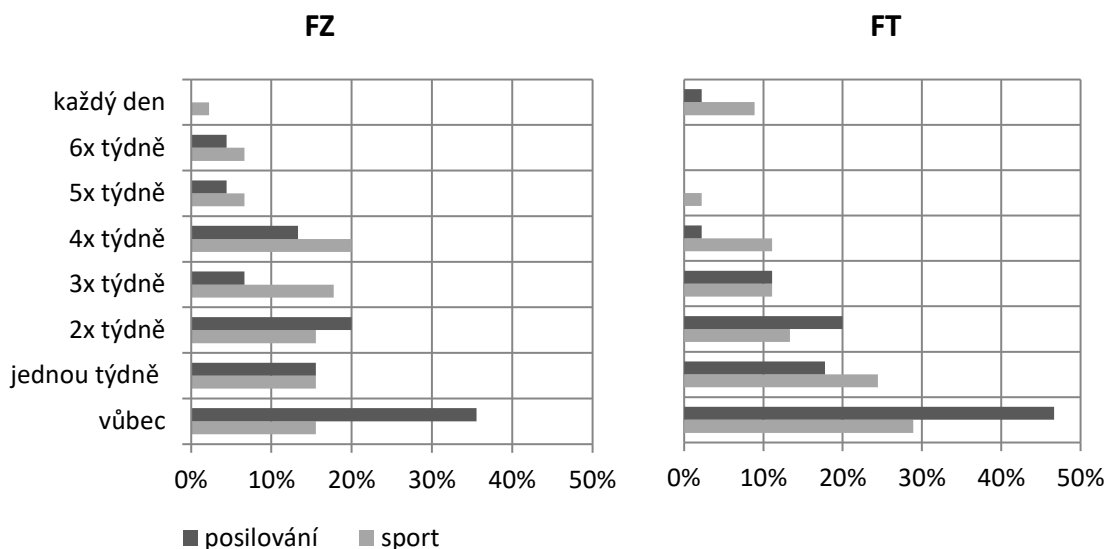
Obrázek 3: Pěší chůze a používání jízdního kola

Z těch, kteří jízdní kolo používají, na něm stráví většinou necelou hodinu denně (studenti nelékařských zdravotnických oborů 87 %, 50 % studentů technických oborů). Na technicky zaměřených fakultách je více studentů, kteří stráví na kole i delší dobu (40 % studentů od 1 do 3 hodin denně oproti 14 % na fakultách vzdělávající nelékařské zdravotnické obory). Dalo by se tedy shrnout, že studenti nelékařských zdravotnických oborů spíše chodí pěšky a studenti technických oborů jedí spíše na kole.

Větší vztah k aktivnímu sportování mají studenti nelékařských zdravotnických oborů. Vůbec nesportuje 29 % studentů technických oborů a 16 % studentů nelékařských zdravotnických oborů, dobře je to patrné na obrázku Obrázek 4. Zhruba polovina studentů nelékařských zdravotnických oborů sportuje 24x týdně (53 %), studenti technických oborů 13x týdně (49 %).

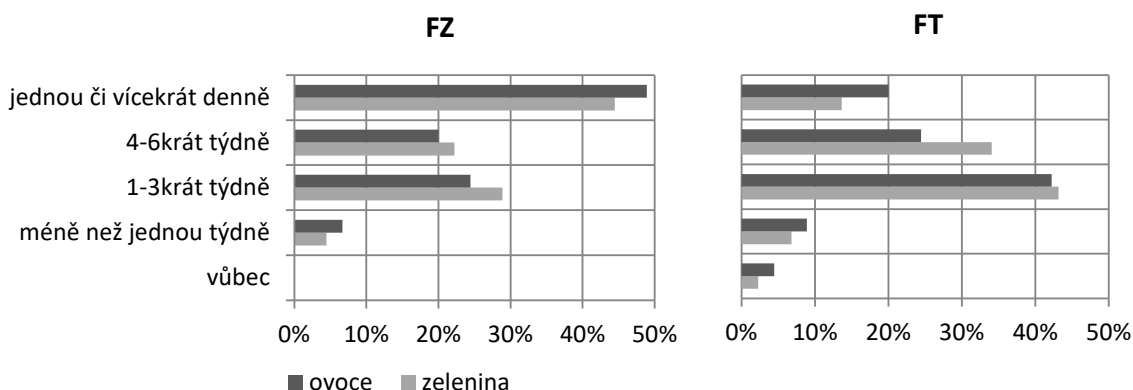
Minimálně 3x týdně sportuje polovina studentů nelékařských zdravotnických oborů a pouze třetina studentů technických oborů. Zajímavé je, že u každodenního sportování je poměr obrácený, každý den se věnuje sportu více studentů technických oborů (9 %) než nelékařských zdravotnických oborů (2 %). Rovněž průměrný čas věnovaný sportu je příznivější pro studenty technických oborů: v průměru stráví sportem 4,7 hod./týden, studenti nelékařských zdravotnických oborů 3,5 hod./týden.

Samostatná otázka se týkala posilování svalů, jako je např. silový trénink, odporový trénink, kliky, dřepy či posilovací cvičení. Tyto aktivity měli studenti zahrnout i v případě, že byly již zmíněny dříve v otázce o sportu. Je tedy možné považovat posilování za jakousi podskupinu otázky sportu. Posilovacím cvičením se věnuje více studentů nelékařských zdravotnických oborů (64 %) než technických oborů (53 %). Z těch, kteří posilují, posiluje 12x týdně zhruba stejná část studentů (36 % nelékařských zdravotnických oborů a 38 % technických oborů), pravidelnější posilování 3 a vícekrát týdně provozují ve větší míře studenti nelékařských zdravotnických oborů (29 %) než technických oborů (16 %).



Obrázek 4: Sportovní aktivity studentů

Součástí dotazníku byly i otázky sledující spotřebu ovoce a zeleniny, a to z hlediska frekvence a množství. Pokud se zaměříme na studenty, kteří konzumují ovoce/zeleninu alespoň jednou denně, vedou jednoznačně studenti nelékařských zdravotnických oborů, viz obrázek Obrázek 5. Téměř polovina studentů nelékařských zdravotnických oborů konzumuje ovoce denně, nejčastěji 2 porce. Denně si vezme ovoce pouze pětina studentů technických oborů, nejčastěji 1 porci. Zeleninu konzumují studenti z fakult o trochu méně než ovoce, i tak ale zůstává poměr stejný; denně ji konzumuje 44 % studentů nelékařských zdravotnických oborů (2 porce denně) a 14 % studentů technických oborů (1 porce denně). Počet porcí zůstane stejný i v případě, když vezmeme v úvahu odpovědi nejen denních konzumentů, ale i těch, kteří konzumují ovoce a zeleninu méně často.



Obrázek 5: Konzumace ovoce a zeleniny

Další otázky týkající se stravování byly zaměřeny na frekvenci konzumace dalších protektivních a rizikových potravin:

1. Mléčné výrobky (včetně sýrů)
2. Drůbeží maso (kuře, krůta)
3. Ryby
4. Celozrnné pečivo
5. Smažené nebo fritované potraviny
6. Dorty, sladkosti a jiné cukrovinky
7. Slazené nápoje (limonády, džusy, slazené minerálky)
8. Uzeniny a masné výrobky (vyjma šunky)

Typický student nelékařských zdravotnických oborů (zastoupený střední hodnotou medián) konzumuje:

- denně mléčné výrobky,
- 46krát týdně celozrnné pečivo,
- 13krát týdně drůbeží maso, dorty, sladkosti a jiné cukrovinky, uzeniny a masné výrobky.
- Méně než jednou týdně pak konzumuje ryby, smažené nebo fritované potraviny a slazené nápoje.

Typický student technických oborů konzumuje:

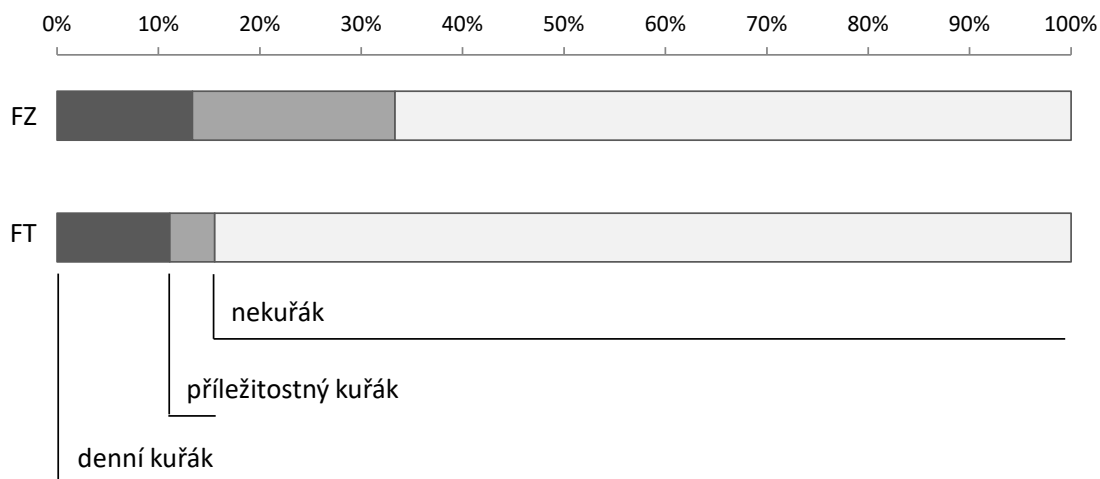
- 46krát týdně mléčné výrobky,
- 13krát týdně drůbeží maso, celozrnné pečivo, smažené nebo fritované potraviny, dorty, sladkosti a jiné cukrovinky, slazené nápoje, uzeniny a masné výrobky.
- Méně než jednou týdně konzumuje ryby.

V některých ohledech se studenti z fakult chovají podobně, ale co se týče cukrovinek, uzenin, slazených nápojů, celozrnného pečiva a mléčných výrobků, stravují se zdravěji studenti nelékařských zdravotnických oborů než jejich kolegové z technicky zaměřených fakult, konzumují také častěji ovoce a zeleninu.

KOURENÍ

Kouření může výrazně poškozovat zdraví, zvláště pravidelné a dlouhotrvající. Je rizikovým faktorem pro vznik rakoviny plic i pro řadu dalších onemocnění týkajících se dýchacího ústrojí, kardiovaskulárního systému, krevního tlaku a dalších. S kouřením jsou spojena i nádorová onemocnění dalších orgánů kromě plic, negativně ovlivňuje reprodukční zdraví jedince.

Větší část námi oslovených studentů jsou nekuřáci, vyšším podílem na technicky zaměřených fakultách (84 % studentů technických oborů, 67 % studentů nelékařských zdravotnických oborů), viz obrázek Obrázek 6. Zastoupení denních kuřáků je porovnatelné (13 % studentů nelékařských zdravotnických oborů a 11 % studentů technických oborů), tito kuřáci kouří v průměru již 5 let, tj. začali kouřit někdy v průběhu studia na střední škole.



Obrázek 6: Struktura studentů podle míry kouření

Příležitostných kuřáků je více na fakultách vzdělávající nelékařské zdravotnické obory (20 %) oproti technickým oborům (4 %). Na fakultách nelékařských zdravotnických oborů je tedy vyšší celkové zastoupení kuřáků (denních i příležitostných) než na technicky zaměřených fakultách (33 % studentů nelékařských zdravotnických oborů, 15 % studentů technických oborů).

Prevažná většina současných nekuřáků z fakult nekouřila ani v minulosti (87 % v obou případech). Dva respondenti z fakult nelékařských zdravotnických oborů a tři z technicky zaměřených fakult údaj o kouření v minulosti neuvedli.

Z tabákových výrobků vedou jednoznačně cigarety, které uvedli všichni kromě jednoho příležitostného kuřáka dýmky z fakult vzdělávající nelékařské zdravotnické obory.

Mírně intenzivnější kuřáci jsou zdá se studenti technických oborů, kteří typicky vykouří denně 8,5 cigarety oproti 7 cigaretám studentů nelékařských zdravotnických oborů.

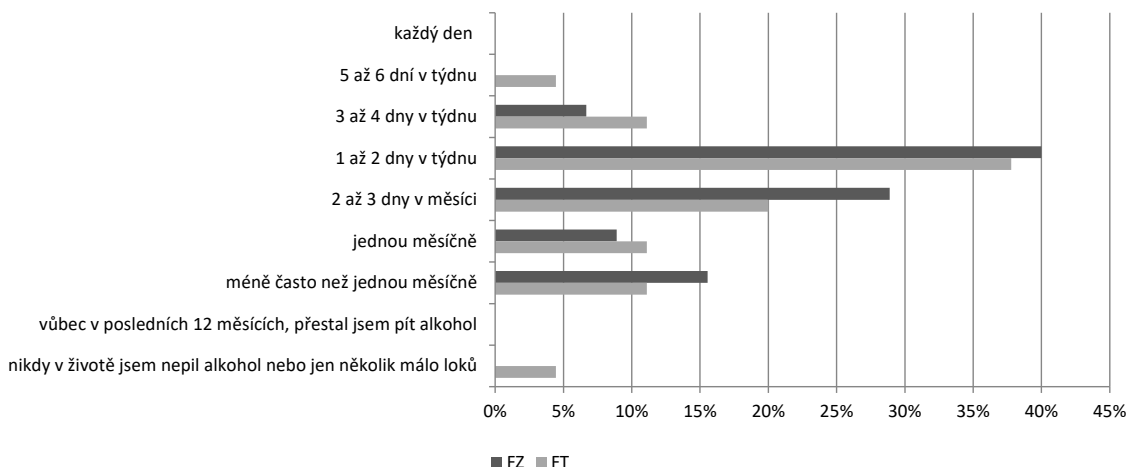
Nadpoloviční většina studentů z fakult udává, že nejsou vystaveni tabákovému kouři v místnosti nikdy, nebo téměř nikdy (62 % studentů nelékařských zdravotnických oborů, 63 % studentů technických oborů). Zhruba třetina studentů je vystavena tabákovému kouři méně než hodinu denně (36 % studentů nelékařských zdravotnických oborů, 33 % studentů technických oborů).

KONZUMACE ALKOHOLU

Konzumace alkoholu je nebezpečná, ať už je pravidelná či nárazová. Je spojena s řadou zdravotních rizik včetně cévní mozkové příhody, krvácení do trávicí trubice a srdečního selhání. Kromě toho může způsobit poškození jater, vedlejším efektem je také snížená

účinnost některých léků a jiné, třeba paracetamol, se stanou nebezpečnými. V našem šetření je za alkohol považován nápoj obsahující alkohol typu pivo, víno, destiláty, míchané nápoje apod.

Typický student nelékařských zdravotnických oborů a technických oborů konzumuje alkohol obvykle jednou až dvakrát týdně, jednu sklenku během pracovního týdne (pondělí-čtvrtek) a 3 skleničky v průběhu víkendu (pátek-neděle). Asi čtvrtina studentů konzumuje alkohol nanejvýš jednou za měsíc. Dva studenti z technicky zaměřených fakult vůbec alkohol nepijí ani nepili s výjimkou několika málo loků a rovněž dva studenti technických oborů pijí alkohol téměř každý den (56krát za týden), podrobněji viz obrázek Obrázek 7.



Obrázek 7: Frekvence konzumace alkoholu

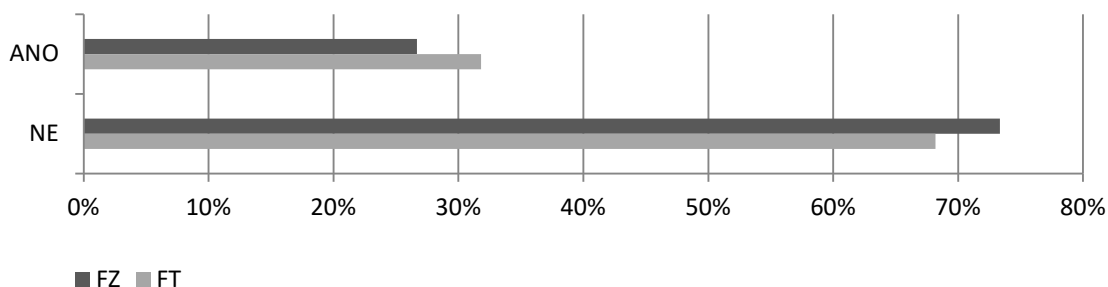
Za nadměrnou konzumaci alkoholu je považovaná konzumace 6 a více alkoholických nápojů při jedné příležitosti, např. během oslavy, party, posezení s přáteli. Téměř polovina dotázaných (48 %) studentů nelékařských zdravotnických oborů konzumovala takto alkohol alespoň jednou za měsíc oproti 38 % studentů z technicky zaměřených fakult, kde - jak se zdá - je nárazové pití méně časté.

16 % dotázaných studentů nelékařských zdravotnických oborů uvedlo, že tímto způsobem nekonzumují alkohol vůbec. Na technicky zaměřených fakultách je tato skupina studentů početnější (28 %).

DROGY

Většina studentů nemá zkušenost s drogami (73% studentů nelékařských zdravotnických oborů, 68 % studentů technických oborů), tudíž s drogou má zkušenost méně než třetina studentů (27 % studentů nelékařských zdravotnických oborů, 32 % studentů technických oborů), viz obrázek 8. Nejčastěji šlo o marihuanu či hašiš. Ze studentů, kteří

drogu zkusili, ji většina užila v méně či více vzdálené minulosti. V posledních 30 dnech pouze 4 studenti nelékařských zdravotnických oborů a 3 studenti technických oborů.

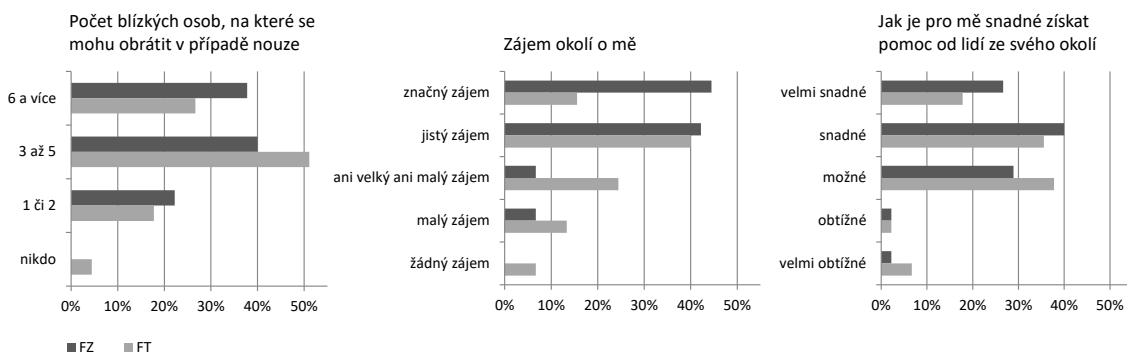


Obrázek 8: Užití návykové látky kdykoliv v minulosti

Další drogy, které studenti nelékařských zdravotnických oborů v minulosti zkusili, jsou extáze a lysohlávky, v obou případech 1 student - před více než rokem a v obou případech zkusil před 112 měsíci i marihuanu či hašiš. Jiné drogy (pervitin, kokain, crack, heroin, LSD, nové syntetické drogy, těkavé látky) studenti neuváděli.

SOCIÁLNÍ PODPORA A POSKYTOVÁNÍ NEFORMÁLNÍ PÉČE

V případě vážných osobních problémů se mohou studenti z fakult obrátit na 35 blízkých osob. 38 % studentů nelékařských zdravotnických oborů a 27 % studentů technických oborů se mohou obrátit na 6 a více osob. Dva studenti technických oborů uvedli, že se s vážným osobním problémem bohužel nemohou obrátit na nikoho. Většina studentů nelékařských zdravotnických oborů uváděla, že lidé v jejich okolí projevují jistý až značný zájem o to, co dělají (68 %), u studentů technických oborů je to 56 %. 7 % studentů nelékařských zdravotnických oborů pociťuje malý zájem svého okolí a stejné procento studentů technických oborů žádný zájem (obrázek 9).



Obrázek 9: Sociální podpora

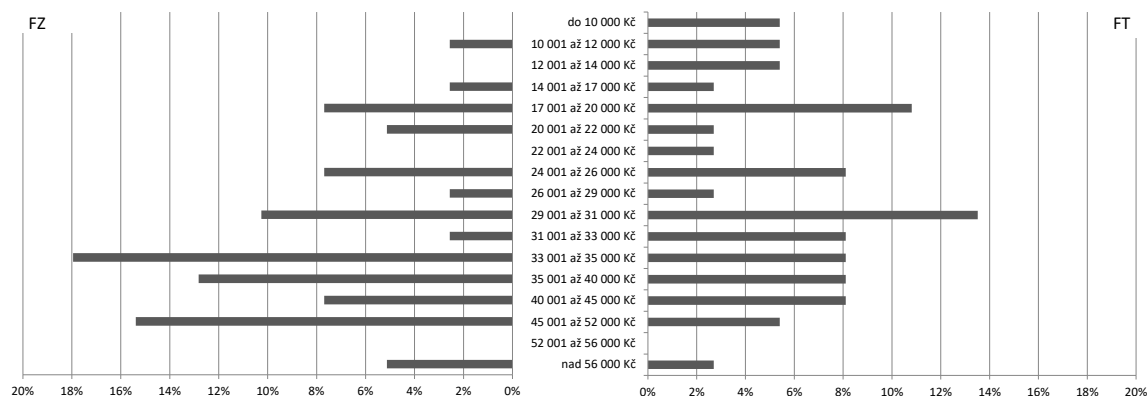
V případě potřeby pomoci je pro většinu studentů obou profesně rozdílných oborů snadné či dokonce velmi snadné získat pomoc od svého okolí (67 % studentů nelékařských zdravotnických oborů, 54 % studentů technických oborů). Velmi obtížně získá pomoc pouze 1 student nelékařských zdravotnických oborů a 3 studenti technických oborů.

Necelá čtvrtina studentů nelékařských zdravotnických oborů (23 %) poskytuje alespoň jednou týdně pravidelnou neformální péči či asistenci osobám, které mají zdravotní problémy související s vysokým věkem nebo trpí dlouhodobým zdravotním problémem. Této péči věnují do 10 hodin týdně (tedy průměrně zhruba do 1,5 hodiny denně). V 9 z 10 případů se jedná o člena rodiny.

Studenti technických oborů poskytují pomoc v menší míře (18 % studentů), ve všech případech se jedná o člena rodiny a - podobně jako studenti nelékařských zdravotnických oborů - péči věnují do 10 hodin týdně.

PŘÍJEM DOMÁCNOSTI

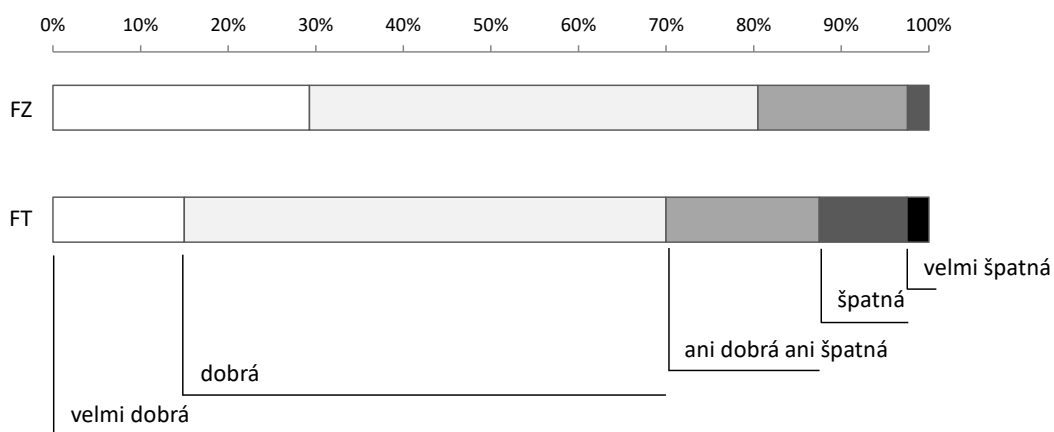
Příznivější finanční zázemí domácností je u studentů nelékařských zdravotnických oborů. Střední příjem domácnosti studentů nelékařských zdravotnických oborů je vyšší o 4 000 Kč než u studentů technických oborů. Příjem domácnosti vyšší než 34 000 Kč uvedla polovina studentů nelékařských zdravotnických oborů, ale pouze čtvrtina studentů technických oborů (obrázek 10). Otázkou je, do jaké míry se zde promítá i vlastní příjem studentů, kteří v dnešní době mnohdy pracují již během studia.



Obrázek 10: Příjem domácnosti studentů

V závěru byli studenti požádáni, aby posoudili kvalitu svého života, což představuje celkové zhodnocení spokojenosti se sebou samým a se svým životem z hledisek jako jsou např. životní podmínky a prostředí, ve kterém žijí, práce, volný čas a vykonávání každodenních aktivit, zdravotní stav, finanční a ekonomická situace, rodinné a sociální zázemí, osobní vztahy atd. Studenti nelékařských zdravotnických oborů jsou mírně pozitivnější než jejich kolegové z technicky zaměřených fakult. Kvalitu svého života hodnotí jako velmi dobrou 29 % studentů nelékařských zdravotnických oborů oproti 15 % studentů technických oborů (obrázek Obrázek 11).

Ovšem za velmi dobrou až dobrou (na stupnici velmi dobrá-dobrá-ani dobrá ani špatná-špatná-velmi špatná) ji považuje 51 % studentů nelékařských zdravotnických oborů a 55 % studentů technických oborů, takže lze říci, že pozitivně vidí kvalitu svého života zhruba stejně početná část studentů profesně rozdílných oborů (velmi dobrá nebo dobrá kvalita života).



Obrázek 11: Posouzení kvality života

Na opačném konci je vyšší zastoupení u studentů technických oborů; 13 % studentů považuje kvalitu svého života za špatnou až velmi špatnou, na fakultách s nelékařským zdravotnickým zaměřením velmi špatnou kvalitu neuvedl nikdo a špatnou pouze jeden student.

DISKUSE

Statistická analýza prokázala, že studenti nelékařských zdravotnických oborů mají velmi významně vyšší fyzickou aktivitu než jejich kolegové z technicky zaměřených fakult. Může to souviset právě s již zmiňovanou praktickou výukou ve zdravotnických zařízeních, která je součástí výuky studentů nelékařských zdravotnických oborů. Minimálně 3x týdně sportuje polovina studentů nelékařských zdravotnických oborů a pouze třetina studentů technických oborů. Zajímavé je, že u každodenního sportování je poměr obrácený, každý den se věnuje sportu více studentů technických oborů (9 %) než nelékařských zdravotnických oborů (2 %). Rovněž průměrný čas věnovaný sportu je příznivější pro studenty technických oborů: v průměru stráví sportem 4,7 hod./týden, studenti nelékařských zdravotnických oborů 3,5 hod./týden, a tak studenti obou rozdílných profesí splňují obecné doporučení minimální hodnoty pohybové aktivity, tj. minimálně 2 hodiny aktivní pohybové aktivity týdně (což je hodnota vyhovující pro udržení předpokládané dobré fyzické kondice). Gill et. al. (2013) ve své studii propojující fyzickou aktivitu s kvalitou života považují právě fyzickou aktivitu za jeden ze základních elementů procesu přispívajícího ke zvýšení kvality života a ke zdraví.

Rovněž jsou studenti nelékařských zdravotnických oborů aktivnější v posilování svalů a mají optimální BMI. V dnešní době je dobře známý vliv fyzické aktivity na zdraví. Pohybová aktivita vede k úbytku tukových zásob a brání též úbytku svalové hmoty. Zajištění pohybové aktivity příznivě ovlivňuje látkovou přeměnu a může být prevencí rizikových faktorů pro vznik srdečně-cévních onemocnění (Fox, Hillsdon, 2007). Statisticky významný rozdíl nebyl prokázán v otázce pohybové aktivity týkající se chůze či používání jízdního kola jako dopravního prostředku.

V otázce stravování je signifikantní rozdíl v konzumaci ovoce, zeleniny, celozrnného pečiva, smažených nebo fritovaných potravin a slazených nápojů, který vyznívá ve prospěch studentů nelékařských zdravotnických oborů, i tak jsou ale výsledky studentů obou rozdílných profesních zaměření neuspokojivé, neboť preference, frekvence a množství konzumace jednotlivých potravin (např. ovoce, zelenina, ryby), neodpovídá současným výživovým doporučením, resp. potravinové pyramidě. Skálová (2006) uvádí, že vysoké procento studentů preferuje uzeniny, nekonzumuje bílá masa a ryby. Dle výběrového šetření o zdravotním stavu české populace, zaujímá obyvatelstvo České republiky ve spotřebě ovoce a zeleniny jedno z posledních míst v Evropě (Machová, Kubátová, 2009). V oblasti rizikového chování, jako je kouření, konzumace alkoholu a drog, nebyl prokázán statisticky významný rozdíl vyjma počtu vykouřených cigaret u denních kuřáků, který je vyšší u studentů technických oborů. Pozitivním zjištěním bylo, že větší část námi oslovených studentů byli nekuřáci, vyšším podílem na technicky zaměřených fakultách (84 % studentů technických oborů, 67 % studentů nelékařských zdravotnických oborů). K podobným výsledkům dospěli v rozsáhlé studii autoři Provazníková, Schneidrová a kol. (2002).

Velmi významný statistický rozdíl byl prokázán v otázce projevovaného zájmu okolí o respondenta, který naznačuje silnější sociální vazby u studentů nelékařských zdravotnických oborů než u studentů technických oborů. Statistický test prokázal významný rozdíl ve finančním zázemí, které je příznivější u studentů nelékařských zdravotnických oborů.

Rozdíly studentů ve vnímání kvality svého života a celkové spokojenosti se sebou a svým životem nelze považovat za statisticky významné. Statisticky významné rozdíly v konkrétních sledovaných parametrech dokumentuje tabulka Tabulka 2.

Tabulka 2: Statistické porovnání studentů nelékařských zdravotnických oborů a technických oborů v jednotlivých parametrech životního stylu

Fyzická aktivita	signifikance	
Pracovní fyzická aktivita	0,00006	***
Chůze – počet dní v týdnu	0,29166	NS
Čas strávený chůzí v typickém dnu	0,34983	NS
Jízdní kolo – počet dní v týdnu	0,21248	NS
Čas strávený na jízdním kole v typickém dnu	0,85454	NS
Sport – počet dní v týdnu	0,19763	NS
Čas strávený sportem v typickém týdnu	0,27548	NS
Posilování – počet dní v týdnu	0,00015	***
BMI	0,00010	***
<i>Spotřeba ovoce, zeleniny a dalších potravin</i>		
Spotřeba ovoce – týdenní frekvence	0,00686	*
Počet porcí ovoce denně	0,09412	NS
Spotřeba zeleniny – týdenní frekvence	0,01350	*
Počet porcí zeleniny denně	0,00202	*
Mléčné výrobky (včetně sýrů) – týdenní frekvence	0,05132	NS
Drůbeží maso (kuře, krůta) – týdenní frekvence	0,66301	NS
Ryby – týdenní frekvence	0,17011	NS
Celozrnné pečivo – týdenní frekvence	0,00251	*
Smažené nebo fritované potraviny – týdenní frekvence	0,00738	*
Dorty, sladkosti a jiné cukrovinky – týdenní frekvence	0,20231	NS
Slazené nápoje (limonády, džusy, slazené minerálky) – týdenní frekvence	0,04713	*
Uzeniny a masné výrobky (vyjma šunky) – týdenní frekvence	0,69254	NS
<i>Rizikové chování - kouření, alkohol, drogy</i>		

Kouření v současnosti	0,18839	NS
Kouření v minulosti	0,89659	NS
Počet cigaret	0,02253	*
Počet let kouření	0,82421	NS
Vystavení tabákovému kouři denně	0,98002	NS
Alkohol posledních 12 měsíců	0,54235	NS
Alkohol pondělí - čtvrtek	0,21285	NS
Počet nápojů pondělí – čtvrtek	0,28596	NS
Alkohol pátek - neděle	0,71840	NS
Počet nápojů pátek - neděle	0,47010	NS
Nadměrné pití	0,35394	NS
Drogy obecně – užití někdy v životě	0,59092	NS
Marihuana či hašiš	0,08409	NS
<i>Sociální podpora, finanční zázemí, kvalita života</i>		
Sociální podpora – počet blízkých osob	0,43377	NS
Zájem okolí	0,00053	***
Pomoc druhých	0,17391	NS
Příjem domácnosti	0,02722	*
Kvalita života, spokojenost se svým životem	0,11039	NS
Hladina významnosti: 0,05 NS (nesignifikantní) = $p \geq 0,05$ * = $p < 0,05$ *** = $p < 0,001$		

ZÁVĚR

Cílem našeho výzkumu bylo prozkoumat několik nejvýraznějších faktorů životního stylu, a to fyzickou aktivitu, stravovací návyky (s tím související ukazatel BMI), dále konzumaci alkoholu, kouření a užívání drog. Z dalších faktorů jsme sledovaly sociální podporu, poskytování neformální péče či asistence, příjem domácnosti a kvalitu života. Zmiňované faktory jsme porovnávaly u vysokoškolských studentů z fakult vzdělávajících studenty k nelékařské zdravotnické profesi a z fakult technicky zaměřených.

Předpokládaly jsme větší uvědomělost ohledně zdravého životního stylu u studentů nelékařských zdravotnických oborů vzhledem k jejich profesnímu zaměření, kdy se na odborné praxi ve zdravotnických zařízeních setkávají s důsledky nezdravého životního stylu.

Z výzkumného šetření vyplynuly statisticky významné rozdíly v některých sledovaných oblastech, zejména v oblasti BMI, fyzické aktivity, frekvenční konzumace protektivních (ovoce, zelenina, drůbež) a rizikových potravin (uzeniny, sladkosti) a kouření, kdy jsme prokázaly zodpovědnější přístup k vlastnímu zdraví u studentů nelékařských zdravotnických oborů než u studentů technických oborů.

POUŽITÉ ZDROJE

- [1] BOUTAYEB, Abdesslam. *Social Determinants, Health Equity and Human Development*. Bentham Science Publishers, 2009. ISBN: 978-1-60805-324-7.
- [2] ČELEDOVÁ, Libuše a Rostislav ČVELA. *Výchova ke zdraví: vybrané kapitoly*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3213-8.
- [3] DAŇKOVÁ, Šárka, Jiří HOLUB a Jitka LÁCHOVÁ. *Evropské výběrové šetření o zdraví v ČR EHIS 2008*. Praha: ÚZIS ČR, 2011. ISBN 978-80-7280-916-5.
- [4] FOX, R. Keith, Mill HILLDSO. *Physical activity and obesity*. Obesity Reviews, Vol. 8, Issue Suppl. 1. February 2007. pp. 115-121.
- [5] GILL, L. Diane et. al. *Physical Activity and Quality of Life*. Journal of Preventive Medicine and Public Health, Vol. 46, Issue Suppl. 1. January 2013. pp. 28-34. DOI: <https://doi.org/10.3961/jpmph.2013.46.S.S28>
- [6] KEBZA, Vladimír. *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia, 2005. ISBN 80-200-1307-5.
- [7] MACHOVÁ, Jitka a Dagmar KUBÁTOVÁ. *Výchova ke zdraví*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2715-8.
- [8] SKÁLOVÁ, Ludmila et al. *CINDI Health Monitor u studující populace*. Praha: SZÚ, 2006. Dostupné z: http://www.szu.cz/uploads/documents/czzp/CINDI/CINDI_HM_u_studujicich_text.pdf
- [9] PROVAZNÍKOVÁ, H. et al. Determinanty zdraví vysokoškolských studentů. *Hygiena*,. 2002, 47(4), 214-219.

LIFESTYLE OF UNIVERSITY STUDENTS AT PRESENT

ABSTRACT

The aim of the research was to analyse the lifestyle of University students from the perspective of physical activity, smoking, alcohol and drugs consumption, dietary habits, smoking, and the living conditions of the individual. Data collection was carried out by quantitative diagnostic methods using the questionnaire of the European health survey (EHIS – the European Health Interview Survey). The questionnaire used in the European selective survey about the state of health (European Health Interview Survey) consists of four European modules, where each of them covers a specific comprehensive area. The modules can be used together or separately for investigation in the practice. For our investigation, we chose a module on health determinants, which deals with lifestyle. The monitored population consisted of 90 students from an East Bohemian University, from the faculty educating students in non-medical health care professions and from the faculty of technical specialization. There were statistically significant differences from the research investigation in some of the monitored areas, particularly in the area of BMI, physical activity, frequency consumption of protective (fruit, vegetables, poultry) and high-risk foods (smoked products, sweets) smoking, where we have proved a more responsible approach of paramedical students to their own health than among students in the technical disciplines.

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

Mgr. Markéta Papršteinová, Ph.D.
Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Katedra ošetrovatelství
Průmyslová 395
532 10 Pardubice – Černá za Bory
e-mail: marketa.paprsteinova@upce.cz

Mgr. Barbora Faltová
Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Katedra porodní asistence a zdravotně
sociální práce
Průmyslová 395
532 10 Pardubice – Černá za Bory
e-mail: barbora.faltova@upce.cz

Ing. Alena Kavičková
Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Katedra informatiky, managementu
a radiologie
Průmyslová 395
532 10 Pardubice – Černá za Bory
e-mail: alena.kavickova@upce.cz

Ing. Iva Špačková
Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Katedra informatiky, managementu
a radiologie
Průmyslová 395
532 10 Pardubice – Černá za Bory
e-mail: iva.spackova@upce.cz

Mgr. Hana Ochtinská
Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Katedra ošetrovatelství
Průmyslová 395
532 10 Pardubice – Černá za Bory
e-mail: hana.ochtinska@upce.cz

KEYWORDS:

university students, questionnaire
inquiry, lifestyle

PŘÍLEŽITOSTI KE ZLEPŠENÍ KULTURY BEZPEČÍ VE ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍCH

RADKA POKOJOVÁ
VOJENSKÁ NEMOCNICE BRNO

SYLVA BÁRTLOVÁ
JIHOČESKÁ UNIVERZITA
V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH

ABSTRAKT

Cíl: Cílem výzkumu bylo zjistit, jak zaměstnanci poskytovatelů zdravotnických služeb akutní a následné péče vnímají bezpečnost pacientů na vlastním pracovišti, dílčí výsledky se zaměřují na vnímání okolností souvisejících s hlášením nežádoucích událostí.

Metody: Zjišťování názorů probíhalo kvantitativním šetřením s použitím standardizovaného dotazníku Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC). Výzkumný soubor tvořilo 331 nelékařských zdravotnických pracovníků. Kompozitní skóre, které kombinuje aspekty určitého jevu do jednoho číselného vyjádření, bylo vypočteno zprůměrováním všech položek kladných odpovědí v rámci dimenze podle metodiky AHRQ.

Výsledky: Zjištěné hodnoty kompozitního skóre zejména u dimenzí Organizační učení/neustálé zlepšování – 68,45 % a Nerepresivní odpověď na chyby – 55,44 % jsou poměrně nízké, což naznačuje příležitosti ke zlepšení. Ve srovnání s hodnotami uvedenými v komparativní databázi AHRQ jsou významné rozdíly v dimenzích Komunikační otevřenost a Nerepresivní odpověď na chyby.

Závěr: Posuzování kultury bezpečnosti pacientů je jednou z možností, jak identifikovat oblasti pro zlepšení a pomoci při navrhování cílených patření k dosažení bezpečnějšího prostředí.

KLÍČOVÁ SLOVA:

kultura bezpečí, nežádoucí událost, pacient

ÚVOD

Bepečnostní kultura vyžaduje pochopení hodnot, přesvědčení a norem o tom, co je pro organizaci nezbytné, a jaké postoje a chování související s bezpečností pacienta jsou vhodné a očekávané (Wagner 2014).

Učení o incidentech v oblasti zdravotní péče je založeno na tradičním bezpečnostním inženýrském paradigmatu, kde je bezpečnost definována nepřítomností negativních událostí. Cílem není bezúčelné shromažďování zpráv, ale identifikace a učení se z chyb pro vytváření stále bezpečnějšího prostředí pro pacienty (Wagner 2013). Hollnagel et al. (2015) doporučují, aby zdravotnické organizace zlepšily svou schopnost učit se z minulých zkušeností tím, že studují nejen to, co se děje špatně (tj. nežádoucí události), ale také tím, že uvažují o tom, co je správné, tj. učením se z každodenní klinické práce. Každodenní výkon je a musí být flexibilní a variabilní a tudíž může být zdrojem přijatelných i nepříznivých výsledků. Snaha o dosažení bezpečnosti omezením variability výkonu může být kontraproduktivní. Autoři doporučují změnu priorit v řízení bezpečnosti tj. snížit závislost na *lidské chybě* jako téměř univerzální příčině incidentů a více se zaměřit na pochopení nutné variability výkonu.

Posuzování kultury bezpečnosti pacientů je pouze prvním krokem v procesu identifikace oblastí pro zlepšení péče. Dlouhodobý výzkum, založený na pravidelném hodnocení kultury bezpečnosti pacientů, je potřebný k tomu, abychom zjistili dopad konkrétní kroku na kulturu bezpečnosti a na klinické výsledky (El-Jardali et al. 2014).

MATERIÁL A METODY

Výzkum byl zaměřen na zjišťování názorů nelékařských zdravotnických pracovníků na problematiku bezpečnosti pacientů, v tomto sdělení se zabýváme výsledky dimenzí, které jsou vztaženy k nežádoucím událostem – jejich zveřejnění, možnosti diskuze a poučení se z nich.

Zjišťování názorů probíhalo kvantitativním šetřením, technikou standardizovaného dotazníku Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) The Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) vydaného v roce 2006 (AHRQ, 2015). Volně dostupný dotazník určený pro použití ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče byl použit se souhlasem AHRQ. Obsahuje 42 položek, seskupených do 12 dimenzí kultury bezpečí, z toho sedm aspektů se vztahuje k úrovni kultury bezpečí: (*očekávání a opatření vedoucího/manažera, organizační znalost - neustálé zlepšování, týmová spolupráce v rámci jednotek, komunikační otevřenost, zpětná vazba a komunikace o chybě, nenásilná reakce na chybu, personální zabezpečení*) tři aspekty se týkají kultury bezpečí na úrovni nemocnice (*podpora řízení bezpečnosti pacientů, týmová spolupráce mezi odděleními/jednotkami, překlady a předávání pacientů*), a dvě položky jsou vstupní proměnné

(celkové vnímání bezpečnosti pacienta a frekvence hlášených událostí). Respondenti volili odpovědi na 5-ti stupňové Likertově stupnici (od *plně souhlasím* až po *vůbec nesouhlasím*, resp. od *vždy* po *nikdy*).

Šetření probíhalo v období 11/2015 - 5/2016. Výzkumný soubor tvořilo 331 nelékařských zdravotnických pracovníků. Respondentům byly podány ústní a písemné informace týkající se cíle šetření a způsobu hodnocení dotazníku. V rámci výzkumu byly sledovány základní demografické charakteristiky souboru: typ pracoviště, vzdělání, celková délka výkonu praxe, délka praxe na současném pracovišti a v současné specializaci, obvyklá délka pracovní doby, pracovní zařazení a interakce s pacienty. 85,80 % respondentů tvořily všeobecné sestry pracující bez odborného dohledu. Respondenti nejčastěji pracovali na jednotkách intenzivní péče (19,64 %) a psychiatrických odděleních (18,13 %). Nejpočetněji byla zastoupena skupina pracující na daném pracovišti 1-5 let (37,46 %) a v dané profesi 11-15 let (23,87 %). Většina (67,67 %) respondentů uvedla obvyklou týdenní pracovní dobu v rozmezí 40 – 59 hodin. 98 % respondentů bylo v přímé interakci s pacienty. Soubor není reprezentativní.

Výsledky byly zpracovány dle metodiky AHRQ. Průměr pozitivních odpovědí jednotlivých položek byl vypočten součtem odpovědí úplně souhlasím a souhlasím, negativně formulované položky byly obráceny. Hodnoty kompozitního skóre, které je vyjádřením kombinace aspektů určitého jevu do souhrnného čísla, byly vypočteny zprůměrováním všech položek kladných odpovědí (Sorra et Nieva, 2004).

Hodnota pozitivních odpovědí 75 % a více představuje silnou podporu bezpečnosti pacienta, zatímco oblasti, které potřebují zlepšení, dosahují méně než 50 %. (Wang et al. in Sovariová Sosová 2017, El-Jardali 2014, Burström 2014).

Odpovědi respondentů byly testovány v závislosti na průměrné délce týdenní pracovní doby a typu pracoviště neparametrickým Kruskal - Wallisovým testem ($p \leq 0,05$). Statistické testování bylo provedeno v programu R (*R projekt verze 3.0.2*).

VÝSLEDKY A DISKUZE

V tomto sdělení se zabýváme výsledky čtyř dimenzí: *Komunikační otevřenost*, *Nerepresivní odpověď na chyby*, *Zpětná vazba a komunikace o chybě* a *Organizační učení / neustálé zlepšování*. Každá z uvedených dimenzí je tvořena třemi položkami. Definice jednotlivých dimenzí uvádí tab 1.

Tabulka 1: Dimenze a definice HSOPSC

Dimenze	Definice	Počet položek
Úroveň jednotky / oddělení		
Organizační učení / průběžné zlepšování	Existuje kultura učení, v níž chyby vedou k pozitivním změnám a změny jsou hodnoceny z hlediska účinnosti	3
Komunikační otevřenost	Zaměstnanci volně promlouvají, pokud uvidí něco, co by mohlo negativně ovlivnit pacienta, a neváhají upozornit i na ty, kteří mají větší autoritu	3
Zpětná vazba a komunikace o chybě	Zaměstnanci jsou informováni o chybách, k nimž dochází, dostávají zpětnou vazbu, jsou informováni o implementaci změn a diskutují o způsobech, jak předcházet chybám	3
Nerepresivní reakce na chyby	Zaměstnanci se domnívají, že jejich chyby a zprávy o událostech nejsou používány proti nim a nejsou uchovávány v osobním spise	3
Nemocniční úroveň		
Počet hlášených událostí	Počet událostí hlášených za posledních 12 měsíců	
Celková úroveň bezpečnosti pacienta.	Zaměstnanci hodnotili stupeň celkové bezpečnosti	

Určitá míra ostražitosti a aktivní přístup liniových pracovníků k redukci chyb se podílí na vytváření bezpečného prostředí pro pacienty. Stupeň bezpečnosti pacienta na vlastním pracovišti hodnotí respondenti nejčastěji (59,16 %) jako velmi dobrý, pouze 16,08 % respondentů jako vynikající a oproti tomu 2,25 % respondentů hodnotí stupeň bezpečnosti jako slabý. Hlášení nežádoucích událostí a nedokonaných pochybení je odrazem příznivého prostředí, které přispívá k jejich využití pro poučení. 30,51 % respondentů uvádí za posledních 12 měsíců 1-2 hlášené nežádoucí události, více než 10 hlášených událostí udává pouze 1,51 % dotazovaných.

Kompozitní skóre dimenze *Komunikační otevřenost* činí 72,75 %. Možnost otevřené komunikace o možných negativních důsledcích péče má 79,45 % respondentů (odpovědi většinou a vždy), 4,29 % má tuto možnost zřídka a 0,92 % respondentů uvádí, že tuto možnost nemá nikdy. 10,80 % respondentů se obává zeptat nadřízených na jejich rozhodnutí nebo konání (odpovědi nikdy, zřídka). Na položku, zda se bojí klást otázky v případě, že se něco nezdá být správné, odpovědělo kladně 15,64 % respondentů.

Kompozitní skóre dimenze *Nerepresivní reakce na chyby* činí 55,74 %. 11,80 % dotázaných se domnívá, že chyby jsou používány proti nim (odpovědi plně souhlasím a souhlasím). 19,29 % vnímá, že při popisu nežádoucí události je popisována spíše daná osoba než daný problém. 46,13 % respondentů se obává, že chyby, kterých se dopustí, budou zapsány do jejich osobního spisu. 30,34 % respondentů s tímto názorem souhlasí částečně.

V dimenzi *Zpětná vazba a komunikace o chybě* kompozitní skóre činí 70,84 %. Zpětnou informaci o změnách, které byly provedeny na základě hlášení nežádoucích událostí, dostává 47,56 % respondentů (většinou, vždy), tuto informaci dostává pouze někdy 35,98 % respondentů. O chybách, které se stanou na jejich oddělení je informováno 82,32 % dotázaných. 5,18 % dotázaných na pracovišti nemá možnost diskutovat o prevenci opakujících se chyb. Dimenze *Organizační učení / neustálé zlepšování* je tvořena třemi položkami, kterými respondenti hodnotí pozitivní změny směřující ke zvyšování bezpečnosti pacientů. Kompozitní skóre dosáhlo hodnoty 68,45 %. 3,63 % respondentů se nedomnívá (nesouhlasím, vůbec nesouhlasím), že na pracovišti se aktivně provádí opatření ke zlepšení bezpečnosti, částečně s tímto názorem souhlasí 11,66 % respondentů. Pozitivní změny vycházející z pochybení personálu vnímá 46,23 % respondentů. 16,67 % respondentů se vyjádřilo negativně (odpovědi nesouhlasím, vůbec nesouhlasím). 29 % respondentů nesleduje (nesouhlasím, vůbec nesouhlasím) efektivnost přijatých opatření, částečně se k tomuto názoru přiklání 20,25 % respondentů.

Odpovědi respondentů na položky A8, A12 a A16, A6, A9 a A13 vykazují statisticky významné rozdíly v závislosti na typu pracoviště. Závislost těchto dvou proměnných byla testována neparametrickým Kruskal-Wallisovým testem, který prokazuje statisticky průkazný vztah mezi pracovištěm respondenta a položkami zařazenými do dimenzí *Nerepresivní reakce na chyby* a *Organizační učení – neustálé zlepšování*. Vypočtené p-hodnoty jsou v tomto případě $p = 0.000$ a $p = 0.010$ ($\alpha \leq 0.05$). Zaměstnanci psychiatrických pracovišť vnímají nejčastěji, že chyby a omyly jsou používány proti nim a obávají se skutečnosti, že chyby, kterých se dopustí, budou zapsány do jejich osobního spisu. Popis osob místo daného problému nejčastěji vnímají zaměstnanci traumatologie. Aktivní přístup ke zlepšování bezpečnosti a sledování efektivnosti realizovaných opatření nejčastěji uvádí zaměstnanci z traumatologických pracovišť. Pozitivní změny vycházející z pochybení nejčastěji vnímají respondenti pracující na jednotkách intenzivní péče.

Odpovědi respondentů na položku C3 zařazenou do dimenze *Zpětná vazba a komunikace o chybě* vykazují statisticky významné rozdíly v závislosti na délce praxe. Vypočtená p-hodnota je v tomto případě $p = 0.020$ ($\alpha \leq 0.05$). Zaměstnanci s délkou praxe v rozmezí 1 – 5 let jsou nejčastěji informováni o chybách, které se stanou na oddělení.

Výsledky kompozitního skóre vybraných dimenzí a jejich jednotlivých položek, srovnání s referenčními hodnotami AHRQ uvádí tab. 2.

Tabulka 2: Výsledky kompozitního skóre vybraných dimenzí

Dimenze	Kompozitní skóre	hodnoty ARHQ	Položka	% kladných odpovědí	p-hodnota	hodnoty ARHQ
Komunikační otevřenost	72,75	63,33	C2 - Personál bude otevřeně a nahlas mluvit o tom, když vidí něco, co může negativně ovlivnit péči o pacienta	79,45	0,40	77
			C4 - Personál se nebojí zeptat nadřízených ohledně jejich rozhodnutí nebo konání	74,38	0,35	48
			*C6 - Personál se bojí klást otázky v případě, že něco se nezdá být správné	64,42	0,23	65
Nerepresivní reakce na chyby	55,44	45,33	*A8 - Personál má pocit, že jejich chyby / omyly jsou používány proti nim	65,85	0,00	51
			*A12 - Když je hlášena nežádoucí událost, máte pocit, že se podrobně popisuje daná osoba a ne daný problém	54,34	0,00	48
			*A16 - Zaměstnanci se obávají, že chyby, kterých se dopustí, budou zapsány do jejich osobního spisu	46,13	0,01	37
Zpětná vazba, komunikace o chybě	70,53	68,0	C1 - Dostáváme zpětnou informaci o změnách, které byly provedeny na základě hlášení nežádoucích událostí	47,56	0,45	60
			C3 - Jsme informovaní o chybách / omylech, které se stanou na tomto oddělení	82,32	0,02	69
			C5 - Na oddělení diskutujeme o možnostech prevence opakujících se chyb	81,71	0,61	75
Organizační učení – neustálé zlepšování	68,45	72,67	A6 - Aktivně provádíme opatření na zlepšení bezpečnosti pacienta	84,66	0,00	84
			A9 - Chyby / omyly personálu vedou i k pozitivním změnám	46,23	0,00	64
			A13 - Poté, co vykonáme změny/ přijmeme opatření na zlepšení bezpečnosti pacienta, sledujeme jejich efektivnost	74,46	0,00	70

* Negativně formulovaná položka

Výzkumy zaměřené na posuzování kultury bezpečnosti nemocnic zjišťují silné a slabé stránky organizace. Jak uvádí Mikušová et al. (2012), silná organizační kultura zlepšuje kvalitu péče poskytovanou pacientům. Silné stránky kultury lze použít k predikci chování a postojů zdravotníků.

Všechny dimenze, kterými se zabýváme v tomto příspěvku, dosáhly hodnoty nižší, než je 75 % (*Organizační učení / neustálé zlepšování* – 68,45 %, *Zpětná vazba a komunikace o chybě* – 70,53 %, *Komunikační otevřenost* – 72,75 %, a *Nerepresivní odpověď na chyby* – 55,44 %), což je ve srovnání s hodnotami: 72,67 %; 68,00 %; 63,33 % a 45,33 % uvedenými v komparativní databázi ARHQ (Famolaro et al. 2016) významně odlišné zejména v dimenzích: *Komunikační otevřenost* a *Nerepresivní odpověď na chyby*. Značné rozdíly ve všech námi sledovaných dimenzích mezi jednotlivými zeměmi ukázala rovněž průřezová studie s použitím *Nemocničního průzkumu o bezpečnosti pacientů* (HSOPSC), která byla provedena v Nizozemsku, USA a na Tchaj-wanu. (Wagner et al. 2013)

Selhání komunikace ve zdravotnictví je spojováno s rizikem nežádoucích událostí a chybami. V rámci perioperačního prostředí se nedostatečná komunikace ukazuje jako hlavní příčina až 70% nežádoucích událostí. Komunikace a otevřená zpětná vazba jsou nezbytné pro sdílení údajů o pacientovi a jeho hodnocení (Wagner 2014).

Evropské průzkumy s použitím HSOPSC v dimenzi *Komunikační otevřenost* uvádí hodnoty kompozitního skóre 50,06 % (Sovářiová Soosová et al. 2017), 53% (Erias et al. 2014), 62 % (Smits et al. 2012) a 68 % (Perneger et al (2014)).

64,42 % respondentů námi prezentované studie se bojí klást otázky v případech, že se něco nezdá být správné, což je shodné s 65 % udávanými referenční databází AHRQ (Famolaro et al. 2016). Wagner et al. (2013) uvádí, že průměrná většina respondentů v nizozemských nemocnicích (82 %) může otevřeně mluvit, když uvidí něco, co může negativně ovlivnit péči o pacienty a nebojí se zeptat nadřízených na jejich rozhodnutí nebo konání (56 %). V USA a především na Tchaj-wanu je ve srovnání s Nizozemím komunikační otevřenost výrazně nižší.

Dimenze *Nerepresivní odpověď na chyby* patří dosaženými hodnotami kompozitního skóre v jednotlivých zemích: Slovensko 23 % (Sovářiová Soosová et al, 2017), Portugalsko 25 % (Erias et al. 2014), Nizozemsko 44 % (Smits et al. 2012), Švýcarsko 45 % (Perneger et al. 2014) mezi oblastmi kam by měly směřovat snahy o zlepšení. Poměrně nízké kompozitní skóre 45 % udává i referenční databáze AHRQ (Famolaro et al. 2016). Námi zjištěné hodnoty jsou mírně vyšší a to 55,44 %.

Burmström et al. (2014) publikovala výsledky opakovaného šetření ve dvou nemocnicích po implementaci projektu zvyšování kvality zaměřeného na zvýšení bezpečnosti pacientů s použitím švédské verze HSOPSC.

U všeobecných sester bylo zaznamenáno v následném sledování nižší skóre u dimenze *Nerepresivní odpověď na chyby*. Výsledky ostatních dimenzí se lišily v závislosti na typu pracoviště, ke zlepšení došlo u všeobecných sester z krajské nemocnice v dimenzích *Komunikační otevřenost a Zpětná vazba a komunikace o chybě* a v univerzitní nemocnici v dimenzi

Organizační učení/neustálé zlepšování. V hodnocení dimenze *Zpětná vazba a komunikace o chybě* zaznamenali lékaři nižší skóre než všeobecné sestry, při výchozím i následném sledování. Příčinou nízkého počtu pozitivních změn podle autorů, může být mimo jiné i krátká doba od implementace programu.

Organizační učení/neustálé zlepšování znamená sdílení informací o chybách a hledání nových možností pro zlepšování. Hodnoty kompozitního skóre v této dimenzi jsou poměrně vysoké a to jak v referenční databázi AHRQ (73 %), tak v ostatních průzkumech: 69,20 % (Sovářiová Soosová et al, 2017), 66,2 % (Perneger et al. 2013), 65 % (Erias et al. 2014), 73 % (Smits et al. 2012). Námi sledovaný soubor respondentů dosáhl 68,45 %. Pouze 46,23 % respondentů kladně vnímá to, že chyby a omyly vedou i k pozitivním změnám, referenční databáze uvádí 64 % (Famolaro et al. 2016).

Cooke et al. (2007), který se zabýval využíváním hlášení nežádoucích událostí a učebních postupů ke zlepšení organizačního učení dospěl k závěru, že neúspěšné učení organizace je spojené s hlášením a vyšetřováním nežádoucích událostí, prováděním nápravných opatření a sdílením získaných zkušeností. Respondenti průzkumu byli vstřícnější v podávání zpráv, než v následných krocích jako je vyšetřování, nápravná opatření a učení. Dále uvedli, že se setkali, s větším počtem nežádoucích událostí, než bylo zaznamenáno v oficiálním systému. Výsledky průzkumu naznačují, že překážkou organizačního učení může být nedostatečná komunikace mezi odděleními a manažery.

Rovněž studie provedená ve dvou finských psychiatrických léčebnách ukázala statisticky významné rozdíly ve vzdělávacím prostředí, v manažerském statutu a mezi oběma nemocnicemi ve vztahu ke kultuře bezpečnosti pacienta, i když úroveň bezpečnosti pacientů byla hodnocena jako vynikající nebo velmi dobrá u 58% respondentů. Doplňkové vzdělávání bylo prokázáno jako velmi významný faktor při transformaci kultury bezpečnosti pacientů (Kuosmanen et al., 2013).

Námi zjištěné hodnoty kompozitního skóre v dimenzi *Zpětná vazba a komunikace o chybě* (70,53 %) jsou srovnatelné s prezentovanými referenčními hodnotami AHRQ tj. 68 % (Famolaro et al. 2016).

Výsledky šetření provedeného ve francouzsky hovořících nemocnicích (Perneger et al 2013) uvádí kompozitní skóre v dimenzi *Zpětná vazba a komunikace o chybě* 57,2 %. Erias et al. (2014) ve sledované dimenzi uvádí 54 %, přičemž upozorňuje na velké rozdíly mezi jednotlivými nemocnicemi.

Zwinberg et al (2016) se zabývala otázkou, zda se zdravotníci zdají být pozitivní ke zpětné vazbě o kultuře bezpečnosti pacienta a jak vnímají její vliv na stimulaci zlepšení kultury bezpečnosti pacientů. Závěry naznačují, že je třeba věnovat náležitou pozornost srozumitelnosti výsledků pro zamýšlené uživatele a vytvořit zpětnou vazbu, která je přizpůsobena směrem ke konkrétním nemocničním oddělením.

Otevřené komunikační cesty od administrace nežádoucích událostí k zaměstnancům, jež poskytují přímou péči a naopak jsou nezbytnými prvky ve vývoji kultury bezpečnosti pacientů. Pokud neexistuje beztrestné hlášení nežádoucích událostí, lze získat jen minimální přehled, bez podávání zpráv chybí příležitosti učit se a zlepšovat (Ulrich et Kear 2014).

Farup (2015) publikoval výsledky studie založené na výzkumu prostřednictvím dotazníku HSOPSC a retrospektivní analýze nežádoucích událostí během stejného období s nástrojem Global Trigger Tool (GTT). Závěry potvrdily inverzní souvislost mezi kulturou bezpečnosti pacientů a nežádoucími událostmi. Nález více nežádoucích událostí na oddělení s nejlepší kulturou bezpečnosti byl neočekávaný a zpochybňuje spolehlivost a platnost nástrojů používaných pro měření kultury bezpečnosti pacientů a nežádoucích událostí.

Programy založené na spojení změn v kultuře bezpečnosti s klinicky relevantními intervencemi a jejich provedením na úrovni oddělení, předpokládají, že zaměstnanci budou zapojeni do identifikace, měření a přepracování procesů péče s cílem poskytnout všem pacientům co nejlepší péči (Adams-Pizarro, et al. 2008). Některé příklady navržených intervencí uvádí tab. 3

Tabulka 3: Příklady intervencí zahrnutých v příručce pro zlepšení kultury podle kulturní dimenze

Kulturní rozměr AHRQ	Příklad zásahu
Celkové vnímání bezpečnosti	Výkonná revize projektů
Četnost hlášených událostí	Systémy hlášení nežádoucích událostí založené na jednotkách / odděleních
Organizační učení / neustálé zlepšování	Režim kořenové příčiny a selhání a analýza efektů
Komunikační otevřenost	Bezpečnostní instruktáž
Zpětná vazba a komunikace o chybě	Poskytněte zpětnou vazbu ohledně hlášených chyb zaměstnancům
Nerepresivní odpověď na chybu	Realizace účinných systému hlášení

Zdroj: Průvodce pro zlepšení kultury, Nadace Delmarva, 2006.

OMEZENÍ

Tento výzkum má několik omezení. Výzkumu se zúčastnili pouze nelékařští zdravotničtí pracovníci, většinou všeobecné sestry, proto výsledky nemusí být dostatečným odrazem skutečnosti. Generalizaci výsledků brání i to, že účastníci nebyli z jedné určité zdravotnické organizace, jelikož organizační kultura bezpečnosti pacientů je výsledkem multidisciplinárního úsilí. Těmto a dalším omezením jako např. nesprávná interpretace některých položek, jež mohla vést k nepřesnosti odpovědi, je třeba věnovat pozornost a brát na ně zřetel při zobecňování těchto zjištění.

ZÁVĚR

Posuzování kultury bezpečnosti pacientů je pouze jednou z možností, jak identifikovat oblastí pro zlepšení. Pravidelně prováděná hodnocení nahlášených nežádoucích událostí a komunikace o chybách mohou přispět ke zlepšení chápání problému, podpořit účast liniových pracovníků na prevenci a pomoci při navrhování cílených patření k dosažení bezpečnějšího prostředí.

I když jsme si vědomi jistých omezení našeho výzkumu, tyto námi prezentované výsledky vybraných dimenzí mohou nejen ukazovat cestu organizační podpory a průběžného učení, ale rovněž mohou být podnětem k realizaci podrobnějších studií.

POUŽITÉ ZDROJE

- [1] ADAMS-PIZARRO, I., WALKER, Z. A., ROBINSON, J. et al. (2008). Using the AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture as an Intervention Tool for Regional Clinical Improvement Collaboratives. In: HENERIKSEN, K, et al., editors. *Advances in Patient Safety: New Directions and Alternative Approaches* (Vol. 2: Culture and Redesign). Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2008
- [2] BURSTRÖM, L. et al. (2014). The patient safety culture as perceived by staff at two different emergency departments before and after introducing a flow-oriented working model with team triage and lean principles: a repeated cross-sectional study. *BMC Health Services Research*. 2014 14:296. doi:10.1186/1472-6963-14-296
- [3] COOKE, D. L., DUNSCOMBE, P. B., LEE, R. C. (2007). Using a survey of incident reporting and learning practices to improve organisational learning at a cancer care centre. *BMJ Quality and Safety* 2007;16:342-348. Doi.org/10.1136/qshc.2006.018754.
- [4] EIRAS, M. et al. (2014). The hospital survey on patient safety culture in Portuguese hospitals Instrument validity and reliability *International Journal of Health Care Quality Assurance*. Vol. 27 No. 2, 2014, pp. 111-122. Doi 10.1108/IJHCQA-07-2012-0072
- [5] EL-JARDALI, F. et al. (2014) Patient safety culture in a large teaching hospital in Riyadh: baseline assessment, comparative analysis and opportunities for improvement. *BMC Health Services Research* 2014;14:122. Doi.org/10.1186/1472-6963-14-122
- [6] FAMOLARO, T., YOUNT, N., BURNS, W. et al. (2016). Hospital Survey on Patient Safety Culture 2016 User Comparative Database Report. (Prepared by Westat, Rockville, MD, under Contract No. HHS 290201300003C). Rockville, MD: *Agency for Healthcare Research and Quality*; 2016. AHRQ Publication No. 16-0021-EF.
- [7] FARUP, P. G. (2015). Are measurements of patient safety culture and adverse events valid and reliable? Results from a cross sectional study. *BMC Health Services Research* 2015. 15(1), 1-7 Doi: 10.1186/s12913-015-0852-x.
- [8] HOLLNAGEL, E., WEARS, R.L., BRAITHWAITE, J. (2015). From Safety-I to Safety-II: A White Paper. *The Resilient Health Care Net* [online]. 2015, pp. 43. ISBN: TBA. [cit. 2017-10-11] dostupné z: <http://resilienthealthcare.net/onewebmedia/WhitePaperFinal.pdf>
- [9] KUOSMANEN, A. (2013). Patient safety culture in two Finnish state-run forensic psychiatric hospitals. *Journal of Forensic Nursing*. 9(4):207–216, DOI: 10.1097/JFN.0b013e318281068c
- [10] MIKUŠOVÁ, V. et al. Patient Safety Assessment in Slovak Hospitals. *International Journal of Collaborative Research on Internal Medicine and Public Health* [online] 4(6), 2012 [cit. 2017-06-02]. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/264852290_Patient_Safety_Assessment_in_Slovak_Hospitals
- [11] PERNEGER, T. V., et al. (2014). Internal consistency, factor structure and construct

- validity of the French version of the Hospital Survey on Patient Safety Culture. *BMJ Qual Saf* 2014;23:389–397. Doi:10.1136/bmjqs-2013-002024
- [12] SMITS, M., et al. (2012). The role of patient safety culture in the causation of unintended events in hospitals. *Journal of Clinical Nursing* 2012. 21(23/24), 3392-3401 Doi: 10.1111/j.1365-2702.2012.04261.x.
- [13] SORRA, J. S. et NIEVA, V.F. (2004) Hospital Survey on Patient Safety Culture. (Prepared by Westat, under Contract No. 290-96-0004) [online]. AHRQ Publication No. 04-0041. Rockville, MD: *Agency for Healthcare Research and Quality*, 2004. [cit. 2017-09-03] dostupné z: <http://www.ahrq.gov/qual/patientsafetyculture/hospcult.pdf>
- [14] SOVÁRIOVÁ SOÓSOVÁ, M., ZAMBORIOVÁ, M., MURGOVÁ, A. (2017). Kultúra bezpečnosti pacienta v nemocniciach na Slovensku. *Ošetrovateľstvo*, 2017, roč. 7, č. 1 ISSN 1338-6263
- [15] The Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Hospital Survey on Patient Safety Culture [online]. 2015. [cit. 2016-04-16] dostupné z <https://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/index.html>
- [16] ULRICH, B., KEAR, T. (2014). Patient safety culture in nephrology nurse practice settings: Initial findings. *Nephrology Nursing Journal*, 41(5), 459-475.
- [17] VLAYEN, A., et al. (2012). A nationwide Hospital Survey on Patient Safety Culture in Belgian hospitals: setting priorities at the launch of a 5-year patient safety plan. *BMJ Qual Saf*. 2012;21:760-767
- [18] WAGNER, C., SMITS, M., SORRA, J., et al. (2013). Assessing patient safety culture in hospitals across countries. *International Journal for Quality in Health Care*, Volume 25, Issue 3, 1 July 2013, Pages 213–221. Doi.org/10.1093/intqhc/mzt024
- [19] WAGNER, V. D. (2014). Patient Safety: A Cultural Affair. *AORN Journal* 2012. 100(4), 355-357. Doi: 10.1016/j.aorn.2014.07.006.
- [20] ZWIJNENBERG, N.C. et al. (2016). Healthcare professionals' views on feedback of a patient safety culture assessment. *BMC Health Serv Res*. 2016 Jun 17;16:199. Doi: 10.1186/s12913-016-1404-8.

OPPORTUNITIES TO IMPROVE THE SAFETY CULTURE IN HOSPITALS



ABSTRACT

Goal: The aim of the survey was to find out how employees of acute and post-natal care providers perceive patient safety at their own workplace, partial results are focused on perceiving the circumstances surrounding the reporting of adverse events.

Methods: The survey was carried out by a quantitative survey using the Hospital Health Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) standardized questionnaire for the Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). The research team consisted of 331 non-medical health workers. A composite score combining aspects of a phenomenon into one numerical expression was calculated by averaging all positive response items within the dimension according to the ARHQ methodology.

Results: The composite score scores, especially for the Organizational Learning/Continuous Improvement - 68.45% and the Nonpunitive Response to Errors - 55.44% are relatively low, indicating opportunities for improvement. Compared to the values presented in the comparative ARHQ database, there are significant

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

doc. PhDr. Sylva Bártlová, Ph.D.
Jihočeská univerzita v Českých
Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Ústav ošetrovatelství, porodní
asistence a neodkladné péče
Branišovská 1645/31a
370 05 České Budějovice
e-mail: bartlova@zsf.jcu.cz

PhDr. Radka Pokojová
Vojenská nemocnice Brno
Zábrdovická 3
636 00 Brno
e-mail: rpokojova@vnbrno.cz

differences in the Communications Openness and Nonpunitive Error Response dimensions.

Conclusion: Assessing a patient safety culture is one of the ways to identify areas for improvement and help in designing targeted solutions to achieve a safer environment.

KEYWORDS:

safety culture, adverse events, patient

VYUŽITÍ KOMPENZAČNÍCH POMŮCEK NEMOCNÝMI S REVMATOIDNÍ ARTRITIDOU

LADA RAZIMOVÁ
VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ
JIHLAVA

ABSTRAKT

Onemocnění, které postihuje nejen pohybový aparát a na které se zaměřím v této práci, je revmatoidní artritida (RA). Ta patří mezi zánětlivé revmatické onemocnění objevující se nejen u kloubů, ale i u vnitřních orgánů jako srdce, cévy či plíce. Jedná se o poruchu imunitního systému, jejímž následkem je zánětlivý proces ve výstelce kloubního pouzdra. Produkce protilátek proti vlastním tkáním a buňkám může vést až ke kloubní deformitě a destrukci. RA postihuje více kloubů najednou, symetricky na obou stranách těla, nebo postupně jeden kloub za druhým, nejčastěji na rukou, zápěstí, nohách a ramenou. RA nutí nemocné změnit způsob života. To, o jak velké změny půjde, záleží na rozsahu a agresivitě nemoci. Nemoc má vliv na zvládání zaměstnání, domácnosti, řízení dopravních prostředků, rodinný i osobní život a v neposlední řadě na péči o sebe sama.

Pro práci a k dosažení stanovených cílů, kdy prvním cílem bylo zjistit, zda nemocní s revmatoidní artritidou znají kompenzační pomůcky, druhým cílem bylo zjistit, v jaké oblasti sebestěpěče potřebují nemocní s revmatoidní artritidou využít kompenzační pomůcky, třetím cílem bylo

zjistit, zda jsou kompenzační pomůcky pro nemocné s RA dostupné, čtvrtý cíl práce byl zaměřen na to, zda nemocní s revmatoidní artritidou mají informace o kompenzačních pomůckách v oblasti hygienické péče, byl použit kvantitativní výzkum, metoda dotazování, technika dotazníku. Ta byla zvolena z důvodu možnosti získání velkého počtu informací v krátkém časovém úseku. Výsledky odpovědí z dotazníku byly vyhodnoceny pomocí grafů. Výzkumný vzorek pro dotazník tvořili nemocní s revmatoidní artritidou. Dotazník byl distribuován do revmatologických ambulancí a sdružení Revma liga. Celkem bylo rozdáno 170 dotazníků. Vrátilo se 161 dotazníků, přičemž správně vyplněných bylo 153 dotazníků. Dalších 22 dotazníků jsem musela vyřadit, neboť dotazování neměli onemocnění revmatoidní artritida. Výzkumný soubor byl vytvořen z 131 respondentů (100%).

KLÍČOVÁ SLOVA:

kompenzační pomůcky, ošetřovatelství, rehabilitace, revmatoidní artritida, sebestačnost

ETIOLOGIE A KLINIKA REVMATOIDNÍ ARTRITIDY

Etologie onemocnění není dosud přesně známa. Uvádí se mnoho příčin. Jednou z nich může být i dědičnost. Předpokládá se však, že významnou úlohu v patogenezi mají imunitní děje, kde hlavní roli hrají T-lymfocyty, makrofágy a cytokiny. Vzhledem k tomu, že se přesně neví, co autoimunitní reakci spouští, je za příčinu považována infekce, která autoimunitní reakci pravděpodobně zahájí. Propuknutí infekce často předchází stresová situace, avšak souvislost se vznikem onemocnění nelze jednoznačně prokázat. Vlivem dlouhodobého působení zánětlivé reakce na kloub, vzniká zmnožení vazivové tkáně, které vede ke ztuhnutí, ztrátě pružnosti a pozdější deformaci kloubu. (Olejárová 2008, Pavelka 2009)

Klinický obraz revmatoidní artritidy (RA) je rozmanitý a charakterizuje ho postižení konkrétního kloubu. Počátek nemoci, jež přichází převážně v zimních měsících, bývá většinou plíživý, méně často akutní a subakutní. RA může propuknout v kterémkoli věku, nejčastěji mezi 30 a 50 lety věku. RA postihuje nejčastěji metakarpofalangeální klouby (MCP), proximální interfalangeální klouby (PIP) a radiokarpální skloubení (RC). V kloubu dochází k otoku, omezení ohnutí a jeho celkové nestabilitě. Mechanický faktor pak způsobuje deviaci zápěstí. Pro postižení proximálních interfalangeálních kloubů je typická deformita tzv. knoflíkové dírky, deformita labutí šíje a nestabilní prst (Příloha 1). Často RA zasahuje také zápěstí a to oboustranně. Charakteristickou deformitou RA je rovněž postižení metakarpofalangeálních kloubů s volární subluxací a ulnární deviací. (Pavelka, Kelner 2002, Pavelka, Rovenský 2003)

Příznaky RA mohou být systémové nebo lokální, kloubní. Kloubním příznakům mohou předcházet příznaky systémové, jež mohou být přítomny současně nebo se dostaví následně. Mezi první příznaky, které nemocný pozoruje, patří kloubní bolest. Bolest, výrazněji pociťovaná po ránu, bývá různé intenzity. Lokalizována je na klouby, někdy i do mimo kloubní tkáně a svalů. Charakter mívá klidový. Dalším příznakem je ranní ztuhlost, která je způsobena otokem zánětlivé tkáně. Ztuhlost trvá většinou déle než jednu hodinu, tím se liší od ztuhlosti při osteoartróze, která bývá krátkodobá. (Alušík 2002, Olejárová 2005)

Základním klinickým projevem zánětu kloubu je otok a palpační bolestivost kloubu. Kůže nad kloubem může být teplejší. Zarudnutí do RA nepatří, neboť signalizuje dnu nebo septickou artritidu. Kloub, který je palpačně citlivý nebo oteklý je považován za aktivní. Kloubní otok může být přímo v kloubu, nebo v jeho okolí. Destrukce kloubu mohou být určeny klinicky nebo jsou viditelné na rentgenovém snímku. (Olejárová 2008)

Vzhledem k tomu, že RA je systémové onemocnění, je možné se u něj setkat mimo kloubním postižením také s celkovými projevy, jako je zvýšená teplota, slabost, únava, poruchy spánku, nauzea, úbytek hmotnosti a vyrážka na kůži. Další symptomy jsou závislé na tom, jaký orgán či systém je postižen. (Alušík 2002, Olejárová 2008)

RA je nemocí, která nejenže nemocné invalidizuje po stránce pohybové, ale má také široké spektrum závažných orgánových projevů, které ohrožují nemocného na životě. RA může postihnout oči, což se může projevit suchým zánětem rohovky a spojivek, zánětem tkání v okolí bělma a zánětem bělma samotného. Poměrně časté je i poškození plic. Nebývá však diagnostikováno, protože má málo příznaků, nebo je zaměněno za jiné plicní onemocnění. Nejčastěji se jedná o zánět pohrudnice. Onemocnění RA může být rovněž provázeno zánětlivým postižením všech srdečních tkání. Z oblasti hematologické RA zahrnuje celou řadu cytopénií, anémií, trombocytóz, eozinofilii a lymfadenopatií. Jaterní postižení bývá spojeno s vzestupem transamináz a alkalické fosfatázy. Odchytky jaterních testů mohou vyvolat i některé léky, zejména nesteroidní antirevmatika. Postižení ledvin, nejčastěji renální insuficience, bývá v souvislosti s toxicitou některých léků. Neurologické postižení (parestzie) může vznikat na podkladě útlaku nebo zánětu cévy v nervových pochvách. U RA bývá také velmi častá sekundární osteoporóza a to i u nemocných, kteří nebyli léčeni kortikosteroidy. (Alušík 2002, Olejárová 2008).

VYŠETŘENÍ A DIAGNOSTIKA REVMATOIDNÍ ARTRITIDY

Určení diagnózy RA je podmíněno mnoha vyšetřeními. Diagnóza se stanovuje především podle anamnézy, fyzikálního, laboratorního a zobrazovacího vyšetření. Je nutné rozlišit RA od jiných onemocnění jako je například ankylozující spondylitida, reaktivní artritida, systémový lupus erythematosus, spondylartritida, osteoartróza, artritida při virových onemocněních atd. Při vyšetření lékař sleduje tělesný vzhled nemocného, stav jeho výživy, svalstva, kůže a rovněž pacientovu hmotnost. Zaměřuje se na vyšetření kloubů, kdy hodnotí jejich vzhled a tvar, teplotu nad kloubem, bolestivost na pohmat a rozsah hybnosti. (Doherty 2000) Velký význam v diagnostice RA má laboratorní vyšetření. V první řadě jde o vyšetření tzv. markerů zánětu, což je vyšetření krevního obrazu včetně diferenciálního rozpočtu leukocytů, sedimentace erytrocytů a C-reaktivní protein. Důležité je i biochemické vyšetření, kde se stanoví hodnota jaterních testů. Zásadní význam má však imunologické vyšetření, při kterém se zjišťuje revmatoidní faktor (metodou Latex nebo ELISA), anticitrulinové protilátky (anti-CCP), antinukleární protilátky (ANA), protilátky proti cytoplasmě neutrofilů (ANCA) a vyšetření imunoglobulinů. K zobrazovacím metodám patří zcela neodmyslitelně rentgen, který rozlišuje časně a pozdní změny na kloubech. Pro lepší přehled a orientaci v hluboko uložených oblastech a rovněž i pro vysokou rozlišovací schopnost rozdílů hustoty tkání se používá počítačová tomografie. K vyšetření přítomnosti výpotku v kloubním pouzdru pomáhá sonografie. Pro zobrazení periferních kloubů včetně měkkých tkání a cév zůstává suverénní metodou magnetická rezonance. Při diagnostice RA může pomoci i scintigrafie. (Olejárová 2008, Pavelka 2003)

KOMPLEXNÍ LÉČBA REVMATOIDNÍ ARTRITIDY

Vzhledem k tomu, že RA je onemocnění postihující převážně pohybový aparát a postupně omezuje nemocného při vykonávání běžných aktivit, je důležitá nejen včasná diagnostika, ale také léčba. Na léčbě by se měl podílet revmatolog, ortoped, chirurg, fyzioterapeut, ergoterapeut, psycholog, sestra, sociální pracovník a praktický lékař. (Pavelka 2009) Aby nemocný mohl spolupracovat se zdravotníky, měl by mít o svém zdravotním stavu dostatek informací. Nemocnému je nutné vysvětlit podstatu onemocnění, průběh, prognózu, možnosti léčby, rehabilitaci a režimová opatření. Poté může být komplexní léčebný proces úspěšný. (Olejárová 2008) Souhrnná léčba RA obsahuje celou řadu farmakologických i nefarmakologických opatření a má několik cílů. Prvním cílem léčby je zmírnit bolest a ranní ztuhlost, ústup zánětu a navození remise onemocnění. Druhým déle trvajícím cílem léčby, je zpomalení průběhu nemoci, rozvoje deformit a funkčního handicapu. Způsob a agresivita léčby RA je dána aktivitou onemocnění a přítomností případných negativních prognostických ukazatelů. (Bečvář 2007, Olejárová 2005)

POTŘEBY NEMOCNÉHO S REVMATOIDNÍ ARTRITIDOU V OŠETŘOVATELSKÉ PRAXI

Schopnost pohybovat se v prostředí je pro člověka nezbytností. Živý jedinec se musí pohybovat, aby získal potravu, chránil se před poraněním a zajistil si další základní potřeby. Pohyblivost je jakýmsi základem nezávislosti, ovlivňuje samostatnost, fyzické a psychické zdraví, schopnost prožívat a spoluprožívat, schopnost sdružovat se, komunikovat a vyvíjet smysluplnou aktivitu jedince. Pohyb provází člověka celý život. Od dětství se učí lézt, stát, chodit, tedy pohybovat se. Pokud člověk onemocní nebo prodělá úraz, jeho typický pohyb se mění. Nemůže se pohybovat z místa na místo, někdy mu činí potíže jen pouhá změna polohy těla. V tomto okamžiku se musí nemocný zadaptovat na novou situaci a naučit se mnoho nového. (Šimek 2005)

KOMPENZAČNÍ POMŮCKY V OŠETŘOVATELSKÉ PRAXI

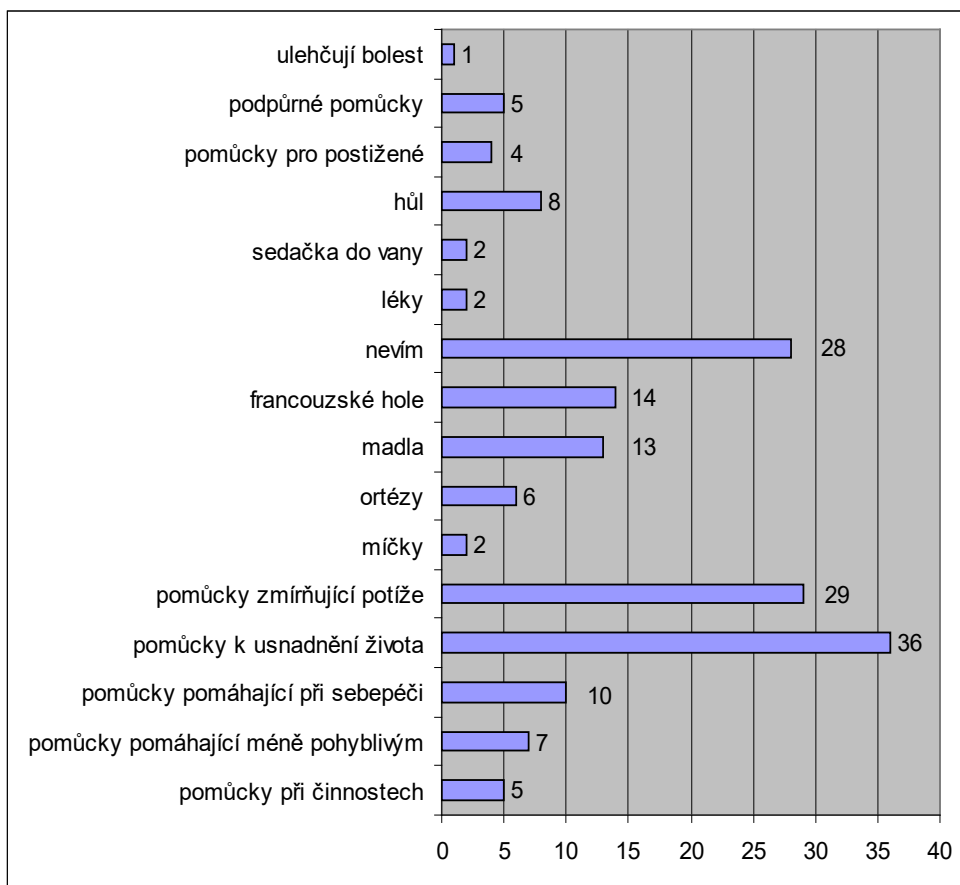
Kompenzační pomůcky lze charakterizovat jako pomůcky, které se používají k obnovení a usnadnění funkční schopnosti, pokud není možné její obnovení jinými prostředky (návíky, tréninky). Podle charakteru onemocnění jsou kompenzační pomůcky určeny pro tělesně, zrakově, sluchově a mentálně postižené, při poruchách komunikace a pro nemocné s interními chorobami. V ošetrovatelské praxi je důležité znát pomůcky pro tělesně postižené, které zvyšují stupeň nezávislosti. (Jersáková, 2005)

Kompenzační pomůcky umožňují vyrovnat handicap nemocného a zároveň pomáhají zachovat důstojnost a kvalitu života. Slouží také jako prevence úrazů a umožňují lepší stabilitu. Výrazně usnadňují vykonávání každodenních činností. V současné době si

nemocný může vybrat z mnoha typů pomůcek. Je možné také pomůcky upravovat individuálně dle potřeb a požadavků nemocného. Podle typu se kompenzační pomůcky rozdělují na pomůcky k chůzi, pomůcky pro vybavení koupelny a WC, lůžka, antidekubitní pomůcky, vozíky mechanické a elektrické včetně doplňků, zvedáky a závěsy, pomůcky pro sebeobsluhu, bandáže a ortézy, pomůcky pro inkontinenci a pomůcky pro překonávání bariér. (Klusoňová, 2000)

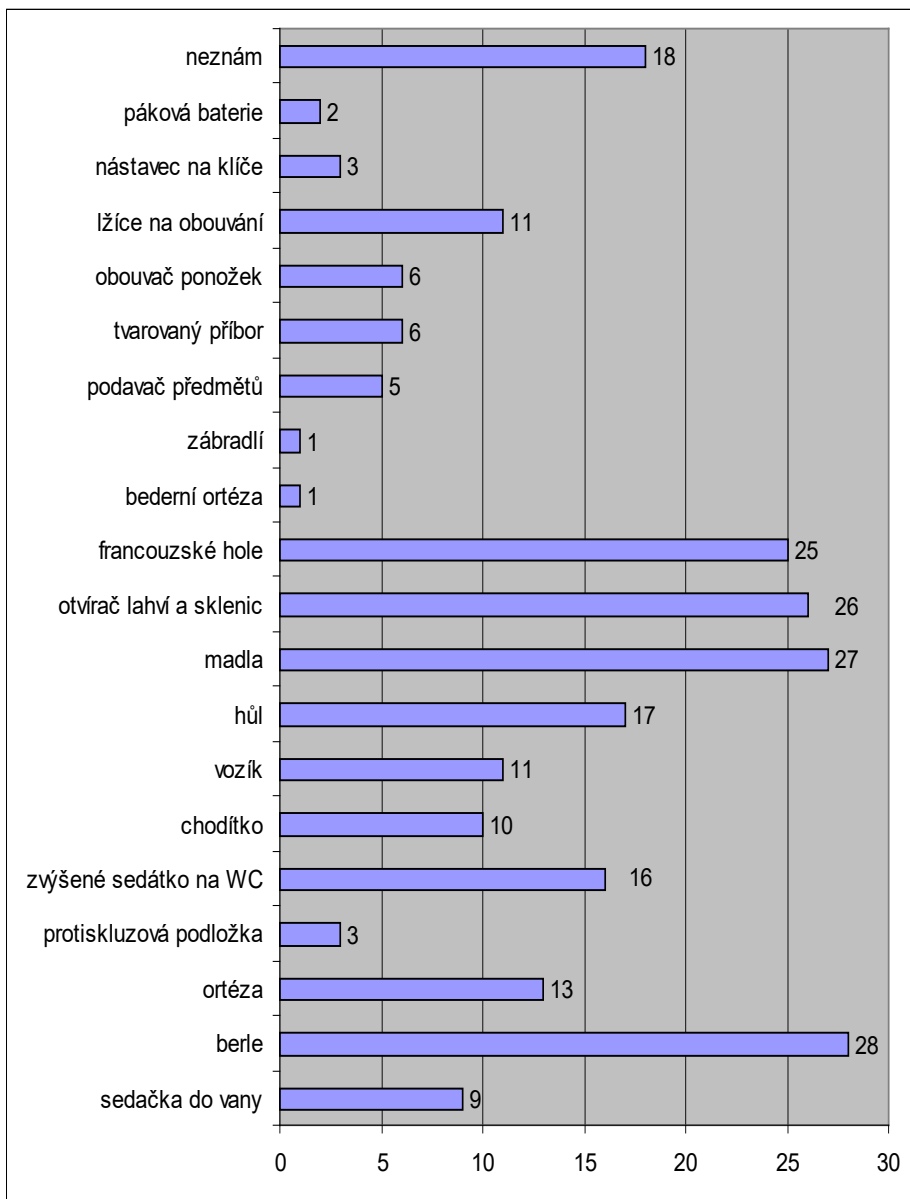
Oficiální rozdělení kompenzačních pomůcek však neexistuje. Ergoterapeuti je rozdělují na pomůcky *pro lokomoci* (vozíky, chodítka, hole), pomůcky *pro sebeobsluhu* (stravování, hygienická péče, vyprazdňování, oblékání) a pomůcky *pro grafomotoriku* (polohovací stoly). V souvislosti se zachováním a zvýšením soběstačnosti u nemocného s RA je možné využít kompenzační pomůcky, které budou rozděleny v této kapitole podle základních biologických potřeb nemocného. Základními biologickými potřebami u nemocného s RA je myšlena hygienická péče, vyprazdňování, oblékání, stravování a chůze, které tato nemoc nejvíc ovlivňuje. (Kondzioloková, 2001, Trachtová, 2006)

PŘEDSTAVA RESPONDENTŮ O TERMÍNU KOMPENZAČNÍ POMŮCKY



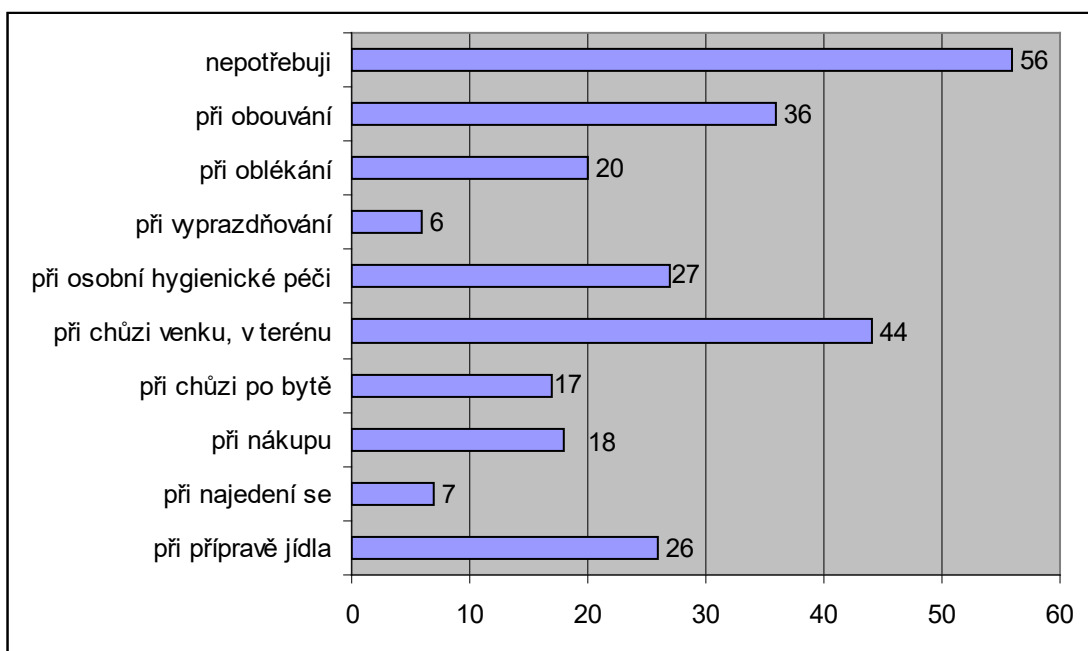
Graf vyjadřuje četnost odpovědí respondentů o jejich představě pojmu kompenzační pomůcky. Odpovídalo 131 dotazovaných. 36x se vyskytla odpověď, že jsou to pomůcky k usnadnění života, 29x se vyskytla odpověď, že jsou to pomůcky zmírňující potíže, 28x se vyskytla odpověď nevím, 14x se vyskytla odpověď francouzské hole, 13x se vyskytla odpověď madla, 10x se vyskytla odpověď pomůcky pomáhající při sebeděči.

ZNALOST KOMPENZAČNÍCH POMŮCEK RESPONDENTY



Graf znázorňuje četnost odpovědí nemocných na otázku, jaké kompenzační pomůcky znají. Odpovídalo 131 dotazovaných. 28x se vyskytla odpověď berle. 27x se vyskytla odpověď madla. 26x se vyskytla odpověď otvírač sklenic a lahví. 25x se vyskytla odpověď francouzské hole. 18x se vyskytla odpověď, že pomůcky neznají. 17x se vyskytla odpověď hůl. 16x se vyskytla odpověď zvýšené sedátko na WC. 13x se vyskytla odpověď ortéza. 11x se vyskytla odpověď lžice na obouvání, a 11x se vyskytla odpověď vozík. 10x se vyskytla odpověď chodítko. 9x se vyskytla odpověď sedačka do vany. 6x se vyskytla odpověď obouvač ponožek a 6x tvarovaný příbor. 5x se vyskytla odpověď podavač předmětů. 3x se vyskytla odpověď nástavec na klíče a 3x protiskluzová podložka. 2x se vyskytla odpověď páková baterie, 1x se vyskytla odpověď bederní ortéza a 1x zábradlí.

OBLASTI POTŘEBY VYUŽITÍ KOMPENZAČNÍCH POMŮCEK RESPONDENTY



Tento graf vyjadřuje četnost odpovědí na otázku, ve kterých oblastech se péče nemocní potřebují využít kompenzační pomůcky. Odpovídalo 131 dotazovaných, kteří mohli označit více odpovědí. 56x se vyskytla odpověď, že dotazovaní kompenzační pomůcky nepotřebují. 44x se vyskytla odpověď, že kompenzační pomůcky dotazovaní potřebují využít při chůzi venku a v terénu. 36x se vyskytla odpověď, že pomůcky potřebují dotazovaní využít při obouvání. 27x se vyskytla odpověď potřeby využití kompenzačních pomůcek při osobní hygienické péči. 26x se vyskytla odpověď potřeby využití kompenzačních pomůcek při přípravě jídla. 18x se vyskytla odpověď potřeby využití kompenzační pomůcku při nákupu. 17x se vyskytla odpověď potřeby využití kompenzačních pomůcek při chůzi po bytě. 14x se vyskytla odpověď potřeby využití kompenzačních pomůcek při oblékání. 7x se vyskytla odpověď potřeby využití kompenzačních pomůcek při nasedání se. 6x se vyskytla odpověď potřeby využití pomůcek při vyprazdňování. Možnost jiné nevyužil žádný z dotazovaných.

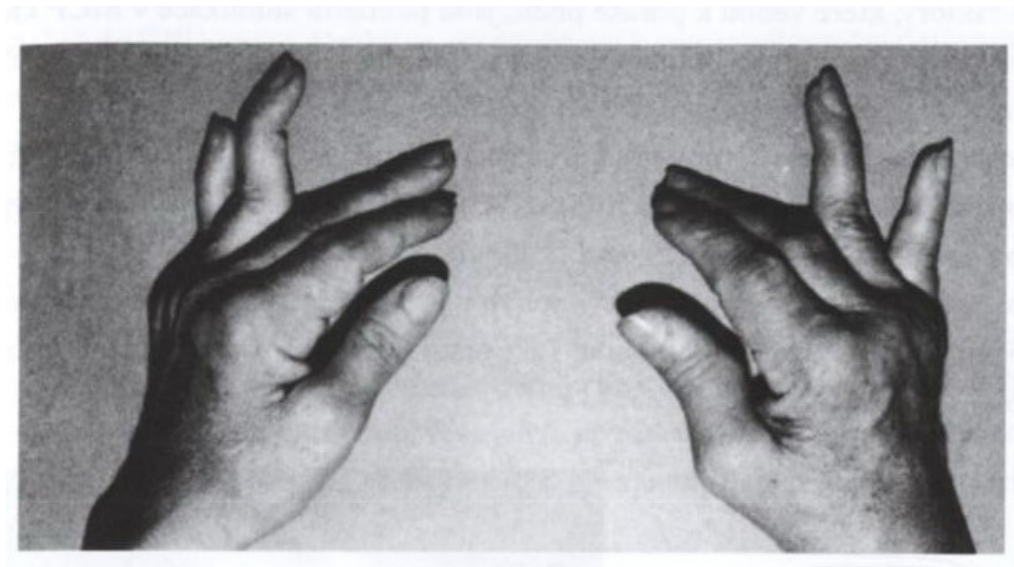
ZÁVĚR

Práce byla zaměřena na znalost a využití kompenzačních pomůcek nemocnými s revmatoidní artritidou. Všechny cíle byly splněny. V práci byly stanoveny čtyři hypotézy. Hypotéza 1 zněla, že pacienti s revmatoidní artritidou znají kompenzační pomůcky. Tato hypotéza byla potvrzena. Hypotéza 2, že pacienti s revmatoidní artritidou využívají kompenzační pomůcky nejčastěji v oblasti hygienické péče, se nepotvrdila. Hypotéza 3 zněla, že kompenzační pomůcky pro pacienty s revmatoidní artritidou jsou dostupné. Tato hypotéza byla potvrzena. Hypotéza 4, že pacienti s revmatoidní artritidou mají informace o kompenzačních pomůckách v oblasti hygienické péče, se potvrdila. Literatura (Klusoňová, 2000) uvádí, že kompenzační pomůcky, jsou ty, které obnovují a usnadňují funkční schopnosti a usnadňují vykonávání každodenních činností. Z výzkumného šetření vyplynulo, že nemocní s revmatoidní artritidou znají kompenzační pomůcky v oblasti hygienické péče, vyprazdňování, oblékání, stravování a chůzi, a pomůcky jsou pro ně dostupné. Převážná většina však pomůcky nepotřebuje, nebo je nepoužívá. Předpoklad byl, že nemocní budou mít problémy s jemnou motorikou, což vyplývá z povahy onemocnění, a z toho se bude odvíjet potřeba kompenzačních pomůcek při hygienické péči nebo při přípravě stravy či stravování samotném.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] ALUŠÍK, Š. *Revmatologie*. 1. Praha: Triton, 2002. 111 s. ISBN 80–7254-279–6.
- [2] BEČVÁŘ, R., et al. Doporučení České revmatologické společnosti pro léčbu revmatoidní artritidy. Účinnost a strategie léčby. *Česká revmatologie*. 2007, roč. 15, č. 2, s. 73–86. ISSN 1210–7905.
- [3] DOHERTY, M., DOHERTY, J. *Klinické vyšetření v revmatologii*. 1.vyd. Praha: Grada, 2000. 196 s. ISBN 80–7169-538–6.
- [5] JERSÁKOVÁ, A. Používání kompenzačních pomůcek (nejen v domácím prostředí) z pohledu ergoterapeuta. *Diagnóza v ošetrovatelství*. Praha: 2005, roč. 1, č. 3, s. 120-121. ISSN 1801-1349.
- [6] KLUSOŇOVÁ, E., PITNEROVÁ, J. *Rehabilitační ošetrování pacientů s těžkými poruchami hybnosti*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2000. 107 s. ISBN 80-7013-319-8.
- [7] KONDZIOLKOVÁ, J. Ergoterapie - součást léčebné rehabilitace. *Diagnóza v ošetrovatelství*. Praha: 2006, roč. 2, č. 8, s. 298-299. ISSN 1801-1349.
- [8] OLEJÁROVÁ, M. *Revmatologie v kostce*. Praha: Triton, 2008. 231 s. ISBN 978-80- 7387-115-4.
- [9] OLEJÁROVÁ, M., PROKEŠ, M. *Praktická revmatologie:pro lékaře a farmaceuty*. 1. vyd. Praha: Apotex, 2005. 172 s. ISBN 80-7178-308-0.
- [10] PAVELKA, K. Terapie revmatoidní artritidy syntetickými a biologickými chorobu modifikujícími léky. *Postgraduální medicína*. 2009, roč. 11, č. 7, s. 704-717. ISSN 1212-4184.
- [11] PAVELKA, K., KLENER, P., et al. *Vnitřní lékařství: Revmatologie* 1. vyd. Praha: Galén, 2002. 146 s. ISBN 80-7262-145-9.
- [12] PAVELKA, K., ROVENSKÝ, J. *Klinická revmatologie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2003. 952 s. ISBN 80-7262-174-2.
- [13] ŠIMEK, J. Pohyb, aktivita. *Diagnóza v ošetrovatelství*. Praha: 2005, roč. 1, č. 3, s. 114. ISSN 1801-1349.
- [14] TRACHTOVÁ, E. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékačských zdravotnických oborů, 2006. 185 s. ISBN 80-7013-324-4.

Příloha1: Deformita labutího krku – typ labutí šíje



Deformita knoflíkové dírký



Zdroj: PECH, J., et al. *Revmatochirurgie ruky*. Praha: Schola nova Comenium, 2000. 198 s. ISBN 80-902184-1-5.(s. 173,177)

USE OF COMPENSATORY AIDS FOR PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS

ABSTRACT

A disease that affects not only the musculoskeletal system and on which I will focus on this work is rheumatoid arthritis (RA). This is an inflammatory rheumatic disorder that occurs not only in joints, but also in internal organs such as the heart, the blood vessels and the lungs. It is a disorder of the immune system, resulting in an inflammatory process in the lining of the joint capsule. Antibody production against the tissues and cells can lead to joint deformity and destruction. RA affects multiple joints at one time, symmetrically on both sides of the body, or gradually one joint after another, most commonly on the hands, wrists, legs and shoulders. RA forces patients to change their way of life. The extent of this change depends on the extent and aggression of the illness. Disease has an impact on the management of employment, households, the management of transport means, family and personal life and, last but not least, on the care of oneself.

In order to work and achieve the goals set, the first objective was to find out whether patients with rheumatoid arthritis are familiar with compensatory aids, the second aim was to find out in what area of self-care patients with rheumatoid arthritis need to use compensatory aids. Patients with RA

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

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

available, the fourth aim of the work was focused on whether patients with rheumatoid arthritis have information on compensatory aids in the field of hygienic care, quantitative research, questioning method, questionnaire technique were used. This was chosen because of the possibility of obtaining a large amount of information in a short period of time. The results of the questionnaire response were evaluated using graphs. The research sample for the questionnaire was made up of patients with rheumatoid arthritis. The questionnaire was distributed to rheumatology outpatient clinics and the Revma League. In total, 170 questionnaires were distributed. 161 questionnaires were returned, with 153 questionnaires filled in correctly. Another 22 questionnaires I had to exclude because the respondents did not have rheumatoid arthritis. The research file was created from 131 respondents (100%).

KEYWORDS:

Compensation aids, Nursing,
Physiotherapy, Rheumatoid arthritis,
Self-sufficiency

DOBŘÁ PRAXE OČIMA (ZDRAVOTNĚ) SOCIÁLNÍCH PRACOVNÍKŮ V OBLASTI PÉČE O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ

VLASTA ŘEZNÍKOVÁ
MARKÉTA DUBNOVÁ
VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ
JIHLAVA



ABSTRAKT

Předložený příspěvek nabízí pohled (zdravotně) sociálních pracovníků profesně působících v oblasti péče o duševní zdraví na téma dobrá praxe. Sociální pracovník může významně přispívat ke změnám v životní situaci svých klientů. Je tedy žádoucí identifikovat postupy, jež se za tímto účelem (zdravotně) sociálním pracovníkům osvědčily a reflektovat kontext, jenž dané změny podporuje. Z provedených polostrukturovaných rozhovorů, mimo jiné, vyplynulo, že klíčovým aspektem je získání si důvěry klienta, čemuž napomáhá autenticita pomáhajícího pracovníka a jeho schopnost zvládnutí vysoké míry nejistoty.

KLÍČOVÁ SLOVA:

dobrá praxe, sociální pracovník,
zdravotně sociální pracovník,
psychiatrická péče

ÚVOD

Oproti většině zemí EU se v ČR lidem s vážným duševním onemocněním nedostává dostatečně kvalitní a dostupné psychiatrické péče (Winkler, 2013, NÚDZ, 2016), proto byla ratifikována řada dokumentů Světové zdravotnické organizace (WHO) a Evropské unie (Deklarace o duševním zdraví, Akční plán duševního zdraví pro Evropu, Zelená kniha Komise evropských společenství). Na zmíněné dokumenty navazuje vyhlášení Národního psychiatrického programu 2007. Dokumenty WHO vyústily v Akční plán duševního zdraví 2013-2020. V roce 2013 vydalo Ministerstvo zdravotnictví Strategii reformy psychiatrické péče, která si klade mimo jiné za cíl, v souladu s výše uvedenými dokumenty: *„posun ke způsobu léčby v co největší míře poskytované v přirozené komunitě.“*

Jednou z možností, jak realizovat změnu a zlepšení fungování organizací či nějakého společenského systému, je vyhledávat, sdělovat a podporovat zavádění praktik, které se zdají být fungující a úspěšné někde jinde (Veselý, 2010). Za žádoucí lze tedy považovat sdílení dobré praxe. Dobrá praxe je chápána jako: *„Postupy, které vedou k cíli s dobrou účinností (lépe než jiné) a zároveň postupy, které lze dostatečně popsat a opakovat.“* (Matoušek, 2016:17). Mezi hlavní kritéria výzkumu dobré praxe Bretschneider (2005) řadí: srovnatelnost zkoumaných procesů, dále samotné postupy a jejich spojitost s výsledky; za důležité považuje definování si kauzální struktury vstupů a výstupů.

Cílem tohoto příspěvku je popis a subjektivní hodnocení postupů, které pracovníci považují za efektivní při práci s lidmi s duševním onemocněním; a v kontextu probíhající reformy psychiatrické péče v ČR za zachování hodné. Smyslem výzkumu dobré praxe je pomoc organizacím učit se ze „žitých“, aktuálních zkušeností druhých (Eglene, 2000).

Obecná definice popisuje lidi s duševním onemocněním jako osoby, které: *„vykazují deficit, konflikty a problémy ve svém prožívání, chování a sociálním fungování, což může být způsobeno buď geneticky, nebo nevhodným prostředím, v němž se člověk vyvíjí.“* (Matoušek, 2013a, str. 400). Většina participantů pracuje primárně s lidmi s psychózou, které P4 popsala následovně: *„...ty lidi nejsou úplně mimo realitu, jen je jenom trochu zkreslená, ale když se prokoušete tím příběhem, že to dává vlastně smysl potom...“* (P4).

METODIKA A CHARAKTERISTIKY PARTICIPANTŮ

V souladu s cílem – zprostředkovat subjektivní názory a zkušenosti pracovníků - byla zvolena kvalitativní strategie výzkumu. Srovnatelnost zkoumaných procesů byla zajištěna tím, že sami dotazovaní formulovali hlavní kritéria dobré praxe, včetně postupů, které považují za účinné. Byly realizovány polostrukturované rozhovory s dvanácti participanty, jejichž charakteristiky jsou uvedeny v Tabulce č. 1. Účastníky výzkumu bylo devět žen a tři muži z pěti organizací, z nichž dvě jsou psychiatrické nemocnice a tři

působí v neziskovém sektoru. V psychiatrické nemocnici připadalo na jednu zdravotně sociální pracovníci (ZSP) 50-60 pacientů, ostatní sociální pracovníci (SP) měli v průměru 10 klientů, přičemž nezapočítávali jednorázové sociální poradenství, jednalo se především o dlouhodobou spolupráci s klientem. Většina dotazovaných měla vysokoškolské vzdělání v oboru sociální práce. Kritérii výběru dotazovaných byl výkon profese sociální pracovník (dle zákona č. 108/2006 Sb.) a/nebo zdravotně sociální pracovník (dle §10 zákona č. 96/2004 Sb. a vyhlášky č. 55/2011 Sb.), dlouhodobá zkušenost práce s lidmi s duševním onemocněním a ochota se výzkumu účastnit.

Tabulka č. 1: Charakteristika participantů

	věk	pohlaví	vzdělání	délka praxe	služba
P1	48	žena	VOŠ	10let	sociální rehabilitace
P2	33	žena	VOŠ	1rok	sociální rehabilitace + chráněné bydlení
P3	25	žena	VOŠ	1,5 roku	terénní tým
P4	28	žena	VŠ	5let	terénní tým
P5	32	muž	VOŠ	10let	vedoucí metodik bydlení
P6	32	žena	VŠ	7 let	vedoucí podporované bydlení
P7	35	žena	VŠ	6,5 roku	terénní tým
P8	61	žena	VŠ	30 let	psychiatrická nemocnice
P9	35	žena	VŠ	12 let	psychiatrická nemocnice
P10	46	muž	VŠ	13 let	sociální poradenství, pracovní terapie, chráněné bydlení
P11	28	muž	VŠ	5,5roku	sociální poradenství, krizové centrum
P12	30	žena	VŠ	6 let	psychiatrická nemocnice

Zdroj: Řezníková, 2017

Analýza dat vycházela z principů zakotvené teorie, kdy bylo provedeno otevřené kódování a získané kategorie byly nově seskupeny do hlavních kategorií - axiální kódování (Švaříček, 2014; Corbinová a Strauss, 2015)

VÝSLEDKY A DISKUSE

Tato kapitola je dělena do tří podkapitol; první přibližuje hlavní kritéria dobré praxe, která pracovníci uváděli, druhá je spojena s pojmem „dobrá účinnost“, kdy pracovníci popisují, co je měřítkem úspěšnosti a poslední podkapitola je zaměřena na samotné postupy, které dotazovaní v souvislosti s dobrou praxí uváděli.

Jednalo se o výzkumnou sondu, proto nelze výsledky zobecnit, ale určitě by mohly sloužit jako inspirace k zevrubnějším výzkumům, které by zahrnovaly vyšší počet respondentů, jak pro kvalitativní, tak pro kvantitativní strategii, včetně propracování o obohacení zde předkládaných zjištění např. i díky kombinaci výzkumných metod. Zajímavé by mohlo být i porovnání dobré praxe na mezinárodní úrovni.

4.1 DOBRÁ PRAXE

Sami pracovníci definovali pojem dobrá praxe ze tří perspektiv – klientovy, pracovníkovy a z perspektivy organizace. To, že dělají svou práci dobře, se projeví **lepším fungováním klientů** (P1,3,4,6,7,8,10,11), přičemž obnova sociálního fungování klientů je jedním z deklarovaných cílů sociální práce obecně (Navrátil, 2001). Dobrá praxe je realizována **zkušenými pracovníky** (P2,3,5) a prostřednictvím jejich schopnosti **komplexního pohledu** na klientovu situaci (P6). Z hlediska organizace se na dobrou praxi dá usuzovat na základě **fungujícího týmu** (P2,3,4,11) a **spolupráce s dalšími subjekty** (P3,5,6,11,12). Výše uvedená kritéria pracovníci uvedli v rámci odpovědí na přímou otázku, jak byste vysvětlil/a pojem dobrá praxe? Na rozdíl od definice zmíněné v Úvodu, spontánně nezmínili konkrétní postupy, ale zaměřili se na cíle a výsledky, podle nichž se dobrá praxe pozná, přičemž hlavním kritériem je úspěch klienta.

4.2 MĚŘÍTKO ÚSPĚŠNOSTI

Ze získaných dat vyplývá, že měřítkem úspěšnosti dobře fungujících postupů je změna, která se děje na makro, mezo i mikroúrovni.

Změny na makroúrovni lze spatřit podle dotazovaných na úrovni společenské. Výzkumná zpráva NÚDZ (2016) poukazuje na to, že se destigmatizačními aktivitami v oblasti duševního zdraví zabývá řada organizací, ale jejich efektivitu nelze prokázat, navíc některé skupiny např. předškolní děti, zaměstnavatele aj. ani nezahrnují. Oproti tomu participanti subjektivně kladně hodnotili zvýšené povědomí veřejnosti o oblasti péče o duševní zdraví a nemoci, což může být dáno tím, že se na aktivitách sami podílejí a o problematiku se aktivně zajímají. Pozitivní změnu v oblasti informování o problematice duševního zdraví a nemoci v médiích uvedl jen jeden pracovník (P6), ostatní informanti média nekomentovali nebo se přiklonili k tomu, že média spíše podporují předsudky o duševním onemocnění (P2, P8). Okrajovým tématem zůstala aktivní práce sociálních pracovníků s komunitou (kromě destigmatizačních aktivit), což může být způsobeno podle Elichové, Sýkorové (2013) deficitem v procesu vzdělávání na VŠ, kde není kladen na tyto aktivity patřičný důraz; dalším vysvětlením by mohl být nedostatek času pracovníků.

Strategie národní reformy psychiatrické péče počítá s existencí multidisciplinárních týmů. Někteří účastníci výzkumu měli zkušenost s prací v multidisciplinárním týmu a zřejmě v souvislosti s touto zkušeností a VŠ vzděláním, popisovali pozitivní změnu v subjektivním

vnímání postavení povolání (Z)SP: „za sebe můžu říct, že doktor by bez sociálního pracovníka jako nemohl zdaleka udělat tolik práce, jako s tím člověkem udělá. Právě je to ten celostní přístup...“ (P11) někteří pracovníci tak narušují dříve jednomyslně vnímaný nižší statut SP např. vůči lékaři (Janská, 2010), nebo obecně vnímanou nízkou prestiž sociální práce (Matoušek, 2013b; Elichová, 2017).

Mezouroveň reprezentuje hledisko organizace, kdy lze sledovat dobrou praxi díky rozvoji organizace např. tím, že nabízí více služeb, rozšiřuje cílovou skupinu, umí získávat finanční prostředky. Některé organizace své služby aktivně propagují např. prostřednictvím významných osobností, tvorbou spotů příkladů dobré praxe, osobními a neformálními kontakty s dalšími organizacemi. Tím zvyšují povědomí o službách, o cílové skupině a rozšiřují základnu spolupracujících subjektů. V této souvislosti ocenil P5 svou nadřízenou: „tím, že ji vidím v přímém přenosu těch 10 let, tak vím, jakoby co z toho udělala...ted'ka poslední 2 roky se děje to, na co jsme se hodně chystali v rámci třeba reformy psychiatrie“. Mikroúroveň je vyjádřena kvalitou vztahu mezi pracovníkem a klientem (pacientem), protože vztah je základem zdárné spolupráce (Kopřiva, 2006). Pro dotazované bylo stěžejním měřítkem úspěšnosti zlepšení situace klienta, přičemž se často jedná o „mravenčí krůčky, a tak u něj fakt je ta zpětná vazba jenom to, že mě neodmítne...“ až po „Ten obrovský kus mezi tím skoro bezdomovcem a tím zamilovaným člověkem“, který si našel práci (P4). Uvedená citace současně může sloužit jako doklad o tom, že pracovníci respektují přání a vychází z cílů klienta, kdy i dílčí kroky považují za úspěch.

4.3 POSTUPY

Konkrétní postupy práce, které se pracovníkům osvědčili při práci s lidmi s psychiatrickou diagnózou, jsme rozdělili do kategorií přístup ke klientovi, způsob práce s klientem a zacházení s dilematy.

PŘÍSTUP PRACOVNÍKA KE KLIENTOVI

Dotazovaní uváděli v souladu s Kopřivou (2006, str. 35): „porozumění nenahrazovat hodnocením“, „nic nepředpokládat, brát druhého vážně, zajímat se“ (Kopřiva, 2006, str. 33) jako důležité předpoklady k tomu, aby navázali s klientem vztah. Dalšími důležitými aspekty osvědčeného přístupu pracovníka ke klientovi, které uvádí Probstová a Pěč (2014) a na nichž se všichni pracovníci shodovali, byly: důvěra, empatie, trpělivost, podpora, autenticita, zplnomocnění, viz citace z rozhovorů:

„Je teda důležitý, abychom je vyslechli, abychom je přijali, to, co oni říkají. Aby cítili nějaký jako pochopení. Asi aby cítili i zájem.“ (P6)

„takže se je snažíme v tomhle tom podpořit, ale zase do takový míry, aby tam nevznikala závislost“ (P1)

„Tu důvěru, ten vztah navázat, to se mi jakoby osvědčilo, že dát tomu čas. Když ten člověk semka přijde, tak aby se prvně jako rozkoukal, aby mě poznal, jaká jsem. Chovat se normálně, prostě normálně s něma komunikovat, nehrát si na někoho jinýho. Fakt jako takovej ten lidskej přístup normální. (P2)

ZPŮSOB PRÁCE

Dotazovaným se osvědčilo stanovit společně s klientem jeho priority a z nich vyplývající cíle, individuálně plánovat a „krokovat“ jejich dosažení, neboť: *„Každý člověk má tisíc problémů, a to jsou dluhy, bydlení a to je špatný, prostě na co si vzpomenete a teď nevíte, prostě kde začít. Takže se z toho můžete rozsypat anebo prostě po čase zjistíte, že nejlepší je v té chvíli prostě jako ne že neudělat nic, ale začít od toho nejzákladnějšího.“* (P1) Shodují se na vycházení z přání klienta při stanovování cílů spolupráce. Pracovníci mají velmi dobrou zkušenost s krizovými plány: *„už i on sám vám řekne, co třeba způsobuje tu krizi. Jak to vypadá, jak se chová, co začne dělat... když přijde ta krize u člověka, tak on vám řekne. Potřebuju ticho třeba... někdo zas potřebuje naopak povzbudit... Dát třeba nějaký úkol...“* (P2). Neméně důležitá je dlouhodobá spolupráce, která pracovníkům umožňuje individuální přístup ke klientům založený na zkušenostech: *„Já jsem třeba měla klienta, kterej když měl hlasy, když jsem s ním mluvila tak on se díval někam jinam. Odvracel pohled takhle jakoby nahoru... A když chodil se sluchátkama na uších třeba víc, jak 3 dny, tak jsme věděli, že má hlasy... tím, že jsem ho znala už déle, jsem věděla, že to tak má. Kdybych ho neznala, kdyby to byl někdo nový, tak bych si říkala, no tak prostě chodí se sluchátkama.“* (P6) V prevenci relapsu nemoci může být významná, podle dotazovaných, osobní motivace klienta a dostupná, intenzivní podpora od pracovníka, který, v souladu s konceptem zotavení, upřednostňuje, posiluje a reflektuje přání a silné stránky klienta a dodává mu naději (Ridgway, 2014).

DILEMATA

Dalším postupem, který se pracovníkům osvědčuje, je zacházení s dilematy, kterým je vystaven ve své práci každý pomáhající pracovník, který musí volit mezi dvěma vzájemně se vylučujícími možnostmi (Musil, 2004; Urban, 2017). Většina pracovníků měla dobrou zkušenost se zpracováváním dilemat v rámci supervize. Dilemata, která pracovníci popisovali, se týkala především:

- Asertivní vs. partnerský přístup

„Někteří klienti mě drží jako hodně zpátky a já vím, že nemůžu prostě...šlapat na plyn víc, než oni chtěj, protože jinak bych je ztratila... A u některých klientů zase vím, že když prostě na ně malinko...zatlačím, že jim tím pomůžu, ...ale možná, že tohle by mi někdo vyvrátil. Tohle je vlastně i nějaké velké etické dilemma, které tu v té naší práci je.“ (P4) P4 pracuje v terénním týmu, proto pro ni opatrnost v práci s potencionálním klientem může hrát tak

velkou roli, neboť klient na základě nevhodně zvolené intervence a jejího časování, může službu odmítnout.

- Hranic

V otázce hranic práce s klientem se jednalo o dilema moci vs. pomoci, kdy zasáhnout a kdy ještě ne (např. spěje-li se klient k ohrožení zdraví nebo života svého či jiných osob): „*velká práce s mocí a s nějakýma hranicema a často vlastně chodíme přes přání klienta... člověk hodně zasažený tou nemocí... vlastně i ta jeho rozhodnutí souvisí s tou nemocí a vlastně i ta neschopnost říct si o pomoc.*“ (P4) Objevilo se i dilema teoretické týkající se profesionality – osobních hranic ve smyslu sdílení soukromých informací, jež identifikovala i Probstová (2014), kdy se pracovníci shodovali, že je vhodné: „*Něco mu v určité míře říct o sobě. A tím trošku zbořit tu bariéru.*“ (P3), což by u jiné skupiny klientů (např. lidé s hraniční poruchou osobnosti) mohlo být nevýhodné a klienty vůči pracovníkovi zneužitelné.

- Míry pomoci

„*Jako nenechat ho v tom, do značné míry myslet za něj, ale zase přenechávat mu tu zodpovědnost.*“ (P11) Někteří popsali člověka s psychózou jako osobu se sklonem stávat se na pracovníkovi a jeho pomoci závislým, proto bylo někdy těžké najít optimální hranici mezi intenzitou/rozsahem pomoci a vedení k samostatnosti. „*To jsem vlastně přes ten rok zjistila, že musím jako trošku zpomalit jako v tý mý akčnosti a popřemýšlet, jak tomu člověku jako nejlíp pomoci, vyhodnotit to nějak z těch informací co se dozvím.*“ (P2)

ZÁVĚR

Klíčovým aspektem a zároveň podmínkou úspěšné reformy psychiatrické péče v ČR je posílení extramulární, komunitní psychiatrické péče a podpora její provázanosti, což by se mělo projevit vznikem nových i rozvojem stávajících terénních a ambulantních služeb a zvýšenou otevřeností k jejich vzájemné spolupráci a multidisciplinaritě.

Realizovaná kvalitativní sonda na téma dobrá praxe v péči o lidi s psychiatrickou diagnózou očima pomáhajících pracovníků potvrdila nezbytnost získání si důvěry pro rozvoj vztahu s klientem. Úroveň vztahu s klientem ovlivňuje klientova osobní motivace, pracovníkův přístup a jeho osobnostní charakteristiky, přičemž mezi stěžejními vlastnostmi pracovníků dominovala autenticita a upřímný zájem o klienta. Při práci s lidmi s psychózou se dotazovaným osvědčilo sdělovat klientům, do určité míry, i své osobní zkušenosti. Výzkum potvrdil vysokou míru nejistoty pracovníků např. v otázce odpovídající míry pomoci, zmíněných hranic práce s klientem a práce s dilematy; nejistotu podle zkušeností pracovníků snižuje fungující tým a supervize.

Tento výzkum byl financován z prostředků Interní grantové soutěže Vysoké školy polytechnické Jihlava jako projekt č. 1170/4/1716, „Specifika sociální práce při práci s vybranými cílovými skupinami“.

POUŽITÉ ZDROJE

- [1] BRETSCHNEIDER, S., MARC-AURELE, J., WU, J. „Best practice“ Research: A Methodological Guide for the Perplexed. *Journal of Public Administration Research and Theory*, Oxford University Press, 2005, Vol. 15, n. 2. s. 307-323. ISSN 1477-9803 [online]. [cit. 2018-04-14]. Dostupné z: <https://academic.oup.com/jpart/article/15/2/307/1012422>
- [2] CORBINOVÁ, J., STRAUSS, A.. *Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory*. Los Angeles: SAGE, 2015. ISBN-13: 978-1412906449
- [3] ELICHOVÁ, M., SÝKOROVÁ, A. Kompetence sociálního pracovníka: co učí školy a co vyžadují zaměstnavatelé. *Sociální práce/Sociálna práca*, Brno: ASVSP, 2015, roč. 15/2015, č. 1. ISSN 1213-6204. s. 79–95.
- [4] EGGLENE, O. *Conducting Best and Current Practices Research: A Starter Kit*. New York: Center for Technology in Government, 2000. [online]. [cit. 2018-04-14]. Dostupné z: https://www.ctg.albany.edu/publications/guides/conducting_best/conducting_best.pdf
- [5] ELICHOVÁ, M. *Sociální práce: aktuální otázky*. Praha: Grada, 2017.
- [6] JANSKÁ, V. Moc jazyka a jeho používání pomáhajícími pracovníky v kontextu duševní nemoci. *Časopis Sociální práce/Sociálna práca*, Brno: ASVSP, 2010, roč. 4/2010, č. 4. ISSN 1213-6204.
- [7] KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese*. Praha: Portál, 2006.
- [8] MATOUŠEK, O. (Eds.) *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál, 2013a.
- [9] MATOUŠEK, O. (Eds.) *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2013b.
- [10] MATOUŠEK, O., PAZLAROVÁ, H. *Státní orgány sociálněprávní ochrany dětí – dobrá praxe z pohledu rodin a pracovníků*. Praha: Karolinum, 2016.
- [11] NAVRÁTIL, P. *Teorie a metody sociální práce*. Brno: Marek Zeman, 2001.
- [12] NÚDZ. Stigmatizace v České republice. Výzkumná zpráva. Klecany: NÚDZ, 2016.
- [13] [online]. [cit. 2017-09-09]. Dostupné z: http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2017/02/Stigmatizace-v-CR_zprava_NUDZ.pdf
- [14] PROBSTOVÁ, V., PĚČ, O. *Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly*. Praha: Portál, 2014.
- [15] RIDGWAY, P. (Eds.). *Cesty k zotavení (z ang. originálu Pathways to recovery)*. Lawrence: University of Kansas School of Social Welfare, 2014. 407 s. ISBN 978-1-5031-7191-6
- [16] SRPP. Strategie reformy psychiatrické péče. Praha: MZČR, 2013.
- [17] ŠVAŘÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2014.

- [18] MUSIL, L. *“Ráda bych Vám pomohla, ale...” Dilemata práce s klienty v organizacích*. Brno: Marek Zeman, 2004. 243 s. ISBN 80-903070-1-9.
- [19] URBAN, D. Etická dilemata sociálních pracovníků pracujících v oblasti sociální politiky. *Logos polytechnikos*. 2017, 8(2): 217-228.
- [20] VESELÝ, A. Teoretické a metodologické základy výzkumu dobré praxe. *Aula*, 2010, 18(3): 3-14.
- [21] WINKLER, P. (Eds.) *Reforma systému psychiatrické péče: mezinárodní politika, zkušenost a doporučení*. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2013.
- [22] WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2020*. Geneva: WHO, 2013.
- [23] Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.
- [24] Zákon č. 96/2004 Sb. o nelékařských zdravotnických povoláních a vyhláška č. 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků

BEST PRACTICE IN MENTAL HEALTH CARE FROM WORKER'S PERSPECTIVE



KONTAKTNÍ ÚDAJE:

PhDr. Vlasta Řezníková, Ph.D.
Vysoká škola polytechnická Jihlava
Katedra sociální práce
Tolstého 16
586 01 Jihlava
e-mail: vlasta.reznikova@vspj.cz

Mgr. Markéta Dubnová, PhD.
Vysoká škola polytechnická Jihlava
Katedra sociální práce
Tolstého 16
586 01 Jihlava
e-mail: marketa.dubnova@vspj.cz

ABSTRACT

This paper offers social workers perspective of the best practice. Social worker could have great influence on the social change of his clients. Therefore is necessary to identify effective practices with regards to context and aspects what influence it. The aim of the paper is to share the best practice examples via mental health workers subjective opinions and experiences; in addition to ongoing psychiatric services reform.

KEYWORDS:

Best Practice, Social Worker, Clinical
Social Worker, Psychiatric Care

SUBJEKTIVNÍ VNÍMÁNÍ NEMOCI A KVALITY ŽIVOTA DĚTÍ S CHRONICKÝM ONEMOCNĚNÍM A VLV NA JEJICH RODIČE

LUCIE SIKOROVÁ
RADKA BUŽGOVÁ
OSTRAVSKÁ UNIVERZITA



ABSTRAKT

Cílem studie bylo zjistit, jaká je kvalita života dětí s chronickým onemocněním a jejich subjektivní vnímání nemoci, rozpoznat dopad onemocnění dítěte na rodinu a zaznamenat reakce rodičů na chronické onemocnění dítěte. Výzkum byl realizován formou jednorázového průřezového šetření. Výzkum se uskutečnil formou dotazníkového šetření. Bylo využito dotazníků: PedsQL™, PedsQL Family Impact Module™, Dotazník vnímání dětské nemoci a Parent Response to Child Illness. Studie zahrnovala 220 rodičů a 220 dětí ve věku 2 – 12 let s chronickými nemocemi (diabetes mellitus 1. typu, bronchiální astma, juvenilní idiopatická artritida). Celková kvalita života byla nejnižší u dětí s JIA a nejvyšší u dětí s diabetem. Nejnižší úroveň kvality života byla v emočním fungování. Pokud rodiče považovali onemocnění za zátěž, také děti považovaly onemocnění jako závažnější. Největší vliv na rodinu byl pozorován u diabetických dětí. U rodičů všech dětí se onemocnění dítěte promítalo zejména do oblasti obav rodičů týkající se léčby a budoucího vývoje. Důvěra v disciplínu jejich dětí byla nejnižší u rodičů diabetiků a nejvyšší u rodičů dětí s JIA. Větší

důvěra v disciplínu dítěte se projevila ve vyšším tělesném a celkovém zdraví dětí. Výsledky studie mohou být výchozím bodem pro výběr cílených intervencí multidisciplinárního týmu.

KLÍČOVÁ SLOVA:

dítě, vnímání nemoci, kvalita života, rodič, reakce na nemoc

ÚVOD

Chronická onemocnění jsou nejčastějšími příčinami úmrtnosti a nemocnosti ve vyspělých zemích, přestože řada zemí zavedla nové preventivní a intervenční zdravotní strategie a postupy vedoucí k podpoře zdraví. Dříve byly chronické nemoci považovány především za onemocnění starší populace, ale současnost ukazuje, že se tato onemocnění přesouvají do stále mladšího věku (Busse et al., 2010, str. 1). Během dětství a dospívání může mít chronické onemocnění významný vliv na kvalitu života, růst, vývoj a další atributy života dítěte.

K chronickým nemocem s vyšší incidencí v dětském věku oproti dospělému patří astma, v některých zemích přesahující u dětské populace 20 % (Asher et al., 2006, str. 734). Astma zasahuje do každodenního života dětí a jejich rodičů v podobě omezení tělesných aktivit, denních a společenských aktivit, v podobě strachu, paniky a deprese (Dean et al., 2010, str. 98 – 99). Je spojeno s vyšším rizikem vzniku emocionálních problémů a potížemi s chováním, i když u většiny dětí nejsou přítomny klinicky významné psychopatologické příznaky (Goldbeck et al., 2007, str. 18).

K chronickým onemocněním dětí s vysokou frekvencí výskytu (zejména v rozvinutých zemích) patří diabetes mellitus (u dětí v 95 % případů diabetes 1. typu) (Škrha, 2014). Na výskytu diabetu 1. typu v dětském věku se podílí především Evropa, následovaná Severní Amerikou a jihovýchodní Asií.

Psychosociální důsledky diabetu se mohou promítat jak do volného času dítěte, tak do jeho školních aktivit zejména v případě vyšší složitosti léčebného plánu, vyšších finančních nároků působených léčebným procesem a neporozuměním sociálního okolí (Guthrie et al., 2003). K závažným psychosociálním důsledkům diabetu pro dítě patří časté depresivní nálady, úzkostné poruchy a poruchy chování (Jaser et al., 2007, str. 512 – 516). Poruchy kognitivních funkcí, učení, paměti a pozornosti dětí s diabetem jsou spojovány zejména s časným nástupem diabetu v životě dítěte (Gaudieri et al., 2008, str. 1894).

K závažným chronickým onemocněním rozvíjejícím se v dětství (před 16. rokem života) patří juvenilní idiopatická artritida (JIA), (Firman, 2012). Je nejčastější chronickou zánětlivou artropatií v dětském věku (Doležalová, Němcová, 2012). Roční incidence všech podtypů JIA se pohybuje v rozmezí 2 – 20 nových případů na 100 000 dětí (Cassidy et al., 2011, str. 218), v Severní Americe a Evropě převážně oligoartikulární formy (Ravelli et al., 2007, str. 768).

K dominantním omezujícím faktorům onemocnění JIA působícím na děti je akutní a chronická bolest, snížená pohyblivost, ztuhlost kloubů, retardace růstu, zrakové problémy, omezení školních aktivit a vyšší absence ve škole (Ding et al., 2008, str. 660 – 663; Ruperto et al., 2010, str. 1535 – 1539), poruchy spánku a vyšší únava (Aviel et al.,

2011, str. 2054). U dětí s časněji diagnostikovaným onemocněním JIA byla zjištěna menší školní absence, nižší omezení aktivit s přáteli a menší výskyt emocionálních problémů dětí (April et al., 2012, str. 1189).

Dětské vnímání chronické nemoci a porozumění vlastnímu zdravotnímu stavu nemusí odpovídat závažnosti onemocnění ani pohledu rodičů nebo zdravotníků. Je totiž ovlivněno věkem dítěte a vývojem poznávacích procesů. Znalost subjektivního pohledu dítěte na onemocnění je pro zdravotníky důležitá, protože jeho odhalení umožňuje volbu adresné edukace dítěte a zabezpečení jeho zodpovědnějšího postoje a chování vůči jeho vlastnímu zdravotnímu stavu (Vachková, 2010, str. 29).

In adults, epileptic foci in the left temporal lobe led to lower QOL and higher depression and anxiety as compared to the right-sided foci. Pod vlivem změn daných chorobou se mění obsah rolí ostatních členů rodiny a jejich celkový životní styl, někdy i jejich hodnoty a normy (Summers et al., 2005, str. 778; Vágnerová, 2008, str. 92). Péče o dítě s chronickou nemocí vyžaduje od rodičů zvládnutí nových činností, jako jsou péče o nové potřeby dítěte, podporu adaptace dítěte na léčebný proces, zvládnutí zvýšených nároků na udržování domácnosti a zajišťování finanční stability, které rodiče mohou prožívat jako stres (Rosenbaum, 2008, str. 304) a sníženou kvalitu života (Spore et al., 2012, str. 49). Studie zabývající se kvalitou života rodičů chronicky nemocných dětí nejsou tak frekventované jako studie soustředěné na nemocné děti a často se věnují rodičům dětí s onkologickým onemocněním.

Neznalost působení nemoci na kvalitu života dítěte a jeho rodiny, subjektivního vnímání nemoci dítětem, způsobu reagování rodičů na onemocnění může vést k rutinním intervencím lékařů a sester bez zohlednění rozdílů determinovaných věkem, onemocněním nebo sociálním rodinným kontextem.

MATERIÁL A METODY

Cílem výzkumu bylo zjistit, jaká je kvalita života dětí s chronickým onemocněním a jejich subjektivní vnímání nemoci, rozpoznat dopad onemocnění dítěte na rodinu a zaznamenat reakce rodičů na chronické onemocnění dítěte. Výzkumné šetření se uskutečnilo metodou kvantitativního výzkumu, formou jednorázového průřezového dotazníkového šetření realizovaného ve specializovaných ambulancích pro léčbu chronických onemocnění dětí. Výběr souboru byl záměrný, podmíněný možnostmi a ochotou zdravotnických zařízení podílet se na výzkumu a souhlasem rodičů se zařazením do výzkumu. Kritériem výběru rodiče byl věk jejich dítěte od dvou do dvanácti let a ambulantní péče o dítě s chronickým onemocněním. Demografické údaje vyplňovali rodiče, zahrnovaly informace o dítěti (věk, pohlaví, vzdělávání), informace o rodiči (pohlaví, věk, vzdělání, struktura rodiny) a s pomocí sestry informace o onemocnění (diagnostikované onemocnění, délka léčby, způsob léčby).

Použity byly tři typy dotazníků pro skupinu dětí ve věku 2 – 4 roky, 5 – 7 let a 8 – 12 let Pediatric Quality of Life Inventory, PedsQL™, (Varni, 1998a, b, c). PedsQL určený věkové kategorii 2–4 roky (posouzení rodiči by proxy) zahrnuje 20 otázek sdružených do domén - tělesné zdraví a činnosti, emocionální zdraví, společenské činnosti a dle potřeby školní (předškolní) činnosti. Dotazník pro děti ve věku 5–7 let zahrnuje 23 otázek zahrnutých ve stejných doménách, k odpovědím je dítě vyzýváno prostřednictvím piktogramů. 23 otázek ve stejných doménách obsahuje verze pro starší děti ve věku 8–12 let. Zaznamenané výsledky (Likertova škála 0-4) se transformují na škálu 0-100, vyšší skóre znamená vyšší kvalitu života dítěte.

VNÍMÁNÍ NEMOCI

K hodnocení subjektivního vnímání nemoci byl použit Children's Illness Perception Questionnaire, CIPQ), (Walker, et al., 2006) v české verzi (Mareš a Štanglová, 2010). Monitorovány byly tři proměnné: časový průběh nemoci, vnímané důsledky nemoci a ovlivnitelnost nemoci. Položky dotazníku jsou tvrzeními, se kterými dítě vyjadřuje souhlas, nesouhlas nebo se nevyjadřuje vůbec. Odpovědi jsou hodnoceny dle manuálu (0-2 body). Čím je výsledné skóre vyšší, tím má z pohledu dítěte nemoc závažnější, dlouhodobější a ovlivnitelnější charakter.

VLIV NA RODINU

Dotazník Family Impact Module PedsQL, 2.0 Czech version, FMI PedsQL (Varni, 1998) sloužil k posouzení vlivu onemocnění dítěte na rodinu resp. na rodiče. Zahrnuje 36 otázek shromážděných do domén: fyzické funkce, emocionální funkce, sociální funkce, poznávací funkce, komunikace, obavy, denní aktivity a rodinné prostředí a vztahy. Zaznamenané výsledky jsou transformovány na škálu 0–100, přičemž vyšší hodnoty skóre značí menší negativní dopad na monitorovanou funkci (lepší fungování).

REAKCE RODIČE NA ONEMOCNĚNÍ DÍTĚTE

K hodnocení reagování rodiče na onemocnění dítěte a jeho následnému chování byl použit dotazník Parent Response to Child Illness (Austin, 2008). S ohledem na rozsáhlost originálního dotazníku zahrnující položky, které by se v našem výzkumu dublovaly s dotazníkem hodnotícím dopady onemocnění na rodinu, byla se souhlasem autorky originální verze dotazníku tato redukována o deset položek shrnutých v doménách rodinný život a volný čas. Zkrácená verze dotazníku zahrnuje 25 tvrzení, ke kterým se rodič vyjadřuje na škále od plného souhlasu s tvrzením po odmítnutí souhlasu s tvrzením (Likertova škála 1–5). Výsledky se sdružují do domén: emocionální podpora dítěte, léčba onemocnění, autonomie dítěte a disciplína dítěte. Vyšší výsledné skóre

značí vyšší rodičovskou emocionální podporu dítěte, větší rodičovskou jistotu v kontrole onemocnění a jejím řízení, větší podporu dítěte v jeho nezávislosti, a větší rodičovskou důvěru ve schopnosti dítěte řídit své chování (disciplína dítěte).

ANALÝZA DAT

Získaná data byla analyzována v programu IBM SPSS 20. K zpracování výsledků byla využita deskriptivní statistika (četnost, aritmetický průměr, směrodatná odchylka). Následně bylo použito Chí kvadrát testu. Statistické testy byly hodnoceny na hladině významnosti $p < 0,05$. V rámci vyhodnocení dotazníků byla také využita korelační matice za využití Spearmanova korelačního koeficientu.

VÝSLEDKY

Výzkumný soubor zahrnoval 220 dětí s chronickým onemocněním (120 dívek a 100 chlapců) a 220 rodičů (169 žen a 51 mužů) (tab. 1). Z chronických onemocnění se u dětí vyskytovalo onemocnění diabetes mellitus 1. typu (37 %, $N = 81$), astma bronchiale (34 %, $N = 75$), juvenilní idiopatická artritida (JIA) (29 %, $N = 64$). U 70 dětí onemocnění trvalo od stanovení diagnózy maximálně jeden rok, u 86 dětí v délce trvání od jednoho do tří let a u 64 dětí trvalo onemocnění déle než tři roky.

Tab. 1: Vybrané charakteristiky rodičů a dětí

Charakteristika	Kategorie	N	N (%)
Rodič			
Pohlaví	Žena	169	77
	Muž	51	23
Věk	18 – 29 let	34	16
	30 – 39 let	128	58
	40 let a více	58	26
Nejvyšší dosažené vzdělání	Základní	16	7
	Středoškolské	127	58
	Vyšší odborné	29	13
	Vysokoškolské	48	22
Soužití rodičů/partnerů	Manžel/manželka	160	73
	Sám rodič	18	8
	Jiný partner	42	19
Subjektivně vnímaná zátěž	Ano	174	79
	Ne	46	21

Potřeba financí	Ano	118	54
	Ne	102	46
Dítě			
Pohlaví	Dívka	120	55
	Chlapec	100	45
Věk	2 – 4 roky	65	30
	5 – 7 let	71	32
	8 – 12 let	84	38
Vzdělávání	Školní	126	57
	Předškolní	77	35
	Žádné	17	8
Sourozenci v rodině	Jeden	130	59
	Dva	33	15
	Tři a více	6	3
	Žádný	51	23
Onemocnění	Astma	75	34
	Diabetes	81	37
	Juvenilní idiopatická artritida	64	29
Délka onemocnění	Do 1 roku	70	32
	Déle než 1 rok do 3 let	86	39
	Déle než 3 roky	64	29

Legenda: N – absolutní četnost, N (%) – relativní četnost

KVALITA ŽIVOTA SOUVISEJÍCÍ SE ZDRAVÍM

Nejvyšší celková kvalita života (HRQL) byla zjištěna u dětí s diabetem (75,63; SD = 14,52) a nejnižší u dětí s JIA (65,72; SD = 12,14), u dětí s astmatem bylo 72,70 (SD 13,21), ($p < 0,01$). Nejvyšší HRQL bylo u dětí ve věku 8-12 let (74,90; SD = 15,35), nejnižší u dětí ve věku 2 – 4 roky (68,63; SD = 12,83), $p = 0,011$. U 2–4 letých dětí byla zjištěna nejvyšší kvalita života tělesného zdraví u dětí s astmatem a nejnižší u dětí s JIA ($p = 0,001$). Také emocionální zdraví bylo hodnoceno ve skupině 2-4 letých dětí s astmatem lépe než ve skupině dětí s diabetem a dětí s JIA ($p = 0,004$). Společenské činnosti byly, ale hodnoceny nejlépe dětmi s diabetem. Tělesné zdraví, emocionální zdraví a společenské činnosti byly ve věkové kategorii 5 –7 let hodnoceny nejlépe dětmi s diabetem. Kvalitu života ve školních (předškolních) činnostech hodnotily jako nejvyšší děti s JIA. Ve věkové kategorii 8–12 let měly nejnižší kvalitu tělesného zdraví, emocionálního zdraví a kvality života v oblasti společenských činností děti s onemocněním JIA (tab. 2).

Vyšší HRQL dětí byla u dětí rodičů ve věku nad 30 let ($p = 0,027$), u dětí rodičů, kteří nevnímali onemocnění jako zátěž pro rodinu ($p = 0,000$). Vzdělání rodičů, struktura rodiny, pohlaví dítěte, počet sourozenců, délka trvání onemocnění HRQL dětí neovlivňovaly.

Tab. 2: Porovnání kvality života dětí (HRQL) podle onemocnění a věku dětí

Věk	HRQOL	Astma		Diabetes		JIA		P
	Doména zdraví a činnosti	M	SD	M	SD	M	SD	
2-4	Tělesné	77,40	14,15	63,97	17,15	52,41	14,23	<0,001
	Emocionální	62,12	15,11	44,12	19,22	60,68	14,17	0,004
	Společenské	73,84	17,56	86,18	16,00	80,68	14,66	0,089
	Předškolní	51,56	23,98	70,00	14,67	66,18	26,43	0,021
5-7	Tělesné	77,8	16,18	82,76	16,24	59,38	23,86	<0,001
	Emocionální	57,78	11,14	72,42	16,96	63,50	17,25	0,004
	Společenské	80,56	17,65	80,61	18,02	80,00	14,87	0,712
	Školní	70,00	14,14	67,14	19,21	73,33	16,09	0,173
8-12	Tělesné	75,60	15,76	84,78	18,60	62,36	15,77	<0,001
	Emocionální	67,58	19,40	66,13	17,88	56,82	15,47	0,162
	Společenské	80,48	18,32	84,35	18,32	76,14	16,61	0,126
	Školní	68,71	19,06	69,35	16,27	65,00	14,47	0,538

M – průměr, SD – směrodatná odchylka, P – p hodnota statistické významnosti $\alpha = 0,05$, HRQOL – Kvalita života související se zdravím

SUBJEKTIVNÍ VNÍMÁNÍ NEMOCI

Ve věkové kategorii 8–12 let bylo zařazeno hodnocení subjektivního vnímání nemoci dětmi ($N = 108$). Děti s astmatem považovaly své onemocnění za nejvíce závažné ze sledovaných skupin nemocí (19,48; SD 3,10; $p = 0,000$) a současně za nejméně léčbou a vlastním chováním ovlivnitelné onemocnění (12,68; SD 2,43; $p = 0,108$). Děti s diabetem a JIA shodně pohlíželi na svá onemocnění jako na středně závažná (15,55; SD = 3,21), a (15,55; SD = 4,32), se středně reálnou možností ovlivnění onemocnění (11,52, SD = 2,25), a 11,55; SD = 2,06. Pokud rodiče považovali onemocnění za zátěž, také děti považovaly onemocnění jako závažnější (19,05; SD 4,21) než děti rodičů, kteří nepovažovali onemocnění za zátěž (16,75; SD = 3,71), $p = 0,004$. Byly zjištěny pozitivní slabé, ale statisticky významné korelace mezi vnímáním dlouhodobosti nemoci, závažnosti a neovlivnitelnosti nemoci a emocionálním zdravím dětí s diabetem ($r = 0,344$; $0,348$; $p < 0,01$). Slabá statisticky významná korelace byla nalezena také mezi vnímáním nemoci a tělesným zdravím dětí s JIA ($r = 0,379$; $p < 0,01$).

Nejvýraznější celkový dopad onemocnění na rodinu byl zaznamenán u rodičů dětí s diabetem (60,21, SD 12,43) a nejmenší u rodičů dětí s astmatem (69,93; SD = 16,06), $p = 0,001$. Při hodnocení doménového skóre vlivu na rodiče a rodinu, po rozdělení souboru na skupiny dle onemocnění dětí (astma, diabetes, JIA), byly zjištěny statisticky významné rozdíly v dopadech onemocnění na rodiče ve většině domén (tab. 3). Při hodnocení celkového dopadu onemocnění na rodinu podle věku dítěte, bylo zjištěno nejvyšší průměrné skóre u rodičů 8–12 letých dětí (67,71; SD = 14,32), a nejnižší u rodičů 5–7 letých dětí (63,06, SD = 15,32), $p = 0,077$.

U rodičů 2–4 letých dětí byla, nejvíce zasaženou doménou oblast obav o dítě a jeho budoucnost (51,43; SD = 24,70), oblast komunikace s ostatními o nemoci dítěte (61,11; SD = 27,08) a oblast citových funkcí (63,28; SD = 19,87). Oblast obav a citových funkcí dominovaly také jako nejvíce nemocí zasažené oblasti u rodičů 5–7 letých dětí. Vliv onemocnění se dále projevil, u této věkové kategorie dětí, na fyzických funkcích rodičů (61,63; SD = 16,52). U rodičů 8–12 letých dětí byl zaznamenán nejvýraznější vliv onemocnění na prohloubení obav rodičů o dítě, dále na jejich fyzické a citové funkce.

U rodičů, u kterých bylo onemocnění dítěte vnímáno jako zátěž, byl také vliv na rodiče a rodinu vnímán ve všech doménách i v celkovém dopadu na rodinu, silněji než u rodičů, kteří onemocnění za zátěž nepovažovali ($p < 0,01$), větší dopad zaznamenali matky oproti otcům ($p < 0,01$). Nebyl zjištěn rozdíl v dopadu na rodinu s ohledem na věk rodičů, jejich vzdělání, strukturu rodiny, věk dítěte, pohlaví dítěte, počet sourozenců dítěte nebo délku trvání onemocnění

Byla zjištěna pozitivní střední nebo slabší, ale statisticky významná korelace mezi všemi doménami kvality života dětí a doménami vlivu onemocnění na rodinu u dětí s astmatem. Asociace mezi dopadem onemocnění dítěte na rodinu a kvalitou života dítěte s diabetem byla slabá, ale statisticky významná. Zejména se ukázala pozitivní asociace dopadu onemocnění na komunikaci rodiče, jeho sociální funkcí a emocionální kvalitou života dítěte ($r = 0,369$, $p < 0,01$; $r = 0,354$, $p < 0,01$). Posouzením závislosti vlivu onemocnění na rodinu a kvalitou života dítěte s onemocněním JIA, byla zjištěna slabá korelace mezi proměnnými, kromě vlivu onemocnění na zvýšení obav o budoucnost dítěte, které asociovaly s tělesnou a emocionální HRQOL dítěte ($r = 0,475$, $p < 0,01$; $r = 0,487$, $p < 0,01$).

Tab. 3: Porovnání vlivu onemocnění dítěte na rodiče podle onemocnění dítěte

P-HRQOL	Astma		Diabetes		JIA		P
Doména	M	SD	M	SD	M	SD	
Tělesné funkce	68,83	17,32	56,07	15,00	66,93	17,71	<0,001
Emocionální funkce	70,20	18,24	54,14	18,45	66,80	16,39	<0,001
Společenské funkce	72,58	19,84	61,88	17,77	71,48	18,60	0,002
Poznávací funkce	73,92	19,77	64,04	15,61	71,97	17,88	0,005
Komunikace	69,00	23,15	62,65	20,84	63,67	23,16	0,222
Obavy	62,53	19,72	54,51	17,21	49,53	22,21	0,004
Denní aktivity	70,00	20,46	64,40	17,18	72,92	21,67	0,056
Rodinné prostředí	72,40	17,75	64,01	17,67	73,36	18,22	0,007

M – průměr, SD – směrodatná odchylka, P – p hodnota statistické významnosti $\alpha = 0,05$, P-HRQOL – Kvalita života rodiče související se zdravím

REAKCE RODIČŮ NA ONEMOCNĚNÍ

Nejvyšší emocionální podporu poskytovali rodiče dětem s JIA (4,06; SD = 0,51), nejmenší dětem s astmatem (3,93; SD = 0,55), $p = 0,311$. Nejvyšší důvěru ve vlastní znalosti týkající se léčby a péče o dítě projevili rodiče dětí s diabetem. Rodiče dětí s astmatem a JIA podporovali nejvíce své děti v samostatnosti. Rodiče dětí s JIA měli nejvyšší důvěru v disciplínu dítěte (tab. 4)

Nebyl zjištěn rozdíl v rodičovském poskytování emocionální podpory dítěti mezi rodiči 2–4 letých dětí, 5–7 letých dětí a 8–12 letých dětí ($p = 0,984$). Sebedůvěra ve vlastní schopnosti péče o dítě a jeho léčbu (znalost léčebných opatření, varovných příznaků, zhoršení zdravotního stavu apod.) byla nejvyšší u rodičů 8–12 letých dětí (3,51; SD 0,38) a nejmenší u rodičů 2–4 letých dětí (3,11; SD 0,56, $p = 0,000$). Rodiče 8–12 letých dětí nejvíce podporovali své děti v nezávislosti (2,72; SD 0,70) na rozdíl od nejmenší podpory nezávislosti dítěte rodiči 2–4 letých dětí ($p = 0,058$). Největší důvěru v disciplínu dítěte měli rodiče 8–12 letých dětí ($p = 0,805$). Vyšší míra důvěry rodiče ve vlastní znalosti a schopnosti týkající se léčby a péče o dítě pozitivně asociovala s vyšší úrovní tělesného zdraví ($r = 0,469$, $p < 0,01$) a emocionálního zdraví ($r = 0,404$, $p < 0,01$) u diabetiků a důvěra v disciplínu dítěte s tělesným zdravím u astmatiků ($r = 0,449$, $p < 0,01$). U rodičů, kteří vnímali onemocnění jako zátěž, byla zjištěna nižší emocionální podpora, menší důvěra ve vlastní znalosti týkající se léčby, menší podpora k nezávislosti dítěte a menší důvěra v disciplínu dítěte, oproti rodičům, kteří onemocnění dítěte nepovažovali za zátěž.

Tab. 4: Reakce rodičů na onemocnění dítěte dle typu onemocnění

Doména	Astma		Diabetes		JIA		P
	M	SD	M	SD	M	SD	
Emocionální podpora	3,93	0,55	3,98	0,48	4,06	0,51	0,311
Sebedůvěra rodiče	3,32	0,48	3,47	0,55	3,25	0,47	0,029
Autonomie dítěte	2,69	0,67	2,54	0,69	2,69	0,83	0,316
Disciplína dítěte	3,59	0,70	3,44	0,64	3,62	0,67	<0,001

M – průměr, SD – směrodatná odchylka, P – p hodnota statistické významnosti $\alpha = 0,05$

DISKUZE

Každé onemocnění dítěte má své zvláštní symptomy, které mohou být subjektivně nepříjemné, omezující a specificky působící na kvalitu života zcela individuálně (Verhoof et al., 2014, str. 12). Celková kvalita života dětí byla nejnižší u dětí s JIA a nejvyšší u dětí s diabetem. Vyšší kvalitu života dětských diabetiků oproti astmatikům zaznamenali také Sawyer et al. (2004, str. 328). Celková kvalita života dětí v našem výzkumu však byla nižší u dětí se všemi sledovanými onemocněními oproti dětské populaci zdravé hodnocené Koukolou a Ondřejovou (2006, str. 183 – 188). Děti všech věkových kategorií, hodnotily nejlépe společenské činnosti. Naopak nejnižší bylo emocionální zdraví, což může být způsobeno vyšší analýzou emocí dětmi. Časté opakované zaměření se na onemocnění a nadměrné věnování pozornosti tělesným příznakům totiž může vést k hněvu dítěte, úzkosti a obavám o další vývoj (Brosschot et al., 2006, str. 115 – 120; Lahaye et al., 2011, str. 1680 – 1689). Všechny 8-12 leté děti, vnímaly své onemocnění jako dlouhodobé. Onemocnění diabetes a JIA vnímaly děti, jako onemocnění se střední mírou závažnosti a se středně až málo reálnou možností své onemocnění vlastním přičiněním ovlivnit. Slabší pozitivní korelace emocionálního zdraví a vnímání vyšší závažnosti onemocnění u diabetiků poukazuje na lepší adaptaci dětí na onemocnění Lahaye et al. (2011, str. 1690). Doménová kvalita života dětí ve věku 8 – 12 let byla ve všech dimenzích kvality života vyšší než u mladších věkových kategorií dětí, avšak nedosahovala hodnot zdravých dětí (Koukola, Ondřejová, 2006, str. 183 – 188). Také výsledky studie Varni et al. (2006, str. 205 – 213) dokládají obdobné rozdíly v doménách kvality života školních dětí.

U dětí s JIA byla jednou z nejvíce zasažených oblastí kvality života 8–12 letých dětí oblast tělesná, podobně jako ve studii Lundberg et al. (2012, str. 33). Dominantním, obtěžujícím problémem byla bolest a chůze, což se shoduje s výsledky Lundberg et al. (2012, str. 33). V našem šetření byla však ještě hůře než tělesné zdraví hodnocena kvalita emocionálního zdraví. Příčinou rozdílu oproti studii Lundberg et al. (2012) může být širší věkové spektrum dětí v jejich studii (8–18 let) neboť během vývoje dítěte a dospívajícího jedince získává dítě nové zkušenosti o zvládání bolesti a dalších obtěžujících symptomů. Naše zjištění jsou v souladu s výsledky studií zaměřenými na kvalitu života dětí s JIA (Gutierrez-Suarez 2007, str. 314 – 320; Haverman et al. 2012, str. 694 – 703).

U dětských diabetiků předložený výzkum ukázal na snížení kvality života v oblastech emocionálního zdraví (2–4 leté) a školních činností (5–7 leté), podobně jako výzkum Jovič et al. (2009, str. 29 – 36). Nižší úroveň emocionálního zdraví diabetiků, se ukázala také ve studii Ausili et al. (2007, str. 249 – 255), kteří poukazují na závislost úrovně znalostí a edukace o onemocnění a kvality života.

Nepříjemné pocity související s nemocí dítěte mohou být rodiči sice potlačovány, ale frustrace narůstá. V našem šetření byl největší dopad onemocnění na rodinu zaznamenán u rodičů dětí diabetiků, a to ve všech dimenzích kvality života. Tyto výsledky jsou v souladu se závěry studií Cameron et al. (2007, str. 733 – 744), Moreira et al. (2014, str. 347 – 359). Vysvětlením, může být náročná péče o dítě a řízení jeho chování, dohled nad dodržováním léčby, náročná organizace školního vyučování nebo zájmových činností dítěte, ale také pocit obav z neočekávaného zhoršení zdravotního stavu dítěte nebo obav z dlouhodobých důsledků onemocnění vyplývajících pro dítě (Moreira et al., 2014). Rodiče dětí s onemocněním JIA vykazovali nižší kvalitu života ve všech doménách oproti rodičům s onemocněním astma nebo jiným onemocněním.

U rodičů všech dětí se onemocnění dítěte promítalo zejména do oblasti obav rodičů týkající se léčby a budoucího vývoje dítěte, podobně jako ve studii Wiedebusch et al. (2008, str. 1014 – 1022). Rodiče dětí nejmladší věkové kategorie, pociťovali vliv onemocnění také v dimenzi sociálních funkcí, komunikace a emocionálních funkcí ve větší míře než rodiče starších dětí. Rodiče starších dětí pociťovali vliv onemocnění naopak ve větší míře na jejich tělesné funkce. Výrazněji se ukázala asociace rodičovských obav a problémů s komunikováním a emocionálním zdravím dítěte podobně jako ve studii Crespo et al. (2011, str. 187).

Způsob reagování dítěte na chronické onemocnění úzce souvisí s chováním a s reagováním rodiny na onemocnění. Nebyl zjištěn rozdíl mezi rodiči dětí v poskytování emocionální podpory dětem s onemocněním astma, JIA nebo diabetes, jakož ani v podporování autonomie dítěte. Emocionální podpora rodičů diabetických dětí pozitivně korelovala s jejich celkovým a tělesným zdravím. To znamená, že poskytování větší emocionální podpory se pozitivně projevilo na zvýšení jejich kvality života. Důvěru ve vlastní znalosti týkající se léčby a možností péče o dítě v akutním stavu dítěte však měly vyšší rodiče dětí s diabetem a nejmenší důvěru rodiče dětí s JIA. Jaser et al. (2008, str. 512) vysvětluje, že rodiče dětských diabetiků obvykle pociťují vysokou zodpovědnost za průběh onemocnění dítěte a zodpovědnost za možné budoucí důsledky onemocnění (což současně působí vysokou úroveň stresu). V našem šetření můžeme rovněž spatřovat tuto souvislost, protože u rodičů diabetických dětí byl zjištěn nejvyšší dopad onemocnění na rodinu. Důvěru v disciplínu dítěte měli rodiče dětí s diabetem nejmenší a rodiče dětí s JIA nejvyšší. Nedůvěra v disciplínu dítěte může souviset s vyšším stupněm zodpovědnosti rodičů a větší mírou obav předat zodpovědnost dítěti (Jaser et al., 2008, str. 512). Rodiče dětí s diabetem, zejména matky, se obvykle aktivně podílejí na kontrole a řízení dětí s diabetem.

Strach rodiče ze zhoršení zdravotního stavu dětského diabetika, může ale vést také ke snížení podpory nezávislosti dítěte a nedůvěře v jeho zodpovědnost k zdravotnímu stavu nebo dokonce k nadměrnému využívání své nemoci k snížení školní docházky (Cameron et al., 2007, str. 734). Dítě pak nemusí mít pocit zátěže onemocněním a jeho kvalita života může být na rozdíl od rodičů vysoká. Větší důvěra v disciplínu dítěte se projevila ve vyšším tělesném a celkovém zdraví dětí s astmatem, u dětí s diabetem i JIA. Podpora nezávislosti dítěte se ukázala výrazněji u rodičů dětí, kteří nevnímali onemocnění jako zátěž. Vyšší sebedůvěra rodičů ve vlastní schopnosti asociovala s vyšší celkovou kvalitou života dětí u všech onemocnění.

Sestra pečující o dítě v ambulanci by měla pro rodiče dětí realizovat edukační lekce, ve kterých by zjistili, jak je možné s nemocným dítětem žít při udržení dosavadní úrovně kvality života rodiče i dítěte. Edukace by měla zahrnovat způsoby zvládání zátěže, které by měly vést rodinu k aktivním formám zvládání zátěže. Sestry a lékaři by měli být rodičům partnery, preferovat otevřenou komunikaci o dítěti a jeho nemoci, poskytovat základní psychoterapeutickou podporu zahrnující zejména podporu sebedůvěry rodičů a dětí ve vlastní schopnosti. Sestry by měly usilovat o zvýšení informovanosti rodičů o nemoci, o službách nabízených dítěti, poskytovat rodiči emocionální podporu, chválit je za části splněných úkolů, posilovat využívání zvládacích strategií s dlouhodobým efektem a tím zvyšovat kvalitu života dětí. Vhodné je cílené zaměření informační a emocionální podpory na děti rodičů, kteří vnímají onemocnění jako zátěž. Pro skutečně rovnocenný vztah a efektivní způsob komunikace dodržovat zásady asertivního stylu komunikace, při respektování nejen svých práv, ale i práv druhého. Respektovat a tolerovat individuální rozdíly rodin, naslouchat rodičům i dětem a projevit pochvalu rodiči. Aktivně vybízet rodiče k dotazům týkajícím se jejich potřeb a nespoléhat na to, že když se rodič neptá, nemá potřeby informací. Vést rodiče k prevenci hyperprotektivity nemocného dítěte, na kterou upozorňuje v souvislosti s chronickými onemocněními také Vachková (2010, str. 94) a zdůrazňuje nutnost pomoci rodičům ve způsobech vedoucích ke zvýšení samostatnosti nemocných dětí. Současně je nutné zvýšení komunikace o onemocnění se samotnými dětmi, zvýšit jejich podíl na rozhodování a tím podpořit jejich spolupráci při léčbě onemocnění i zvýšení sebevědomí, a prožívání závažnosti onemocnění, které jsou významným indikátorem psychosociální pohody dítěte.

ZÁVĚR

Priority zdravotní (ošetřovatelské a medicínské) péče o děti s chronickými onemocněními vycházejí často jen z fyzických aspektů onemocnění, jsou zaměřeny na zvládnutí exacerbace onemocnění a komplikací, na redukci symptomatologie a udržení maximální remise. Ošetřovatelská péče by však měla zohledňovat také psychosociální stránky nemoci a podporovat zlepšování kvality života nemocných jedinců. Úkolem sestry pečující o dítě s chronickým onemocněním, která působí jako sestra v ambulantní péči, je s ohledem na její kompetence, realizovat zejména edukaci dítěte a rodičů týkající se onemocnění a poskytovat psychosociální podporu dítěti a jeho rodině. Současné pediatrické ošetřovatelství je totiž charakteristické zájmem o zdraví dítěte v kontextu rodinného prostředí, neboť úspěšnost léčby dítěte je do značné míry rodinou ovlivnitelná, resp. její připravenost a schopnost řešit zátěžové situace, spolupracovat se zdravotníky, rozhodovat o další léčbě a poskytovat psychickou a emocionální podporu dítěti (Ball et al., 2012, str. 2).

POUŽITÉ ZDROJE

- [1] APRIL, K. T., CALLO, S., FELDMAN, E. D., NI, A. The associations among economic hardship, caregiver psychological distress, disease activity, and health-related quality of life in children with juvenile idiopathic arthritis. *Quality of Life Research: an International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*. 2012;21(7):1185-1191.
- [2] ASHER, M., MONTEFORT, I. S., BJÖRKSTEN, B., LAI, CH. K. W., STRACHAN, D. P., WEILAND, S. K., WILLIAMS, H. Worldwide time trends in the prevalence of symptoms of asthma, allergic rhinoconjunctivitis, and eczema in childhood: ISAAC Phase One and Three repeat multicountry cross-sectional surveys. *Lancet*. 2006;368(9537):733-743.
- [3] AUSILI, E., TABACCO, F., FOCARELLI, B., PADUA, L., CREA, F., CALIANDRO, P., PAZZAGLIA, C., MARIETTI, G., RENDELI, C. Multidimensional study on quality of life in children with type 1 diabetes. *European Review for Medical and Pharmacological Sciences*. 2007;11(4):249-255.
- [4] AUSTIN, K. J., SHORE, CH. P., DUNN, D. W., JOHNSON, C. S., BUELOW, J. M., PERKINS, S. M. Development of the Parent Response to Child Illness (PRCI) Scale. *Epilepsy and Behavior*. 2008;13(4):662-669.
- [5] AVIEL, Y. B., STREMLER, R., BENSELER, S., CAMERON, B., LAXER, R. M., OTA, S., SCHNEIDER, R., SPEGEL, L., STINSON, J. N., TSE, S. M., FELDMAN, B. M. Sleep and fatigue and the relationship to pain, disease activity and quality of life in juvenile idiopathic arthritis and juvenile dermatomyositis. *Rheumatology (Oxford)*. 2011;50(11),2051-2060.
- [6] BALL, J., BINDLER, R., COWEN, K. *Principles of Pediatric Nursing*. New Jersey: Pearson Education; 2012.

- [7] BROSSCHOT, F. J., GERIN, W., THAYER, J. F. The perseverative cognition hypothesis: A review of worry, prolonged stress-related physiological activation, and health. *Journal of Psychosomatic Research*. 2006;60(2):113-124.
- [8] BUSSE, R., BLÜMEL, M., SCHELLER-KREINSEN, D., ZENTER, A. *Tackling chronic disease in Europe. Strategies, Interventions and Challenges*. WHO; 2010 [cited 2015 Aug 28]. Available from: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/96632/E93736.pdf.
- [9] CAMERON, D., YOUNG, L. M., WIEBE, D. J. Maternal Trait Anxiety and Diabetes Control in Adolescents with Type 1 Diabetes. *Journal of Pediatric Psychology*. 2007;32(7):733-744.
- [10] CASSIDY, T. J., PETTY, R. E., LAXER, R. M., LINDSLEY, C. *Textbook of Pediatric Rheumatology*, 6th ed. Philadelphia: Saunders; 2011.
- [11] CRESPO, C., CARONA, C., SILVA, N., CANAVARRO, M. C, DATTILIO, F. Understanding the Quality of Life for Parents and Their Children Who have Asthma: Family Resources and Challenges. *Contemporary Family Therapy*. 2011;33(2):179-196.
- [12] DEAN, B. B., CALIMLIM, B. C., SACCO, P., AGUILAR, D., MAYHUT, R., TINKELMAN, D. Uncontrolled asthma: Assessing quality of life and productivity of children and their caregivers using a cross-sectional Internet-based survey. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2010;8(8):96-105.
- [13] DING, T., HALL, A., JACOBS, K., DAVID, J. Psychological functioning of children and adolescents with juvenile idiopathic arthritis is related to physical disability but not to disease status. *Rheumatology*. 2008;47(5):660-664.
- [14] DOLEŽALOVÁ, P., NĚMCOVÁ, D. Chronická artritida dětí a dospívajících: juvenilní idiopatická artritida. *Zdraví E15. Postgraduální medicína*; 2010 [cited 2016 Sep 17]. Available from: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/chronicka-artritida-deti-a-dospivajicich-juvenilni-idiopaticka-artritida-454097>
- [15] FIRMAN, G. *International League of Associations for Rheumatology (ILAR) Classification of Juvenile Idiopathic Arthritis (JIA)*; 2014 [cited 2015 Aug 15]. Available from: <http://www.medicalcriteria.com/site/en/criteria/79-rheumatology/339-reujia.html>
- [16] GAUDIERI, A. P., CHEN, R., GREER, T. F, HOLMES, C. S. Cognitive Function in Children with Type 1 Diabetes. A meta-analysis. *Diabetes Care*. 2008;31(9):1892-1897.
- [17] GOLDBECK, L., KOFFMANE, K., LECHER, J., THIESSEN, K., FEGERT, J. M. Disease severity, mental health, and quality of life of children and adolescents with asthma. *Pediatric Pulmonology*. 2007;42(1): 15–22.
- [18] GUTHRIE, W. D., BARTSOCAS, CH., JAROSZ – CHABOT, P., KONSTANTINOVA, M. Psychosocial Issues for Children and Adolescents with Diabetes: Overview and Recommendations. *Diabetes Spectrum*. 2003;16(1):7-12.
- [19] GUTIERREZ-SUAREZ, R., PISTORIO, A., CESPEDES, C. A., NORAMBUENA, X., FLATO,

- B., RUMBA, I. et al. Health-related quality of life of patients with juvenile idiopathic arthritis coming from 3 different geographic areas: the PRINTO multinational quality of life cohort study. *Rheumatology* (Oxford). 2007;46(2): 314-20.
- [20] HAVERMAN, L., GROOTENHUIS, M. A., VAN VEENENDAAL, M., DOLMAN, K. M., SWART, J. F., KUIJPERS, T. W., ROSSUM, M. J. V. Predictors of health-related quality of life in children and adolescents with juvenile idiopathic arthritis: Results from a web-based survey. *Arthritis Care and Research*. 2012;64(5):694-703.
- [21] JASER, S. S., WHITTEMORE, R., AMBROSINO, J. M., LINDEMANN, E., GREY, M. Mediators of Depressive Symptoms in Children with Type 1 Diabetes and their Mothers. *Journal of Pediatric Psychology*. 2008;33(5):509-519.
- [22] JOVIČ, M., VULIČ-PRTORIČ, A., BARABAN, D., GRUBIČ, M., BRNOVIČ, I., PADELIN, P. Coping strategies and health-related quality of life in children and adolescents with type 1 diabetes. *Review of Psychology*. 2009;16(1):29-36.
- [23] KOUKOLA, B., ONDŘEJOVÁ, E. Kvalita života u žáků ZŠ měřená dotazníkem PedsQL 4.0 (pilotní studie). In: Mareš J, editor. *Kvalita života dětí a dospívajících I*. Brno: MSD; 2006. p. 183-188.
- [24] LAHAYE, M., FANTINI-HAUWEL, C., VAN BROECK, N., BODART, E., LUMINET, O. Emotional competence and quality of life of children with asthma: The mediating effect of coping strategies. *Psychology and Health*. 2011;26(12):1678-1695.
- [25] LUNDBERG, V., LINDH, V., ERIKSSON, C., PETERSEN, S., EURENIUS, E. Health-related quality of life in girls and boys with juvenile idiopathic arthritis: self- and parental reports in a cross-sectional study. *Pediatric Rheumatology*. 2012;10(1):33.
- [26] MAREŠ, J., ŠTANGLOVÁ, M. *Dotazník o dětských názorech na nemoc*. 2010. 3 p.
- [27] MOREIRA, H., FRONTINI, R., BULLINGER, M., CANAVARRO, M. C. Family Cohesion and Health-Related Quality of Life of Children with Type 1 Diabetes: The Mediating Role of Parental Adjustment. *Journal of Child and Family Studies*. 2014;23(2):347-359.
- [28] RAVELLI, A., MARTINI, A. Juvenile idiopathic arthritis. *Lancet*. 2007;369(9563): 767-778.
- [29] ROSENBAUM, P. Families of children with chronic conditions: opportunities to widen the scope of pediatric practice. *The Journal of Pediatrics*. 2008;153(3): 304-305.
- [30] RUPERTO, N., PISTORIO, A., RAVELLI, A., RIDER, L. G., PILKINGTON, C., OLIVEIRA, S. et al. The Paediatric Rheumatology International Trials Organisation provisional criteria for the evaluation of response to therapy in juvenile dermatomyositis. *Arthritis Care Research*. 2010;62(11):1533-1541.
- [31] SAWYER, G. M., WHITHAM, J. M., ROBERTON, D. M., TAPLIN, J. E., VARNI, J. W., BAGHURST, P. A. The relationship between health-related quality of life, pain

- and coping strategies in juvenile idiopathic arthritis. *Rheumatology* (Oxford). 2004;43(3):325-330.
- [32] SPORE, E. *The Quality of Life of Primary Caregivers of Children with Chronic Conditions*. Chicago: University of Illinois; 2012.
- [33] SUMMERS, J. A., POSTON, D. J., TURNBULL, A. P., MARQUIS, J., HOFFMAN, L., MANNAN, H., WANG, M. Conceptualizing and measuring family quality of life. *Journal of Intellectual Disability Research*. 2005;49(10):777-783.
- [34] ŠKRHA, J. Epidemiologie diabetu. Zdraví E15. *Postgraduální medicína*; 2014 [cited 2015 Nov 13]. Available from: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/epidemiologie-diabetu-474955>
- [35] VÁGNEROVÁ, M. *Psychologie pro pomáhající profese*. Rozšíř. a přeprac. vyd. Praha: Portál; 2008.
- [36] VACHKOVÁ, E. Pacientovo pojetí nemoci a edukační proces. In: Mareš, J., Vachková, E., editors. *Pacientovo pojetí nemoci*. Brno: MSD; 2010. p. 29-42.
- [37] VARNI, W. J. *PedsQL™ Dotazník o pediatrické kvalitě života, verze 4.0 – česky. Zpráva rodičů o batolatech (2 – 4 roky)*. © 1998 JW Varni PhD. 1998a.
- [38] VARNI, W. J. *PedsQL™ Dotazník o pediatrické kvalitě života, verze 4.0 – česky. Zpráva o malém dítěti (5 – 7 let)*. © 1998 JW Varni PhD. 1998b.
- [39] VARNI, W. J. *PedsQL™ Dotazník o pediatrické kvalitě života, verze 4.0 – česky. Zpráva o dítěti (8 – 12 let)*. © 1998 JW Varni PhD. 1998c.
- [40] VARNI, W. J. *PedsQL™ Dotazník o pediatrické kvalitě života. Modul Vliv na rodinu, verze 2.0. – česky, zpráva rodičů*. © 1998 JW Varni PhD. 1998d.
- [41] VARNI, W. J., BURWINKLE, T. M., SEID, M. The PedsQL™ 4.0 as a school population health measure: Feasibility, reliability, and validity. *Quality of Life Research*. 2006;15(2):203-215.
- [42] VERHOOF, J. A. E., MAURICE-STAM, H., HEYMANS, H. S. A., EVERS, A. W. M., GROOTENHUIS, M. A. Psychosocial well-being in young adults with chronic illness since childhood: the role of illness cognitions. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*. 2014;8(1):12.
- [43] WALKER, C., PAPADOPOULOS, L., LIPTON, M., HUSSEIN, M. The importance of children's illness beliefs: the Children's Illness Perception Questionnaire (CIPQ) as a reliable assessment tool for eczema and asthma. *Psychology, Health, and Medicine*. 2006;11(1):100-107.
- [44] WIEDEBUSCH, S., POLLMANN, H., SIEGMUND, B., MUTHNY, F. A. Quality of life, psychosocial strains and coping in parents of children with haemophilia. *Haemophilia*. 2008;14(5):1014-1022.

SUBJECTIVE PERCEPTION ILLNESS AND QUALITY OF LIFE OF CHILDREN WITH CHRONIC ILLNESS AND FAMILY IMPACT



ABSTRACT

The study aimed at determining the quality of life of children with chronic illness, their subjective illness perception, family impact and parents' response to illness. A single cross-sectional survey was carried out using a set of four standardized questionnaires (Pediatric Quality of Life Inventory™, PedsQL™ 2.0 Family Impact Module, Children's Illness Perception Questionnaire and Parent Response to Child Illness). The study comprised 220 parents and 220 children (age 2 – 12 years) with chronic diseases (type 1 diabetes mellitus, bronchial asthma, juvenile idiopathic arthritis). The overall quality of life was lowest and highest in children with JIA and diabetes, respectively. The lowest level of quality of life was in emotional functioning.

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

PhDr. Lucie Sikorová, Ph.D.
Ostravská univerzita
Lékařská fakulta
Ústav ošetrovatelství a porodní
asistence
Syllabova 19
700 30 Ostrava 3
e-mail: lucie.sikorova@osu.cz

doc. PhDr. Radka Bužgová, Ph.D.
Ostravská univerzita
Lékařská fakulta
Ústav ošetrovatelství a porodní
asistence
Syllabova 19
700 30 Ostrava 3
e-mail: radka.buzgova@osu.cz

If their parents considered the illness as a burden, also the children perceived it as more severe. The greatest family impact was observed in diabetic children. In parents of all children, the illness was mainly reflected by their worries about treatment and further development of their children. Confidence in their children's discipline was lowest in parents of diabetics and highest in parents of children with JIA. Greater confidence in their children's discipline was reflected by better physical and overall health of children. The study results are a starting point for selecting targeted interventions by multidisciplinary teams.

KEYWORDS:

child, illness perception, quality of life,
parents, response to illness

PREDOPERAČNÁ ÚZKOSŤ VO VZŤAHU K VEKU PACIENTA A ČASU DO OPERÁCIE

ANDREA SOLGAJOVÁ
TOMÁŠ SOLLÁR
GABRIELA VÖRÖSOVÁ
DANA ZRUBCOVÁ
UNIVERZITA KONŠTANTÍNA
FILOZOFA V NITRE

ABSTRAKT

Cieľom príspevku bolo zistiť úroveň predoperačnej úzkosti u mužov pred plánovaným operačným zákrokom vo vzťahu k ich veku a času zostávajúceho do operácie. Výberový súbor tvorilo 50 hospitalizovaných pacientov pred plánovaným operačným zákrokom v oblasti brušnej chirurgie, vo veku od 20 do 75 rokov ($AM=44,31$, $SD=13,72$). Metódami zberu dát boli Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) a Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS). Išlo o prospektívnu prierezovú deskriptívnu štúdiu. Zistili sme, že u pacientov bola prítomná predoperačná úzkosť v značnej miere. Výskyt predoperačnej úzkosti a potreba informácií o anestézii a operácii súvisel s vyšším vekom pacientov a nesúvisel s časom do operácie. Výsledkom spoľahlivej diagnostiky úzkosti vzhľadom na rôzne faktory je správna ošetrovateľská intervencia zameraná na redukciu, resp. elimináciu úzkosti pre bezproblémový priebeh nielen operácie, ale i pooperačného obdobia.

KLÍČOVÁ SLOVA:

predoperačné obdobie, pacient, úzkosť, vek, čas do operácie

ÚVOD

Výskyt úzkosti ako fenomén v predoperačnom období nestále pretrváva aj napriek tomu, že chirurgické postupy sa zlepšujú a sú čoraz bezpečnejšie (Domar, Everett, Keller, 1989). Výskyt úzkosti v predoperačnom období sa mení v závislosti od rôznych faktorov a vo všeobecnosti sa jej výskyt popisuje v rozpätí od 60 do 80 % (Shevde, Panagopoulos, 1991; Matthias, Samarasekera, 2011). Najčastejšie súvisiace faktory výskytu predoperačnej úzkosti môžu byť samotná indikácia operácie, neznáme prostredie, nedostatočná informovanosť, nezdôvodnenie ošetrovateľských intervencií, očakávaný výsledok blížiacej sa operácie, anestézia, obava zo smrti, odlúčenie od rodiny, pooperačná bolesť (Caumo et al., 2001).

V klinickej praxi sa vyskytujúca ošetrovateľská diagnóza Úzkosť (00146), ktorá je zaradená v klasifikačnom systéme ošetrovateľských diagnóz NANDA-I definuje ako „vážny nepríjemný pocit nepohodlia alebo strachu sprevádzaného autonómnou reakciou (zdroj často nešpecifický alebo neznámy danej osobe); pocit obáv spôsobený očakávaním nebezpečenstva. Je to varovný signál, ktorý upozorňuje na blížiace sa nebezpečenstvo a umožňuje danej osobe prijať opatrenia na riešenie ohrozenia, aby hrozbe čelila“ (Herdman, Kamitsuru, 2014, s. 323).

Podľa autorov (Matthias, Samarasekera, 2011), v súčasnej klinickej praxi vo významnej miere absentuje vedenie predoperačných rozhovorov s pacientmi. Pacienti majú nedostatok informácií o operácii a anestézii, čo môže byť faktor ovplyvňujúci úroveň úzkosti. Ďalším faktorom ovplyvňujúcim výskyt úzkosti v predoperačnom období môže byť čas do operácie. Obavy pacienta so skracovaním časovej hranice blížiacej sa operácie môžu nadobúdať väčší rozmer a vyrásť až do stavu masívnych záchvatov úzkosti, ktoré sa môžu prejavovať nielen v správaní a prežívaní pacienta, ale aj na srdcovo-cievnom a nervovom systéme (Maruna a kol., 2002). Aj ďalší autori (Pokharel et al., 2011; Allen et al., 2002) na základe svojich zistení uvádzajú, že úroveň úzkosti v predoperačnom období sa mení vzhľadom na zostávajúci čas do operácie. S blížiacim sa časom do operácie sa úroveň úzkosti zvyšuje.

Medzi ďalšie faktory ovplyvňujúce úzkosť patria pohlavie, vek ako aj predchádzajúca skúsenosť s operáciou. Výskyt úzkosti sa líši významnou mierou u mužov a u žien (Matthias, Samarasekera, 2011; Pokharel et al., 2011; Taezner, Melzack, Jeans, 1986). Podľa Shafera et al. (1996) a Kindlera et al. (2000) vyššia úroveň úzkosti sa vyskytuje skôr u mladších pacientov. V súvislosti s predchádzajúcou operáciou sa popisuje nižší výskyt úzkosti u tých pacientov, ktorí operáciu absolvovali už predtým minimálne jedenkrát (Matthias, Samarasekera, 2011). Podľa niektorých autorov sú výsledky popisujúce výskyt predoperačnej úzkosti a ovplyvňujúcich faktorov rôzne a závery sú mnohokrát nejednoznačné (Maranets, Kain, 1999). Sirinan et al. (2000) uvádzajú, že predoperačná

úzkosť nesúvisí ani s fyzickým stavom, typom operácie, predchádzajúcimi skúsenosťami s operáciou, či anestéziou, vzdelaním a ani rodinným stavom.

Posúdenie úzkosti u pacientov v predoperačnom období a poznanie jej ovplyvňujúcich faktorov je dôležité, pretože reakcia pacienta na anestéziu a analgéziu u úzkostných pacientov je odlišná v porovnaní s pacientmi bez úzkosti. Pacienti s predoperačnou úzkosťou majú napríklad tendenciu vyžadovať väčšie dávky analgetík (Carr et al., 2006), tendenciu pre dlhšie pobyty v nemocnici po operácii v dôsledku vyskytujúcich sa komplikácií (Jafar, Khan, 2009). Podľa autorov (Matthias, Samarasekera, 2011) má predoperačná úzkosť vplyv nielen na anestéziu ale aj na celkový výsledok operácie. Z pohľadu celého profesionálneho tímu starostlivosti o pacienta (sestra, lekár – chirurg, anesteziológ) by malo byť posúdenie úzkosti v predoperačnom období základom pre ďalšiu intervenciu. Ako účinná metóda redukcie a eliminácie úzkosti v predoperačnom období sa popisuje anesteziologická vizita, vedenie rozhovoru pred operáciou a premedikácia (Matthias, Samarasekera, 2011).

Cieľom príspevku bolo zistiť úroveň predoperačnej úzkosti u mužov pred plánovaným operačným zákrokom vo vzťahu s ich vekom a časom do operácie. Na základe teoretických východísk k skúmanej problematike predoperačnej úzkosti a rôznych faktorov predpokladáme, že vek pacienta súvisí s výskytom predoperačnej úzkosti ako aj s časom do operácie.

MATERIÁL A METÓDY

Výberový súbor tvorilo 50 pacientov hospitalizovaných na Chirurgickej klinike vo Fakultnej nemocnici v Nitre, vo veku od 20 do 75 rokov ($AM=44,31$, $SD=13,72$). Zaraďujúcim kritériom pre výber bol plánovaný operačný zákrok v oblasti brušnej chirurgie najmä operácie žlčníka, žlčníkových ciest, operácie brušných hernií a operácie na konečníku a hrubom čreve. Posudzovanie úzkosti prostredníctvom vybraných posudzovacích škál u pacientov realizovala sestra deň pred operáciou, vo večerných hodinách od 19,00 do 21,00 hodiny ($AM=13,42$, $SD=1,21$). Večerná premedikácia bola podaná až po posúdení úzkosti, vzhľadom na možný vplyv premedikácie na získané údaje. Výskum bol schválený Etickou komisiou Fakultnej nemocnice v Nitre.

Pre skúmanie úzkosti sme použili dve škály často využívané vo svete aj u nás. Škála HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) predstavuje zlatý štandard pre hodnotenie výskytu úzkosti a depresie u pacientov (Zigmond, Snaith, 1983). Vo výskume sme použili skrátenú verziu škály, verziu HADS-A, ktorá sa používa pre hodnotenie úzkosti. Ide o 7-položkovú seba-výpovedňovú škálu, ktorá meria aktuálny psychický stav za posledný týždeň. Každá položka je hodnotená na štvorbodovej stupnici. Súčet všetkých hodnotených položiek udáva celkové skóre. Skóre 0 – 7 znamená stav bez úzkosti, 8 – 10 hraničné pásmo úzkosti, 11 – 21 závažná úzkosť (Zigmond, Snaith, 1983). Reliabilita nástroja je

dobre zdokumentovaná (priemerná $\alpha=,83$; Bjelland, 2002). Korelácia so škálou APAIS a jej jednotlivými faktormi je silná ($r=,77$ až $,82$). Druhú použitú škálu predstavuje škála APAIS (The Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale), ktorá meria dva faktory: APAIS/Ú – úzkosť z anestézie a operácie (4 položky) a APAIS/I – potreba informácií o anestézii a operácii (2 položky). Položky sú hodnotené na 5-bodovej škále Liketrovho typu s hodnotami 1 „vôbec“ až 5 „extrémne“. Pre prvý faktor – APAIS/Ú je minimálne skóre 4 a maximálne 20, pričom skóre 11 a viac definuje hraničnú hodnotu úzkosti. Druhý faktor – APAIS/I má minimálne skóre 2, maximálne skóre 10, pričom skóre 5 a viac definuje vysokú potrebu informácií (Moerman et al., 1996). Dva faktory boli replikované v zahraničných výskumoch (Berth et al., 2007), ako aj v našich podmienkach (Turzáková, 2014) s dobrou reliabilitou ($\alpha=,94$, resp. $,74$). Korelácia dvoch faktorov naznačuje silný vzťah ($r=,91$).

Pre spracovanie výsledkov bol použitý štatistický softvér IBM SPSS Statistics 21. Z deskriptívnych štatistík sme používali početnosti (n), relatívne početnosti (%), aritmetický priemer (AM) a smerodajnú odchýlku (SD). Pearsonov koeficient súčinnovej korelácie bol použitý pre skúmanie tesnosti vzťahu úzkosti, veku a času do operácie.

VÝSLEDKY A DISKUSIA

Výsledky prezentujú skúmanie úrovne predoperačnej úzkosti u mužov pred plánovaným operačným zákrokom a skúmanie vzťahu predoperačnej úzkosti k veku pacientov a času zostávajúceho do operácie.

Tabuľka 1: Deskriptívne charakteristiky predoperačnej úzkosti u pacientov

Úzkosti	Min	Max	AM	SD
HADS	0	21	8,38	5,45
APAIS	9	30	20,48	6,38
APAIS/Ú	5	20	13,38	4,43
APAIS/I	4	10	7,10	2,07

Legenda: APAIS/Ú – úzkosť, APAIS/I – potreba informácií

Priemerná hodnota predoperačnej úzkosti u pacientov pred plánovaným operačným zákrokom meranej podľa HADS naznačuje veľkú variabilitu, pričom priemer AM = 8,38, čo naznačuje hraničné pásmo úzkosti (tab. 1). Celkovo 52 % pacientov je bez úzkosti, 14 % pacientov má hraničnú úzkosť a 34 % pacientov má závažnú úzkosť.

Hodnotenie predoperačnej úzkosti prostredníctvom škály APAIS naznačuje rovnako značnú variabilitu úrovní úzkosti. Predoperačná úzkosť (APAIS/Ú) je v priemere AM=13,38, čo naznačuje hraničnú úroveň úzkosti (tab. 1). Výskyt predoperačnej úzkosti

bol zaznamenaný u 74 % pacientov. Potreba informácií podľa APAIS/I bol v priemere AM = 7,10, čo znamená zvýšenú potrebu informácií o anestézii a operácii (tab. 1), ktorú sme zaznamenali až u 82 % respondentov.

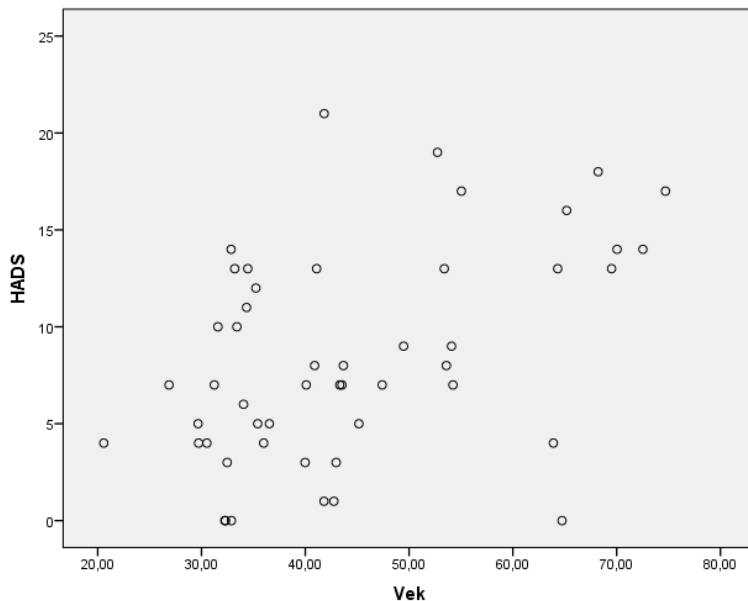
Tabuľka 2: Korelácie úzkosti a veku u pacientov pred plánovaným operačným zákrokom (n=50)

Úzkosti	Vek	Čas do operácie
HADS	,458***	-,092
APAIS	,254*	,033
APAIS/Ú	,265*	,028
APAIS/I	,245*	,041

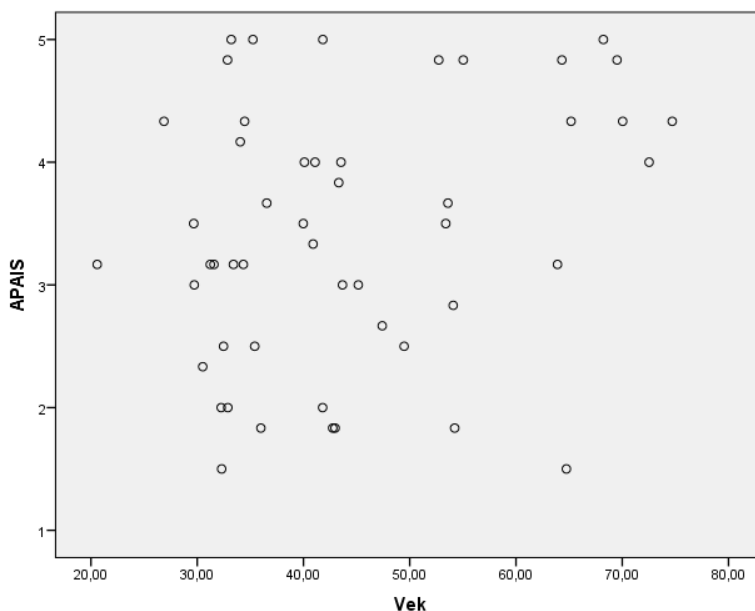
Legenda: APAIS/Ú – úzkosť, APAIS/I – potreba informácií, * $p < ,05$; *** $p < ,001$

Vek pacientov pred operačným zákrokom súvisí s predoperačnou úzkosťou posudzovanou podľa HADS aj APAIS. Sila vzťahu je vyššia pre úzkosť podľa HADS, pričom vyššiu úzkosť a vyššiu potrebu informácií majú starší pacienti. Vzťahy sú štatisticky významné a stredne silné (tab. 2). Graf 1 a 2 znázorňujú vzťah úrovne predoperačnej úzkosti a veku pacientov vizuálne.

Graf 1: Korelačný graf medzi vekom a predoperačnou úzkosťou podľa HADS



Graf 2: Korelačný graf medzi vekom a predoperačnou úzkosťou podľa APAIS



Čas do operácie sa nepreukazuje ako významný faktor vo vzťahu s predoperačnou úzkosťou, nakoľko všetky korelácie sú blízke nule (tab. 2).

Vo výskume sa zameriavame na zistenie výskytu predoperačnej úzkosti u mužov pred plánovaným operačným zákrokom vo vzťahu s ich vekom a časom zostávajúcim do operácie. Zistili sme, že vo výberom súbore bola celkovo zastúpená úzkosť podľa hodnotenia HADS u viac ako 38 % pacientov a podľa hodnotenie APAIS u 74 % pacientov. Naše zistenie podporujú tvrdenia aj iných autorov, ktorí uvádzajú, že výskyt úzkosti v predoperačnom období môže byť v rozsahu od 11% do 80% (Shevde, Panagopoulos, 1991; Maranets, Kain, 1999; Matthias, Samarasekera, 2011). Zaujímavým zistením v spojitosti s výskytom predoperačnej úzkosti u pacientov pred plánovaným operačným zákrokom bolo, že až 82 % pacientov preukazovalo zvýšenú potrebu informácií o anestézii a operácii. Tieto zistenia sú v súlade s tvrdením, že nedostatočná informovanosť u pacientov patrí medzi súvisiace faktory výskytu úzkosti, tak ako to uvádza Caumo et al. (2001). Vo všeobecnosti je známe, že v súčasnej klinickej praxi vo významnej miere absentuje vedenie predoperačných rozhovorov s pacientmi, čo prispieva k nedostatku informácií o anestézii a operácii u pacientov. Hlavným cieľom predoperačných rozhovorov je poskytnúť pacientovi čo najviac informácií, na objasnenie ich pochybností o anestézii a o účinnosti premedikácie (Matthias, Samarasekera, 2011). Podľa zistení autorov Matthias, Samarasekera (2011) a Moerman et al. (1996) existuje silný vzťah medzi úrovňou úzkosti a potrebou informácií. Priemerná hodnota úzkosti u skúmaného výberového súboru pacientov pred plánovaným operačným zákrokom bola na úrovni hraničnej úzkosti. Výsledky zároveň naznačujú veľkú variabilitu úrovni úzkosti u pacientov, ktorá sa pohybovala od najnižšej možnej úrovne – tzn. bez prítomnosti úzkosti až po najvyššiu – tzn. extrémnu úzkosť. Prežívanie úzkosti

v náročných situáciách je u každého jednotlivca individuálne, podobne Heretik (2007) popisuje, že intenzita úzkosti môže byť rôzna. Prejaviť sa môže len miernou nepohodou alebo nervozitou, alebo až stavy hrôzy a paniky.

Podľa uvedenia Gurkovej a Čápa (2009) efektívna diagnostika predoperačnej úzkosti je východiskom pre uplatnenie najvhodnejších ošetrovateľských intervencií pre jej redukciiu až elimináciu, nakoľko rôzne úrovne predoperačnej úzkosti ovplyvňujú celý priebeh operačného zákroku a pooperačné obdobie, čím sa môžu podieľať na vzniku pooperačných komplikácií (Allen et al., 2002).

Medzi ďalší faktor ovplyvňujúci predoperačnú úzkosť patrí vek pacienta. Daný faktor býva v spojitosti s výskytom predoperačnej úzkosti diskutabilný. Moerman et al. (1996) uvádzajú, že medzi úrovňou predoperačnej úzkosti a vekom pacienta neexistuje vzťah. Naopak podľa Shafera et al. (1996) a Kindlera et al. (2000) vyššia úroveň predoperačnej úzkosti sa vyskytuje skôr u mladších pacientov. Naše zistenia naznačujú, že vyšší vek súvisí s vyššou úrovňou predoperačnej úzkosti. Zaujímavým zistením bolo, že starší pacienti pred plánovaným operačným zákrokom vykazovali aj vyššiu potrebu informácií o anestézii a operácii. K výskytu úzkosti u starších pacientov uvádza Daniel et al. (2005), že úzkosť je u nich vyššia najmä z dôvodu väčších obavy z neschopnosti sebaopatery a sebaobslužných činností.

Ďalej sme zisťovali, ako čas zostávajúci do operácie súvisí s úrovňou predoperačnej úzkosti, pričom sme zistili, že tento faktor sa nepreukazuje ako súvisiaci faktor predoperačnej úzkosti u pacientov pred plánovaným operačným zákrokom. Predpokladali sme, že obavy pacienta so skracovaním časovej hranice blížiacej sa operácie môžu nadobúdať väčší rozmer a vyrásť až do stavu masívnych záchvatov úzkosti, tak ako uvádza Maruna a kol. (2002). Našimi zisteniami sme nepotvrdili doterajšie zistenia, že úroveň úzkosti v predoperačnom období sa mení vzhľadom na zostávajúci čas do operácie (Maruna a kol., 2002, Pokharel et al., 2011). Pokharel et al. (2011) uvádzajú, že úroveň úzkosti je rôzna v rôznych časoch pred operáciou. Najvyššiu úroveň predoperačnej úzkosti zaznamenali u pacientov vo vstupnej časti operačného traktu – predsálie. Vo všetkých troch meraniach uskutočnených v predoperačnom období u pacientov na izbe, predsáli a operačnej sále bola zaznamenaná vyššia úroveň úzkosti z anestézie ako z operácie. S blížiacim sa časom do operácie sa zintenzívňovala úroveň úzkosti a potreba informácií o anestézii viac ako úzkosť a potreba informácií o operácii. Ďalej Pokharel et al. (2011) uvádzajú, že poskytovanie informácií je jediným modifikovateľným faktorom, ktorý môže ovplyvňovať výskyt predoperačnej úzkosti. Carr et al. (2006) zistili, že úzkosť u pacientov pred operáciou sa zvyšovala od noci až do odchodu pacienta na operačnú sálu. Slabší zistený vzťah môže súvisieť s časom merania, ktorý sa realizoval deň pred operáciou, kedy nemusí u všetkých pacientov stúpať tak ako v čase bližšom do operácie.

Podľa iných autorov (Johnston, 1980), výskyt úzkosti nebol obmedzený len na bezprostredné predoperačné obdobie, ale na celé obdobie pred operáciou ešte pred nástupom do nemocnice ako aj na pooperačné obdobie. Z uvedeného dôvodu je potrebné sa v pláne starostlivosti o pacienta s indikáciou operácie zamerať na vnímanie operácie ako prirodzeného stresora a na zmiernenie úzkosti spojenej s operáciou.

ZÁVER

V predoperačnom období je spoľahlivá diagnostika úzkosti sestrou základom pre bezproblémový priebeh nielen operácie, ale i pooperačného obdobia. Je dôležité, aby sestra poznala a prihliadala na faktory vplývajúce na výskyt úzkosti. Podľa našich zistení je predoperačná úzkosť prítomná u pacientov pred plánovaným operačným zákrokom v značnej miere a ako najvýznamnejší faktor ovplyvňujúci výskyt úzkosti sa preukázal vyšší vek u pacientov.

POUŽITÉ ZDROJE

- [1] ALLEN, S. – CARR, E. – BARRETT, R. – BROCKBANK, K. – COX, C. – NORTH, N. 2002. *Prevalence and patterns of anxiety in patients undergoing gynaecological surgery*. Bournemouth: Institute of Health & Community Studies Bournemouth University, 2002. 125 p. ISBN 1-85899-153-6.
- [2] BJELLAND, I. – DAHL, A. A. – HAUG, T. T. – NECKLEMAN, D. 2002. *The Validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale; an updated review*. Journal of Psychosomatic Research. 2002; 52(2), p. 69-77.
- [3] CARR, E. – BROCKBANK, K. – ALLEN, S. – STRIKE, P. 2006. *Patterns and frequency of anxiety in women undergoing gynaecological surgery*. Journal of Clinical Nursing. 2006; 15 (3), p. 341-352.
- [4] CAUMO, W. – SCHMIDT, A. P. – SCHNEIDER, C. N. – BERGMANN, J. – IWAMOTO, C. W. – BANDEIRA, D. – FERREIRA, M. B. C. 2001. *Risk factors for preoperative anxiety in adults*. Acta Anaesthesiologica Scandinavica. 2001; 45(3), p. 298-307.
- [5] DANIEL, J. et al. 2005. *Prehľad všeobecnej psychológie*. Nitra: Enigma, 2005. 278 s. ISBN 978-80-89132-898.
- [6] DOMAR, A. D. – EVERETT, L. L. – KELLER, G. G. 1989. *Preoperative anxiety: is it a predictable entity?* Anesthesia & Analgesia. 1989; 69(6), p. 763-767.
- [7] HERDMAN, T.H., KAMITSURU, S. (eds.) 2014. *NANDA International. Nursing Diagnoses: Definitions and Classification 2015 – 2017*. 10th edition. Oxford: Wiley-Blackwell, 2014. 534 p. ISBN 978-111-891493-9.
- [8] HERETIK, A. sr. 2007. Úzkostné (neurotické) poruchy. In HERETIK, A. sr. – HERETIK, A. jr. a kol. 2007. *Klinická psychológia*. Nové Zámky: Psychoprof. s.217-243, ISBN 978-80-89322-00-8.
- [9] GURKOVÁ, E. – ČÁP, J. 2009. Úzkosť. In GURKOVÁ, E., ŽIAKOVÁ, K., ČÁP, J. a kol. *Vybrané ošetrovateľské diagnózy v klinickej praxi*. Martin: Vydavateľstvo Osveta. s. 152-162. ISBN 978-80-80633-080.
- [10] JAFAR, M. F. – KHAN, F. A. 2009. *Frequency of preoperative anxiety in Pakistani surgical patients*. Journal of Pakistan Medical Association. 2009; 59 (6), p. 359-363.
- [11] JOHNSTON, M. 1980. *Anxiety in surgical patients*. Psychological Medicine. 1980; 10(1), p. 145-52.
- [12] KINDLER, C. H. – HARMS, C. – AMSLER, F. – IHDE-SCHOLL, T., SCHEIDEGGER, D. 2000. *The visual analogue scale allows effective measurement of preoperative anxiety and detection of patients' anesthetic concerns*. Anaesthesia & Analgesia. 2000; 90(3), p. 706-712.
- [13] MARANETS, I. – KAIN, Z. N. 1999. *Preoperative anxiety and intraoperative anesthetic requirements*. Anesthesia & Analgesia. 1999; 89(6), p. 1346-1351.
- [14] MARUNA, P. et al. 2002. *Vliv psychoemotivního stresu na pooperační průběh I. Psychologické základy*. Praktický lékař. 2002; 82(6), s. 359-361.

- [15] MATTHIAS, A. T. – SAMARASEKERA, D. N. 2012. *Preoperative anxiety in surgical patients - experience of a single unit*. Acta Anaesthesiologica Taiwanica . 2012; 50 (1), p. 3-6.
- [16] MOERMAN, N. – VAN DAM, F. S. – MULLER, M. J. – OOSTING, H. 1996. *The Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS)*. Anesthesia & Analgesia. 1996; 82(3), p.445-451.
- [17] POKHAREL, K. – BHATTARAI, B. – KHATIWADA, S. – SUBEDI, A. 2011. *Nepalese patients' anxiety and concerns before surgery*. Journal of Clinical Anesthesia. 2011; 23 (5), p. 372-378.
- [18] SHAFER, A. – FISH, M. P. – GREGG, K. M. – SEAVELLO, J. – KOSEK, P. 1996. *Preoperative anxiety and fear: a comparison of assessments by patients and anesthesia and surgery residents*. Anesthesia & Analgesia. 1996; 83(6), p. 1285-1291.
- [19] SHEVDE, K. – PANAGOPOULOS, G. 1991. *A survey of 800 patients knowledge, attitudes and concerns regarding anesthesia*. Anesthesia & Analgesia. 1991; 73(2), p. 190-198.
- [20] SIRINAN, C. – RUNGREUNGVANICH, M. – VIJITPAVAN, A. – MORKCHAREONPONG, C. 2000. *Preanesthetic anxiety assessment: HADS versus APAIS*. Thai Journal of Anesthesiology. 2000; 26(2), p. 155-163.
- [21] TAEZNER, P. – MELZACK, R. – JEANS, M. E. 1986. *Influence of psychological factors on postoperative pain, mood and analgesia requirements*. Pain. 1986; 24(3), p.331-342
- [22] TURZÁKOVÁ, J. 2014. Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale: Validation Study. In SOLLÁR, T. et al. *Anxiety and Coping in Hospitalized Patients. Measurement Tools and Findings*. Krakow: Scientia, p. 31-51. ISBN 978-83-60837-84-9.
- [23] ZIGMOND, A. S. – SNAITH, R. P. 1983. *The hospital anxiety and depression scale*. Acta Psychiatrica Scandinavica. 1983; 67(6), p. 361-370.

Príspevok bol podporený grantovou agentúrou APVV (APVV-0532-10 „Psychometrická analýza a syntéza existujúcich nástrojov na diagnostikovanie úzkosti a zvládanie záťaže v ošetrovatelstve“).

PREOPERATIVE ANXIETY IN RELATIONSHIP WITH AGE AND TIME TO SURGERY



ABSTRACT

The objective of the research was to study the incidence of anxiety in men before surgery, and to find the relationship between anxiety and age of patients and time to surgery. Sample consisted of 50 hospitalized men before planned abdominal surgery of age 20 to 75 (AM=44.31, SD=13.72). Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) and Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS) were used as measurement tools for assessing anxiety. Prospective cross-section descriptive study design was used. The increased incidence of anxiety in patients was identified. Higher anxiety and need for information was related to higher age and was not related to time to surgery. Reliable diagnosis considering various factors results in accurate nursing interventions to reduce or eliminate anxiety for smooth surgery as well as postoperative period without complications.

KEYWORDS:

preoperative period, patient, anxiety, age, time before surgery

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

PhDr. Andrea Solgajová, PhD.
Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre
Fakulta sociálnych vied
a zdravotníctva
Katedra ošetrovateľstva
Kraskova 1
949 74 Nitra
Slovenská republika
e-mail: asolgajova@ukf.sk

doc. PhDr. Tomáš Sollár, PhD.
Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre
Fakulta sociálnych vied
a zdravotníctva
Ústav aplikovanej psychológie
Kraskova 1
949 74 Nitra
Slovenská republika
e-mail: tsollar@ukf.sk

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

doc. PhDr. Dana Zrubcová, PhD.
Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre
Fakulta sociálnych vied
a zdravotníctva
Katedra ošetrovateľstva
Kraskova 1
949 74 Nitra
Slovenská republika
e-mail: dzrubcova@ukf.sk

VYUŽITÍ LÉČIVÝCH ROSTLIN V GYNEKOLOGII A PORODNICTVÍ

ZUZANA ŠKORNIČKOVÁ
ILONA BĚLOHLÁVKOVÁ
KAŠPAROVÁ
VENDULA MIKŠOVSKÁ
ŠTĚPÁNKA STAŇKOVÁ
UNIVERZITA PARDUBICE

ABSTRAKT

Cíl Cílem bylo zjistit, v jakých situacích využívají porodní asistentky fytoterapii a jaké mají znalosti o fytoterapii.

Východiska Význam fytoterapie neboli využívání rostlin či jejich výtažků k prevenci a léčbě chorob v dnešní medicíně opět roste. Bylinné přípravky lidé preferují před farmakologickými léčivy z důvodu eliminace vedlejších účinků a z důvodu, že nechtějí užívat „chemii“. Dle WHO jen bylinná medicína hlavním a mnohdy i jediným zdrojem zdravotní péče pro mnoho milionů lidí. Jedná se zejména o lidi žijící ve venkovských oblastech rozvojových zemí. Mezi formy užívání léčivých rostlin patří čaj, tinktura, bylinný prášek, čerstvá šťáva, med, bylinné koupele, obklady a další. Fytoterapii lze využít například při zánětech ženského pohlavního ústrojí, u poruch menstruačního cyklu, během těhotenství, kojení a na zmírnění příznaků klimakteria.

Metodika Kvantitativní výzkumné šetření probíhalo od února do dubna roku 2017 ve fakultní nemocnici. Nástrojem sběru dat byl anonymní dotazník vlastní konstrukce, určený porodním asistentkám, pracujícím na gynekologicko-porodnické klinice. Celkem bylo rozdáno 40 dotazníků, navrátilo se 32 dotazníků. Návratnost tedy činila 80%.

Výsledky Znalosti byly zjišťovány třemi vědomostními otázkami, u kterých bylo stanoveno hodnotící kritérium známkami jedna až pět jako ve škole. Nejlepší znalosti v oblasti fytoterapie prokázaly porodní asistentky pracující na oddělení gynekologie a těhotných. Naopak nejhorší znalosti měly porodní asistentky z oddělení pro matku a novorozence. Využívání fytoterapie na pracovišti je závislé na povolení od nadřízených osob. Nejvíce fytoterapii využívají porodní asistentky u kojících žen.

Závěr Fytoterapie je v současnosti stále více zmiňovaným tématem. Lidé z různých vrstev společnosti se snaží dodržovat zdravý způsob života. Ke zdravému způsobu života patří nejenom kvalitní a vyvážená strava, ale také omezování chemikálií a uměle vyrobených látek jak ve stravě, tak při léčbě onemocnění. Díky těmto trendům zažívá rostlinná léčba v dnešní době znovuzrození.

KLÍČOVÁ SLOVA:

fytoterapie, gynekologie, léčivé rostliny, porodnictví, porodní asistentka

ÚVOD

Používání rostlinné léčby je staré jako lidstvo samo. Moderní fytoterapie tedy vychází z poznatků, které jsou ověřeny tisíci let užívání. Historie fytoterapie je provázána zkušenostmi starých Egyptanů, Řeků a Římanů. Díky islámským učencům a evropským středověkým klášterním zahradám se mnohé ze zkušeností z dob dávno minulých zachovaly a používají se do dnešní doby (Grünwald, 2008, s. 9).

FORMY UŽÍVÁNÍ LÉČIVÝCH BYLIN VE FYTOTERAPII

Nejnámější formou užívání léčivých bylin je čaj. U čaje je důležitá jeho koncentrace, komu je čaj určen a jaké látky jsou v něm obsaženy. Nejčastěji se používá 1 lžička byliny na čtvrt litru vody. Čerstvé části rostlin se omyjí, dají do hrnku a zalijí vroucí vodou. Sušené rostliny se nechají louhovat 2 – 3 minuty. Čaje je lepší konzumovat teplé, protože mají větší účinek než studené.

Tinktura je lihový výluh, na jehož přípravu se nejčastěji používá 38 – 40% alkohol. Drobné byliny či jejich části se až po hrdlo namačkají do dobře uzavíratelné nádoby a zalijí alkoholem. Uzavřená nádoba se dá na teplé místo minimálně na 14 dnů (nejlépe na 6 týdnů) a občas se nádoba protřepe. Po uplynutí této doby se obsah přefiltruje a vymačká (Málková, 2008).

Bylinný prášek se získává rozdrčením sušených bylin či plodů. Nejčastěji se používá k výrobě obkladů či tablet. Podává se buď jako tableta z lékárny či po jídle na špičku nože (Staňková-Kröhnová, 2009).

Čerstvá šťáva z čerstvého ovoce či zeleniny obsahuje nejvíce minerálů, vitamínů, organických kyselin a lehce stravitelných cukerných složek. Nejjednodušší je získat ji z odšťavňovače. Šťávy lze uchovávat v lednici v uzavřených lahvích, ale je vhodnější používat denně čerstvou šťávu (Málková, 2008).

Svařením šťávy získané z čerstvé byliny nebo plodů s cukrem či medem se získá léčivý bylinný sirup. Sirup lze také připravit prosypáním čerstvé byliny cukrem. Sirup se podává po lžičkách proti kašli nebo jako posilující nápoj s vodou. Léčivý med se získá vyluhováním čerstvých bylin v kvalitním medu. Podává se po lžičkách přímo do úst nebo se přidává do bylinných čajů.

K zevnímu použití slouží masti. Jedná se o výtažek z bylin v sádle či jiném tukovém základu. Mezi další prostředky k zevnímu použití patří olejový macerát. Olejový macerát je bylina vyluhovaná v rostlinném oleji, například slunečnicovém, olivovém či arašídovém.

Mezi nejčastější onemocnění v gynekologii a porodnictví patří **gynekologické záněty**. Mezi léčivé byliny vhodné k užívání při gynekologických zánětech patří především: kontryhel obecný (*Alchemilla vulgaris*) má v gynekologii mnoho využití. Zevně se používá na koupele při bílém výtoku, gynekologických zánětech a hemoroidech. Lze jej použít na gynekologické výplachy a čaj zpevňuje svaly podbřišku (Staňková-Kröhnová, 2009, s. 75). Z listů ostružiníku maliníku (*Rubus idaeus*) se připravuje odvar, který se používá na výplach pochvy při nadměrném výtoku (Farmer-Knowlesová, 2011, s. 172). K výplachům pochvy při výtoku se také používá směs dubové kůry (*Quercus robur*), květů heřmánku (*Matricaria chamomilla*) a listů šalvěje (*Salvia officinalis*). Další směsí bylin, užívaných ve formě odvaru na výplach pochvy, je směs mateřídoušky (*Thymus sp.*), rozmarýnu (*Rosmarinus officinalis*) a šalvěje lékařské (*Salvia officinalis*) (Bodlák, 2010, s. 31-32).

Dalším typickým problémem jsou **poruchy menstruačního cyklu**. Léčivé byliny vhodné k užívání při poruchách menstruačního cyklu jsou především: Andělíka lékařská (*Archangelica officinalis*) ulehčuje potíže spojené s menstruací, zmírňuje nechutenství, pocit plnosti a lehké břišní křeče (Grünwald, 2008, s. 207). Dobromysl obecná (*Origanum vulgare*) má mnoho využití. Silice zvyšuje sekreci trávicích enzymů a má také spasmolytické účinky na svalovinu dělohy, čímž tlumí menstruační bolesti (Mika, 2016, s. 251). Drmek obecný (*Vitex agnus-castus*) významně mírní symptomy premenstruačního syndromu, upravuje menstruační cyklus a uvolňuje pocit napětí v prsou. Má také vliv na hladinu prolaktinu v organismu a působí proti neplodnosti (Chevallier, 2016, s. 151). Kůra z dubu letního (*Quercus robur*) se používá jako odvar či prášek k zastavení krácení nebo při silné menstruaci (Staňková-Kröhnová, 2009, s. 184). Guarana (*Paullinia cupana*) slouží ke stimulaci centrálního nervového systému, zvyšuje koncentraci a výkon, a mírní menstruační bolesti (Grünwald, 2008, s. 306). Výluh z heřmánku pravého (*Matricaria recutita*) mírní příznaky premenstruačního syndromu. Výrazně zlepšuje emocionální stav ženy (Chevallier, 2016, s. 77). Hluchavka bílá (*Lamium album*) se pro svoje účinky uplatňuje především v oblasti ženských chorob. Čaj z hluchavky se podává při silné a bolestivé menstruaci, a také při zánětech močových cest a proti nespavosti (Mika, 2016, s. 217). Kokoška pastuší tobolka (*Capsella bursa-pastoris*) se užívá ve formě nálevu při silné menstruaci (Bodlák, 2010, s. 100). Kontryhel obecný (*Alchemilla vulgaris*) tlumí gynekologické krvácení a menstruační bolesti. Doporučuje se užívat už po první menstruaci při bolestech v podbřišku (Staňková-Kröhnová, 2009, s. 75). Majoránka zahradní (*Majorana hortensis*) působí příznivě na zdrženou a bolestivou menstruaci (Staňková-Kröhnová, 2009, s. 204). Měsíček lékařský (*Calendula officinalis*) má mírné estrogení účinky. Odvar z měsíčku se používá k mírnění menstruačního krvácení, proti menstruační bolesti a k výplachům pochvy (Chevallier, 2016, s. 73). Šalvěj lékařská (*Salvia officinalis*) působí na bolestivou menstruaci nejlépe ve formě tinktury (Bodlák, 2010, s. 98). Vlastovičník větší (*Chelidonium majus*) obsahuje řadu užitečných látek. Chelidonin má analgetické a sedativní účinky, kterých se využívá při křečovitých bolestech břicha. Také brzdí množení některých nádorových buněk, čehož

se využívá při léčbě prsních tumorů. Protopin má uterotonické vlastnosti (Mika, 2016, s. 132).

Léčivé rostliny zmírňující symptomy **klimakteria** jsou především: česnek (*Allium sativum*) který se používá při klimakterických potížích a má také protizánětlivé a antimikrobiální účinky (Grünwald, 2008, s. 204). Hluchavka bílá (*Lamium album*) napomáhá při látkové výměně, působí proti nespavosti a zmírňuje příznaky klimakteria (Hermann, 2007, s. 47). Z květů jeřábu ptačího (*Sorbus aucuparia*) připravená tinktura se podává na ženské hormonální potíže. Obsahuje látky podobné ženským hormonům, které lze použít při zhoršené funkci hormonálních orgánů (Staňková-Kröhnová, 2009, s. 157). Jetel luční (*Trifolium pratense*) je známý pro obsah fytoestrogenů. Fytoestrogeny jsou rostlinné látky, které se mohou v lidském organismu projevovat estrogenními účinky. Jetel mírní obtíže způsobené klimakteriem a slouží jako prevence osteoporózy (Grünwald, 2008, s. 355). Kontryhel žlutozelený (*Alchemilla xanthochlora*) působí příznivě na psychiku, a zmírňuje příznaky klimakteria (Bodlák, 2010, s. 157). Semena lnu setého (*Linum usitatissimum*) obsahují mnoho prospěšných látek, například fytoestrogeny, které harmonizují činnost hormonů (Staňková-Kröhnová, 2009, s. 171). Ploštičník hroznatý (*Cimicifuga racemosa*) má estrogenní účinky v důsledku specifických hormonálních účinků na mozek. Významně pomáhá zmírnit klimakterické potíže, jako jsou návaly horka, silné pocení, špatný spánek či nervové podráždění. Také může zpomalit či zabránit vzniku osteoporózy a zmírňuje příznaky syndromu polycystických ovarií (Chevallier, 2016, s. 79).

BYLINY VHODNÉ V TĚHOTENSTVÍ A PŘI PORODU

V celém mateřském organismu dochází během těhotenství a porodu k mnoha změnám. Organismus se musí podřídit výjimečné situaci, kdy plod ovlivňuje téměř všechny jeho funkce. Dochází ke změnám rodidel a prsů, močových cest, krevního oběhu, dýchacího systému, gastrointestinálního systému, endokrinního systému, ke kožním změnám a také k metabolickým změnám a zvýšení hmotnosti matky (Hájek, 2014, s. 32-36). Toto vše může vést k řadě obtíží. Užívání bylin v těhotenství je proto výhodné kvůli nízkému riziku nežádoucích účinků (Tůmová, Holcová, 2013, s. 36).

Léčivé rostliny vhodné pro užívání během celého těhotenství patří: citronová šťáva z citroníku pravého (*Citrus limon*) pomáhá těhotným ženám při pálení žáhy, ranních nevolnostech a je také vhodným doplněním vitamínu C (Staňková-Kröhnová, 2009 s. 221). Nejvhodnějším způsobem, jak využít potenciál kaliny višňolisté (*Viburnum prunifolium*) je připravit lihový macerát. Ten obsahuje látky, které mají spasmolytické vlastnosti především na svalovinu dělohy. Proto se podává při hrozícím potratu či při předčasném porodu (Mika, 2016, s. 370). Kopr vonný (*Anethum graveolens*) pomáhá při častém zvracení na začátku těhotenství (Staňková-Kröhnová, 2009, s. 47). Meduňka lékařská (*Melissa officinalis*) má mírné sedativní účinky. Může zklidnit žaludek při těhotenských nevolnostech a při kojení zklidnit i kojence (Staňková-Kröhnová, 2009, s. 63). Polníček kozlíček (*Valerianella locusta*)

a ptačinec žabinec (*Stellaria media*) obsahují hodně vitamínu C, A, B, E, hořčíku, vápníku, fosforu, železa a kyseliny listové. Jsou vhodné na přípravu čerstvých listových salátů a tudíž pro doplnění nezbytných vitamínů během těhotenství (Staňková-Kröhnová, 2009, s. 49). Zázvor lékařský (*Zingiber officinale*) se doporučuje užívat na ranní nevolnosti, které často doprovázejí počátek těhotenství. Lze jej užívat ve formě bonbónů, čaje či kapslí (Chevallier, 2016, s. 155).

Mezi léčivé rostliny vhodné pro užívání na konci těhotenství a během přípravy k porodu patří aloe (*Aloe vera*), která posiluje děložní kontrakce (Donát, 2006, s. 93). Dobromysl obecná (*Origanum vulgare*) má mnoho účinků. V těhotenství by se neměla prvních 6 měsíců užívat, poté ji lze používat při křečích nohou (Staňková-Kröhnová, 2009, s. 142). Janovec metlatý (*Sarothamnus scoparius*) obsahuje alkaloid spartein, který působí na svalstvo dělohy. Zvyšuje amplitudy děložních kontrakcí, posiluje slabé či nepravidelné děložní kontrakce. Používá se také při přenášení plodu na vyvolání porodu a také výrazně zkracuje doby porodní. Někteří lékaři ho používají častěji než oxytocin (Mika, 2016, s. 321-322). Ze lnu setého (*Linum usitatissimum*) se používají výhradně semena, která obsahují mnoho prospěšných látek, ale také fytoestrogeny, které harmonizují činnost hormonů. V druhé půlce těhotenství se doporučuje pravidelné pití odvaru z lněného semínka pro hladký průběh porodu. Slizovité látky dodávají pružnost pánevním vazům a také přispívají po porodu ke spuštění laktace (Staňková-Kröhnová, 2009, s. 171). Levandule lékařská (*Lavandula vera*) se používá ke stimulaci menstruace a porodu. V těhotenství by se levandule neměla první čtyři měsíce užívat. Po uplynutí prvních čtyř měsíců je možné užívat levandulový olej na masáž rostoucího břicha a prsů a proti striím na pokožce (Staňková-Kröhnová, 2009, s. 101). Z listů ostružiníku maliníku (*Rubus idaeus*) se připravuje odvar, který se pije v posledních týdnech před porodem pro jeho usnadnění (Farmer-Knowlesová, 2011, s. 172). Odvar také posiluje děložní svalstvo po porodu (Staňková-Kröhnová, 2009, s. 115). Kontryhel obecný (*Alchemilla vulgaris*) je vhodný pro správné zavinování dělohy, protože povzbuzuje děložní stahy (Donát, 2006, s. 94). Řimbaba obecná (*Pyrethrum partheninum*) slouží v šestinedělí k rekonvalescenci dělohy (Staňková-Kröhnová, 2009, s. 127).

METODIKA

Výzkum probíhal v únoru až březnu roku 2017 na porodnicko-gynekologické klinice nemocnice fakultního typu. Metodou pro získání dat byl dotazník vlastní konstrukce. Dotazník měl celkem 16 otázek a byly zvoleny otázky otevřeného, polouzavřeného i uzavřeného typu. Výzkum byl schválen vrchní sestrou kliniky. Staniční sestry jednotlivých oddělení porodnicko-gynekologické kliniky byly požádány, aby předaly dotazníky porodním asistentkám, které jej mohly v případě zájmu vyplnit. Šetření bylo dobrovolné a probíhalo anonymně. Vyplněné dotazníky odevzdávaly porodní asistentky do označených desek. Po uplynutí domluvené doby byly dotazníky vyzvednuty autorkou článku. Celkem bylo rozdáno 40 dotazníků, z nichž se navrátilo 32, které byly použity pro

výzkum. Návratnost dotazníků tedy činila 80 %. Pro šetření byla stanovena výzkumná otázka: **Jaké mají porodní asistentky znalosti o fytoterapii?**

CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO VZORKU

Respondentkami byly porodní asistentky pracující na porodnicko-gynekologické klinice nemocnice fakultního typu. Jednalo se o porodní asistentky pracující v gynekologických ambulancích, na oddělení gynekologie a těhotných, na oddělení operační gynekologie, na oddělení pro matku a novorozence a na porodním sále. Největší skupinu (25 %), čítající 8 dotazovaných, tvoří respondentky s bakalářským titulem. Sedm respondentek (22 %) má nejvyšší dokončené vzdělání vyšší odborné. Jedna porodní asistentka (3 %) má nejvyšší dokončené vzdělání magisterské. Celkem 14 respondentek má specializační vzdělání. Sedm respondentek (22 %) studovalo obor Intenzivní péče v porodní asistenci, 3 respondentky (9 %) studovaly obor Perioperační péče v gynekologii a porodnictví a 4 respondentky (12,5 %) studovaly obor Ošetrovatelská péče v patologických stavech v gynekologii a porodnictví. Dvě respondentky mají nejvyšší dokončené vzdělání středoškolské.

Sedmnáct respondentek, 53 %, má více než šestnáctiletou pracovní zkušenost. Devět respondentek (28 %) pracuje jako porodní asistentka 5 let a méně. Pět porodních asistentek (16 %) má 6 – 10letou pracovní zkušenost. Jedna z dotazovaných pracuje jako porodní asistentka 11 – 15 let.

VÝSLEDKY

Pro vyhodnocení výzkumné otázky **“Jaké mají porodní asistentky znalosti o fytoterapii?”** byl zvolen následující postup.

U dvou otázek, které měly vícečetnou možnost odpovědí, byla stanovena kritéria pro jejich vyhodnocení, které probíhalo pomocí oznámkování (viz Tabulka 1).

Tabulka 1: Kritéria hodnocení

Známka	Kritéria hodnocení pro otázku
1	označeny všechny správné odpovědi, žádná nesprávná
2	označeny 2 - 3 správné odpovědi, žádná nesprávná
3	označena 1 správná odpověď, žádná nesprávná
4	označena alespoň 1 správná + některá nesprávná
5	neoznačena žádná správná odpověď

První z otázek zněla: „Zakroužkujte prosím léčivé byliny, o kterých se domníváte, že by se neměly užívat v těhotenství“ a odpovědi, ze kterých respondentky volily, byly brusinka obecná, maliník obecný, bazalka, anýz, křen selský a třezalka tečkovaná. V těhotenství by se neměla užívat brusinka obecná, maliník obecný, křen selský a třezalka tečkovaná (Hermann, 2007). Žádná respondentka správnou odpověď brusinka obecná neuvedla. Jedenáct respondentek (34 %) označilo správnou odpověď maliník obecný, 9 respondentek (28 %) označilo správnou odpověď křen selský, a 24 respondentek (75 %) označilo správnou odpověď třezalka tečkovaná. Žádná respondentka tedy neuvedla všechny 4 správné odpovědi. Nejčastější kombinací odpovědí, a to v 8 případech, byla kombinace křen selský a třezalka tečkovaná. V šestnácti případech byly nesprávně označeny byliny bazalka a anýz.

Správnost odpovědí na tuto otázku byla hodnocena také dle toho, na jakém oddělení respondentky pracují. Nejlepší znalost bylin, které by se neměly užívat v těhotenství, prokázaly respondentky pracující na gynekologické ambulanci. Naopak nejhorší znalost se ukázala u respondentek z oddělení gynekologie a těhotných (viz Tabulka 2).

Tabulka 2: Znamky

Známka	Oddělení				
	PS	OGT	OMN	GA	OOP
1	0	0	0	0	0
2	0	1	2	1	4
3	4	1	2	1	0
4	5	5	0	0	3
5	0	1	1	0	0
Počet respondentů	9	8	5	2	7
Součet známek	32	30	15	5	20
Průměrná známka	3,56	3,75	3,00	2,50	2,86

PS = porodní sál, OGT = Oddělení gynekologie a těhotných, OMN = Oddělení pro matku a novorozence, GA = Gynekologická ambulance, OOP = Oddělení operační gynekologie

Nejlepší znalost bylin, které by se neměly v těhotenství užívat, prokázaly respondentky se středoškolským vzděláním. Nejhorší znalosti mají respondentky s magisterským titulem a respondentky se specializačním vzděláním v Ošetrovatelské péči v patologických stavech v gynekologii a porodnictví (viz Tabulka 3).

Tabulka 3: Zámka a vzdělání

Nejvyšší dosažené vzdělání							
Zámka	VOŠ	BC	MGR	INTEN	PERIOP	STŘ	PATOL
1	0	0	0	0	0	0	0
2	2	2	0	1	2	2	0
3	3	0	0	4	0	0	1
4	1	5	1	2	1	0	2
5	1	1	0	0	0	0	1
Počet respondentů	7	8	1	7	3	2	4
Součet známek	22	29	4	22	8	4	16
Průměrná známka	3,14	3,63	4,00	3,14	2,67	2,00	4,00

Druhá otázka, hodnocena dle výše zmíněných kritérií, zněla: „Zakroužkujte prosím léčivé byliny, o kterých se domníváte, že se používají na podporu laktace.“

Správnou odpovědí na tuto otázku bylo označení bylin kmín kořený, pískavice řecké semeno, bazalka a brtnák lékařský (Hermann, 2007). Žádná respondentka neoznačila brtnák lékařský jako správnou odpověď, tudíž nikdo neoznačil všechny správné odpovědi. Nejčastěji označily respondentky za správnou odpověď kmín kořený a pískavici řecké semeno a to celkem v 9 případech. Dvacet jedna respondentek (66 %) označilo za správnou odpověď kmín kořený, 16 respondentek (50 %) označilo pískavici řecké semeno, 4 respondentky (13 %) správně označily bazalku. Nesprávná odpověď zlatobýl obecný či řebříček obecný byla uvedena v 9 případech (29 %). Dvě respondentky na tuto otázku neodpověděly. Byliny na podporu laktace nejlépe znaly respondentky z oddělení gynekologie a těhotných. Nejhorší znalost prokázaly respondentky pracující na gynekologické ambulanci (viz Tabulka 4).

Tabulka 4: Vyhodnocení odpovědí dle oddělení

Oddělení					
Zámka	PS	OGT	OMN	GA	OOP
1	0	0	0	0	0
2	1	4	1	0	4
3	7	1	0	0	0
4	0	3	1	1	1
5	1	0	3	1	2
Počet respondentů	9	8	5	2	7
Součet známek	28	23	21	9	22
Průměrná známka	3,11	2,88	4,20	4,50	3,14

K dané výzkumné otázce se vztahovala i otázka, ve které měly respondentky zvolit léčivé byliny, o kterých se domnívají, že se používají na zmírnění příznaků klimakteria.

Správnou odpovědí bylo označení bylin routa vonná, hluchavka bílá a kontryhel žlutozelený (Hermann, 2007). Tři respondentky (9 %) označily všechny tři správné odpovědi. Nejčastější odpovědí byl kontryhel žlutozelený. Ten označilo 75 % respondentek. Odpovědi routa vonná a hluchavka bílá byly označeny v 56 %. Sedm respondentek (22 %) označilo nesprávnou odpověď. Tři respondentky na otázku vůbec neodpověděly.

Nejlepší znalost bylin ke zmírnění příznaků klimakteria mají respondentky pracující na oddělení gynekologie a těhotných. Nejhorší znalost mají respondentky z gynekologických ambulancí (viz Tabulka 5).

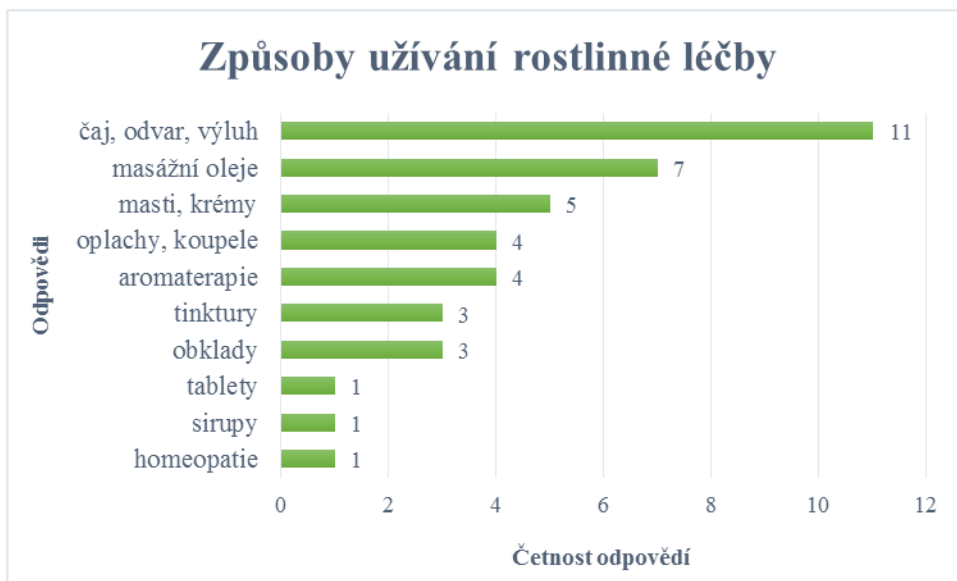
Tabulka 5: Znalosti o zmírnění klimakteria

Oddělení					
Známka	PS	OGT	OMN	GA	OOP
1	0	1	1	0	0
2	2	3	1	0	1
3	3	3	2	0	3
4	2	1	1	1	1
5	2	0	0	1	2
Počet respondentů	9	8	5	2	7
Součet známek	31	20	13	9	25
Průměrná známka	3,44	2,50	2,60	4,50	3,57

Dle vzdělání mají nejlepší znalost bylin na zmírnění příznaků klimakteria respondentky se specializačním vzděláním v Perioperační péči v gynekologii a porodnictví. Nejhorší znalost mají respondentky s vyšším odborným vzděláním.

Na otázku v dotazníku, zda znají porodní asistentky způsoby, jakými lze rostlinnou léčbu používat, 17 respondentek (53 %) neodpovědělo. Zbýlých 15 respondentek uvedlo více způsobů užití, přičemž všechny uvedené způsoby byly správné. Nejčastěji, a to v 11 případech, se vyskytovala odpověď čaj, výluh, či odvar. Dále znají respondentky užití pomocí masážních olejů, mastí a krémů, oplachů či koupelí, aromaterapie, tinktur či obkladů. Vždy po jednom se vyskytovala odpověď, že lze rostlinnou léčbu využívat ve formě tablet, sirupů či v rámci homeopatie viz Obrázek 1). Z hlediska oddělení měly nejlepší znalosti o způsobech používání rostlinné léčby respondentky pracující na oddělení gynekologie a těhotných. Naopak nejhoršího výsledku dosáhly respondentky z oddělení pro matku a novorozence, kde žádná neuvedla správnou odpověď. Dle nejvyššího dosaženého

vzdělání měly nejlepší výsledek respondentky s bakalářským titulem a dále pak respondentky se specializačním vzděláním v Ošetrovateľskej péči v patologických stavoch v gynekologii a porodnictví.



Obrázek 1: Způsob užívání rostlinné léčby

DISKUSE

Nejlepší znalosti u otázky zjišťující způsoby využití rostlinné léčby ukázaly porodní asistentky pracující na oddělení gynekologie a těhotných, naopak nejhorší znalosti se ukázaly u porodních asistentek pracujících na oddělení pro matku a novorozence. Nejlepší znalosti používání bylin při určitém problému prokázaly opět respondentky pracující na oddělení gynekologie a těhotných. Tato skutečnost není z Tabulky 6 zřejmá, protože byly celkové průměrné známky zaokrouhleny na celá čísla. Díky tomu hodnotíme znalosti všech oddělení vyjma gynekologické ambulance za dobré. Nejhoršího výsledku dosáhly respondentky pracující na gynekologické ambulanci, jejichž znalost hodnotím pouze jako dostačující. Respondentky ani z jednoho oddělení nemají chvalitebnou či výbornou znalost fytoterapie (viz Tabulka 6).

Tabulka 6: Výsledná znalost dle oddělení

Oddělení	PS	OGT	OMN	GA	OOP
Průměrná známka u otázky zjišťující byliny, které neužívat v těhotenství	3,56	3,75	3	2,5	2,86
Průměrná známka u otázky zjišťující byliny na podporu laktace	3,11	2,88	4,2	4,5	3,14
Průměrná známka u otázky zjišťující byliny na zmírnění klimakteria	3,44	2,5	2,6	4,5	3,57
Celková průměrná známka	3	3	3	4	3
Dosažená znalost	Dobrá	Dobrá	Dobrá	Dostačující	Dobrá

Domníváme se, že by se mělo o tématu fytoterapie více hovořit a mělo by být častěji zařazeno do výuky jak na středních zdravotnických školách, tak na vysokých školách se zdravotnickým zaměřením. Dle výsledků v dotazníku se také s tímto tématem mnoho respondentek nesetkalo v rámci nepovinných kurzů či přednášek. Z dotazníkového šetření vyplývá, že více než 60 % respondentek tematika fytoterapie zajímá, ale ještě se o ni aktivně nezajímaly. Možná je to právě tím, že existuje málo příležitostí, kde se s tímto tématem setkat.

Dle našeho názoru mají porodní asistentky o způsobech použití fytoterapie v praxi nedostatečné vzdělání. Většina respondentek správně uvádí použití fytoterapie pomocí čajů, odvarů, masážních olejů, koupelí či oplachů, ale méně běžné způsoby neznají.

Výsledky našeho šetření jsou srovnatelné s výsledky Krejčové. Krejčová (2011) uvádí, že mezi jejími respondenty patří k nejrozšířenějším formám užívání léčivých bylin čaje, a to v 79 % případů. Dále respondenti používají masti (34 %), tinktury (28 %) a kapsle (18 %). Je zajímavé, že porodní asistentky formu užívání léčivých bylin pomocí kapslí či tablet uvedly jen v jednom případě, a přitom jak je zřejmé z výsledků práce Krejčové patří toto využití mezi poměrně časté.

Znalosti léčivých rostlin vyhodnocovala také Vachalová (2013) ve své práci „Byliny v těhotenství a při kojení“. Jejími respondentkami byly těhotné ženy a matky jednoho či více potomků. Téměř polovina respondentek (44 %) uvedla, že by se neměl anýz užívat během těhotenství. To je srovnatelný výsledek s naším výzkumem, ve kterém 34 % respondentek uvedlo, že by se během těhotenství anýz užívat neměl, i když se jedná o nesprávnou odpověď.

Na základě výsledků dotazníkového šetření by bylo vhodné vytvořit edukační materiál pro porodní asistentky, který by je seznámil s možnostmi fytotherapie a také s léčivými rostlinami, které se nejčastěji v souvislosti s gynekologickými a porodnickými problémy používají. Tento edukační materiál by byl vhodný také pro klientky, které by se o fytotherapii chtěly dozvědět více informací. Na základě získaných informací by si poté mohly vybrat mezi klasickou farmakologickou léčbou nebo léčbou pomocí léčivých bylin.

ZÁVĚR

Fytotherapie je v současnosti stále více zmiňovaným tématem. Moderním trendem je dodržovat zdravý způsob života. Ke zdravému životnímu stylu patří nejenom kvalitní a vyvážená strava, ale také omezování chemikálií a uměle vyrobených látek jak ve stravě, tak při léčbě onemocnění. Díky těmto trendům zažívá rostlinná léčba v dnešní době znovuzrození.

Z výsledků, které byly získány, vyplývá, že rostlinná léčba není v dnešní gynekologii a porodnictví příliš často využívaným prostředkem k léčbě či prevenci onemocnění. Dále z výsledků vyplývá, že porodní asistentky mají spíše horší znalosti o fytotherapii. Jedním z důvodů proč tomu tak je, může být fakt, že není tématu fytotherapie věnované dostatečné množství času při studiu porodní asistence. Porodní asistentky téma fytotherapie zajímá a rády by se v něm dále vzdělávaly, proto by bylo vhodné tématu věnovat více prostoru, a to jak při výuce na zdravotnicky zaměřených školách, tak na konferencích či jiných přednáškách.

Tématu fytotherapie jako takovému se věnuje mnoho odborných publikací. Navzdory tomu se však pouze malé množství literatury věnuje fytotherapii v rámci gynekologie a porodnictví. Doplnění znalostí porodních asistentek o fytotherapii by také mohlo probíhat pomocí vytvoření informačního materiálu zaměřeného na léčivé byliny v gynekologii a porodnictví.

POUŽITÉ ZDROJE

- [1] Grünwald J, Jänicke Ch. 2008. . *Zelená lékárna*. Praha: Svojtka, 2008.
- [2] Málková J, Koubek M. 2008. *Léčivé rostliny* [CD]. Hradec Králové: Gaudeamus, 2008.
- [3] Staňková-Kröhnová M. 2009. *Bylinky pro děti a maminky*. Praha: Grada, 2009.
- [4] Farmer-Knowlesová H. 2011. *Léčivé rostliny od A do Z*. Praha: Metafora, 2011.
- [5] Bodlák J. 2010. *Jak se léčit přírodními prostředky*. Olomouc: Poznání, 2010.
- [6] Mika K. 2016. *Fytoterapie z pera lékaře*. Martin: Osveta, 2016.
- [7] Chevallier A. 2016. *Encyclopedia of herbal medicine*. London: Dorling Kindersley, 2016.
- [8] Hermann F. 2007. *100 českých léčivých rostlin*. Praha: Plot, 2007.
- [9] Hájek Z. a kol. 2014. *Porodnictví*. Praha: Grada, 2014.
- [10] Tůmová L, Holcová L. 2013. Rizika používání léčivých rostlin v období těhotenství a kojení. *Praktické lékárenství* [online]. 2013, roč. 9, č. 1. Dostupné z: <http://www.praktickelekarenstvi.cz/pdfs/lek/2013/01/10.pdf>.
- [11] Krejčová I. 2011. *Přírodní medicína jako alternativní způsob léčby obyvatel, aneb návrat ke kořínkům*. Brno, 2011. Diplomová práce. Fakulta sociálních studií Masarykovy univerzity, Katedra environmentálních studií. Vedoucí diplomové práce Mgr. Bohuslav Binka, Ph.D.
- [12] Vachalová J. 2013. *Byliny v těhotenství a při kojení*. Brno, 2013. Bakalářská práce. Lékařská fakulta Masarykovy univerzity, Katedra ošetrovatelství. Vedoucí bakalářské práce Mudr. Anna Klimová.

USE OF PHYTOTHERAPY IN GYNECOLOGY AND OBSTETRICS



ABSTRACT

Aim: The aim was to find out in which situations midwives use phytotherapy and what is their knowledge of phytotherapy.

Background: The importance of phytotherapy or the use of plants or their extracts to prevent and treat diseases in today's medicine is growing again. Herbal preparations people prefer to pharmacological drugs to eliminate side effects and because they do not want to use "chemistry". According to WHO, herbal medicine is often the only source of health care for many millions of people. These are, in particular, people living in rural areas of developing countries. Forms of medicinal plants use include tea, tincture, herbal powder, fresh juice, honey, herbal baths, tiles and more. Phytotherapy can be used, for example, in female genital tract disorders, menstrual cycle disorders, during pregnancy, breastfeeding, and mitigation of climacteric symptoms.

Methodology: A quantitative research survey was conducted from February to April 2017 at a faculty hospital. The data collection tool was an anonymous questionnaire of its own design, intended for midwives working at the gynaecological and obstetric clinic. In total 40 questionnaires were distributed, 32 questionnaires were returned. Returnability was 80%.

Results: The results of the Knowledge were identified by three knowledge questions, for which the evaluation criterion was established with grades one to five as at school. The best knowledge in the field of phytotherapy has been shown by midwives working in the gynecology and pregnancy department. On the contrary, the worst knowledge was given by midwives from the maternity and neonatal departments. The use of phytotherapy in the workplace is dependent on permission from senior persons. The most phytotherapy is used by midwives in nursing women.

Conclusion: Phytotherapy is currently an increasing topic. People from different layers of society are trying to keep a healthy lifestyle. A healthy lifestyle is not only a good and balanced diet, but also a reduction in chemicals and man-made substances both in the diet and in the treatment of the disease. Thanks to these trends, herbal therapy is now reborn.

KEYWORDS:

phytotherapy, gynecology, medicinal plants, obstetrics, midwife

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

Mgr. Zuzana Škorníčková
Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce
Průmyslová 395
532 10 Pardubice
e-mail: zuzana.skornickova@upce.cz

Mgr. Ilona Bělohlávková Kašparová
Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce
Průmyslová 395
532 10 Pardubice
e-mail: ilona.belohlavkovaksparova@upce.cz

Mgr. Vendula Mikšovská
Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce
Průmyslová 395
532 10 Pardubice
e-mail: vendula.miksovska@upce.cz

Štěpánka Staňková
studentka
Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce
Průmyslová 395
532 10 Pardubice

SPECIFIKA OČNÍCH VYŠETŘENÍ U DĚTÍ

JANA TRUPLOVÁ
VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ
JIHLAVA



ABSTRAKT

Mezi první screeningová vyšetření po narození patří i vyšetření očí. I v dalším průběhu života každé dítě absolvuje pravidelné oční vyšetření u svého pediatra. Pokud je kdykoliv vysloveno podezření na problém, absolvuje dítě vyšetření v oční ambulanci.

Cílem článku je přiblížit nutné znalosti ošetřovatelského personálu o vybraných vyšetřovacích metodách, aby bylo možno co nejefektivněji navázat spolupráci s dítětem při daných vyšetřeních. Při očním vyšetření je tato spolupráce natolik významná, že se doporučuje i příprava a nácvik na některá vyšetření v domácím prostředí. Vhodnou edukací zdravotník přispěje rodičům k usnadnění zvládnutí této situace.

KLÍČOVÁ SLOVA:

oční vyšetření, zraková ostrost, vidění

ÚVOD

Důležitost zraku pro kvalitu života je nepopiratelná. Oči jsou po porodu ještě nevyvinuté a zrak teprve s růstem jedince postupně dozrává. V šesti až osmi letech se ukončuje vývoj prostorového vidění a zraku. Do té doby projde fyziologicky od skotopického vidění v novorozeneckém období, přes počátek fotopického vidění, monokulární periferní fixace, začátek fixačního a pohledového reflexu, až k upevnění binokulárního vidění, fúzního reflexu a poznání souvislostí prostorového vidění (Kuchyňka, 2016).

Jak celkový vývoj, tak i vývoj zraku prochází největšími změnami v prvním roce života. V tomto období jsou po screeningovém vyšetření očí v porodnici stanovené také časté preventivní kontroly u pediatra. Jednou z jejich náplní je i základní vyšetření a posouzení fyziologie vidění. Současně se dětský lékař zaměří na vyhodnocení rodinné i osobní anamnézy v kontextu s očními vadami. Tento postup je nastaven tak, aby byl včas odhalen problém se zrakem a v co nejmladším věku dítěte nastavena adekvátní korekce a stimulace vidění (Štrofová, Teplanová, 2014)

Práce s dětským pacientem má vždy svá specifika. Kritériem pro kvalitní spolupráci a výsledky u vyšetření zraku je odborně vzdělaný ošetrovatelský personál, který pracuje nejen s dítětem, ale i s doprovázející osobou. Ráda bych tímto textem přiblížila střednímu zdravotnickému personálu tuto problematiku.

VYBRANÉ VYŠETŘOVACÍ METODY V DĚTSKÉ OFTALMOLOGII

Jak uvádí Zabanová (1997) první rok života je v oblasti vidění provázen největšími změnami viz tabulka 1. A celý dětský věk je provázen dynamickým rozvojem zraku. S tím souvisí i nutnost včas odhalit a diagnostikovat problém.

V této kapitole blíže nastíním ty metody, u kterých je třeba specifická spolupráce dítě podle věku a zúročí se tedy kvalitní vedení dítěte i blízkých osob zdravotníky.

Tabulka 1: Fyziologický vývoj vidění (Zobanová, 1997)

Novorozenec	skotopické vidění a stejnosměrné, konjugované, pátrací pohyby očí – verze
2. týden	počátek fotopického vidění
1. měsíc	monokulární periferní fixace, fixační a pohledový reflex
2. měsíc	binokulární periferní fixace, verze
3. měsíc	centrální fixace a protisměrné, diskonjugované pohyby – vergence
4. měsíc	plná akomodace, akomodačně konvergentní reflex
6. měsíc	dokončení vývoje fovey a foveoly, trvalá centrální fixace, počátek fúze
9.–12. měsíc	upevnění binokulárních reflexů
3 roky	upevnění fúzního reflexu
4–6 let	poznání souvislosti prostorového vidění, upevnění binokulárního vidění

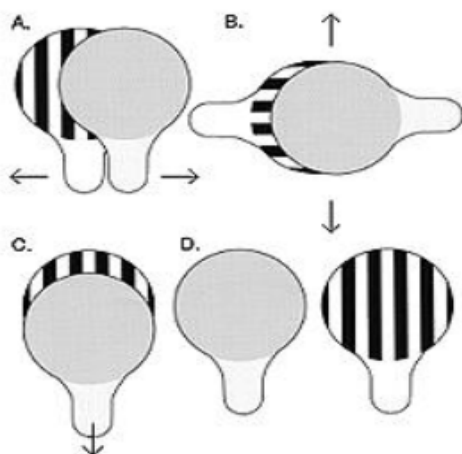
Vysvětlivky: skotopické vidění – vidění zašera, je zprostředkováno tyčinkami a slouží k detekci pohybujících se nekонтрастních předmětů a změn v prostoru, fotopické vidění – vidění nehybného, vysoce kontrastního předmětu za světla a vnímání barev, fúze – mozek spojuje obrázky obou očí v jeden prostorový vjem, binokulární reflexy – fixační, akomodačně konvergenční a fúzní reflex.

PREFERENČNÍ TESTY (LEA GRATINGS, HIDING HEIDI)

Jsou založeny na předpokladu, že dítě upřednostňuje předměty, které mají vzor. Využívají se u dětí zhruba od dvanácti týdnů (Kolarčík, 2016).

Pomůckou k vyšetření zrakové dovednosti takto malých dětí je testový materiál Lea Gratings viz obr. 1. Další možností je ukazování karet se schématickým nákresem usmívajícího se obličeje, jehož průměr je alespoň 5 cm viz obr. 2 (Gerinec, 2005; Zobanová, 2008).

Dítě musí být na tyto testy bdělé a zároveň spokojené. Je tedy nezbytné domluvit vyšetření s rodiči podle denního harmonogramu dítěte. Aby se dítě cítilo v bezpečí, je vhodnou polohou při vyšetření náruč matky či jiné blízké osoby.



Obrázek č. 1: Lea Gratings (Zobanová, 2008)



Obrázek č. 2: Hiding Heidy (Zobanová, 2008)

VOŠETŘENÍ PŘEDNÍHO SEGMENTU OKA, SLZNÝCH CEST, SPOJIVKY A ROHOVKY

Oftalmolog za pomoci kvalitního zdroje světla provede zhodnocení těchto částí oka. Pro toto vyšetření je důležité, aby dítě nehýbalo hlavičkou. Je tedy nutná fixace, která se liší podle věku dítěte. Opět je při ní vhodné využití spolupráce s blízkou osobou. V některých případech je indikováno vyšetření v celkové anestezii (Kuchyňka, 2016, Zobanová, 2004).

BIOMIKROSKOPICKÉ VOŠETŘENÍ, VOŠETŘENÍ NITROOČNÍHO TLAKU, FOTODOKUMENTACE, ULTRAZVUK

Kuchyňka (2016) uvádí, že u čtyřletého dítěte se dají tato vyšetření běžně provádět. Ke spolupráci je důležitá motivace pomocí pochval a obdivu. Při vyšetřeních dochází k dotyku přístroje v oblasti obličeje, proto je nutné dítě upozornit, nechat si ho na přístroj sáhnout a opět ho chválit.

Běžně se při vyšetření aplikují oční kapky. Což opět bývá pro dítě nová zkušenost a nepatří mezi příjemné. Při jejich aplikaci je nutné nebagatelizovat pocity dítěte, ale provázet ji slovy pochopení a chvály.

TEST ZRAKOVÉ OSTROSTI U SLOVNĚ SPOLUPRACUJÍCÍCH DĚTÍ

Toto vyšetření lze provádět od určitého věku dítěte. Podle toho, kdy je dítě schopné nejprve pojmenovat ukazované obrázky, pracovat se znakem ve tvaru písmene E či C a následně přečíst písmena, se volí vhodný optotyp.

Vyšetření se provádí každým okem zvlášť i oběma očima naráz. Jedná se o světelné tabule, na kterých jsou znaky uspořádány do řádků podle velikosti a čtou se z určitých vzdáleností. Každý řádek má u sebe číselné označení, podle kterého se určí zraková ostrost (Jančárová, 2004).

Pokud se využívá při tomto vyšetření obrázků, je výhodné dát řadu obrázků rodičům domů, aby se je s dítětem naučili pojmenovávat. Stejně tak je vhodné, aby se dítě seznámilo se znakovým písmem a natrénovalo nejprve v domácích podmínkách jejich správné otáčení. I u výše zmíněných vyšetření je někdy nutné zakrýt jedno z očí, aby se mohlo druhé vyšetřit. Vhodným způsobem, jak na toto dítě připravit, je zakrývání očí pomocí hry (např. na piráty).

VYŠETŘENÍ BARVOCITU

Toto vyšetření se opět provádí až u dětí, které znají barvy a dovedou je pojmenovat. Je řada metod, kterými lze barvocit vyšetřit. Nejjednodušší a často využívané jsou Pseudoisochromatické tabulky, na kterých jsou odlišné barevné body vytvářející tvary. U pediatra se barevné vidění vyšetřuje na tříleté prohlídce, kdy dítě pojmenuje jednotlivé barvy (Gerinec, 2005).

ZÁVĚR

Včasně odhalení patologie vidění je podstatné pro okamžitou změnu v práci se zrakem. Vzhledem k vyvíjejícím se očím je možná snaha o efektivní terapii. Rodinám, ve kterých mají dítě s oční vadou pomáhá raná péče. Jedná se o terénní službu zaměřující se právě na pomoc při přípravě dětí na jednotlivá vyšetření, podporu rodiny k provádění terapie a zapůjčování hraček a pomůcek k terapii.

Oční vada je zátěží pro dítě i jeho rodinu a snahou zdravotníků je jim co nejvíce napomáhat při diagnostických postupech i účinné léčbě.

POUŽITÉ ZDROJE

- [1] GERINEC, Anton. *Detská oftalmológia*. Martin: Osveta, 2005. ISBN 80-8063-181-6.
- [2] JANČÁROVÁ, Helena. Vyšetření zrakové ostrosti – visu u dětí. *Pediatric pro praxi*, roč. 5, 2004, č. 3, str. 155-156. ISSN 1803-5264.
- [3] KOLARČÍK, Lukáš, DEDEK, Václav, PTÁČEK, Michal. *Příručka pro sestry v oftalmologii*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2016. ISBN 978-80-247-5458-1.
- [4] KUCHYŇKA, Pavel a kolektiv. *Oční lékařství 2., přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2016. ISBN 978-80-247-5079-8.
- [5] ŠTROFOVÁ, Helena, TEPLANOVÁ, Petra. Screening zrakových vad u dětí. *Pediatric pro praxi*, roč. 15, 2014, č. 6, str. 334-336. ISSN 1803-5264.
- [6] ZOBANOVÁ, Anna. Fyziologický vývoj vidění u dětí během prvních let života. *Neonatologické listy*, roč. 3, 1997, č. 4, str. 292-296. ISSN 1211-1600.
- [7] ZOBANOVÁ, Anna. Kdy, proč a jak vyšetřovat zrak u dětí. *VOX PEDIATRIAE*, roč. 8, 2008, č. 10, str. 14-16. ISSN 1213-2241.
- [8] ZOBANOVÁ, Anna. Respektování fyziologického vývoje vidění v preventivních prohlídkách zraku dětí a dorostu. *VOX PEDIATRIAE*, roč. 4, 2004, č. 9, str. 20-21. ISSN 1213-2241.

SPECIFICS OF CHILDREN EYE EXAMINATIONS



KONTAKTNÍ ÚDAJE:

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

ABSTRACT

The first screening tests after birth include eye examination. In the course of each child's life, each child undergoes regular eye examinations with their pediatrician. If a child is suspected at any time, the child undergoes an examination in an ophthalmic clinic. The aim of the article is to bring the necessary knowledge of the nursing staff about selected examination methods in order to establish the most effective cooperation with the child during the given examinations. During eye examination, this collaboration is so significant that preparation and training for some examinations at home is also recommended. An appropriate health educator will help parents to manage this situation.

KEYWORDS:

eye examination, visual acuity, vision

GELOVÉ NEHTY A POSKYTOVÁNÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

JANA VÁCOVÁ
VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ
JIHLAVA



ABSTRAKT

Hygiena rukou, úprava nehtů a její souvislost s nozokomiálními infekcemi je v našich nemocnicích stále aktuální téma. Přímou úměrně s rozvojem nehtového designérství se stále diskutuje na různých úrovních odbornosti o opodstatněnosti zákazu gelové manikúry u zdravotnických pracovníků. Některé sestry i jiné ženy pracující ve zdravotnictví se domnívají, že naopak gelová manikúra zlepšuje stav okolí nehtů a snižuje množství záďer a ragád kůže, tudíž tvoří ochranu před profesionální infekcí. Cílem výzkumného šetření bylo předložit výsledky, které dávají informace o mikrobiálním osídlení nehtů a okolí nehtů upravených gelovou manikúrou a mikrobiálním osídlením nehtů a okolí nehtů přirozených. V článku jsou předloženy nejzajímavější výsledky.

KLÍČOVÁ SLOVA:

gelové nehty, hygienická dezinfekce rukou, nozokomiální infekce, kontrola nemocničních infekcí

Používání gelových nehtů se stalo populárním módním trendem a někteří zdravotníci mají tendenci tento trend následovat, přestože vyhláška u zdravotnických pracovníků připouští nehty přirozené a to s ohledem na minimalizaci rizika přenosu infekcí spojených se zdravotní péčí (nozokomiální infekce). V přenosu mikroflóry může zdravotník hrát roli jako účastník procesu šíření nemocniční mikroflóry, především prostřednictvím kontaminovaných rukou (Göpfertová et al., 2002). Uvádí se, že více než 60 % nozokomiálních infekcí je přeneseno rukama zdravotníků, proto se zdravotníci při výkonu svého povolání musí řídit legislativními normami. V tomto případě vyhláškou MZ ČR č. 306/2012 Sb. O podmínkách a předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a hygienických požadavcích na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče. Z této legislativní normy vyplývají požadavky na úpravu rukou zdravotnického personálu: „**Přirozené nehty musí být upravené, krátké a čisté**“. Světová zdravotnická organizace se k jiným nehtům než přirozeným staví také odmítavě. Ve směrnici WHO vydané v květnu 2009 vztahující se k hygieně rukou ve zdravotnictví se píše „*Při přímém kontaktu s pacientem jsou nepřipustné umělé nebo uměle prodloužené nehty.*“ a také „*Před započetím chirurgického mytí rukou sejměte prsteny, náramkové hodinky a náramky. Umělé nehty jsou zakázány*“ (WHO, 2009). Již v roce 2002 uvádí CDC (Centrum pro prevenci a kontrolu infekcí se sídlem v Atlantě, USA) v doporučení pro hygienu rukou v místech poskytování zdravotní péče rozsáhlou studii, která jakékoliv umělé nehty, prodloužené nehty či lak na nehty nedoporučuje.

CÍL A METODIKA VÝZKUMU

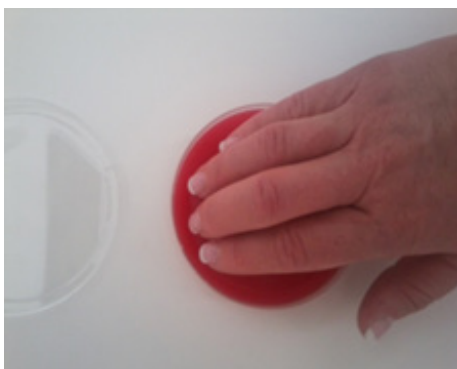
Cílem aplikovaného výzkumu bylo ověřit, je-li zákaz používání gelové manikúry při vykonávání ošetrovatelské péče o nemocného opodstatněný.

1. Zjistit rozdíl mezi mikrobiálním osídlením rukou sester s gelovými nehty a přirozenými nehty.
2. Zjistit rozdíl mezi mikrobiálním osídlením v okolí čerstvé gelové manikúry a gelové manikúry s odstupem jednoho měsíce.

Výzkum probíhal v Nemocnici Jihlava p.o., kde po dobu tří měsíců byly odebírány vzorky k mikrobiologickému vyšetření sestrám na jejich pracovištích během pracovní doby. Byl porovnáván vzorek sester, které pracovaly na svých pracovištích s rukama upravenými gelovou manikúrou se vzorkem sester, které měly po dobu výzkumu přírodní nehty. Vzorky byly odebírány v průběhu pracovních činností, které sestry prováděly v souvislosti s poskytováním ošetrovatelské péče nemocným. Byly prováděny **otisky nehtových plotének a bříšek prstů** do kultivační půdy krevního agaru v Petriho misce (viz. obr. 1- 4). V časovém úseku tří měsíců bylo 60 respondentkám aplikovaného výzkumu odebráno celkem 120 otisků nehtové ploténky a bříšek prstů. Tyto vzorky byly odebrány v časovém

odstupu jednoho měsíce. Tedy 60 otisků v první fázi výzkumu a s odstupem jednoho měsíce dalších 60 otisků ve fázi druhé. Každá respondentka se tedy účastnila obou fází klinického výzkumu. Odebraný materiál bezprostředně po odběru označený číslem byl transportován do laboratoře. Na průvodce k odebraným vzorkům u čísla odběru byla specifikována oddělení, na kterém byl odběr vzorku prováděn a činnost, kterou sestra těsně před odběrem prováděla. Respondentky o odběru vzorků nebyly dopředu informovány a otisky nehtů (viz obr. č. 1- 4) byly prováděny ihned po skončení započatého úkonu spojeného s prováděním pracovních činností. Během výzkumného šetření probíhala těsná spolupráce s epidemiologickou sestrou Nemocnice Jihlava p.o.

Finančními prostředky potřebnými k vykonání všech kultivačních vyšetření prováděných v laboratořích Oddělení klinické biochemie a mikrobiologie výzkum podpořila Nemocnice Jihlava p.o.



Obr. 1: Otisk bříška prstů ruky a hrany nehtů. Foto: Vácová, 2013



Obr. 2: Otisk bříška a hrany nehtu palce. Foto: Vácová, 2013



Obr. 3: Otisk nehtových plotének prstů ruky. Foto: Vácová, 2013



Obr. 4: Otisk nehtové ploténky palce. Foto: Vácová, 2013

VÝZKUMNÝ SOUBOR

Základní soubor respondentek tvořily všeobecné sestry pracující v Nemocnici Jihlava p.o. Podle zvláštního povolení náměstkyně ošetrovatelské péče a podle jmenného seznamu, který měla k dispozici i epidemiologická sestra Nemocnice Jihlava p.o., dostalo 30 sester, které se dobrovolně přihlásily k účasti ve výzkumu, výjimku ze zákazu poskytování ošetrovatelské péče s gelovou manikúrou.

Zkoumaný vzorek respondentek tedy tvořilo 30 sester s gelovými nehty a kontrolní vzorek 30 sester s přirozenými nehty. Kontrolní vzorek vytvořily kolegyně respondentek s gelovými nehty, které pracovaly na stejných odděleních Nemocnice Jihlava p.o., a které v době odběru otisků a stěrů vykonávaly stejnou nebo podobnou pracovní činnost v rámci poskytování ošetrovatelské péče.

Výzkumu se zúčastnilo celkem 60 sester pracujících na různých odděleních Nemocnice Jihlava p.o. Z této skupiny pracovalo 30 sester v intenzivní péči a 30 sester na standardních odděleních Nemocnice Jihlava p.o.

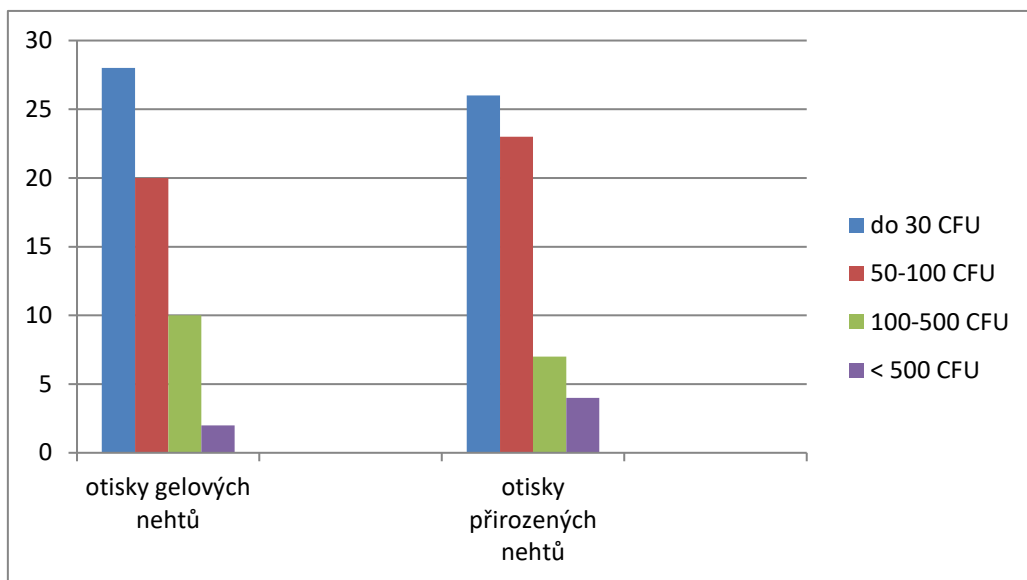
Tab 1: Přehled účastníků výzkumu

Typ nehtů účastníků	Oddělení intenzivní péče	Standardní oddělení
Sestry s přirozenými nehty	15	15
Sestry s gelovými nehty	15	15

VÝSLEDKY

Rozsah tohoto příspěvku nedovoluje interpretaci všech kategorií, ve kterých byly otisky nehtových plotének a okolí nehtů hodnoceny aplikovaným výzkumem, například porovnání otisků gelových a přirozených nehtů všech respondentek, porovnání otisků všech přirozených nehtů, porovnání otisků gelových a přirozených nehtů, porovnání otisků respondentek pracujících s gelovými i přirozenými nehty v intenzivní péči, porovnání otisků respondentek pracujících s gelovými i přirozenými nehty na standardních odděleních, porovnání otisků gelových nehtů respondentek pracujících na odděleních intenzivní péče a pracujících na standardních odděleních, porovnání otisků v závislosti na činnostech sester (práce s pacientem, práce s dokumentací, ostatní činnosti). V tomto sdělení jsou předkládány výsledky týkající se:

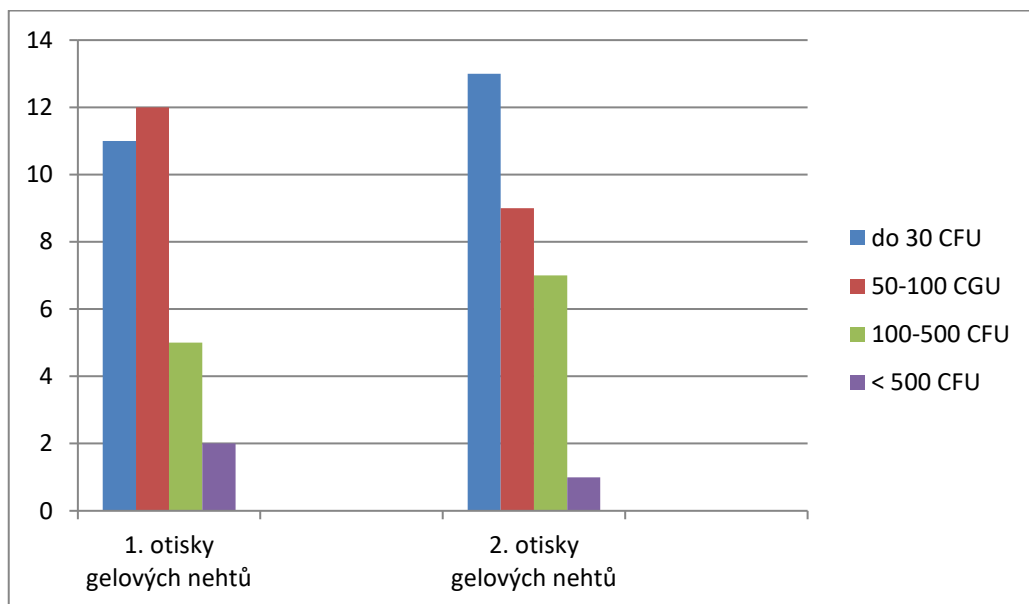
1. Porovnání zjištěných rozdílů mikrobiálního osídlení rukou sester s gelovými nehty a přirozenými nehty.



Graf č. 1: Porovnání CFU gelových a přirozených nehtů

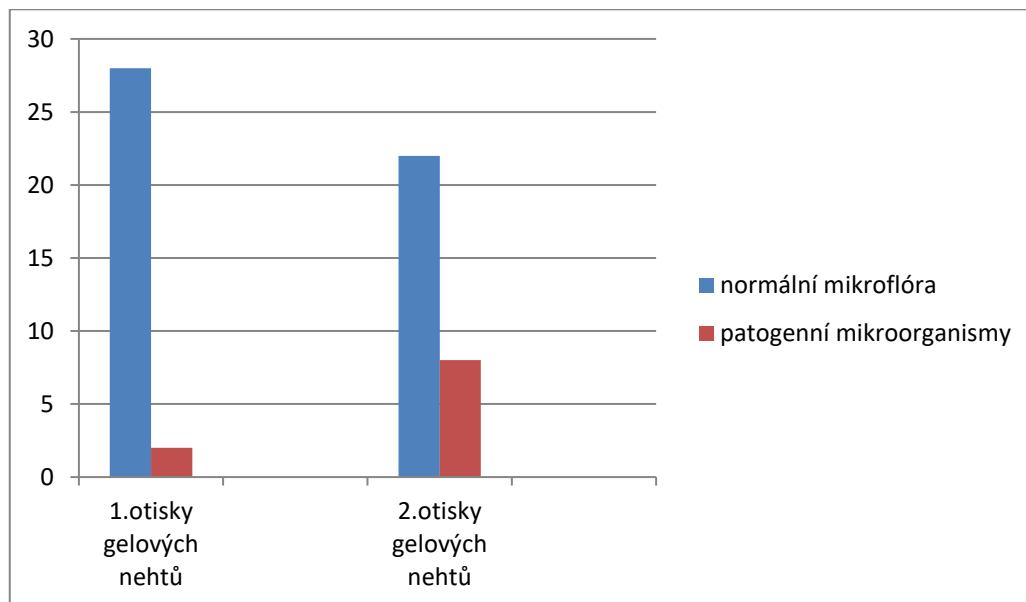
V grafu č. 1 vidíme porovnání všech výsledků mikrobiologických kultivací ze 120 otisků gelových a přirozených nehtů v závislosti na CFU. Byly společně hodnoceny otisky odebrané z gelových nehtů i z nehtů přirozených. Z grafu č. 1 vyplývá, že většina účastnic výzkumu se pohybovala nad doporučeným množstvím CFU bez ohledu, zda se jednalo o nehty umělé či přirozené.

2. Porovnání zjištěných rozdílů mezi mikrobiálním osídlením v okolí čerstvé gelové manikúry a gelové manikúry s odstupem jednoho měsíce.



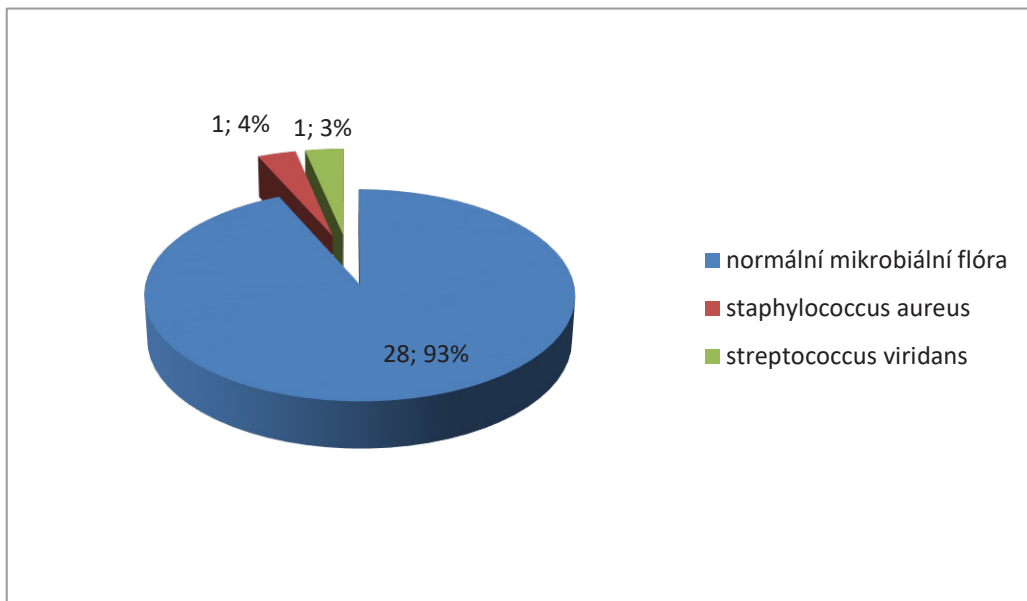
Graf č. 2: Porovnání 1. otisků a 2. otisků gelových nehtů v závislosti na CFU.

Graf znázorňuje porovnání otisků čerstvě zhotovených gelových nehtů s otisky odebranými s odstupem jednoho měsíce od zhotovení gelové modeláže. V kategorii 100-500 jednotek CFU bylo vykultivováno v 1. otiscích 5 (17 %) a v 2. otiscích 7 (23 %) respondentek.



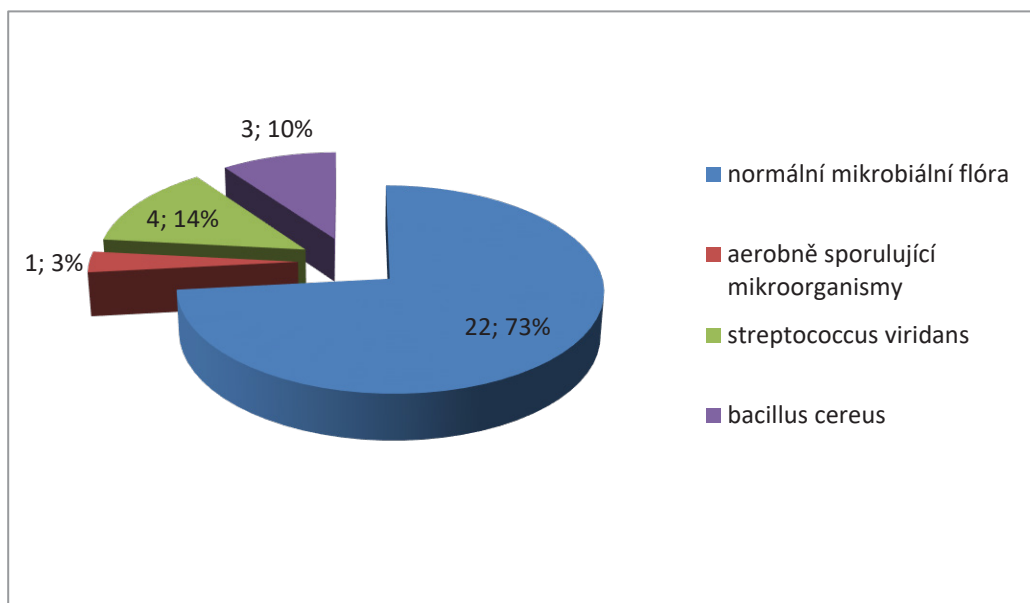
Graf č. 3: Porovnání otisků čerstvě zhotovených gelových nehtů a otisků gelových nehtů po měsíci od zhotovení v závislosti na patogenitě mikroorganismů.

Při porovnání otisků čerstvě zhotovených gelových nehtů a otisků gelových nehtů po měsíci od zhotovení modeláže vidíme, že patogenní mikroorganismy byly nalezeny při prvních otiscích ve 2 (7 %) vzorcích a při druhé fázi klinického výzkumu u 8 (27 %) respondentek.



Graf č. 4: Otisky čerstvých gelových nehtů v závislosti na patogenitě mikroorganismů.

Z 30 (100 %) otisků čerstvě zhotovených gelových nehtů byla vykultivována v 28 (93 %) vzorcích normální mikrobiální flóra a ve 2 (7 %) otisků byly izolovány patogenní mikroorganismy. V 1 (3 %) vzorku byl izolován *Staphylococcus aureus* a v 1 (3 %) *Streptococcus viridans*.



Graf č. 5: Otisky gelových nehtů po měsíci od zhotovení v závislosti na patogenitě mikroorganismů

V otiscích gelových nehtů po měsíci od zhotovení bylo z 30 (100 %) vzorků 22 (73 %) otisků osídleno normální mikrobiální flórou a z 8 (27 %) vzorků byly vykultivovány patogenní mikroorganismy: 1 (3 %) aerobně sporulující mikroorganismy, 4 (14 %) *Streptococcus viridans* a 3 (10 %) *Bacillus cereus*.

DISKUSE

Hned v úvodu diskuse nad zjištěnými výsledky je nutné zdůraznit, že toto výzkumné šetření je ojedinělé v České republice a nemůžeme tedy výsledky výzkumu porovnat s dalšími podobnými výzkumy prováděnými v podmínkách českých nemocnic. Výsledky aplikovaného výzkumu byly porovnány s výsledky komparativní studie Angely Toles (2002) zveřejněné v časopise *Journal of Pediatric Oncology Nursing*.

Při porovnání otisků nehtů respondentek účastnících se studie bylo zjištěno, že ve vyšetřované kategorii do 30 jednotek CFU a ještě i do kategorie 100 jednotek CFU lze hovořit o srovnatelných výsledcích v kategorii gelových i přirozených nehtů. Ale v kategorii 100-500 jednotek CFU, tedy v mikrobiálním obrazu osídlení rukou, kterým již může zdravotník ohrozit imunodeficientního pacienta nozokomiální infekcí, výsledky odhalily o 5 % horší výsledky v mikrobiálním osídlení gelových nehtů. Výsledky našeho výzkumu v této otázce odpovídají výsledkům studií Foca (2000) a Passara (1997), kdy byla testována a potvrzena teorie, že používání umělých nehtů je potencionálním rizikem pro vyšší mikrobiální kolonizaci nehtových plotének. Tuto studii podpírá i zjištění, že během časového odstupu jednoho měsíce od zhotovení gelové manikúry se zvyšuje CFU na nebo v okolí gelových nehtů zejména v rozmezí 100 – 500 jednotek CFU.

Při porovnání otisků gelových a přirozených nehtů v souvislosti s patogenitou mikroorganismů měly gelové nehty oproti nehtům přirozeným o 10 % lepší výsledky. **Ale pouze v první fázi klinického výzkumu.** Vzorky odebrané v odstupu jednoho měsíce již ukazovaly stoupající tendenci osídlení gelových nehtů patogenními mikroorganismy. Ze 7 % z celkového množství odebraných vzorků na 27 %. Což znamená 20% zvýšení osídlení gelových nehtů patogeny během jednoho měsíce. V této části klinického výzkumu se výsledky shodují s výsledky studie Heddervicka (2000), který dokázal, že počet pracovníků s umělými nehty, kteří na nich přechovávali patogeny, byl vyšší nežli počet pracovníků s přirozenými nehty. Můžeme se tedy domnívat na základě zjištěných výsledků, že čas, který uplyne od zhotovení gelové manikúry je určující pro změnu mikrobiálního obrazu, který se na ní tvoří. Snad působení mechanických (nárazy, tření) a chemických (působení dezinfekce) faktorů mění vlastnosti gelu a tím je umožňováno snadnější ulpívání patogenům. Tato stoupající tendence přechovávání patogenů na a v okolí gelových nehtů se shoduje s výsledky studie Rubina (1998), který potvrdil teorii, že množství bakterií na nebo v okolí umělých nehtů je vyšší než na nebo v okolí přirozených nehtů.

ZÁVĚR

Výsledky, které vzešly z tohoto výzkumu, nejsou tak jednoznačné, jak by bylo potřebné. Určitě by bylo vhodné doplnit tuto aplikovanou studii dalším výzkumem, který by se například mohl zabývat rozdílem CFU a mikrobiálního osídlení patogenními mikroorganismy gelových a přirozených nehtů před a po hygienickém mytí rukou, byly by určitě zajímavé i výsledky otisků před a po chirurgickém mytí rukou a tím jednoznačně podpořit metodická doporučení týkající se úpravy nehtů zdravotníků. Jistě by potom všichni zdravotníci pod tíhou argumentů výsledků klinických výzkumů lépe rozuměli omezením, které jim jejich povolání přináší a lépe by tato opatření přijímali, snášeli a podřizovali se jim.

Při provádění aplikovaného výzkumu se potvrdilo, že zájem zdravotnické veřejnosti o opodstatněnost zákazu gelové manikúry při práci ve zdravotnictví je stále veliký. Velká skupina žen mezi nelékařskými zdravotnickými pracovníky není ochotná přijmout znění vyhlášky MZ ČR č. 306/2012 Sb., O podmínkách a předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a hygienických požadavcích na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče, v jejím plném znění a rozsahu a hledá možnost, jak ji vykládat tak, aby vznikla možnost gelovou manikúru i při poskytování ošetrovatelské péče nosit. Věřím a doufám, že tato výzkumná studie přináší informace, které pomohou této skupině nelékařů pochopit riziko, které úprava nehtů gelovou manikúrou pacientovi přináší.

POUŽITÉ ZDROJE

- [1] *Guideline for Hand Hygiene in Health-Care Settings*. Centers for Disease Control and Prevention. October 25, 2002. Atlanta: U.S. Government Printing Office, 2002.
- [2] ČÁSTKA 5. *Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky: Metodický návod – hygiena rukou při poskytování zdravotní péče*. 29. června 2012. Praha: SPRINT SERVIS, 2012.
- [3] GÖPFERTOVÁ, Dana, 2002. *Mikrobiologie, imunologie, epidemiologie, hygiena*. Praha: Triton. 148 s. ISBN 80-725-4223-0.
- [4] PODSTATOVÁ, Renata. 2010. *Hygiena a epidemiologie pro ambulantní praxi*. Olomouc: Maxdorf s.r.o. 99 s. ISBN 978-80-735-212-4
- [5] PŘEDPIS Č. 306/2012. *Sbírka zákonů České republiky: Vyhláška o podmínkách předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a o hygienických požadavcích na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče*. 12. září 2012. Praha, 2012.
- [6] TOLES, Angela. Artificial nails: Are They putting patients at risk? A review of there search. *Journal of Pediatric Oncology Nursing* 2002, (vol. 19, 5). s. 164-171. ISSN 10.1016/s1043-4542(02)00009-7.
- [7] VOTAVA, Miroslav a kol. 2010. *Lékařská mikrobiologie vyšetřovací metody*. Brno: Neptun. 495 s. ISBN 978-80-86850-04-8
- [8] *WHO Guidelines on Hand Hygiene in Healt Care: a Summary*. World Health Organization, 2009. Geneva: WHO Press. 259 s. ISBN 978 92 4 159790 6

GEL NAILS AND NURSING CARE



ABSTRACT

The hygiene of the hand, care about nails and its link with the nosocomial infections in our hospitals is still the current topic. In direct proportion to the development of nail designing, is still being discussed at different level of expertise, about the effect of the ban on gel manicure for health workers. Currently, when a risk percentage of patients with infectious complications, is considered to be a large number of nurses using gel manicure, which improves the condition around the nail and reduces amount of hand nails and skin fissures for protecting themselves against professional infections. Research investigation obtain informations of microbial population on the nails and around the nails with gel manicure and around the natural nails. In the article we present the most interesting results.

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

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

Doktorandské studium ošetrovatelství
Jihočeská univerzita v Českých
Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
J. Boreckého 1167/27
370 11 České Budějovice

KEYWORDS:

gel nails, hygienic hand disinfection,
nosocomial infection, hospital infection
control

DEKUBITY JAKO ZÁVAŽNÝ OŠETŘOVATELSKÝ PROBLÉM

PETRA VRŠECKÁ
VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ
JIHLAVA



ABSTRAKT

Dekubity, kterým bych se v tomto příspěvku chtěla věnovat, jsou velmi závažnou komplikací léčby pacienta. Převážně jde o selhání ošetřovatelské péče. Výskyt dekubitů je závislý na mnoha faktorech, ať již je to výživa, kontinence, nebo imobilita pacienta. Záleží na celém zdravotnickém týmu, jakým způsobem se bude o dekubity starat a do jaké míry se budou vyskytovat na jejich oddělení.

Díky vhodné prevenci lze tomuto onemocnění předcházet. Do prevence je možno zařadit pravidelné polohování, hygienu, dále používání antidekubitních pomůcek a správně zvolenou výživu. Při léčbě již vzniklého dekubitu se v dnešní době především dává přednost používání moderní terapie, tzv. vlhké terapie hojení ran, neboť byla prokázána její dobrá efektivita při léčbě chronických ran.

KLÍČOVÁ SLOVA:

dekubitus, hojení ran, polohování, ošetřovatelská péče, antidekubitní pomůcky

ÚVOD

Dekubity, nazývané rovněž proleženiny, tlakové léze, nebo vředy, jsou rány na kůži vyvolané tlakem. Existuje však velké množství dalších definic dekubitů: Např. „Dekubit je ohraničené odumření tkáně jako následek dlouhotrvajícího tlaku způsobující poruchu prokrvení.“ Nebo také „Dekubit je důsledek místního oběhového selhání v kůži, nebo v podkožních tkáních.“ „Dekubit je oblast lokalizovaného poškození kůže a pod ní uložených tkání způsobeného tlakem, stříhovým namáháním, třením nebo spojováním těchto faktorů.“ (Mikula, Müllerová, 2008, s. 11)

VYMEZENÍ POJMU DEKUBITUS

„Dekubitus je místní buněčné poškození tkáně, které vzniká v důsledku přímého tlaku, tření, střížných sil, imobility a celkově zhoršeného stavu nemocného. Postihuje kůži, svaly, šlachy až kosti. Podle statistických informací se ve zdravotnickém zařízení připouští výskyt dekubitů ve 4 až 7 %.“ (Kapounová, 2007, str. 125)

Pod výrazem dekubitus si můžeme představit poškození kůže různého charakteru, například Pejznochová ve své publikaci uvádí, že: „Dekubitus je proleženina, která vzniká v důsledku působení patologického tlaku na tzv. predilekční místo.“ (Pejznochová, 2010, s. 23). Naše přední odbornice na zabývající se dekubity, Dr. Pokorná definuje dekubitus touto definicí: „Dekubity můžeme nazývat jakékoli poškození kůže nebo tkání způsobené přímým tlakem, nebo třecími silami. Poškození pak nabývá různých klinických projevů (od erytému až po hluboké tkáňové léze) včetně poškození svalů, šlach a kostí.“ (Pokorná, 2012, s. 113).

ETIOLOGIE A PATOGENEZE DEKUBITŮ

Jak uvádí Kalvach (2008), vznik dekubitů je univerzální a dodnes ještě dostatečně neprozkoumaný proces, na kterém se podílejí, jak faktory vnější (např. tlak, vlhkost), tak i faktory vnitřní (např. věk, pohyblivost). V jiných hodnoceních se můžeme seznámit o faktorech hlavních a podpůrných. Výsledkem souvislosti těchto faktorů je ischemie a nekróza měkkých tkání.

ZEVNÍ FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ VZNIK DEKUBITŮ

Mezi nejvýznamnější zevní faktory, které se podílejí na vzniku dekubitů jsou tyto faktory:

Intenzita a doba působení tlaku

U dekubitů je možnost počátku již po kratším působení vysokých dotykových tlaků, nebo také po déle trvajícím působení nízkého kontaktního tlaku. Normální kontaktní

tlak nikdy nepřevýší 32 mm Hg, tudíž jakýkoliv vnější tlak, který přesáhne tuto hranici, vyvolá kapilární poruchu. Vleže jsou největšími tlakovými body pro zdravého člověka s normální váhou a délkou kost křížová, hýždě a paty (40 – 60 mm Hg). Literatura uvádí, že při nepřetržitém tlaku existuje u poškozených tkání tzv. 1 – 2 hodinová kritický interval, což je čas, za který se objeví první patologické změny.

Chemické vlivy

Povrchové vrstvy kůže mohou být také porušeny působením potu, stolice a moče, čímž může dojít k rozkladu povrchových vrstev kůže.

Mechanické vlivy

Mezi nejrizikovější mechanické vlivy řadíme střížné síly a tření. (Mikula, 2008)

Vnitřní faktory ovlivňující vznik dekubitů

Mezi nejvýznamnější vnitřní faktory, které se podílejí na vzniku dekubitů jsou tyto faktory:

Věk

Pokožka u starších nemocných je velmi křehká a tím i více zranitelná, neboť s vyšším věkem ztrácí kůže elasticitu a pevnost. Navíc se u starších pacientů objevuje typicky snížená prokrvenost epidermis, čímž dochází k delšímu času hojení ran. Je třeba mít na paměti fakt, že u seniorů je vyšší pravděpodobnost rizika vzniku dekubitů, než u mladších osob. (Kalvach, 2008)

Tělesná hmotnost

I malá odchylka od ideálního BMI může vést ke zvýšení rizika vzniku dekubitů. U velmi štíhlých pacientů je riziko vyšší z důvodu nedostatku tuku, který by měl ochraňovat svaly, před účinkem tlaku, ale jelikož zde tuk chybí, tlak působí přímo přes kůži na kost, což relativně zvyšuje riziko. Naopak obézní pacienti mají problém s mobilitou a obtížným pohybováním se a častěji trpí poruchami oběhového systému, což ovlivňuje stav kůže a také zvyšuje riziko vzniku dekubitů. (Kalvach, 2008)

Hydratace

Pokud je nemocný dehydratovaný, dochází k poklesu kožního turgoru, což vede ke vzniku kožních řas. Kůže je tak suchá a často se tak zde objevují otoky a různá přidružená poranění. Naopak při hyperhydrataci dochází ke zvýšení kožního turgoru a tak i k poruše celistvosti kůže. (Kapounová, 2007)

Výživa

Výživa představuje v problematice dekubitů důležitou roli. Dekubity jsou často důsledkem nedostatečné výživy pacientů, nebo kombinací několika vlivů. Nedostatečným příjmem tekutin a potravy se snižuje odolnost kůže a podkožních tkání, zvyšuje se riziko edému

tkáně a jejího poškození. Velmi důležité je proto posouzení pacienta dle nutričních screeningů. (Grochalová, 2015)

Rizikové faktory způsobené změněným zdravotním stavem

O rizicích vzniku dekubitů také rozhoduje zdravotní stav pacienta, a to zejména tato onemocnění: Diabetes mellitus, Porucha CNS. Poruchy mobility a jiné (Pokorná, 2012).

DĚLENÍ DEKUBITŮ

Dekubity dělíme do šesti stupňů:

- I. stupeň: erytém - je tlaková léze bez poškození kůže. Jedná se o překrvení, přetrvávající minuty po odstranění tlaku. Mezi příznaky patří mírné otoky, zduření postižené části na pohmat či jemné zarudnutí kůže.
- II. stupeň: částečně či povrchně poškozená kůže. Spatřit můžeme puchýř, mělký důlek, odřeniny nebo mokvavou plochu.
- III. stupeň: poškozená kůže v celém rozsahu, navíc i podkoží a svalovina. Postižení zasahuje kostní výstupek na spodině vředu. Povrch je pokryt šedočernou krustou – nekrózou, hlubokým kráterem.
- IV. stupeň: vřed - velmi rozsáhlé tlakové léze s penetrací do sousedních kloubů a dutin. Možnost ztráty kůže s velkým poškozením hlubokých struktur např. svalů, cév, nervů, přiléhajících kostí či kloubních pouzder (Vylamová, 2014).

Další dvě stadia jsou přechodná a dočasná

- V. Bez určení stupně: neznámá hloubka rány/vředu
- VI. Podezření na hluboké poškození tkání: neznámá hloubka rány/vředu

(www.hojeniran.cz, 2017)

HODNOTÍCÍ TECHNIKY TÝKAJÍCÍ SE RIZIKA VZNIKU DEKUBITŮ PACIENTA

Dekubity můžeme hodnotit podle mnoha kritérií, například:

Škála podle Nortonové je jednou z nejpoužívanějších hodnotících škál v ošetrovatelské péči. Sestavena byla v roce 1962. Škála uváděla, že při výsledném celkovém hodnocení 16 bodů a méně již počíná riziko vzniku dekubitů. Hodnoceno je pět faktorů: fyzický stav, stav vědomí, aktivita, pohyblivost, inkontinence pacienta.

Roku 1987 došlo k rozšíření této škály Christel Biensteinovou. V tomto případě hrozí riziko vzniku dekubitů při konečném celkovém hodnocení 25 bodů a méně. Proti škále z roku 1962 je hodnoceno devět faktorů: schopnost spolupráce, věk, stav pokožky, přidružená onemocnění, fyzický stav, stav vědomí, aktivita, pohyblivost, inkontinence pacienta.

Při změně jakéhokoli faktoru by měli být pacienti přehodnoceni (Mikula, Müllerová, 2008).

Hodnotící škála podle Bradenové proti hodnotící škále podle Nortonové zahrnuje důležitý faktor: výživu, riziko tření a střížných sil. Naopak nezahrnuje přidružená onemocnění a věk pacienta (Mikula, Müllerová, 2008).

Další hodnotící škála podle Waterlowa je často využívána v intenzivní péči pro svůj velký rozsah hodnocení. Jsou zde zahrnuty tyto parametry: poměr výška/váha, typ kůže v ohrožené oblasti, věk, pohlaví, pohyblivost, kontinence, zvláštní rizika, chuť k jídlu, neurologická porucha, operace/trauma, medikace. Čím vyšší je výsledný počet bodů, tím vyšší je riziko pacienta ke vzniku dekubitů (Pejznochová, 2010).

Knollova škála Ohrožení pacienta vznikem dekubitů vzniká při konečném hodnocení nad 12 bodů. Hodnotí se: všeobecný stav zdraví, mentální stav, aktivita, pohyblivost, inkontinence, příjem výživy ústy, příjem tekutin ústy, náchylnost k chorobám. (www.ose.zshk.cz, 2012).

PRAKTICKÁ ČÁST

CÍL PRÁCE

Cílem tohoto příspěvku bylo zjistit, jaké hodnotící techniky používají všeobecné sestry na hodnocení dekubitů a jakým způsobem tyto dekubity hodnotí.

METODIKA A PRŮBĚH VÝZKUMU

Pro výzkumnou část byla vybrána metoda kvantitativního výzkumu – a to dotazník, který byl určen pro všeobecné sestry.

Dotazník byl sestaven z 12 otázek a byl distribuován elektronickou formou všeobecným sestrám. Celkem jsem rozeslala 120 dotazníků, vrátilo se mi jich 97, což odpovídá návratnosti 81,6 %.

Výzkum proběhl od ledna do dubna 2017.

Tato práce je vytvořena pomocí analýzy a následné syntézy získaných dat z dotazníkového šetření, byly využity programy Microsoft Office Word 2007 a Microsoft Office Excel 2007, ve kterém jsou zpracované výsledky dotazníkového šetření do koláčových grafů.

NEJVÝZNAMNĚJŠÍ VÝSLEDKY VÝZKUMU

Hodnotící škály



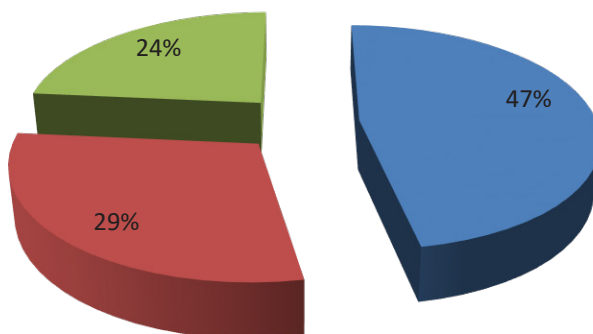
Graf č. 1: Hodnotící škály

Z tohoto grafu je patrné, že nejčastěji volenou škálou k hodnocení dekubitů je škála dle Nortonové, kterou zvolilo 80 respondentů (82 % respondentů), další škálou podle počtu odpovědí byla škála dle Bradenové, kterou označili 12 respondenti (12 % respondentů), poté Waterlowu škálu uvedlo 6 respondentů (6 % respondentů)

Dále jsem se zabývala tím, zda vůbec a po jaké době sestry hodnotí riziko dekubitů.

Znovuhodnocení rizika vzniku dekubitů

■ Pouze jednou ■ Jednou za týden ■ jednou za měsíc



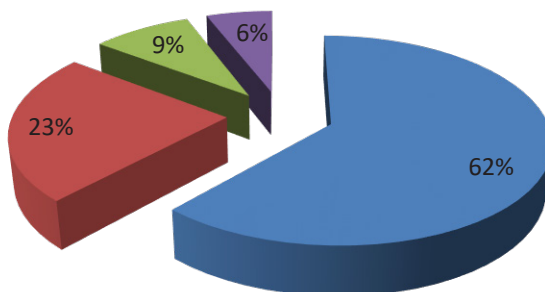
Graf č. 2: Znovuhodnocení rizika vzniku dekubitů

Z grafu je patrné, že nejvíce odpovědí bylo, že hodnotí pouze jednou a to 46 respondentů (47 % respondentů), druhou nejčastější odpověď (jednou týdně) uvedlo 28 respondentů (29 % respondentů), hodnocení po měsíci uvedlo 24 respondentů (24 % respondentů).

Posledním prezentovaným grafem je prevence vzniku dekubitů.

Prevence vzniku dekubitů

■ Polohování ■ Antidekubitární pomůcky ■ Mobilizace ■ Výživa



Graf č. 3: Prevence vzniku dekubitů

Z tohoto grafu je patrné, že jako nejčastější preventivní opatření proti vzniku dekubitů sestry uváděly polohování – 61 respondentů (62 % respondentů), na druhém místě je pak využívání antidekubitních pomůcek – to uvedlo 22 respondentů (23 % respondentů), jako další opatření byla uvedena mobilizace, kterou zvolilo 9 respondentů (9 % respondentů) a na posledním místě sestry uváděly výživu pacienta – 6 respondentů (6 % respondentů).

O důležitosti polohování mluví i Molčánová (2008), která ve své publikaci poukazuje na to, že právě zejména díky polohování dochází k okysličování podkožních tkání a tím i k jejich prokrvení.

DISKUZE

Hlavním cílem tohoto příspěvku bylo zjistit, jaké znalosti mají všeobecné sestry ohledně hodnocení a vzniku dekubitů. V dotazníku byly položeny otázky týkající se polohování pacienta, hygienické péče, škálování, rehabilitace a materiálních pomůcek a podobně. Vzhledem k tomu, že dekubity jsou velice význačné téma, chtěla jsem zjistit, zda jsou všeobecné sestry dostatečně informovány o tom, jak lze hodnotit pacienta, který je ohrožen vznikem dekubitů, jaké jsou možnosti prevence a v neposlední řadě zda mají všeobecné sestry dostatek informací týkajících se ošetrovatelské péče o dekubity.

ZÁVĚR

Vzhledem k tomu, že dekubity jsou a stále budou u pacientů vznikat, je nezbytné dbát na to, aby se o této problematice hovořilo. Důležité je se zaměřit na prevenci vzniku dekubitů. Jak jsem již zmínila, dekubity vznikají, neboť populace stárne a pacientů s imobilizačním syndromem bude stále přibývat. Ale jejich dalšímu vzniku lze alespoň částečně zabránit, zejména dobrou kvalitou ošetrovatelské péče. Je důležité, aby všichni zdravotníci věděli, jakým způsobem dekubity rozpoznat, léčit, ale hlavně jak jim předcházet. Je dále důležité, aby nedocházelo k pozdnímu objevení dekubitů, tudíž se prodlužovala délka léčby a s ní spojené riziko vzniku komplikací a dalších přidružených onemocnění.

POUŽITÉ ZDROJE

- [1] GROCHALOVÁ, Mgr. Marcela. Výživa nemocných s dekubity. Sestra. Praha: MF Medical & Digital Media, 2015, X.(9), 24-26. ISSN 2336-2987.
- [2] Hojení ran. *Hojení ran* [online]. Praha, 2017 [cit. 2017-10-27]. Dostupné z: <http://www.hojeniran.cz>
- [3] KALVACH, Zdeněk. Geriatrické syndromy a geriatrický pacient. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2490-4.
- [4] KAPOUNOVÁ, Gabriela. Ošetrovatelství v intenzivní péči. Praha: Grada, 2007. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-1830-9
- [5] MIKULA, Jan a Nina MÜLLEROVÁ, 2008. Prevence dekubitů. 1. vydání, Praha: Grada Publishing, a.s. 96 s. ISBN 978-80-247-2043-2.
- [6] MOLČÁNOVÁ, Jana. Léčba ran a dekubitů. Diagnóza v ošetrovatelství. 2008, roč. IV, č. 10, s. 14-16. ISSN 1801-1349.
- [7] PEJZNOCHOVÁ, Irena, 2010. Lokální ošetrování ran a defektů na kůži. 1. vydání, Praha: Grada Publishing, a.s. 76 s. ISBN 978-80-247-2682-3
- [8] POKORNÁ, Andrea a Romana MRÁZOVÁ. Kompendium hojení ran pro sestry. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3371-5.
- [9] POKORNÁ, Andrea a kol., 2013. Ošetrovatelství v geriatrii/hodnotící nástroje. 1. vydání, Praha: Grada Publishing, a.s. 193 s. ISBN 978-80-247-4316-5.
- [10] VOŠ zdravotnická a Střední zdravotnická škola, Hradec Králové, 2012. Multimediální trenažér plánování ošetrovatelské péče. [online]. [cit. 2014-19-05]. Dostupné z: <http://ose.zshk.cz/vyuka/hodnotici-skaly.aspx>
- [11] VYLAHOVÁ, Dana, 2014. Realizace a problematika ošetrování dekubitů v Nemocnici Jihlava. [online]. [cit. 2017-05-17]. Bakalářská práce. Vysoká škola polytechnická Jihlava. Dostupné z: <https://knihovna.vspj.cz/bakalarske-prace/obhajene>

DECUBITUS AS A SERIOUS NURSING PROBLEM



KONTAKTNÍ ÚDAJE:

Mgr. Petra Vršecká
Vysoká škola polytechnická Jihlava
Katedra zdravotnických studií
Tolstého 16
586 01 Jihlava
e-mail: petra.vrsecka@vspj.cz

ABSTRACT

The decubitations I would like to address in this paper are a very serious complication of patient treatment. It is mostly about nursing care failure. The incidence of decubitus is dependent on many factors, whether it is nutrition or immobility of the patient. It depends on the entire medical team, how they will care for the decubitus and how far they will be in their department. Proper prevention can prevent this disease. Prevention includes regular positioning, hygiene, the use of anti-decubital aids and properly selected nutrition. In the treatment of already established decubitus, the use of modern therapy, so-called wet therapy, is particularly preferred today, as its good effectiveness in the treatment of chronic wounds has been demonstrated.

KEYWORDS:

dekubitus, wound healing, positioning, nursing care, anti-decubitus

INFORMOVANOST O RIZICÍCH UŽÍVÁNÍ HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCE V SOUVISLOSTI S TROMBOFILNÍ MUTACÍ LEIDEN

LENKA ROSKOVÁ
DAGMAR BYSTŘICKÁ
JIHOČESKÁ UNIVERZITA
V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH



ABSTRAKT

Článek se zabývá problematikou hormonální antikoncepce v souvislosti s vrozenými trombofilními mutacemi s akcentem na mutaci Leidenskou a urgentními stavy s projevem trombembolické nemoci. Cílem příspěvku je poukázat na dané souvislosti a reflektovat výzkum zabývající se informovaností dívek a mladých žen ve věku 15–29 let. Jako metoda zkoumání byl zvolen kvantitativní výzkum prostřednictvím anonymního šetření zadávaného nahodilým výběrem. Výsledky byly zpracovány mnoho-rozměrnou korespondenční analýzou v programu Canoco 5. Z analýzy vyplynuly dva zásadní trendy. Tím prvním je fakt, že respondentky i přesto, že znají rizika užívání hormonální antikoncepce a jsou informovány o problematice trombofilních mutací, hormonální antikoncepci užívají. Druhým trendem je mrespondentky, v jejichž rodinné anamnéze se vyskytla trombóza, v obdobné míře udávají informovanost ze strany lékařů. Ty respondentky, které uvádějí v rodinné anamnéze trombózu, hodnotí pozitivně míru informací ze strany ošetřujícího lékaře (gynekologa, praktické lékaře, pediatra).

KLÍČOVÁ SLOVA:

hormonální antikoncepce,
trombofilní mutace, Leidenská
mutace, trombembolická nemoc,
kardiovaskulární onemocnění

ÚVOD

Užívání hormonální antikoncepce přináší velká pozitiva, ale také negativa. Negativa jsou nejčastěji spojována zejména s kardiovaskulárními onemocněními (CVD) v souvislosti s tromboembolickou nemocí (TEN). Tromboembolická rizika se týkají poměrně velkého počtu žen zejména ve fertilním věku. Dle WHO je 31 % všech úmrtí způsobeno právě kardiovaskulárními onemocněními. Jedná se o data z roku 2015 (WHO, 2017). Vzhledem k závažnosti níže popisovaných onemocnění a jejich incidenci v populaci právě ve spojitosti s užíváním hormonální antikoncepce je potřeba o tomto fenoménu otevřeně a pravdivě informovat. Jen tak je možné požadovat osobní zodpovědnost každé ženy za své zdraví a ochotu učinit kvalifikované rozhodnutí o užívání či neužívání hormonální antikoncepce.

EXPOZICE DO PROBLEMATIKY KARDIOVASKULÁRNÍCH ONEMOCNĚNÍ V KONTEXTU LEIDENSKÉ MUTACE A HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCE

Problematika užívání hormonální antikoncepce dospívajícími dívkami a mladými ženami v souvislosti s rizikovými faktory způsobujícími kardiovaskulární onemocnění není široké ani odborné veřejnosti dostatečně známa.

Četné epidemiologické studie prokázaly zvýšené riziko pro kardiovaskulární nemoci asociované s užíváním hormonální antikoncepce mimo jiné u žen s hypertenzí, u kuřáček a u žen trpících migrénou (Pettiti, 2003; Curtiet al., 2002). Další ohroženou skupinu představují ženy s vrozeným rizikem pro kardiovaskulární onemocnění způsobeným tzv. trombofilními stavy. Trombofilní stavy jsou poruchy krevní srážlivosti spojené se zvýšeným rizikem vzniku trombóz, které mohou být podmíněny geneticky, mohou být získané, nebo obojí. Dle British Committee for Standards in Haematology jsou definovány jako stavy narušující hemostázu, která je pak vychýlena směrem k trombóze (Dulíček, 2012). Mezi důsledky trombofilních stavů patří například plicní embolie, hluboká žilní trombóza nebo akutní infarkt myokardu, souhrnně nazývané tromboembolická nemoc (TEN).

Mezi nejrizikovější vrozené faktory v evropské populaci patří Leidenská mutace. Leidenská mutace (Factor V Leiden) je známa od roku 1993, kdy byla definována jako významný činitel v souvislosti s poruchami krevní srážlivosti. Tato mutace ovlivňuje hemokoagulační faktor V a vede ke zvýšené krevní srážlivosti v důsledku APC rezistence. Incidence Leidenské mutace se pohybuje od 5 do 20 % (Hyánek a kol, 2010). Prevalence ve zdravé bělošské populaci je 3-7 %. Například v USA, kde se nachází smíšená evropská populace, se výskyt pohybuje kolem 5 %. Velké rozdíly jsou zaznamenány v Evropě, kde je nízká prevalence například v Itálii a Španělsku (asi 2 %) a naopak vysoká ve Švédsku (10–15 %) (Hyánek a kol., 2010).

Nebezpečí Leidenské mutace narůstá zejména v kombinaci s dalšími rizikovými faktory, mezi něž patří hlavně užívání hormonální antikoncepce, obezita, kouření, dlouhé cestování atd. Zvýšené riziko trombózy platí přirozeně pro ženy ovlivněné účinkem hormonu estrogenu, a to ať v těhotenství, během porodu, šestinedělí, menopauzy, dále při užívání hormonální antikoncepce či hormonální léčby (hormonální substituce, HRT). Ohrožení jsou také muži opět v souvislosti s obezitou, kouřením nebo dlouhým cestováním (Poul, 2006).

Leidenská mutace může být v genomu jedince přítomna v homozygotní nebo heterozygotní formě. Nositelé heterozygotní formy (mutace je získána pouze od jednoho z rodičů) jsou ohroženi obvykle až při přítomnosti dalších rizikových faktorů a riziko trombózy je zvýšené asi 7x, kdežto u homozygotů (nositelé získali mutaci od obou rodičů) je toto riziko zvýšené 80 – 100x. Celkové riziko navíc roste v kombinaci s dalšími rizikovými faktory exponenciálně. Nejvyšší výskyt homozygotů je právě v naší evropské populaci (1: 5000) (Hyánek a kol., 2010). Uživatelky hormonální antikoncepce s diagnostikovanou Leidenskou mutací v heterozygotní formě mají až 35x zvýšené riziko žilní trombózy, a v případě homozygotní formy pak 80 až 100x (Widimský, Malý a kol., 2011). Užívání estrogenové hormonální antikoncepce se tedy nedoporučuje heterozygotním nositelkám Leidenské mutace a pro homozygotní nositelky je její užívání přímo kontraindikováno.

Vliv hormonální antikoncepce na růst rizika trombembolií je popsán v mnoha studiích (Kemmeren et al. 2001; Reid et al. 2010; Stegeman et al. 2013; Weil et al. 2016). Velkým tématem je množství hormonu estrogenu v preparátech hormonální antikoncepce zvyšující riziko vzniku trombóz. V minulosti obsahovala perorální antikoncepce až 100 mikrogramů a více hormonu estrogenu (ethylenestradiol). V současné době je to mnohem méně (<30 mikrogramů), což vede ke snížené rizikovosti těchto preparátů. Nicméně nejsou zaznamenány rozdíly mezi výskytem trombotických komplikací v rozmezí dávkování 30–50 mikrogramů ethinylestradiolu (Dulíček, 2012). U kontraceptiv s ještě nižším dávkováním zatím nebyly provedeny validní studie, které by prokázaly, že snižováním množství účinné látky, tedy v tomto případě ethinylestradiolu, by došlo ke snížení celkového rizika. Jsou autoři, kteří tento názor nesdílí a tvrdí, že ke snížení rizika nedochází.

Pro rizikovost užívání hormonální antikoncepce je zásadní délka jejího užívání. Riziko vzniku trombembolické nemoci je nejvyšší v prvním roce (5x), v době užívání mezi 1–5 lety pak se riziko 2,5x snižuje a po 5. roce užívání se snižuje ještě více 2,1x (Chroustová a kol., 2009). Studie Vandenbroucka, zmiňovaná v článku Šmírové a kol., tuto souvislost ovšem popírá (Šmírová a kol. 2002).

U mladých žen, kde je právě vzhledem k věku nízký výskyt trombotických komplikací, je perorální antikoncepce hlavní příčinou žilních trombembolií a to nejen v přítomnosti FVL nebo jiných vrozených trombofilních stavů.

Zajímavá je i studie Chroustové a kolektivu z let 2002–2008 zaměřená na pacientky ve věkové kategorii 15–25 let sledované pro suspektní plicní embolii právě v souvislosti s užíváním hormonální antikoncepce. Tato studie uvádí, že zcelkového počtu 134 pacientek jich 89 užívalo hormonální antikoncepci (66 %) a 25 mělo známky plicní embolie (28 %). U zbývajících 45 dívek byla plicní embolie prokázána ve 4 případech (9 %). Závěrem autoři konstatují, že hormonální antikoncepci je nutno brát v úvahu jako poměrně významnou příčinu vzniku plicní embolie u velmi mladých dívek (Chroustová et al. 2009).

Na tomto místě je vhodné zmínit výsledky, které byly zjištěny v genetické laboratoři GENLABS v Českých Budějovicích. Celkem bylo vyšetřeno 98 dívek a žen ve věku od 15 do 49 let na přítomnost Leidenské mutace, přičemž bylo zachyceno celkem 9 pozitivních případů (8 heterozygotek a 1 homozygotka), což představuje 9,2 % (data získaná od prosince 2013 do června 2017). Pokud ovšem sledovanou skupinu rozšíříme na všechny jedince vyšetřené na přítomnost Leidenské mutace zahrnující tedy i muže a mladší nebo starší ženy, je procento zachytu podstatně vyšší a to 23 % (data získaná od ledna 2014 do ledna 2017) (nepublikovaná data).

METODIKA A CHARAKTERISTIKA SOUBORU

Článek reflektuje výzkum informovanosti dívek a mladých žen o problematice možných dopadů hormonální antikoncepce (OCs) na zdraví uživatelék, který byl realizován v zimních měsících roku 2014 až 2015. Cílem článku je představit výzkum realizovaný ve skupině 500 dívek a mladých žen zabývajících se mírou informovanosti o problematice trombofilních onemocnění, o možných souvislostech s užíváním hormonální antikoncepce a přítomností Leidenské mutace.

V rámci výzkumu bylo využito anonymní dotazníkové šetření zadávané nahodilým výběrem. Jediným rozhodným kritériem, kromě ženského pohlaví, byl věk 15–29 let a bydliště v České republice v době vyplňování dotazníku. K uskutečnění výzkumu nebylo třeba žádné zvláštní povolení, byl realizován mezi širokou veřejností. Bylo rozdáno 500 dotazníků, návratnost byla 100 %. Dotazníky byly rozdávány osobně v kavárnách, v knihovnách, na ulici. Respondentky dotazníky vyplnily na místě a vrátily v zalepené obálce. Tak byla zajištěna anonymita. Z celkového počtu bylo 13 dotazníků vyřazeno z důvodu neúplného vyplnění. Analyzováno tedy bylo 487 dotazníků.

Hlavní trendy vyplývající z příslušnosti k ordinačním osám v datovém souboru byly vizualizovány pomocí korespondenční analýzy (CCA) v programu Canoco verze 5. (Ter Braak a Smilauer, 2012). Věk zde byl použit jako kovariát.

VÝSLEDKY

Z výzkumného šetření vyplývá, že ve sledované skupině 487 respondentek ve věkovém rozmezí 15-29 let užívá nebo v minulosti užívalo hormonální antikoncepci 338 respondentek, což činí 69,4 %. Z celkového počtu uživatelék hormonální antikoncepce bylo nuceno ukončit užívání ze zdravotních důvodů 45 (9,24 %) respondentek. Podstatnou otázkou byly důvody ukončení užívání hormonální antikoncepce s cílem zjistit, zda tímto důvodem bylo i zjištění přítomnosti trombofilní mutace, případně trombofilní komplikace. Jako nejčastější důvody pro ukončení užívání hormonální antikoncepce respondenty uváděly: deprese, migrény, problémy se štítnou žlázou, ovariální cysty, hypertenzi, onemocnění jater, otoky končetin, přibývání na váze, ale i komplikace vzniklé v souvislosti s trombofilními stavy, případně přímo diagnostikovanou některou z vrozených trombofilních mutací.

Informovanost o plicní embolii je poměrně vysoká. Kladně na otázku, zda mají informace o plicní embolii, odpovědělo 48,25 % respondentek. U otázky, zda mají respondenty informace o Leidenské mutaci, je situace obdobná, kladně odpovědělo 29,57 % respondentek.

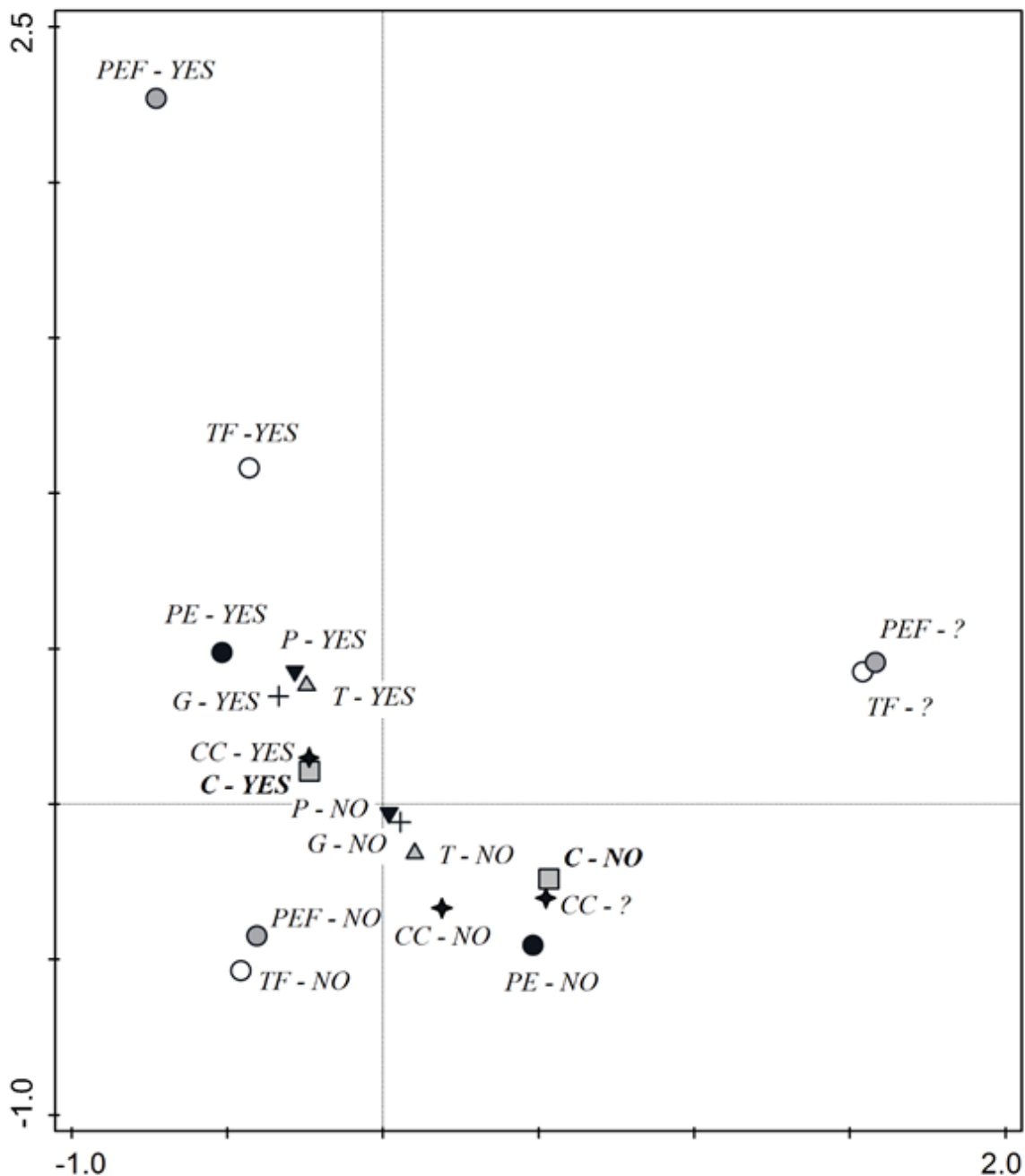
Otázka povědomí o problematice trombofilních mutací byla kladně zodpovězena 15,2 % respondentek.

U 19,71 % respondentek se v rodinné anamnéze vyskytla trombóza. Tyto respondenty ve 14,37 % pozitivně hodnotí informovanost ze strany lékaře gynekologa a v 6,37 % ze strany pediatra či praktického lékaře.

Z výzkumu vyplynuly tyto významné trendy.

1. Respondenty i přesto, že znají rizika užívání hormonální antikoncepce a jsou informovány o problematice trombofilních mutací, hormonální antikoncepci užívají.
2. Respondenty, v jejichž rodinné anamnéze se vyskytla trombóza, v obdobné míře udávají informovanost ze strany lékařů.

Užívání hormonální antikoncepce bylo jednoznačně spojeno s vědomím trombózy a zvýšeného rizika trombózy a plicní embolie při užívání hormonální antikoncepce. Stejně respondenti prohlásily, že jejich gynekolog a praktický lékař je informoval o rizicích užívání hormonální antikoncepce. Současně tyto respondenty často potvrdily, že v jejich rodině se vyskytla plicní embolie a trombóza (obr. 1).



Obr. 1.: Skóre výsledků odpovědí v dotazníku. Korespondenční analýza, ordinační osy I a II společně vysvětlují 44.9 % variability. T – Informovanost o trombóze, TF – Výskyt trombózy v rodině, PE – Informovanost o plicní embolii, PEF – Výskyt plicní embolie v rodině, G – Informace o trombofilních mutacích ze strany gynekologa, P – Informace o trombofilních mutacích ze strany obvodního lékaře, C – Užívání hormonální antikoncepce, CC – Zvyšuje užívání hormonální antikoncepce riziko trombózy a plicní embolie? Kategorie odpovědí jsou „ano“ (yes), „ne“ (no) a „nevím“ (?). Otázky jsou odlišeny symboly a zabarvením.

Z celkového počtu respondentek užívalo hormonální antikoncepci 69,4 %. V Evropě užívá v současné době hormonální antikoncepci 17,4 % žen, v České republice je to 32 % (Klapilová a kol., 2012). Ve sledované skupině se tedy jedná o více než dvojnásobek v rámci České republiky. Vezmeme-li v úvahu údaj evropský, jedná se až o čtyřnásobek. Podle statistiky ÚZIS užívalo v roce 2013 nějakou formu hormonální antikoncepce 52 % žen ve fertilním věku (ÚZIS, 2014). Nicméně tyto údaje se týkají žen ve věkovém rozpětí 15-49 let. Je pravděpodobné, že uživatelek s rostoucím věkem spíše ubývá, proto je procento uživatelek ve výzkumem sledované skupině významně vyšší. Z výzkumu tedy vyplývá, že procento dívek a mladých žen užívajících hormonální antikoncepci je poměrně vysoké.

Nejčastějšími důvody ukončení užívání hormonální antikoncepce jsou dle respondentek tyto: deprese, migrény, problémy se štítnou žlázou, ovariální cysty, hypertenze, onemocnění jater, otoky končetin, přibývání na váze, komplikace vzniklé v souvislosti s trombofilními stavy, zjištění trombofilní mutace. Současné epidemiologické studie potvrzují tyto negativní dopady na ženské zdraví a kvalitu života. Citterbart (2001), Čepický (2002), Hyánek (2010), Tesařová (2012) uvádějí jako nejvýznamnější nežádoucí účinky hormonální antikoncepce: nauzeu a zvracení, nárůst tělesné hmotnosti, hypertenzi, bolesti hlavy, poruchy vidění, deprese, nepravidelný menstruační cyklus, lékové interakce, venózní trombembolie, kardiovaskulární onemocnění a infarkt myokardu, zvýšené riziko vzácného hepatocelulárního adenomu, ovariální cysty, karcinom děložního čípku nebo karcinom prsu (u žen užívajících hormonální antikoncepci před dvacátým rokem života).

Z prezentovaného výzkumu vyplývá, že respondentky i přesto, že znají rizika užívání hormonální antikoncepce a jsou informovány o problematice trombofilních mutací, hormonální antikoncepci užívají. Informovanost o plicní embolii je poměrně vysoká (48,25 %), stejně tak o Leidenské mutaci (29,57 %), nicméně otázka povědomí o trombofilních mutacích tak vysoké procento nevykazuje (15,2 %). Lze tedy předpokládat, že respondentky mají kusé informace o různých zdravotních rizicích, ale nejsou schopny je náležitě propojit a vyvodit pro sebe a své zdraví patřičné důsledky. Tyto závěry podporuje Máslová, která upozorňuje na možná rizika související s užíváním hormonální antikoncepce a s přítomností hlubokého žilního zánětu, mozkové příhody, embolií plic, karcinomu prsu apod., a upozorňuje na skutečnost, že jeden z 12 lidí má nějakou koagulační poruchu. To znamená, že například min. 1-2 studentky (uživatelky hormonální antikoncepce) běžné třídy podstupují významné riziko, zvláště pak pokud kouří (Máslová, 2011). Vysoké procento uživatelek hormonální antikoncepce lze odůvodnit i hodnotovou orientací a žebříčkem priorit ve společnosti (zamezení „nechtěnému těhotenství“, plánované rodičovství, touha po emancipaci).

Respondentky, v jejichž rodinné anamnéze se vyskytla trombóza (19,71%), v obdobné míře udávají informovanost ze strany lékařů, přičemž subjektivně hodnotí pozitivně informovanost ze strany lékaře gynekologa 14,37 % respondentek a ze strany pediatra/ praktického lékaře 6,37 %. Díky mnohorozměrné metodě CCA víme, že takto odpověděly tytéž respondentky. Lze se tedy domnívat, buď že jim byla správně odebrána osobní i rodinná anamnéza, na základě které byly správně a včas informovány, anebo že respondentky byly informovány až v případě komplikací souvisejících s trombofilními stavy. V tom případě nám ovšem vyvstává otázka, proč nejsou včas a správně informovány všechny potenciální uživatelky hormonální antikoncepce. Situace, kdy 85,63 % respondentek uvádí neinformovanost ze strany gynekologa a 93,63 % ze strany pediatra/ praktika o trombofilních mutacích, je přinejmenším alarmující. Widimský například uvádí výskyt žilních embolií 30:100 000. Tento údaj, vztažený na Českou republiku, znamená zhruba 7100 nově zjištěných případů ročně (Widimský, Malý a kol., 2011). Autor vychází ze studií prováděných v USA, protože v ČR není tato problematika podrobně zkoumána. Je zřejmé, že toto číslo nezahrnuje pouze mladé ženy užívající hormonální antikoncepci, ale i ženy užívající hormonální substituci (HRT) a ostatní populaci. Jejich počet nelze vzhledem k nízké propitvanosti přesně odhadnout. Nicméně vzhledem k tomu, že v sázce jsou lidské životy, nelze tuto problematiku podceňovat. Cibula uvádí, že před zahájením a vůbec doporučením užívání hormonální antikoncepce by měla být zjištěna rodinná anamnéza žilní trombózy a plicní embolie v první a druhé příbuzenské linii (Cibula et al., 2003). Pokud by taková anamnéza byla rutinně odebírána, procento neinformovaných respondentek by nemělo být tak vysoké. Šmírová, Chochola a Ascherman k tomu doporučují pečlivé odebírání anamnézy, a to zejména s ohledem na rodinný výskyt TEN, což by jistě vedlo ke snížení rizika vzniku hluboké žilní trombózy a dalších souvisejících zdravotních komplikací. Autoři dodávají, že ženy je vhodné poučit o rizicích spojených s užíváním hormonální antikoncepce (Šmírová a kol., 2002). Z toho lze vyvodit, že by bylo prospěšné, v zájmu ochrany zdraví žen a prevence trombofilních zdravotních komplikací, informovat objektivně a pravdivě všechny potenciální uživatelky hormonální antikoncepce o všech možných rizicích, a dát tak možnost i pro kvalitnější odebrání rodinné anamnézy. Naopak Procházka a Procházková (2010) uvádí jako absolutní kontraindikaci pro nasazení antikoncepce deficit antitrombinu III, deficit proteinu C, homozygotní formu Leidenské mutace a kombinaci trombofilních mutací, přičemž mutace blíže nespecifikují. Ostatní trombofilní mutace, dle jejich názoru, představují pouze relativní kontraindikaci. Tzn. screeningové vyšetřování žen před předepsáním hormonální antikoncepce na přítomnost trombofilních mutací není indikováno a kontraindikací není ani rodinná anamnéza hluboké žilní trombózy (Procházka a Procházková 2010). To je zcela v rozporu s ostatními pracemi. Prakticky to znamená, že se čeká, až uživatelka hormonální antikoncepce onemocní trombózou a pak teprve je dále vyšetřována na přítomnost trombofilních mutací.

Trombóza, případně plicní embolie, v rodinné anamnéze zvyšuje vnímání trombózy jako život ohrožující zdravotní komplikaci a zvyšuje ochotu k aktivnímu přístupu k vlastnímu zdraví. Negativní zkušenost s výše uvedenými zdravotními komplikacemi, ať už osobními

nebo rodinnými, zvyšuje schopnost vnímání trombóz jako život ohrožujících. Zde se opět dostáváme k tématu dostatečné informovanosti, protože pokud za kvalifikovaným a zodpovědným postojem k vlastnímu zdraví musí nutně stát negativní zkušenost, je otázkou, zda by se i tato oblast neměla stát předmětem primární prevence. Koliba píše, že absolutní kontraindikací užívání hormonální antikoncepce je mimo jiné (deficit antitrombinu III, deficit proteinu C) homozygotní forma Leidenské mutace (ostatní trombofilní mutace představují relativní riziko) (Koliba, 2007). Nicméně z ekonomických důvodů a důvodů nízké prevalence (což je ovšem věc názoru) není celoplošný screening trombofilních mutací indikován. Je ovšem otázkou, zda by tedy nebylo vhodné i přesto doporučit potencionálním uživatelkám vyšetření trombofilních mutací třeba i formou samoplátcovství. Riziko nosičství takové trombofilní mutace by mohlo být včas odhaleno. Rozhodnutí k užívání či neužívání hormonální antikoncepce je na ženě samotné. Ale toto rozhodnutí by mělo být kvalifikované, což lze zajistit pouze dostatkem pravdivých informací.

Zde je vhodné citovat výzkum, který se zabýval genetickými predispozicemi k závažným onemocněním. Z výzkumu vyplynulo, že každá desátá žena má vrozené dispozice pro trombózu, což potvrzují také data získaná v genetické laboratoři GENLABS (9,2 % pozitivních případů u žen ve věkové skupině 15 až 49 let, tedy ve fertilním věku), jak zmiňujeme výše. Více než 70 % těchto žen nesplňuje kritéria pro testování genetických mutací, takže se o své predispozici nedozví. U 50 % těchto žen byly zjištěny další rizikové faktory pro TEN, jako je kouření a užívání hormonální antikoncepce. Vzhledem k exponenciálnímu nárůstu rizik je ohrožení těchto žen vysoké. (VZP, 2012).

ZÁVĚR

Téma hormonální antikoncepce je v současné době velmi aktuální, je součástí celospolečenské diskuse, leckdy i velmi emotivní. Z výše uvedeného vyplývá, že informace o této problematice u dívek a mladých žen nejsou ucelené a ani se nijak významně neodrážejí v přístupu k užívání hormonální antikoncepce. Ta je dle dostupných materiálů, statistik a výsledků výzkumného šetření ve věkové skupině 15 až 29 let užívána ve vysoké míře bez ohledu na možná rizika. Prevalence Leidenské mutace, která je náplní tohoto článku právě ve spojitosti s užíváním hormonální antikoncepce a kardiovaskulárními onemocněními, zjištěná genetickou laboratoří GENLABS v Českých Budějovicích je 9,2 % ve skupině žen ve fertilním věku. Rizikovost se tedy blíží horní hranici prevalence zmiňované v odborné literatuře. Otázka snížení rizik zdravotních komplikací způsobených hormonální antikoncepcí v souvislosti s trombofilními mutacemi není v zamezení užívání, ale v objektivním a pravdivém podávání informací, které povedou k možnosti odpovědného a informovaného rozhodnutí. Jako první krok směřující k nápravě neutěšeného stavu informovanosti populace by mohlo být doporučení genetického vyšetření trombofilních mutací třeba i formou samoplátcovství, a to nejen žen mezi 15. a 29. rokem, kterých se týkal tento výzkum, a nejen v souvislosti s hormonální antikoncepcí, ale každého

člověka. Je nezbytné připomenout, že rizikových faktorů je mnoho a nevyhýbají se ani mužům. A jak je patrné z výsledků genetické laboratoře GENLABS, v okamžiku, kdy rozostříme náhled na zkoumanou skupinu mimo ženy ve fertilním věku, je rázem výskyt ve zkoumaném vzorku neindikovaných vyšetření 23 %. A toto číslo už stojí za zvážení plošného doporučení vyšetření trombofilních mutací. Genetické vyšetření trombofilních mutací se provede jednou za život a klient provždy ví, jak na tom je, se vším počítá, je informovaný a může tak zodpovědně přistoupit k vlastnímu zdraví.

Poděkování

Autorky děkují Mgr. Janu Riegertovi Ph.D. za zpracování statistiky a Dis. Jakubu Mádlovi za poskytnutí dat výzkumu provedeného v rámci jeho absolventské práce.

POUŽITÉ ZDROJE

- [1] CIBULA D., et al. Konsenzuální stanovisko k indikacím vyšetření Leidenské mutace (FVL – Leienská mutace faktoru V) před doporučením kombinované hormonální kontracepce (COC) či hormonální substituční léčby (HRT).Čes. Gynek. 2003; 68: 212.
- [2] CITTERBARTK.,Gynekologie. Praha: Galén, 2001. str. 99
- [3] CURTIS KM, CHRISMAS CE, PETERSON HB 2002 Contraception for women in
- [4] selected circumstances.Obstet Gynecol 99:1100–1112
- [5] ČEPICKÝ P. Úvod do antikoncepce pro lékaře negynekology. Praha: Levret, 2002. 92 s.
- [6] DULÍČEK P. Možnosti antikoncepce u pacientek s trombofilií.2012. Practicus, str. 32-33
- [7] HYÁNEK J. a kol. Tromboembolické příhody u dívek a mladých žen užívajících hormonální antikoncepci. 2010. Československá Pediatrie 65 (6): 369-383.
- [8] CHROUSTOVÁ D., KRÁTKÁ K., PALYZOVÁ D., PETR R. Výskyt plicní embolizace u mladých dívek ve věku 15-24 let z hlediska užívání hormonální antikoncepce. Praktický lékař 2009, 89, č. 8, str. 439-443
- [9] KLAPILOVÁ K. a kol. Vliv orální hormonální antikoncepce na ženskou sexualitu v evoluční perspektivě.Česká a slovenská psychiatrie [online] 2012 [cit. 14.6.2017] Dostupné z: <http://www.cspsychiatr.cz/detail.php?stat=776>Čes a slov Psychiatr 2012;108(1): 14 -21 - vyšlo v 2012
- [10] KEMMEREN, J.M., ALGRA, A. & GROBBEE, D.E. 2001, „Third Generation Oral Contraceptives And Risk Of Venous Thrombosis: Meta-Analysis“, BMJ: British Medical Journal, vol. 323, no. 7305, pp. 131-134.
- [11] KOLIBA P. Rizika a přínos hormonální antikoncepce. 2007, Interní medicína pro praxi.roč. 9, č. 11, s. 520-524.
- [12] PETITTI DB 2003 Clinical practice. Combination estrogen-progestin oral contraceptives.
- [13] N Engl J Med 349:1443–1450
- [14] POUL H. Trombofilní stavy významné v patogenezi žilní tromboembolické nemoci, Doporučení pro klinickou praxi. [online] 2017 [cit. 14.6.2017] Dostupné z: <http://www.thrombosis.cz/>
- [15] PROCHÁZKA, PROCHÁZKOVÁ. Hormonální antikoncepce a trombofilní stavy. Interní Med. 2010; 12(7-8): 369-371
- [16] REID, R., LEYLAND, N., WOLFMAN, W., ALLAIRE, C., AWADALLA, A., BEST, C., DUNN, S., LEMYRE, M., MARCOUX, V., MENARD, C., POTESIO, F., RITTENBERG, D., SINGH, S. & SENIKAS, V. 2011, „Oral contraceptives and the risk of venous thromboembolism: An update“, International Journal of Gynecology and Obstetrics, vol. 112, no. 3, pp. 252-256.
- [17] ROSKOVÁ L, BYSTRICKÁ D. Trombofilní mutace v souvislostech s hormonální antikoncepcí a substitucí.Prevence úrazů, otrav a násilí.2014. no. 2. str. 158-159

- [18] STEGEMAN, B.H., BASTOS, M.D., ROSENDAAL, F.R., A VAN HYLCKAMA Vlieg, HELMERHORST, F.M., STIJNEN, T. & DEKKERS, O.M. 2013, „Different combined oral contraceptives and the risk of venous thrombosis: systematic review and network meta-analysis“, *BMJ: British Medical Journal*, vol. 347, no. 7925, pp. 11-11.
- [19] ŠMÍROVÁ S., CHOCHOLA M., ASCHERMANN M. Hluboká žilní trombóza v souvislosti s užíváním estrogen-gestagenní perorální antikoncepce: hluboká žilní trombóza. *Kardiologická revue*. 2002, str. 279-281.
- [20] Ter Braak C.J.F. & Smilauer P. (2012): Canoco reference manual and user's guide: software for ordination, version 5.0. MicrocomputerPower, Ithaca, USA, 496 pp.
- [21] TESAŘOVÁ P. Hormonální antikoncepce a rakovina. Jaká jsou rizika? *Top lékař.cz* [online] 19.1.2012 [cit. 10.2.2015] Dostupné z: <http://www.toplekar.cz/archiv-clanku/hormonalni-antikoncepce-a-rakovina-jaka.html>
- [22] ÚZIS ČR, Aktuální informace č. 14/2014 [online] 2013 [cit. 14.2.2015] Dostupné z: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/cinnost-oboru-gynekologie-peco-zeny-roce-2013>
- [23] VZP, Projekt VZP zmapoval u českých žen genetické vlohky k závažným onemocněním. [online] 2012 [14.2.2015] Dostupné z: <http://www.porodnice.cz/clanky/projekt-vzp-zmapoval-u-ceskych-zen-geneticke-vlohy-k-zavaznym-onemocnenim>
- [24] WEILL, A., DALICHAMPT, M., RAGUIDEAU, F., RICORDEAU, P., BLOTIÈRE, P., RUDANT, J., ALLA, F. & ZUREIK, M. 2016, „Low dose oestrogen combined oral contraception and risk of pulmonary embolism, stroke, and myocardial infarction in five million French women: cohort study“, *BMJ (Clinical research ed.)*, vol. 353, pp. i2002.
- [25] WIDIMSKÝ J., MALÝ J. a kol. Akutní plicní embolie a žilní trombóza. Praha: Triton, 2011, str. 45-46
- [26] WHO. 2017, Cardiovascular diseases (CVDs) [online] 2017 [14.6.2017] Dostupné z: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/>

AWARENESS OF THE RISKS OF USING HORMONAL CONTRACEPTION IN THE CONTEXT OF THE LEIDEN THROMBOPHILIC MUTATION

ABSTRACT

This article deals with the issue of hormonal contraception in the context of hereditary thrombophilic mutations. We focused on the Leiden mutation and urgent conditions regarding the symptoms of thromboembolic disease. The goal is to show the context and reflect the research which deals with the awareness of girls and young women between 15 and 29 years. We chose a quantitative method for the research an anonymous random selection of participants. The results were processed by a multidimensional correspondence analysis using the Canoco 5 programme. The analysis showed two important trends. The first is the fact that the respondents used hormonal contraception despite knowing the risks and the awareness of the issue of thrombophilic mutations. The second trend is that the respondents whose families had thrombosis in their medical history were informed by their doctors about the issue. These respondents assessed the level of information from their doctors (gynaecologist, GP or paediatrician) very positively.

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

PhDr. Lenka Rosková
Jihočeská univerzita v Českých
Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Ústav humanitních studií
v pomáhajících profesích
J. Boreckého 1167/27
370 11 České Budějovice
e-mail: lroskova@zsf.jcu.cz

Mgr. Dagmar Bystřická, Ph.D.
Jihočeská univerzita v Českých
Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Ústav laboratorní diagnostiky
a veřejného zdraví
J. Boreckého 1167/27
370 11 České Budějovice
e-mail: dbystricka@zsf.jcu.cz

KEYWORDS:

Hormonal contraception,
Thrombophilic mutation, Leiden
mutation, Thromboembolic disease,
Cardiovascular disease

HELLP SYNDROM U TĚHOTNÝCH ŽEN

JANA ŠÁLKOVÁ
OSTRAVSKÁ UNIVERZITA
V OSTRAVĚ
FAKULTNÍ NEMOCNICE OSTRAVA

YVETTA VRUBLOVÁ
SLEZSKÁ UNIVERZITA V OPAVĚ

ABSTRAKT

Syndrom HELLP (hemolýza, elevace jaterních enzymů, trombocytopenie) je vzácnou, ale jednou z nejzávažnějších komplikací těhotenství, která je spojena se signifikantně horšími perinatologickými výsledky novorozenecké a mateřské morbidity a mortality. Cílem přehledové studie bylo analyzovat poznatky publikovaných studií, které se zabývaly symptomatologií, komplikacemi a ošetrovatelskou péčí žen, které prodělaly HELLP syndrom. Ze světových databází z let 1986-2015 bylo vybráno 13 studií, v nichž je popsáno 2310 případů těhotenství a stavů po porodu komplikovaných syndromem HELLP. Z výsledků studií vyplývají nejčastější komplikace jako preeklampsie, abrupce placenty, DIC a akutní renální selhání. U žen je nutná hospitalizace v režimu akutní péče s multioborovou spoluprací. Použity byly databáze Pub Med; EBSCO Nursing; Google Scholar.

KLÍČOVÁ SLOVA:

epigastrická bolest, nauzea,
preeklampsie, těhotenství, zvracení

ÚVOD

Syndrom HELLP (hemolýza, elevace jaterních enzymů, trombocytopenie) je vzácnou, ale jednou z nejzávažnějších komplikací těhotenství. Tato komplikace je vázaná pouze na těhotenství, projevuje se buď v kombinaci s klasickými příznaky preeklampsie (hypertenze, proteinurie, otoky, retence tekutin), nebo bez těchto známek, jako zcela odlišný klinický stav projevující se nejčastěji bolestí hlavy, poruchou visu, epigastrickou bolestí, otoky nebo nauzeou s typickým laboratorním nálezem hemolýzy, elevace jaterních testů a trombocytopenií (Šimetka et al. 2013). Všechny tyto příznaky se mohou projevit v různé míře.

Syndrom HELLP je spojen se signifikantně horšími perinatologickými výsledky novorozenecké a mateřské a morbidity a mortality (Curtin et al. 1999). Přes intenzivní výzkum je jeho predikce zatím nemožná, diagnóza bývá stanovena až na základě klinických příznaků. Kauzální terapií je ukončení gravidity a symptomatická terapie ženy před i po porodu. Vzhledem k závažnosti HELLP syndromu je jednou z priorit moderní perinatologie v rozvinutých zemích snaha o pochopení patofyziologických mechanismů spojených s preeklampií a HELLP syndromem, se zaměřením na výsledky screeningových testů k časné identifikaci žen s rizikem rozvoje těchto komplikací, které by mohly následně profitovat z dispenzarizace a časné léčby (Gul et al. 2004).

INCIDENCE

Nejčastěji se udává, že HELLP syndrom komplikuje přibližně 0,5 - 0,9 % všech těhotenství a vyskytuje se u 10 – 20 % žen, jejichž těhotenství je komplikováno preeklampií. Více než 90 % všech případů syndromu HELLP se rozvíjí před porodem a to nejčastěji v období mezi 27. a 37. týdnem těhotenství. 10 % případů se rozvíjí ještě před 27. týdnem a 20 % případů po 37. týdnu. Kolem 10% všech případů HELLP syndromu se projevuje v časném postpartálním období, nejčastěji do 24 – 48 hodin po porodu vesměs u pacientek s hypertenzí a proteinúrií před porodem, nebo jsou zde známky preeklampsie. V 10 – 20% však tyto známky chybějí. U více než 50% žen má před nástupem symptomů provázející HELLP syndrom excesivní nárůst hmotnosti. HELLP syndrom postihuje převážně multiply bílé rasy ve věkové kategorii kolem 25 let (Asicioglu et al. 2014). Kauzální terapií je ukončení gravidity a symptomatická terapie ženy před i po porodu (Gul et al. 2004).

SYMPTOMATOLOGIE

Weinstein, 1982 uvádí Syndrom HELLP komplikací vázaná pouze na těhotenství, projevuje se buď v kombinaci s klasickými příznaky preeklampsie (hypertenze, proteinurie, otoky, retence tekutin), nebo bez těchto známek, jako zcela odlišný klinický stav projevující se nejčastěji bolestí hlavy, poruchou visu, epigastrickou bolestí,

otoky nebo nauzeou s typickým laboratorním nálezem hemolýzy, elevace jaterních testů a trombocytopenií. Všechny tyto příznaky se mohou projevit v různé míře. Pokud není přítomna preeklampsie, diagnóza HELLP syndrom bývá opožděná, uvádí (Duley 2002). Redman 1999 popisuje že, dominujícím klinickým příznakem je bolest v epigastriu, která je způsobená napínáním jaterního pouzdra při drobných krváceních do Disseho prostoru, dále nauzea a zvracení. Dalšími příznaky bývají bolesti hlavy a poruchy vizu, obávanými komplikacemi jsou rozvoj diseminované intravaskulární koagulace, subkapsulárního hematomu až ruptury jater a intracerebrálního krvácení.

Mezi nejzávažnější komplikace u žen s HELLP syndromu v graviditě a v šestinedělí patří intracerebrální a subarachnoideální krvácení. Mezi hlavní příznaky patří bolest hlavy, která až u poloviny rodiček předchází několik dnů před událostí s následnou nevolností zvracením. Dále se vyskytuje hypertenze, meningeální příznaky s poruchou vědomí, křeče a kóma. Diagnostický algoritmus se neliší u těhotných žen nebo žen po porodu od negravidních pacientek. (Šimetka et al. 2013).

Průběh onemocnění bývá většinou velmi rychlý. Jedinou kauzální léčbou, stejně jako u preeklampsie, je ukončení gravidity, neméně důležitá je intenzivní podpůrná terapie. Při péči o ženy s těžkým HELLP syndromem je nutná mezioborová spolupráce porodníka s hematologem a anesteziologem (Šimetka et al. 2010).

DIAGNOSTICKÁ KRITÉRIA A KLASIFIKACE HELLP SYNDROMU

Diagnostická kritéria jsou poměrně jasně definována ve dvou různých klasifikačních systémech, a to Tennessee a Mississippi, tabulka 1. Závažnost syndromu nemusí plně korespondovat s počtem trombocytů a s hladinou transamináz a hladina trombocytů nemusí odpovídat stupni postižení jater. Nejtypičtější průběh má kompletní HELLP syndrom, což je hemolýza, elevace jaterních testů a trombocytopenie, přičemž všechny patofyziologické jevy jsou predisponujícím faktorem k rozvoji diseminované intravaskulární koagulopatie. HELLP syndrom může mít pozitivní jeden nebo dva příznaky, v těchto případech mluvíme o HELLP syndromu parciálním (Šimetka et al. 2010, 2013).

Klasifikace Tennessee má ke stanovení diagnózy kompletního HELLP syndromu nutná tyto kritéria: hladina trombocytů nižší než $100 \times 10^9/l$, elevace AST nebo ALT nad 70 $Ukat/l$ a hladina LDH nad 10 $Ukat/l$. Druhá více používaná klasifikace je Klasifikace Mississippi. Tato klasifikace je pravděpodobně dosud nejlepší klasifikační systémem, který vytvořili vědci z univerzity v Mississippi v USA, klasifikace je vyústěním retrospektivních analýz více než 500 případů HELLP syndromu včetně mateřských a perinatálních výsledků dvou nejběžnějších a dobře dostupných testů HELLP syndromu, tedy na základě sérové hladiny LDH a hladiny trombocytů (Šimetka et al. 2013).

Velmi málo případů HELLP syndromu vzniklých po porodu může mít netypický průběh nereagující na běžnou léčbu a bývá zařazen do nově vzniklé skupiny jako postpartální trombotický mikroangiopatický syndrom (PTMS) (Šimetka et al. 2010).

Tabulka 1. Diagnostická kritéria HELLP syndromu

Diagnostická kritéria HELLP syndromu				
Klasifikace Tennessee	Klasifikace Mississippi			
	Třída	Trombocyty (x 10 ⁹ /l)	AST, ALT (ukat/l)	LDH (ukat/l)
Trombocyty < 100x10 ⁹ /l AST > 1,17 ukat/l LDH > 10 ukat/l	I	< 50	>1,17	>10
	II	50-100	>1,17	>10
	III	100-150	>0,69	>10

TERAPIE

HELLP syndrom stejně jako preeklampsie je podmíněn přítomností těhotenství, je zjevné, že jedinou kauzální terapií je ukončení gravidity, nejlépe v co nejkratším časovém intervalu od stanovení diagnózy po základní stabilizaci pacientky a po zajištění krevních náhrad. Další léčba má jen stabilizační a podpůrný charakter (Šimetka et al. 2010). Jak uvádí Vlček et al. 2015 u těhotenství nad 34 týdnů ukončujeme vždy a u gravidity nižšího týdne je možné zvážit odložení porodu po dobu nezbytně nutnou k podání kortikoidů za účelem maturace plicní tkáně plodu. Podmínkou je stabilní stav těhotné, to znamená krevní tlak reagující na antihypertenzní léčbu, dobrý subjektivní stav těhotné, nevyjádřené poruchy krevní srážlivosti a nepřítomnost jiné závažné morbidit jako je edém plic a podobně. Standardní dávkování kortikoidní terapie (8 mg dexamethason à 12 hodin, celkem 4 dávky, či betamethason 14 mg à 24 hodin, celkem 2 dávky) výrazně snižuje neonatální morbiditu, a to i tehdy, podaří-li se porod oddálit o kratší dobu než minimálně požadovaných 48 hodin. HELLP syndromu je podpůrná, substituční, preventivní a jejím hlavním cílem je stabilizace celkového stavu matky, zabránění progresu do závažných forem nemoci a vzniku dalších komplikací. Dříve již bylo zmíněno, že jediným optimálním řešením z hlediska rizik pro matku a také kauzálním odstraněním příčiny onemocnění, je ukončení těhotenství. Na protilehlé straně však musíme zvážit rizika pro novorozence v souvislosti s prematuritou. Základní principy substituční a podpůrné léčby jsou podobné s terapií preeklampsie. Mezi základní pilíře podpůrné a substituční léčby HELLP syndromu patří mezioborová spolupráce, antikonvulzivní léčba podáním MgSO₄, antihypertenzní terapie, důsledná úprava bilance tekutin, úprava hemokoagulačních parametrů a ve výjimečných případech plazmaferéza.

VÝSLEDKY

Z databází bylo vybráno 13 studií uveřejněných v letech 1986-2015, v nichž je popsáno 2310 případů těhotenství a stavů po porodu komplikovaných syndromem HELLP. Z uvedeného počtu pacientek se vyskytly nejčastějšími komplikacemi hypertenze, ta se objevuje vesměs u všech žen s potvrzenou diagnózou HELLP syndromu, od hypertenze se odvíjí poruchy zraku a poruchy CNS a velmi často provázená cefaleou. Další velmi často se vyskytující komplikací u syndromu jsou poruchy hematologicko – koagulační, ty mají souvislost s projevem krvácení a rozvojem velmi vážné komplikace - DIC. Třetí nejčastěji se vyskytující se komplikací jaterní selhávání až vyústění v subkapsulární hematom nebo jaterní rupturu, která je provázená symptomatologií jako je epigastrická bolest. Další častou komplikací je abrupce placenty a akutní renální selhání. Poruchy gastrointestinálního traktu a infekční komplikace či edém plic nemají tak častý výskyt, nicméně jsou to komplikace, které ohrožují oslabený organismus ženy a mohou mít fatální následky. Ve vyhledaných databázích je uvedeno také 45 případů mateřského úmrtí v souvislosti s komplikací HELLP syndromu, tabulka 2.

Tabulka 2. Komplikace HELLP syndromu

VÝSKYT KOMPLIKACÍ	ROK VYDÁNÍ	AUTOR	ZKOUMANÝ SOUBOR	VÝSKYT %	PRŮBĚH ZKOUMÁNÍ
PREEKLAMPSIE	1999	Curtin WM, et al.	238	100	1998-1999
	2000	Haddad B, et al.	183	16	1992-1999
	1994	Sibai BM, et al.	442	92	1986-1994
	2007	Cavkaytar S, et al.	61	52	2003-2005
	2013	Sadaf N, et al.	40	100	2006-2008
	2014	Asiciooglu O, et al.	141	81	2002-2011
	2006	Osmanagaoglu MA, et al.	37	10	1992-2004
	2015	Šimetka	76	83	2004-2014
ABRUPCE PLACENTY	1996	Audibert F, et al.	316	17,8	1992-1995
	2000	Haddad B, et al.	183	10	1992-1999
	1986	Sibai BM, et al.	442	16	1986-1994
	2007	Cavkaytar S, et al.	61	11	2003-2005
	2015	Šimetka	76	11	2004-2014
	2013	Sadaf N, et al.	40	12,5	2006-2008
	2014	Asiciooglu O, et al.	141	11	2002-2011
	2006	Osmanagaoglu MA, et al.	37	11	1992-2004
	2004	Gul A, et al.	615	42,8	2002-2003
DIC	2015	Šimetka	76	5,3	2004-2014
	2000	Haddad B, et al.	183	8	1992-1995
	2006	Osmanagaoglu MA, et al.	37	5	1992-2004
	2007	Cavkaytar S, et al.	61	8	2003-2005

	1994	Sibai BM, et al.	442	21	1986-1994
	2014	Asiciooglu O, et al.	141	5,7	2002-2011
	2013	Sadaf N,et al.	40	15	2006-2008
	2003	Celik C, et al.	36	17	1997-2001
	1999	Isler, et al.	54	39	1998-1999
AKUTNÍ RENÁLNÍ SELHÁNÍ	2015	Šimetka	76	18,4	2004-2014
	2003	Celik C, et al.	36	36	1997-2001
	2007	Cavkaytar S, et al.	61	15	2003-2005
	2006	Osmanagaoglu MA, et al.	37	11	1992-2004
	1986	Sibai BM, et al.	442	7,7	1986-1994
	2014	Asiciooglu O, et al.	141	18,9	2002-2011
	2013	Sadaf N, et al.	40	25	2006-2008
	1999	Isler, et al.	54	28	1998-1999
EDÉM PLIC	2004	Gul A, et al.	615	64,5	2002-2003
	2006	Osmanagaoglu MA, et al.	37	3	1992-2004
	1994	Sibai BM, et al.	442	6	1986-1994
	2014	Asiciooglu O, et al.	141	12,8	2002-2011
	2004	Gul A, et al.	615	14	2002-2003
	1999	Isler, et al.	54	28	1998-1999
EDÉM MOZKU	2015	Šimetka	76	8,8	2004-2014
	2006	Osmanagaoglu MA, et al.	37	8	1992-2004
	1996	Audibert F, et al.	71	6	1992- 1995
	2004	Gul A, et al.	615	10	2002-2003
	2006	Osmanagaoglu MA, et al.	37	40	1992-2004
	1999	Isler, et.al.	54	16	1998-1999
	2014	Asiciooglu O, et al.	141	4,3	2002-2011
HEMATOM V RÁNĚ	2015	Šimetka	76	10,5	2004-2014
	2004	Gul A, et al.	615	21	2002-2003
	2006	Osmanagaoglu MA, et al.	37	8	1992-2004
JATERNÍ HEMATOM	1994	Sibai BM, et al.	442	4	1986-1994
	2006	Osmanagaoglu MA, et al.	37	1	1992-2004
	2015	Šimetka	76	0,1	2004-2014
	1999	Isler, et al.	54	7,5	1998-1999
	2014	Asiciooglu O, et al.	141	7,1	2002-2014
MATEŘSKÉ ÚMRTÍ	2015	Šimetka	76	0,01%	2004-2014
	1994	Sibai BM, et al.	442	5	1986-1994
	1999	Isler, et al.	54	40	1998-1999
	2014	Asiciooglu O, et al.	141	1,4	2002-2011

DISKUSE

V přehledu o HELLP syndromu jsou zveřejněny pouze výzkumy směřované na symptomy, průběh, komplikace a léčbu těhotných matek s HELLP syndromem. K dispozici je velké množství informací o rizicích, komplikacích HELLP syndromu pro rodičky a plod. HELLP syndrom představuje nejzávažnější hypertenzní krizi v těhotenství, s velkým rizikem úmrtnosti matek i dětí. Vybrané studie byly analyzovány a výsledky komplikací u rodiček se syndromem byly zaznamenány do tabulky. Z výsledků vyplývá, že preeklampsie je relativně častou komplikací v těhotenství. Syndrom HELLP je závažná forma preeklampsie s významnou nemocností a úmrtností u těhotných žen a jejich dětí. Syndrom HELLP je vzácnou, ale jednou z nejzávažnějších komplikací, která je vázaná pouze na těhotenství, projevuje se buď v kombinaci s klasickými příznaky preeklampsie, nebo bez těchto známek, jako zcela odlišný klinický stav. Nejtěžším stupněm HELLP syndromu je postpartální trombotický mikroangiopatický syndrom, který při opožděné diagnostice může mít fatální následky pro rodičku i plod.

Péče o ženu s HELLP syndromem začíná již v přednemocniční péči v prenatálních poradnách, všechny ženy s komplikací syndromu by měly být hospitalizované v nemocničním zařízení s intenzivním sledováním a možností multioborové spolupráce. Péče o ženu s HELLP syndromem vyžaduje znalosti a zkušenosti porodních asistentek se specializací v akutní péči v gynekologii a porodnictví. Erudovaná porodní asistentka musí rozpoznat počínající známky HELLP syndromu, okamžitě na tuto situaci reagovat a stanovit intenzivní ošetrovatelskou péči založenou na nejnovějších vědeckých postupech. Profesionální péče a její přesné plnění napomáhá rychlému uzdravování a zkrácení tak hospitalizace jak matce/rodičce, tak novorozenci.

ZÁVĚR

Vzhledem k závažnosti HELLP syndromu je jednou z priorit moderní perinatologie snaha o pochopení patofyziologických mechanismů spojených s preeklampií, HELLP syndromem a nejtěžší formou HELLP syndromu postpartálního trombotického mikroangiopatického syndromu. Tyto komplikace v těhotenství a po porodu jsou stále spojeny s významnou morbiditou a mortalitou především v rozvojových zemích, kde jejich incidence je 13 – 42 případů na 1000 porodů. Zaměřením na výsledky screeningových testů a znalost symptomů provázející toto onemocnění může dojít k časně identifikaci žen s rizikem rozvoje těchto komplikací. Zde sehrává významnou roli porodní asistentka, která může v rámci posouzení upozornit lékaře na přítomnost patologie.

POUŽITÉ ZDROJE

- [1] AUDIBERT, F., FRIEDMAN, SA., FRANGIEH, AY., SIBAI. BM. Clinical utility of strict diagnostic criteria for the HELLP (hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelets) syndrome. *Am J Obstet Gynecol.* 1996, 175: 460-464. 10.1016/S0002-9378(96)70162-X.PubMedGoogle Scholar.
- [2] ASICIOGLU, O. et al. *Maternal and perinatal outcomes of eclampsia with and without HELLP syndrome in a teaching hospital in western Turkey.* *Journal of Obstetrics & Gynaecology*[online]. 2014, 2015-11-16, 34(4): 326-321 [cit. 2015-11-16]. DOI: 10.3109/01443615.2014.881791. ISSN 0144-3615. Dostupné z: <http://Informahealthcare.com/doi/abs/10.3109/01443615.2014.881791>
- [3] BAXTER, J. K., WEINSTEIN, L. *HELLP syndrome: the state of the art.* *obstet Gynecol Surv*, 2004, 59 (12), P. 838-845.
- [4] CAVKAYTAR, S., UGURLU, EN., KARAER, A., TAPISIZ, OL., DANISMAN, N. Are clinical symptoms more predictive than laboratory parameters for adverse maternal outcome in HELLP syndrome?. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2007, 86: 648-651. 10.1080/00016340601185384.PubMedGoogle Scholar.
- [5] CELIK, C., GEZGINC, K., ALTINTEPE, L., Tonbul, HZ., YAMAN, ST., AKYUREK, C., TURK, S. Results of the pregnancies with HELLP syndrome. *Ren Fail.* 2003, 25: 613-618. 10.1081/JDI-120022553.PubMedGoogle Scholar.
- [6] CURTIN, WM, WEINSTEIN, L: A review of HELLP syndrome. *Journal of Perinatology.* 1999, 19: 138-143. 10.1038/sj.jp.7200165.PubMedGoogle Scholar.
- [7] DULEY, L., FARRELL, L., SPARK, P., et al. *Do women with pre-eclampsia, and their babies, benefit from magnesium sulphate?* The Magpie Trial: a randomised placebo-controlled trial. *Lancet*, 2002, 359(9321), p. 1 877-1 890.
- [8] GUL, A., ASLAN, H., CEBECI, A., POLAT, I., ULUSOY, S., CEYLAN, Y. Maternal and fetal outcomes in HELLP syndrome complicated with acute renal failure. *Ren Fail.* 2004, 26: 557-562. 10.1081/JDI-200031750.PubMedGoogle Scholar (60).
- [9] HADDAD, B., BARTON, JR., LIVINGSTON, JC., CHAHINE, R., SIBAI, BM. Risk factors for adverse maternal outcomes among women with HELLP (hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelet count) syndrome. *Am J Obstet Gynecol.* 2000, 183: 444-448. 10.1067/mob.2000.105915.PubMedGoogle Scholar.
- [10] KNAPEN, M. F., MULDER, T. P. J., VAN ROOIJR, I., et al. *Low whole blood glutathione levels in pregnancies complicated by preeclampsia or the hemolysis, elevated liver enzymes, low platelets syndrome.* *obstet Gynecol*, 1998, 92(6), p. 1012-1015.
- [11] OSMANAGAOGU, MA., OSMANAGAOGU. S., ULUSOY, H., BOZKAYA, H. Maternal outcome in HELLP syndrome requiring intensive care management in a Turkish hospital. *Sao Paulo Med J.* 2006, 124: 85-89. 10.1590/S1516-31802006000200007. PubMedGoogle Scholar.
- [12] REDMAN, c.w.G., SACKS, G. P., SARGENTO, I. L. *Preeclampsia: An excessive maternal inflammatory response to pregnancy.* *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1999, 1 80(2), p. 499-506.

- [13] SADAF, N., HAQ, G., SHUKAR-Ud-Din, S. *Maternal and metal outcome in HELLP syndrome et tergaly care hospital. The Journal Of The Pakistan Medical Association 2013, 63, s. 1500 - 1502. [cit. 2015-11-05].* Dustupné z <https://asa.osu.cz/+CSCO+00756767633A2F2F7271662E6F2E726F66706276266672E70627A++/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=49&sid=1adc66b3-be11-48d4-8330-5da377092aa4%4Osessionmgr+112&hid=122>.
- [14] SIBAI, BM., TASLIMI, MM., EL-NAZER, A., AMON, E., MABIE, BC., RYAN, GM. Maternal-perinatal outcome associated with the syndrome of hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelets in severe preeclampsia-eclampsia. *Am J Obstet Gynecol.* 1986, 155: 501-509. PubMedGoogle Scholar.
- [15] SIBAI, BM. *Diagnosis, controversies, and management of the syndrome of hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelet count.* *Obstet Gynecol*, 2004, 103(5), p. 981-991.
- [16] ŠIMETKA O, VLK, R, PROCHÁZKA, M, *HELLP syndrom – Porodnictví krok za krokem.* 1. vyd. Praha: Maxdof s.r.o., 2013. 147 s. ISBN 978-80-7345-361-9.
- [17] ŠIMETKA, O., MICHALEC, I., ZEWDIOVÁ, H., et al. *Course and delivery outcomes of 34 pregnancies complicated by HELLP syndrom.* *Česká Gynekologie*, 2010, 75 (3), p. 242-247.
- [18] VLK, R., PROCHÁZKA, M. *Epidemiologie preeklampsie.* In. VLK, R. et al. *Preeklampsie.* Praha: Maxdorf, 2015. s. 45–49. ISBN 978-80-7345-460-9.
- [19] WEINSTEIN, L. *Syndrome of hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelet count: a severe consequence of hypertension in pregnancy.* *Am J Obstet Gynecol*, 1982, 142(2), p. 159-67 .

HELLP SYNDROM AT PREGNANT WOMEN



ABSTRACT

HELLP syndrome (hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelet count) is relatively rare, but it belongs to the most serious pregnancy complications. HELLP syndrome is considered to have significantly worse perinatal results as a neonatal and maternal morbidity and mortality. The aim of the review study is to analyze the findings of published studies that they deal with the symptomatology, complications, and nursing care of women who have experienced HELLP syndrome. We selected from 13 studies published in 1986-2015, describing 2310 cases of pregnancy and post-partum conditions complicated by HELLP syndrome. Study results reveal the most common complications such as preeclampsia, placental abruption, DIC, and acute renal failure. From the nursing point of view, it is necessary to treat women with HELLP syndrome in the hospital with the possibility of acute nursing care and multidisciplinary cooperation. Used databases: Pub Med; EBSCO Nursing; Google scholar.

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

Mgr. Jana Šálková
staniční sestra JIP
Gynekologicko – porodnická klinika
Fakultní nemocnice Ostrava
Ostravská univerzita
Lékařská fakulta
Ústav ošetrovatelství a porodní
asistence
17. listopadu 1790/5
708 52 Ostrava – Poruba
e-mail: jana.salkova@fno.cz

doc. PhDr. Yvetta Vrublová, Ph.D., RN.,
RM.
Slezská univerzita v Opavě
Fakulta veřejných politik
Ústav ošetrovatelství
Bezručovo náměstí 14
746 01 Opava
e-mail: yvetta.vrublova@fvp.slu.cz

KEYWORDS:

epigastric pain, nausea, preeclampsia,
pregnancy, vomiting



LOGOS POLYTECHNIKOS

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

Časopis vychází 4x ročně

Náklad 40 výtisků

Šéfredaktor: doc. Dr. Ing. Jan Voráček, CSc.

Odpovědný redaktor čísla:

PhDr. Vlasta Dvořáková, PhD.

Editor: Mgr. Alena Šetková (komunikace s autory a recenzenty)

Technické zpracování: Lukáš Mikula

Web editor: Mgr. Alena Šetková

Redakční rada:

doc. PhDr. Ladislav Benyovszky, CSc. (Univerzita Karlova v Praze)
prof. PhDr. Ivan Blecha, CSc. (Univerzita Palackého v Olomouci)
doc. RNDr. Helena Brožová, CSc. (Česká zemědělská univerzita v Praze)
doc. Mgr. Ing. Martin Dlouhý, Dr. (Vysoká škola ekonomická v Praze)
prof. Ing. Tomáš Dostál, DrSc. (Vysoké učení technické v Brně)
Ing. Jiří Dušek, Ph.D. (Vysoká škola evropských a regionálních studií)
Ing. Veronika Hedija, Ph.D. (Vysoká škola polytechnická Jihlava)
doc. PhDr. Martin Hemelík, CSc. (Univerzita Karlova v Praze)
prof. RNDr. Ivan Holoubek, CSc. (Masarykova univerzita)
Mgr. Petr Chládek, Ph.D. (Vysoká škola technická a ekonomická a Českých Budějovicích)
prof. PhDr. Ivo Jirásek, Ph.D. (Univerzita Palackého v Olomouci)
prof. Ing. Bohumil Minařík, CSc. (Vysoká škola polytechnická Jihlava)
doc. PhDr. Ján Pavlík (Vysoká škola ekonomická v Praze)
doc. PhDr. Karel Pstružina, CSc. (Vysoká škola ekonomická v Praze)
prof. MUDr. Aleš Roztočil, CSc. (Vysoká škola polytechnická Jihlava)
prof. Ing. Jan Váchal, CSc. (Vysoká škola technická a ekonomická v Českých Budějovicích)
doc. Ing. Libor Žídek, Ph.D. (Masarykova univerzita v Brně)

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

Zasílání příspěvků

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

Adresa redakce:

Vysoká škola polytechnická Jihlava, Tolstého 16, 586 01 Jihlava

Distribuce: časopis je dostupný v elektronické podobě na webových stránkách VŠPJ.
V omezeném množství jej lze vyžádat zdarma na adrese redakce.

Vytiskl: AMAPRINT-Kerndl s.r.o., Třebíč

Vydání: březen 2018

© Vysoká škola polytechnická Jihlava

ISSN 1804-3682 (PRINT)

ISSN 2464-7551 (ONLINE)

Registrace **MK ČR E 19390**

RECENZENTI ČÍSLO 1/2018

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

PhDr. Petra Doucková (Nemocnice Jihlava)

Mgr. Dagmar Dvořáčková, Ph.D. (Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích)

Mgr. Andrea Ganswohlová (Nemocnice Jihlava)

Mgr. Petra Chymová, DiS. (Nemocnice Havlíčkův Brod)

Mgr. Kateřina Pokorná (Nemocnice Havlíčkův Brod)

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

Mgr. David Rezničenko, MHA (Nemocnice Havlíčkův Brod)