

2022

ROČNÍK 13

ČÍSLO 2

LOGOS POLYTECHNIKOS

V Š P

J

Vysoká škola
polytechnická
Jihlava

Vážené čtenářky, vážení čtenáři,

přinášíme Vám další číslo našeho časopisu, zaměřené na zdravotnickou a sociální problematiku. Věříme, že v něm opět naleznete podnětné informace.

Dovolte mi, abych při této příležitosti ocitovala text z knížky Malého prince, ve které Antoine de Saint-Exupéry vypráví o tom, jak malý princ na šesté planetě, kterou navštívil při své cestě, potkal starého pána - ten všechny svůj čas věnoval psaní obrovských knih. *„Co je to za tlustou knihu?“ položil mu malý princ otázku. „Co tu děláte?“ „Jsem zeměpisec“, odpověděl starý pán. „Co je to zeměpisec?“ To je vědec, který ví, kde jsou moře, řeky, města, hory a pouště. „To je zajímavé!“ řekl malý princ. „Konečně opravdové zaměstnání!“ ... „Vaše planeta je moc hezká. Jsou tu oceány?“ „ To nemohu vědět,“ řekl zeměpisec. „Ach!“ Malý princ byl zklamán. „A hory?“ „To nemohu vědět,“ odvětil zeměpisec. „Vždyť jste zeměpisec!“ „ Ovšem,“ řekl zeměpisec, „ale nejsem badatel. Zeměpisec nikdy nepočítá města, řeky, moře, hory, oceány a pouště. Je příliš důležitý na to, aby se mohl toulat... Neopouští svůj psací stůl...“*

Přeji nám, abychom přes všechno zaujetí pro práci či vědu nezapomněli, že je důležité opustit psací stůl a mít oči a srdce otevřené pro svět kolem nás.

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

OBSAH / CONTENTS

5

ALZHEIMEROVA CHOROBA A PREVENCE PÁDU Z POHLEDU PEČUJÍCÍCH

ALZHEIMER'S DISEASE AND PREVENTION OF FALLS FROM THE CARETAKER'S POINT OF VIEW

Zuzana Kosaková, Lenka Němcová, Hana Ryšavá

14

SPECIALIZOVANÁ PALIATIVNÍ PÉČE U PACIENTA V TERMINÁLNÍM STÁDIU NEMOCI

SPECIALIZED PALLIATIVE CARE FOR A PATIENT IN THE TERMINAL STAGE OF THE DISEASE

Veronika Kusínová, Lada Razimová, Michal Švirik

29

LOCUS OF CONTROL U SOCIÁLNĚ EXKLUDOVANÝCH ROMŮ A MOŽNOSTI VYUŽITÍ KONCEPTU V SOCIÁLNÍ PRÁCI

LOCUS OF CONTROL FOR SOCIALLY EXCLUDED ROMA AND THE POSSIBILITY OF USING THE CONCEPT IN SOCIAL WORK

Jakub Jestřáb, Alena Hricová

37

ZVLÁDÁNÍ ZÁTĚŽE RODINOU HOSPITALIZOVANÉHO DÍTĚTE ODLIŠNÝCH KULTUR

THE ISSUE OF THE MANAGEMENT OF THE LOAD IN THE FAMILIES OF CHILDREN HOSPITALISED

Petra Šimánková, Lucie Sikorová

48

FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ PŘÍSTUP RODIČŮ K OČKOVÁNÍ DĚTÍ

FACTORS INFLUENCING PARENTAL ATTITUDES TOWARDS VACCINATION OF CHILDREN

Petra Šimánková, Jana Haluzíková

62

SPECIFIKA VÝKONU POVOLÁNÍ SESTRY PRO PERIOPERAČNÍ PÉČI NA VYBRANÉM OPERAČNÍM SÁLE

SPECIFICS OF PERIOPERATIVE NURSE'S WORK IN THE SELECTED OPERATING ROOM

Zuzana Ksandrová, Martin Krause

70

HODNOTIACE A POSUDZOVACIE NÁSTROJE STAVU VÝŽIVY V PODMIENKACH DOMÁCEJ OŠETROVATEĽSKEJ STAROSTLIVOSTI

ASSESSMENT TOOLS OF NUTRITIONAL STATUS IN HOME NURSING CARE

Lucia Dimunová, Beáta Grešš Halász

82

MANAŽMENT COVID-19 NA SLOVENSKU A ETIKA

COVID-19 MANAGEMENT IN SLOVAKIA AND ETHICS

Imrich Andrási, Vladimír Littva, Peter Kutíš

90

ADAPTAČNÍ PROCES NA JEDNOTCE INTENZIVNÍ PÉČE Z HLEDISKA VŠEOBECNÉ SESTRY

ADAPTATION PROCESS IN THE INTENSIVE CARE UNIT FROM THE PERSPECTIVE OF THE NURSE

Lenka Vaníčková, Martin Krause

OBSAH / CONTENTS

98

SUBJEKTIVNÍ HODNOCENÍ KVALITY SPÁNKU

THE SUBJECTIVE ASSESSMENT OF SLEEP QUALITY

Vladislav Kukačka, Natálie Štěpánková

114

SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U DĚTÍ S ATOPICKÝM EKZÉMEM

SPECIFICS OF NURSING CARE IN CHILDREN WITH ATOPIC ECZEMA

Simona Hájková, Marie Dočekalová, Kateřina Benháková

127

VÝBĚR PORODNICE Z POHLEDU RODIČKY

CHOOSING A MATERNITY HOSPITAL FROM THE PERSPECTIVE OF A WOMAN

Marie Dočekalová, Simona Hájková, Kateřina Vacková

139

NEPOZNANÉ TĚHOTENSTVÍ

UNRECOGNIZED PREGNANCY

Milada Cusi, Lenka Görnerová

147

KOMPLIKACE SOUVISEJÍCÍ SE ZAVEDENÝM PERIFERNÍM ŽILNÍM KATÉTREM (PŽK) U DĚTÍ – LITERÁRNÍ PŘEHLED

COMPLICATIONS RELATED TO AN INSERTED PERIPHERAL INTRAVENOUS CATHETER (PIVC) IN CHILDREN – LITERARY REVIEW

Gabriela Světnická, Lucie Sikorová

161

OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTŮ S ALZHEIMEROVOU CHOROBOU

NURSING CARE FOR PATIENTS WITH ALZHEIMER'S DISEASE

Lada Razimová, Veronika Kusínová, Monika Gögeová

177

INTENZÍVNÁ OŠETŘOVATELSKÁ STAROSTLIVOST - DÔSTOJNOSŤ, KVALITA A BEZPEČNOSŤ U UMIERAJÚCEHO PACIENTA

INTENSIVE NURSING CARE - DIGNITY, QUALITY AND SAFETY IN A DYING PATIENT

Ivica Gulášová, Iveta Jamnická

188

KVALITA ŽIVOTA PACIENTŮ PO RADIKÁLNÍ PROSTATEKTOMII

LIFE QUALITY OF PATIENTS AFTER RADICAL PROSTATECTOMY

Jana Velčovská, Jana Truplová, Zuzana Kosaková

ALZHEIMEROVA CHOROBA A PREVENCE PÁDU Z POHLEDU PEČUJÍCÍCH

ZUZANA KOSAKOVÁ
LENKA NĚMCOVÁ
VYSOKÁ ŠKOLY POLYTECHNICKÁ
JIHLAVA

HANA RYŠAVÁ
PSYCHIATRICKÁ NEMOCNICE
JIHLAVA



ABSTRAKT

V současné době demence typu Alzheimerova choroba postihuje převážně lidi ve věku 65 let a více. Ze začátku postihuje toto onemocnění krátkodobou paměť, poté dlouhodobou a v pozdějších stádiích se pacienti stávají imobilní a odkázáni na péči druhé osoby. Imobilitu doprovází riziko pádu a o to důležitější je prevence pádu. Cílem tohoto výzkumu bylo zjistit, jestli prevenci pádu zajistí lépe personál v nemocnici nebo rodinní příslušníci v domácím prostředí. Zvolená výzkumná metoda byl kvantitativní výzkum a sběr dat byl zajištěn pomocí dotazníkového šetření. Výzkumným vzorkem byli nelékařští zdravotní pracovníci z Psychiatrické nemocnice Jihlava, Alzheimer centra Jihlava a rodinní příslušníci pečující o člena rodiny s demencí Alzheimerova typu v domácím prostředí. Výsledky dotazníkového šetření jsou slovně komentovány ve výsledcích výzkumu. Graficky pomocí grafů jsou zobrazeny v bakalářské práci Hany Ryšavé.

KLÍČOVÁ SLOVA:

Alzheimerova choroba, demence,
ošetřovatelská péče, prevence pádu

ÚVOD

Dlouhověkost je výsledkem naší vyspělé civilizace a zdravotnictví, nese to však sebou i svá úskalí, jako je například Alzheimerova choroba. Toto závažné a prohlubující se neuro-degenerativní onemocnění mozku má nevratné změny. Tato nemoc vždy přetočí život naruby nemocnému i jeho rodině. Prvotní varovné příznaky často nemocný i jeho rodina zlehčují nebo přehlížejí, tím toto onemocnění dále progreduje. Rodina musí čím dál více o nemocného pečovat a časem je i nucena opustit svůj dosavadní pracovní a společenský život. Všichni pečující takto fyzicky i psychicky náročnou péčí o nemocného nezvládnou, musejí pak tedy dotyčného umístit do sociálního nebo zdravotnického zařízení. S vysokým věkem stoupá i riziko pádu z důvodu zhoršené pohyblivosti, toto riziko znásobuje zmatenost a dezorientace. V praxi jsou nastavená různá preventivní opatření, která ale ne vždy dokáží zabránit pádu a zranění. Jak uvádí Čechová (2019), to, jak budeme stárnout závisí na velkém množství okolních vlivů. Svou roli zde hrají genetika, prostředí, strava, povolání, sport, kouření, pití alkoholu a další.

ALZHEIMEROVA CHOROBA

Vsoučasnosti je to nejčastější typ demence, 50–75 % všech demencí. Dle statistik WHO z roku 2019 je Alzheimerova choroba sedmá nejčastější příčina smrti (WHO, 2020).

V České republice žije aktuálně podle dat Ústavu zdravotnických informací a statistiky asi 62 tisíc lidí s přímo diagnostikovanou Alzheimerovou demencí, je to asi 0,6 % populace (Štěpanyová, 2019).

Onemocnění je pojmenováno po německém psychiatrovi a neuropatologovi Aloisi Alzheimerovi, ten v roce 1906 v Německu jako první toto onemocnění pojmenoval. Při pitvě jedné ze svých pacientek našel v mozku nezvyklé plaky a vlákna. Následně musel vykonat stovky pitev, aby se v roce 1910 dočkal uznání a změny mozkové tkáně po něm byly pojmenovány (Zvěřinová, 2017).

Příčiny vedoucí ke vzniku dědičné formy Alzheimerovy choroby nám nejsou zcela známi. Pravděpodobně je to geneticky podmíněné onemocnění, které je ovlivněno více faktory, například životním stylem. Onemocnění s časným začátkem je způsobeno mutací určitého chromozomu, Alzheimerova demence se následně začne projevovat mezi 44. a 59. rokem života (Zvěřinová, 2017).

Pokud se podíváme na váhu mozku, tak mozek pacienta s Alzheimerovou chorobou je lehčí než mozek pacienta stejného stáří. Na šedé kůře mozkové se projevují makroskopické změny, atrofické změny hlavně ve spánkové a temenní oblasti s prohloubením Sylviovy rýhy. Mikroskopické změny medicína dokáže najít na neuronálním klubku a amyloidových placích (Jiráček, 2013).

Podle postižení funkcí se Demence Alzheimerova typu dělí do stupňů podle výsledku testu MMSE (Mini Mental State Examination). V lehkém stupni je porušena hlavně krátkodobá paměť a nemocný není schopen si zapamatovat novou informaci. Objevují se výpadky paměti, u pacientů se objevuje dezorientace v čase a prostoru, mizí logické myšlení. Ve středním stupni se zhoršují kognitivní funkce. Nemocný neudrží novou informaci, zhoršuje se komunikace a výbavnost slov. Postupně začínají zapomínat běžné denní činnosti a nejsou schopni sebezpečí. Objevují se u nich také návaly vzteku a poruchy chování. V těžkém stupni nastává úpadek kognitivních funkcí, neustále něco hledají, zhoršuje se jim motorika a zvyšuje se riziko pádu. Nemocný komunikuje "slovním salátem" nebo zvuky. Nemocní v tomto stupni jsou odkázáni na celodenní rodinnou nebo ústavní péči (Jiráček, 2013).

Přesně stanovit diagnózu Alzheimerova choroba lze přes všechny moderní postupy medicíny až po smrti, při pitvě patologem. Stanovení této diagnózy je tedy pouze teoretické. V rámci prevence si mohou lidé nad 55 let nechat otestovat paměť v některých lékárnách. Autorem tohoto testu, který slouží k včasnému záchytu, je prof. MUDr. Aleš Bartoš, PhD.

Diagnostika ve zdravotnických zařízeních probíhá odebráním rodinné anamnézy, vyloučením příčin demence, vaskulárních poruch a onkologických onemocnění. Je nutné provést CT vyšetření mozku a SPECT/PET ke zjištění hypometabolismu mozkové tkáně. Dále pacient projde psychologickým vyšetřením kognitivních funkcí s testovací metodou MMSE (Zvěřinová, 2017).

Léčba i přes možnosti dnešní doby nemá lék k vyléčení Alzheimerovy choroby. Včasnou diagnostikou a vhodnou léčbou můžeme alespoň zpomalit průběh nemoci a tím prodloužit život pacienta. U pacientů v lehkém a středně těžkém stádiu jsou podávána kognitiva, například Donepezil a Rivastigmin. V pokročilých stádiích se nasazuje Memantin v kombinaci s antipsychotiky nebo antidepresivy. Při rychlém zhoršení stavu je nutná hospitalizace na gerontopsychiatrickém oddělení (Fertálová, Ondriová, 2020).

K léčbě pacienta patří i vlídný přístup, aktivizace nemocného a péče o jeho prostředí.

Snahou je udržet pacienta co nejdéle v soběstačném, trénovat s ním chůzi, motoriku a kognitivní funkce. Nemocným nastavíme denní řád s aktivitou, která ho motivuje. Aby se pacient orientoval, na viditelné místo mu umístíme kalendář zobrazující den, měsíc, rok a roční období. Do prostoru umístíme fotografie, které nemocnému připomínají realitu. Rodina nám o pacientovi může sepsat tzv. "Lifestyle approach". Tento návod na pacienta obsahuje denní rituály, návyky, čas kdy pacient vstává a kdy chodí spát, jaká má oblíbená a neoblíbená jídla, co ho rozčiluje nebo naopak potěší. K udržení paměti je důležitý kognitivní trénink, který udržuje paměť v bdělém stavu, posiluje i pacientovu soběstačnost (Fertálová, Ondriová, 2020).

Ošetrovatelská péče v zařízení je pro pacienta s demencí velmi náročná, změní se mu prostředí. Prostory musí být zabezpečeny proti neúmyslnému odchodu nebo útěku z oddělení, jedná se hlavně o okna a dveře. Pokoje by měly být menší, útulné a bezpečné. Personál musí dbát nad příjmem stravy i tekutin, zajišťují pacientovi dohled nebo případnou pomoc s hygienou.

Komunikace s nemocným se odvíjí od fáze onemocnění. Nejprve je komunikace na dobré úrovni, postupně se objevuje hrubost, vulgarismy a bezohlednost, dále komunikace postupuje jen na jednoduchá slova a nakonec slabiky. Velký vliv má i neverbální komunikace, proto bychom měli dostatečně artikulovat, udržovat oční kontakt a volit nižší tón hlasu. Při komunikaci nesmíme zapomínat na důstojnost pacienta (Fertalová, Ondriová, 2020).

Pokud se rodina rozhodne pečovat o nemocného s Alzheimerovou chorobou v domácím prostředí, znamená to pro ně velké odhodlání a sílu bojovat s těžkostmi spojenými s tímto onemocněním. Rodina se musí pokusit přizpůsobit a zachovat zaběhlý stereotyp, ten pro pacienta znamená jistotu a bezpečí. Jako na nebezpečné musíme ovšem nahlížet na domácí spotřebiče. Pokud rodina mění domácí prostředí nemocného, změny by měly být postupné. Nutné je zachovat předměty typické a zásadní v životě pacienta, například místo na odkládání brýlí, či hodiny na zdi. Při úpravě prostředí je nutné odstranit předměty, které ho ohrožují, například prahy, koberce a chemikálie. Označit místnosti a důležité trasy, zajistit dostatečné osvětlení (Fertalová, Ondriová, 2020).

Nastane-li u pacienta pád i přes veškerá opatření, u nemocného se následně projeví velmi negativní prožitek spojený s bolestí. Do budoucna ho bude provázet strach a úzkost z dalšího pádu a nemocný se bude dále sociálně izolovat. Pády můžeme podle faktorů rozlišit na vnitřní, které souvisí s věkem a onemocněním pacienta, označujeme je pády symptomatické. Dále pak faktory vnější, které ovlivňuje okolí nemocného, ty nazýváme pády mechanické (Miertová, 2019).

Abychom dokázali pádům předcházet, je nutné dodržovat předem nastavená preventivní opatření, ty minimalizují opakování pádu. Součástí těchto opatření je soustavná edukace zdravotnického a ošetrovatelského personálu. Informace zaměstnanec obdrží ihned při přijetí a i dalším následným školením (Pokorná a kol., 2019).

VÝSLEDKY VÝZKUMU

Výzkum byl prováděn za účelem zpracování bakalářské práce. Cílem výzkumu bylo zjistit, zda prevenci pádu u osob s Alzheimerovou chorobou zajistí lépe rodinní příslušníci v domácím prostředí nebo personál v nemocnici. Výsledky výzkumu byly získány pomocí dotazníkového šetření. I přes standardizované dotazníky zaměřené na riziko pádu byl pro tento výzkum vytvořen dotazník vlastní konstrukce. Dotazník byl zaměřený na dvě cílové skupiny, a to osoby pečující v zařízení a osoby pečující v domácím

prostředí. Zapojena do výzkumu byla Gerontologická oddělení Psychiatrické nemocnice Jihlava a Alzheimercentrum Jihlava. Dotazník byl distribuován v tištěné podobě a dále byl vytvořen online dotazník přes Google formulář, ten byl zveřejněn přes sociální síť. Celkem se výzkumu zúčastnilo 60 zdravotníků a 60 osob pečujících o nemocného v domácím prostředí. Výzkum probíhal od 30.8. 2021 a ukončen byl 30.11.2021.

V domácí péči se o nemocného stará v 75 % blízký příbuzný. V otázce zaměřené na délku praxe zdravotníků jsme zjistily, že 45 % respondentů pracuje na těchto odděleních 1–5 let, více jak 10 let pouze 23 %. Dostupnost potřebných informací o preventivních opatřeních a jejich znalost uvádějí zdravotničtí pracovníci v 93 %, v domácí péči dostalo informace o prevenci pádu pouze 60 % respondentů.

Pokud se zaměříme na to, jaká opatření dotazovaní respondenti zajistili, obě skupiny nejčastěji uvedly "Úpravu prostředí, ve kterém se nemocný pohybuje". Ve zdravotnických zařízeních tuto odpověď uvedlo 98 % respondentů a u pečujících v domácím prostředí 78 % respondentů. V porovnání s výzkumem Marešové (2021) bylo v jejím výzkumu uváděno jako nejčastější preventivní opatření vhodné osvětlení. V našem výzkumu to byla 2. nejčastější odpověď. Zpětným dotazováním, zda respondenti věří, že preventivní opatření fungují, uvedlo 60 % zdravotníků že spíše ano, u pečujících v domácím prostředí tuto odpověď uvedlo pouhých 40 %. V našem výzkumu také vyšlo, že pečující v nemocnicích mají zajištěné pravidelné vzdělávání v prevenci pádu. Ke shodnému výsledku došla ve svém výzkumu i Gajová (2019).

Při zkoumání způsobu, jakým k pádu dochází, jsme zjistily, že u obou skupiny respondentů je nejčastějším důvodem vliv zmatenosti. Zdravotníci ji uvádějí ve 45 % a pečující v domácím prostředí ve 48 %. Příčinu pádu "Zachycením o nestabilní podporu" uvádí ve zdravotnických zařízeních 48 % respondentů a v domácím prostředí 42 % respondentů, dále respondenti uvedli zakopnutí, uklouznutí a nebo manipulaci s kompenzačními pomůckami. Z odpovědí je tedy jasné, že zdravotnická zařízení mají lépe přizpůsobené prostředí při péči o tyto pacienty. Podle výzkumu Šeflové (2015) je nejčastější příčinou pádu uklouznutí a zakopnutí. Částečně se tedy shoduje i s naším výzkumem.

S přihlédnutím k denní době v našem výzkumu respondenti ve zdravotnických zařízeních uvedli, že k pádu dochází v 47 % kdykoli během 24 hodin a 32 % uvedlo během dne. V domácím ošetřování je nejčastější dobou pádu podle respondentů v 40 % den a v 37 % je to noc. Dále jsme tedy mapovaly konkrétní situace, při kterých k pádu dochází. Ve zdravotnických zařízeních 65 % zdravotníků uvedlo, že když je pacient sám a pečující musel opustit místnost. Stejně tak respondenti v domácím prostředí odpověděli, že v 60 % dochází k pádu, když nemocný zůstal sám a oni museli místnosti opustit. Zajímavým zjištěním byla skutečnost, že i 5 % zdravotníků přiznalo skutečnost, že pacient upadl v noci, když pečující spí. Tato odpověď byla primárně určena hlavně pro pečující v domácím prostředí. Bohužel jsme neplánovaně zjistily, že i ve zdravotnických zařízeních se toto během nočních služeb děje.

V dotaznících byla otázka, zda pečující v domácím prostředí využívají nějaké pomoci v péči o nemocného. Z respondentů 33 % uvedlo, že využívají pomoc Pečovatelské služby a 32 % Domácí ošetrovatelskou péči. Podobnou otázkou se ve svém výzkumu zabývala i Kunce (2014). Ve svém výzkumu došla ke zjištění, že senioři ve velké míře nevyužívají žádné pomoci ze strany sociálních služeb. Jsem ráda, že naše zjištění je s odstupem 8 let úplně jiné a celkově více jak 80 % respondentů využívá nějakou formu pomoci s péčí o druhou osobu.

Dále jsme zjistily, že zdravotníci v 93 % nejsou na péči o nemocné sami a vždy se mají s kým ve službě vystřídat. Žádný ze zdravotníků neuvedl, že by byl na péči o nemocné sám. V domácím prostředí uvedlo 75 % respondentů, že se mohou při péči o nemocného vystřídat s ostatními členy rodiny a 8 % respondentů využívá pomoci sociálních služeb. Bohužel 17 % procent respondentů pečujících v domácím prostředí je na péči o nemocného úplně samo. Pro tuto část respondentů musí být péče o nemocného velice psychicky i fyzicky náročná. I Havlová (2016) ve svém výzkumu zjistila, že fyzická a psychická zátěž osob pečujících o nemocného s Alzheimerovou chorobou je velmi vysoká.

ZÁVĚR

Pád patří ve všech zdravotnických zařízeních i zařízeních sociální péče k nejčastějším nežádoucím událostem. Proto je potřeba se zabývat preventivními opatřeními a dalšími možnostmi, jak pádu předejít. Informovanost zdravotnického personálu je podle výzkumu dostatečná. Zlepšit informovanost lidí pečujících v domácím prostředí by bylo možnou formou informačních letáků v ambulancích praktických nebo psychiatrických lékařů. Další možnosti, jak zvýšit informovanost laiků, je uspořádání semináře, kde by pečující mohli získat ucelené informace od pracovníků sociálních i zdravotních služeb. Získali by tak nejen ucelené informace o Alzheimerově nemoci, ale i informace jak zařídit bezpečné prostředí pro nemocného doma a jaké vybavení je například nebezpečné s ohledem na riziko pádu. Také by se dozvěděli, které věci mohou být pro nemocného důležité a jak zlepšit jeho orientaci v domácím prostředí.

Náročností péče o blízkou osobu v domácím prostředí jsme si jistě všichni vědomi. Tyto pečující osoby v současné době nemají žádný konkrétní benefit na relaxační aktivity. Jednou z možností by bylo tyto relaxační aktivity proplácat na základě předem uhrazených faktur u zdravotních pojišťoven, tak jako například příspěvek na sportovní aktivity. Tím bychom jako společnost dali pečujícím osobám signál, že si uvědomujeme břímě, které si na sebe vzali.

- [12] SVOBODOVÁ, D. a JURÁSKOVÁ, D., 2010. Sledování pádů hospitalizovaných pacientů v České republice. Florence. 9/2010, s. 29-33. ISSN 1801-464X
- [13] ŠEFLOVÁ, K., 2015. Pády seniorů mimo zdravotnická zařízení [online]. [cit. 2021-12-15]. Bakalářská práce. Jihlava. Vysoká škola polytechnická Jihlava, Katedra zdravotnických studií. Dostupné z: <https://knihovna.vspj.cz/bakalarske-prace/po-obhajobe/prijmeni/%C5%A0eflov%C3%A1/studijni-obor/5341R009>
- [14] ŠTĚPANYOVÁ, G., 2019. Tisková zpráva: Ministerstvo zdravotnictví a NUDZ připravily Národní akční plán pro Alzheimerovu nemoc. Hygienická stanice hlavního města Prahy [online]. Praha. [cit. 2021-11-15]. Dostupné z: https://www.hygp Praha.cz/dokumenty/ministerstvo-zdravotnictvi-a-nudz-pripravily-narodni-akcni-plan-pro-alzheimerovu-nemoc-4362_4362_161_1.html
- [15] VĚSTNÍK MINISTERSTVA ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY, 2020. Prevence pádů a postup při zraněních způsobených pády [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky. [cit. 2020-02-21]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/18554/40328/Vestnik%20MZ_2-2020.pdf
- [16] WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020. WHO: Prvních 10 příčin úmrtí [online]. [cit. 2021-08-07]. Dostupné z: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>
- [17] ZVĚŘOVÁ, M., 2017. Alzheimerova demence. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0561-8. Dostupné také z: <https://www.bookport.cz/kniha/alzheimerova-demence-4181/>

ALZHEIMER'S DISEASE AND PREVENTION OF FALLS FROM THE CARETAKER'S POINT OF VIEW



ABSTRACT

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

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

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

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

Hana Ryšavá
Psychiatrická nemocnice Jihlava
Brněnská 54, 586 01 Jihlava
e-mail: hanka.fj@seznam.cz

KEYWORDS:

Alzheimer's disease, caretaker's care,
dementia, prevention of a fall

SPECIALIZOVANÁ PALIATIVNÍ PÉČE U PACIENTA V TERMINÁLNÍM STÁDIU NEMOCI

VERONIKA KUSÍNOVÁ
LADA RAZIMOVÁ
VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ
JIHLAVA

MICHAL ŠVIRIK
FAKULTNÍ NEMOCNICE BRNO



ABSTRAKT

Práce se zabývá tématem „Specializovaná paliativní péče u pacienta v terminálním stádiu nemoci“ je rozdělena na dvě části. Teoretická část se zabývá paliativní péčí, specializovanou paliativní péčí, smrtí a umíráním, potřebám umírajícího pacienta, hospicům, symptomům provázejícím umírání. Výzkumná část je věnována analýze a vyhodnocení dat získaných od respondentů formou dotazníkového šetření. Respondenty jsou všeobecné sestry. Cílem práce je zmapovat přínos specializované paliativní péče pro pacienta z pohledu všeobecných sester a zmapovat problémy a nedostatky, se kterými se všeobecné sestry setkávají při jejím poskytování.

KLÍČOVÁ SLOVA:

Hospic, smrt, specializovaná paliativní péče, terminální stádium

ÚVOD

„Život je nemoc a smrt začíná narozením. Každé vydechnutí a každý tep srdce je zároveň tak trochu umíráním – malým krůčkem ke konci.“

(Erich Maria Remarque).

Život každého z nás se v posledním století velmi změnil. Samotné žití se stalo mnohem pohodlnějším, a to v mnoha ohledech. Uvědomujeme si však, jak nemalou daň za to platíme? Umíráme totiž mnohem déle. Paliativní péče se v poslední době dočkala mnoha pozitivní změn, ale přesto se umírajícím v naší zemi nedostává odpovídající a zasloužené péče. Kolikrát je závěr života zbytečně provázen bolestí a dalšími nepříjemnými symptomy, které dnešní moderní medicína dokáže zvládnout. Specializovaná paliativní péče je komplexní a odborná péče, kterou poskytují vyškolení odborníci. Tato forma péče je nejčastěji poskytována v zařízeních, jako jsou kamenné hospice, domácí hospice, nemocnice s vlastním oddělením paliativní péče. Ve skutečnosti se do takových zařízení všichni nevléčitelně nemocní a umírající pacienti nedostanou. Většina pacientů totiž stále umírá v nemocnicích na akutním lůžku, v léčebnách dlouhodobě nemocných, v domovech pro seniory. Důležité je nejen mezi veřejností, ale i mezi samotnými zdravotníky, a hlavně pak mezi lékaři vědět, kdy je ta správná a vhodná doba nabídnout pacientovi odpovídající péči. Není to lehké ani pro lékaře odhadnout, kdy se pacient blíží k závěru života. Samotný proces umírání je totiž velice individuální, nikdo z nás neumírá podle tabulek, a tak správná indikace hospicové péče může být častokrát složitá. Stávají se případy, kdy se pacientovi specializované paliativní péče dostane buď brzy, kdy jeho zdravotní stav ještě nevyžaduje tak intenzivní symptomatickou léčbu, nebo v době, kdy je již pozdě a pacient umírá v nemocnici či v krátké době po přijetí do hospice kamenného či domácího.

PALIATIVNÍ PÉČE

Paliativní péče je aktivní, komplexní péče poskytována pacientům, u kterých je diagnostikována nevléčitelná choroba v pokročilém nebo terminálním stádiu nemoci. Cílem paliativní péče je ztláčit bolest a ostatní tělesné a duševní utrpení a udržet co nejvyšší kvalitu života. Smrt je přirozenou součástí života a stejně tak péče a práce s umírajícím pacientem je přirozenou součástí práce každé sestry. Ať už se jedná o úmrtí náhlé a nečekané, nebo úmrtí u starého a chronicky nemocného člověka, musí sestra vždy postupovat důstojně, s respektem a úctou k zesnulému. (Sláma, 2007)

ROZDĚLENÍ PALIATIVNÍ PÉČE

Vsoučasné době se rozlišují dvě úrovně poskytování paliativní péče, a to obecná a specializovaná. Formu obecné paliativní péče by mělo poskytnout každé zdravotnické zařízení. Obecnou paliativní péčí se rozumí dobrá klinická praxe, kterou poskytují zdravotníci v rámci odbornosti. Základem je včasné vyznění nevléčitelného charakteru nemoci. Součástí obecné paliativní péče je dobrá komunikace

s pacientem a jeho rodinou. Důležitá je orientace léčby na kvalitu života, správná a efektivní léčba symptomů a psychosociální podpora. (Kabelka, 2017)

Specializovaná paliativní péče je definována jako aktivní, vysoce odborná, interdisciplinární péče poskytovaná týmem odborníků, kteří jsou v oblasti paliativní péče odborně vzděláni. Specializovaná zařízení paliativní péče se věnují paliativní péči jako svojí hlavní činnosti. Služby v těchto zařízeních by měly být dobře dostupné a být připraveny nabídnout pacientovi podporu, ať je kdekoliv. Primární onemocnění těchto pacientů již není ovlivnitelné aktivní léčbou, onemocnění pacienta limituje a způsobuje mu řadu nepříjemných symptomů. V České republice je specializovaná paliativní péče uvedena v zákoně č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách poskytování a je vymezena jako samostatný druh zdravotní péče. Nejčastějšími formami poskytování specializované paliativní péče je domácí a lůžkový hospic. Dalšími zařízeními jsou oddělení paliativní péče v rámci zdravotnického zařízení, konziliární tým paliativní péče, ambulance paliativní medicíny a denní stacionáře paliativní péče. (Marková, 2010; Bužgová, 2015)

DOMÁCÍ HOSPICOVÁ PÉČE

Mobilní specializovaná paliativní péče neboli domácí hospic je jednou z forem specializované paliativní péče. Péče je poskytována ve vlastním domácím nebo náhradním zázemí pacienta. Tento model poskytované péče patří v některých zemích mezi nejrozšířenější. Poskytovatel, který provozuje domácí hospicovou péči, musí pacientovi garantovat nepřetržitou dostupnost (Sláma, 2012). Výzkumy, věnující se problematice umírání a smrti, poukazují na to, že zemřít doma splňuje pro většinu populace představu o dobré smrti. Autorka také uvádí, že rodina musí být schopna převzít celodenní péči o nemocného, a to je považováno za základní podmínku poskytnutí domácí hospicové péče. Domácí hospic je tým multidisciplinární, jehož členové – lékař, sestra, sociální pracovník, pastorační asistent, psycholog a dobrovolník poskytují péči rodinám, které se rozhodly o své blízké pečovat doma. (Marková, 2010)

KAMENNÝ HOSPIC

Hospic je chápán jako zdravotně sociální zařízení. Hlavním posláním hospice je péče o umírající, a soustředí tak všechny síly na zajištění dobrého umírání nemocných. V hospici jsou lékařské vizity stejně jako v nemocnici, režim dne se ale od toho v nemocnici velice liší, pokud je to trochu možné, určuje si ho sám pacient (Svatošová, 2011). Lůžkový hospic je zařízení poskytující specializovanou paliativní péči pacientům, u kterých je očekávaná délka života omezená. V hospicích poskytuje péči multiprofesní tým, jako je lékař, sestra, ošetřovatel, sociální pracovník, psycholog, duchovní a dobrovolník. Autor také zmiňuje, že v českých hospicích zemřou méně než 3 % všech zesnulých v ČR. (Sláma, 2012)

MULTIDISCIPLINÁRNÍ TÝM

Vzhledem k souhrnným obtížím nevléčitelně nemocného člověka je nutná spolupráce i s jinými než lékařskými profesemi. V paliativní péči musí vždy fungovat multidisciplinární tým a za členy týmu by měli být považováni také členové pacientovy rodiny a v neposlední řadě i pacient sám. Ten by měl mít rozhodující slovo o léčbě a dalších postupech. Multidisciplinární tým by měl být složen z lékařů – specializace paliativní medicína, i další odbornosti, všeobecné sestry, sociální pracovník, psycholog, fyzioterapeut, nutriční specialista, duchovní pracovník. Jak uvádí Svatošová (2011) žádný hospic se neobejde bez dobrovolníků. Prostředí hospice je útulné, láskyplné a snahou dobrovolníků se podobá více domovu než nemocnici. Autorka také zdůrazňuje, že dobrovolníci svou činnost dělají „jen“ pro radost. (Marková, 2010; Vorlíček, 2012)

ROLE SESTRY V MULTIDISCIPLINÁRNÍM TÝMU

Všeobecná sestra má v multidisciplinárním týmu své místo a zaujímá velmi důležité postavení. Sestra je profesionálem, který je pacientovi nejbližší, a očekává se, že umí správně vysvětlit vše, na co se pacient může ptát, stejně tak musí umět předat informace i ostatním členům týmu, a to jak o pacientovi, tak o jeho rodině. Sestra také sleduje potřeby nemocného a společně s ostatními členy týmu hledá možnosti, jak umožnit naplnění všech jeho potřeb. Komunikace v týmu probíhá cestou písemnou, kdy členové týmu zaznamenávají informace do jednotné dokumentace. Další formou komunikace jsou pravidelné schůzky multidisciplinárního týmu, vždy dle zvyklosti pracoviště, minimálně však jednou týdně. (Marková, 2010)

OŠETŘOVATELSTVÍ V PALIATIVNÍ PÉČI U PACIENTA V ZÁVĚRU ŽIVOTA

Kabelka (2017) definuje terminální stádium jako fázi nevléčitelné choroby, která se projevuje destabilizací nemoci, zhoršením některých příznaků a je zřetelné že nemoc se vyvíjí k závěru. Za terminální stav se označuje období, ve kterém onemocnění dospěje k situaci, kdy nemocného může ohrozit na životě. Klinicky je zřetelná závažná dekompenzace některých životně důležitých orgánů. Terminální fáze se u mnoha onemocnění liší svojí délkou, charakterem potřeb a v neposlední řadě i symptomovou zátěží.

Z pohledu ošetřovatelství se péče o pacienta v závěru života zaměřuje na základní ošetřovatelskou péči jako je péče o kůži, prevence dekubitů, polohování, nutriční péče, péče o vyprazdňování, hydrataci, o dutinu ústní a péči o dýchací cesty. (Skála, 2011)

PÉČE V ZÁVĚRU ŽIVOTA

Jak uvádí ve své knize Kabelka (2017) blízcí nemocného, které on označí za relevantní, se stávají zásadními partnery zdravotníků, měli by být takto vnímáni, přijati a respektováni.

Zároveň potřebují podporu, poradenství, někdy i péči. Péče v závěru života má své specifické cíle. V posledních dnech života je vnímána jako příležitost k přípravě nemocného a jeho nejbližších na důstojný odchod. Marková (2009) zmiňuje, že péče v závěru života se nesnižuje, ale soustředí se individuálně na dobré umírání. Zhoršování zdravotního stavu každý den, velká slabost, ospalost, snížený příjem tekutin i stravy, potíže s polykáním jsou aspekty, které upozorňují na závěr života. Uvádí potřebu informovat rodinu, že nemocný umírá a dát volnost ke komunikaci a průniku emocí. V posledních dnech života je také vhodné přehodnotit léčbu, která není potřebná pro kontrolu symptomů. Zvážit hydrataci a výživu, nadměrný přísun tekutin zvyšuje sekreci v dýchacích cestách. Zajistit častou péči o dutinu ústní a zvolit vhodné lůžko, doporučuje se elektrické s antidekubitální matrací.

UMÍRÁNÍ A SMRT

Jak uvádí Špatenková (2014) ve své knize, je umírání poslední fází života. Toto období je různě dlouhé. V souladu s Kübler-Rossovou rozlišuje autorka ve své knize tři období umírání: období před umíráním – prefinem (sdělení diagnózy), období vlastního umírání – in finem (období, které hraničí s fyzickou smrtí, dominuje problematika paliativní péče, hospiců, eutanázie), období po smrti – post finem (období, které začíná smrtí pacienta a zahrnuje péči o tělesnou schránku a péče o pozůstalé).

FÁZE UMÍRÁNÍ DLE KÜBLER – ROSSOVÉ

Autorky Zacharová, Hermanová a Šrámková (2007) uvádějí, že problematice umírání se věnovala americká lékařka Elisabeth Kübler – Ross, která pomocí rozhovorů s umírajícími popsala pět fází procesu umírání. Autorky tyto fáze ve své knize popisují jako fáze šoku (popírání, odmítání), fáze zloby (proč já, proč ne někdo jiný), fáze uklidnění a smlouvání, fáze deprese, smutku, fáze smíření.

SMRT

Špatenková (2014) poukazuje ve své knize na to, že biologické smrti může předcházet smrt sociální. Tu popisuje jako stav, kdy člověk již není svým okolím přijat jako osobnost, ostatní ho považují za mrtvého ještě dříve, než skutečně zemře. Munzarová (2008) uvádí, že smrt může být dobrá tehdy, netrpí-li nemocný po žádné stránce a je-li řádně ošetřován ve všech dimenzích. Kelnarová (2007) popisuje rozdělení známek smrti na jisté a nejisté. Jako nejisté známky smrti uvádí zástavu dýchání, činnost srdce, nevybavování zornicového reflexu. Dle autorky mají na jisté známky smrti vliv fyzikální a chemické povahy, které mění tělo zemřelého. Jako fyzikální posmrtné změny uvádí: posmrtná bledost, posmrtné chladnutí těla, posmrtné skvrny. Jako chemické (které mění vnitřní složení tkání) označuje: posmrtné tuhnutí těla, autolýza (posmrtný rozklad a hniloba), posmrtné srážení krve. Vytejková (2013) definuje smrt (exitus letalis, úmrtí) jako konec biologického života, doprovázenou nevratnými změnami, jež znemožňují obnovení životních funkcí. Zdůrazňuje, že smrt může nastat v kterémkoliv okamžiku života.

Kelnarová (2007) uvádí, že většina lidí si přeje být v okamžiku smrti sama. Popisuje, že rodinný příslušník, který se často nevzdálí od lůžka umírajícího, na okamžik odejde a finalita se naplní. Příbuzný si pak může vyčítat, že odešel nevhod, mnohdy ale umírající čeká na okamžik, kdy bude sám a zemře. Úlohou sestry je ujistit příbuzné, že jsou bez viny a že si nepřítomnost u lůžka v okamžiku smrti příbuzného nemusejí vyčítat. Marková (2010) uvádí, že doprovázení pozůstalých v období truchlení je součástí týmu specializované paliativní péče. Pozůstalí často prožívají šok, a to i tehdy, bylo-li úmrtí očekávané, proto je důležité poskytnout pozůstalým dostatek času v klidném prostředí. Zdůrazňuje, že je důležité příbuzné ujistit, že nemocný netrpěl.

CÍL VÝZKUMU A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

Cílem výzkumu je zmapovat přínos specializované paliativní péče pro pacienta z pohledu všeobecných sester.

V návaznosti na cíl práce byly stanoveny dvě výzkumné otázky: Jaký přínos má specializovaná paliativní péče pro pacienty z pohledu všeobecné sestry? S jakými nedostatky se všeobecné sestry setkávají při poskytování specializované paliativní péče?

METODIKA VÝZKUMU

V výzkumu je zvolena kvantitativní metoda. Respondenti odpovídali, na 26 otázek. Dotazník byl vytvořen tak, aby navazoval na cíl práce a výzkumné otázky. V dotazníku byly 4 polouzavřené otázky, u kterých měli respondenti možnost dopsat vlastní odpověď. Zbýlých 22 otázek bylo uzavřených, respondenti byli poučeni o možnosti výběru jedné nebo více odpovědí. Dotazník je rozdělen na 3 části. První část obsahuje sociodemografické údaje respondenta (otázka 1 až 6). V druhé části byl výzkum zaměřen na první výzkumnou otázku „Jaký přínos má specializovaná paliativní péče pro pacienta z pohledu všeobecných sester?“. V poslední třetí části dotazníku, byly otázky zaměřeny na druhou výzkumnou otázku „S jakými nedostatky se setkávají všeobecné sestry při poskytování specializované paliativní péče?“. Dotazník byl vytvořen v návaznosti na hlavní cíl práce a výzkumné otázky.

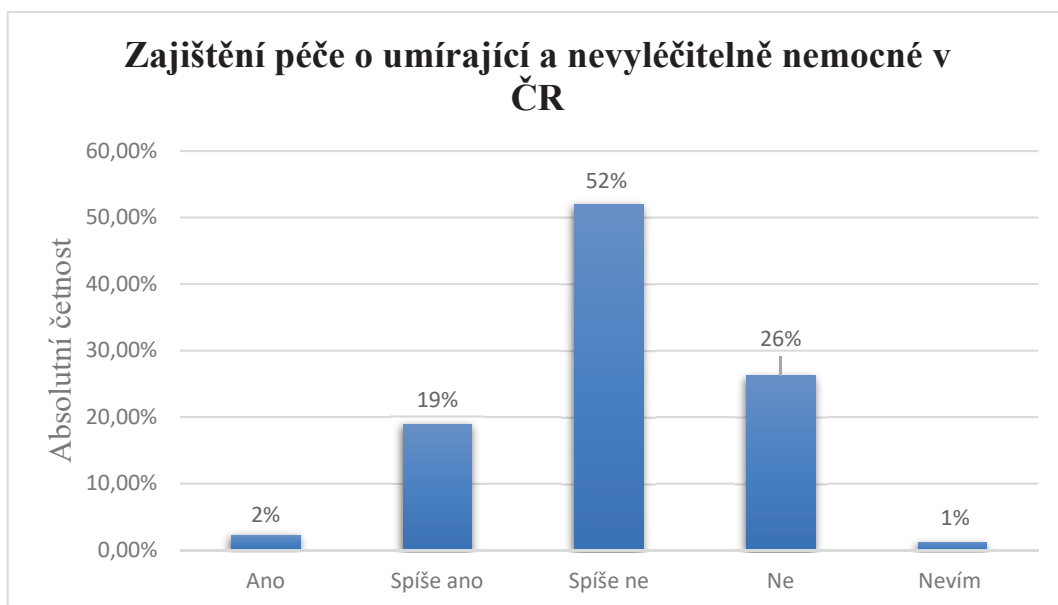
Výzkum probíhal za pomoci internetového portálu www.survio.cz, kde byl dotazník respondentům k dispozici. Pro oslovení většiny respondentů, byl dotazník k dispozici v internetové skupině Ošetřovna od Ošetřovatelství.info. Každý člen této skupiny se musel při vstupu prokázat jako nelékařský zdravotnický pracovník. Návštěvnost dotazníku byla celkem 662 návštěv. Vyplnilo jej celkem 371 respondentů. Z toho 291 respondentů dotazník pouze zobrazila, k samotnému vyplnění již nedošlo. Dotazník tak dokončilo 56 % respondentů. Dotazník nebyl nijak omezen počtem respondentů. Dotazník byl určen pro všeobecné sestry. Forma internetového šetření byla zvolena z toho důvodu, aby se téma práce dostalo mezi co nejvíce respondentů, konkrétně mezi všeobecné sestry.

CHARAKTERISTIKA SOUBORU

Vyplňování dotazníku se zúčastnilo 359 žen a 11 mužů. Nejvíce respondentů, a to 69 bylo ve věku 18–25 let a nejméně respondentů bylo ve věku 61 let a více. Nejvíce respondentů (156) uvedlo délku praxe ve zdravotnictví 0–9 let a u nejméně respondentů (17) byla délka praxe ve zdravotnictví 35 a více let. 305 respondentů uvedlo praxi v paliativní péči v délce 0–9 let, u 40 respondentů byla délka praxe v paliativní péči 10–15 let, 10 respondentů pracuje v paliativní péči 16–21 let, 9 respondentů 28–35 let, 5 respondentů uvedlo délku praxe v paliativní péči 22–27 let a 2 respondenti pracují v paliativní péči 35 a více let. Největší počet respondentů, a to 149 má středoškolské vzdělání v oboru všeobecná sestra. 52 respondentů absolvovalo v rámci paliativní péče odborné stáže a 37 respondentů absolvovalo ELNEC (End Of Life Nursing Education Consortium) - vzdělávací kurz s mezinárodní licencí pro sestry, které pracují s pacienty v konečné fázi života.

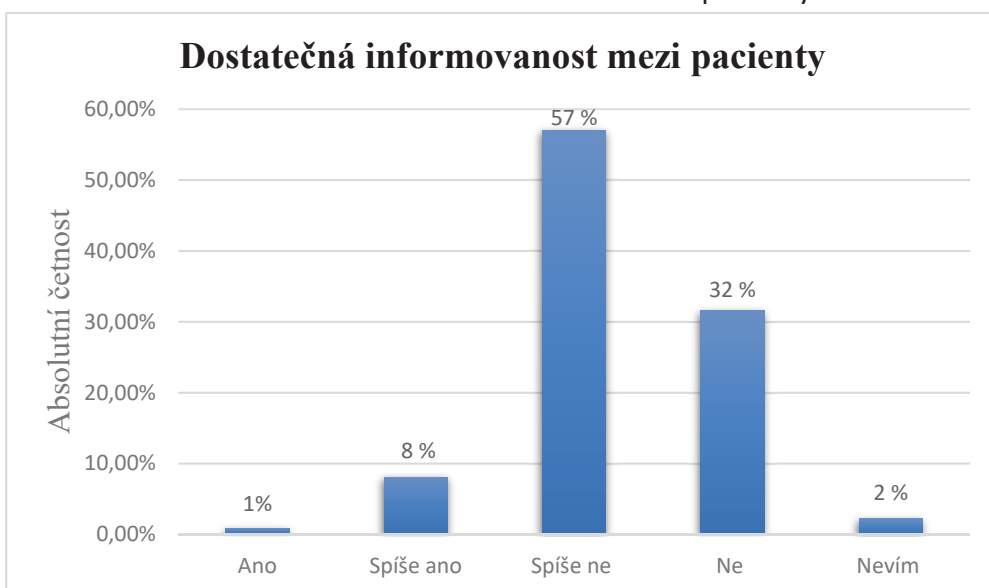
VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Graf 1: Zajištění péče o umírající a nevléčitelně nemocné v ČR



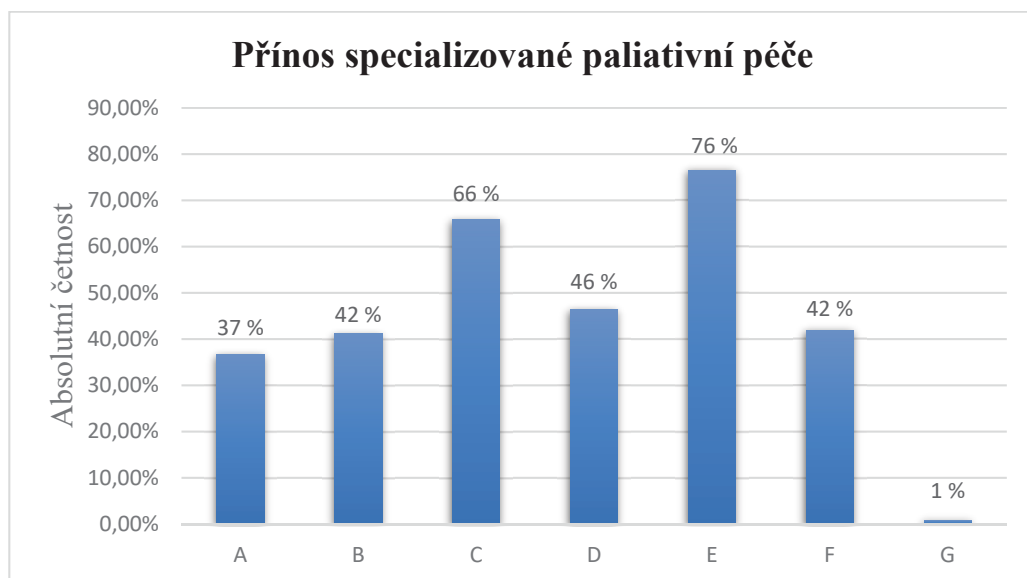
V grafu 1 jsou uvedeny odpovědi na otázku „Domníváte se, že je v České republice dostatečně zajištěna péče o nevléčitelně nemocné a umírající?“. Nejčastěji odpověď byla Spíše ne v počtu 192 respondentů (52 %), 97 respondentů (26 %) odpovědělo Ne, 69 respondentů (19 %) odpovědělo Spíše ano, pouze 8 respondentů (2 %) odpovědělo Ano, 4 respondenti (1 %) odpověděli, že nevědí.

Graf 2: Dostatečná informovanost mezi pacienty



V grafu 2 jsou uvedeny odpovědi na otázku „Domníváte se, že je informovanost o specializované paliativní péči a jejích možnostech mezi pacienty dostatečná?“. Největší počet byl 213 respondentů (57 %), kteří odpovídají Spíše ne, 117 respondentů (32 %) odpovědělo Ne, 30 respondentů (8 %) uvedlo Spíše ano, 8 respondentů (2 %) uvedlo, že nevědí a pouze 3 respondenti (1 %) odpověděli Ano.

Graf 3: Přínos specializované paliativní péče

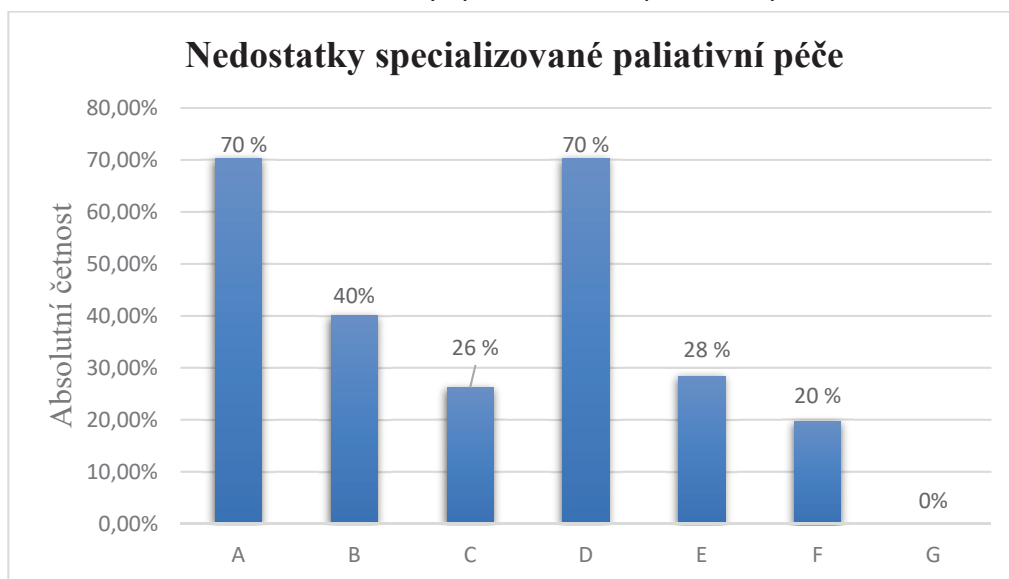


V grafu 3 jsou uvedeny odpovědi na otázku „Uvedte prosím, největší přínos specializované paliativní péče“. V této otázce mohli respondenti zvolit více odpovědí. A - péče poskytovaná odborným personálem, B - efektivní léčba symptomů, C - možnost

nepřetržitě přítomnosti rodiny a blízkých, D - využití multidisciplinárního týmu v péči o pacienta, E - důstojná péče a zacházení s pacientem, F - možnost posledního rozloučení s pacientem po úmrtí, G - jiné, uveďte.

Největší počet respondentů, celkem 284 (76 %) zvolilo za odpověď důstojná péče a zacházení s pacientem, 244 respondentů (66 %) uvedlo jako přínos možnost nepřetržitě přítomnosti rodiny a blízkých, 172 respondentů (46 %) zvolilo jako přínos využití multidisciplinárního týmu v péči o pacienta, 155 respondentů (42 %) uvedlo jako přínos možnost posledního rozloučení s pacientem po úmrtí, 153 respondentů odpovědělo jako přínos efektivní léčba symptomů, 136 respondentů (37 %) odpovědělo jako přínos že péče je poskytována odborným personálem, 3 respondenti (1 %) se rozhodli pro „Jiné, uveďte“, jako nejčastější respondenti uváděli že největším přínosem je ctít dříve vyslovená přání, pokud je to možné, pracovníky hospiců je člověk brán jako lidská bytost, není číslo ani pojištěnec, pacient neumírá v nemocničním prostředí, kde je hluk, stres a pořád se spěchá, nejlepší pro pacienta je zemřít doma, v hospici je klidné, příjemné prostředí a rodinný přístup, pro pacienta i rodinu je to velmi uklidňující.

Graf 4: Nedostatky specializované paliativní péče



V grafu 4 jsou uvedeny odpovědi na otázku „Jaké si myslíte, že jsou nedostatky specializované paliativní péče, které mohou negativně ovlivňovat péči o umírající pacienty?“. V této otázce mohli respondenti zvolit více odpovědí A - nedostatek zařízení poskytující specializovanou paliativní péči, B - nedostatečně vzdělaný personál v oboru, C - nedostatečné vybavení materiální i technické, D - nedostatek personálu na poskytnutí kvalitní péče a málo času na pacienty, E - neefektivní léčba symptomů, F - péče je finančně náročná, rodina si takovou péči nemůže dovolit (lůžkové, domácí hospice), G - nemá žádné nedostatky. Celkem 260 respondentů (70 %) odpovědělo, že je nedostatek zařízení poskytující specializovanou paliativní péči, stejný počet respondentů, 260 (70 %)

uvádí jako nedostatečné nedostatky personálu na poskytnutí kvalitní péče a málo času na pacienty, 149 respondentů (40 %) uvedlo nedostatečně vzdělaný personál v oboru, 105 respondentů (28 %) uvedlo neefektivní léčbu symptomů, 97 respondentů (26 %) si myslí, že je nedostatečně vybavení materiální a technické, 73 respondentů (20 %) považuje jako nedostatek finanční náročnost péče, rodina si takovou péči nemůže dovolit (lůžkové, domácí hospice). Odpověď: Nemá žádné nedostatky, nezvolil žádný z dotazovaných respondentů.

DISKUSE

ZAJIŠTĚNÍ PÉČE O UMÍRAJÍCÍ A NEVYLÉČITELNĚ NEMOCNÉ V ČR

Z výsledků výzkumného šetření vyplývá, že největší počet respondentů (52 %) se domnívá, že v České republice spíše není dostatečně zajištěna péče o nevléčitelně nemocné a umírající a 26 % respondentů se domnívá, že není péče o nevléčitelně nemocné a umírající dostatečně zajištěna. Podle Bužgové (2015) bylo prvním pokusem o zařízení, kde se poskytovala paliativní péče, otevření oddělení paliativní péče při nemocnici v Babicích nad Svitavou. Autorka také uvádí, že první zařízení hospicového typu bylo u nás otevřeno roku 1995 v Červeném Kostelci a na jeho otevření měla velkou zásluhu MUDr. Marie Svatošová, která je zároveň zakladatelkou hospicového hnutí v České republice. Jednou z prvních autorek, které se zabývaly tématem smrti a umírání po roce 1989, byla prof. Helena Haškovcová. Mezi významné monografie patří také kniha prof. Jiřího Vorlíčka *Paliativní medicína* z roku 1998 a 2004. První rozsáhlejší výzkum v oblasti smrti a umírání byl mezi veřejností proveden organizací Cesta domů v letech 2003–2004 a jeho cílem bylo zjistit nedostatky v oblasti péče o nevléčitelně nemocné a umírající. V roce 2005 byla založena Asociace poskytovatelů hospicové péče, která významně přispěla k rozvoji paliativní péče v České republice a vydala v roce 2007 první Standardy hospicové paliativní péče. Mezi další důležité kroky se řadí založení České společnosti paliativní medicíny v roce 2009 a v neposlední řadě také založení Centra paliativní péče v Praze v roce 2014 pod vedením PhDr. Martina Loučky, Ph.D.

Podle údajů Ústavu zdravotnických informací a statistiky (Zemřelí, 2012) umírá v ČR ročně 105.000–108.000 lidí. Sláma (2012) uvádí, že přibližně 6000 onkologicky a 5.000–10.000 neonkologicky nemocných v ČR potřebuje v posledním roce svého života specializovanou paliativní péči. Jako optimální počet lůžek specializované paliativní péče doporučuje WHO 5/100.000 obyvatel v případě dobře fungující ambulatní a domácí specializované paliativní péče. V současné době je v ČR 4,5 lůžek na 100.000 obyvatel. V ČR zemřelo nejvíce osob v nemocnici (58 %) a v léčebně dlouhodobě nemocných (9 %). V domácím prostředí zemřelo většinou náhle, nečekaně 21 % pacientů. (Bužgová, 2015)

DOSTATEČNÁ INFORMOVANOST MEZI PACIENTY

Největší počet respondentů (57 %) se domnívá, že informovanost o specializované paliativní péči a jejích možnostech mezi pacienty je spíše nedostatečná a 32 %

respondentů uvedlo, že se domnívá, že informovanost o specializované paliativní péči a jejich možnostech mezi pacienty je nedostatečná. Hovořit o smrti a umírání v běžném rozhovoru je tabu nejen pro laickou veřejnost, ale často i pro odbornou veřejnost, což samozřejmě negativně ovlivňuje situaci umírajícího člověka a jeho rodiny. Jak autor uvádí, z výsledků výzkumu je patrné, že veřejnost nemá potřebné informace o možnostech důstojného ukončení života a problematice paliativní péče. (Tomeš, 2015) Nedostatek informací a uznání ze strany profesionálů může vést k pocitům izolovanosti a obtížím, které prožívají rodinní příslušníci. Další autoři (Hwang et al., 2003; Mangan et al., 2003; Smith, 2007) dokazují, že nejčastěji nenaplněné potřeby rodinných příslušníků jsou potřeba informací, především více informací o domácí péči, nalezení pomoci s problémy doma, informovanost o prognóze onemocnění a management symptomů. (Bužgová, 2015)

PŘÍNOS SPECIALIZOVANÉ PALIATIVNÍ PÉČE

Největší počet respondentů (76 %) uvedlo, že největším přínosem specializované paliativní péče je důstojná péče a zacházení s pacientem, 66 % respondentů uvedlo jako největší přínos možnost nepřetržité přítomnosti rodiny a blízkých, 46 % respondentů zvolilo jako největší přínos specializované paliativní péče využití multidisciplinárního týmu v péči o pacienta, 42 % respondentů uvedlo jako přínos možnost posledního rozloučení s pacientem po úmrtí, 42 % respondentů uvedlo jako přínos efektivní léčbu symptomů, 37 % respondentů uvedlo jako největší přínos specializované paliativní péče, že je péče poskytována odborným personálem a 1 % respondentů se rozhodlo pro možnost „Jiné, uveďte“. Jako nejčastější jinou možnost respondenti uvedli: cítí dříve vyslovená přání, k člověku přistupují jako k lidské bytosti, pacient neumírá v nemocničním prostředí, kde je hluk, stres a spěch, nejlepší pro pacienta je zemřít doma, v hospici je klidné, příjemné prostředí a rodinný přístup. Specializovaná paliativní péče by měla být dostupná ve všech formách péče. Pacientovi by měla poskytovat podporu, ať je doma, v nemocnici, v rezidentní péči, v pečovatelském domě, v denním stacionáři, v ambulantní péči nebo na specializovaném oddělení paliativní péče. Důležitá role specializované paliativní péče je i v podpoře zdravotníků při poskytování paliativní péče. Všichni zdravotníci by měli mít přístup ke konzultacím a podporu specializovaných poskytovatelů paliativní péče. (Marková, 2010) Důvodem pro rozvoj programů specializované paliativní péče v nemocnicích byla špatná komunikace, nedostatečná léčba bolesti a dalších symptomů, vícelůžkové pokoje, malá pozornost věnovaná psychosociálním a spirituálním aspektům nemoci, nedostatky ve zpracování vlastní smrti a nedostatečná informovanost pacientů a jejich blízkých. (Bužgová, 2015)

NEDOSTATKY SPECIALIZOVANÉ PALIATIVNÍ PÉČE

Z výzkumného šetření vyplývá, že 70 % respondentů vnímá jako problémové oblasti specializované paliativní péče, které mohou negativně ovlivňovat péči o umírající pacienty, nedostatek zařízení poskytujících specializovanou paliativní péči a 70 % respondentů vnímá jako problémovou oblast nedostatek personálu při poskytování

kvalitní péče o umírající pacienty. 40 % respondentů uvedlo, že v oboru paliativní péče je nedostatečně vzdělaný personál. 28 % respondentů uvedlo jako nedostatky v oblasti specializované paliativní péče, které mohou negativně ovlivňovat péči o umírající pacienty, neefektivní léčbu symptomů u umírajících pacientů. 26 % respondentů uvedlo nedostatečné materiální a technické vybavení a 20 % respondentů uvedlo finanční náročnost péče představující pro rodinu zátěž. Kvalita paliativní péče v nemocnicích závisí nejen na počtu personálu, ale i schopnosti týmu identifikovat potřebu paliativního přístupu a společně s nemocným rozhodnout pro postupy paliativní. Dále závisí na kvalitě vzdělání lékařů a sester v paliativní medicíně a v paliativní péči, na fungování multidisciplinárního týmu, na kvalitě komunikace uvnitř týmu, otevřenosti oddělení pro „civilní“ personál, tj. pro rodinné příslušníky a dobrovolníky. (Marková, 2010) Specializovanou paliativní péči by měli poskytovat profesionálové v oblasti paliativní péče, kteří absolvovali výcvik a vzdělání v dané oblasti. Poskytovatelé paliativní péče úzce spolupracují s pacienty a jejich rodinami, kteří mají často velmi specifické a komplexní potřeby, proto je výběr pracovníků pro tuto spolupráci velmi důležitý. (Tomeš, 2015)

ZÁVĚR

Práce s názvem „Specializovaná paliativní péče o pacienta v terminálním stádiu nemoci“ se zaměřuje na komplexnost péče o pacienta, který se nachází tváří v tvář nevléčitelné chorobě. Ve výzkumné části bylo analyzováno a vyhodnoceno dotazníkové šetření, které bylo určeno pro všeobecné sestry. Hlavním cílem bylo zjistit, jaký přínos má specializovaná paliativní péče pro pacienta z pohledu všeobecných sester. Byly dvě výzkumné otázky. První výzkumná otázka byla zaměřena na přínos specializované paliativní péče. Z dotazníkového šetření je patrné, že z pohledu sester je specializovaná paliativní péče přínosná v mnoha aspektech. Specializovanou paliativní péči považují za důstojnou v péči o nevléčitelně nemocného. Velmi důležité je, že specializovaná paliativní péče je přínosná pro pacienta při léčbě bolesti a přináší úlevu od řady nepříjemných příznaků, neusiluje ani neoddaluje smrt a na umírání hledí jako na přirozený proces. Nepřetržitá přítomnost, využití dobrovolníků, péče formou multidisciplinárního týmu, efektivní léčba nebo péče o rodinu v období nemoci, zármutku či truchlení, to vše je dalším kladem pro pacienta, který se ocitne s nevléčitelnou chorobou na pracovištích specializované paliativní péče. Za zmínku stojí, že tento druh péče nezahrnuje pouze pacienta samotného, ale i jeho rodinu a blízké. Specializovaná paliativní péče dle respondentů život pacienta zkvalitňuje a může pozitivně ovlivnit celý průběh nemoci a umírání. Druhá výzkumná otázka byla zaměřena na nedostatky, s kterými se sestry mohou při poskytování specializované paliativní péče setkat. Z výzkumu je patrné, že velkou část respondentů trápí nedostatek personálu, málo času na pacienty nebo nedostatek zařízení, která specializovanou paliativní péči poskytují. Dalším nedostatkem, který byl také často uváděn, je finanční náročnost péče, kterou si rodina často nemůže dovolit. Oblast péče, kterou považují respondenti za obtížnou je komunikace, a to jak s umírajícím, tak s rodinou, péče o pozůstalé či doprovázení nemocného. Jako největší problém vnímají respondenti péči o mladé umírající pacienty, přítomnost dětí u umírajících

pacientů, psychickou náročnost péče či péči o pacienty s bolestí. Většina respondentů vnímá jako nedostatečnou komunikaci s pacientem a jeho rodinou na svém pracovišti.

Důležité je podporovat celoživotní vzdělávání v oblasti paliativní péče. Zvýšit nabídku stáží v zařízeních poskytujících specializovanou paliativní péči a podporovat úzkou spolupráci mezi jednotlivými poskytovateli. Předávání zkušeností v oblasti specializované paliativní péče mezi jednotlivými poskytovateli tak bude mít bezesporu kladný vliv na kvalitu poskytované péče o nevléčitelně nemocné a umírající. Důležitým faktorem pro zajištění dostupnosti péče o nevléčitelně nemocné a umírající je podpora rozvoje a zvýšení úrovně obecné a specializované paliativní péče.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] ASOCIACE POSKYTOVATELŮ HOSPICOVÉ A PALIATIVNÍ PÉČE. 2016. Standardy hospicové paliativní péče. [online]. Praha: Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče [cit. 2016-10]. Dostupné z: <http://asociacehospicu.cz/standardy-hospicove-paliativni-pece/>
- [2] BUŽGOVÁ, R. 2015. Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života. Praha: Grada. 168 s. ISBN 978-80-247-5402-4.
- [3] KABELKA, L. 2017. Geriatrická paliativní péče. 320 s. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-4225-3.
- [4] KELNAROVÁ, J. 2007. Tanatologie v ošetrovatelství. Brno: Littera. 112 s. ISBN 978-80-85763-36-2.
- [5] MARKOVÁ, A. a kol. 2009. Hospic do kapsy: příručka pro domácí paliativní týmy. Praha: Cesta domů. 156 s. ISBN 978-80-905809-4-7.
- [6] MARKOVÁ, M. 2010. Sestra a pacient v paliativní péči. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-247-3171-1.
- [7] MUNZAROVÁ, M. 2008. Proč ne eutanazii, aneb, Být, či nebýt. 2. vyd. v KNA. Kostelní Vydří: Pro občanské sdružení Ecce homo vydalo Karmelitánské nakladatelství. 87 s. ISBN 978-80-7195-304-3.
- [8] PAYNE, S., SEYMOUR, J., INGLETON, CH. 2007. Paliativní péče: principy a praxe. Brno: Společnost pro odbornou literaturu. 807 s. ISBN 978-80-87029-25-1.
- [9] SKÁLA, B. 2011. Paliativní péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci: doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře 2011 : [novelizace 2011]. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře. 20 s. ISBN 978-80-86998-51-0.
- [10] SLÁMA, O., KABELKA, L., VORLÍČEK, J. 2007. Paliativní medicína pro praxi. Praha: Galén. 363 s. ISBN 978-80-7262-505-5.
- [11] SLÁMA, O. 2012. Obecná a specializovaná paliativní péče v ČR. Paliativní medicína [online]. 5(1), 10–12 [cit. 2019-10-10]. Dostupné z: http://www.paliativnamedicina.sk/index.php?page=magazine_detail&issue_id=525
- [12] SVATOŠOVÁ, M. 2011. Hospice a umění doprovázet. 7., dopl. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství. 148 s. ISBN 978-80-7195-580-1.

- [13] ŠPATENKOVÁ, N. 2014. O posledních věcech člověka: vybrané kapitoly z thanatologie. Praha: Galén. 316 s. ISBN 9788074921384.
- [14] TOMEŠ, I., DRAGOMIRECKÁ, E., SEDLÁROVÁ, K., VODÁČKOVÁ, D. 2015. Rozvoj hospicové péče a její bariéry. Praha: Karolinum. 166 s. ISBN 978-80-246-2941-4.
- [15] VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G. 2006. Komunikace pro zdravotní sestry. Praha: Grada. 144 s. ISBN 978-80-247-1262-8.
- [16] VORLÍČEK, J., ABRAHÁMOVÁ, J., VORLÍČKOVÁ, H. 2012. Klinická onkologie pro sestry. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. 356 s. ISBN 978-80-247-3742-3.
- [17] VYTEJČKOVÁ, R. 2013. Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné II: speciální část. Praha: Grada. 288 s. ISBN 978-80-247-3420-0.
- [18] ZACHAROVÁ, E., HERMANOVÁ, M., ŠRÁMKOVÁ, J. 2007. Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení. Praha: Grada. 232 s. ISBN 978-80-247-2068-5.

SPECIALIZED PALLIATIVE CARE FOR A PATIENT IN THE TERMINAL STAGE OF THE DISEASE

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

Mgr. Veronika Kusínová
Vysoká škola polytechnická Jihlava
Katedra zdravotnických studií
Tolstého 16, Jihlava 586 01
e-mail: veronika.kusinova@vspj.cz

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

Bc. Michal Švirik
Fakultní nemocnice Brno
Jednotka intenzivní metabolické péče
Jihlavská 20, Brno 62500
e-mail: svirik.michal@fnbrno.cz

ABSTRACT

The paper deals with the topic "Specialized palliative care for a patient in the terminal stage of the disease" is divided into two parts. The theoretical part deals with palliative care, specialized palliative care, death and dying, the needs of the dying patient, hospices, symptoms accompanying dying. The research part is devoted to the analysis and evaluation of data obtained from respondents in the form of a questionnaire survey. The aim of this paper is to map the benefits of specialized palliative care for the patient from the perspective of general nurses and to map the problems and shortcomings that general nurses encounter in its provision.

KEYWORDS:

Hospice, death, specialized palliative care, terminal stage

LOCUS OF CONTROL U SOCIÁLNĚ EXKLUDOVANÝCH ROMŮ A MOŽNOSTI VYUŽITÍ KONCEPTU V SOCIÁLNÍ PRÁCI

JAKUB JESTŘÁB
ALENA HRICOVÁ
JIHOČESKÁ UNIVERZITA
V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH

ABSTRAKT

Cílem příspěvku bylo popsat Locus of control u sociálně exkludovaných Romů s ohledem na specifika této skupiny. Výzkum byl realizován kvantitativní výzkumnou strategií za využití standardizovaných dotazníků Locus of control IPC škála Hanny Levenson a dotazníku Škála sociálního vyloučení, který vytvořil český Národní ústav pro vzdělávání (2020). Typy locus of control byly testovány ve vztahu k vybraným sociodemografickým proměnným. Výzkumný soubor byl tvořen 537 romskými respondenty z vyloučených lokalit obce České Budějovice a Cheb (N=106). Výsledky ukázaly existenci statisticky významného vztahu LOC a míry exkluze, a to mezi internálem a náhodou ($r=0,118$; $p=0,006$); externálem a náhodou ($r=0,184$; $p=0,000$) a externálem a exkluzí ($r=-0,090$; $p=0,037$). Pohlaví respondentů ani jejich zaměstnanost s LOC statisticky významně nesouvisí. Výstupy výzkumu mohou být využity v rámci začlenění získaných poznatků do komunitní práce v sociálně exkludovaných lokalitách.

KLÍČOVÁ SLOVA:

Locus of control, sociální exkluze, sociálně vyloučená lokalita, romská minorita, sociální práce

ÚVOD

Způvodně silných, nezávislých a prosperujících regionů se v České republice každý rok vytvářejí nové nebo se rozšiřují stávající sociálně exkludované lokality. Prohlubující se sociální nerovnost předznamenává celospolečenské otřesy, jež mnohdy vyústí v krizi základních hodnot a koncepce sociálního i demokratického právního státu. Vážnost exkluze a její dlouhodobé důsledky bere v potaz legislativní úprava, ta však nedokáže reagovat pružně a efektivně na její multidimenzionalitu. Mnohdy je mylně spojována pouze se složkou prostorovou, která je pro veřejnost nejsnáze uchopitelnou. Prim zde však sehrává propojení složky ekonomické, jež díky propadu socioekonomického systému vede k omezení materiálních a finančních zdrojů. Opomenut ovšem nelze ani dopady sociální ve smyslu sdílení sociálního statutu, kulturní nebo politické. S příslušností k určitému etniku lze sledovat různé kulturní odlišnosti, jakými je i Locus of control, s nimiž je třeba cíleně pracovat při volbě teorií a metod v rámci intervencí. Téma tedy cíleně reflektuje situaci, kdy podle analýz a strategických dokumentů vlády České republiky tvoří největší podíl sociálně exkludovaných právě Romové, nejpočetnější minorita v České republice. Cílem článku je popsat Locus of control (LOC) u sociálně exkludovaných Romů. Zaměřili jsme se přitom především na možnou souvislost mezi typem LOC a mírou sociální exkluze. Zaměřujeme se rovněž na možnosti využití konceptu LOC pro praktickou sociální práci.

TEORETICKÁ VYCHODISKA A METODY

Autor konceptu Rotter (1966) charakterizoval Locus of control jako subjektivní pocit jedinců na důsledky jejich jednání. Locus of control jakožto osobnostní charakteristika se pohybuje na škále internalita-externalita, u níž má každý jedinec své místo kontroly blíže určené na škále, přičemž toto nastavení následně ovlivňuje jeho atribuci, rozhodování, vystupování a další oblasti života. Locus of control je stěžejním činitelem v procesu sociálního učení, neboť doplňuje teorii sociálního podmiňování o rozměr subjektivního vnímání ovlivněním vlivu vlastního jednání na posílení. V případě, že si uvědomuje události a rozumí jim jako důsledek svého jednání (potažmo schopností a vlastností), označujeme ho jako internalistu, pokud ovšem nemá pocit souvislosti svého jednání a následných událostí, označujeme jej jako externalistu, u něhož se bude zaznamenávat odvolávání se na zásah zvenčí, osud nebo štěstí apod. (Rotter, 1966). Podstatné zjištění v souvislosti Locus of control a sociálních situací v životech jedinců přinesl Gil-Lacruz a Gil-Lacruz (2010), již doplňují, že za významné proměnné se považuje pohlaví, věk, příslušnost k minoritě, socioekonomický status či pracovní podmínky a nezaměstnanost. Škálu postupem času začaly krom psychologie využívat další vědní obory včetně sociální práce (např. Tsiouli et al., 2014).

Sociální exkluze patří řadu let mezi jedno z nejintenzivněji diskutovaných celoevropských témat. V odborných kruzích je nejčastěji využívána definice Rady Evropské unie, která sociální exkluzi vymezuje jako: „...odraz nerovnosti jednotlivců nebo celých skupin obyvatelstva při jejich participaci na životě společnosti, přičemž tato nerovnost je

výsledkem nedostatku příležitostí pro všechny, kteří mají zájem participovat na životě společnosti, a plodí jejich nemožnost spolupodílet se na tomto životě, jejich izolaci a odtržení od společnosti.“ (Kajanová, 2015, s. 12). Na sociální exkluzi musí být jednoznačně nahlíženo jako na multidimenzionální jev s prokazatelnými sociálními, somatickými a psychickými důsledky (Zpráva o stavu romské menšiny v České republice za rok 2019, 2020). Ekonomická složka podle Šubrtů (2014) spočívá v propadu socioekonomického systému, který má vliv na nedostatečný přístup k materiálním a finančním zdrojům či mechanismům jejich distribuce. Charakteristickým příkladem ekonomické složky je nezaměstnanost pohybující se v rozmezí 80–85 %, a to i v regionech, kde je nezaměstnanost pod celorepublikovým průměrem. Složka je dále spojena s předlužeností (OECD, 2018). Sociální složka znamená omezení kontaktů na další exkludované osoby (Trbola et al., 2015). K symbolické složce exkluze uvádí Keller (2014), že se jedná o stigmatizaci obyvatel, která souvisí s příslušností k pobývání v určité oblasti a která je utvářena především pomocí jazyka (Conell, 2002). Pejorativní vyjadřování a smýšlení se týká nejenom lokality (dům hrůzy), ale i jejích obyvatel (neplatiči, kriminálníci) (Walach, 2013). Kulturní a politická složka exkluze souvisí primárně s nižším stupněm vzdělání a omezenou participací na politickém dění a veřejném životě (Davidová et al., 2010). Pro prostorovou exkluzi je typický život v tzv. exkludovaných lokalitách (Toušek, 2018), které jsou projevem nedobrovolné segregace (Růžička, Toušek, 2014).

Lang a Matoušek (2020) upozorňují na stále se prohlubující index sociálního vyloučení v obcích v ČR. Dle Zprávy o stavu romské menšiny za 2015 (2016) žije ve vyloučených lokalitách až 115000 osob, z nichž tvoří převážnou většinu právě Romové.

METODIKA

Ve výzkumné části byl použit standardizovaný dotazník Locus of control IPC škála Hanny Levenson (1981) a standardizovaný dotazník Škála sociálního vyloučení vydaná NPI ČR Praha. Tyto byly doplněny o několik vlastních otázek sociodemografického charakteru. IPC škála definuje celkem tři dimenze Locus of control, od kterých je také odvozen její název: 1.interní kontrolu (I = internal control), 2.externí kontrolu (E = external control), 3.náhodu (C = chance). Dotazník je tvořen 24 škálovanými otázkami, přičemž vždy 8 sytí určitou dimenzi a za tuto je počítáno hrubé skóre. Jestliže jedinec získá vysoké skóre ve složce interní kontroly, pak sám sebe vnímá jako toho, kdo má kontrolu nad svým životem, v případě externí kontroly vnímá kontrolu nad svým životem vlivnými lidmi, avšak částečně se naskýtá možnost předpovídat události a v případě náhody pak kontrolu nad jeho životem přebírá náhoda a štěstí, přičemž se jeho život stává nepředvídatelným a neuspořádaným. Škála sociálního vyloučení si klade za cíl zohlednit sociální situaci, v níž se jedince momentálně nachází. Je tvořena 20 škálovanými otázkami, které se vyhodnocují pomocí prostého skóru.

Výzkumný soubor představovali obyvatelé exkludovaných lokalit v ORP Cheb a ORP České Budějovice, kteří se sebeidentifikovali jako Romové. Podle GAC (2006) na území města Cheb žilo 750 exkludovaných osob a na území Českých Budějovic se jednalo o 3750 osob.

Pracovali jsme s reprezentativním vzorkem N=537 - osobami staršími 18 let, kdy etnicita byla určena na základě sebeidentifikace. Data byla statisticky zpracována v programu SPSS s využitím korelace a t-testu při hladině významnosti 95 %.

VÝSLEDKY

Rozpětí bodové hodnoty LOC subškál je vždy -24 až 24 bodů.

Vyhodnocením četností u subškály interní kontrola nejvyšší záporný skór činil -17, přičemž jej dosáhlo 11 respondentů (tj. 2,00 %). Nejvyšší kladný skór pak činil 19, přičemž jej dosáhlo též 11 respondentů (tj. 2,00 %). Nejvíce respondentů, tj. 43 (8,00 %) dosáhlo skóru 1. Celkový průměr I hodnoty činil 3,18.

V případě subškály externí kontroly nejvyšší záporný skór činil -21, přičemž ho dosáhl pouze jediný respondent. Nejvyšší kladný skór pak činil 19, přičemž ho dosáhlo 11 respondentů (tj. 2,00 %). Nejvíce respondentů, tj. 65 (12,10 %) dosáhlo skóru 3. Průměr p hodnoty činil 3,41.

V rámci vyhodnocení četností u náhody bylo zjištěno, že nejvyšší záporný skór činil -19, a dosáhl ho jediný respondent (tj. 0,20 %). Nejvyšší kladný skór pak činil 19 a dosáhlo ho 11 respondentů (tj. 2,00 %). Nejvíce respondentů, tj. 58 (12,10 %) dosáhlo skóru 3. Celkový průměr C hodnoty činil 3,18, tedy stejně jako v případě I subškály. Respondenti tedy nejvíce tíhnou k externímu locus of control.

Tabulka č. 1: Ovlivnění Locus of control u sociálně exkludovaných Romů mírou sociální exkluze

		Internál:	Externál:	Náhoda:	Míra soc. exkluze:
Internál:	Pearsonův korel. Koef.	1	0,167	0,118	-0,016
	Signifikace		0	0,006	0,717
	N	537	537	537	537
Externál:	Pearsonův korel. Koef.	-0,167	1	0,184	-0,09
	Signifikace	0		0	0,037
	N	537	537	537	537
Náhoda:	Pearsonův korel. Koef.	0,118	0,184	1	0,003
	Signifikace	0,006	0		0,942
	N	537	537	537	537
Míra soc. exkluze	Pearsonův korel. Koef.	-0,016	-0,09	0,003	1
	Signifikace	0,717	0,037	0,942	
	N	537	537	537	537

Zdroj: Jestřáb, 2021

Ve vztahu LOC a míry sociální exkluze bylo zjištěno, že míra sociální exkluze statisticky významně souvisí pouze s externím LOC, kdy $r=-0,090$; $p=0,037$ (viz tabulka 1). Zbývající dvě dimenze LOC s mírou sociální exkluze nemají statisticky významný vztah.

Testování vztahu mezi LOC a pohlavím respondentů rovněž nepřineslo žádný očekávaný statisticky významný vztah: internál: $t=1,642$; $p=0,101$, externál: $t=-0,270$; $p=0,788$ a náhoda: $t=1,186$; $p=0,236$. Stejně tak nebyl zaznamenán rozdíl mezi skupinou zaměstnaných a nezaměstnaných Romů, kdy: internál: $t=-0,679$; $p=0,479$, externál: $t=0,972$; $p=0,332$ a náhoda: $t=0,757$; $p=0,449$.

ZÁVĚR

Romští obyvatelé sociálně vyloučených lokalit jsou specifictí v prožívání místa kontroly, a to jak s ohledem na velkou míru externality, tak i s ohledem na absenci intervenujících faktorů v této oblasti, které se jinak u majoritní populace ovlivňují. Výsledky si tak lze vykládat kulturní a etnickou podmíněností. Kulturní identitu Romů ovlivňuje zejména příslušnost k subetnické skupině, která je nejhmataelnější v rodině ve smyslu rodu, romském folklóru nebo charakteristickým rysům osobnosti. Etnická podmíněnost je pak spojována u Romů se situačním pojetím, nelze však opomenout

nutnost dělení romské pojetí “já”, také nazývané jako “romipen” a obecně předpokládanou identitou romských osob. U cílové skupiny nicméně absentují srovnávací výzkumy, které by takovouto hypotézu potvrdily a určily tak míru jednotlivých vlivů. V rámci vzdělávání sociálních pracovníků se běžně pracuje s různými psychologickými tématy, nicméně LOC nepatří mezi ty obvyklé, ačkoli se domníváme, že zrovna tento koncept je v praxi značně využitelný. Ve chvíli, kdy klient vnímá to, co se mu děje primárně jako důsledek působení náhody, či jiných externích vlivů, je jen velmi obtížné, aby za své činy převzal plnou zodpovědnost. Na základě získaných dat lze doporučit pracovníkům v sociálních službách a sociálním pracovníkům využívání tzv. eklektického přístupu. U tzv. externalistů je pak dále smysluplné užívat také Antiopresivní nebo Sociálněekologický přístup. V případě fungující komunitní práce a spolupráce místně příslušného Úřadu práce nachází své uplatnění také tzv. Akční teorie.

POUŽITÉ ZDROJE

- [1] Analýza sociálně vyloučených romských lokalit a absorpční kapacity subjektů působících v této oblasti. 2006. [online]. www.gac.cz. [cit. 2022-03-19]. Dostupné z: https://www.gac.cz/userfiles/File/nase_prace_vystupy/GAC_MAPA_analy
- [2] CONELL, R. 2002. *Gender and Power: Society, the Person and Sexual Politics*. Stranford University Press. ISBN 0804714304.
- [3] DAVIDOVÁ, E. 2010. *Kvalita života a sociální determinanty zdraví u Romů v České a Slovenské republice*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-428-5.
- [4] GIL-LACRUZ, M., GIL-LACRUZ, A. I. 2010. Health Attributions and Health Care Behavior Interactions in a Community Sample. *Social Behavior and Personality: an international journal* 38(6):845-858. DOI:10.2224/sbp.2010.38.6.845
- [5] JESTŘÁB, J. 2021. *Locus of control u sociálně exkludovaných Romů*. České Budějovice. Diplomová práce. Zdravotně sociální fakulta.
- [6] KAJANOVÁ, A. 2015. *(Ne)rovnosti v romských rodinách*. Praha: NLN, Nakladatelství Lidové noviny. ISBN 978-80-7422-455-3.
- [7] KELLER, J. 2014. *Exkluze jako sociální problém a jako otázka metodologická*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě. ISBN 978-80-7464-490-0.
- [8] LANG, P., MATOUŠEK, R. 2020. *Metodika pro posouzení míry a rozsahu sociálního vyloučení v území*. Praha: Ministerstvo pro místní rozvoj České republiky. [online]. [cit. 2022-02-01]. Dostupné z: <https://www.socialni-zaclenovani.cz/dokument/metodika-proposouzeni-miry-a-rozsahu-socialniho-vylouceniv-uzemi/>
- [9] LEVENSON, H. 1981. Differentiating among internality, powerful others, and chance. In: LEFCOURT, H. *Research with the Locus of Control Construct*. New York: Academic Press, s. 391.
- [10] OECD. 2018. *Toolkit for Measuring Financial Literacy and Financial Inclusion*. Paris: OECD [online]. Publishing [cit. 2022-08-03]. Dostupné z: <http://www.oecd.org/daf/fin/financial-education/2018INFEFinLitMeasurementToolkit.pdf>
- [11] ROTTER, J. B. 1966. Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs: General and Applied* 80(1): 1-28. DOI:10.1037/h0092976

- [12] RŮŽIČKA, M., TOUŠEK, L. 2014. Sociální exkluze: její prostorové formy a měnící se podoby. In: ŠUBRT, J. Soudobá sociologie VI. Oblasti a specializace. Praha: Karolinum, 402 s.
- [13] ŠUBRT, J. 2014. Soudobá sociologie. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2727-4.
- [14] TOUŠEK, L. 2018. The demographics of socially excluded localities in the Czech Republic. *Demografie* 60(1): 21-35. ISSN 1805-2991.
- [15] TRBOLA, R., NEČASOVÁ, M., RÁKOCZYOVÁ, M. 2015. Role lokálních vlád při řešení problémů sociálního začleňování. Praha: VÚPSV.
- [16] TSIOLLI, E., PAVLOPOULOS, V., ALEXOPOULOS, E., CHROUSOS, G., DARVIRI, CH. 2014. Short-Term Impact of a Stress Management and Health Promotion Program on Perceived Stress, Parental Stress, Health Locus of Control, and Cortisol Levels in Parents of Children and Adolescents with Diabetes Type 1: A Pilot Randomized Controlled Trial. *EXPLORE* 10 (2): 88-98. DOI: 10.1016/j.explore.2013.12.004
- [17] ÚŘAD VLÁDY ČR. 2016. Zpráva o stavu romské menšiny za rok 2015, 2016 [online]. Praha: Úřad vlády České republiky [cit. 2021-03-22]. Dostupné z: <https://www.vlada.cz/cz/ppov/zalezitostiromske-komunity/dokumenty/zprava-o-stavu-romske-mensiny-za-rok-2015-146576/>
- [18] ÚŘAD VLÁDY ČR. 2020. Zpráva o stavu romské menšiny za rok 2019, 2020. [online]. Praha: Úřad vlády České republiky [cit. 2021-03-22]. Dostupné z: <https://www.vlada.cz/assets/ppov/zalezitostiromske-komunity/aktuality/Zprava-o-stavu-romske-mensiny-2019.pdf>
- [19] WALACH, V. 2013. Dialektika cigánské férovky. Příspěvek ke kritické antropologii bezpečnosti. [online]. AntropoWebzin. [cit. 2022-03-19]. Dostupné z: <http://www.antropoweb.cz/webzin/index.php/webzin/article/view/178/177>

LOCUS OF CONTROL FOR SOCIALLY EXCLUDED ROMA AND THE POSSIBILITY OF USING THE CONCEPT IN SOCIAL WORK



ABSTRACT

The aim of the paper was to describe the Locus of control in socially excluded Roma with regard to the specifics of this group. The research was carried out using a quantitative research strategy using standardized questionnaires Locus of control IPC scale by Hanna Levenson and the questionnaire Scale of Social Exclusion, which was created by the Czech National Institute for Education (2020). Locus of control types were tested in relation to selected sociodemographic variables. The research group consisted of 537 Roma respondents from the excluded localities of České Budějovice and Cheb (N = 106). The results showed the existence of a statistically significant relationship between LOC and exclusion rate between internal and random ($r = 0.118$; $p = 0.006$); externally and by chance ($r = 0.184$; $p = 0.000$) and externally and by exclusion ($r = -0.090$; $p = 0.037$). The gender of the respondents and their employment are not statistically significantly related to the LOC. The results of the research can be used in the integration of acquired knowledge into community work in socially excluded localities.

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

PhDr. Mgr. Jakub Jestřáb, MBA
Jihočeská univerzita v Českých
Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Ústav sociálních a
speciálněpedagogických věd
J. Boreckého 1167/27
370 11 České Budějovice

doc. PhDr. Alena Hricová, PhD.
Jihočeská univerzita v Českých
Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Ústav sociálních a
speciálněpedagogických věd
J. Boreckého 1167/27
370 11 České Budějovice
email: ahricova@zsf.jcu.cz

KEYWORDS:

Locus of control, social exclusion,
socially excluded locality, Roma minority,
social work

ZVLÁDÁNÍ ZÁTĚŽE RODINOU HOSPITALIZOVANÉHO DÍTĚTE ODLIŠNÝCH KULTUR

PETRA ŠIMÁNKOVÁ
SLEZSKÁ UNIVERZITA V OPAVĚ

LUCIE SIKOROVÁ
OSTRAVSKÁ UNIVERZITA



ABSTRAKT

Cíl: Porovnat zvládání zátěže rodinou hospitalizovaného dítěte hlásící se k romské etnické menšině a rodinou hospitalizovaného dítěte majoritní části obyvatelstva.

Metody: Soubor respondentů tvořili rodiče dětí ve věku 0–6 let, které byly hospitalizovány na dětských odděleních v Moravskoslezském kraji.

Ke zjištění mechanismu zvládání a chování rodin v reakci na obtížné situace byl použit dotazník F-COPES doplněný o sociodemografické parametry. Získaná data byla zpracovávána ve statistickém programu NCSS 2007. Pro zjištění vztahů mezi sociodemografickými charakteristikami a hodnocenými položkami dotazníku byl použit neparametrický Wilcoxonův test pro dva výběry a neparametrická analýza rozptylu - Kruskal-Wallisův test. Statistické testy byly hodnoceny na statistické významnosti $\alpha = 0,05$ (5 %) a byla použita popisná statistika.

Výsledky: Rodiče dětí hlásící se k romské etnické menšině, oproti rodinám řadícím se k neromům, vykazovali vyšší odolnost a adaptabilitu a byli součástí optimálně fungujících rodin. Využívání externích copingových strategií výrazně převyšovalo nad využíváním strategií interních u obou skupin.

Pro rodiče neromy bylo nejčastěji využívanou strategií strategie Přerámování, druhou nejčastěji volitelnou strategií bylo Získávání sociální podpory. Nejméně využívanou strategií pro rodiče neromy bylo Hledání duchovní podpory.

Rodiče řadící se k Romům, volili jako nejvyužívanější strategii Získávání sociální podpory a druhou nejčastěji využívanou formou zvládání zátěže volili strategii Přerámování.

KLÍČOVÁ SLOVA:

dítě, nemoc, rodina, Romové, hospitalizace, zátěž, F-COPES

ÚVOD

Zdravé dítě představuje pro jeho rodiče a celou rodinu naplnění jejich tužeb. Dítě, jeho vývoj s ohledem na zdravotní stav, s sebou přináší i chvíle a situace, které jsou pro rodinu velmi stresující a mnohdy mění její aktuální resilienci. Nemoc dítěte v rodině a jeho následná hospitalizace v nemocnici, může zasahovat do života a navyšovat problémy rodiny významným a specifickým způsobem (Fitznerová, 2010). Míra ohrožení rodinné integrity, rodinného fungování, odolnosti rodiny vůči stresu je velmi individuální a závisí na mnoha rozličných aspektech. Důraz je kladen na odolnost rodiny, na schopnost udržet si rovnováhu zdraví navzdory nepříznivým okolnostem.

Na území České republiky dochází ke koexistenci rodin odlišných kultur a zvyků. Pro dítě je jeho fungující a harmonická rodina vždy nezastupitelnou institucí, významu ale vysoce nabývá právě v době nemoci a neodkladnosti jeho hospitalizace v nemocnici. Pediatrie a pediatrické ošetřovatelství jsou specifické právě tím, že se zde pracuje a komunikuje nejen se samotným nemocným dítětem, ale i s jeho nejbližší rodinou, která se podílí na klíčových rozhodnutích o zdravotní péči poskytované jejich dítěti (Rehman et al. 2000).

Jak tedy vlastně do rodinného života zasahuje tato změna? Jakým způsobem se onemocnění a hospitalizace dítěte odráží v celkové atmosféře rodiny? Liší se jednotlivé typy rodin v přístupu k zátěži? Existují odlišnosti v přístupech k zvládnutí zátěže v rodinách z majoritní společnosti a rodinách hlásících se k romské minoritě? Představuje vůbec pro rodiče nastalá situace zátěž?

Zdravotníci by měli podporovat resilienci a schopnost rodin zvládat zátěž a rodinu vnímat jako celek. Je ovšem potřeba znát jednotlivé adaptabilní přístupy rodin v zátěžové situaci, jakou může představovat právě nemoc a následná hospitalizace dítěte v rodině. Je důležité problematiku zvládnutí zátěže v jednotlivých typech rodin podrobně poznat, aby mohlo dojít ke zkvalitnění péče lékaře a sestry nejen o dítě samotné, ale současně k podpoře celé bližší rodiny z multikulturní perspektivy.

MATERIÁL A METODY

CÍL

Cílem výzkumného šetření bylo identifikovat nejčastější strategie zvládnutí zátěže rodinou hospitalizovaného dítěte hlásící se k romské etnické menšině a rodinou hospitalizovaného dítěte majoritní části obyvatelstva a porovnat rozdílnosti.

METODIKA

Výzkumný soubor tvořili rodiče dětí ve věku 0–6 let, které byly hospitalizovány na dětských odděleních MS kraje. Nejpočetnější skupinu dětí neromů tvořily děti nad 3 roky, druhou skupinou byly děti v batolecím věku a nejmenší zastoupení bylo dětí

v kojeneckém věku. Romské děti byly nejvíce zastoupeny ve věku batolecím, druhou skupinou byly děti v kojeneckém věku a nejméně zastoupenou skupinu tvořily děti nad 3 roky.

Děti respondentů byly nejčastěji hospitalizované s onemocněním respiračního systému. Další početnou skupinou v rámci zkoumaného souboru tvořily děti v akutním stavu. Do této skupiny byly zařazeny děti, jejichž rodiče určili jako důvod hospitalizace febrilní křeče, jiné blíže neurčené křeče, epilepsii, jiné záchvatovité onemocnění, úrazy včetně blíže neurčených a děti hospitalizované na oddělení na oddělení ARO. Výzkumu se zúčastnili převážně rodiče, jejichž děti byly hospitalizovány v nemocnici 1 až 5 dnů. Nejmenší skupinu tvořily děti hospitalizované v nemocnici více než 10 dní.

Z celkového počtu 122 rodičů – respondentů bylo 42 respondentů hlásící se k romské etnické menšině a 80 respondentů bylo neromů, z čehož většinu představovaly matky nemocných dětí, které tvořily 92 % zkoumaného souboru.

Metoda výzkumného šetření byl kvantitativní výzkum, formou dotazníkového šetření. První část dotazníku se týkala především sociodemografických údajů a měřených veličin, mezi které patřily pohlaví, věk, etnická příslušnost, druh onemocnění dítěte, délka hospitalizace dítěte.

Druhou část dotazníku tvořil standardizovaný dotazník F – COPES – Family Crisis Oriented Personal Evaluation Scales. Byl zvolen jako pro měření mechanismu zvládnání a chování rodin v reakci na obtížné situace (McCubbin et al. 2000).

Respondenti v F-COPES dotazníku označují na pěti bodové škále Likertova typu, do jaké míry užívají jednotlivé způsoby chování. Likertova škála od respondenta vyžaduje vyjádření jeho postoje a označení stupně souhlasu, či nesouhlasu s danými výroky. Podle Hayes představuje jednu z řady spolehlivých technik měření postojů (Hayes, 2013). F-COPES dotazník obsahuje 30 položek a tyto popisují určité chování lidí. Dotazník patří do skupiny dotazníků měřících resilienci a identifikuje behaviorální strategie užívané rodinou k řešení obtížných a problematických životních situací. Zahrnuje interní copingové strategie člověka – jedinec směrem k rodině, způsobu, jak rodina vnitřně zvládá své problémy mezi svými členy a externí copingové mechanismy – rodina směrem k sociálnímu okolí, způsobu, jak rodina zvládá vnější problémy a nároky na ni kladené.

Bodově se hodnotí položky: nikdy = 1, zřídka = 2, někdy = 3, často = 4, vždy = 5

F – COPES dotazník dělí strategie zvládnání zátěže do pěti podstupnic, neboli subškál (Twy et al. 2007).

1. Získávání sociální podpory, využití nejbližší sociální podpůrné
2. Hledání duchovní podpory

3. Přerámování (reframing)
4. Mobilizace rodiny k získání a přijetí pomoci od společnosti
5. Pasivní hodnocení

Skóre jednotlivých subškál bylo získáno sečtením označených hodnot položek v každé subškále. Celkové copingové skóre vzniklo shrnutím všech položek. Pro účely výzkumného šetření bylo nutné upravit hlavní instrukci v dotazníku tak, aby bylo zřejmé, jaké copingové strategie rodičů jsou používány v souvislosti s onemocněním a hospitalizací jejich dítěte.

Zjištěná data získaná dotazníkem F-COPES doplněným o sociodemografické parametry byla zpracovávána ve statistickém programu NCSS 2007. Pro zjištění vztahů mezi sociodemografickými charakteristikami a hodnocenými položkami dotazníku byl použit neparametrický Wilcoxonův test pro dva výběry a neparametrická analýza rozptylu s názvem Kruskal-Wallisův test. Statistické testy byly hodnoceny na statistické významnosti $\alpha = 0,05$ (5 %).

VÝSLEDKY A DISKUZE

Celkové skóre dotazníku F-COPES se pohybuje v rozsahu 30 až 150. Vyšší skóre ukazuje na adaptivnější chování rodičů při zvládnání zátěžové situace. Medián skóre respondentů v rámci celého zkoumaného souboru bylo 85. Možného minima ani maxima nedosáhl žádný z respondentů. Nejvyšší dosažená hodnota představuje 138 bodů, nejnižší hodnota pak 40 bodů. Nejvíce rodičů řadících se k neromům bylo ve věku 31–40 let. Rodiče řadící se k Romům byly nejčastěji ve věku 26–30 let.

Porovnání subškál ukázalo následující:

SUBŠKÁLA I – ZÍSKÁVÁNÍ SOCIÁLNÍ PODPORY

Strategie týkající se měření rodiči aktivně získávat podporu od příbuzných, přátel, sousedů, nebo v nejbližším sociálním okolí. Dosažené medián skóre pro tuto subškálu v rámci celkového souboru bylo 28.

Neromové dosáhli hodnoty medián skóre 26. Což nevypovídá ani o zvýšeném užívání strategií v rámci získávání sociální podpory, ale ani o výrazném nevyužívání strategií zaměřených na využívání nejbližší sociální podpory. 28 % rodičů z řad neromů se vždy podělí o své problémy s příbuznými, 39 % z nich u příbuzných nachází podporu a povzbuzení a 38 % rodičů u příbuzných někdy hledá také radu. Neromové se často dělí o své starosti s blízkými přáteli, a to ve 44 %. Pouze někdy se o své starosti dělí s blízkými přáteli 26 % z nich. Aktivní získávání sociální podpory a opory od příbuzných, přátel a sousedů, je druhou nejužívanější vyrovnávací strategií rodičů řadících se k neromům.

Romové pro tuto možnost podpory dosáhli hodnot medián skóre 36. Jednalo o nejvíce využívanou strategii rodičů Romů. 74 % Romů hledá vždy radu u příbuzných, se kterými se

také ve 40 % podělí o své problémy a starosti. U přátel vždy hledá podporu a povzbuzení 43 % rodičů Romů. Romské rodiny využívaly sociální podpory častěji než rodiny neromů.

SUBŠKÁLA II – HLEDÁNÍ DUCHOVNÍ PODPORY

Schopnost člověka získávat duchovní podporu, vyhledávat pomoc u církve, Boha, byly další z možností vyhledávání pomoci, kterou mohli rodiče dětí zvolit. Dosažené medián skóre pro tuto subškálu v rámci celkového souboru bylo 7.

Pro rodiče z řad neromů, kteří dosáhli medián skóre 6, byla tato forma podpory a pomoci využívána nejméně často. Rodiče nejvíce využívali chování orientované na víru v Boha. Převážná část rodičů neromů není duchovně založena, nebo v téměř 50 % nevěří v Boha. 70 % rodičů se nikdy nezapojují do aktivit církve a radu duchovního nevyhledávají. Pouze 19 % rodičů neromů uvedlo, že při zvládnání zátěže věří v Boha vždy.

Romové pro tuto subškálu dosáhly hodnot medián skóre 8. Také pro tyto rodiče platí, že ze všech možností využívají v době zátěže právě duchovní podporu nejméně často. Současně však 45 % respondentů z řad Romů uvedlo, že vždy, nebo v 31 % často, věří v Boha. Do aktivit církve se v 86 % nikdy nezapojují a rady, ani aktivity církve nevyužívají, nevyhledávají je a v 85 % také nikdy nenavštěvují bohoslužby.

SUBŠKÁLA III – PŘERÁMOVÁNÍ

Strategie přerámování, která využívá schopnost rodičů predefinovat nebo přejmenovat stresující události tak, aby byly snáze zvládnutelné. Dosažené medián skóre pro tuto subškálu v rámci celkového souboru bylo 29.

Medián skóre rodičů neromů pro možnost Přerámování bylo 29. Jednalo se o jimi nejvíce využívanou strategii při zvládnání zátěže. Rodiče se ve 38 % přikláněli k řešení nastalých problémů ihned a staví se k nim čelem. 42 % rodičů neromů věří, že v rodině naleznou sílu problémy vyřešit a 41 % z nich dává někdy najevo uvědomování si své vlastní síly problémy řešit.

Rodiče řadící se k Romům dosáhly pro možnost Přerámování medián skóre 25. Schopnost rodičů predefinovat nebo přejmenovat stresující události tak, aby byly snáze zvládnutelné bylo druhou nejčastěji využívanou formou zvládnání zátěže v těchto rodinách. Z výsledků bylo zřejmé, že 51 % rodičů Romů někdy vnímá těžkosti a stres jako součást života, jako fakt. 40 % Romů ví, že vždy najdou sílu v rodině a 35 % rodičů také často ví, že sami jsou dost silní problémy řešit.

SUBŠKÁLA IV – MOBILIZACE RODINY K ZÍSKÁNÍ A PŘIJETÍ POMOCI OD SPOLEČNOSTI

Tato oblast hodnotí schopnost účastníka hledat zdroje pomoci v komunitě, ve společnosti a přijmout pomoc od ostatních (agentury, sociální programy pomoci, občanské sdružení, svépomocné skupiny). Dosažené medián skóre pro tuto subškálu v rámci celkového souboru bylo 10.

Rodiče neromové pro tuto subškálu dosáhli medián skóre 10. 41 % z nich někdy volí pomoc a hledání rad u jiných rodin, které se setkaly s podobnými problémy. Jako druhou nejpočetnější strategii uvedlo 34 % těchto rodičů, že pokud pomoc vyhledávají, vyhledávají ji někdy v ordinaci praktického lékaře. Ve 48 % tito rodiče nikdy nehledají pomoc u profesionálních poradců pro rodiny a ve 45 % nikdy také nehledají pomoc u sociálních úřadů a služeb, které se věnují rodinám v jejich situaci.

Rodiče z řad Romů dosáhli v subškalě IV medián skóre 10. Romové ve 47 % často hledají radu u praktického lékaře a v 31 % hledají radu u jiných rodin, které se setkaly s podobnými problémy. Rodiče řadící se k Romům ve 26 % hledají pomoc u sociálních úřadů někdy a ve 24 % často. Stejným poměrem, to znamená ve 24 %, ji ale nehledají u sociálních úřadů nikdy. 73 % rodičů Romů nikdy nevyhledá profesionální poradenství pro rodiny.

SUBŠKÁLA V – PASIVNÍ HODNOCENÍ

Tato oblast je zaměřena na posuzování problému způsobem pasivního nebo neaktivního chování rodičů. Dosažené medián skóre pro tuto subškálu v rámci celkového souboru bylo 12.

Neromští rodiče dosáhly hodnoty subškálového medián skóre 12. Rodiče řadící se k neromům si byli ve 44 % „někdy“ schopni uvědomit, že pro vyřešení rodinných problémů, hraje velkou roli náhoda, a shodně, ve 44 % „někdy“ cítili, že i když se dobře připraví, stejně budou problémy obtížně zvládat. 31 % rodičů často spoléhalo, že se problémy časem sami vyřeší. 23 % rodičů z řad neromů vždy a 28 % často využívá dívání se na televizi.

V rámci této subškály V, dosáhli romští rodiče medián skóre 13. 66 % rodičů Romů odpovědělo, že si někdy uvědomují, že v tom, jak budou schopni vyřešit rodinné problémy, hraje velkou roli náhoda. Jednalo se tedy o druhou nejvíce využívanou strategii jednotlivci Romů. 55 % rodičů se často dívá na televizi a 33 % rodičů televizi využívá vždy. Romové tedy také nejvíce využívali pasivní dívání se na televizi. 50 % rodičů z řad Romů se také někdy domnívají, že problém se časem vyřeší.

DISKUSE

Hlavním cílem šetření bylo posoudit rozdílnosti a identifikovat nejčastější strategie zvládání zátěže rodinou hospitalizovaného dítěte hlásící se k romské etnické menšině a rodinou hospitalizovaného dítěte majoritní části obyvatelstva.

Skóre, kterého je možno v dotazníku F – COPES dosáhnout, činí 90. Medián skóre respondentů v rámci celého zkoumaného souboru bylo 85, přičemž sami Romové dosáhli medián skóre 90. Tato hodnota se tedy rovná nejvyššímu možnému skóre a poukazuje na fakt, že tito rodiče byly součástí optimálně fungujících rodin a lze je hodnotit jako adaptivní. Rodiče řadící se k neromům dosáhly medián skóre 82, tedy jako průměrně fungující rodiny. Z konečných výsledků pro obě skupiny rodičů je patrné, že využívání externích copingových strategií výrazně převyšovalo nad využíváním strategií interních. Každá skupina však primárně využívala jiné externí strategie.

U rodičů Romů byla nejvíce využívaná strategie I. Získávání sociální podpory, využití nejbližší sociální podpurné sítě, aktivní získávání podpory od příbuzných, přátel, sousedů, nebo širší rodiny. Také podle Bobákové (2015) jsou Romové skupinou kolektivistické kultury, které mají sklon k poradám s přáteli, rodinou a jejich názory a na základě těchto vnímají také svou vlastní spokojenost (Diener, 2000; Eklund et al. 2013). Rodiče se ve většině případů vždy podělí o své problémy s příbuznými, především prarodiči, kterých se ptají a hledají u nich radu. Tento výsledek může mít souvislost i výsledkem, že rodiče řadící se k Romům byli prokazatelně méně často hospitalizováni spolu s dítětem. Romové žijí uvnitř přísně reglementovaného společenství své rodiny, která má svá pravidla a zdraví jednotlivce je často vnímáno z pohledu rodiny, ve které panují pevné sociální vazby. To, zda je rodina fungující jednotka nebo ne, je často odrazem zdraví jednotlivců (Bobáková et al. 2015). Jestliže členové rodiny nejčastěji vyhledávají pomoc a rady právě v rodině, pak jsou to intervenující faktory, které pro zvládání zátěže vstupují do hry, a rodiče jimi mohou být ovlivněni a společnou hospitalizaci s dítětem odmítnou. Pro Romy je historicky rodina nenahraditelnou institucí a jistým zdrojem sociální opory (Bobáková et al. 2015). Své problémy řeší ve vzájemné pospolitosti, a proto jsou i po desítkách schopni shromáždit se i přes nevěli personálu okolo nemocného dítěte či jiného člena rodiny, v době jeho hospitalizace v nemocnici (Balvín et al. 2014). Toto jednání také podporují výsledky našeho výzkumu.

Naopak nejméně využívanou strategií se u těchto rodičů stala strategie interní, a to subškála II. Hledání duchovní podpory, vyhledávání pomoci u církve, Boha. Většina rodičů z obou skupin nikdy nenavštěvuje bohoslužby, také se nikdy nezapojuje do aktivit církve a nehledají ani radu u duchovního. Opačným pólem těchto odpovědí se stává odpověď na víru v Boha. Postoj k Bohu a víře v něj je jedinou rozdílností dělící obě skupiny rodičů. Většina respondentů z řad Romů i přes všechny předchozí negativní odpovědi vždy věří v Boha. Pro Romy je víra velmi důležitá, obracejí se k ní při mnoha příležitostech a v nemoci některého z členů rodiny o to častěji. Ze studie Bobákové z roku 2015 dokonce

vyplývá, že někteří romové, staví v době složitých životních situací Boha a náboženství před svou rodinu a rodinnou podporu (Bobaková et al. 2015; Eklund et al. 2013).

Pro skupinu rodičů z řad Romů byla strategie přerámování, předefinování problému druhou nejčastěji využívanou strategií, ale na úrovni jednotlivců se zařadila na místo třetí, a to až za pasivním přístupem. Rodiče vědí, že pokud by nepojali stres a těžkosti jako součást života a nevěřili ve vlastní sílu, byly by některé životní situace jen velmi těžko zvládnutelné. V rámci rozdílností ve využívání aktivních – pozitivních či pasivních – negativních strategií v zátěžové situaci romští rodiče odmítají, že i když se dobře připraví, stejně budou problémy obtížně zvládat. Je patrné, že mají důvěru v sebe sama a ve svou rodinu. Naopak polovina věří, že problém se časem vyřeší, a náhoda hraje velkou roli, což vypovídá o určitém klidném přístupu a poukazuje na vědomí rodičů, že většina špatných věcí se časem vyřeší i bez jejich přičinění.

Rodiče řadící se k majoritě se nejčastěji přikláněli k možnosti využití subškály III. Přerámování, předefinování, nebo přejmenování stresující události tak, aby byla snáze zvládnutelná. Tato externí podpora byla uplatňována rodiči neromy nejčastěji. Shodu s rodiči Romy vidíme v nejméně využívané strategii pomoci, a to v subškále II. Hledání duchovní podpory. Naopak při analýze výsledků přicházíme k výsledkům, že vyhledávání sociální podpory patří jejich využívání až na druhou příčku. Pro rodiče z řad neromů také z výsledků vyplynulo, že téměř nikdy nenavštěvují bohoslužby, také se nikdy nezapojují do aktivit církve, a nehledají ani radu u duchovního. Rodiče řadící se k neromům na výrok „věříme v Boha“ odpovídali ve většině, na rozdíl od Romů, tvrzením „nikdy“. Většina rodičů řadící se k majoritě někdy také věří, že velkou roli ve schopnosti vyřešit jejich problém hraje náhoda. Méně, než rodiče z řad Romů ale věří, že časem se problémy vyřeší.

Navzdory všeobecnému souhlasu o nutnosti a důležitosti péče zaměřené na rodiče a rodinu nemocného a hospitalizovaného dítěte mohou být potřeby rodiny zastíněny péčí o nemocné dítě samotné (King et al. 2017). O zvládnání zátěže rodičů v souvislosti s nemocí dítěte bylo vytvořeno několik studií, které také pracovaly se stejným typem standardizovaného dotazníku. Jen velmi malá, aktuálně dohledatelná část, se ovšem týká zkoumání jednotlivých rodin odlišných kultur a rozdílnosti ve vnímání zátěže, kterou pro ně představuje právě nemoc a hospitalizace jejich dítěte. Lidské chování a prožívání je kulturně podmíněno, nicméně komplexnost dané kultury nelze plně zachytit v žádné studii (Kagawa et al. 2016).

King ve své studii z roku 2017 uvádí, že z dohledaných dostupných zdrojů nevzešly žádné publikované rámce pro poskytování rozsahu péče na podporu rodičovského a rodinného zdraví. Tato studie s cílem identifikovat charakter možných pomoci zaměřených na rodiče/rodiny dětí s tělesným postižením a/nebo mentálním postižením označila dostatečné poskytování informací, psychosociální podporu jako jednu z priorit v péči o rodinu a její fungování v době zátěže, jakou nemoc dítěte může být (King et al. 2017).

Zdravotnická nemocniční péče o dítě musí být mimo dítě samotné, zaměřená také na jeho rodinu, protože právě úzká spolupráce s rodinou dítěte je základním stavebním kamenem kvalitní zdravotní a kulturně provázané péče (Wells, 2011). Filozofií péče zaměřené na rodinu je pochopení a uznání, že rodina je v životě dítěte konstantou a že nemoc nebo úraz dítěte se dotýká všech jejích členů (Frost et al.). Také pro dítě v nemocnici je zásadní vliv a podpora vyrovnaných a spolupracujících rodičů a rodinných příslušníků na jeho psychiku a vnímání často neznámého prostředí včetně všech výkonů a procesů, které v něm absolvují a prožívají (Ångström-Brännström, 2014).

Uvědomujeme si, že hospitalizace dítěte v nemocnici je pro rodinu velká zátěž a nemocniční prostředí vnímá každý diametrálně odlišně. Zdravotnický personál musí budovat a udržovat si důvěru a partnerství rodinných příslušníků dítěte a chápat rozličnosti každé komunity. V neposlední řadě je znalost rodin, jejich kultury, umožnění rodičům ujmout se co možná v největší míře svých rolí i v prostředí nemocnice, prospěšné také pro ošetrovatelský personál a jeho práci (Frost et al. 2010). Otázky týkající se zkušeností rodiny s hospitalizací dítěte jsou, a měli by i nadále být, pravidelně zahrnovány do měření kvality poskytované péče (Wells, 2011).

ZÁVĚR

Nejen v ČR, ale také v mnoha zemích střední a východní Evropy se vědci zabývají sociálními, politickými, kulturními a zdravotními rozdíly mezi jednotlivými etniky, také mezi Romy a neromy. O etnických rozdílnostech bylo napsáno mnoho publikací, článků a studií. Málo prostoru v odborné literatuře je však věnováno problematice rozdílností v prožívání starostí a problémů v rodinách nebo jen identifikací zátěžových situací v rodinách z rozličných kultur. Každá rodina musí překonávat v průběhu svého vývoje řadu krizí, potýká se s řadou stresových situací a je nucena následně se adaptovat na nově příchozí změny. Výsledky, které byly získány prostřednictvím této studie, mohou poskytnout užitečné údaje pro intervenční strategie zdravotního personálu, zaměřené na optimalizaci podpůrných aktivit v souvislosti s resiliencí jednotlivých modelů rodin z pohledu transkulturního ošetrovatelství. Podpůrné nástroje, které posilují adaptivní zvládnání zátěže v rodinách, následně zvyšují kvalitu života rodičů i dětí a měly by být zahrnuty jako součást plánované léčby dítěte, stejně jako pomoc rodičům identifikovat zátěžové faktory a přijmout konstruktivní metody a způsoby, jak je lze zvládnout.

Je nutno si neustále prohlubovat uvědomění o nutnosti respektování důstojnosti a různorodosti potřeb ve všech typech rodin a klást větší důraz na odolnost rodiny na schopnost udržet si rovnováhu rodinného zdraví navzdory nepříznivým okolnostem (Twyo et al. 2007).

POUŽITÉ ZDROJE

- [1] ÅNGSTRÖM-BRÄNNSTRÖM, CH., NORBERG, A. 2014. Children undergoing cancer treatment describe their experiences of comfort in interviews and drawings. *Journal of Pediatric oncology nursing*; 31: 135-146.
- [2] ARLIDGE, B., ABEL, S., ASIASIGA, L. et al. 2009. Experiences of whānau/families when injured children are admitted to hospital: a multi-ethnic qualitative study from Aotearoa/New Zealand. *Ethnicity & Health*; 14: 169-183.
- [3] BALVÍN, J., TURZÁK, T., POLAKOVIČOVÁ, R. 2014. Andragogické a multikulturní kompetence v edukační, sociální a zdravotnické práci pomáhajících profesí. <https://jaroslavbalvin.eu/wp-content/uploads/2014/07/InteRRa-15-.pdf#page=38>
- [4] BOBAKOVA, D., VESELSKA, Z., et al. 2015. Differences between Roma and non-Roma in how social support from family and friends helps to overcome health care accessibility problems. *International journal for equity in health*; 14: 1-9.
- [5] DIENER, E., SUBJECTIVE, WELL-BEING. 2000. The science of happiness and a proposal for a national index. *American psychologist*; 55: 34-43.
- [6] EKLUND, K., CRONDAHL, L. K., SUNNEMARK, F., et al. 2013. The meaning of health, well-being, and quality of life perceived by Roma people in west Sweden. *Societies*; 3: 243-260.
- [7] FITZNEROVÁ, I. 2010. Máme dítě s handicapem. Praha: Portál; 51.
- [8] FROST, M., GREEN, A., GANCE-CLEVELAND, B., et al. 2010. Improving family-centered care through research. *Journal of pediatric nursing*; 25: 144-147.
- [9] HAYES, N. 2013. Základy sociální psychologie. vyd. 7. Praha: Portál; 112-113.
- [10] KAGAWA, SINGER, M., DRESSLER, W., GEORGE, S., et al. 2016. Culture: The missing link in health research. *Social science & medicine*; 170: 237-246.
- [11] KING, G., WILLIAMS, L., GOLDBERG, S. 2017. Family-oriented services in pediatric rehabilitation: a scoping review and framework to promote parent and family wellness. *Child: Care, health and development*; 43: 334-347.
- [12] MCCUBBIN, H. I., OLSON, D. H., LARSEN, A. S., et al. 2000. Family crisis oriented personal evaluation scales F-COPES. In: Fisher J, Corcoran J. *Measures for clinical practice: A sourcebook*. New York: Oxford University Press; 294-7.
- [13] REHMAN, S., LYONS, K., MCEWEN, R., SELLEN, K. 2018. Motives for sharing illness experiences on Twitter: conversations of parents with children diagnosed with cancer. *Information, communication & society*; 21: 578-593.
- [14] TWOY, R., CONNOLLY, F. M., NOVAK, J. M. 2007. Coping strategies used by parents of children with autism. *Journal of the American academy of nurse practitioners*; 19: 251-260.
- [15] WELLS, N. 2011. Historical perspective on family-centered care. *Academic Pediatrics*; 11: 100-102. e-mail: lucie.sikorova@osu.cz

THE ISSUE OF THE MANAGEMENT OF THE LOAD IN THE FAMILIES OF CHILDREN HOSPITALISED



ABSTRACT

Aim: To compare the management of the burden by the family of a hospitalized child belonging to the Roma ethnic minority and the family of a hospitalized child belonging to the majority population.

Methods: The sample consisted of parents of children aged 0-6 years who were hospitalized in children's wards in the Moravian-Silesian Region at the Ostrava City Hospital, the University Hospital and the Havířov Hospital with Polyclinic.

The F-COPES questionnaire, supplemented with sociodemographic parameters, was used to determine the coping mechanisms and behaviour of families in response to difficult situations. The obtained data were processed in the statistical program NCSS 2007. A non-parametric Wilcoxon two-sample test and a non-parametric analysis of variance called the Kruskal-Wallis test were used to determine the relationships between the sociodemographic characteristics and the questionnaire items assessed. Statistical tests were evaluated at the statistical significance level of $\alpha = 0.05$ (5 %). Descriptive statistics were used.

Results: Compared to non-Roma families, parents of children belonging to the Roma ethnic minority showed greater resilience and adaptability and were part of optimally functioning families. The use of external coping strategies significantly exceeded the use of internal strategies for both groups.

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

Mgr. Petra Šimánková
Slezská univerzita v Opavě
Fakulta veřejných politik v Opavě
Ústav nelékařských zdravotnických studií
Bezručovo náměstí 885/14, 74601 Opava
e-mail: petra.simankova@fvp.slu.cz

doc. PhDr. Lucie Sikorová, PhD.
Ostravská univerzita
Lékařská fakulta
Ústav ošetrovatelství a porodní asistence
Syllabova 19, 70300 Ostrava
e-mail: lucie.sikorova@osu.cz

For non-Roma parents, the most frequently used strategy was Reframing, and the second most frequently selected strategy was Gaining Social Support. The least utilized strategy for non-Roma parents was Seeking Spiritual Support.

Parents classified as Roma chose Getting Social Support as the most used strategy and the second most used coping strategy was Reframing.

The least used strategy by Roma was Seeking Spiritual Support.

Conclusion: Every family has to overcome a series of crises in the course of its development, faces a number of stressful situations and is forced to adapt to the newly arrived changes. Knowledge and skills in dealing with the stresses in specific families, can provide useful data for intervention strategies for health care professionals, aimed at optimizing support activities in relation to the resilience of particular family models from a transcultural nursing perspective.

KEYWORDS:

child, disease, family, Romany, hospitalization, stressful situation, F-COPES

FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ PŘÍSTUP RODIČŮ K OČKOVÁNÍ DĚTÍ

PETRA ŠIMÁNKOVÁ
JANA HALUZÍKOVÁ
SLEZSKÁ UNIVERZITA V OPAVĚ



ABSTRAKT

Cílem přehledového článku je pomocí aktuálních dohledaných studií identifikovat hlavní bariéry očkování dětí proti pneumokokovým onemocněním a zohlednit klíčové faktory ovlivňující přístup rodičů k očkování obecně. Přehledový článek byl zpracován na základě dat, získaných z mezinárodních multioborových licencovaných elektronických databází. Zařazené výzkumné výsledky byly vyhledány v plnotextových elektronických databázích Medline, Embase, CINAHL, Google Scholar, Science Direct z let 2017–2022. Pro vyhledávání byly použity řetězce klíčových pojmů s Booleovskými operátory (AND). Z původních 82 studií bylo vyřazeno 73 studií a do přehledu finální verze bylo využito 9 studií.

KLÍČOVÁ SLOVA:

očkování, děti, pneumokoková vakcína, rodiče, bariéry očkování

ÚVOD

Podle Světové zdravotnické organizace (WHO) zabrání očkování ročně až třem milionům úmrtí na celém světě. Imunizace proti infekčním chorobám představuje jedno z nákladově nejefektivnějších opatření pro ochranu veřejného zdraví (Kanellopoulou, 2021; Saeed, 2021; Oyewole, 2021). Nerozhodný přístup rodičů vůči očkování má vliv na proočkovanosť dětské populace (Kazantzi, et al. 2022). Snižování proočkovanosť dětí je, nejen v České republice, ale i v celém vyspělém světě, poměrně závažným problémem.

PNEUMOKOKOVÉ INFEKCE

Pneumokokové onemocnění zůstává nebezpečím především v dětském a seniorském věku, protože je spojeno s dlouhodobými následky a vysokou úmrtností, která se zhoršuje nárůstem rezistence na běžně používaná a cenově dostupná antibiotika, jako je penicilin (Yamba, 2021; Kazantzi, 2022). Invazivní pneumokokové onemocnění, zahrnující pneumokokovou pneumonii, bakteriémii, sinusitidy, otitidy, je hlavní příčinou úmrtnosti u dětí <5 let, dospělých ≥65 let a imunokompromitovaných jedinců (Oyewole, 2021; Eichler, 2022). *Streptococcus pneumoniae* je také dle studie Yamba et. al. (2021) nejčastějším původcem meningitidy u dětí <5 let a kultivačně pozitivní, nefatální, komunitní pneumonie, která je současně nejčastější příčinou hospitalizace dětí pro pneumonii. Po zavedení očkování pneumokokovou konjugovanou vakcínou bylo celosvětově pozorováno snížení incidence onemocnění u očkováných dětí (Hays, 2017; Ciruela, 2018; Wiese, 2019) a významně poklesl výskyt akutní otitis media u dětí do dvou let věku (Marom, 2021; Jespersen, 2021; Marra, 2022). Došlo také k postupnému snižování počtu hospitalizovaných dětí s pneumonií (Eichler, 2022; Walter a Smith, 2022). Kromě prevence invazivních pneumokokových onemocnění snižuje očkování také riziko nosohltanového nosičství, jako rezervoáru pneumokoků mezi očkovánými dětmi, což částečně umožňuje nepřímou ochranu dětí neočkováných (Wiese, 2019). 13valentní pneumokoková konjugovaná vakcína je u zdravých kojenců a batolat i větších dětí dobře tolerována a bezpečná, také v kombinaci s aplikací běžných pediatrických vakcín (Lalwani et al. 2021).

Nedostatek znalostí a nízká informovanost rodičů o možnostech očkování je důležitým aspektem pro konspirační teorie, zpochybňování bezpečnosti očkování, jeho účinnost a obecně vzbuzuje nedůvěru vůči očkování. Jedním z důležitých faktorů proaktivního přístupu rodičů k očkování svých dětí je erudovaná a pravidelná edukace prováděná zdravotníky a odbornou veřejností. Mnoho zdravotníků se však domnívá, že nejsou na tyto diskuse s rodiči dostatečně připraveni (Smith et al., 2020). Posílení důvěry rodičů k očkování prostřednictvím systematické a pravidelné longitudinální osvěty zlepší proočkovanosť malých dětí (Kazantzi, et al. 2022).

METODY

Cílem článku je shrnout aktuální informace ze závěrů empirických výzkumů týkající se bariér očkování dětí proti pneumokokovým onemocněním a zohlednit klíčové faktory ovlivňující přístup rodičů k očkování obecně. Zařazené výzkumné výsledky byly vyhledány pomocí klíčových pojmů vaccination, children, pneumococcal vaccine, parents, vaccination barriers v plnotextových elektronických databázích Medline, Embase, CINAHL, Google Scholar, Science Direct z let 2017–2022. Po prostudování abstraktů jsme na základě vyřazujících kritérií došly ke konečnému vyhodnocení relevantních studií, které prezentovaly výsledky vztahující se k našemu cíli. Vyřazujícími faktory byly – nedostupnost plné verze článku, studie zahrnující očkované dospělé jedince, duplicitní články.

VÝSLEDKY

Do přehledu finální fáze bylo využito 9 studií, které splnily požadovaná kritéria a identifikovaly faktory ovlivňující přístup rodičů k očkování dětí.

Čínská studie autorů Ji, Huanga a Wagnera et al. (2022) zjišťovala proočkovanost dětské populace povinnými a nepovinnými vakcínami a posuzovala, zda váhání mladých rodičů s očkováním souvisí s případným stavem očkování jejich dítěte. Závěry studie poukazují na skutečnost, že pokrytí veřejně financovanými, povinnými vakcínami se lišilo od nepovinného očkování (včetně vakcín proti rotavirům, Hib a pneumokokům). Budoucí zařazení nepovinných vakcín na seznam povinných by mohlo zlepšit zájem rodičů a zvýšit tak proočkovanost dětí. U osob s vyšším vzděláním bylo pravděpodobnější, že jejich dítě dostane jak očkování povinnou vakcínou, tak očkování nepovinné. Rodiče také vyjadřovali výrazné preference ohledně podávání menšího množství vakcín malým dětem.

Studie autorů Saeeda a Hashmi z roku 2021 vyhodnocovala, zda postoje rodičů vůči očkování měly vliv na dosažení cílů v oblasti imunizace dětí. Studie dále posuzovala vliv vzdělání rodičů na aktivní očkování svých dětí a na celkové povědomí o očkování. Podle výsledků si rodiče neuvědomují důsledky nákazy smrtelnou nemocí. Tato studie ukazuje, že navzdory vyšší vzdělanosti rodičů, mají tito nedostatečné nebo zkreslené informace a nízkou znalost o očkování, přesto existuje signifikantní rozdíl mezi rodiči s vyšším vzděláním, kteří vykazovali vyšší znalosti o problematice očkování. Nedostatek znalostí o očkování a vakcínách proti pneumokokům byl důležitým aspektem, který souvisí s pevným negativním přesvědčením rodičů o očkování.

Autoři Kanellopoulou et al (2021) ve své studii zkoumali proočkovanost dětí v západním Řecku a identifikovali faktory, které ji ovlivňují. Proočkovanost se týkala mimo jiné také pneumokokové vakcíny. U pneumokokové vakcíny byl počet podaných dávek vztážen k řecké národnosti a zaměstnaneckému statusu rodičů. Aktivity v oblasti veřejného zdraví by se měly zaměřit na zvýšení znalostí o konkrétních vakcínách mezi populacemi se zvláštními charakteristikami – nezaměstnanost, neřecká národnost, romská etnická

příslušnost – by mohla být důvodem nízké míry odpovědí v této podskupině, protože většina romské populace je negramotná. Obecně rodiče neřeckého původu neočkují své děti ve stejné míře jako Řekové, kvůli potížím s přístupem ke zdravotní péči nebo z důvodu kulturního přesvědčení. Dle výsledků je také nutná adekvátní znalost zdravotnického personálu v souvislosti s poskytováním dostatečných a relevantních informací o očkování, případně včasné objasňování jakýchkoli mylných informací, zejména u těch skupin rodičů, které se k očkování svých dětí staví skepticky.

Finská studie autorek Nurminové a Harmanové (2021) zkoumala důvody odložení či odmítnutí některých vakcín (pneumokokové, Rotavirové, MMR), nebo všech očkování v dětském věku. Většina rodičů hovořila o obavách z očkování a nežádoucích reakcí, které plynuly z vlastních zkušeností s vedlejšími účinky, které postihly je nebo jejich děti a byly nejdůležitějším důvodem pro neočkování dětí či jeho odkládání. Většinu problémů, se kterými se rodiče u svých dětí setkali (alergie, autismus, astma, dysfázie, zažívací problémy), však lékaři nepotvrdili jako související s očkováním, rodiče však tyto skutečnosti proklamovali jako fakta. Druhá kategorie důvodů souvisela s nedůvěrou ve zdravotnické zařízení jako poskytovatele zdravotní péče a skepsí k výzkumu očkovacích látek. Nedostatek důvěry často pramenil z role tržní ekonomiky a finančních zájmů farmaceutických společností. Účastníci interpretovali informace, které dle nich shromáždili z vědeckých článků, médií, materiálů zdravotníků, lékařů z diskuzí na sociálních sítích a dalších zdrojů.

Studie pocházející z Keni publikovaná v roce 2021 (Allan et al.) zjistila, že přestože jsou vakcíny ve veřejných zařízeních v Keni poskytovány zdarma, důležitým faktorem pro očkování je sociální a ekonomická stabilita rodiny. Neočkované děti pocházejí především z chudších domácností s nižšími příjmy s více dětmi, žijící v regionech s omezenou zdravotnickou infrastrukturou a nepřítomností jednoho z rodičů. Matky těchto dětí měly nižší či žádné vzdělání. Děti vzdělaných matek vykazovaly vyšší či plnou proočkovanosť. Mezi překážky pro očkování dětí patřily náklady na dopravu do veřejných zdravotnických zařízení, náklady na péči o ostatní děti v rodině a požadavky na volno v práci. Nové přístupy v poskytování zdravotní péče, zkrácení doby cestování, zřizování nových zdravotnických zařízení nebo zavádění modelů komunitních zdravotnických pracovníků, kteří fungují na místní úrovni, usnadní lepší přístup ke zdravotní péči.

Caso et al. (2021) ve své studii s cílem identifikovat psychosociální faktory, které se podílejí na rozhodnutí italských rodičů nenechat očkovat své děti povinnými ani nepovinnými vakcínami poukázali na fakt, že se rodiče vyjadřovali k očkování jako o nedůležitém, zbytečném, v případě, že dodržují zdravý životní styl nebo přírodní léčbu. Vnímání omezené užitečnosti a významnosti očkovacích látek rodiči dětí představuje jednu z hlavních psychologických překážek očkování. Zkreslená přesvědčení o očkovacích látkách jsou silně spojena s dezinformacemi z internetu, blogů a fór o rizicích, která očkování představuje, což vede rodiče k závěru, že rizika očkování pro jejich děti jsou vyšší než benefity. Očkování také vnímají jako stresovou situaci pro sebe i dítě s ohledem na bolestivost a nežádoucí reakce související s očkováním a po očkovacím období.

Cílem kanadské studie autorů Dubé et al. (2018) bylo zjistit postoj kanadských rodičů k očkování a prozkoumat faktory spojené se záměrem rodičů neočkovat své dítě. Tato studie hodnotí potenciální souvislosti mezi znalostmi a postoji rodičů o očkování a jejich záměrem odložit očkování do budoucna. Většina rodičů v této studii podporovala očkování v souladu s dostatečným množstvím informací o vakcínách a očkování, které jak uváděli, získávali od zdravotníků a lékaře, ke kterému měli důvěru. Zjištění studie ukazují, že efektivní intervence budující důvěru rodičů ve zdravotní systém, pomůže řešit negativní postoje vůči očkování a mohly být účinné pro zvýšení proočkování dětí v Kanadě. Komunikace s rodiči a nabídka více termínů k očkování může rovněž usnadnit přístup k očkování ve zdravotnických zařízeních. Odmítaví rodiče, kteří hledali informace na internetu, zpochybňovali úlohu vakcinace a vykazovali menší míru pravděpodobnosti do budoucna nechat své dítě očkovat. Téměř polovina účastníků uvedla, že jejich náboženské nebo duchovní zvyklosti ovlivňují jejich rozhodnutí očkovat dítě, nebo jim v očkování brání nevyhovující termíny. Míra důvěry v média a farmaceutický průmysl, o pravdivosti informací k veřejnosti, byla u všech rodičů obecně nízká.

Sicilská studie autorů Faccioly a Vasalli et al. (2019) s cílem prozkoumat postoje rodičů k očkování obecně, a také ke konkrétním typům vakcín podávaných dětem, poukázala na všeobecnou důvěru rodičů v očkování. Vyšší proočkování se projevila u povinných očkování a naopak velmi nízká proočkování se ukázala u očkování nepovinného (meningokokové, pneumokokové vakcíny). Analýza dat ukazuje, že jsou rodiče teoreticky nakloněni očkování, ale mají o vakcínách, očkování a nemocech, kterým lze očkováním předcházet, jen malé znalosti. Jedním z hlavních prediktorů přijetí očkování je doporučení k očkování od zdravotnického pracovníka. Rozhodnutí rodiče očkovat své dítě často vycházelo z povinnosti očkování nebo z doporučení důvěryhodného lékaře o dalším možném očkování dítěte. Pozitivní přístup rodičů k očkování byl silně ovlivněn pozitivním názorem lékaře, zatímco negativní přístup rodičů se zdál podmíněn přímou či nepřímou znalostí lidí poškozených vakcínami. Data navíc ukázaly, že rodiče často neznají nebo znají částečně, skutečné složení vakcín a závažnost onemocnění, kterým očkování předchází.

Švédská studie autorů Byströmové et al. (2020) si kladla za cíl prozkoumat důvěru a postoje rodičů k očkování. Hlavními důvody pro zpochybňování nebo odmítání očkování byly obavy z nežádoucích účinků, negativní nebo nedostatečné informace o očkování. Zdravotní sestry v dětských poradnách představovaly nejvyužívanější zdroj informací o očkování. Odmítači vyhledávali informace na internetu a v sociálních sítích. Selektivní odmítači očkování odmítali HPV očkování a očkování proti pneumokokovým onemocněním. Jako důvod odmítání nebo zpochybňování očkování uváděli, že tyto nemoci nejsou závažné. Nejistota zda očkovat dítě často vyústila v přání rodičů odložit očkování, dokud nebude dítě starší.

Tabulka 1: Souhrn zařazených studií

Autoři studie	Účastníci studie	Cíl studie	Metody	Výsledky
Ji, M. et al. (2022) Čína Kohortová studie	Byla shromážděna data z elektronických záznamů 2017-2020 o imunizaci dětí. Dotazníky pro rodiče nebo opatrovníky dítěte do 15 měsíců věku. 1 188 respondentů.	Zjistit proočkovanost dětské populace povinnými a nepovinnými vakcínami a posoudit míru váhání rodičů na očkování jejich dětí	Škála 10 položek, každá položka má 5bodovou Likertovu odpověď. Pearson chí-kvadrát test. Data byla analyzována v SAS verze 9.4	Budoucí zařazení nepovinných vakcín na seznam povinných by mohlo zlepšit zájem rodičů a zvýšit tak proočkovanost dětí.
Saeed, R. et al. (2021) Pákistán Průřezová studie	300 rodičů s dětmi mladšími pěti let	Vyhodnotit, zda postoje rodičů vůči očkování měly vliv na očkování jejich dětí. Posoudit vliv vzdělání rodičů na očkování dětí.	300 dotazníků hodnoceno pomocí chí-kvadrát testu a Cramerovým V. Analýza dat byla provedena pomocí Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) verze 20.0.	Existuje statisticky významná souvislost mezi znalostmi rodičů o určitých základních vakcínách (PNV) a ochotou nechat očkovat své děti.
Kanellopoulou, A. et al. (2021) Řecko Průřezová studie	Byla přezkoumána publikovaná literatura za poslední dvě desetiletí. Byla shromážděna data od 1657 dětí a vyhodnoceno 371 dotazníků. Do systematického přehledu PRISMA bylo zahrnuto 16 článků.	Prozkoumat proočkovanost dětí v západním Řecku a identifikovat faktory, které ji ovlivňují.	Sběr dat byl proveden pomocí dokumentace o očkování dětí a sociodemografických dotazníků. Statistická analýza byla provedena pomocí softwaru IBM SPSS Statistics 25.0 (IBM Corp, Armonk, NY).	Byla zjištěna vyšší míra proočkovanosti pneumokokovou vakcínou oproti roku 2012. Zvláštní pozornost by měla být věnována rodičům neřeckého původu a rodičům nezaměstnaným. Nutná je také adekvátní znalost zdravotnického personálu v souvislosti s poskytováním dostatečných a relevantních informací o očkování.
Nurmi, J. et al. (2021) Finsko Kvalitativní studie	38 hloubkových rozhovorů s rodiči, kteří odmítli všechny nebo některé z vakcín pro své děti. Celkem 106 dětí.	Analýzovat důvody částečného a úplného odmítnutí dětského očkování rodiči	Kvalitativní obsahová analýza	Ztráta důvěry v lékaře a farmaceutický průmysl byla ústředním prvkem procesu, ve kterém rodiče zpochybňovali, napadali a nakonec odmítali dětské očkování. Vlastní či přenesená zkušenost s komplikacemi byla dalším důvodem neočkovat dítě.

<p>Allan, S. et al. (2021) Keňa Neuveдено</p>	<p>Vzorek 40 300 domácností. Rozhovory s 31 079 ženami. Písemné záznamy o očkování.</p>	<p>Analýzovat kompletní imunizaci v Keni. Zohlednit faktory související s proočkovaností.</p>	<p>Analýza souboru dat z Programu demografických a zdravotních průzkumů v Keni z roku 2014. Analýza průzkumu byla provedena pomocí programu Stata – statistického softwaru a byly vytvořeny vizualizace. pomocí statistického softwaru R</p>	<p>Vzdělávání matek je silným prediktorem plného pokrytí očkováním. Mezi překážky pro očkování dětí patří náklady na dopravu do veřejných zdravotnických zařízení, náklady na péči pro ostatní děti a nároky na volno v práci.</p>
<p>Caso, D. et al. (2021) Itálie Kohortová studie</p>	<p>Dotazníková forma šetření – 447 italských rodičů s dítětem od 0-16 let</p>	<p>Identifikovat psychosociální faktory, podílející se na rozhodování rodičů neočkovat své děti.</p>	<p>Statistické analýzy byly provedeny pomocí statistického softwaru R. Byl použit Pearsonův chí-kvadrát test, srovnávací index shody (CFI), Tucker-Lewisův index (TLI), kořenový průměrný čtverec (Root Mean Square), koeficient shody (CFI), koeficient shody (TLI). (RMSEA) a standardizovaná střední kvadratická chyba aproximace.</p>	<p>Vnímání omezené užitečnosti a významnosti očkování je spojena s neznalostí rodičů a dezinformacemi o rizicích vakcinace a očkovacích látkách. Očkování také vnímají jako stresovou situaci pro sebe i dítě.</p>
<p>Dubé, E. et al. (2018) Kanada Kohortová studie</p>	<p>2100 kanadských rodičů dětí ve věku 24–59 měsíců. Dotazníková forma šetření</p>	<p>Zjistit rozdíly mezi rodiči ve vztahu k očkování a prozkoumat faktory spojené se záměrem rodičů neočkovat své dítě.</p>	<p>Doslovné odpovědi na otevřené otázky byly kódovány ručně pomocí tematického obsahu. Základní popisné statistiky byly pro všechny proměnné. Byla provedena jednorozměrná analýza pomocí chí-kvadrát a nezávislých výběrových testů. Data byla analyzována pomocí systému SAS verze 9.4</p>	<p>Nastavit efektivní intervence budující důvěru rodičů ve zdravotníky a zdravotní systém. Opětovná komunikace s rodiči a nabídka více termínů k očkování.</p>

Facciola, A. et al. (2019) Sicílie Neuveveno	1 093 dotazníků pro rodiče dětí základních škol	Prozkoumat postoje rodičů ke konkrétním typům očkování a k očkování obecně.	Data byla analyzována pomocí programu Prism4.0. Byla použita popisná statistika, Lillieforsovy a Shapiro-Wilkovy testy normality. Korelace byly určeny pomocí Pearsonova testu.	Jedním z hlavních prediktorů očkování pro rodiče je znalostní doporučení k očkování od zdravotnického pracovníka.
Byström et al. (2020) Švédsko Průřezová studie	Dotazníky pro 1046 (825 konečná analýza) rodičů s dětmi ve věku 3 měsíců do 15 let	Studie zkoumala důvěru rodičů ve vakcinaci a postoje rodičů k očkování obecně.	Analýza dat byla provedena pomocí statistického softwaru Stata verze 14. Bylo provedeno srovnání popisné statistiky pomocí chí-kvadrátu.	Důvody pro zpochybňování nebo odmítání očkování byly obavy z nežádoucích účinků, negativní nebo nedostatečné informace o očkování. Zdravotní sestry v dětských poradnách představovaly nejvyužívanější zdroj informací o očkování. Odmítači vyhledávali informace na internetu a v sociálních sítích.

DISKUZE

Rodiče, kteří se rozhodli své dítě neočkovat proti pneumokokovým infekcím, mají na vakcinaci obecně negativní postoj a náhled. Tito rodiče jsou výrazně skeptičtí k pozitivním účinkům vakcíny a naopak kritičtí vůči rizikům a možným komplikacím očkování. Selektivní rodiče odmítači, odmítali mimo očkování proti pneumokokovým onemocněním i další vakcíny s odůvodněním, že tyto "nemoci nejsou závažné" (Byström et al. 2020, Caso et al. 2021).

Signifikantní rozdíl byl také v oblasti finanční saturace domácností. Rodiny s nižším příjmem očkování nepovinné odmítaly častěji. Také u samotných pneumokokových vakcín se jako faktory predisponující rodiče k volbě očkovat své dítě ukázala jejich pozitivně hodnocená finanční situace a nižší rodičovský věk. Mezi překážky pro očkování dětí patří také náklady na dopravu do veřejných zdravotnických zařízení, náklady na péči pro ostatní děti a nároky na volno v práci (Allan et al. 2021.)

Podle informací získaných z recenzovaných článků a z přehledů uvedených studií byly identifikovány nejčastější determinanty bariér očkování dětí: strach z potenciálních vedlejších účinků vakcín, strach z bolesti, nízké vnímání účinnosti a přínosu vakcín, preference "přirozeného" zdraví, negativní zkušenosti s očkováním z minulosti a nedostatečné či zkreslené znalosti o očkování na základě dezinformací a konspiračních teorií z nejrůznějších internetových zdrojů a sociálních sítí. Výsledky několika studií

současně označují za významný prediktor pro rozhodnutí rodičů neočkovat své dítě nedostatek znalostí rodičů o vakcinaci, jenž ovlivňuje náhled rodičů na očkování dětí. Rodiče se vyjadřovali k očkování jako o nedůležitém a zbytečném v případě, že dodržují zdravý životní styl nebo přírodní léčbu. Některé vakcíny vnímali nebezpečnější než jiné a především nebezpečnější než infekce, kterým zabraňují či nemoci, kterým vakcíny zabraňují, nejsou dle rodičů tak závažné. Vnímání omezené užitečnosti a významnosti očkovacích látek rodiči dětí představuje jednu z hlavních psychologických překážek očkování. (Caso et al. 2021). Zdravotní výchova a sdělování relevantních a reliabilních informací samotnými zdravotníky jsou základními kameny pro zlepšení znalostí rodičů a pro boj s rozšířenými, nepodloženými a tendenčními informacemi o vakcínách a vakcinaci. Vzdělávání rodičů zdravotníky je do budoucna silným prediktorem zlepšování proočkovanosti a je konzistentním zjištěním napříč mnoha studiemi. Děti vzdělaných rodičů vykazovaly obecně vyšší míru proočkovanosti jak povinnými, tak následně také nepovinnými vakcínami (Saeed, Hashmi, 2021; Allan, et al. 2021; Caso et al. 2021; Facciola a Vasalli et al. 2019; Dubé et al. 2018; Ji, Huang, Wagner et al. 2022).

Řecká studie (Kanellopoulou et al. 2021) uvádí nutnost adekvátní znalosti zdravotnického personálu o problematice očkovacích látek, očkování a nemocech, kterým lze očkováním zabránit a tyto znalostní informace předkládat rodičům aktivně a srozumitelně. Zdravotní sestry v dětských poradnách představovaly ve studii Byströmové et al. (2020) pro rodiče nejvyužívanější zdroj informací o očkování.

Důvody rodičů pro odmítnutí či odložení vakcinace jsou kontextově specifické a liší se v závislosti na čase, na typu vakcíny, ale také na povinnosti dané zákonem. Dle výsledků studie Ji, Huanga a Wagnera et al. (2022) je zařazení nepovinných vakcín na seznam povinných cestou, jak zvýšit zájem rodičů o očkování svých dětí a současně posílit proočkovanost dětské populace (Facciola, Visalli et al. 2019). Rodiče často uvádějí, že používají tzv. salutogenní rodičovství, jako prostředek podpory imunity neočkovaného dítěte. Dle svého přesvědčení dělají to, co považují pro dítě za přínosné a správné. Zde opět nacházíme možný prostor pro diskuzi a komunikaci s rodiči, protože se jedná o oblast, kde mají zdravotničtí pracovníci dobré předpoklady k tomu, aby erudovaně řešili obavy rodičů a napravovali dezinformace a podporovali rodiče k rozhodování očkovat dítě, protože očkování je součástí zdravého životního stylu a poskytuje významnou ochranu před nemocemi, kterým lze předcházet (Smith, Sivertsen et al. 2022). Je ovšem potřeba připomenout, že právě díky proočkovanosti má jen málo rodičů s nemocemi, kterým lze předcházet očkováním, přímou zkušenost. Ve většině vyspělých zemí jsou již neznámé (WHO, 2021). Mnohdy ale ani sami zdravotníci nemají dostatek znalostí o příznacích a komplikacích těchto díky proočkovanosti v současnosti dávno minulých onemocnění (Smith et al., 2020). V případě obnovy případů nemocí by byla jejich léčba velmi nesnadná, a to i navzdory možnostem moderní medicíny. Podpora vzdělávání zdravotníků a poskytování nástrojů a kompetencí pro zdravotní sestry v nemocniční, primární, komunitní i domácí péči, jsou důležitým faktorem pro zlepšení informovanosti a komunikaci s rodiči. Jmenovitě komunikace s rodiči a proaktivní intervence týkající se

například nabídky více termínů k očkování, která může rovněž usnadnit přístup rodičům k očkování ve zdravotnických zařízeních, byla jedním z určujících parametrů v kontextu upevňování vztahů a navázání důvěry mezi rodiči a zdravotníky (Dubé et al. 2018; Facciola, Visalli, et al 2019). Ztráta důvěry v lékaře byla ústředním prvkem procesu, ve kterém rodiče zpochybňovali, napadali a nakonec odmítali dětské očkování. Matky s intencí neočkovat jsou primárně k doporučením lékaře často skeptické s poměrně sofistikovanou kritikou vědeckých závěrů. Nedůvěra se může týkat osobních zkušeností s daným zdravotníkem, jeho způsobem podávání informací či obav rodičů související s důvěryhodností lékaře a jeho neutralitou názorů. Nedůvěra rodičů se také týkala obav z nestrannosti zdravotnických úřadů a důvěryhodnosti lékařského výzkumu. Nedostatek důvěry často pramenil z role tržní ekonomiky a finančních zájmů farmaceutických společností. Důvěra v očkování veřejnosti je závislá na transparentnosti farmakologických firem, odpovědných za vývoj a výrobu očkovacích látek. Některé konspirační teorie zahrnují informace, které vzbuzují strach, že vakcíny jsou vyráběny proto, aby sloužily ekonomickým či politickým zájmům farmaceutických společností (Caso et al. 2021; Nurmi, Harman 2021). Strach rodičů vyplývá také z obavy z bezpečnosti vakcín. Tyto otázky mají zásadní vliv na odmítání očkování. Rodiče také vnímají očkování jako stresovou situaci pro sebe i dítě s ohledem na bolestivost zákroku. Role sestry v eliminaci bolesti a nastavení intervencí eliminace stresu a bolesti je v tomto případě stěžejní. Obavy a nedůvěra se týká absence adekvátních znalostí o nežádoucích komplikacích (Byströmová et al. 2020) jako jsou alergie, autismus, astma, dysfázie atd., se kterými se setkali blízcí nebo jejich děti. Rodiče rezolutně udávali podezření na souvislost s očkováním, ačkoliv nebyla přímá souvislost s daným očkováním potvrzena (Nurmin, Harman, 2021). Budování důvěry mezi rodiči a zdravotníky nebo zdravotnickými a farmakologickými institucemi zůstává výzvou. Zvláštní pozornost zdravotníků by měla být věnována také některým charakteristikám rodičů, jako je původ (imigranti, příslušníci romského etnika) a nezaměstnanost (Kanellopoulou et al. 2021).

Analýza studie Smith, Sivertsen et al. (2022) poukazuje na fakt, že primárně chování těhotných žen a rodičů při vyhledávání informací na sociálních sítích je významným faktorem váhání s očkováním. Proto je zapotřebí včas, již v prenatálním období, erudovaně edukovat budoucí rodiče o způsobech a možnostech ochrany dítěte před závažnými onemocněními.

V současné době neexistují žádné zavedené metriky, které by hodnotily aktuální dopad nerozhodnosti rodičů ohledně očkování dětí. Metody studií používané k měření "váhavosti ohledně očkování" jsou příliš různorodé, což ztěžuje vyvozování závěrů o vlivu konkrétních faktorů na váhavé chování rodičů v souvislosti s očkováním dětí. Žádný dotazník nelze a priori považovat za absolutně nejlepší, další studie sledující postoj rodičů k očkování by měly zohlednit dotazníky, které jsou již v literatuře k dispozici, což by umožnilo zlepšit srovnatelnost mezi zeměmi a v čase. Studie autorů Cella a Voglino et al. (2020), jejíž cílem bylo systematicky přezkoumat publikované dotazníky hodnotící váhání rodičů s očkováním, nabízí hlubší pohled na dostupné dotazníky a pomáhá budoucím výzkumům

identifikovat ten nejvhodnější podle jejich vlastního cíle a studijního prostředí.

LIMITY ČLÁNKU

Výsledky studií byly v mnohém zobecňovány na všechny vakcíny.

Otázky se netýkaly všech determinantů odmítání očkování.

Operacionalizace teoretických konstruktů se mezi jednotlivými zeměmi značně liší.

Článek se opírá o zahraniční studie z posledních 5 let, je otázkou, nakolik jsou výsledky přenositelné do našeho specifického sociokulturního prostředí.

ZÁVĚR

Zatímco vědecký konsenzus o prospěšnosti očkování je jednoznačný, roste podíl rodičů, kteří jsou k očkování skeptičtí. Významným prvkem, pro který někteří rodiče zpochybňují a nakonec odmítají dětské očkování, je také ztráta důvěry v lékaře a zdravotníky. Zjištění ukázala, že zdravotníci hrají zásadní roli v poskytování informací, vzdělávání a propagaci je ale zapotřebí jejich dalšího vzdělávání. Budování důvěry mezi rodiči a zdravotníky nebo zdravotnickými a farmakologickými institucemi zůstává i nadále výzvou zejména pokud usilujeme o hlubší poznání příčin rozhodnutí rodičů neočkovat své dítě.

POUŽITÉ ZDROJE

- [1] ALLAN, S. et al. 2021. Inequities in childhood immunisation coverage associated with socioeconomic, geographic, maternal, child, and place of birth characteristics in Kenya. *BMC Infectious Diseases* [online]. 21(1) [cit. 2022-03-23]. ISSN 1471-2334. DOI:10.1186/s12879-021-06271-9
- [2] BARCHITTA, M. et al. 2021. Vaccination Status of Mothers and Children from the 'Mamma & Bambino' Cohort. *Vaccines* [online]. 9(2) [cit. 2022-03-26]. ISSN 2076-393X. DOI:10.3390/vaccines9020168
- [3] BYSTRÖM, E. et al. 2020. Confidence in the National Immunization Program among parents in Sweden 2016 – A cross-sectional survey. *Vaccine* [online]. 38(22), 3909-3917 [cit. 2022-03-28]. ISSN 0264410X. DOI:10.1016/j.vaccine.2020.01.078
- [4] CASO, D. et al. 2021. Understanding the psychosocial determinants of Italian parents' intentions not to vaccinate their children: an extended theory of planned behaviour model. *Psychology & Health* [online]. 1-21 [cit. 2022-03-25]. ISSN 0887-0446. DOI:10.1080/08870446.2021.1936522
- [5] CELLA, P. et al. 2020. Resources for assessing parents' vaccine hesitancy: a systematic review of the literature. *J Prev Med Hyg.* 6;61(3):E340-E373. DOI: 10.15167/2421-4248/jpmh2020.61.3.1448.
- [6] DUBÉ, E. et al. 2018. Measuring vaccine acceptance among Canadian parents: A survey of the Canadian Immunization Research Network. *Vaccine* [online]. 36(4), 545-552 [cit. 2022-04-09]. ISSN 0264410X. DOI:10.1016/j.vaccine.2017.12.005
- [7] EICHLER, N. et al. 2022. The impact of pneumococcal conjugate vaccine on the prevalence and severity of hospitalizations for pneumonia in children. *European Journal of Clinical Microbiology & Infectious Diseases* [online]. 41(3), 439-444 [cit. 2022-03-23]. ISSN 0934-9723. DOI:10.1007/s10096-021-04386-0
- [8] FACCIOLÀ, A., VISALLI, G. et al. 2019. Vaccine hesitancy: An overview on parents' opinions about vaccination and possible reasons of vaccine refusal. *Journal of Public Health Research* [online]. 8(1) [cit. 2022-04-05]. ISSN 2279-9036. DOI:10.4081/jphr.2019.1436
- [9] JESPERSEN, S. et al. 2021. Acute otitis media and pneumococcal vaccination – an observational cross-sectional study of otitis media among vaccinated and unvaccinated children in Greenland. *International Journal of Circumpolar Health* [online]. 80(1) [cit. 2022-03-26]. ISSN 2242-3982. DOI:10.1080/22423982.2020.1858615
- [10] JI, M., HUANG, Z. et al. 2022. Vaccine hesitancy and receipt of mandatory and optional pediatric vaccines in Shanghai, China. *Human Vaccines & Immunotherapeutics* [online]. 1-8 [cit. 2022-03-28]. ISSN 2164-5515. DOI:10.1080/21645515.2022.2043025
- [11] KANELLOPOULOU, A. et al. 2021. Vaccination coverage among school children in Western Greece from 2016 to 2019. *Human Vaccines & Immunotherapeutics* [online]. 17(11), 4535-4541 [cit. 2022-03-20]. ISSN 2164-5515. DOI:10.1080/21645515.2021.1967040

- [12] KAZANTZI, M. et al. 2022. Admissions due to vaccine preventable diseases in a large paediatric intensive care unit in Greece over a 10-year period. *Journal of Paediatrics and Child Health* [online]. 58(2), 312-317 [cit. 2022-03-27]. ISSN 1034-4810. DOI:10.1111/jpc.15711
- [13] LALWANI, S. et al. 2021. Safety and immunogenicity of a multidose vial formulation of 13-valent pneumococcal conjugate vaccine administered with routine pediatric vaccines in healthy infants in India: A phase 4, randomized, open-label study. *Vaccine* [online]. 39(46), 6787-6795 [cit. 2022-03-23]. ISSN 0264410X. DOI:10.1016/j.vaccine.2021.09.029
- [14] MAROM, T. et al. 2021. Pneumococcal Conjugated Vaccines Decreased Acute Otitis Media Burden: A Population-Based Study in Israel. *The Journal of Pediatrics* [online]. 235, 233-238.e3 [cit. 2022-03-23]. ISSN 00223476. DOI:10.1016/j.jpeds.2021.04.025
- [15] MARRA, L. et al. 2022. Effectiveness of Pneumococcal Vaccines on Otitis Media in Children: A Systematic Review. *Value in Health* [online]. [cit. 2022-03-28]. ISSN 10983015. DOI:10.1016/j.jval.2021.12.012
- [16] NURMI, J. et al. 2021. Why do parents refuse childhood vaccination? Reasons reported in Finland. *Scandinavian Journal of Public Health* [online]. [cit. 2022-03-25]. ISSN 1403-4948. DOI:10.1177/14034948211004323
- [17] OYEWOLE, O. et al. 2021. The Impact of Pneumococcal Conjugate Vaccine (PCV) Coverage Heterogeneities on the Changing Epidemiology of Invasive Pneumococcal Disease in Switzerland, 2005–2019. *Microorganisms* [online]. 9(5) [cit. 2022-03-20]. ISSN 2076-2607. DOI:10.3390/microorganisms9051078
- [18] SAEED, R. et al. 2021. With the Most Unvaccinated Children: Is the Impact of Parental Perception and Attitude on Immunization an Essential Contributing Factor to an Unsuccessful Vaccination Coverage?. *Cureus* [online] [cit. 2022-03-20]. ISSN 2168-8184. DOI:10.7759/cureus.19751
- [19] SMITH, S. et al. 2021. An exploration of midwives' role in the promotion and provision of antenatal influenza immunisation: A mixed methods inquiry. *Women and Birth* [online]. 34(1), e7-e13 [cit. 2022-03-30]. ISSN 18715192. DOI:10.1016/j.wombi.2020.04.009
- [20] WALTER, E. et al. 2022. Prevention of pneumococcal infections in childhood: two decades of progress. *Current Opinion in Pediatrics* [online]. 34(2), 140-146 [cit. 2022-03-30]. ISSN 1040-8703. DOI:10.1097/MOP.0000000000001112
- [21] WIESE, A. et al. 2019. Impact of pneumococcal conjugate vaccines on hospitalizations for pneumonia in the United States. *Expert Review of Vaccines* [online]. 18(4), 327-341 [cit. 2022-03-20]. ISSN 1476-0584. DOI:10.1080/14760584.2019.1582337
- [22] YAMBA, K. et al. 2021. The Burden of Invasive Bacterial Disease and the Impact of 10-Valent Pneumococcal Conjugate Vaccine in Children <5 years hospitalized for Meningitis in Lusaka, Zambia, 2010–2019. *The Journal of Infectious Diseases* [online]. 224(Supplement_3), S275-S284 [cit. 2022-03-20]. ISSN 0022-1899. DOI:10.1093/infdis/jiab193

FACTORS INFLUENCING PARENTAL ATTITUDES TOWARDS VACCINATION OF CHILDREN



ABSTRACT

The aim of this review article is to identify the main barriers to childhood vaccination against pneumococcal disease and to consider key factors influencing parental attitudes towards vaccination in general. The review article was based on data obtained from international multidisciplinary licensed electronic databases. Included research results were retrieved from the full-text electronic databases Medline, Embase, CINAHL, Google Scholar, Science Direct from 2017–2022. Key term strings with Boolean operators (AND) were used for the search. From the original 82 studies, 73 studies were excluded. Only nine studies were eligible for content analysis which specifically addressed the factors influencing parents' attitude to vaccination.

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

Mgr. Petra Šimánková
Slezská univerzita v Opavě
Fakulta veřejných politik v Opavě
Ústav nelékařských zdravotnických studií
Bezručovo náměstí 885/14
746 01 Opava
e-mail: petra.simankova@fvp.slu.cz

PhDr. Jana Haluzíková, PhD.
Slezská univerzita v Opavě
Fakulta veřejných politik v Opavě
Ústav nelékařských zdravotnických studií
Bezručovo náměstí 885/14
746 01 Opava
e-mail: jana.haluzikova@fvp.slu.cz

KEYWORDS:

vaccination, children, pneumococcal vaccine, parents, vaccination barriers

SPECIFIKA VÝKONU POVOLÁNÍ SESTRY PRO PERIOPERAČNÍ PÉČI NA VYBRANÉM OPERAČNÍM SÁLE

ZUZANA KSANDROVÁ
MARTIN KRAUSE
VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ,
O.P.S.



ABSTRAKT

Práce na operačním sále je velmi fyzicky, psychicky a také odborně náročná. Sestra pro perioperační péči je vysoce specializovanou odbornicí, která má mnoho práv, s kterými zároveň souvisí mnoho povinností. Vzdělávání sester pro perioperační péči se v posledních letech začalo velmi rozvíjet a sestřím pro perioperační péči jsou v důsledku tohoto rozvoje přiřazovány mnohem širší kompetence a také vysoká odpovědnost. Výzkum je zaměřen na činnosti, které vykonává sestra pro perioperační péči. Zjišťuje problémy, se kterými se setkávají sestry pro perioperační péči a zároveň zjišťuje, jaká doporučení ke zlepšení navrhnou sestry pro perioperační péči. Cílem výzkumu je poukázat, že sestra pro perioperační péči vykonává celou řadu specifických intervencí a zaujímá tak nepostradatelnou roli v perioperační péči o pacienta.

KLÍČOVÁ SLOVA:

Intervence, ošetřovatelství, perioperační péče, sestra pro perioperační péči

ÚVOD

Sestra pro perioperační péči je vysoce specializovanou odbornicí. Nároky na charakterové vlastnosti sester pro perioperační péči jsou velmi vysoké. Odpovědnost, která je vkládána do rukou sestry pro perioperační péči, vyžaduje maximální důraz na pečlivost, spolehlivost, emoční stabilitu, trpělivost, schopnost týmové práce, ochotu učit se novým věcem, schopnost improvizovat a kreativitu. Dalšími nezbytnými předpoklady, bez nichž se tak náročné povolání těžko vykonává, jsou fyzická zdatnost, výdrž a zručnost (Wichsová a kol., 2013). Velice důležitým předpokladem práce sestry pro perioperační péči jsou vědomosti nejen z anatomie a fyziologie a dokonalá znalost operačních postupů (Kudlejová, 2014).

Název sestra pro perioperační péči vznikl na základě přijetí zákona č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních, ve znění pozdějších předpisů (Česko, 2004). Sestry pro perioperační péči jsou registrované všeobecné sestry většinou se specializací zajišťující činnosti související s provozem operačního sálu. Mezi tyto činnosti zejména patří příprava materiálu, nástrojů, sterilizace, údržba zdravotnických prostředků a instrumentování u výkonů (Wendsche, Pokorná a Štefková, 2012). Specializovanou způsobilost sestry pro perioperační péči je možné získat dvěma způsoby. Prvním způsobem je absolvování navazujícího magisterského studia na vysoké škole se specializací sestry pro perioperační péči. Druhým způsobem je absolvování specializačního studia a složení atestační zkoušky (Vévoda, 2013). Specializační obory jsou stanoveny nařízením vlády č. 164/2018 Sb., kterým se mění nařízení vlády č. 31/2010 Sb., o oborech specializačního vzdělávání a označení odbornosti zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí (Česko, 2018). Podmínkou zařazení do specializačního vzdělávání je získání odborné způsobilosti k výkonu povolání všeobecné sestry (Wichsová a kol., 2013). Podmínky získání specializace v oboru perioperační péče jsou zařazení do oboru specializačního vzdělávání, výkon povolání na operačním sále v době minimálně 1 roku, absolvování teoretické výuky, absolvování povinné praxe, získání stanoveného počtu kreditů a úspěšné složení atestační zkoušky (Česko, 2020).

Sestra pro perioperační péči vykonává činnosti podle vyhlášky č. 55/2011 Sb. při péči o pacienty před, v průběhu a bezprostředně po operačním výkonu, včetně intervenčních, invazivních a diagnostických výkonů (Česko, 2011). Náplň práce sestry pro perioperační péči je velmi rozsáhlá a rozmanitá. Hlavním úkolem sestry na operačním sále je asistence lékaři při operačním výkonu, příprava pomůcek a pacienta k operaci. Sestra pro perioperační péči má za povinnost zachovávat mlčenlivost, dodržování etického kodexu a průběžné vzdělávání (Kudlejová, 2014). Sestry pro perioperační péči se dle vykonávaných činností člení na sestry tzv. instrumentující, které bezprostředně zajišťují operační výkon. Dále na sestry tzv. obíhající, zajišťují kontakt s okolím během operačního výkonu a sestry tzv. nástrojové, které zajišťují péči o nástroje, sestavují síta a připravují zdravotnické prostředky pro operační výkony apod. (Jedličková, 2019).

METODY

Výzkum byl prováděn kvalitativní metodou. Výzkumná data byla získána technikou polostrukturovaného rozhovoru. Výběr respondentů byl ukončen po dosažení teoretické saturace, což bylo šest sester pro perioperační péči centrálních operačních sálů ve vybrané nemocnici fakultního typu. Rozhovor obsahoval 21 otevřených otázek a sestry pro perioperační péči byly před uskutečněním rozhovoru seznámeny s cílem výzkumu a zároveň byly ujištěny, že rozhovory budou v souladu s ochranou osobních údajů anonymizovány. Pro výběr sester byla stanovena dvě kritéria, a to aby sestry pracovaly na vybraném operačním sále a aby měly ukončený adaptační proces. Výzkum byl realizován v období ledna až března 2022. Rozhovory byly elektronicky zaznamenány a poté byly doslovně přepsány. Analýza výsledných dat, která byla získaná z rozhovorů sester probíhala metodou tužka-papír. Z jednotlivých odpovědí byly vytvořeny kategorie, které byly následně rozděleny do jednotlivých schémat.

VÝSLEDKY A DISKUZE

Prvním cílem bylo zjistit, jaké činnosti vykonává sestra pro perioperační péči v roli instrumentující a obíhající sestry na vybraném operačním sále. Na základě analýzy jednotlivých rozhovorů bylo zjištěno, že instrumentující sestra před operačním výkonem studuje operační program, toto také uvádí Kudlejová (2014). Dále si instrumentující sestra připravuje před operačním výkonem instrumentárium, jednotlivé nástroje, mulový materiál a pomůcky potřebné k operačnímu výkonu, dle kompetencí stanovených Vyhláškou č. 55/2011 Sb., ve znění pozdějších předpisů (Česko, 2011). Zároveň bylo zjištěno, že instrumentující sestra provede před operačním výkonem mechanické mytí rukou, chirurgickou dezinfekci rukou a oblékne se do sterilního pláště a sterilních rukavic. Zvládnutí techniky hygieny rukou je velice důležitou součástí práce instrumentující sestry. Dále bylo zjištěno, že instrumentující sestra vykonává sterilní zarouškování instrumentačního a pomocného stolu, připravuje nástroje na instrumentační a pomocný stůl. Podobně také uvádí Jedličková (2019).

Zároveň bylo zjištěno, že při přípravě nástrojů vykonává instrumentující sestra početní kontrolu nástrojů a mulového materiálu. Následně bylo zjištěno, že početní kontrola mulového materiálu a nástrojů je vykonávána nejen před začátkem operačního výkonu, ale také v jeho průběhu, před uzavřením operační rány a po operačním výkonu, což je velice důležité zjištění. Početní kontrola mulového materiálu a nástrojů je velmi důležitou součástí perioperační péče a zároveň významnou činností v předcházení nežádoucích událostí (Wichsová a kol., 2013). Dále bylo zjištěno, že instrumentující sestra vykonává spolu s lékařem antisepsi operačního pole, rouškování operačního pole, sleduje průběh operačního výkonu, průběžně podává nástroje lékařům, toto také uvádí Wendsche, Pokorná a Štefková (2012). Sledování průběhu operačního výkonu a včasné podání nástrojů lékaři je jednou z nejdůležitějších činností instrumentující sestry. Následně bylo zjištěno, že instrumentující sestra v průběhu operačního výkonu asistuje lékaři a po operačním výkonu provede sterilní zakrytí operační rány.

V rámci činností sestry pro perioperační péči v roli obíhající sestry bylo analýzou rozhovorů zjištěno, že obíhající sestra zkontroluje připravenost operačního sálu a zkontroluje funkčnost přístrojové techniky, což je důležitou součástí v rámci předcházení nežádoucích událostí, jak také uvádí Kudlejová (2014). Dále bylo zjištěno, že obíhající sestra připraví instrumentující sestře sterilní plášť, sterilní rukavice a sterilní set k zarouškování. Wichsová a kol. (2013) uvádí, že obíhající sestra podává instrumentující sestře jednotlivé nástroje, materiál a pomůcky. Výzkumem bylo zjištěno, že podávání nástrojů a materiálu je jednou z důležitých součástí práce obíhající sestry. Zároveň bylo zjištěno, že velmi důležitou činností obíhající sestry je kontrola celistvosti obalů a sterility materiálu, který má být v průběhu operačního výkonu použit. Velmi významným zjištěním bylo, že jednou z nejdůležitějších a základních povinností obíhající sestry před operačním výkonem je kontrola identifikačních údajů pacienta, stranová kontrola, ověření alergií, ověření podání ATB profylakticky. O provedené bezpečnostní kontrole je prováděn záznam do dokumentace, jak také uvádí Vácová a Brabcová (2016). Vedení perioperační dokumentace patří k důležité součásti povolání sestry pro perioperační péči. Dále obíhající sestra zajišťuje správné přiložení neutrální elektrody, polohu a fixaci pacienta na operačním stole. Také bylo zjištěno, že obíhající sestra provádí kontrolu dodržování zásad sterility operačním týmem. Podobné zjištění uvádí i Wichsová a kol. (2013). Následně bylo zjištěno, že obíhající sestra v průběhu operačního výkonu a po operačním výkonu zajišťuje ověření početní kontroly mulového materiálu a nástrojů a také zajišťuje dekontaminaci nástrojů.

V rámci rozhovorů bylo dále zjišťováno, s jakými problémy se setkávají sestry pro perioperační péči v roli instrumentující a obíhající sestry. Bylo zjištěno, že hlavním problémem, který byl shodný pro roli instrumentující i obíhající sestry, je nesrozumitelný operační program nebo změna v operačním programu, která není dostatečně včas nahlášena. Nesrozumitelnost operačního programu může negativně ovlivnit průběh operačního výkonu, jelikož k výkonu nemusí být zajištěno potřebné instrumentarium. Na tento aspekt upozorňuje také Wichsová a kol. (2013). V rámci problémů týkajících se instrumentující sestry, bylo zjištěno znesterilnění sama sebe, roztržení rukavice a poranění sama sebe ostrým předmětem. Poranění ostrým nástrojem také uvádí v souhrnu rizik Kudlejová (2014). Následně instrumentující sestry uvedly jako problém, se kterým se setkávají, strach, stres, bolest zad a nohou, únavu, hlad a žízeň a řešení okolních organizačních problémů. Stresujícím faktorem na operačním sále může být také hluk (Zavadilová, 2016). Z rozhovorů v rámci výzkumu bylo zjištěno, že hluk na operačním sále je také vnímán jako problémový faktor, který může vést k neporozumění sdělované informace od lékaře či dalších členů operačního týmu. V kategorii týkající se nástrojů a přístrojové techniky jako problém instrumentující sestry uvedly chybějící nástroj, nefunkční nástroj, pád sterilního nástroje na zem, zlomení nástroje, selhání a nefunkčnost přístrojové techniky.

Velmi důležitým zjištěním bylo, že jako vážný problém, který byl shodný pro roli instrumentující i obíhající sestry, je nesouhlas početní kontroly nástrojů nebo mulového materiálu. Vykonání početní kontroly je jednou z nejdůležitějších povinností jak

instrumentující, tak obíhající sestry, a nesouhlas početní kontroly je velmi vážným pochybením, to samé zmiňuje Kudrličková, Somrová a Brabcová (2014). V souvislosti s odebíraným biologickým materiálem bylo jako problém, se kterým se setkávají instrumentující sestry, zjištěno znehodnocení biologického materiálu a potřísnění biologickým materiálem. V rámci problémů týkajících se obíhající sestry bylo zjištěno znesterilnění instrumentária, nástrojů a materiálu, znesterilnění instrumentující sestry nebo dalších členů operačního týmu. Z analýzy rozhovorů vyplynulo, že velmi vážným problémem, se kterým se setkávají obíhající sestry, je nedostatek času na kontrolu identifikačních údajů pacienta a stranovou kontrolu, což je velmi důležité zjištění. Lze konstatovat, že kontrola pacienta je stěžejní součástí perioperační péče a obíhající sestra by měla mít zakotveno, že kontrola pacienta má nejvyšší prioritu. Dále bylo z informací získaných rozhovorem zjištěno, že obíhající sestry uvádí jako problém chybně vyplněnou perioperační dokumentaci, hluk na operačním sále a nedostatek času na ošetření nástrojů po operačním výkonu. Analýzou bylo i zjištěno, že sestry pro perioperační péči při doplňující otázce, s jakými dalšími problémy se setkávají mimo roli instrumentující a obíhající sestry, shodně uvedly nedostatek personálu, a s tím související přetěžování a vyčerpání personálu.

Poslední zjišťovanou oblastí bylo, jaká doporučení ke zlepšení navrhnou sestry pro perioperační péči v roli instrumentující a obíhající sestry na vybraném operačním sále. Z analýzy rozhovorů bylo zjištěno, že v roli instrumentující i obíhající sestry bylo shodně doporučováno srozumitelné sestavení operačního programu a včasné hlášení změn týkajících se operačního programu. Důležitým doporučením sester pro perioperační péči v roli instrumentující i obíhající sestry bylo, že sestra pro perioperační péči má zaměřit svou pozornost především na činnosti, které vykonává. Instrumentující sestry uvedly doporučení, že se instrumentující sestra nemá rozptylovat okolními problémy a má se snažit zmírnit míru strachu. Velice důležité doporučení, které sestry pro perioperační péči v roli instrumentující sestry uvedly, je důkladné a pozorné provádění početní kontroly mulového materiálu a nástrojů. Jako důležité a významné doporučení, shodně uváděné jak v roli instrumentující, tak v roli obíhající sestry bylo, že v momentě, kdy nastane jakýkoli problém, tento problém sdělit a začít ho řešit. Následně byla analýzou rozhovorů zjištěna důležitá doporučení pro obíhající sestry, a to doporučení dobře si stanovit a rozvrhnout priority, věnovat pozornost činnostem na operačním sále, ujasnit si, jaké instrumentarium, nástroje a materiál bude k operačnímu výkonu potřebný. Také bylo zjištěno, že obíhající sestry doporučují snížit hluk na operačním sále. V rámci doplňující otázky, jaká další doporučení navrhnou sestry pro perioperační péči mimo roli instrumentující a obíhající sestry, bylo uvedeno doporučení zajistit dostatek personálu a zvýšit motivaci nových zaměstnanců.

ZÁVĚR

Výzkumem bylo zjištěno, že sestry pro perioperační péči vykonávají celou řadu specifických a velice důležitých činností v rámci stanovených kompetencí. Bez těchto specifických činností by se operační výkony neobešly, jedna činnost plynule navazuje na druhou a je vykonávána v souhře instrumentující i obíhající sestry a dalších členů operačního týmu. V určitých momentech se činnosti obou sester prolínají a jedna bez druhé by nemohly plně zajistit perioperační péči o pacienta. V souvislosti s problémy, se kterými se setkávají sestry pro perioperační péči vyplynulo, že řada problémů souvisí přímo s konáním sestry a může vycházet z její snížené pozornosti a sníženého soustředění při výkonu práce. Další problémy vycházejí z okolí, které sestry pro perioperační péči mohou do určité míry ovlivnit a také se vyskytují problémy, které jsou způsobeny sníženou důsledností sestry pro perioperační péči. Velkým problémem, který sestry pro perioperační péči shodně uvedly je nedostatek personálu. Hlavní doporučení ke zlepšení navrhovaná sestrami pro perioperační péči jsou zaměřit se nejen na sebe sama, ale problémy vždy sdělovat a řešit. Na základě výzkumu bylo zjištěno, že problematika týkající se přímo sester pro perioperační péči není často zkoumané téma, převážně se problematika zaměřuje na bezpečnost pacienta. Sestra pro perioperační péči je velmi důležitým členem v kvalitně a bezpečně poskytované perioperační péči a je velice důležitým členem celého operačního týmu. Proto by problémy, se kterými se setkávají a potýkají sestry pro perioperační péči, měly být dále zkoumány a analyzovány. Je důležité, aby sestra pro perioperační péči, která se maximálně snaží poskytovat plnohodnotnou a kvalitní péči o pacienta, měla také kvalitní a vyhovující podmínky k poskytování této péče.

POUŽITÉ ZDROJE

- [1] ČESKO, 2004. Zákon č. 96 ze dne 4. února 2004, Zákon o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění pozdějších předpisů. In: Sbírka zákonů České republiky. [cit. 05. 01. 2022]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/>
- [2] ČESKO, 2011. Ministerstvo zdravotnictví. Vyhláška č. 55 ze dne 1. března 2011, o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění pozdějších předpisů. In: Sbírka zákonů České republiky. [cit. 05. 01. 2022]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/>
- [3] ČESKO, 2018. Nařízení vlády č. 164 ze dne 24. července 2018, kterým se mění nařízení vlády č. 31/2010 Sb., o oborech specializačního vzdělávání a označení odbornosti zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí. In: Sbírka zákonů České republiky. 85, 2594-2597. ISSN 1211-1244.
- [4] ČESKO, 2020. Ministerstvo zdravotnictví. Věstník č. 5 ze dne 28. dubna 2020. In: Sbírka zákonů České republiky. Částka 5. [cit. 05. 01. 2022]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz
- [5] JEDLIČKOVÁ, J., 2019 Ošetrovatelská perioperační péče. 2. vyd. Brno: NCONZO. ISBN 978-80-7013-598-3.
- [6] KUDLEJOVÁ, M., 2014. Inštrumentovanie: princípy, zásady, techniky a postupy. Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-423-0.
- [7] KUDRLIČKOVÁ, D., SOMROVÁ, J. a BRABCOVÁ, I., 2014. Rizika v intraoperační ošetrovatelské péči. *Pediatric pro praxi*. 15(4), 235–237. ISSN 1213-0494.
- [8] VÁCOVÁ, J. a BRABCOVÁ I., 2016. Předoperační bezpečnostní procedura na operačním sále. *Urologie pro praxi*. 11(6), 139–140. ISSN 1213-1768.
- [9] VÉVODA, J., 2013. Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4732-3.
- [10] WENDSCHE, P., POKORNÁ, A. a ŠTEFKOVÁ, I., 2012. Perioperační ošetrovatelská péče. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-894-0.
- [11] WICHSOVÁ, J. a kol., 2013. Sestra a perioperační péče. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3754-6.
- [12] ZAVADILOVÁ, M., 2016. Stresová zátěž perioperační sestry. Brno: Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Bakalářská práce. MED MUNI. Dostupné z: <https://is.muni.cz/>

SPECIFICS OF PERIOPERATIVE NURSE'S WORK IN THE SELECTED OPERATING ROOM



ABSTRACT

Working in the operating room is very physically, mentally and also professionally demanding. The perioperative nurse is a highly specialized specialist who has many rights, with which at the same time many duties are related. The education of perioperative nurses has started to develop greatly in recent years, and perioperative nurses are assigned much broader competences and also high responsibilities as a result of this development. The research is focused on the activities performed by a perioperative nurse. It investigates the problems encountered by perioperative nurses and at the same time finds out what recommendations for improvement are proposed by perioperative nurses. The aim of the research is to point out that the perioperative nurse performs a number of specific interventions and thus occupies an indispensable role in perioperative patient care.

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

Zuzana Ksandrová, DiS.
Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.
Katedra všeobecného ošetřovatelství
Duškova 1094/7
150 00 Praha 5-Smíchov
e-mail: Ksandrova.zuzana@seznam.cz

Mgr. Martin Krause, Ph.D.
Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.
Katedra všeobecného ošetřovatelství
Duškova 1094/7
150 00 Praha 5-Smíchov
e-mail: krause@vszdrav.cz

KEYWORDS:

Intervention, nursing, perioperative care, perioperative nurse.

HODNOTIACE A POSUDZOVACIE NÁSTROJE STAVU VÝŽIVY V PODMIENKACH DOMÁCEJ OŠETROVATEĽSKEJ STAROSTLIVOSTI

LUCIA DIMUNOVÁ
BEÁTA GREŠŠ HALÁSZ
UNIVERZITA PAVLA JOZEFA
ŠAFÁRIKA V KOŠICIACH

ABSTRAKT

Úvod: Najdostupnejším prostriedkom pre hodnotenie stavu výživy v prostredí domácej ošetrovateľskej starostlivosti je využívanie hodnotiacich a posudzovacích škál.

Cieľ: Zistiť, ktoré meracie a hodnotiace nástroje na posúdenie stavu výživy využívajú sestry v domácom prostredí pacienta na Slovensku a v iných krajinách.

Metodika: Využili sme metódu obsahovej analýzy odbornej literatúry prostredníctvom centrálneho vyhľadávača SUMMON. Zber údajov bol realizovaný za obdobie rokov 2011–2021.

Výsledky: Celkovo sme identifikovali 322 publikácií. Prostredníctvom kritickej revízie sme stanovili konečný počet hodnotených štúdií na 12. Na základe analýzy údajov sme vytvorili prehľad využívaných metód na hodnotenie stavu výživy. Zaevidovali sme využívanie siedmich hodnotiacich nástrojov. Môžeme konštatovať, že najčastejšie využívanou škálou je MNA, jej verzia MNA-SF a MUST.

Záver: Získaný prehľad ponúka sestrám informácie pri výbere hodnotiacich škál výživy na základe dôkazov z klinickej praxe. Využívané nástroje môžu byť podkladom pre hodnotenie v rámci manažmentu kvality ošetrovateľskej starostlivosti a ako informačný zdroj pre zdravotné poisťovne.

KLÍČOVÁ SLOVA:

domáca ošetrovateľská starostlivosť, výživa, pacient, posudzovacie škály

ÚVOD

Merací nástroj (posudzovací, hodnotiaci nástroj, stupnica, škála, dotazník, test, technika) môžeme charakterizovať ako kolekciu škál, otázok a iných informácií, ktoré poskytujú obraz o požiadavkách jednotlivca a súvisiacich faktoroch v kontexte všetkých domén a ich dimenzií pre potreby rôznych typov posúdenia (Bóriková a kol., 2009). Registrovaná sestra v ošetrovateľskej praxi využíva rôzne druhy meracích nástrojov, čo je požiadavkou vyplývajúcou zo súčasne platnej legislatívy. Vyhláška MZ SR č. 95/2018 Z. z., ktorou sa určuje rozsah ošetrovateľskej praxe poskytovanej sestrou samostatne, samostatne na základe indikácie lekára a v spolupráci s lekárom a rozsah praxe pôrodnej asistencie poskytovanej pôrodnou asistentkou samostatne, samostatne na základe indikácie lekára a v spolupráci s lekárom uvádza, že sestra posudzuje zdravotný stav osoby alebo zmenu zdravotného stavu osoby, pričom hodnotenie zdravotného stavu alebo zmenu zdravotného stavu meria pomocou hodnotiacich nástrojov a meracích nástrojov. Kilíková (2017, s. 133) uvádza: „že úlohou hodnotiacich nástrojov je presne definovať predmet posudzovania a metódu hodnotenia t.j. skórovanie vybraných prejavov – deficitov v potrebách pacienta. Sú nástrojom posúdenia zdravotnej kondície osoby“. Posudzovacie nástroje sú v rámci získavania údajov o pacientovi významnou súčasťou ošetrovateľského procesu. V záujme uplatňovania prístupu podporujúceho prax založenú na dôkazoch je dôležité opierať sa nie len o osobné skúsenosti, ale i o vedecké dôkazy publikované v národných i medzinárodných databázach. Posudzovacie nástroje sú v tomto kontexte využívané ako doplňujúca metóda posudzovania potrieb pacienta počas celej doby poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti.

Základným prvkom pri práci sestry v domácom prostredí je celkové posúdenie zdravotného stavu pacienta v interakcii s jeho vlastným sociálnym prostredím. K tomuto posúdeniu sestrám pomáhajú práve hodnotiace a meracie nástroje. Zamerali sme sa na jednu z oblastí a to nutričný stav pacientov. Posúdenie stavu výživy je komplexný systematický proces získavania a interpretovania informácií súvisiacich so stavom výživy a zdravia, ktorý vedie ku klinickým rozhodnutiam založených na dôkazoch. Medzi metódy hodnotenia stavu výživy patrí získanie výživovej anamnézy, zbieranie antropometrických meraní, hodnotenie laboratórnych vyšetrení a klinické vyšetrenie pacienta. Pri posudzovaní je dôležité oboznámiť sa aj s faktormi ovplyvňujúcimi stav výživy a individuálnymi rozdielmi. Nutričný skríning je krátke zhodnotenie stavu výživy (napr. nutričnými dotazníkmi, vyhodnotením indexu telesnej hmotnosti - BMI) a určenia nutričných rizík (Sováriová Soósová, 2018).

Výživa má významnú úlohu nakoľko podstatne ovplyvňuje celkový zdravotný stav pacienta, fyzickú výkonnosť i psychický stav. V klinickej praxi sa stretávame s množstvom hodnotiacich nástrojov na hodnotenie nutričného stavu.

Naším cieľom bolo zistiť, aké hodnotiace nástroje na posudzovanie výživy využívajú sestry v rámci domácej ošetrovateľskej starostlivosti na Slovensku a v iných krajinách.

METÓDY

Na zber údajov sme využili metódu obsahovej analýzy odbornej literatúry prostredníctvom centrálneho vyhľadávača SUMMON, ktorý umožňuje vyhľadávať na jednom mieste v licencovaných a voľne dostupných elektronických informačných zdrojoch (zahŕňa: Web of Science, CINAHL, MEDLINE, EBSCO, ScienceDirect, Scopus, PubMed), ktoré má Univerzitná knižnica UPJŠ v Košiciach k dispozícii. Stanovili sme si nasledujúce kľúčové slová v anglickom jazyku „homecare“ „nutrition“ „assessment tools“ „screening“. Zber údajov bol realizovaný za obdobie rokov 2011–2021.

VÝSLEDKY A DISKUSIA

Celkovo sme identifikovali 322 publikácií, ktoré obsahovali uvedené kľúčové slová, z toho bolo 52 zaradených do kategórie „nursing – ošetrovatelstvo“ a počet plnotextových publikácií bol 45. Prostredníctvom kritickej revízie sme stanovili konečný počet štúdií 12 a na základe analýzy údajov vytvorili prehľad využívaných skrínigových metód na hodnotenie stavu výživy (tabuľka 1).

Tabuľka 1: Prehľad skrínigových metód na hodnotenie stavu výživy

Autor/rok	krajina	Názov publikácie	Hodnotiaci nástroj
Isenring, et al., 2012	Austrália	Beyond Malnutrition Screening: Appropriate Methods to Guide Nutrition Care for Aged Care Residents	MUST SGA MNA-SF SNAQ
Rolland et al., 2012	Francúzsko	Screening Older People at Risk of Malnutrition or Malnourished Using the Simplified Nutritional Appetite Questionnaire (SNAQ): A Comparison With the Mini-Nutritional Assessment (MNA) Tool	SNAQ MNA
Kozakova, et al., 2012	Česká republika, Slovensko	Comparison of three screening tools for nutritional status assessment of the elderly in their homes	MNA-LF SGA MUST
Diekmann, et al., 2013	Nemecko	Screening for malnutrition among nursing home residents - a comparative analysis of the mini nutritional assessment, the nutritional risk screening, and the malnutrition universal screening tool.	MNA NRS 2002 MUST
Donini, et al., 2013	Taliansko	Agreement between different versions of MNA	MNA

Kiesswetter, et al., 2014	Nemecko	Prognostic differences of the Mini Nutritional Assessment short form and long form in relation to 1-year functional decline and mortality in community-dwelling older adults receiving home care	MNA-SF MNA-LF
Kozakova, et al., 2014	Česká republika	Assessing the nutritional status of the elderly living at home	MNA SGA MUST
Donini, et al., 2016	Taliansko	Mini-Nutritional Assessment, Malnutrition Universal Screening Tool, and Nutrition Risk Screening Tool for the Nutritional Evaluation of Older Nursing Home Residents	MNA-SF NRS 2002 MUST
Ghimire et al., 2017	Nepál	Nutritional assessment of community-dwelling older adults in rural Nepal	MNA
Lozoya, et al., 2017	Taliansko	Predictive ability of the Mini Nutritional Assessment Short Form (MNA-SF) in a free-living elderly population: A cross-sectional study	MNA MNA-SF
Cubukcu, M. 2018	Turecko	Assesment of Nutritional Status in Home Care Patients	MNA
Lau, et al., 2020	Singapur	The Simplified Nutritional Appetite Questionnaire (SNAQ) as a Screening Tool for Risk of Malnutrition: Optimal Cutoff, Factor Structure, and Validation in Healthy Community-Dwelling Older Adults	SNAQ MNA

MNA - Mini Nutritional Assessment; MNA-SF Mini Nutritional Assessment Short Form; MNA-LF Mini Nutritional Assessment Long Form; NRS 2002 - Nutrition Risk Screening; SNAQ - Simplified Nutrition Appetite Questionnaire; MUST-Malnutrition Universal Screening Tool; SGA - Subjective global assessment

Frekvenčne sa vyskytovali uvedené hodnotiace nástroje v nasledovnom poradí (tabuľka 2). Môžeme konštatovať, že najčastejšie využívanou škálou na hodnotenie výživy je MNA, jej verzia MNA-SF a MUST.

Tabuľka 2: Frekvencia hodnotiacich nástrojov na hodnotenie stavu výživy

Hodnotiaci nástroj	Frekvencia výskytu
MNA	8
MNA - SF	4
MNA - LF	2
MUST	5
SNAQ	3
SGA	3
NRS-2002	2

V rámci vyhľadávania údajov sme zistili, že nie všade v zahraničí je explicitne vymedzená ošetrovateľská starostlivosť poskytovaná v domácom prostredí realizovaná priamo agentúrami domácej ošetrovateľskej starostlivosti. Zhodu so systémom poskytovania starostlivosti v domácom prostredí pacienta agenúrou sme zaznamenali len s Českou republikou, a to v rámci dvoch štúdií autorky Kozákovej a jej kolektívu (2012, 2016). V štúdiu z roku 2012 bolo zahrnutých aj 60 respondentov zo Slovenska (pacientov z dvoch agentúr domácej ošetrovateľskej starostlivosti). Cieľom štúdie bolo porovnať tri nástroje na skrining a hodnotenie nutričného stavu MNA, SGA, MUST u starších ľudí v podmienkach domácej starostlivosti. Všetky testy do značnej miery korelovali (p (MNA) = 0,0049; p (MUST) = -0,537; p (SGA) = -0,578) s indexom telesnej hmotnosti seniorov. Súčasne sa potvrdilo, že nástroje na hodnotenie nutričného stavu v štúdiu vykazujú významné rozdiely v klasifikácii pacientov s rizikom podvýživy a/alebo podvyživených pacientov. Na základe zistení autorky usudzujú, že MNA môže byť vhodnejší nástroj na hodnotenie výživy starších ľudí žijúcich v domácom prostredí. Nástroje SGA a MUST poskytovali skôr subjektívne hodnotenie nutričného stavu a neposkytovali hĺbkovú kategorizáciu možnej podvýživy.

SNAQ - Simplified Nutrition Appetite Questionnaire je krátky dotazník na hodnotenie výživy pre domácu starostlivosť. Cieľom tohto nástroja je poskytnúť praktický nástroj na skrining podvýživy bez potrebných komplikovaných výpočtov. Hodnotenie tohto nástroja sme zachytili v štúdiách Isenring (2012), Rolland (2012), Lau (2020). V rámci štúdií bol SNAQ komparovaný s jednotlivými nástrojmi MNA, SGA a MUST. Výsledky všetkých autorov poukazujú na relevantnosť a následnú preferenciu využívania nástroja MNA. Túto skutočnosť potvrdzuje aj frekvencia výskytu v našom šetrení, kde sme zaznamenali 8 zistení využívania tohto nástroja. Ghimire (2017) uskutočnil prierezovú štúdiu so vzorkou 242 starších ľudí v Okharpauwe v Nepále na zistenie prevalencie podvýživy. Analyzovali sa rozdiely v demografických faktoroch a faktoroch životného štýlu medzi tými, ktorí boli podvyživení alebo ohrození podvýživou. Priemerné BMI účastníkov bolo $21,4 \pm 3,9$; priemerné skóre MNA bolo $19,3 \pm 4,2$. BMI významne korelovalo s celkovým skóre MNA ($r = 0,58$; $p < 0,001$). Diagnostická presnosť a citlivosť MNA bola 81 %. V záveroch štúdie bolo MNA uvedené ako platný a citlivý nástroj na rýchly nutričný skrining starších ľudí v Nepále.

Podvýživa a riziko podvýživy sú u starších pacientov, u ktorých je poskytovaná starostlivosť v domácom prostredí, častým rizikovým faktorom. Cieľom štúdie Cubukcu (2018) bolo preskúmať nutričný stav starších pacientov žijúcich v domácom prostredí vo vzťahu k sociodemografickým premenným a laboratórnym parametrom. Súbor tvorilo 144 pacientov, na hodnotenie výživy bol použitý nástroj MNA. Priemerný vek pacientov bol $72,4 \pm 6,3$ roka. Z pacientov, ktorí sa zúčastnili tejto štúdie, bolo 61,2 % ($n = 88$) žien, 58,2 % ($n = 56$) mužov. U 38 % bolo s rizikom podvýživy (17-23,5) a 45,3 % bolo podvyživených (<17). Priemerný vek pacientov s podvýživou bol $70,3 \pm 4,5$ roka. Štúdia preukázala relevantnosť nástroja MNA, ďalej zistila signifikantné vzťahy, a to: pacienti, ktorí boli odkázaní na lôžko, mali dekubity, chronické ochorenia, mali aj vyššie riziko podvýživy ako ostatní ($p < 0,05$). Taktiež z laboratórných parametrov bol celkový proteín a albumín významne nižšie a CRP bolo významne vyššie u pacientov, ktorí boli podvyživení ($p < 0,05$).

Lozoya, et al., (2017) sa v prierezovej štúdii zamerali na 660 starších ľudí žijúcich v 12 komunitných centrách, v domácom prostredí v provincii Valencia. Hodnotili zhodu medzi úplnou klasifikáciou MNA a MNA-SF v troch nutričných kategóriách (normálny výživový stav, riziko podvýživy, podvýživa). Výsledky naznačujú, že MNA-SF má užitočnú prediktívnu schopnosť proti MNA a autori sa prikláňajú k využívaniu tejto verzie hodnotiaceho nástroja stavu výživy.

Zhodu medzi rôznymi verziami nástroja MNA pri hodnotení nutričného rizika u starších jedincov sa zaoberal výskum Donini (2013). Sledovaný súbor tvorili 522 respondentov, u ktorých bol sledovaný nutričný stav. Porovnávali sme tri rôzne verzie MNA: „pôvodnú“ verziu; „proporcionálna“ MNA (MNA-P), v ktorej bolo celkové skóre MNA nahradené pomerom medzi maximálnym skóre, ktoré mohol každý subjekt získať bez zahrnutia indexu telesnej hmotnosti (BMI), a celkového pôvodného skóre MNA; a tretia verzia, v ktorej boli namiesto BMI použité lýtkový obvod a stredný obvod hornej časti ramena. Rôzne verzie MNA poskytli podobné výsledky v klasifikáciách výživy u respondentov v porovnaní s nutričnými a biochemickými parametrami. Navyše verzie MNA, ktoré nepovažujú BMI, sa zdajú byť účinnejšie pri identifikácii pacientov s rizikovými faktormi súvisiacimi s podvýživou.

Pri výbere nutričného skriningového nástroja na identifikáciu jedincov ohrozených podvýživou je dôležité zabezpečiť, aby nutričný skriningový nástroj presne identifikoval osoby ohrozené podvýživou alebo osoby už s existujúcou poruchou výživy. Jedným z hlavných obmedzení je však skutočnosť, že neexistuje „zlatý štandard“ pre diagnostické kritériá podvýživy. V literárnom prehľade Isautier et al., (2019) identifikovali 10 rôznych referenčných štandardov. Pri hodnotení kvality štúdií usúdili, že nástroj MNA-LF správne identifikuje pacientov s rizikom podvýživy alebo už s existujúcou podvýživou. Tento nástroj sme identifikovali aj v našom prehľade v štúdii Kiesswetter, et al. (2014). Cieľom štúdie bolo porovnať prognostický význam skrátenej formy Mini Nutritional Assessment (MNA-SF) s dlhou formou (MNA-LF) vo vzťahu k úmrtnosti a funkčným zmenám u starších

dospelých žijúcich v komunite, ktorým je poskytovaná domáca ošetrovateľská starostlivosť v Nemecku. Bola zvolená forma multientrickej, 1- ročnej prospektívnej observačnej štúdie. Nutričný stav bol klasifikovaný pomocou MNA-SF a MNA-LF na začiatku štúdie a potom po 1 roku podobne ako funkčný stav podľa Barthelovho indexu aktivít denného života (ADL). Výsledky zistení boli nasledovné: MNA-SF klasifikovala 15 % súboru ako podvyživených a 41 % ako rizikových pre podvýživu, zatiaľ čo MNA-LF klasifikovala 14 % a 58 %. Počas roku sledovania zomrelo 15 % účastníkov. Odhadované rizikové pomery (HR) pre 1- ročnú úmrtnosť boli nižšie pre MNA-SF ako pre MNA-LF. Pre kategórie MNA-SF neboli zistené žiadne rozdiely vo funkčných zmenách. Podľa MNA-LF bol pokles ADL zvyčajne vyšší u osôb s rizikom podvýživy ($7,1 \pm 10,1$ bodu) ako u tých, ktorí boli dobre živí ($3,7 \pm 10,1$ bodu) a podvyživení ($4,9 \pm 10,1$ bodu). Autori dospeli k záveru, že v sledovanom súbore bol hodnotiaci nástroj MNA-LF lepší ako MNA-SF v predpovedaní úmrtnosti a funkčného poklesu počas 1 roka sledovania.

Ďalšiu štúdiu realizovali autori Diekmann, et al. (2013), v ktorej porovnávali tri hodnotiace nástroje na výživu - MNA, NRS a MUST u 200 respondentov žijúcich v domoch opatrovateľskej služby, kde bola poskytovaná ošetrovateľská starostlivosť v nemeckom Norimbergu. Individuálna kategorizácia nutričného stavu ukázala slabú zhodu medzi NRS a MUST na jednej strane a MNA na strane druhej. U všetkých nástrojov bola počas sledovania preukázaná významná asociácia medzi nutričným stavom a úmrtnosťou. MNA však vykazovala najlepšiu prediktívnu hodnotu a tento nástroj autori odporúčajú k využívaniu.

Podobnú štúdiu, ktorá posudzovala zhodu medzi Mini-nutričným hodnotením (MNA), považovaným za referenčný nástroj, skrátenou formou MNA (MNA-SF), univerzálnym skriningovým nástrojom podvýživy (MUST) a skriningom nutričného rizika (NRS-2002) u pacientov umiestnených v opatrovateľských domoch kde im bola poskytovaná ošetrovateľská starostlivosť realizoval Donini, (2016). Celkovo bolo zaradených 246 účastníkov. Na základe MNA bolo 22,6 % žien a 17 % mužov klasifikovaných ako podvyživených; 56,7 % žien a 61 % mužov bolo ohrozených podvýživou. Pri všetkých skriningových nástrojoch existovala významná asociácia medzi podvýživou a úmrtnosťou. MNA ukázala najlepšiu prediktívnu hodnotu na určenie stavu výživy.

Výsledky našich zistení, že preferovaným nástrojom je MNA potvrdzujú aj iné štúdie, ktoré sa zameriavajú na hodnotenie nutričného stavu v širšom kontexte. V rámci domácej ošetrovateľskej starostlivosti majú sestry kompetencie na sledovanie nutričného stavu pacienta. Vo Švajčiarsku sestry poskytujúce domácu ošetrovateľskú starostlivosť posudzujú nutričný stav príjemcov starostlivosti prostredníctvom štandardizovaného hodnotenia RAI-HC a MNA-SF u pacientov vo veku nad 65 rokov. Výsledky štúdie u 267 klientov potvrdili, že referenčným zlatým štandardom je MNA-SF (Busnel, Ludwig, 2018). Hodnotiaci nástroj MNA-SF vykazoval aj dobrú citlivosť a špecifickosť pre detekciu rizika podvýživy u starších klientov žijúcich v komunite v porovnaní s nástrojom MNA-LF (Isautier, et al., 2019).

Od roku 2008 prebieha na Novom Zélande národná implementácia Medzinárodného inštrumentálneho hodnotenia starostlivosti o klientov v domácom prostredí (InterRAI-HC), ktorého súčasťou je aj hodnotenie nutričného stavu, podvýživy a dehydratácie hodnotiacim nástrojom MNA-SF (Radich, 2014). Skríninový nástroj MNA-SF na posúdenie nutričného stavu klientov bol úspešne implementovali aj do šiestich komunitných centier vo Vancouveri. Aktéri predpokladajú, že táto zmena v praxi pomôže znížiť počet hospitalizácií, skrátiť dĺžku hospitalizácie, zlepšiť starostlivosť o pacienta v domácom alebo komunitnom prostredí a znížiť náklady na zdravotnú starostlivosť spojenú s podvýživou (Vancouver CoastalHealth, 2019).

V rámci vyhľadávania informácií sme sa stretli v databázach aj s literárnymi prameňmi z rokov pred nami stanoveným vyhľadávaným obdobím 2011–2021. Štúdia Kim (2004) sa zamerala práve na nutričné posúdenie u pacientov v domácej starostlivosti. Štúdia bola vykonaná v dvoch častiach. Najprv bol vyvinutý nástroj na hodnotenie výživy a neskôr bola overená obsahová a klinická platnosť stanovených kategórií a indexov. Bol rozdelený do 11 kategórií s 22 indexmi. Keď bolo 5 z 11 kategórií pozitívnych, nutričný stav sa považoval za nedostatočný. Štúdia sa neopierala o žiaden existujúci hodnotiaci nástroj na hodnotenie stavu výživy u pacientov v domácom prostredí.

Zaujímavú štúdiu prináša Green, Watson (2005), ktorí uvádzajú prehľad literatúry za roky 1982–2020 opisujúci dostupné nástroje na skrínig alebo hodnotenie nutričného stavu pacientov/klientov pre sestry. Následne sa zameriavajú na informácie, či bola skúmaná validita, spoľahlivosť, citlivosť, špecifickosť a prijateľnosť nástroja. Skríninový/hodnotiaci nástroj je opísaný ako nástroj, ktorý používa formát dotazníka, obsahuje viac ako jeden rizikový faktor podvýživy a hodnotí riziko. V štúdiu bolo preskúmaných 35 hodnotiacich nástrojov na posúdenie nutričného stavu pacienta.

Problematika využívania hodnotiacich nástrojov v klinickej praxi prináša niekoľko oblastí na diskusiu. Sestry sú počas prípravy na svoje povolanie oboznamované s princípmi Evidence Based Practice a na druhej strane sa v praxi stretávajú s rutinnou a sťaženou možnosťou aplikovať získané poznatky v praxi (Libová a kol., 2018). Častokrát sa v praxi odznievajú názory sestier, že využívanie hodnotiacich nástrojov je vnímané ako práca navyše, ktorá im zaberá čas a hodnotia to ako „papierovanie navyše“.

V rámci aplikácie hodnotiacich nástrojov je potrebné vziať do úvahy aj relevantnosť prekladu z iného jazyka (najčastejšie z angličtiny). WHO (2019) upozorňuje, že je dôležité pri preklade daného nástroja zo zdrojového jazyka do cieľového získať transkulturne rovnocenný nástroj, ktorý v oboch kultúrach meria rovnaký teoretický jav. Odporúčania WHO smerujú k tomu, aby boli do procesu zapojení predstavitelia cieľovej skupiny a bol realizovaný pre-test preloženého nástroja. Autori Mandysová, Herr (2019) uvádzajú, že v celom procese je možné využiť aj ďalšie metódy a to kvalitatívne (pozorovanie) alebo kvantitatívne (napr. výpočet indexu obsahovej validity).

Hodnotiace nástroje prinášajú aj možnosť získať dáta a následne ich porovnávať, čo môže byť ukazovateľom pre poskytovateľov zdravotnej starostlivosti a ako uvádza aj Libová a kol. (2018) mali by to v prvom rade presadzovať poisťovne, aby mali relevantné údaje pri hodnotení indikátorov kvality tak zdravotnej ako aj ošetrovateľskej starostlivosti. Bez ohľadu na obsah, trvanie alebo spôsob hodnotenia výživy u pacientov je nanajvýš dôležitá komunikácia a spolupráca medzi zdravotníckymi pracovníkmi smerujúca k zabezpečeniu kvalitnej a bezpečnej starostlivosti o pacienta (Håkonsen, et al., 2020).

ZÁVER

Celkovo sme identifikovali 7 meracích a hodnotiacich nástrojov na výživu, ktorých uplatnenie bolo potvrdené v praxi. Najčastejšie využívanou škálou na hodnotenie výživy bola MNA, jej verzia MNA-SF a MUST. Mini nutričné hodnotenie (MNA) bolo na tento účel validované mnoho rokov, ale stále prebieha diskusia o tom, či používanie rôznych položiek v určitých klinických podmienkach môže byť účinné bez toho, aby to ovplyvnilo platnosť hodnotenia nutričného stavu. Danú skutočnosť potvrdzuje aj to, že vo väčšine analyzovaných článkov autori porovnávali vybrané hodnotiace nástroje navzájom a snažili sa získať signifikantné dôkazy a jednoznačne určiť hodnotiaci nástroj. Záver je taký, že MNA sa javí ako najefektívnejšia forma posudzovania výživy v podmienkach domácej starostlivosti. Veľkým benefitom využívania hodnotiacich a posudzovacích nástrojov je skutočnosť, že objektivizujú posúdenie stavu pacienta a sú nápomocné pri poskytovaní kvalitnej a bezpečnej ošetrovateľskej starostlivosti.

POUŽITÉ ZDROJE

- [1] BÓRIKOVÁ, I. A kol. 2009. Meranie a merací nástroj. In ŽIAKOVÁ, K. a kol. Ošetrovatelstvo a vedecký výskum. 2. prepracované vyd. Martin: Osveta, 2009. ISBN 978-80-8063-8.
- [2] BUSNEL, C., LUDWIG, C. S. 2018. Screening for undernutrition among older adults receiving home care: an estimation of the diagnostic accuracy of indicators available in the Resident Assessment Instrument - Home Care adapted for Switzerland. *Rech Soins Infirm.* ISSN 0297-2964, 2018, vol. 132, p. 54-63.
- [3] CUBUKCU, M. 2018. Assesment of Nutritional Status in Home Care Patients. *Nutrition and Food Science International Journal.* ISSN 2474-767X, 2018, vol. 7, p. 1-3.
- [4] DIEKMANN, R., et al. 2013. Screening for malnutrition among nursing home residents - a comparative analysis of the mini nutritional assessment, the nutritional risk screening, and the malnutrition universal screening tool. *Journal of Nutrition, Health & Aging.* ISSN 1760-4788, 2013, vol. 17, p. 326-331.
- [5] DONINI, L. M., et al. 2016. Mini-Nutritional Assessment, Malnutrition Universal Screening Tool, and Nutrition Risk Screening Tool for the Nutritional Evaluation of Older Nursing Home Residents. *Journal of the American Medical Directors Association.* ISSN, 2016, vol. 17, p. 959.e11-959.e18.
- [6] DONINI, L. M., et al. 2013. Agreement between different versions of MNA. *Journal of Nutrition, Health & Aging.* ISSN 1760-4788, 2013, vol. 17, p. 332-338.
- [7] GHIMIRE, S., et al. 2017. Nutritional assessment of community-dwelling older adults in rural Nepal. *PLoS One.* ISSN 1932-6203, 2017, vol. 12, p. 1-15.
- [8] GREEN, S. M., WATSON, R. 2005. Nutritional screening and assessment tools for use by nurses: literature review. *Journal of Advanced Nursing.* ISSN 1365-2648, 2005, vol. 50, p. 69-83.
- [9] HÅKONSEN, S. J., et al. 2020. Speaking the same language: Development of a Nutrition Minimum Data Set for healthcare professionals in primary healthcare. *Health Informatics Journal.* ISSN 1741-2811, 2020, vol. 26, p. 248-263.
- [10] ISAUTIER, J. M. J., et al. 2019. Validity of Nutritional Screening Tools for Community-Dwelling Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of the American Medical Directors Association.* ISSN 1538-9375, 2019, vol. 20, p. 13-25.
- [11] ISENRING, E. A., et al. 2012. Beyond Malnutrition Screening: Appropriate Methods to Guide Nutrition Care for Aged Care Residents. *Journal of the Academy of Nutrition Dietetics.* ISSN 2212-2672, 2012, vol. 112, p. 376-381.
- [12] KOZAKOVA, R., ZELENIKOVA, R. 2014. Assessing the nutritional status of the elderly living at home. *European Geriatric Medicine.* ISSN 18787657, 2014, vol. 5, p. 377-381.
- [13] KOZAKOVA, R., et al. 2012. Comparison of three screening tools for nutritional status assessment of the elderly in their homes. *Biomedical Papers of The Medical Faculty University Palacky Olomouc Czech Repub.* ISSN 1213-8118, 2012, vol. 156, p. 371-376.

- [14] KIESSWETTER, E., et al. 2014. Prognostic differences of the Mini Nutritional Assessment short form and long form in relation to 1-year functional decline and mortality in community-dwelling older adults receiving home care. *Journal of the American Geriatrics Society*. ISSN 1532-5415, 2014, vol. 62, p. 512-517.
- [15] KILÍKOVÁ, M. 2017. Hodnotiace a meracie nástroje ako súčasť zdravotnej dokumentácie. In *Ošetrovateľstvo 2020 – trendy, zmeny a budúcnosť*. Slovenské liečebné kúpele Piešťany, a. s.: VŠZaSP sv. Alžbety, n. o. Bratislava, 2017. ISBN 978-80-8132-166-5, s. 133-143.
- [16] KIM, K.R. 2004. Development of a Nutritional Assessment Tool for Home Care Centers. *Taehan Kanho Hakhoe Chi*. ISSN 1598-2874, 2004, vol. 34, p. 1014 -1024.
- [17] LAU, S., et al. 2020. The Simplified Nutritional Appetite Questionnaire (SNAQ) as a Screening Tool for Risk of Malnutrition: Optimal Cutoff, Factor Structure, and Validation in Healthy Community-Dwelling Older Adults. *Nutrients*. ISSN 2072-6643, 2020, vol. 12, p. 2885.
- [18] LIBOVÁ, Ľ. a kol. 2018. Hodnotiace nástroje a ich využívanie u seniorov. *Zdravotnícké noviny*. ISSN 1339-3022, 2018, roč. VI., č.1, s.33 - 39.
- [19] LOZOYA, R., et al. 2017. Predictive ability of the Mini Nutritional Assessment Short Form (MNA-SF) in a free-living elderly population: A cross-sectional study. *PeerJ*. ISSN 2167-9843, 2017, vol. 5, p. 3345.
- [20] MANDYSOVA, P., HERR, K. 2019. The translation and linguistic validation of the Revised Iowa Pain Thermometer into Czech for a clinical study involving Czech stroke patients. *Kontakt*. ISSN 1212-4117, 2019, vol. 21, p. 55-64.
- [21] MNA. 2015. Malé vyšetrenie výživového stavu [online]. 2015. [cit. 2021-07-10]. Dostupné na internete: http://www.mna-elderly.com/forms/MNA_slovak.pdf.
- [22] RADICH, M. J. 2014. Comparison of Nutritional Components of InterRAI-HC to Validated Nutrition Screening Tools: Thesis, Master of Dietetics. New Zeland: University of Otago, 2014. 67 p.
- [23] ROLLAND, Y., et al. 2012. Screening Older People at Risk of Malnutrition or Malnourished Using the Simplified Nutritional Appetite Questionnaire (SNAQ): A Comparison With the Mini-Nutritional Assessment (MNA) Tool. *Journal of the American Medical Directors Association*. ISSN 1538-9375, 2012, vol. 13, p. 31-34.
- [24] SOVÁRIOVÁ SOÓSOVÁ, M. 2018. Určovanie stavu výživy. In DIMUNOVÁ, L. a kol., *Dietológia a liečebná výživa I*. Košice: ŠafarikPres, 2018. ISBN 978-80-8152-681-7, s. 31-53.
- [25] VANCOUVER COASTAL HEALTH. 2019. Are Managers and Clinicians in Favour of Adopting a Malnutrition Screening Tool in the Community Home Health Setting? [online]. 2019 [cit. 2021-10-01]. Dostupné na <http://www.vch.ca/about-us/news/are-managers-and-clinicians-in-favor-of-adopting-a-malnutrition-screening-tool-in-the-community-home-health-setting>
- [26] Vyhláška MZ SR č. 95/2018 Z. z., ktorou sa určuje rozsah ošetrovateľskej praxe
- [27] WHO Guidelines on Translation. 2019. Process of translation and adaptation of instruments. [online]. 2019 [cit. 2021-10-01]. Dostupné na internete:
- [28] https://www.who.int/substance_abuse/research_tools/translation/en/

ASSESSMENT TOOLS OF NUTRITIONAL STATUS IN HOME NURSING CARE



ABSTRACT

Introduction: The most accessible means of assessing nutritional status in the home care setting is through the use of rating and assessment scales.

Objectives: The aim of our study was to determine which measurement and assessment tools are used by nurses to assess nutritional status in the patient's home environment.

Methods: In order to meet the stated objective, we used the method of content analysis of literature through the central search engine SUMMON.

Results: The data collection was carried out for the period 2011-2021. In total, we identified 322 publications. Through a critical review, we set the final number of studies assessed at 12. Based on the data analysis, we created an overview of the methods used to assess nutritional status. In total, we registered the use of seven assessment tools. We can conclude that the most frequently used scale is the MNA, its version MNA-SF and MUST.

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

prof. PhDr. Lucia Dimunová, PhD.
Univerzita Pavla Jozefa Šafárika
v Košiciach
Lekárska fakulta
Ústav ošetrovateľstva
Tr. SNP č.1, 040 01 Košice
Slovenská republika
e-mail: lucia.dimunova@upjs.sk

PhDr. Beáta Grešš Halász, PhD.
Univerzita Pavla Jozefa Šafárika
v Košiciach
Lekárska fakulta
Ústav ošetrovateľstva
Tr. SNP č.1, 040 01 Košice
Slovenská republika
e-mail: beata.gresshalasz@upjs.sk

Conclusion: The summary obtained offers nurses information in selecting nutrition rating scales based on evidence from clinical practice. The tools used can inform assessment in nursing care quality management and as an information resource for health insurers.

KEYWORDS:

home nursing care, nutrition, patient, assessment tools

MANAŽMENT COVID-19 NA SLOVENSKU A ETIKA

IMRICH ANDRÁSI
KATOLÍCKA UNIVERZITA
V RUŽOMBERKU
VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNÍCTVA
A SOCIÁLNEJ PRÁCE SV. ALŽBETY

VLADIMÍR LITVA
PETER KUTIŠ
KATOLÍCKA UNIVERZITA
V RUŽOMBERKU

ABSTRAKT

Moderná spoločnosť súčasnej doby si vyžaduje správne použitie manažérskych prostriedkov a zdravotníckych postupov v záujme ochrany verejného zdravia ako aj zdravia jednotlivca. Vykonané rozhodnutia v čase pandémie ovplyvnili život pacienta a jeho príbuzných na určité obdobie, ale zároveň ovplyvnili aj chod zdravotníckych zariadení a dostupnosť zdravotnej starostlivosti pre väčšinu populácie. Pandémia COVID-19 zasiahla do reálneho života väčšiny obyvateľov nielen Slovenska, ale celého sveta. Hlavným cieľom článku je priniesť názory a postoje dospelých ľudí týkajúce sa manažovania postupov na Slovensku pri predstavovaní proti-pandemických opatrení v rámci Covid-19. Téma proti-pandemických opatrení bola široko diskutovaná nielen na odbornej, ale aj laickej úrovni. Masmédiá prinášali viac kritické postrehy na jednotlivé rozhodnutia, ale zväčša neprinášali žiadne alternatívne možnosti správneho riešenia. Ako metodiku prieskumu sme si zvolili anonymný, elektronický dotazník. Prieskumu sa zúčastnilo 264 náhodne vybraných respondentov nad osemnásť rokov. Výsledky prieskumu poukázali ako naši respondenti hodnotili základné manažérske kroky pri predstavovaní opatrení z pohľadu etiky. Výsledky sa dajú zovšeobecniť na celé Slovensko, vzhľadom na skutočnosť, že respondenti pochádzali z celého územia Slovenska.

KLÍČOVÁ SLOVA:

etika, manažment, zdravotná starostlivosť, Covid-19, povinnosť

ÚVOD

Súčasná moderná spoločnosť sa vyznačuje obrovským tlakom na efektívne – tak časovo, ako aj finančne – využitie dostupných prostriedkov a zároveň silnou dikciou dodržiavania práv tak jednotlivca ako aj spoločnosti. To si vyžaduje od jednotlivých členov uvedomenie nielen aké práva sú pre jednotlivca garantované, ale aj spoluprácu na ich ochrane a zodpovednosť za svoje konanie a postoje. Platí to aj v oblasti ochrany zdravia a poskytovania zdravotnej starostlivosti. Mimoriadne udalosti, pri ktorých tak jednotlivci ako aj predstavitelia politicko-spoločenského života sú pod tlakom časovej tiesne nútení robiť rýchle ale zároveň zásadné rozhodnutia len podčiarkuje potrebu jasných etických postojov a zachovania princípov. Autority v časoch mimoriadnych udalostí v zdravotníctve sú zvlášť pozorne sledované a ich vyjadrenia sú citlivo prijímané. Vieme napríklad, že pacientov s COVID-19 často sprevádza úzkosť a strach. Títo pacienti potrebujú primeranú intervenciu v oblasti duševného zdravia, ktoré zahŕňajú formálnu psychoterapiu pre psychiatrické poruchy a sériu psychosociálnych intervencií založených na oddychu, ako aj odolnosti pre emocionálnu tieseň a sociálne problémy (Liu, et al. 2020). Z tohto dôvodu musia byť predstavitelia authority obozretní pri výbere prostriedkov, postupov a zavádzaní opatrení. Mať moc pri výbere prostriedkov a zavedení opatrení si vyžaduje zváženie zodpovednosti ale aj vplyvu na spoločnosť. V bioetike prevláda kategorizácia rôznych typov vplyvov na základe tripartitnej klasifikácie: racionálneho presvedčovania (čo znamená vplyv dôvodov a argumentov), donucovania (čo znamená vplyv neodolateľných hrozieb - alebo ponúk) a manipulácie (čo znamená všetko medzi). Štandardnou etickou analýzou v bioetike je, že racionálne presvedčanie je vždy prípustné a donucovanie je takmer vždy neprípustné, s výnimkou niekoľkých prípadov, ako je bezprostredné ohrozenie seba alebo iných. Samotná manipulácia je skôr poznačená nedostatkom argumentov s podtypom nevšímania si dôvodov alebo prehnaného vyratúvania dôvodov (Blumenthal-Barby, 2012). Netreba opomínať, že v čase kritických rozhodnutí je otvorený priestor na manifestáciu tak dobrých vlastností a prejavenia vysoko humánneho citenia, ale na druhej strane aj na vyakcentovanie vlastných záujmov. Tieto sa zvlášť prejavajú vo využití okolností pre dosiahnutie vlastných cieľov a v manipulácii. Situácia, ktorá nastala po vyhlásení pandémie SARS-CoV-2, postavila ľudstvo pred obrovskú dilemu – podniknúť masívne opatrenia zamerané na zdravie obyvateľstva v súvislosti s jednou chorobou alebo zachovať sociálny a ekonomický blahobyť (Pavelič, et al. 2021). Netreba zabúdať, že pandémia zasahuje viaceré oblasti života a tak sa manažment pandémie týka viacerých oblastí, kde môžu byť predtým ustálené alebo nekontroverzné chápania transformované globálnymi a domácimi silami. Znamená to, že pandémia prináša nútenú zmenu v rozhodovaní v predtým ustálených oblastiach. Nie vždy to členovia spoločnosti vedia prijať. Úloha kultúry pri formovaní a pretváraní hraníc na operačnej úrovni sa skúma ako základ pre vysvetlenie zjavných paradoxov v spôsobe, akým sú historické a súčasné pandémie skutočne riadené, a rôznych spôsobov, akými sú jednotlivé pandémie rámcované (Carney, Bennett, 2014). To značí, že nielen manažovanie samotnej pandémie, ale aj prijatie zmien súvisí so stupňom rozvinutia kultúry v danej spoločnosti.

METODOLÓGIA A VZORKA

Elektronický prieskum zameraný na etické manažovanie proti-pandemických opatrení v čase pandémie COVID-19 sme realizovali v období mesiacov november 2021 až február 2022. Dotazník obsahoval 11 uzatvorených otázok. Okrem nich bolo šesť otázok zameraných na demografické údaje ako pohlavie, vek, bydlisko, vzdelanie, prekonanie Covid19 a na účasť na imunizácii. Dotazníky sme vyhodnotili pomocou päť stupňovej Likertovej škály. Interpretácia pridelenia číselnej hodnoty súhlasu s vyjadrením bola nasledovná: 1 – úplne nesúhlasím; 2 – skôr nesúhlasím; 3 – neviem posúdiť; 4 - skôr súhlasím a 5 – úplne súhlasím. Na analýzu získaných údajov sme použili štatistický program IBM SPSS 22. Vyhodnotenie dotazníka sme urobili pomocou hodnoty priemeru (mean) pre jednotlivé otázky ako aj pomocou Pearsonových korelácií, aby sme zistili signifikantné rozdiely v odpovediach.

Dotazníky nám správne vyplnilo 264 respondentov. 88 bolo mužov (33,3 %) a 176 žien (66,7 %). Z hľadiska veku 84 (31,8 %) respondentov bolo vo veku 18–30 rokov, 76 (28,8 %) vo veku 31–45 rokov, 48 (18,2 %) 46–60 rokov a 56 (21,2 %) nad 60 rokov. 126 (47,7 %) respondentov má trvalé bydlisko v mestách a 138 (52,3 %) na vidieku. Najpočetnejšou skupinou z hľadiska vzdelania boli stredoškolsky vzdelaní respondenti 158 (59,8 %). 94 (35,6) respondentov uviedlo, že prekonalo Covid-19 a 170 (64,4 %), že nie. Zaočkovaných bolo 104 (39,4 %) respondentov.

VÝSLEDKY A DISKUSIA

Vyhodnotenie dotazníka je založené na stanovení priemeru (mean) v celom dotazníku, ako aj jednotlivých otázkach. Čím vyššie skóre (maximálne 5) je dosiahnuté, tým je hodnotenie manažmentu respondentmi považované za etickejšie a v súlade s medzinárodne uznávanými štandardmi. Stanovili sme štyri úrovne hodnotenia: 1. Skóre 1,000–2,000 = hodnotenie so znakmi silne negatívneho postoja a neetické postupovanie. 2. Skóre 2,001–3,000 = slabý etický prístup s náznakmi novej zmeny v závislosti od podmienok. 3. Skóre 3,001–4,000 = pozitívne hodnotenie a etický prístup, ktorý nesie znaky váhavosti a občasnej podmienenosti. 4. Skóre 4,001–5,000 = veľmi pozitívny postoj a silný etický prístup.

Celkový priemer za celý dotazník dosiahol 3,758. Znamená to, že respondenti všeobecne hodnotia zvládnutie manažmentu proti-pandemických opatrení eticky pozitívne s určitými znakmi váhavosti.

Tabuľka 1: Deskriptívna štatistika k správnosti a etike manažovania Covid-19

Otázka	Mean	N	Std. Deviation
Bola pandémia COVID19 dobre manažovaná cez autority?	3,42	264	1,139
Bola pandémia COVID19 dobre manažovaná cez konzílium odborníkov?	4,17	264	,824
Bola pandémia COVID19 dobre manažovaná cez politikov?	3,00	264	1,302
Bola zachovaná empatia vo vzťahu k infikovaným?	4,02	264	1,056
Bola správne eticky zvolená postupnosť skupín na očkovanie?	4,33	264	,914
Bola dostatočne vysvetlená potreba očkovania?	3,63	264	1,087
Považujete zachovávanie proti-pandemických nariadení za etické?	4,22	264	,999
Považujete za správne obmedzenie bielej medicíny v nemocniciach počas COVID19?	3,77	264	1,097
Považujete za správne obmedzenie návštev blízkych príbuzných v nemocniciach a DSS?	3,56	264	1,237
Považujete za etickú očkovaciu lotériu?	3,40	264	1,307
Považujete za etické, aby mali očkovaní výhody?	3,82	264	1,145

Najlepšie hodnotia postupy konzília odborníkov, vzťah k infikovaným, postupnosť skupín na očkovanie a zachovávanie proti-pandemických opatrení. Naopak najslabšie je hodnotený etický prístup politikov k manažovaniu pandémie.

Tabuľka 2: Korelácie vzhľadom na pohlavie, vek, bydlisko, vzdelanie, prekonanie Covid-19 a očkovanie u respondentov

		SEX	VEK	BYDLISKO	VZDELANIE	PREKONANIE COVID 19	OČKOVANIE
Otázka č. 1.	Pearson Correlation	,245**	,149	-,010	,044	,036	-,059
	Sig. (2-tailed)	,005	,088	,909	,617	,682	,500
Otázka č. 2.	Pearson Correlation	,326**	,069	-,056	,015	,061	-,074
	Sig. (2-tailed)	,000	,434	,525	,867	,484	,397
Otázka č. 3.	Pearson Correlation	,124	,239**	,047	,049	-,012	-,048
	Sig. (2-tailed)	,157	,006	,594	,576	,890	,586
Otázka č. 4.	Pearson Correlation	,025	,413**	,028	-,224**	,041	,130
	Sig. (2-tailed)	,772	,000	,748	,010	,642	,139

Otázka č. 5.	Pearson Correlation	,153	,202*	,067	-,037	,046	-,045
	Sig. (2-tailed)	,080	,020	,448	,671	,598	,605
Otázka č. 6.	Pearson Correlation	,025	,038	-,103	-,144	-,036	-,062
	Sig. (2-tailed)	,778	,666	,238	,099	,684	,483
Otázka č. 7.	Pearson Correlation	-,022	,099	,089	-,146	,196*	,100
	Sig. (2-tailed)	,806	,258	,310	,096	,024	,253
Otázka č. 8.	Pearson Correlation	,142	-,167	,044	-,061	-,102	-,088
	Sig. (2-tailed)	,104	,056	,613	,491	,245	,315
Otázka č. 9.	Pearson Correlation	-,200*	-,155	,065	,039	-,060	,014
	Sig. (2-tailed)	,022	,077	,456	,659	,496	,869
Otázka č. 10.	Pearson Correlation	,033	-,157	-,101	,238**	,084	,010
	Sig. (2-tailed)	,708	,073	,247	,006	,341	,905
Otázka č. 11.	Pearson Correlation	-,366**	,253**	,034	-,086	,006	,048
	Sig. (2-tailed)	,000	,003	,700	,325	,943	,583
	N	264	264	264	264	264	264

** Korelácia je signifikantná na úrovni 0,01

* Korelácia je signifikantná na úrovni 0,05

Do tejto kategórie patria aj opatrenia navrhované politicky ako je zavedenie očkovacej lotérie a zavedenie prípadných výhod pre očkovaných. Manažérka procesov vo veľkokapacitnom očkovačom centre Bratislavského samosprávneho kraja sa priamo vyjadrila, že vláda nám mala povedať, že sa očkujeme kvôli sebe. Nie odmeňovať nás za to, že využijeme možnosť ochrániť si zdravie (Šurinová, 2022). Niekdajší Slovenský premiér vo februári 2021 vyhlásil že situácia na Slovensku sa nezlepšuje aj napriek tomu, že vyše dvoch mesiacov vláda počúva odborníkov a riadi sa ich odporúčaniami. Neuvedomil si, že riadenie pandémie si vyžaduje dlhodobé úsilie a neraz napriek použitiu dostupných prostriedkov vyriešenie problému bude trvať aj niekoľko mesiacov, ba až rokov. Na druhej strane vtedajší minister zdravotníctva bol neraz na strane odborníkov, ale veľa jeho návrhov neprešlo vládou (Kiššová, 2021).

Signifikantné rozdiely v odpovediach v rámci jednotlivých skupín sú v tabuľke číslo 2. Vzhľadom na pohlavie muži sa priklonili viac k názorom, že pandémia bola zle manažovaná tak všeobecne ako aj cez konzílium odborníkov, kým ženy viac súhlasili so spôsobom manažovania. Z hľadiska veku boli signifikantné rozdiely dosiahnuté v rámci odpovedí na otázky 3, 4, 5 a 11. Mladší respondenti boli viac nespokojný tak so spôsobom manažmentu pandémie a opatrení ako aj zavádzania výhod pre zaočkovaných. Musím podotknúť, že na

očkovanie boli uprednostnené od začiatku vyššie vekové kategórie obyvateľstva. Z tohto dôvodu je zaočkovanosť mladšej vekovej populácie oveľa nižšia ako u staršej populácie. Bydlisko – mesto alebo vidiek – nemalo vplyv na rozdielnosť odpovedí. Vzdelanie ovplyvnilo odpovede v otázkach 4 a 10. Respondenti s vyšším vzdelaním prejavili viac nesúhlasu v rámci hodnotenia empatického prístupu ako aj k etike očkovacej lotérie. Prekonanie infekcie preukázalo signifikantný rozdiel pri otázke číslo č. 7 dotýkajúcej sa zachovávaní proti-pandemických opatrení. Tí, ktorí prekonali ochorenie sa cítili viac bezpeční a preto boli v odpovediach viac nesúhlasiaci so zachovávaním opatrení. Očkovanie nepreukázalo vplyv na vytvorenie signifikantného rozdielu v odpovediach medzi respondentami.

ZÁVER

Na záver môžeme len skonštatovať, že manažment pandémie Covid-19 bol na Slovensku zvládnutý eticky s určitými výhradami. Menej spokojnosti bolo s prílišnou politizáciou problému a vytíkaním politického kapitálu niektorých predstaviteľov štátnej moci. To môže byť pre nás poučením nakoľko trendy z globalizácie, urbanizácie a klimatických zmien podporujú zvýšený výskyt prepuknutia pandemií aj do budúcnosti. Pandémie spôsobujúce veľké straty na životoch ľudí síce spochybnili systémy verejnej zdravotnej starostlivosti v mnohých krajinách, ale zároveň poukázali aj na možnosti ľudského potenciálu v konaní dobra (Liu, et al. 2021).

POUŽITÉ ZDROJE

- [1] BLUMENTHAL-BARBY, J. S., 2012. Between reason and coercion: ethically permissible influence in health care and health policy context. In: Kennedy Inst. Ethics J. 2012, 22 (4): p. 345 -366.
- [2] CARNEY, T., BENNETT, B. 2014. Framing Pandemic Management: New Governance, Science for Culture? In: Health Sociology Review, 23 (2): p. 136-147.
- [3] KIŠŠOVÁ, K. 2021. Pandémiu podľa Matoviča riadia odborníci. V: Reportáž Televíznych novín Markíza. [online]. [cit. 10. 03. 2022]. Dostupné na internete: <https://tvnoviny.sk/publicistika/clanok/128643-pandemiu-podla-matovica-riadia-odbornici-pozreli-sme-sa-na-fakty>
- [4] LIU, J., LIU, S. 2020. The management of Coronavirus disease 2019 (COVID-19). In: Journal of Medical Virology, 92 (9): p. 1484-1490.
- [5] LIU, Z., WU, Y., WANG, M. et al. 2021. Pandemic Risk management for Public Health Care Schemes. In: Frontiers in Public Health, 9, 700021, [online]. [cit. 10. 03. 2022]. Dostupné na internete: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8353108/>
- [6] PAVELIĆ, K., et al. 2021 A perspective on Covid Management. In: Journal of Clinical Medicine, 2021, 10 (8) 1586. [online]. [cit. 10. 03. 2022]. Dostupné na internete: <https://doi.org/10.3390/jcm10081586>
- [7] ŠURINOVÁ, I. 2022. Brzdili nás ľudia, ktorí pandémiu riadili od stola. V: Novinky z Bratislavského samosprávneho kraja, [online]. [cit. 10. 04. 2022]. Dostupné na internete: <https://bratislavskykraj.sk/ivana-surinova-brzdili-nas-ludia-ktori-pandemiu-riadili-od-stola/>

COVID-19 MANAGEMENT IN SLOVAKIA AND ETHICS



ABSTRACT

Modern society today requires the proper use of management tools and medical procedures in order to protect public health as well as the health of the individual. The COVID-19 pandemic affected the real lives of most people not only in Slovakia, but all over the world. The main goal of the article is to bring the views and attitudes of adults regarding the management of procedures in Slovakia in the presentation of anti-pandemic measures within Covid-19. We chose an anonymous, electronic questionnaire as the survey methodology. 132 respondents took part in the survey. The results of the survey showed how our respondents evaluated the basic managerial steps in presenting measures from the point of view of ethics.

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

Ing. Mgr. Imrich Andrási, MPH.
Katólicka univerzita v Ružomberku
Fakulta zdravotníctva
Katedra urgentnej zdravotnej
starostlivosti
Námestie A. Hlinku 48
034 01 Ružomberok
Slovenská republika
e-mail: imrich.andrasi@ku.sk

doc. PhDr. Vladimír Littva, PhD., MPH.
Katólicka univerzita v Ružomberku
Fakulta zdravotníctva
Katedra verejného zdravotníctva
Námestie A. Hlinku 48
034 01 Ružomberok
Slovenská republika
e-mail: vladimir.littva@ku.sk

Mgr. Peter Kutiš, PhD.
Katólicka univerzita v Ružomberku
Fakulta zdravotníctva
Katedra fyzioterapie
Námestie A. Hlinku 48
034 01 Ružomberok
Slovenská republika
e-mail: peter.kutis@ku.sk

KEYWORDS:

ethics, management, health care,
Covid-19, duty

ADAPTAČNÍ PROCES NA JEDNOTCE INTENZIVNÍ PÉČE Z HLEDISKA VŠEOBECNÉ SESTRY

LENKA VANÍČKOVÁ
MARTIN KRAUSE
VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ,
O.P.S.



ABSTRAKT

Adaptační proces je stále aktuální téma, jehož úlohou je co nejrychleji a nejefektivněji zapojit nově příchozí zaměstnance do pracovního procesu. Všeobecná sestra, která nastupuje na jednotku intenzivní péče si osvojuje velké množství informací o pacientech, výkonech, odborných intervencích a v neposlední řadě by se měla naučit ovládat veškeré přístrojové vybavení, které se na daném pracovišti nachází. Kvalitní adaptační proces je významný pro budování pevných základů, prostřednictvím jimiž nově nastupující všeobecná sestra rozvíjí své vědomosti a dovednosti. Článek definuje a popisuje důležité informace o adaptačním procesu všeobecných sester a o aktuálním vzdělávání všeobecných sester v České republice. Cílem výzkumu je zjistit kritické body v průběhu adaptačního procesu všeobecných sester na vybrané jednotce intenzivní péče a také zjistit doporučení na jeho inovaci. Výzkumné šetření je realizováno kvalitativní metodou výzkumu prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů se sedmi všeobecnými sestrami, které pracují na vybraném oddělení. Zjištěné údaje poukazují na nedostatky, které se v průběhu adaptačního procesu na vybrané jednotce intenzivní péče objevily.

KLÍČOVÁ SLOVA:

adaptační proces, jednotka intenzivní péče, ošetřovatelství, všeobecná sestra, vzdělávání

ÚVOD

Adaptační proces je nejobtížnější částí řízení a rozvoje lidských zdrojů. Cílem adaptace není pouze seznámení a zapojení zaměstnance do pracovního procesu, ale také mu zajistit, aby byl ve své práci spokojený (Filip, 2019). Adaptační proces všeobecných sester je dle Špirudové (2015) vypracován nejlépe formou směrnice či metodickým pokynem, z něhož jasně vyplývá, co je charakteristické pro určité pozice a co je shodné pro celou organizaci. Ministerstvo zdravotnictví České republiky vydalo v roce 2009 metodický pokyn k realizaci a ukončení adaptačního procesu pro nelékařské zdravotnické pracovníky (MZ ČR, 2009). Jedná se o doporučený postup, který má sloužit jako návod všem poskytovatelům zdravotních služeb (Vévoda a kol., 2013).

Adaptační proces je určen především absolventům, kteří získali odbornou způsobilost podle zákona č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních (Česko, 2004). V současné době získá všeobecná sestra odbornou způsobilost k výkonu své profese v případě, že absolvuje bakalářský studijní program Všeobecné ošetřovatelství na vysoké škole či vzdělávací program Diplomovaná všeobecná sestra na vyšší odborné škole (MZ ČR, 2021). Dále adaptační proces slouží všeobecným sestřím, které přestoupily z jiného pracoviště nebo svou činnost nevykonávaly déle než dva roky. Na začátku adaptačního procesu je nově nastupující všeobecné sestře sestaven plán adaptačního procesu a je jí přidělen školitel. Délka adaptačního procesu je u absolventů po ukončení kvalifikačního vzdělávání přibližně 3–12 měsíců. U všeobecných sester, které mají již určitou praxi je délka adaptačního procesu zpravidla kratší, a to v rozmezí 2–6 měsíců. V průběhu adaptačního procesu by mělo probíhat alespoň jednou za měsíc hodnocení, a to prostřednictvím školitele nebo vedoucího pracovníka (MZ ČR, 2009). Zítková (2015) uvádí, že neexistuje sjednocený způsob vedení adaptačního procesu, ale je důležité, aby měl jasně stanovenou strukturu, která se podílí na kvalitnější adaptaci nového pracovníka. Mellanová (2017) podotýká, že by se všeobecná sestra měla v adaptačním procesu adaptovat na práci i na prostředí, ve kterém ji vykonává. Zítková (2015) dodává, že je nezbytné pro rozvíjení a naplňování potenciálu vytvořit nově nastupující všeobecné sestře vhodné podmínky, které pro svou práci potřebuje (Zítková a kol., 2015).

Plevová (2012) rozděluje adaptační proces na tři fáze, v nichž se zpočátku adaptuje s pracovním prostředím a náplní práce a postupně si osvojuje znalosti a dovednosti a seznamuje se s kolektivem. Na konci adaptačního procesu pak přebírá plnou zodpovědnost za svou práci. Zaučené všeobecné sestře se ukončuje adaptační proces závěrečným rozhovorem, při němž se prověřují její znalosti a dovednosti (Zítková, 2015). Nemělo by se zapomínat ocenit také její úsilí a snahu, kterou musela vynaložit (Neščáková a Marelová, 2013). Zítková (2015) ještě v rámci adaptačního procesu upozorňuje na možná rizika, která se mohou v jeho průběhu objevit, např. konflikty na pracovišti, rezignace nového zaměstnance či nedostatečný pracovní výkon. Z toho důvodu je potřeba, aby měl vedoucí pracovník průběh celého adaptačního procesu pod kontrolou a nabídl novému zaměstnanci pomoc a podporu, v níž zaujímá školitel významnou roli. Jak uvádí Plevová (2018) jeden z nejdůležitějších nástrojů pro rozvoj lidských zdrojů je mentoring.

Mentor je osoba, která má zkušenosti ve svém oboru a předává je novým zaměstnancům (Plevová a kol., 2018).

METODY

Výzkumné šetření bylo provedeno kvalitativní metodou s využitím techniky polostrukturovaného rozhovoru, který obsahoval 21 otázek. Otázky v rozhovoru byly zaměřeny na oblast administrativy, výkonu činností, zaškolování sestrou školitelkou, dále na oblast začlenění do kolektivu, samotného průběhu adaptačního procesu a na oblast hodnocení a zpětné vazby. Výzkum probíhal v únoru 2022 na vybrané jednotce intenzivní péče v nemocnici fakultního typu. Respondentky byly vybrány pomocí stanovených dvou kritérií, a to, aby všeobecná sestra pracovala na jednotce intenzivní péče a měla maximálně dva roky ukončený adaptační proces. Všechny respondentky poskytly písemný souhlas s nahráváním rozhovorů na mobilní telefon a s jejich následným zpracováním. Vybraná fakultní nemocnice rovněž poskytla souhlas s realizací výzkumu. Po shromáždění všech dat byly rozhovory přepsány. Analýza dat proběhla s využitím zakotvené teorie prostřednictvím otevřeného kódování a poté byla data rozdělena na kategorie a podkategorie. Následně byla vytvořena schémata a komentáře vztahující se k dané problematice. Respondentky byly v rámci analýzy označeny R1–R7. Dvě respondentky (R4 a R6) podstoupily adaptační proces z důvodu návratu z rodičovské dovolené, R1 a R3 přestoupily z jiné nemocnice, R5 přestoupila z jiného oddělení v rámci stejné nemocnice a R2 a R7 byly absolventky po ukončeném kvalifikačním vzdělávání.

VÝSLEDKY A DISKUZE

Nejprve byly zjišťovány kritické body v průběhu stávajícího adaptačního procesu všeobecných sester na vybrané jednotce intenzivní péče a následně byly zjišťovány návrhy na jeho zlepšení. Na základě výzkumného šetření bylo zjištěno, že jsou značné nedostatky v oblasti zaškolování, hodnocení a ve zpětné vazbě.

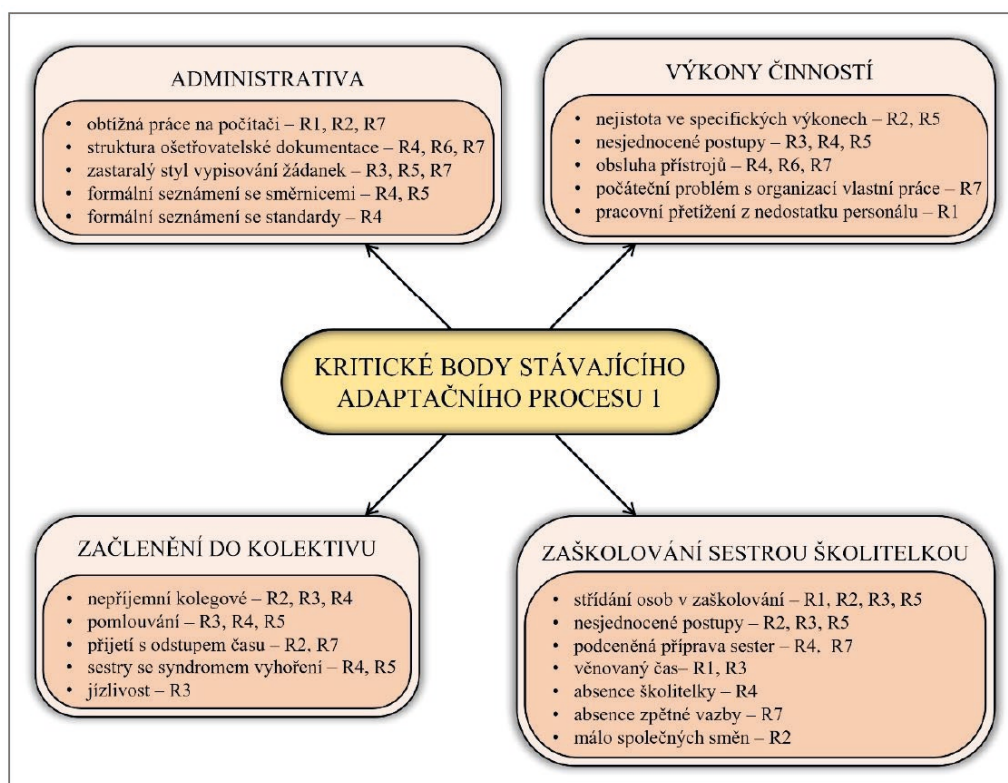
Z výzkumu bylo zjištěno, že bylo respondentkami několikrát upozorněno na neustálé střídání osob v zaškolování. Na skutečnost, že se na jednotkách intenzivní péče střídají školitelé poukazuje ve svém výzkumu i Zítková (2015). Vzhledem k častému střídání školitelů byly dalším problémem nesjednocené postupy v zaškolování. Odlišné informace, které všeobecné sestry v adaptačním procesu obdržely, mohly vyvolávat řadu nejasností. Jak konkrétně uvedla R5: „Měla jsem zmatek v postupech, když mě pokaždé zaučoval někdo jiný.“ R1 doporučila, aby byla pouze jedna sestra školitelka. Oproti tomu R2, R3 a R5 navrhly, aby bylo sester školitelek více, za předpokladu, že budou mít stejné podmínky a požadavky na jednotlivé zaškolující osoby. R2 se vyjádřila následovně: „Byla by výhoda, kdyby tady byla třeba ještě jedna školitelka navíc, ale aby měly obě ty samé požadavky. Protože po září přijde třeba pět lidí po škole a ona je na ně sama.“ Dalším kritickým bodem, na který poukázaly R1 a R3 byl nedostatek věnovaného času ze strany sestry školitelky. Obě si byly ale dobře vědomy, že sestra školitelka nechodila do

směn navíc a musela se tedy věnovat nejen jim, ale především svým pacientům. I když téměř všechny respondentky uvedly, že měly přidělenou sestru školitelku, nesloužily s ní každou směnu, a tak je pokaždé zaučoval někdo jiný (většinou vedoucí sestra směny). R6 doporučila: „Asi aby měla ta školitelka na ty nové sestřičky víc času, protože od toho se pak odvíjí, jakým stylem se jim věnuje. Když má svojí práce nad hlavu a do toho ještě na starost nováčky, tak se jim nemůže prostě věnovat tak, jak by si zasloužili nebo jak by ona sama chtěla.“ Jak uvádí Plevová (2018) ten, kdo má k dispozici svého školitele se rozvíjí daleko lépe a je v práci spokojenější než ten, kdo školitele nemá. Dále bylo zjištěno, že sestra školitelka neposkytuje všeobecným sestrám v adaptačním procesu zpětnou vazbu. R7 konkrétně zmiňovala, že si nebyla jistá, zda dělá věci správně, nebo co by třeba měla zlepšit. Se zajímavým zjištěním přišla R4: „Co se týče školitele, tak by on sám měl chtít školit a ne, že ho vedení vybere, ty to budeš dělat, ale on vyloženě nechce. To je pak k ničemu, on to dělá otráveně a ty se ho pak bojíš na cokoliv zeptat.“ Jak uvádí Špirudová (2015) nejefektivnějšímu mentoringu se docílí, jestliže si školitel vybuduje se školícím pozitivní rovnocenný vztah, který bude založen na důvěře a ochotě učit se jeden od druhého. S dalším významným návrhem na zlepšení adaptačního procesu v této oblasti dospěla R3 a R5, které navrhly, aby byly sestry školitelky za svou práci finančně odměněny. Poslední věc, která by se neměla podceňovat je zaškolení všeobecných sester, které se vracejí na oddělení z rodičovské dovolené. Je zřejmé, že je nechce vedení zatěžovat běžnými činnostmi, nicméně jedna respondentka uvedla: „Aspoň jeden den by mi stačil, aby semnou někdo prošel to oddělení, kdeco najdu, např. ve skladu.“ Lze tedy předpokládat, že adaptační proces má rozhodně smysl i v tomto případě ovšem s optimalizací času.

Dalším zajímavým zjištěním byly problémy v oblasti administrativy, a to se strukturou ošetrovatelské dokumentace a práce na počítači. Respondentky uváděly nespokojenost s počítačovým systémem, který se jim zdál být nepřehledný a zejména zastaralý. R2 navíc dodala, že ji nikdo nevysvětlil, jak s ním pracovat. Z toho důvodu R2 navrhla, aby se počítačový systém zařadil do vstupního školení, nebo na něj byl vytvořen manuál. Respondentky také poukázaly na problém s manuálním vypisováním žádanek a doporučily, aby se žádanky psaly do počítače, což by jim usnadnilo spoustu práce. Již v současné době je na vybrané jednotce intenzivní péče zmodernizovaná žádanka na jednom pracovišti. Avšak je potřeba přihlásit se do jiného programu, než jakým je samotný počítačový systém. Tuto změnu lze považovat v rámci modernizace za pozitivní, ale na druhou stranu jako negativní, vzhledem k tomu, že se všeobecné sestry musí přihlašovat do dvou počítačových programů, což práci časově nezkrátí a neulehčí. Dále v oblasti administrativy respondentky žádaly o sjednocení ošetrovatelské dokumentace v rámci celé nemocnice. R6 konkrétně uvedla: „Přijde mi hrozné pořád přepisovat stupnice a škály jako je Nortonová, Barthel nebo ošetrovatelské anamnézy při příjmu, stejně to nikdo nečte. Spousta se toho opakuje.“ Duplicitním záznamům věnuje všeobecná sestra spousty času, jak také uvádí Pokorná (2013). Vzhledem k pracovnímu vytížení všeobecných sester na jednotce intenzivní péče lze chápat, že čas strávený nad hodnocením různých škál a testů zaujímá svou klíčovou roli. Je nutné ale podotknout, že posuzovat hodnotící techniky je v ošetrovatelské péči důležité, i na základě požadavků legislativy České republiky. Tím se dostává k dalšímu diskutovanému kritickému bodu v oblasti administrativy, a tou je

právě samotná legislativa. Jak uvedla R5: „Vadilo mi podepisovat směrnice. Nebylo možné si vše přečíst a byly napsány i tak, že jsem jim ve většině případů nerozuměla.“ Při nástupu na pracoviště intenzivní péče je potřeba podepsat velké množství dokumentů (především zmíněné směrnice a standardy). Práce všeobecných sester se však musí řídit určitými pravidly, která jsou v souladu s legislativou, jelikož se jedná o zdraví a bezpečí pacientů. Jak uvádí Plevová (2012), standardy nejsou přínosem pouze všeobecným sestřám, ale zejména pro pacienty, kterým zaručují kvalitní a bezpečnou péči.

Obrázek 1: Kritické body stávajícího adaptačního procesu 1

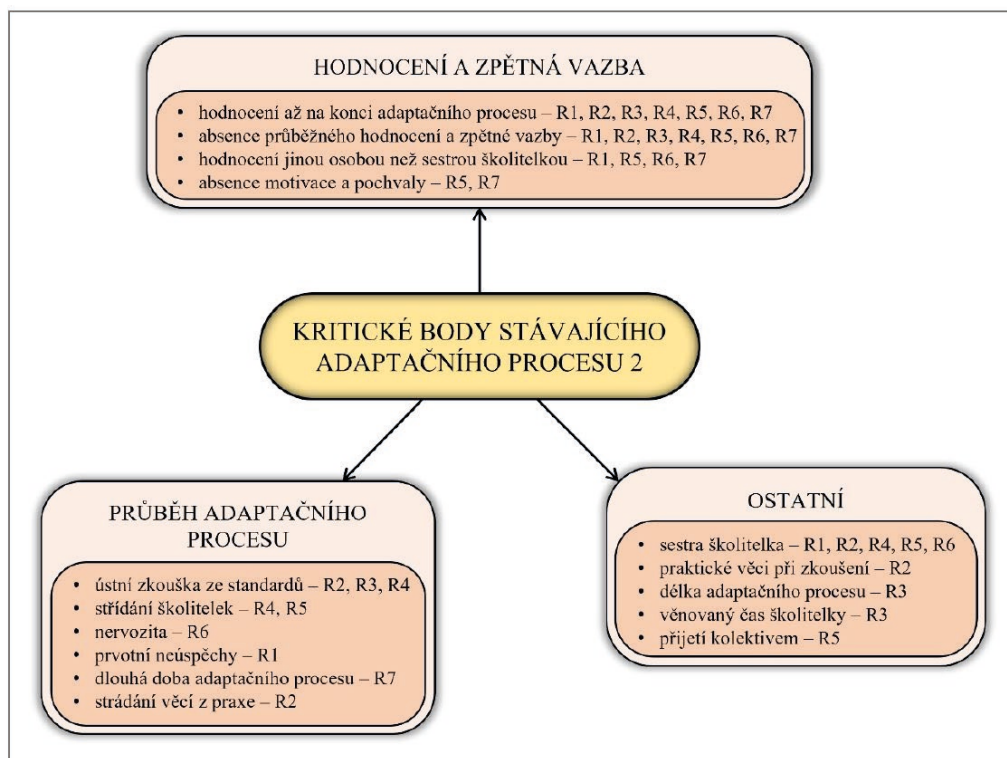


Zdroj: autor, 2022

Z výzkumného šetření bylo dále zjištěno, že významným kritickým bodem je v adaptačním procesu oblast hodnocení a zpětné vazby. Zarážejícím zjištěním bylo, že všechny respondentky se shodly v odpovědi, že v průběhu adaptačního procesu neobdržely žádnou zpětnou vazbu. K jedinému hodnocení došlo až při ukončení adaptačního procesu. K tomu se vyjádřila R1 následovně: „Mělo by to být, aby se vědělo, co se dělá špatně a jak si na tom ti noví vedou, aby nebyli frustrováni, že neví, na čem jsou.“ Negativní ohlas měla i R4, která na konci adaptačního procesu obdržela pouze strohé hodnocení. Jak uvádí Koubek (2015), hodnocení zaměstnanců působí na oblast pracovních vztahů a může upozorňovat na nedostatky v oblasti péče o zaměstnance. R5 navíc doporučila, aby všeobecné sestry v adaptačním procesu nehodnotila staniční sestra, ale osoba, která je zaškoluje a vidí, jakých pokroků dosahují. Dále bylo zjištěno, že je v oblasti hodnocení a zpětné vazby důležitou součástí motivace. R7 konkrétně zmínila: „Někdy bych prostě tu

pochvalu potřebovala slyšet, aby mě to povzbudilo a motivovalo do další práce.“ Zítková (2015) i Špirudová (2015) poukazují na souvislost mezi hodnocením pracovního výkonu zaměstnance a motivací. Koubek (2015) dodává, že motivovaný zaměstnanec bude podávat takový výkon, jaký se od něj očekává.

Obrázek 2: Kritické body stávajícího adaptačního procesu 2



Zdroj: autor, 2022

ZÁVĚR

Snadný průběh adaptačního procesu závisí na osobnosti všeobecné sestry, ale také na tom, jaký má vztah ke své zvolené práci. Všeobecná sestra má za úkol si v průběhu adaptačního procesu osvojit svou profesionální roli, což není vůbec snadné (Mellanová, 2017). Na základě zjištěných výsledků lze doporučit několik návrhů pro praxi. V první řadě je vhodné, aby byla na vybraném oddělení pouze jedna sestra školitelka. Dále by sestra školitelka měla mít společné služby s nastupující všeobecnou sestrou, a především by měla být ve směně navíc, aby se mohla věnovat pouze zaškolování. Jestliže to situace nedovoluje, mělo by být sester školitelek více. V takovém případě by se sestry školitelky měly domluvit na společném stylu zaškolování, aby nedocházelo u nově nastupujících všeobecných sester k frustraci z odlišných informací. V neposlední řadě by měla být sestra školitelka za svou práci adekvátně finančně ohodnocena. Další doporučení je zaměřeno na hodnocení a zpětnou vazbu. Hodnocení by mělo probíhat dvěma způsoby. V průběhu adaptačního procesu by měla sestra školitelka poskytovat nové všeobecné sestře zpětnou vazbu, a to nejlépe neformálním hodnocením a povzbuzováním.

Při závěrečném hodnocení by mělo dojít již k formálnímu hodnocení sestrou školitelkou i za přítomnosti staniční a vrchní sestry.

Vhodné je také adaptační proces specificky a individuálně upravit každé všeobecné sestře. Pro snadnější zaškolování by bylo dobré vytvořit výukové materiály, které by byly na oddělení neustále k dispozici. Popř. je vytvořit v e-learningové podobě, aby se všeobecné sestry mohly vzdělávat i z domova. Ovšem za dodržení bezpečnostních opatření. Výukové materiály by měly obsahovat zvyklosti pracoviště, složení pacientů, postupy k ošetrovatelským výkonům, návod na obsluhu přístrojů atd. Posledním návrhem je optimalizovat stávající počítačový systém, do kterého by se mohly zařadit žádanky nebo část ošetrovatelské dokumentace. Ovšem na základě společné diskuze s ostatními pracovišti.

POUŽITÉ ZDROJE

- [1] FILIP, L. 2019. Efektivní řízení kvality. Praha: Pointa. ISBN 978-80-907-5305-1.
- [2] KOUBEK, J. 2015. Řízení lidských zdrojů: základy moderní personalistiky. Praha: Management Press. ISBN 978-80-7261-288-8.
- [3] MELLANOVÁ, A. 2017. Psychosociální problematika v ošetrovatelské profesi. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5589-2.
- [4] MZ ČR. 2009. Metodický pokyn k realizaci a ukončení adaptačního procesu pro nelékařské zdravotnické pracovníky.
- [5] MZ ČR. 2021. Koncepce ošetrovatelství. In: Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky. 6, s. 2–87. ISSN 1211-1244.
- [6] NEŠČÁKOVÁ, L. MARELOVÁ, L. 2013. Vnitřní závazné předpisy zaměstnavatele a jiné pracovní právní úkony: krok za krokem. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4622-7.
- [7] PLEVOVÁ, I. a kol. 2012. Management v ošetrovatelství. Praha: Grada. ISBN 97880-247-3871-0.
- [8] PLEVOVÁ, I. a kol. 2018. Ošetrovatelství I. Praha: Grada. ISBN 9788027108886.
- [9] POKORNÁ, A. a kol. 2013. Ošetrovatelství v geriatрии: hodnotící nástroje. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4316-5.
- [10] ŠPIRUDOVÁ, L. 2015. Doprovázení v ošetrovatelství II: doprovázení sester sestrami, mentorování, adaptační proces, supervize. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5711-7.
- [11] VÉVODA, J. a kol. 2013. Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4732-3.
- [12] Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění pozdějších předpisů. In: Sbírka zákonů České republiky. 30, s. 1452–1479. ISSN 1211-1244.
- [13] ZÍTKOVÁ, M. POKORNÁ, A. MIČUDOVÁ, E. 2015. Vedení nových pracovníků v ošetrovatelské praxi: pro staniční a vrchní sestry. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5094-1.

ADAPTATION PROCESS IN THE INTENSIVE CARE UNIT FROM THE PERSPECTIVE OF THE NURSE



ABSTRACT

The adaptation process is still a topical issue, which aims to involve new employees in the work process as quickly and efficiently as possible. A general nurse who joins the intensive care unit acquires a large amount of information about patients, procedures, professional interventions and should learn to control all the equipment that is in the workplace. A good adaptation process is important for building a solid foundation through which the new general nurse develops her knowledge and skills. The article defines and describes important information about the adaptation process of general nurses and about the current education of general nurses in the Czech Republic. The aim of the research is to identify critical points during the adaptation process of general nurses in a selected intensive care unit and also to find out recommendations for its innovation. The research is carried out using a qualitative method through semi-structured interviews with seven general nurses who work in a selected department. The data obtained point to shortcomings that occurred during the adaptation process in the selected intensive care unit.

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

Lenka Vaníčková, DiS.
Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.
Katedra všeobecného ošetřovatelství
Duškova 7, 150 00 Praha 5
e-mail: lenkavanickova92@seznam.cz

Mgr. Martin Krause, Ph.D.
Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.
Katedra všeobecného ošetřovatelství
Duškova 7, 150 00 Praha 5
e-mail: krause@vszdrav.cz

KEYWORDS:

adaptation process, intensive care unit,
nursing, general nurse, education

SUBJEKTIVNÍ HODNOCENÍ KVALITY SPÁNKU

VLADISLAV KUKAČKA
NATÁLIE ŠTĚPÁNKOVÁ
JIHOČESKÁ UNIVERZITA ČESKÉ
BUDĚJOVICE



ABSTRAKT

Cílem této práce bylo zjistit subjektivně hodnocenou kvalitu i délku spánku u studentů Pedagogické fakulty Jihočeské univerzity a zhodnotit subjektivní spokojenost s touto kvalitou spánku. K výzkumu byla zvolena dotazníková metoda, které se zúčastnilo 215 respondentů. Ze získaných dat vyplývá, že většina studentů hodnotí svůj spánek jako dostatečný a jsou spokojeni i s kvalitou svého spánku (68 %). Většina respondentů spí 6–7 hodin (40 %), 7–8 hodin spí 36 % respondentů. Velká část respondentů (33 %) z dotazovaných by na svém spánku změnila hodinu, kdy chodí spát. Jako pozitivní se jeví výsledek týkající se znalosti spánkové hygieny. Negativním zjištěním byl ale fakt, že časový rozestup mezi posledním použitím mobilního telefonu a časem, kdy chodí spát, je pro naprostou většinu, a to konkrétně 67 % studentů, 0–15 minut. Příčinou nejčastějších problémů s usínáním jsou obsedantní myšlenky.

KLÍČOVÁ SLOVA:

kvalita spánku, studenti Pedagogické fakulty JU

ÚVOD

Spaním trávíme část našeho života. Je to více času, než strávíme s přáteli, prací či jinou podobnou aktivitou. Majoritní část z nás nekládá ani zdaleka tolik energie do přemýšlení, jak zlepšit svůj spánek, než jako vkládá do času stráveného s přáteli či rodinou. Je to tím, že spánek je pro nás samozřejmostí. Je pro nás aktivitou, která se večer nějakým způsobem „stane“. Když jsme se narodili, byli jsme naprogramováni tak, že když jsme potřebovali spát, prostě jsme zavřeli oči a spali. Během dospívání jsme se však naučili svoje spací rituály řídit podle toho, jak jsme potřebovali. Schopnost, kterou jsme tedy přirozeně měli, jsme vyměnili za naučené chování (Idzikowski, 2012).

Spánek je jedna z věcí, kterou můžeme sami ovlivnit. Jedná se o jeden ze základních dějů v našem těle. Je to velice důležitý proces. Mnoho lidí chápe spánek jako nějaký přepínač v naší hlavě. Když je v režimu „zapnuto“, jsme vzhůru, když je naopak v režimu „vypnuto“, spíme. Spánek je však komplexní a mnohem složitější záležitostí. Je to neurologický stav, ke kterému dochází v mozku (Winter, 2018).

FÁZE A STÁDIA SPÁNKU

Náš mozek se může nacházet ve třech fyziologických stavech, a těmi jsou: bdělost, nonREM spánek a REM spánek. Je však ještě jeden stav, který může nastat, a tím je kóma. Kóma nemůžeme lehce ovlivnit, přičemž spánek je stav zvrátelný. Probudit nás může hlasitý zvuk, dotek či fakt, že jsme již dostatečně odpočinutí (Kotler a Karinch, 2013).

Zatímco spíme, v našem mozku probíhá spousta procesů, jedním z nich je cyklická série fází. Spánkový cyklus je kompletní, pokud ho tvoří čtyři fáze nonREM a jedna fáze REM (Rapid Eye Movement = rychlé pohyby očí). Při fázi REM se nám zdají sny. Spánkový cyklus u dospělého jedince tvoří přibližně 90 minut, u kojenců je to pak zhruba 50 minut (Griffey, 2017).

JEDNOTLIVÉ FÁZE SPÁNKOVÉHO CYKLU

- 1. fáze – jedná se o fázi nonREM. V této fázi přecházíme z bdělosti k ospalosti, po které následuje usnutí. Jsme tedy napůl vzhůru a napůl spíme. Jde o takzvané klmbání a snadno nás v této fázi vzbudí zvuk či dotek. Mozkové vlny alfa se v první fázi mění na vlny beta a théta (Griffey, 2017).
- 2. fáze – stále se jedná o fázi nonREM, v ní už probíhá o lehký spánek. Náš dech i tep je v této fázi pravidelný a naše tělesná teplota klesá. Pomalu ustává pohyb očí, klesá krevní tlak, svaly se uvolňují a může docházet k hypnagogickému záškub (ten nastává, když se krátce a trhnutím probudíme, kvůli stažení svalstva). I přesto, že hypnagogický záškub není nikterak příjemný, našemu zdraví nijak neškodí. V této fázi probíhá růst a regenerace tkání (Griffey, 2017).

- 3. fáze – ve 3. fázi se prohlubuje náš spánek, již se tedy nemůžeme tak snadno vzbudit. Může nás však stále probudit dětský pláč, když nás někdo osloví, budík nebo jiný hlasitý či ostrý zvuk. V této fázi se uvolňují hormony a dochází k obnově energie. Dýchání a srdeční tep jsou pomalé a pravidelné. Mozkové vlny již přecházejí do aktivity delta, tyto vlny jsou hluboké a pomalé (Griffey, 2017).
- 4. fáze – čtvrtá fáze je REM fáze, tedy „rapid eye movement“ fáze. Dochází zde k rychlému třepání očí, které je viditelné i přes zavřená oční víčka. Dále dochází k ochromení svalstva a k nepravidelnému dýchání. Zároveň se zvyšuje tepová frekvence. REM fáze nastává ke konci čtvrté fáze. Tato fáze je právě tou, ve které se nám zdají sny a kvůli nim jsou v této části spánkového cyklu tak uvolněné svaly, že by se dalo téměř říci, že se jedná o paralýzu. Současně jsou také blokovány nervové impulzy tak, aby nezapříčinily jakýkoliv pohyb, který by byl vyprovokovaný našimi sny a díky kterému bychom si následně mohli ublížit. V tomto stavu bychom neměli nikoho budit, takto probuzený člověk pak může být dezorientovaný a může mít dojem, že se nedokáže hýbat. Mozkové vlny se v této části mění do aktivity beta a théta a zase zpět. Čím lepší a delší je náš spánek, tím delší je i fáze REM spánku (Griffey, 2017).

Náš spánkový cyklus, který je individuální, mohou poznamenat léčiva. Může se jednat o antihistaminika, léky na spaní, léky na předpis nebo i léčiva přírodního charakteru. Spánek ovlivňují i nejrůznější drogy, jako je marihuana nebo i alkohol. Mezi následky, které mohou vyvolat, patří například přeskočení z první fáze přímo do čtvrté, a to může způsobit narušení našeho spánkového cyklu. Díky tomu je pak možné, že se probudíme o několik hodin později než obvykle. Spánkové vzorce nás všech se liší. Jak již bylo zmíněno spánkový cyklus u dospělého jedince je přibližně devadesát minut. Tento cyklus se pak během noci opakuje. Pokud tedy chceme ráno vstávat v 7 hodin, odpočítáme si dozadu několikrát devadesáti minutové úseky a zjistíme, kdy je nejlepší jít spát. Problematika struktury spánku a jeho výsledná kvalita je předmětem dalšího zkoumání (Griffey, 2017, Ohayon et al., 2017).

Několik desítek let se diskutuje o významu spánku spojeného s pamětí. Řada psychologů již poukazovala na skutečnost, že spánek má příznivý vliv na paměť. Kromě tohoto názoru je zde také možnost, že ve spánku probíhá mazání zbytečných materiálů z paměti, a vzniká tak místo na nové poznatky (Prusinski, 1993).

Při spánku se některé tělesné funkce vypínají a jiné se zapínají. Během spánku klesá krevní tlak, zpomaluje se srdeční tep, trávení se dostává do úsporného režimu a klesá i tělesná teplota. Naopak se však začne produkovat řada hormonů, které mají velkou roli v látkové výměně. Spánek je také považovaný za elixír života a za lék proti předčasnému stárnutí. Je to tím, že při spánku probíhají důležité regenerační procesy (Wu, 2013).

Průměrný dospělý člověk potřebuje přibližně 8 hodin spánku. Několikrát byl tento výrok změněn na fakt, že stačí i 7 hodin nebo také 7,5 hodiny. Tyto údaje jsou však založeny na průměru. Je nutné brát v potaz individuální rozdíly jednotlivých osob. V závislosti na těchto

rozdílech se pak můžeme alespoň trochu orientovat v tom, kolik spánku potřebujeme. Co se týče problematiky již řečených doporučených 8 hodin spánku, existují pokyny, které vydala organizace National Sleep Foundation v roce 2015, uvádějící rozsah potřeby spánku podle věku. Tyto pokyny však říkají, co je doporučované či potencionálně vhodné nebo také nedoporučované (Hirshkowitz et al., 2015). Rozdíly v délce spánku u adolescentů podle pohlaví zjišťovali James et al. (2020). Výsledkem bylo zjištění, že adolescentní muži spí v průměru o 27 minut méně než ženy odpovídajícího stáří.

Pokud bychom však nějakou hranici vědět měli, jednalo by se o minimální potřebu spánku, která byla stanovena na základě mnoha různých vědeckých výzkumů. Tato minimální potřeba je ta, která je nutná k tomu, abychom byli přes den schopni vykonávat to, co potřebujeme. Zjistilo se, že člověk potřebuje minimálně 4,5 až 5,5 hodin souvislého spánku během 24 hodin. Toto časové rozpětí by tedy mělo stačit na to, abychom mohli během dne být plně funkční. V tomto režimu krátkého spánku bychom však nebyli schopni vydržet více měsíců. Postupně by se totiž snižoval stupeň naší bdělosti a cítili bychom se, jako po požití alkoholu. Kromě našeho psychického výkonu by se samozřejmě začal snižovat i ten fyzický. Je tedy zřejmé, že takto krátký spánek by nám v dlouhodobém horizontu nestačil (Palazzolo, 2007).

Mezi to, co spolehlivě navodí spaní, se bezesporu řadí tma. Tím, že přichází noc, se nám příroda snaží naznačit, že je čas jít spát. Při stmívání, a tedy úbytku světla, naše tělo začne produkovat hormon melatonin, který vyvolává spánek. S tím, jak se přibližuje večer, bychom měli používat tlumené osvětlení či jemnější lampičky (Unger, 2019).

Pokud jsme přes den vystaveni plnospektrálnímu světlu, tedy dennímu nebo v zimních měsících plnospektrálnímu umělému osvětlení, může nám to pomoci s nastavením našich vnitřních hodin. Proto je při večerním chystání do postele důležité, omezit vystavení se světlu. Světlo na nás totiž působí tak, že se přestáváme cítit ospalí, a to nás pak udržuje vzhůru (Griffey, 2017).

Na náš spánek má rovněž vliv pohyb. Je známo, že cvičení podporuje spánek. Je doporučeno pětkrát za týden pohybové aktivity v rozsahu alespoň 30 minut. Není ale úplně vhodné provozovat náročná cvičení méně než tři hodiny před spánkem. To pak v závěru může uškodit tím, že nastane ztížené usínání, protože tělo nebude mít dostatek času se uklidnit. Před spaním bychom se také mohli věnovat klidovým cvičením jako je jóga a tai-chi. Do každodenního režimu je vhodné zařadit procházky. Chůze je nejen zdravá, ale také díky ní získá tělo více přirozeného slunečního světla, které je prospěšné z hlediska příjmu vitamínu D (Unger, 2019).

Náš spánek negativně ovlivňují také stimulující drogy. Řadí se mezi ně kokain či amfetaminy, stejně tak ale i společensky přijímané stimulující prostředky jako je alkohol, čaj, káva či tabák. Tyto prostředky aktivují mozek k větší činnosti, a to nám znemožňuje usnout. Pokud se však někdo rozhodne přestat ze dne na den kouřit či pít alkohol, i u něj

může přetrvávat nespavost. Mezi další stimulanty znemožňující spánek patří také řada běžně užívaných léků. Proto bychom si vždy měli přečíst příbalový leták, nebo se poradit s lékařem, zda nám daný lék nemůže způsobit nespavost (Heller, 2008).

Kvalita spánku může být ovlivněna i složením pitného režimu. U studentů vysokých škol v ČR je „Nejfrekventovanějším nápojem, který studenti pijí je čaj. Ten pije 79 % dotázaných. Dalším oblíbeným nápojem je pitná voda z vodovodu – 77 %, a dalším káva – 51 % dotázaných“, jak potvrzuje výzkum na souboru 2547 studentů VŠ (Schuster, Kimáková a Hrubý, 2015).

Negativní vliv na spánek mají také energetické nápoje s obsahem kofeinu a guarany. Schuster, Pospíšilová a Andrýsková (2015) uvádí, že 71 % adolescentů uvedlo zkušenost s konzumací stimulačních nápojů, kdy frekvence použití stimulačních nápojů kolísá od každodenního u 5 % adolescentů, několikrát týdně u 12 % adolescentů až po několikrát za měsíc u 21 % adolescentů.

Epidemiologický výzkum ukázal, že jak sociální, tak fyzické rysy čtvrtí, včetně sociálního prostředí, bezpečí, nepokojů v sousedství, světla, hluku, dopravy, znečištění ovzduší, souvisí s kvalitou spánku (Johnson et al., 2018, Hale et al., 2019).

Harvey et al. (2008) potvrzují, že hlavním způsobem hodnocení kvality spánku je subjektivní názor, který je ovlivněný především únavou po nočním bdění.

Kukačka (2009) poukazuje na zdravotní význam kvalitního spánku, který je předpokladem pro vykonávání každodenních činností, ale i nezbytnou podmínkou pro absolvování psychické nebo fyzické zátěže.

MATERIÁL A METODY

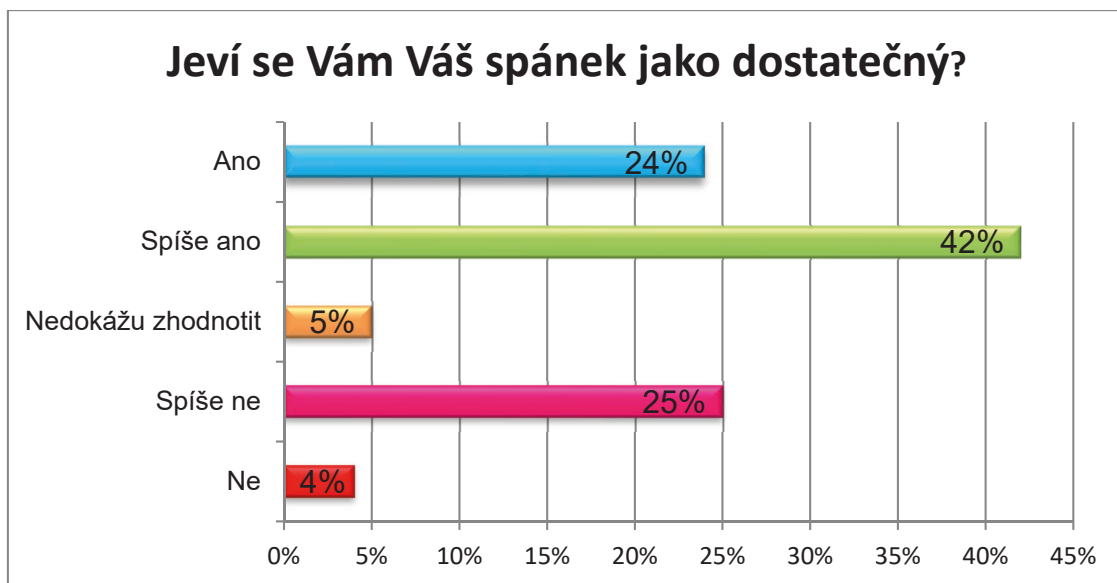
Vzhledem k tématu byla zvolena metoda kvantitativního výzkumného šetření - dotazníková metoda. Kvantitativní metoda je charakterizována jako záměrná a systematická činnost, při které se empirickými metodami zkoumají hypotézy o vztazích mezi jevy (Chráška, 2016). Dotazníkové šetření probíhalo od prosince 2020 do února 2021 online formou prostřednictvím jednoho z internetových portálů na tvorbu dotazníků. Dotazníkové šetření bylo zaměřeno na studenty Pedagogické fakulty Jihočeské univerzity. Dotazníkového šetření se zúčastnilo celkem 215 studentů, kteří byli ve věku 18–28 let. Zúčastnili se ženy i muži.

Tabulka 1: Rozložení respondentů podle pohlaví

Pohlaví	Počet	Celkem %
Ženy	166	77 %
Muži	49	23 %
Celkem	215	100 %

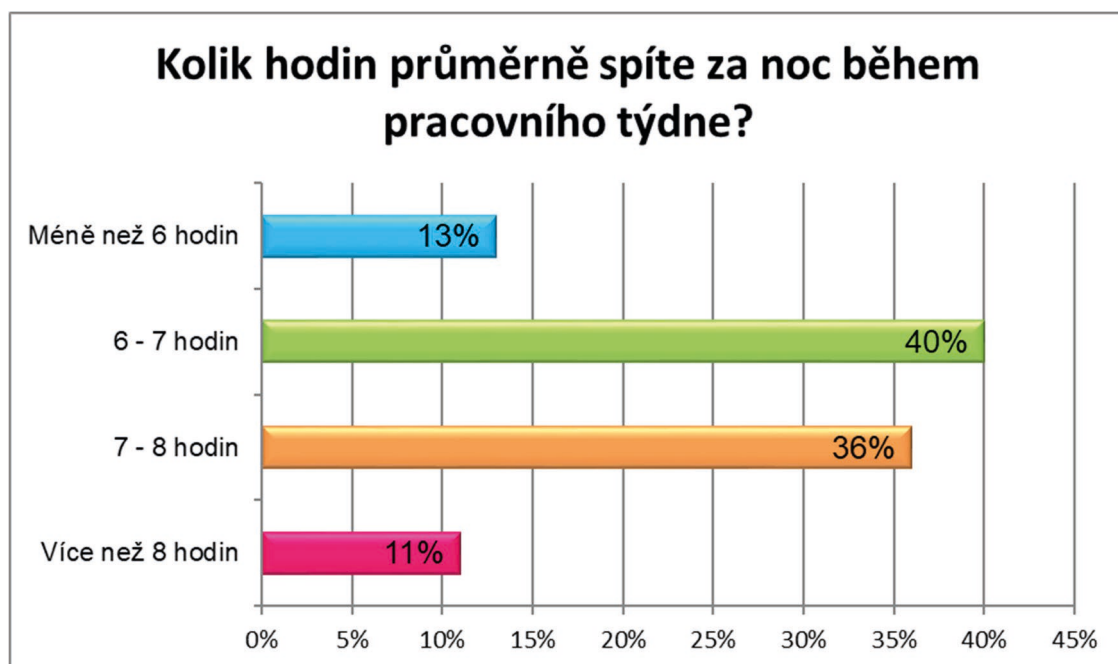
VÝSLEDKY

Graf 1: Subjektivní hodnocení dostatečnosti spánku u respondentů (n=215)



V grafu číslo 1 jsou zobrazeny odpovědi respondentů na otázku týkající se dostatečnosti jejich spánku. Je patrné, že většině respondentů připadá jejich spánek jako dostatečný. Odpověď ano a spíše ano zvolilo dohromady 143 z nich, což z celkového počtu 215 osob činí 66 %. Dostatečnost svého spánku nedokázalo zhodnotit 10 respondentů (5 %) a jako nedostatečný ho vnímá celkem 62 osob (29 %).

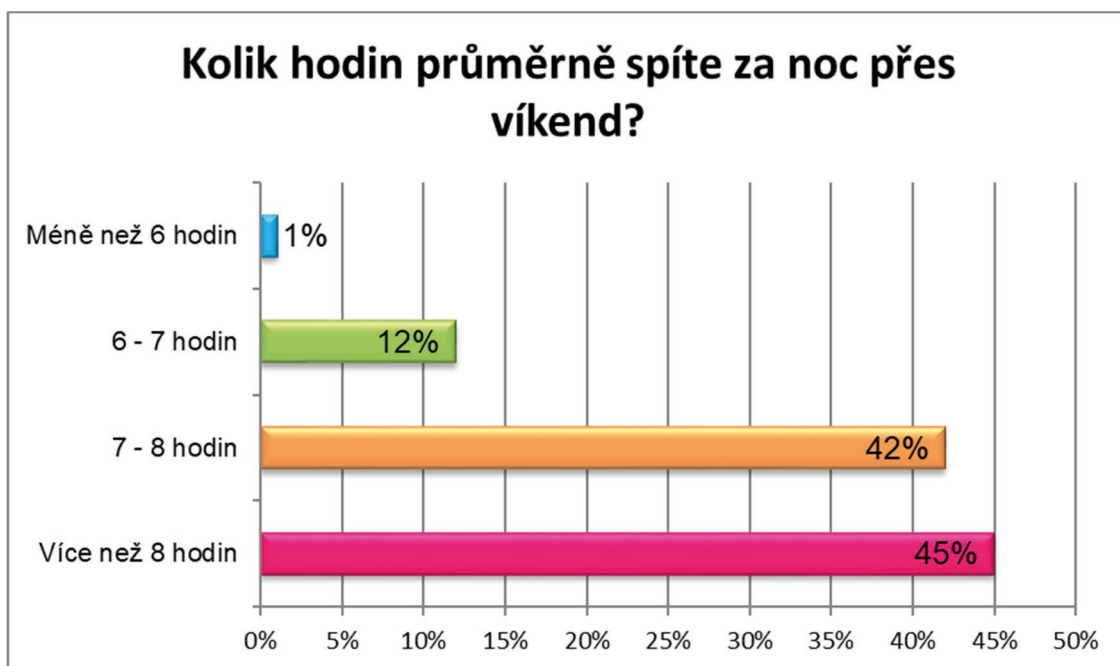
Graf 2: Průměrná délka spánku během pracovního týdne u respondentů (n=215)



V grafu číslo 2 jsou zobrazeny odpovědi respondentů na otázku ohledně počtu hodin, které průměrně prospí za noc během pracovního týdne. Bylo připomenuto, že se jedná o klasický školní rok (ne školní rok s distanční výukou).

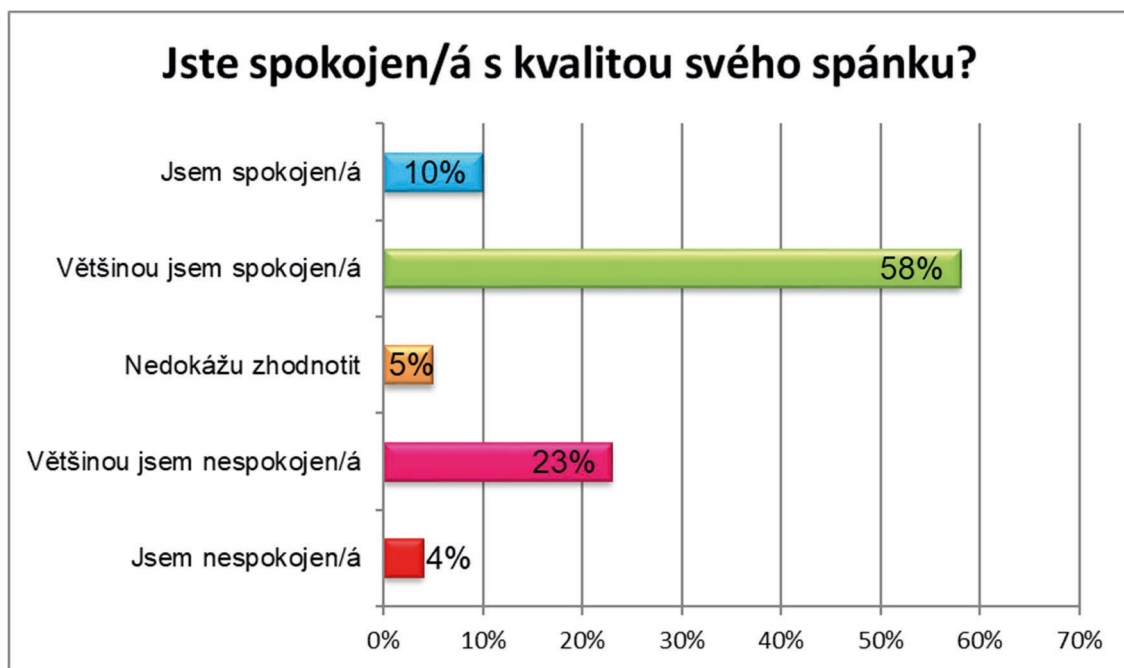
Nejčastější délka spánku u 87 studentů (40 %) činí 6–7 hodin, 77 respondentů (36 %) spí 7–8 hodin. Méně než 6 hodin spí 27 (13 %) respondentů a více než 8 hodin spí jen 24 (11 %) respondentů.

Graf 3: Průměrná délka spánku během víkendu u respondentů (n=215)



V grafu číslo 3 jsou zobrazeny odpovědi respondentů na otázku ohledně počtu hodin, které průměrně prospí za noc během víkendu. Ukázalo se, že nejvíce respondentů (97) spí během víkendů průměrně více než 8 hodin, což činí 45 % z celkového počtu 215. Spánek dlouhý 7–8 hodin si dopřává 89 respondentů, tedy 42 %. Kratší spánek v délce 6–7 hodin volilo 26 (12 %) studentů a jen 3 respondenti, kteří tvoří 1 %, spí během víkendu průměrně méně než 6 hodin.

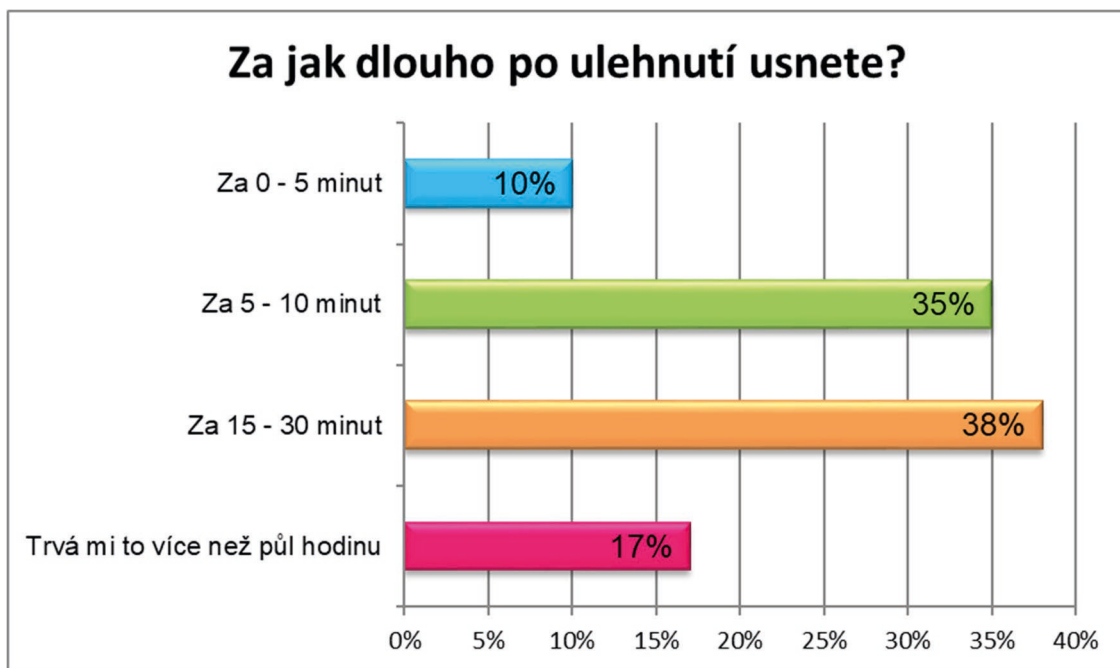
Graf 4: Spokojenost respondentů s kvalitou jejich spánku (n=215)



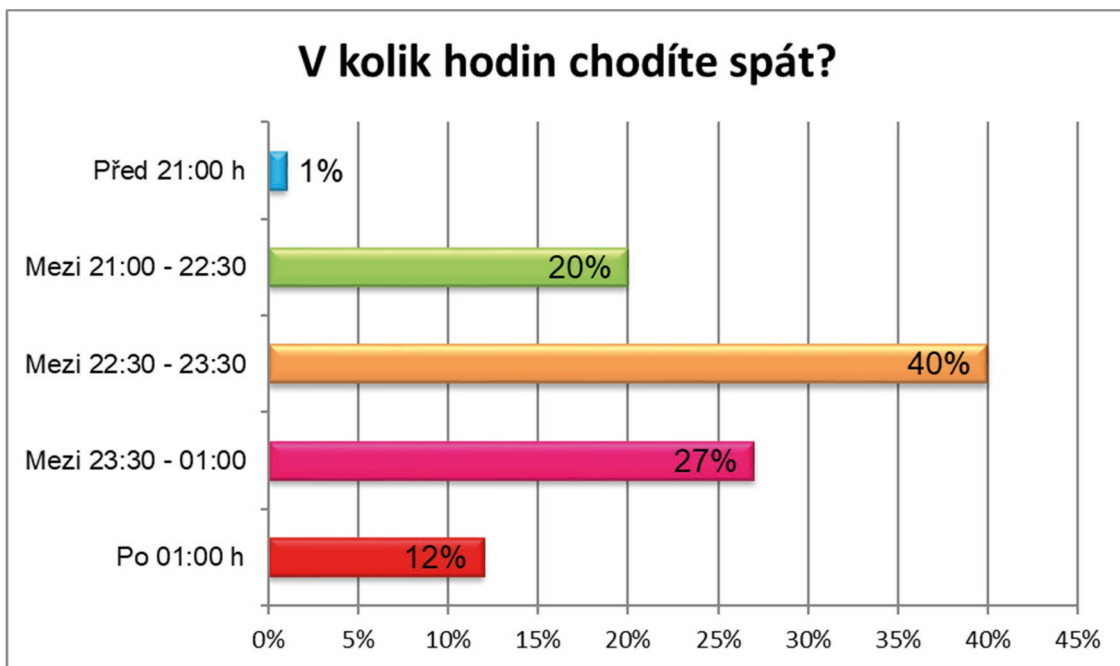
Graf 4 znázorňuje odpovědi respondentů na otázku týkající se spokojenosti s kvalitou jejich spánku. Je zřetelné, že naprostá většina respondentů je s kvalitou svého spánku většinou spokojena 125 (58 %). Jako druhá nejčastěji zvolená odpověď je však „většinou jsem nespokojen/a“, se kterou se ztotožňuje 50 (23 %) respondentů. Spokojeno je 22 (10 %) z nich, nespokojeno 8 (4 %) a spokojenost s kvalitou svého spánku nedokázalo zhodnotit 10 (5 %) studentů.

V grafu číslo 5 jsou zobrazeny odpovědi respondentů na otázku týkající se doby, za jakou po ulehnutí usnou. Z tohoto grafu lze vyčíst, že největší počet respondentů 81 (38 %) po ulehnutí usne za 15–30 minut. Podobné je i hodnocení skupiny, která usíná za 5–10 minut - 75 respondentů (35 %). Třetí nejčastěji volenou odpovědí je, že doba usínání trvá více než půl hodinu, to platí pro 38 respondentů (17 %). To už však může naznačovat potíže s nespavostí. Jedná se o jednu z poruch usínání. Ta se projevuje tím, že čas, který uběhne mezi zhasnutím světel a usnutím se prodlužuje.

Graf 5: Doba mezi ulehnutím a usnutím u respondentů (n=215)



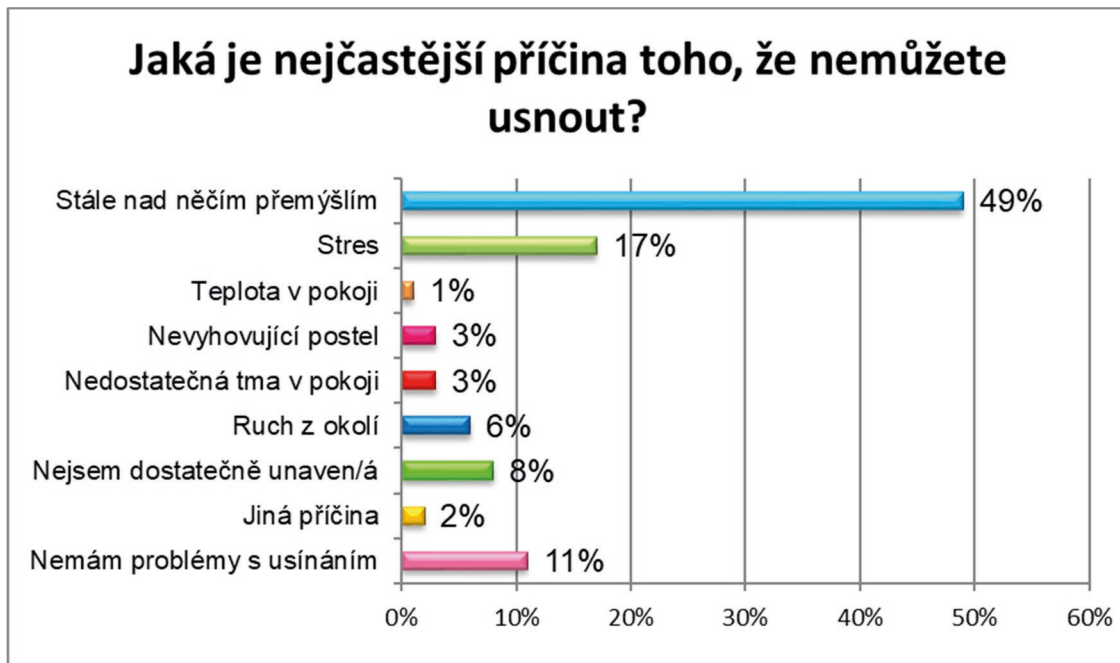
Graf 6: Čas ukládání se ke spánku u respondentů (n=215)



V grafu číslo 6 jsou zobrazeny odpovědi respondentů na otázku týkající se času, kdy chodí spát. Z grafu vyplývá, že časem, kdy chodí spát nejvíce studentů, je 22:30–23:30. V tomto čase chodí spát 86 studentů (40 %). Později, tedy ve 23:30–01:00 hodin, chodí spát dalších 59 studentů (27 %) a nejpozději se ke spánku hlásí 25 studentů (12 %), pro které je obvyklá doba pro spánek až po 01:00 hodině ranní. Pro jiných 42 studentů (20 %)

je obvyklá doba spaní již dříve, a to mezi 21:00–22:30. Poslední skupinou jsou už pak jen 3 studenti (1 %), kteří se ukládají ke spánku již před 21:00 hodinou.

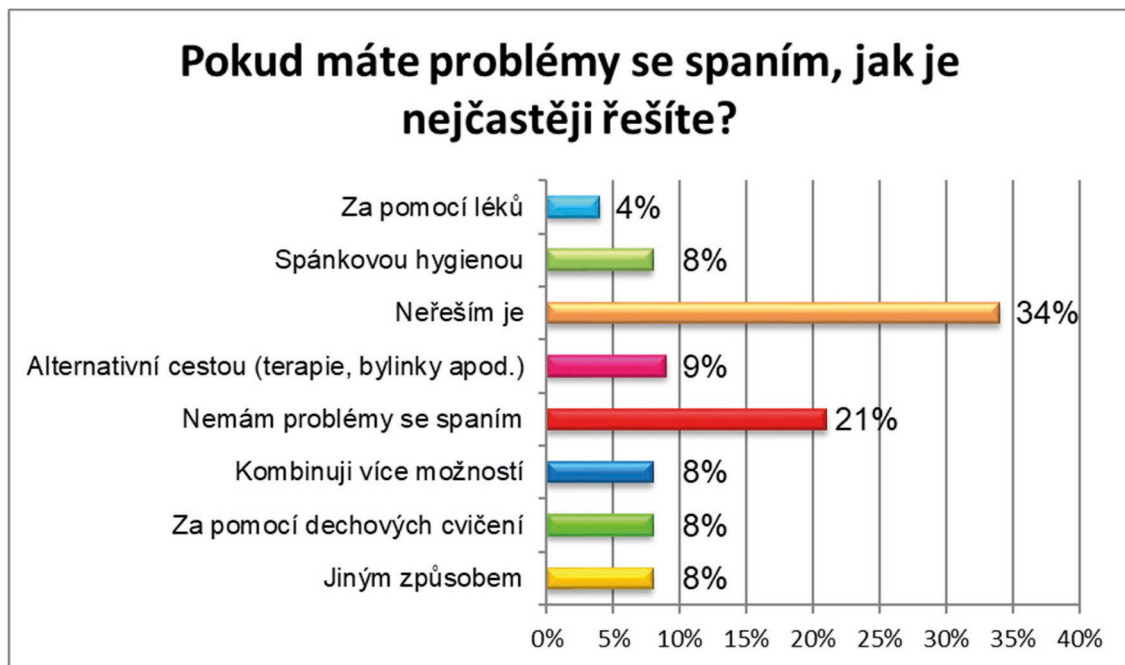
Graf 7: Nejčastější příčiny nemožnosti usnout u respondentů (n=215)



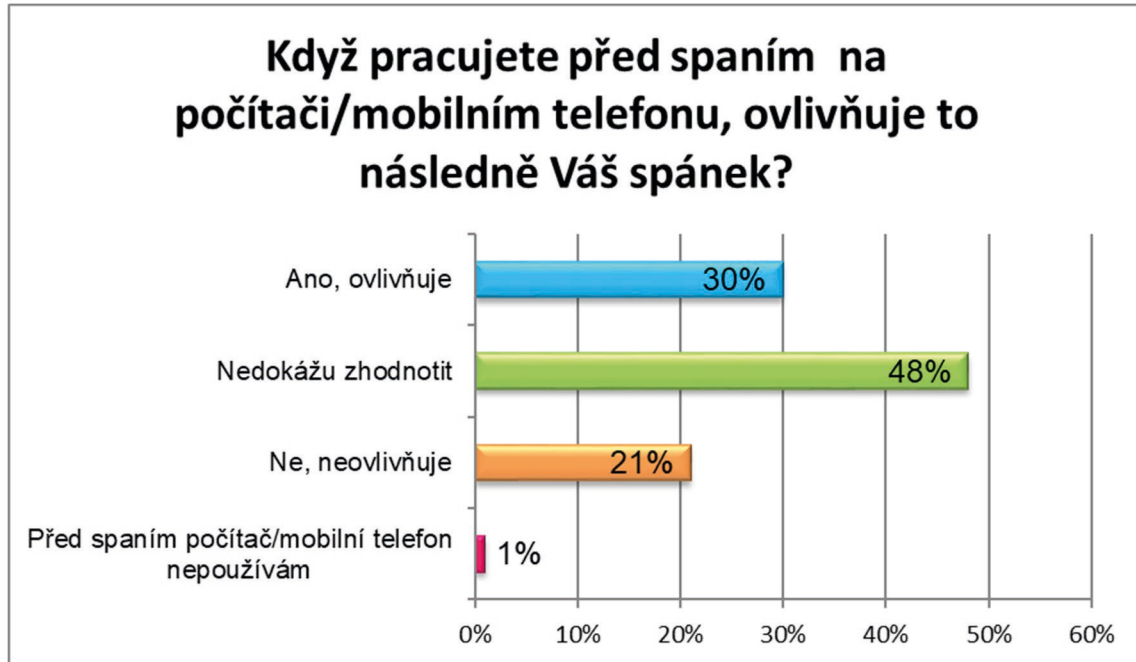
V grafu číslo 7 jsou zobrazeny odpovědi respondentů na otázku týkající se toho, jaká je nejčastější příčina jejich neschopnosti usnout. Jako nejčastější příčina, vedoucí k nemožnosti usnout, se jeví stále přemýšlení nad něčím. Tato odpověď platí pro 105 studentů, čili 49 %. Druhou nejčastější odpovědí je „stres“ se 37 hlasy (17 %). Třetí nejčastěji zvolenou odpovědí je „nemám problémy s usínáním“. Znamená to tedy, že studenti, kteří tuto variantu zvolili, nemají s usínáním žádné problémy. Studentů, kteří v takové situaci jsou, je celkem 23 (11 %). Další početnější odpovědi jsou pak „nejsem dostatečně unaven/á“ – 16 (8 %) a odpověď „ruch z okolí“ – 13 (6 %). Pod deset hlasů získaly odpovědi jako „nevyhovující postel“ – 7 (3 %), „nedostatečná tma v pokoji“ – 6 (3 %), „jiná příčina“ – 5 (2 %) a „teplota v pokoji“ – 3 (1 %).

V grafu číslo 8 jsou zobrazeny odpovědi respondentů na otázku týkající se jejich způsobu řešení problémů se spánkem. U této otázky bylo možné zvolit jen jeden způsob řešení problémů se spánkem, abychom odhalili ten, který studenti volí nejčastěji. Bohužel, jak je vidno z výsledků, nejvíce studentů se ztotožňuje s tím, že své problémy se spánkem neřeší. Těch je celkem 74, a činí tak 34 % z celku. O něco pozitivnější je pak odpověď, která měla jako druhá největší počet hlasů. Tou je fakt, že studenti nemají problémy se spaním. To se týká 45 z nich (21 %). Ostatní odpovědi pak měly podobný počet hlasů. Odpověď „Alternativní cestou (terapie, bylinky apod.)“ zvolilo 20 studentů (9 %), „Za pomoci dechových cvičení“ 18 studentů (8 %) a odpověď „Kombinuji více možností“ zvolilo 17 studentů (8 %). Možnosti „Spánkovou hygienou“ a „Jiným způsobem“ zvolil stejný počet studentů, a to 16 (8 % a 8 %). Odpovědi s nejmenším počtem hlasů, a to 9 (4 %), se tak stala „Za pomoci léků“.

Graf 8: Nejčastěji využívané možnosti řešení problému se spaním u respondentů (n=215)

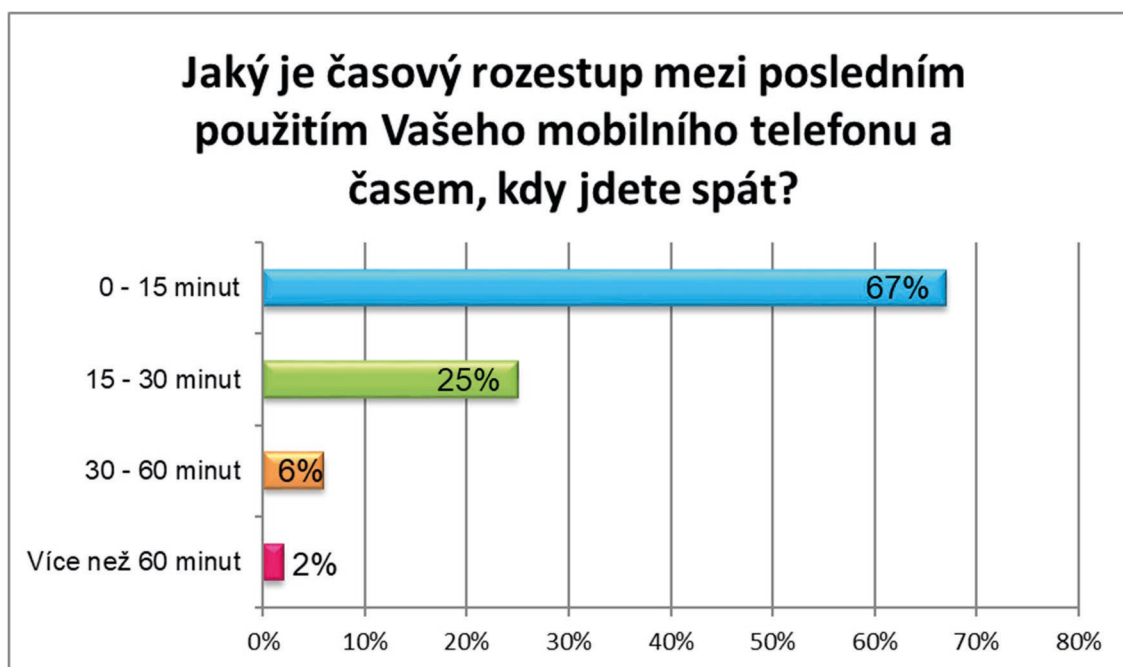


Graf 9: Práce na počítači/mobilním telefonu před spaním a její vliv na spánek u respondentů (n=215)



V grafu číslo 9 jsou zobrazeny odpovědi respondentů na otázku týkající se toho, zda jejich spánek ovlivňuje práce na počítači/mobilním telefonu před spaním. Jak můžeme z grafu vidět, 103 respondentů (48 %) nedokáže zhodnotit, zda je práce na mobilním telefonu či počítači před spankem ovlivňuje. Naopak 64 respondentů (30 %) pociťuje, že tato činnost jejich spánek ovlivňuje. Opačného názoru je 45 respondentů (21 %), kteří si myslí, že jejich spánek prací na počítači/mobilním telefonu před spaním ovlivněn není.

Graf 10: Časový rozestup mezi posledním použitím mobilního telefonu a časem, ve který chodí respondenti spát (n=215)



Časový rozestup, jaký je mezi posledním použitím mobilního telefonu a časem, kdy chodí spát, prezentuje graf 10. V tomto případě je patrné, že nejběžnějším časovým rozestupem mezi posledním použitím mobilního telefonu a časem, kdy studenti chodí spát, je 0–15 minut. Tato odpověď je realitou pro naprostou většinu studentů, konkrétně pro 144 z nich. Tento počet tak odpovídá 67 %. O poznání méně respondentů, a to 54, pak zvolilo odpověď 15–30 minut, což činí 25 %. Dalších 13 studentů (6 %) má časový rozestup mezi užitím mobilního telefonu a časem, kdy chodí spát 30–60 minut. A jen 4 studenti chodí spát více než 60 minut po použití mobilního telefonu. Tito 4 studenti tak představují jen 2 % z celku.

DISKUSE

Normu pro dostatečnost spánku je těžké určit. Každý z nás má individuální požadavky na délku spánku a každý tak potřebuje jiný počet hodin spánku. Tato individualita týkající se potřeby spánku je nám pravděpodobně vrozena (Praško a kol., 2004). Doporučení, které bylo vydáno pro tuto věkovou kategorii, tedy mladší dospělí až dospělí

stanovuje, že dostatečné množství spánku je sedm až devět hodin (Hirshkowitz, et al., 2015), což odpovídá výsledkům našeho výzkumu.

Měli bychom se řídit tím, jaké množství spánku je pro nás potřebné, abychom mohli během dne provádět činnosti tak, jak si přejeme. V potaz bychom měli brát náš fyzický výkon, kognitivní funkce, duševní a fyzické zdraví a kvalitu života. Tato potřeba spánku by tak měla spadat do doporučeného rozsahu doby spánku. Přesné množství spánku pak získáme optimalizací všech relevantních výsledků v oblasti zdraví. Může to být například tak, že 9 hodin spánku během noci je ideální pro atletický výkon následující den, zatímco 7 hodin spánku může být nejlepší možností pro výborné akademické výsledky. Žádné zázračné číslo tedy neexistuje, a to ideální pro nás by mělo vycházet z různých individuálních potřeb, které máme. Každopádně můžeme předpokládat, že počet hodin spánku, který potřebujeme, se nachází někde v doporučováním rozmezí doby spánku odpovídající našemu věku (Kukačka, 2009, Chaput, Dutil a Sampasa-Kanyinga, 2018).

V roce 2011 byl uskutečněn výzkum na téma „Komunikační technologie v ložnici“. Výzkum provedla společnost National Sleep Foundation ve Spojených státech amerických.

Výzkumu se zúčastnilo celkově 1508 respondentů ve věku 13–64 let. Výsledky ukázaly, že 39 % z dotazovaných používá svůj mobilní telefon v ložnici před spaním. Tato skutečnost se týkala hlavně kategorie lidí pod 30 let. Přičemž před spaním používá svůj mobil 72 % respondentů ve věku od 13–18 let a 67 % respondentů ve věku od 19–29 let (National Sleep Foundation, 2011). Tyto poznatky se téměř shodují s naším výzkumem, který prokázal 67% využití mobilního telefonu před spaním.

Jiný zdroj také poukazuje na souvislost mezi používáním elektronických zařízení vyzařující modré světlo a spánkem. Studie ukázaly, že užívání těchto zařízení interferuje se spánkem tím, že potlačují produkci přirozeného spánkového hormonu melatoninu. Tento hormon, uvolňující se večer, nám pomáhá cítit se unavení. Potlačení tohoto hormonu pak vede k neurofyzilogickému vzrušení, které naopak zvyšuje pocity bdělosti. Modré světlo také pravděpodobně snižuje dobu, kterou strávíme REM spánkem (Pacheco, 2020).

Mnoho dalších studií potvrdilo spojení mezi používáním zařízení s obrazovkami vyzařujícími modré světlo před spaním a zvýšením latence spánku (Johnson et al., 2019, Hale et al., 2019).

ZÁVĚR

Z předloženého výzkumu vyplývá, že většina studentů hodnotí svůj spánek jako dostatečný a jsou spokojeni i s kvalitou svého spánku. Velká část respondentů, a to přímo 33 % z dotazovaných by ovšem na svém spánku změnila hodinu, kdy chodí spát. Jako pozitivní se jeví výsledek týkající se znalosti spánkové hygieny. Bylo zjištěno, že více než polovina účastníků dotazníku se alespoň částečně v této problematice orientuje. Negativním zjištěním byl ale fakt, že časový rozestup mezi posledním použitím mobilního telefonu a časem, kdy chodí spát, je pro naprostou většinu, a to konkrétně 67 % studentů 0–15 minut. Jako nejproblematictější při ulehnutí ke spánku je pro studenty neustále přemýšlení nad něčím, kvůli čemuž pak mají problém s usnutím. S tímto problémem se potýká 49 % studentů. Potíže s usínáním se projevily i jako nejčastější problém se spaním. Tato potíž se projevuje tím, že danému člověku trvá usínání déle než 30 minut. Daný problém je realitou pro 32 % z dotazovaných studentů.

POUŽITÉ ZDROJE

- [1] GRIFFEY, H. 2017. Chci spát: jak se v noci dobře vyspat. Praha: Euromedia, ISBN 978-80-7549-308-8.
- [2] HALE, L., JAMES, S., XIAO, Q., BILLINGS, M. E., JOHNSONE, D. A. 2019. Neighborhood factors associated with sleep health. *Sleep and Health*, 77-84, doi.org/10.1016/B978-0-12-815373-4.00007-1.
- [3] HARVEY, A. G., STINSON, K., WHITAKER, K., MOSKOWITZ, D., VIRK, H. 2008. The objective meaning of sleep quality: A comparison of individuals with and without insomnia. *Sleep*, 31(3), 383-393.
- [4] HIRSHKOEITZ, M., WHITON, K., ALBERT, S. M., ALESSI, C., BRUNI, O. 2015. National Sleep Foundation's updated sleep duration recommendations: final report. *Sleep Health*1(4), 233-243.
- [5] HELLER, B. L. 2008. Cesta ke klidnému spánku. Praha: Pragma, ISBN 978-80-7205-930-0.
- [6] CHAPUT, J., DUTIL, C., SAMPASA-KANYINGA, H. 2018. Sleeping hours: what is the ideal number and how does age impact this? *Nature and Science of Sleep*, 10(10), 421-430. doi:10.2147/NSS.S163071.
- [7] IDZIKOWSKI, CH. 2012. Zdravý spánek: bez problémů usněte, vydržte klidně spát, osvěžte tělo i ducha. Praha: Slovart. ISBN 978-80-7391-545-2.
- [8] JAMES, S., CHANG, A., BUXTON, O. M., HALE, L. 2020. Disparities in adolescent sleep health by sex and ethnoracial group. *Population Health* 11(8), doi.org/10.1016/j.ssmph.2020.100581Get rights and content.
- [9] KOTLER, R. L., KARINCH, M. 2013. Tajemství dobrého spánku: 365 způsobů, jak se dobře vyspat. Brno: Jota, ISBN 978-80-7462-302-8.

- [10] KUKAČKA, V. 2009. Kvalitní spánek jako předpoklad tělesné výkonnosti. Sborník vědecké konference: Pohyb, výchova, zdraví 2009. UJEP Ústí nad Labem, s. 110-116, ISBN 978-80-7414-2130.
- [11] JOHNSON, D. A., BILLINGS, M. E., HALE, L. 2018. *Current Epidemiology*, 5, 61-69.
- [12] OHAYON, M., WICKWIRE, E. M., HIRSHKOWITZ, M., ALBERT, S. M. (2017). National Sleep Foundation's sleep quality recommendations: first report. *Sleep Health* 3 (1), 6-19.
- [13] PALAZZOLO, J. 2007. Nespavost - zbavte se jí navždy. Praha: Grada, ISBN 80-7178-919-4.
- [14] PRUSIŃSKI, A. 1993. Nespavost a jiné poruchy spánku: Rady lékaře, který nespavost nebere na lehkou váhu. Praha: Maxdorf, ISBN 80-85800-01-2.
- [15] SCHUSTER, J., KIMÁKOVÁ, T., HRUBÝ, R. 2015. Vybrané aspekty pitného režimu studentů Jihočeské univerzity. VŠPJ Jihlava. ISBN 978-80-88064-11-4.
- [16] SCHUSTER, J., POSPÍŠILOVÁ, M., ANDRÝSKOVÁ, Z. 2018. Energy Drinks in the Drinking Regime of Adolescents. In *Life in Health 2018: Research and Practice*. Brno: Masaryk University. ISBN 978-80-210-9178-8. doi <https://doi.org/10.5817/CZ.MUNI.P210-9178-2018>.
- [17] UNGER, A. K. 2019. Spánek: 50 cvičení vědomé pozornosti a relaxace pro klidnou noc. Praha: AlphaBook, ISBN 978-80-87529-31-7.
- [18] WINTER, CH. 2018. Spánek. Praha: CPress, ISBN 978-80-264-1992-1.
- [19] WU, L. 2013. Chrápání a jak si s ním poradit. Praha: Portál, ISBN 978-80-262-0479-4.

THE SUBJECTIVE ASSESSMENT OF SLEEP QUALITY



ABSTRACT

The aim of this work is to determine the subjectively evaluated quality and length of sleep in students of the Faculty of Education of the University of South Bohemia and to evaluate the subjective satisfaction with this quality of sleep. To research was chosen a questionnaire method, which was attended 215 respondents. The data show that most students rate their sleep as sufficient and they are satisfied also with the quality of their sleep (68 %). Most respondents sleep 6–7 hours (40 %), 36 % of respondents sleep 7–8 hours. A large number of respondents (33 %) from the respondents would change their sleep bedtime hours. The result seems positive concerning knowledge of sleep hygiene. However, the negative finding was the fact that the time interval between the last use of a mobile phone and the time when he goes to bed is for the vast majority, namely 67 % of students 0–15 minutes. Which is perceived as a very short time. The cause of the most common sleep problems are obsessive thoughts.

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

doc. PaedDr. Vladislav Kukačka, Ph.D.
Jihočeská univerzita v Českých
Budějovicích
Pedagogická fakulta
Katedra tělesné výchovy a sportu
Na Sádkách 305/2a
370 05 České Budějovice
e-mail: kukacka@pf.jcu.cz

Mgr. Natálie Štěpánková
Jihočeská univerzita v Českých
Budějovicích
Pedagogická fakulta
Katedra výchovy ke zdraví
Na Sádkách 1687/1C
370 05 České Budějovice

KEYWORDS:

sleep quality, students of the Faculty of
Education of JU

SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U DĚTÍ S ATOPICKÝM EKZÉMEM

SIMONA HÁJKOVÁ
MARIE DOČEKALOVÁ
KATEŘINA BENHÁKOVÁ
VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ
JIHLAVA

ABSTRAKT

Problematika atopického ekzému je stále velmi aktuální problém a dětí s tímto onemocněním kůže přibývá. Důležitá je dostatečná informovanost o onemocnění a možnostech léčby. Atopický ekzém je onemocnění, které vyžaduje dlouhodobou a pravidelnou péči, při které pak nastává zlepšení stavu kůže a dítě může vést relativně normální život s minimálním omezením. Cílem práce bylo zjistit, jaký vliv má atopický ekzém na život dítěte, porovnat znalosti nemocných dětí, dodržování léčby, nastavených doporučení a získat podklady pro edukační činnost v rámci oblasti ošetřovatelské péče u dětí s atopickým ekzémem. Výzkumné šetření bylo zpracováno kvalitativní metodou, formou polostrukturovaného rozhovoru. Rozhovor byl proveden s šesti informanty, kdy v rámci jednoho informanta se jednalo o rozhovor, jak se zákonným zástupcem, tak s dítětem trpícím atopickým ekzémem. Šetřením bylo zjištěno, že život s atopickým ekzémem děti nejvíce ovlivňuje svěděním a nutností si škrábat ekzematická ložiska, s čímž je spojený výskyt bolesti a z toho plynoucí další omezení pro život dítěte a jeho rodinu. Atopický ekzém má velmi individuální dopad na každou rodinu. Záleží na míře postižení a rozsahu onemocnění, ale také na možnostech samotné rodiny, jejich edukaci v oblasti atopického ekzému, na možnostech finančního zajištění a ochotě přizpůsobit se novému životnímu stylu, který vyžaduje život s atopickým ekzémem.

KLÍČOVÁ SLOVA:

Atopický ekzém, ošetřovatelská péče, děti

ÚVOD

Ekzém patří mezi jedny z nejčastějších kožních chorob. Jedná se o obrannou zánětlivou reakci těla, které se tak snaží odstranit vyvolávající příčinu a její škodlivé účinky snížit na co nejnižší míru. Předpokládá se, že obranné reakce u dětí s atopickým ekzémem jsou proti působení některých běžných látek v zevním prostředí až neobvykle silné. Tyto reakce mají charakter alergických reakcí. Asi u 80 % atopiků se tvoří nadměrné množství protilátek (IgE) proti látkám, které člověk vdechne nebo požije. Odhaduje se, že výskyt atopického ekzému v naší populaci dosahuje v posledních letech 10 % (Čapková, 2017). Minimálně 50 % všech atopických ekzémů propukne již v prvním roce života a právě u těchto dětí se později rozvine, a to až v 80 %, i alergický zánět sliznic dýchací soustavy (Fuchs, 2014). Atopický ekzém (dále jen AE), také známý jako atopická dermatitida, je zánětlivé onemocnění kůže. Bývá součástí tzv. atopického syndromu, kdy se vyskytuje společně s alergickou rýmou, alergií na potraviny, dále může být také spojený s astmatem. Podle současných odhadů v České republice trpí atopickým ekzémem asi desetina obyvatel. Pro AE je typické svědění, suchá kůže, obvykle se objevuje již v raném dětství, má dlouhodobý průběh s opakovanými novými záněty. Obvykle začíná kolem 3. měsíce života a zahrnuje největší množství případů (Čapková, 2017).

Přesná příčina tohoto onemocnění je neznámá, avšak na onemocnění se podílí více faktorů, jako např. dědičnost, vlivy vnitřního a zevního prostředí a v neposlední řadě také neobvyklé imunitní reakce a porušená kožní bariéra. Mezi spouštěcí faktory patří například změny diety, stres, kontakt s domácími zvířaty, dráždivými látkami a u žen také hormonální změny. Dále lze mezi spouštěči uvažovat o vzdušných alergenech, chladu nebo horku a mikroorganismech (Hašek, 2014). Atopický ekzém můžeme rozdělit do třech forem, které se liší obdobím vzniku a vzhledem kožních projevů (Čapková, 2017). Pokud se ovšem vyskytuje AE v rodinné anamnéze, je prokázáno, že dítě má daleko vyšší šanci jím onemocnět než děti, u nichž se onemocnění v rodině nevyskytuje (Seidenstricker, 2019).

Prvním projevem onemocnění je zčervenání a zduření kůže. Podaří-li se odstranit prvotní příčinu způsobující alergickou reakci těla, tak zánětlivé projevy odezní a kůže se rychle zhojí. Naopak pokud se nám nepodaří vyvolávající příčinu odstranit nebo přichází-li s ní kůže opakovaně do styku, zánět se prohloubí a na kůži se vysévají drobné svědivé pupínky a puchýřky. Po jejich rozškrábání povrch kůže mokvá a pokrývá se stroupky. Opakovaným drážděním při škrábání kůže zhrubne, rozpraská a olupuje se. Ekzém tak může přejít i do chronického období, které může trvat několik měsíců i let (Čapková, 2017). Atopický ekzém můžeme rozdělit do třech forem, které se liší obdobím vzniku a vzhledem kožních projevů. Jednotlivá období na sebe mohou buď plynule navazovat, nebo může některé z nich úplně chybět. Průběh nemoci tak může být u každého nemocného úplně rozdílný, u někoho se také může poprvé objevit až v dospělosti. Děti, které trpí AE, mají porušenou bariérovou funkci kůže, a proto mají sníženou obrannou schopnost imunitního systému.

Nejčastější komplikací onemocnění je druhotná bakteriální infekce, která je způsobená zlatým stafylokokem. Ložiska ekzému jsou živější, dochází k mokvání postižené kůže a později se začínají tvořit žlutavé až žlutohnědé strupy. Objevují se hnisavé boláčky až hrboly, také zvýšená teplota a zvětšené uzliny. Častou komplikací bývá také hnisavá infekce, která bývá do kůže zanesená škrábáním. Také se zde v daleko větším množství než u zdravých dětí objevují virové infekce, jako jsou například bradavice nebo moluska. Další velmi vážnou komplikací, která může ohrozit i život nemocného, je zanesení viru oparu (herpes simplex) do ložiska ekzému. Takže matky, které mají opar na rtu, by měly být velmi opatrné při ošetřování atopického dítěte (Čapková, 2017).

Léčba atopického pacienta musí být komplexní. Mezi základní prvky správné léčby patří preventivní opatření, včasné rozpoznání nemoci, odstranění provokačních či zhoršujících faktorů a v neposlední řadě také důkladné poučení pacienta. Důležitá je také medikamentózní a nemedikamentózní léčba, jako je například psychoterapie, fototerapie aj. Léčba se liší především typem atopického ekzému a je dána rozsahem, intenzitou, ale i průběhem, reakcí na léčbu, tolerancí léčby, komplikacemi, intenzitou, exacerbací a vlivem na kvalitu života. Dále by se měla rozlišovat dle věku, lokalizace, stádia onemocnění a odlišných potřeb každého pacienta (Nečas, 2011). AE je choroba, jejímž podkladem je vrozená dispozice k zánětlivé reakci kůže. Bohužel ani nejúčinnější léky nedokážou odstranit vrozený sklon k nemoci, který přetrvává celý život. Je však možné správnou edukací rodičů, dodržováním preventivních opatření a včasnou léčbou odhrodit příznaky onemocnění, a tím dostat průběh ekzému pod kontrolu. To samozřejmě vyžaduje velkou trpělivost celé rodiny, především rodičů. Je třeba vyzorovat a zároveň eliminovat zhoršující faktory a zavést vhodnou životosprávu pro dítě. Věkem se pak při správné péči o kůži příznaky onemocnění zmírňují a u většiny dětí i zcela vymizí (Nevoralová, 2015). Nejlepším lékem na ekzém je poctivé mazání, dieta, vhodné prostředí, pohodové rodinné vztahy a hlavně čas (Ligurská, 2020). Místní léčba je podstatou každé formy atopického ekzému (Nečas, 2011). Záleží na klinickém stadiu kožního onemocnění a výběru správných účinných látek (Růžičková Jarešová, 2013). I přes velké možnosti lokální terapie stále zůstává skupina pacientů, u kterých je vzhledem k závažnosti jejich onemocnění anebo častým exacerbacím nutná systémová terapie (Nevoralová, 2015). Celková terapie u závažných forem AE je součástí komplexní terapie. Mnohdy je to kombinace různých protialergických a imunosupresivních či imunomodulačních léků (Nevoralová, 2015). Úprava domácího prostředí patří mezi jedny z nejdůležitějších opatření v léčbě AE, spočívá v eliminaci provokačních faktorů, které mají vliv na dýchací nebo kožní obtíže. Nevhodné prostředí vede ke zvýšenému riziku alergií, tedy např. astmatu (Benáková, 2013). Mezi další důležitou složku terapie patří režimová opatření. Součástí je hygiena dítěte, při níž odstraňujeme z kůže látky tělu vlastní i cizí, což je především opotřebovaná kůže, pot a kožní maz. U pacientů s ekzémem to jsou i zbytky strupů, mastí a šupin. Koupání a mytí omezujeme jen při výrazném oživení ekzému, kdy tělo omýváme bez použití mýdla jen vlažnou, mírnou sprchou 2x týdně. Nepostradatelnou součástí terapie je vyloučení nebo omezení dráždivých potravin, ale s udržení pestré a vyvážené stravy (Benáková, 2013). Potravinová alergie byla dobře zdokumentována přibližně u jedné třetiny dětí se

středně těžkým až těžkým AE (Bergmann, 2013). Dieta by měla být cílená, opírající se o odborná vyšetření (sIgE, APT, eliminačně-expoziční testy). V praxi se ale setkáváme často s dietami vytvořenými naslepo (Fuchs, 2014). Psychoterapie je také součástí léčby. Využívá relaxační a energetické techniky, dále také hlubší relaxaci, jejímž cílem je posílit sebedůvěru a roli v rodině, mezi vrstevníky. Pacient s atopickým ekzémem by se neměl cítit odstrčený, nesmí upadnout do pocitu méněcennosti, zatrpklosti a izolovat se od okolí. Psychoterapie by měla co nejvíce eliminovat negativní dopady zevních stresových situací na stav kůže (Nečas, 2011). Ošetrovatelská péče u dítěte trpícího atopickým ekzémem vychází z příznaků onemocnění. Také je velmi spojená s léčbou pacienta, která byla naordinována lékařem. Během poskytování ošetrovatelské péče si sestra musí být vědoma podstaty onemocnění, základních vlastností a anatomie kůže. Důležitá je také znalost základní komunikace s dítětem.

Úkolem péče sestry o pacienta trpícího atopickým ekzémem je především sledovat stav kůže, a to její vzhled, barvu, teplotu, turgor a lokalizaci, kde se atopický ekzém nachází. Také je důležité uvědomit lékaře, pokud se atopický ekzém zhorší (Vytejšková a kol., 2011, Vytejšková a kol., 2015). Hlavní úlohou sestry je napomoci pacientovi a jeho rodině, dále také vybudovat nové stereotypy. Efektivní a správná edukace sestry může snížit náklady na zdravotní péči. Velmi důležitá v edukační činnosti sestry je motivace, kterou je potřeba od začátku dodávat jak pacientovi, tak jeho rodině. Sestra se musí řídit zásadami, jako je individuální přístup k pacientovi, trpělivost, taktnost a empatie. Hlavním momentem v edukaci pacientů je vyhodnocení dosažených výsledků, kdy sestra během edukace musí průběžně hodnotit úroveň dosažených výsledků (Svěráková, 2015).

Koncept kvality života zahrnuje širokou škálu různých oblastí člověka, a to od fyzických funkcí až po oblasti spojené s dosahováním životních cílů a prožíváním vlastního štěstí (Gurková, 2011). Úroveň kvality života se liší dle závažnosti onemocnění, závisí na jeho léčbě, obranných mechanismech, ale také na psychickém a sociálním stavu dítěte. Atopický ekzém má obrovský dopad na kvalitu života samotného dítěte a také na celou jeho rodinu. Mezi subjektivní indikátory kvality života se řadí zejména osobní pohoda, do které patří psychická pohoda, sebeúcta, sebeuplatnění a osobní kompetence. Je založena na spokojenosti ve významných oblastech života a sebehodnocení, na náladě, afektech a emocích (Balaščík, 2011). Atopický ekzém omezuje dítě v mnoha směrech. Ať se jedná o vzhled, nekonečné mazání, dietní omezení, nebo jde především o nepříjemné svědění, což způsobuje nucené a nekonečné škrábání. Svědění se objevuje při exacerbaci onemocnění. Svědění se zhoršuje v teple, při stresu, při zapocení nebo při přesušení kůže (Hašek, 2014). Během spánku tělo dítěte regeneruje, a nepravidelný či rušený spánek má špatný vliv na kvalitní život dítěte. „Škrábání vede sice k pocitu úlevy, ale jednak hrozí zanesení infekce do kůže a jednak se ekzém škrábáním zhoršuje a aktivuje, a tak se uzavírá bludný kruh.“ (Benáková, 2012, str. 12). Pokud se budeme snažit zmírnit svědění, zmírníme škrábání, dítěti se dostane kvalitního spánku a větší kvality života.

METODIKA

Výzkumné šetření probíhalo kvalitativní metodou formou polostrukturovaného rozhovoru s předem vytvořenou osou otázek pro informanty. Tímto typem výzkumu je možné se přímo zaměřit na zkoumanou osobu a snažit se blíže porozumět jejímu problému. Kritériem pro výběr informantů byl diagnostikovaný AE před více než dvěma roky. Cílem výzkumu bylo zjistit specifika ošetrovatelské péče o dítě s AE z pohledu dítěte a rodičů.

Samotný rozhovor se skládal z úvodu, rozebrání, hlavní části, zchlazení a uzavření, dohromady měl 14 otázek. Rozhovor byl proveden s šesti informanty, kdy v rámci jednoho informanta se jednalo o rozhovor, jak se zákonným zástupcem, tak s dítětem trpícím atopickým ekzémem. Věk zkoumaných respondentů byl v rozmezí od 3 do 14 let. Jednalo se o 2 dívky a 4 chlapce. Ke každému dotazovanému bylo důležité zaujmout individuální postoj a poté následovalo samotné vedení rozhovoru, s provedením záznamu odpovědí do předem připravené osy. Jako formu záznamu byla zvolena metoda tužka, papír a zápis rozhovorů byl zaznamenán do předem připravených archů. Jednotlivé odpovědi byly porovnány za využití principu barvení textu a značek pro lepší orientaci v odpovědích. Všechny rozhovory probíhaly v domácím prostředí dětí, aby se cítily příjemně a nebyly ve stresu. Charakteristiku informantů zobrazuje tabulka č. 1.

Tabulka č. 1: Charakteristika informantů

	Věk	Pohlaví	Doba onemocnění	Výskyt onem. v rodině
I 1	14 let	Žena	od 4 let	Ne
I 2	14 let	Muž	od narození	Ano
I 3	13 let	Žena	od narození	Ano
I 4	13 let	Muž	od narození	Ne
I 5	3 roky	Muž	od 3 měsíce	Ne
I 6	3 roky	Muž	od narození	Ano

Čtyři informanti trpí onemocněním od narození, z toho jeden 3 roky a ostatní v rozmezí 10–14 let. U informanta č. 5 se onemocnění projevilo ve třech měsících, doba jeho onemocnění je dva roky a deset měsíců.

VÝSLEDKY

V rámci výsledků šetření na otázku „Jak se onemocnění u dítěte začalo projevovat?“, odpovídali informanti téměř shodně, přímé odpovědi informantů znázorňuje tabulka č. 2.

Tabulka 2: Projevy onemocnění

I1	„Začalo to vyrážkou na krku a na rukách.“
I2	„Zarudnutím kůže, svěděním a také vyrážkou.“
I3	„Začalo to vyrážkou a svěděním.“
I4	„Zčervenáním kůže a krupičkou na tvářích, což se začalo rozšiřovat.“
I5	„Vyrážkou na nohou a svěděním.“
I6	„Začala se objevovat suchá kůže a vyrážka.“

Pět informantů z šesti zařadilo mezi první projevy vyrážku, jako další projev uvádí ve třech případech svědění, ve dvou zarudnutí a v jednom případě suchou kůží. Dva informanti uvádějí i lokalizaci prvních projevů.

V další části rozhovoru informanti odpovídali, v jaké oblasti vnímají omezení z důvodu onemocnění. Přesný přepis odpovědí na otázku „V čem onemocnění vaše dítě nejvíce omezuje?“ znázorňuje tabulka č. 3.

Tabulka 3: Vliv omezení onemocnění

I1	„Ve škole je to v plavání a v tělocviku, ale také v tom, že nemůžeme v létě na koupaliště.“
I2	„Ve sportu, plavání, má dietní omezení a také co se týče výběru prádla.“
I3	„V pravidelném mazání, ve sportu. Na dítě musí být brána větší ohleduplnost.“
I4	„Především v pravidelném mazání.“
I5	„V jídle - potravinová alergie.“
I6	„V tom, že má bolesti, musí se škrábat a také co se diety týče.“

Nejčastěji informanti odpovídali, že je onemocnění omezuje ve sportu, dále pak v dietních opatřeních a pravidelném mazání. Jeden z informantů navíc uvedl omezení ve výběru prádla.

Na otázku „Má dítě nějaké problémy ve škole ve školce kvůli onemocnění? Ze stran spolužáků? Kvůli uvolnění z předmětů např. z tělocviku či plavání?“ odkazuje tabulka č. 4, ve které je uvedený přímý přepis odpovědí.

Tabulka 4: Vliv onemocnění, problémy ve školce

I1	„Nemá, pokud jsme měly potvrzení od lékaře, tak učitelé i spolužáci byli ohleduplní.“
I2	„Nemůže chodit do školní jídelny z důvodu diety. Ze stran spolužáků i učitelů je jinak vše v pořádku.“
I3	„Žádné uvolnění nemáme. Ze stran spolužáků problémy nejsou, jen se za ekzém ve škole stydí, tak se snaží viditelná ložiska schovávat.“

14	„Nemá.“
15	„Ještě nechodí do školky, zatím ovšem nemůže chodit na plavání z důvodu chlórové vody.“
16	„Ještě je malý.“

Vliv onemocnění ve vztahu se školkou nebo školou uváděli informanti omezení v plavání a stravě, jeden informant uvedl stud z důvodu ekzémových ložisek.

Přímé odpovědi informantů na otázku „Kde jste získávali informace ohledně onemocnění? Především od lékařů, sester či pomocí vlastního vyhledávání např. internet, knihy... „ zobrazuje tabulka č. 5.

Tabulka 5: Získávání informací

11	„Především od lékařů či sestřiček. Velkým přínosem byla také známá pracující v lékárně.“
12	„Prvotně od lékařů, cenné byly také rodinné zkušenosti s onemocněním a v poslední době na internetu.“
13	„Máme zkušenosti s výskytem onemocnění v rodině, takže z toho jsme čerpali. Dále od lékařů, ale i z internetu.“
14	„Nejvíce asi od dětské doktorky.“
15	„Prvotně od lékařů, pak pomocí vlastního vyhledávání.“
16	„Díky výskytu onemocnění v rodině jsme s ním již měli zkušenosti.“

Tři informanti uvedli, že měli předchozí zkušenost v rodině. Pět informantů získávalo informace od lékařů, v jednom případě od sester, v lékárně a vyhledáváním na internetu. Odpovědi na otázku „Co mi zvládneš říct o svém onemocnění? (Otázka přímo na dítě, na zjištění jeho znalostí) znázorňuje tabulka č. 6.

Tabulka 6: Hodnocení onemocnění z pohledu dítěte

11	„Objevují se mi červené skvrny, které svědí. Nejčastěji je mám na krku a v loketních jamkách. Nesmím si je škrábat, ač bych chtěla.“
12	„Střídá se mi období, kdy mám svědivá místa a kdy zas ne. Je to otravné, protože nemůžu jíst to, co mí spolužáci, a musím mít dietu, ale jinak jsem si už zvykl.“
13	„Objevují se mi svědivé fleky, a když je vyléčím, tak zbělají, pomáhá mi sluníčko a stydím se za to ve škole.“
14	„Mám červené svědivé fleky, které musíme mazat, a pak mě štve, že jsem celý mastný, jinak už jsem si zvykl.“
15	Dítě ještě nemluví tak, aby odpovědělo na otázku.
16	Dítě ještě nemluví na to, aby odpovědělo na otázku.

Na otázku, která přímo zjišťovala znalosti dětí, informanti odpověděli, že se jim objevují červené fleky, které svědí. Děti jednotně odpovídaly, že je onemocnění omezuje, vadí jim zmíněné svědivé fleky, nutnost dodržování diety, mastnota pokožky po pravidelném lokálním ošetřování a provází je zvýšená stydlivost ve škole, ve společnosti.

Další hodnocená oblast se týká dodržování léčebného režimu a vypovídá o jeho dodržování. Odpovědi informantů jsou zobrazeny v tabulce č. 7.

Tabulka 7: Dodržování léčebného režimu

I1	„Pravidelně mažeme postižená místa, dodržujeme atopickou životosprávu a chodíme na pravidelné lékařské prohlídky.“
I2	„Hlavně dietu, dále se pravidelně mažeme a užíváme léky, navštěvujeme lékaře a dodržujeme atopickou životosprávu.“
I3	„Pravidelně se mažu, nejím rajčata. Také pravidelně navštěvuji lékaře. Při horším stádiu se mažu kortikoidy.“
I4	„Promazávání postižených míst, návštěvy u lékaře.“
I5	„Léčebný režim máme, a to promazávání, potravinová dieta. Dříve jsme byli hospitalizováni.“
I6	„Pravidelné mazání, používáme atopické masti, speciální šampóny. Hlídáme stravu a chodíme na kontroly u lékaře.“

Všichni z informantů odpověděli, že dodržují pravidelné promazávání, návštěvy u lékaře a dodržování atopické životosprávy.

Z dalších výsledků šetření plyne, že u čtyř informantů byl výskyt atopického ekzému v rodinné anamnéze, počítali i s možností diagnostiky AE.

Na otázku, jak onemocnění ovlivnilo přístup rodičů k dítěti, čtyři informanti odpověděli, že jsou ohleduplnější, starostlivější. Všichni jednoznačně poukázali na zodpovědnější přístup a důslednost v rámci dodržování režimových opatření.

DISKUZE

Cílem šetření bylo zjistit specifika ošetřovatelské péče u dětí s atopickým ekzémem. Zjistit, jaký vliv má onemocnění na život dítěte, porovnat znalosti nemocných dětí, dodržování léčby, nastavených doporučení a získat podklady pro edukační činnost v rámci oblasti ošetřovatelské péče u dětí s atopickým ekzémem. Vyhodnocením získaných informací v oblasti vlivu onemocnění na život dítěte bylo zjištěno, že život s atopickým ekzémem děti nejvíce ovlivňuje svěděním a nutností si škrábat ekzematická ložiska, s čímž je spojený také výskyt bolesti. Shoda byla nalezena s výsledky výzkumu Zaciosové (2006), která ve své práci zjistila, že více jak 90 % nemocných trpí suchostí kůže, jež je hlavní příčinou již zmíněného svědění, škrábání. Je důležité, jaká je doba od vzniku, respektive

diagnostiky onemocnění. Pálková (2012) ve své práci došla k podobným závěrům. Zjistila, že omezení dětí vnímají častěji ve školním a předškolním věku, kdy se nemohou koupat v létě v chlorované vodě v bazénech a musí omezit sporty. Ve školním prostředí AE může také omezovat děti rozsahem, a především viditelností vzniklých ložisek, za což se děti následně stydí a snaží se ložiska skrývat. Pálková (2012) ve svém výzkumu uvedla, že i matky trápí další projevy ekzému, jako je jeho viditelnost a s tím související izolace jejich dítěte od okolí, to, že se jejich dítě nemůže stejně bavit se svými vrstevníky a také pohledy okolí na dítě a na matku. S tímto tvrzením se shoduje i Tománková (2015), která říká, že nepříjemné pocity přináší pro rodiče vzhled dítěte, který je nelibě vnímán okolím. Atopický ekzém také ve většině případů ovlivňuje život dítěte nutností dodržování předepsané diety, a to jak v domácím prostředí, tak i ve školce či ve škole, kde je to opět spojeno s náročností na psychiku dítěte, protože se nějakým způsobem opět liší od ostatních.

Oblast edukace dítěte s atopickým ekzémem vyhodnocovala možnosti a přístup respondentů k získávání informací, praktických zkušeností v rámci péče o dítě s AE. Polovina informantů měla už předchozí zkušenosti s onemocněním v rodině. Druhá polovina informantů, kteří se s onemocněním setkali poprvé až u svého dítěte, většinou získávali prvotní informace od lékařů a následně pomocí vlastního vyhledávání na internetu, kde je v dnešní době mnoho dostupných a užitečných informací. Zajímavé je zjištění Pálkové (2012), která ve svém výzkumu došla k závěru, že pacienti vždy edukuje lékař a sestry se edukaci vyhýbají, nebo poskytují jen doplňující informace a reklamní letáčky. Tománková (2015) ve své práci uvádí, že nekvalitní a nedostatečná edukace rodičů vede k selhání léčby, a podle ní je tak nejvhodnějším způsobem ke vzdělávání rodičů a dětí pobyt v nemocnici, kde je pro tuto činnost více času. Někteří z informantů také uvedli, že jim byly velmi nápomocné rady personálu v lékárnách. Zaciosová (2006) uvádí, že edukace pacienta patří mezi základní terapeutické nástroje nás zdravotníků a v léčbě atopického ekzému má své nezastupitelné místo. Popisuje, že i když pacient nevyjadřuje potřebu informací, neznamená to, že je dostatečně informován, a i z tohoto důvodu by poučení mělo proběhnout. Vyhodnocení vědomostí samotných dětí týkajících se jejich onemocnění potvrdilo obecné znalosti v oblasti projevů onemocnění, dodržování léčebného režimu a rizik spojených s porušením či nedodržováním atopické životosprávy. Další oblastí bylo vyhodnocení dodržování léčebného režimu a nastavených doporučení od lékaře. Zaciosová (2006) ve výzkumu zjistila, že správný přístup rodiny může mít vliv na léčebný režim. Pokud je pacient negativně ovlivněn rodinou, může dojít ke zhoršení stavu, ale i naopak pozitivní přístup rodiny k onemocnění může vést ke zlepšení zdravotního stavu. Všichni z výše uvedených informantů dodržují nastavený léčebný režim. Z výzkumu plyne, že výzkumný soubor měl důsledný dohled a asistenci rodičů. Zaciosová (2006) ve svém výzkumu přišla ke zjištění, že pouze 60 % ekzematiků je sledováno v některé odborné ambulanci

Výsledky šetření v rámci zkoumaného souboru vyhodnotily dopad onemocnění AE na život rodiny. začíná již ve chvíli stanovení diagnózy. Polovina informantů měla zkušenost s tímto onemocněním v rodinné anamnéze a s uvědomovala si možnost výskytu atopického

ekzému u dítěte. Přesto i v této skupině uvedli stanovení diagnózy jako zátěž pro celou rodinu. Tománková (2015) došla k podobnému závěru a to, že všichni členové rodiny by měli dodržovat základní postupy zahrnující obecné pokyny, které vedou k odstranění faktorů dráždících a provokujících pokožku atopika. Tománková (2015) také zjistila, že AE rodinu omezuje v životním stylu, jako může být například volba dovolené či volnočasové aktivity rodiny, kdy se musí brát v úvahu správně zvolené klima. Atopický ekzém je do jisté míry také finančně náročné onemocnění, ovšem vždy záleží na jeho stupni a rozsahu. Z toho vyplývá, že čím lehčí má pacient formu atopického ekzému, tím by měla být péče finančně méně náročná. Pro mnoho rodin může být finančně náročná i dieta, kterou musí mnoho atopiků dodržovat. Ta samotná může ovlivnit a mít i značný dopad na chod celé domácnosti. Důležitý je také celkový přístup k nemocnému dítěti ze strany rodičů. Šetřením bylo zjištěno, že se u poloviny rodičů znásobila starost a ohleduplnost o dítě, naopak druhá polovina zmínila, že onemocnění nijak zvláště nezměnilo jejich přístup k dítěti. Jednotný výsledek byl v kontrole a důslednosti v rámci dodržování léčebného režimu.

Shrneme-li si výše uvedený text, tak atopický ekzém má velmi individuální dopad na každou rodinu. Záleží na míře postižení a rozsahu onemocnění, ale také na možnostech samotné rodiny a jejich edukaci týkající se atopického ekzému. Jejich finančnímu zajištění a ochotě přizpůsobit se novému životnímu stylu, který vyžaduje život s atopickým ekzémem.

ZÁVĚR

Specifická ošetrovatelská péče u dětí trpících atopickým ekzémem nezbaví děti onemocnění samotného, ale jejím hlavním cílem je pomoci dítěti i rodičům ve všech oblastech. Dětská sestra pečující o dítě a jeho rodinu, bez ohledu na pracoviště, ať už jde o nemocniční péči, akutní péče, primární, lázeňskou a další, má hlavní zájem rozvíjení blaha dítěte a jeho rodiny (Sikorová, 2011). Cílem práce bylo zjistit, jaká jsou specifika ošetrovatelské péče z pohledu dítěte a jeho rodiny. Díky rozhovorům s dotazovanými informanty byla možnost nahlédnout do jejich každodenního života. Výsledky šetření poukazují na specifika péče o dítě s AE. Mapují, jak děti a rodiče vnímají vliv onemocnění na život, jaká je jejich míra edukace, dodržování léčebného režimu a nastavených opatření. Rozhovory s informanty prokazují, že záleží na míře postižení a rozsahu onemocnění, vývojovém období dítěte, jeho psychickému rozpoložení, rodinném zázemí a možnostech rodiny. Z výzkumného šetření plyne, jaká jsou specifika u dětí s AE a na co bychom se měli zaměřit v ošetrovatelské péči v oblasti edukace a ošetrovatelských intervencí. Významnou roli hraje komplexní podpora dětí a jejich rodin, od terapeutických a ošetrovatelských intervencí přes edukační proces, poskytování nových informací, tak i v psychické a sociální oblasti.

POUŽITÉ ZDROJE

- [1] BALAŠTÍK, D. 2011. Kvalita života při některých dermatologických onemocněních Solen Dermatologie pro praxi. [online] Dostupné z: <https://www.dermatologiepropraxi.cz/pdfs/der/2011/04/07.pdf>
- [2] BENÁKOVÁ, N. 2013. Ekzémy a dermatitidy:3., rozš. a aktualiz. vyd. Praha: Maxdorf. Farmakoterapie pro praxi. ISBN 978-80-7345-331-2.
- [3] BERGMANN, M. 2013. Evaluation of food allergy in patients with atopic dermatitis. J Allergy Clin Immunol Pract. 2013 Jan;1(1):22-8. doi: 10.1016/j.jaip.2012.11.005. Epub 2012 Dec 27.
- [4] BŘEZINOVÁ, E. 2014. Dermatologický index kvality života rodiny. Česko-slovenská dermatologie 6/2014. [Online] Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/cesko-slovenska-dermatologie/2014-6/dermatologicky-index-kvality-zivota-rodiny-validace-ceske-verze-dotazniku-51202>
- [5] ČAPKOVÁ, Š. 2017. Atopický ekzém. Páté, přepracované a doplněné vydání. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-300-5
- [6] FUCHS, M. 2014. Atopický ekzém z pohledu alergologa. Solen Dermatologie pro praxi. [online] Dostupné z: <https://www.dermatologiepropraxi.cz/pdfs/der/2014/02/06.pdf>
- [7] GURKOVÁ, E. 2011. Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum. Praha: Grada. Sestra. ISBN 978-80-247-3625-9
- [8] HAŠEK, J. 2014. Péče o pacienta s atopickou dermatitidou-doplnění doporučeného postupu ČLnk. Solen Dermatologie pro praxi. [Online]. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/lek/2014/02/03.pdf>
- [9] JAREŠOVÁ, RŮŽIČKOVÁ, L. 2013. Celoroční péče o atopickou a velmi suchou pokožku. Solen Dermatologie pro praxi. [Online]. Dostupné z: <https://www.solen.sk/storage/file/article/5a3eb0849d9cc41f70aeb197b0a666f1.pdf>
- [10] KACHLÍK, D. 2018. Anatomie pro nelékařské zdravotnické obory. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-4058-7.
- [11] LIGURSKÁ, J. 2020. Atopický ekzém a potravinové alergie očima mámy. Praha: Pointa. ISBN 978-80-7650-042-6.
- [12] NEČAS, M. 2011. Atopický ekzém. Česká dermatovenerologie, Praha: Mladá fronta, roč. 1, č. 2, s. 8-23. ISSN 1805-0611. [Online] Dostupné z: <https://www.deramanet.eu/files/periodika/ceska-dermatovenerologie/cdv-2011-02.pdf>
- [13] NEVORALOVÁ, Z. 2015. Atopický ekzém-teorie i praktické rady. Solen. Dermatologie pro praxi. [Online]. Dostupné z: <https://www.dermatologiepropraxi.cz/pdfs/der/2015/03/03.pdf>
- [14] ONDŘIOVÁ, I., HUDÁKOVÁ, A. 2011. Psychosociálne aspekty atopického ekzému u detí. Dermatológia pre prax. roč. 5, č. 1, s. 42-45. ISSN 1339-4207. [Online] Dostupné z: <https://www.solen.sk/storage/file/article/f5d179eafec309eec66157af05f450aa.pdf>
- [15] SEIDENSTRICKER, I. 2019. Atopický ekzém: jak jsem si zachránila kůži. Přeložila: Michaela ŘEŘICHOVÁ. Praha: Euromedia Group. Esence. ISBN 978-80-7617-055-1.

- [16] SVĚŘÁKOVÁ, M. 2012. Edukační činnost sestry: úvod do problematiky. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-845-2.
- [17] PÁLKOVÁ, H. 2012. Atopický ekzém u dětí a jeho zdravotně sociální dopad [online]. České Budějovice , [cit. 2021-04-17]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/see0y9/>
- [18] POLÁŠKOVÁ, S. 2015. Epidermální bariéra a její význam u zdravé a atopické kůže. Dermatologie pro praxi. [Online]. Dostupné z: <https://www.dermatologiepropraxi.cz/pdfs/der/2015/01/04.pdf>
- [19] SIKOROVÁ, L. 2011. Potřeby dítěte v ošetrovatelském procesu. 1.vydání, Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3593-1.
- [20] TOMÁNKOVÁ, P. 2015. Ošetrovatelská péče u dětského pacienta s atopickým ekzémem [online]. Olomouc, [cit. 2021-04-17]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/oiwn2y/>.
- [21] VYTEJČKOVÁ, R. 2011. Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I: obecná část. 1. vyd. Praha: Grada. Sestra. ISBN 978-80-247-3419-4.

SPECIFICS OF NURSING CARE IN CHILDREN WITH ATOPIC ECZEMA



ABSTRACT

The issue of atopic eczema is still a very current problem and the number of children with this skin disease is increasing. Sufficient information about the disease and treatment options is important. Atopic eczema is a disease that requires long-term and regular care, in which the skin condition improves and the child can lead a relatively normal life with minimal restriction. The aim of the work was to find out what effect atopic eczema has on the child's life, to compare the knowledge of sick children, adherence to treatment, set recommendations and to obtain data for educational activities in the field of nursing care for children with atopic eczema. The interview was conducted with six respondents, with one respondent interviewing both the legal guardian and the child suffering from atopic eczema. The survey found that living with atopic eczema affects children the most by itching and the need to scratch their eczematous deposits, which is associated with the occurrence of pain and the resulting additional restrictions for the life of the child and his family. Atopic

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

Mgr. Simona Hájková
Vysoká škola polytechnická Jihlava
Katedra zdravotnických studií
Tolstého 1556/16, 586 01 Jihlava
e-mail: simona.hajkova@vspj.cz

Mgr. Marie Dočekalová
Vysoká škola polytechnická Jihlava
Katedra zdravotnických studií
Tolstého 1556/16, 586 01 Jihlava
e-mail: marie.docekalova@vspj.cz

Bc. Kateřina Benháková
Smetanova 420
67602 Moravské Budějovice
e-mail: k.benhakova@seznam.cz

eczema has a very individual impact on each family. It depends on the degree of disability and the extent of the disease, but also on the possibilities of the family itself, their education in the field of atopic eczema, the possibilities of financial security and willingness to adapt to a new lifestyle that requires living with atopic eczema.

KEYWORDS:

Atopic eczema, nursing care, children

VÝBĚR PORODNICE Z POHLEDU RODIČKY

MARIE DOČEKALOVÁ
SIMONA HÁJKOVÁ
VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ
JIHLAVA

KATEŘINA VACKOVÁ
FAKULTNÍ NEMOCNICE HRADEC
KRÁLOVÉ

ABSTRAKT

Pro současné porodnictví je typickým trendem jeho humanizace. Rodičky jsou aktivními účastnicemi porodu, mají často jasnou představu o tom, jak by jejich porod měl vypadat. Na základě svých jasně stanovených priorit si potom rodička volí vhodné porodnické zařízení. Cílem tohoto výzkumu bylo zjistit, zda se rodičky otázkou výběru porodnického zařízení zabývají, a na základě jakých faktorů se při výběru porodnice rozhodují. Výsledkem bylo zjištěno, že většina těhotných žen se výběrem porodnice zabývá a z velké části se do výběru zapojuje i partner rodičky. Při rozhodování je nejdůležitějším faktorem dobrá dojezdová vzdálenost a dále také předchozí dobrá osobní zkušenost. Většina žen byla se svým výběrem porodnice spokojena po všech stránkách a v případě dalšího porodu by volbu neměnily.

KLÍČOVÁ SLOVA:

porodnice, rodička, porod, výběr,
porodnická zařízení

ÚVOD

V současné době je rodičovství zpravidla plánované, těhotenství a porod je v životě ženy považován za jedinečný a neopakovatelný zážitek. Hodně žen chce proto porod prožít podle svých představ. Současné porodnictví usiluje o humanizaci oboru. Rodičky jsou aktivní účastnice porodu, mívají jasnou představu, jak by měl jejich porod vypadat. Silným zdrojem informací o těhotenství a porodu pro budoucí maminky je internet, ale hlavním zdrojem objektivních informací jsou předporodní kurzy vedené obvykle porodními asistentkami.

Ženy, které se chtějí porodu aktivně účastnit, neustále přibývá. Jedná se zpravidla o ženy, které se účastnily předporodní psychoprofylaktické přípravy, vyhledávají si velké množství informací o porodu nebo mají již zkušenosti z předchozího porodu. Vytvoří si svoji představu porodu, kterou chtějí aktivně naplnit. Někdy přicházejí s vlastním porodním plánem. Tyto ženy usilují o propojení fyzicky náročného porodu s hlubokým psychickým zážitkem. Jsou ale také ženy, které svému tělu tolik nedůvěřují a někdy již z počátku porodu žádají epidurální analgezii či císařský řez. Proto je vhodné, aby si ženy prošly předporodní přípravou, ideálně v rámci předporodního kurzu, který porodnická zařízení zpravidla svým klientkám nabízejí.

Výběr porodnice, ve které by žena chtěla родit, obvykle závisí na mnoha faktorech, jako je právě pořádání předporodních kurzů nebo možnost prohlídky porodnice, dobrá dojezdová vzdálenost, zkušenosti a doporučení ostatních rodiček či vlastní zkušenost. Většina porodnic umožňuje prohlídky, kde lze získat odpovědi na konkrétní dotazy. Ženy mají možnost se zeptat, jak porod v dané porodnici probíhá, jaké intervence jsou ženám obvykle prováděny. Některé rodičky upřednostňují lékařsky vedený porod, jiné zase preferují porod co nejpřirozenější, vedený porodní asistentkou. Dále se mohou zajímat o to, jakým způsobem dané pracoviště podporuje kojení, jaké jsou možnosti tišení bolesti při porodu, eventuálně zda je nějak omezována přítomnost partnera u porodu. Důležitou roli při rozhodování o výběru porodnice může také hrát velikost porodnice a její vybavení, např. zda má nemocnice dětskou JIP (Pařízek, 2015; Gregora, 2017).

Rodička má právo si pro svůj porod porodnici svobodně vybrat. Pokud nakonec dojde k porodu v jiné porodnici, než kterou si žena vybrala, stane se tak nejčastěji v akutních případech, kdy by převoz do vybrané, ale vzdálenější porodnice mohl být rizikem. Druhým důvodem může být situace, kdy porodnice naplní svou kapacitu nebo z jiných důvodů omezí svou činnost, např. z důvodu rekonstrukce. Příjezd do jiné porodnice je poté především psychickým problémem rodičky, kdy si musí relativně rychle zvyknout na zcela neznámé prostředí (Hanáková, 2015; Chmel 2008).

Jak uvádí porodník Michael Odent (1995), právem ženy je родit v takovém prostředí, které je svobodné a láskyplné, prostředí, kde má rodící žena vliv na celý proces porodu. Prostor, v němž porod probíhá, je pro rodičku důležitý. Pokud se cítí v daném prostředí

příjemně, má pocit jistoty a bezpečí, opak ovšem může vyvolávat strach, nejistotu, pocit ohrožení (Odent, 1995; Čermáková, 2017; Hudáková, Kopáčková, 2017; Štromerová, 2010).

Porodní sály jsou dnes většinou rozděleny na jednotlivé porodní pokoje, ve kterých mají rodičky a jejich doprovod soukromí. Pokoje mohou být standardního nebo nadstandardního typu, podobně to platí o pokojích na oddělení šestinedělí. Standardní pokoje jsou v každém porodnickém zařízení trochu jiné. Pokoje nemocniční prostředí nepřipomínají, jsou upřednostňovány uklidňující teplé barvy a vše sladěné s nábytkem a obrazy, což navozuje klidnou a přátelskou atmosféru (Čermáková, 2017).

K polohování rodičky při porodu bývá k dispozici široká nabídka pomůcek. Žebřiny, závěsné lano, porodní vak či gymnastický míč – ten lze využít i při hydroterapii ve sprše. Nejdůležitější součástí porodního sálu je však stále porodní křeslo nebo moderní víceúčelové porodnické lůžko. Porod v něm může probíhat vleže na boku nebo na zádech, v polosedě, ve dřepu s oporou nebo v závěsu, nebo také na všech čtyřech. Porodní pokoje jsou vymalovány a zařízeny v nejrůznějších, často pastelových barvách, které působí přívětivě a optimisticky (Hanáková, 2015; Bašková, 2015; Čermáková, 2017).

Součástí nadstandardních porodních pokojů bývá často relaxační a porodní vana, kterou lze využít pro relaxaci v I. době porodní, v některých porodnicích ji lze využít i ve II. době porodní k porodu do vody. Pokoje mají televizi, manželskou postel nebo sedací soupravu, výjimečně zde může být i kuchyňský kout. U většiny standardních i nadstandardních pokojů je k dispozici kompletní hygienické zařízení - WC a sprcha. Porodní pokoje musí splňovat bezpečnostní požadavky, které v případě komplikací zaručují rychlou a bezpečnou pomoc. Nezbytnou součástí jsou proto potřebné rozvody kyslíku (Čermáková, 2017).

Za nadstandardní pokoje platí rodička určitý poplatek. Výši tohoto poplatku si stanovuje každé porodnické zařízení zvlášť. V případě, že má rodička o takový pokoj zájem, požádá o něj většinou při příjmu na porodní sál. Pokoje si mohou prohlédnout v rámci předporodních kurzů, které daná porodnice nabízí. Smyslem tzv. rodinných pokojů je vytvořit v rámci porodního sálu rodinné prostředí, které by maximálně podpořilo jedinečný zážitek porodu, a přitom byly zachovány všechny bezpečnostní požadavky moderního porodnictví. Z hlediska porodnické péče jde o bezpečnou protiváhu porodů v domácnosti bez přítomnosti porodníka (Čermáková, 2017; Bašková, 2015; Roztočil, 2017).

Příjemné prostředí však ztrácí smysl, pokud se rodička nesetká s profesionálním a empatickým zdravotnickým personálem, který nebude respektovat její potřeby, nebude komunikativní, vstřícný a trpělivý a nebude ctít její soukromí. Na porodním sále je při péči o ženu nezbytná spolupráce, důvěra a dobrá komunikace mezi zdravotnickým personálem. Porodní asistentka pečuje o ženu s fyziologickým těhotenstvím a průběhem porodu. Porodní asistentka by měla být komunikativní, vstřícná, trpělivá a empatická. Během porodu nabízí rodičce pro tlumení bolesti nejprve nefarmakologické metody – úlevové

polohy, správné dýchání, hydroterapii, masáž. Pokud zjistí odchylku, ihned informuje lékaře, který poté na porodním sále aktivně vstupuje do péče o rodičku (Čermáková, 2017; Roztočil, 2017).

Mezi přání žen za porodu patří respektování porodního plánu, přítomnost doprovodu po celou dobu průběhu porodu, chtějí být o všem dostatečně informované. Některé ženy si nepřejí očištění klyzma, holení se standardně před porodem neprovádí. Někdy chtějí mít možnost využití aromaterapie, relaxace při hydroterapii ve sprše či ve vaně. Důležitá je také možnost volného pohybu až do konce porodu, netlačit při porodu řízeně, neprovádět rutinně nástřih hráze. K přáním po porodu patří pozdní přerušování pupečníku a okamžitý a nepřetržitý bonding mezi matkou a novorozencem, stoprocentní kojení nebo možnost rooming-in, kdy je dítě po porodu na pokoji s matkou, to už je v dnešní době však standard (Štomerová 2010; Hanáková, 2015).

Nastávající maminky si mohou udělat představu o tom, jak by jejich porod mohl probíhat, srovnat si své požadavky a dle nich si poté zvolit porodnici. Cílem našeho výzkumu bylo zjistit, zda a do jaké míry se rodičky zabývají výběrem porodnice a na základě jakých faktorů se při výběru porodnice rozhodují.

METODY

Náš výzkum byl zpracován metodou kvantitativního výzkumného šetření pomocí anonymního dotazníku, kterému předcházela předvýzkum. Dotazník byl pilotně distribuován 15 rodičkám a na základě tohoto předběžného výzkumu byly poté provedeny drobné úpravy v položkách dotazníku. Finálně měl dotazník 21 položek, bylo použito 15 uzavřených otázek a 6 polootevřených. Cílem výzkumu bylo zjistit, zda se rodičky otázkou výběru porodnice vůbec zabývají a dotazováním bylo zjišťováno, z jakých zdrojů rodičky o daném porodnickém zařízení zjišťují informace, jaké prostředí v rámci porodnice rodičky preferují. Dalším cílem bylo zjistit, na základě jakých faktorů se rodičky při výběru porodnice rozhodují, jaké faktory při výběru porodnice rodičku ovlivňují a z jakých důvodů volí vícero rodičky při dalším porodu jinou porodnici. Vzorek respondentů byl záměrně tvořen ženami po porodu hospitalizovanými na oddělení šestinedělí ve vybraných porodnicích v České republice. Celkem bylo vyhodnoceno 226 dotazníků, kdy nejvíce zastoupenou věkovou kategorií byla skupina 31–36 let (37 % respondentek), druhou početnou skupinou je skupina 26–30 let (33 % respondentek). 60 % žen byly prvoroďičky, 35 % žen rodily po druhé, zbytek žen tvořily vícero rodičky.

VÝSLEDKY A DISKUZE

Prvním cílem výzkumu bylo zjistit, zda se rodičky otázkou výběru porodnice vůbec zabývají, dále bylo také zjišťováno, z jakých zdrojů si rodičky o daném porodnickém zařízení zjišťují informace. Více než polovina dotazovaných žen (56 %) se zabývala otázkou týkající se výběru porodnice aktivně. 31 % žen se touto otázkou zabývalo

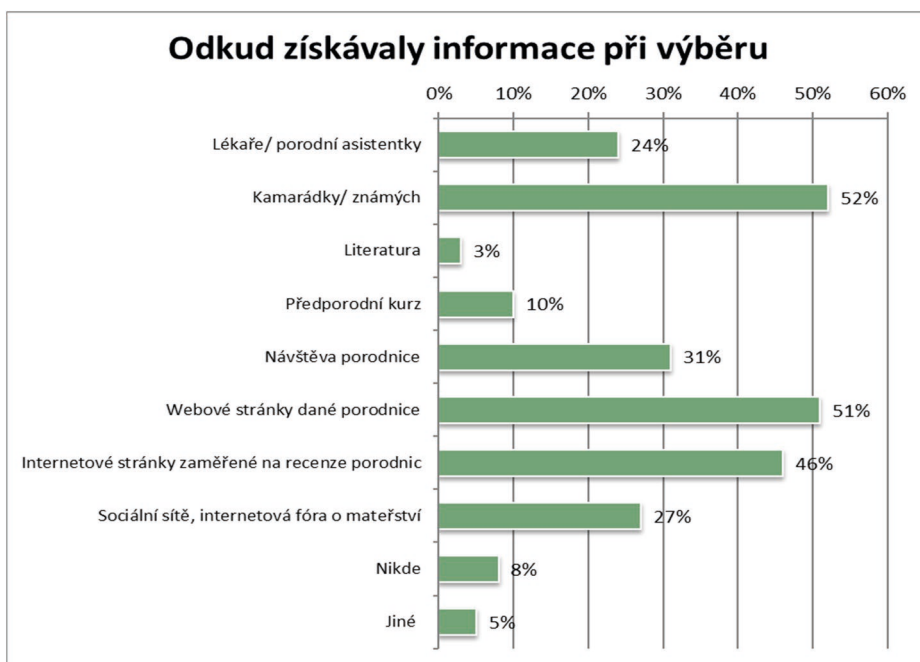
spíše pouze okrajově, 10 % rodiček se touto záležitostí vůbec nezabývalo, zbylé ženy si konkrétní porodnici nemohly vybrat ze zdravotních důvodů (např. při předčasném porodu) (viz Tabulka 1). Dle výsledků obdobného výzkumu Sršňové (2017) se nad výběrem porodnického zařízení zamýšlelo 30 (67 %) respondentek ze 45 (100 %).

Tabulka 1: Zabývaly se rodičky výběrem porodnice?

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano, aktivně jsem se zajímala	126	56 %
Zajímala jsem se jen okrajově	71	31 %
Ne, věřím, že kvalita je u všech porodnic srovnatelná	2	1 %
Vůbec, rodila jsem v nejbližší porodnici	23	10 %
Nemohla jsem si vybírat (ze zdravotních důvodů, transport sanitkou)	4	2 %
Celkem	226	100 %

Informace, na základě kterých se poté rodičky rozhodovaly pro konkrétní porodnici, dotazované ženy nejčastěji zjišťovaly od známých či kamarádek (viz Graf 1). Tuto variantu volilo 117 (52 %) respondentek z celkem 226 dotazovaných žen. Naprosto stejný výsledek ve svém výzkumu uvádí Barková (2011), kdy ze 110 (100 %) dotazovaných čerpalo informace od přátel a kamarádek 57 (52 %) žen. 115 žen také v dotazníku vyznačilo, že zdrojem informací je pro ně internet, ať už pomocí webových stránek dané porodnice nebo internetových stránek zaměřených na recenze porodnic, či pomocí sociálních sítí. Některé porodnice své webové stránky bohužel neaktualizují, takže informace a fotografie porodního sálu či šestinedělí mohou být zastaralé a zavádějící. Těhotné ženy proto často hledají odpovědi na sociálních sítích nebo na různých diskusních fórech o mateřství a rodičovství. Zde lze najít recenze a příspěvky od jiných rodičů, kteří sdílí své zkušenosti, avšak rizikem je, že se zde leckdy objevují nepřesné či mylné informace. Dalšími méně častými zdroji informací jsou lékař či porodní asistentka – tuto variantu zvolilo 24 % žen. Podobnou otázkou zkoumala ve svém výzkumu také Kučerová (2014), kdy z celkového počtu 106 (100 %) respondentek pouze 2 rodičky byly určitě ovlivněny svým lékařem či porodní asistentkou při výběru porodnice. Lemonová (2009) zase ve svém výzkumu zjistila, že nejčastější osobou, která rodiče porodnické zařízení doporučovala, byla sestra, kamarádka, či matka. Dle výzkumu na téma Výběr místa porodu od Beth Murray-Davis, PhD. a Angely Reitsma, MSc., který byl prováděn v Ontariu v Kanadě v roce 2015, byly na prvním místě zdroje informací pro rodičky okruh rodiny a přátel, na druhém místě byly konzultace s porodní asistentkou. Výzkumu se účastnilo 214 žen, z nich 210 (98 %) respondentek využilo informace od rodiny a přátel, 169 (79 %) žen konzultace s porodní asistentkou, informace na základě předešlé zkušenosti mělo 128 (60 %) žen, z literatury 113 (53 %) a z předporodního kurzu 53 (25 %) dotazovaných žen.

Graf 1: Zdroj informací o porodnickém zařízení



Partner se na výběru porodnice většinou podílel jen okrajově (58 %), u 22 % respondentek se partner na výběru porodnice nepodílel vůbec. Také Kučerová (2014) se ve svém výzkumu zabývala tím, zda ženy s partnerem otázku výběru porodnice řešily. Z celkového počtu 106 (100 %) dotazovaných žen, 92 (87 %) rodiček otázku výběru porodnice se svým partnerem řešilo. Vůbec s partnerem výběr porodnice neřešilo 14 (13 %) dotazovaných žen.

Druhým cílem výzkumu bylo zjistit, na základě jakých faktorů se rodičky při výběru porodnického zařízení rozhodují. Prostředí a vzhled porodního sálu a oddělení šestinedělí bylo z celkového počtu 226 (100 %) důležité pro 144 (64 %) žen a pro 27 žen (12 %) velmi důležité a při výběru porodnice se rozhodovaly právě podle toho. Prostředí bylo nedůležité pro 52 (23 %) respondentek, avšak absolutně nedůležité to bylo jen pro 3 (1 %) žen. Sršňová ve svém výzkumu uvádí, že z celkového počtu 30 (100 %) respondentek bylo prostředí porodního sálu důležité pro 22 (73 %) žen a prostředí oddělení šestinedělí pro 26 (87 %) respondentek.

Celkem 106 (47 %) žen uvedlo jako preferované prostředí porodního sálu takové, které je vybavené moderními přístroji pro možné komplikace, 64 (28 %) by si přálo co nejvíce domácí a útulné prostředí. Dále bylo zjištěno, že 41 (18 %) rodiček by rádo, aby porodní sál měl širokou nabídku pomůcek. Jen jedna uvedla, že je jí to jedno (viz Tabulka 2).

Tabulka 2: Jaké prostředí porodnice rodičky preferují?

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Vybavené moderními přístroji (mají tak pocit bezpečí i při možných komplikacích)	106	47 %
S nabídkou – polohovací pomůcky, aromaterapie, vana pro hydroterapii	41	18 %
Co nejvíce domácí, útulné prostředí, šero, pohodlná postel, polštáře	64	28 %
Jiné – vlastní představa	15	7 %
Celkem	226	100 %

V dotazníku bylo dále zjišťováno, zda by respondentky něco v průběhu porodu a pobytu v porodnickém zařízení změnily, jelikož 20 (9 %) respondentek je toho názoru, že porodní sál by mohl více odpovídat současným trendům, 31 (14 %) žen by změnilo prostředí oddělení šestinedělí, dále pak 27 respondentek (12 %) zvolilo možnost, kde mohly rozepsat, jaké přesně změny by uvítaly. Nejčastěji se odpovědi týkaly malého počtu nadstandardních pokojů na oddělení či přání mít možnost využít tzv. rodinné pokoje, kde by mohl být ubytován i partner. 21 (9 %) respondentek by mělo navíc zájem o větší nabídku nadstandardních služeb, které bohužel nemocnice neposkytují. Nemožnost poskytování těchto služeb však většinou pramení z kapacitních důvodů, nikoliv z nevstřícnosti nemocnice, stejně jako např. omezený počet jednolůžkových pokojů či nadstandardních porodních sálů.

Pro 145 (64 %) našich respondentek je pro volbu porodnice důležitý faktor vzdálenost porodnice od místa bydliště. Přesto se však v současnosti některé ženy uchylují k tzv. porodní turistice. Dle Štromerové a Dvořákové (2019) cestují za vlídnou, vstřícnou porodnickou péčí klidně desítky kilometrů. Toto tvrzení je v současnosti považováno za jakýsi nový trend, v rámci tohoto výzkumu by několik desítek kilometrů do vysněné porodnice bylo ochotno cestovat 101 (44 %) žen, naopak 104 (46 %) žen by se bálo, že do porodu nestihnou dorazit. Vzdálenost porodnice od místa bydliště při výběru nejvíce ovlivnila ve výzkumu Lemonové (2009) prvorodičky (66 %).

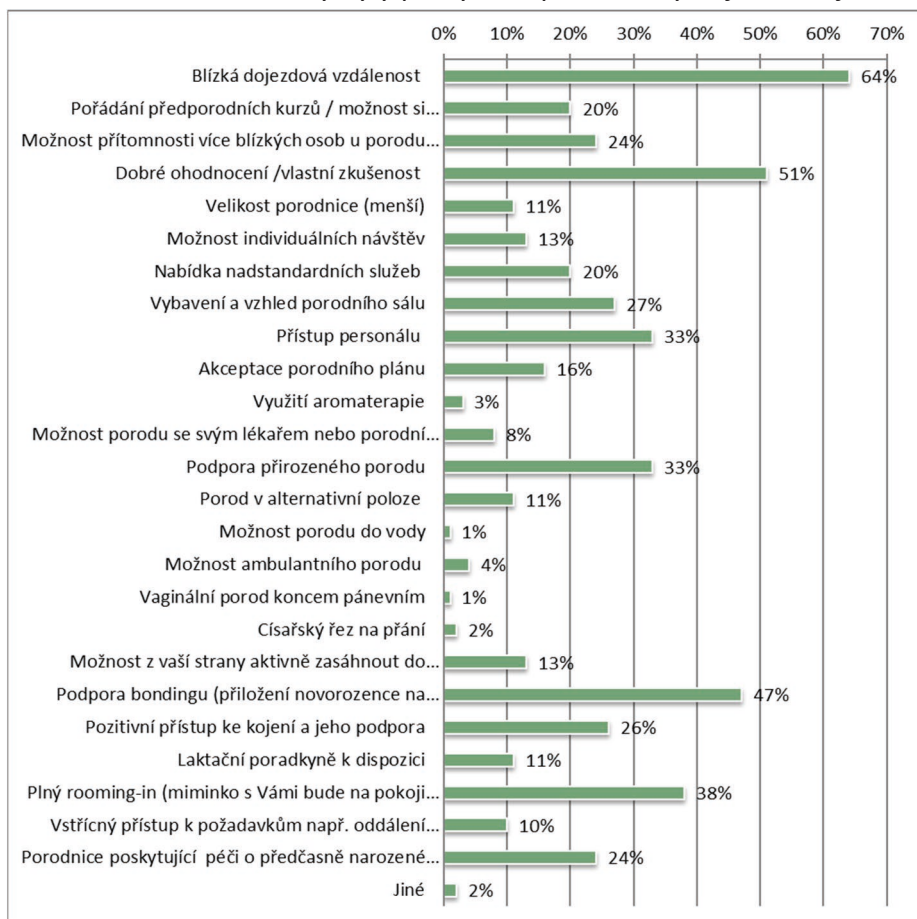
Jako druhý nejdůležitější faktor při výběru porodnice bylo dobré ohodnocení či vlastní zkušenost s daným zařízením. Také ve výzkumu Kučerové (2014) se faktor vlastní zkušenosti z předchozího porodu umístil na druhém místě mezi pěti nejdůležitějšími faktory, které respondentky měly určit. Třetím, nejvíce voleným faktorem byla podpora bondingu. V dnešní době je však bonding považován za samozřejmost. Stejně jako například přítomnost druhé osoby za porodu. Je však potřeba připustit, že míra bondingu se v jednotlivých porodnicích liší. Podporu bondingu ohodnotilo ve výzkumu Kučerové (2014) nejvíce respondentek jako nejvíce prioritní, 83 (87 %) žen z celkového počtu 106 (100 %). Zatímco pro 78 (33 %) respondentek byla důležitým faktorem podpora

přirozeného porodu, o ostatní formy „alternativních“ vedení porodů nebyl takový zájem. Z celkového počtu žen mělo o porod v alternativní poloze zájem jen 24 (11 %) respondentek. Možnost ambulantního porodu vybralo 9 (4 %) respondentek a o možnost porodu do vody měly zájem jen 2 (1 %) ženy (viz Graf 2).

V České republice i ve světě je často diskutovaná možnost císařského řezu na přání a zda by žena měla mít právo se pro tuto možnost porodu rozhodnout. Z celkového počtu 226 (100 %) by o něj mělo zájem 5 (2 %) respondentek a pro 4 (2 %) ženy to byl faktor k výběru porodnice. Ve svém výzkumu toto zjišťovala i Lemonová (2009), kdyby si respondentky mohly zvolit císařský řez na přání, z celkového počtu 169 (100 %) by jej zvolily 4 (2 %).

Možnost přítomnosti více blízkých osob u porodu jako důležitý faktor označilo 55 (24 %) respondentek, pro tyto ženy je důležité mít při porodu možnost přítomného partnera a zároveň dudu nebo soukromou porodní asistentku. Některé porodnice mívají omezený počet osob, které mohou být současně přítomny při porodu. Aby porodnice akceptovala porodní plán, to bylo důležité pro 35 (16 %) žen. Lemonová (2009) ve svém výzkumu uvádí, že v 90 % případů je považován za nejdůležitější faktor přítomnost blízké osoby při porodu.

Graf 2: Které faktory byly při výběru pro rodičky nejdůležitější



Pokud by se měla respondentka znovu rozhodnout, z celkového počtu 226 (100 %), by určitě rodilo ve stejné porodnici 126 (56 %) žen, 63 (28 %) spíše ano a 11 (5 %) by rozhodně ve stejném zařízení nerodilo. Co se týče spokojenosti s výběrem porodnice, tak nejpočetnější skupina 130 (58 %) žen odpověděla, že se svým výběrem byly určitě spokojené. 73 (32 %) pak byla spíše spokojena. Spíše nespokojených bylo 18 (8 %) dotazovaných, ale rozhodně nespokojených bylo jen 5 (2 %). Na otázku, zda by dotazované ženy něco změnily v průběhu porodu a pobytu v porodnickém zařízení, uvedl největší počet žen 83 (37 %), že byly po všech stránkách spokojené. Pokud by už přece jen něco měly změnit, byl by to přístup personálu na oddělení šestinedělí/ novorozeneckém oddělení, který se nelíbil 67 (30 %) respondentkám, dále pak přístup personálu při porodu 28 (12 %). K méně častým odpovědím, co by bylo vhodné změnit, patřilo méně zásahů při porodu, výtky a zastrašování ze stran personálu, nedostatek informací, nemocniční strava, nedostatečná komunikace mezi porodními asistentkami a novorozeneckými sestrami, malý počet nadstandardních pokojů, prostředí oddělení šestinedělí.

Vícerodičky v závěru dotazníku navíc ještě odpovídaly, zda si pro nynější porod vybraly jinou porodnici než pro porod předchozí. Z celkového počtu 109 (100 %) vícerodiček, jich 75 (69 %) zvolilo stejnou porodnici, 34 (31 %) rodiček potom zvolilo jinou porodnici. Jako hlavní důvod změny porodnice uváděly rodičky přístup zdravotnického personálu (51 %), dále prostředí porodnice (9 %). Ostatní respondentky vícerodičky uváděly své osobní důvody, nejčastěji kombinaci nepříjemného zdravotnického personálu a prostředí porodního sálu či oddělení šestinedělí. Jako důvod volby jiné porodnice uvedlo změnu bydliště pět respondentek, jedna žena malování porodních sálu a tři rodičky rodily na jiném pracovišti z důvodu předčasného porodu, na který původní porodnice nebyla vybavena. 2 % žen uvedlo, že porodnici měnily z důvodu újmy na zdraví u nich nebo jejich dítěte během předchozího porodu (viz Tabulka 3).

Tabulka 3: Z jakých důvodů volí vícerodičky pro další porod jinou porodnici?

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Přístup zdravotnického personálu	56	51 %
Prostředí porodnického zařízení	10	9 %
Při porodu nebylo vyhověno mým přáním a požadavkům	4	4 %
V péči o dítě nebylo vyhověno mým přáním a požadavkům	4	4 %
U mě nebo mého dítěte došlo k újmě na zdraví	2	2 %
Jiné	33	30 %
Celkem	109	100 %

ZÁVĚR

Situace v českém porodnictví se neustále mění a zlepšuje. Rodičky mají možnost využít ambulantních porodů, porodů do vody nebo mohou родит pouze s porodní asistentkou. Porody vedené v domácnosti jsou Ministerstvem zdravotnictví České republiky z medicínského hlediska považovány za rizikové, porodnice se však snaží své prostředí přizpůsobit tak, aby se rodička cítila v porodnici jako doma, to vše navíc s velkou výhodou materiálního i technického vybavení nemocnice.

Z vyhodnocených dotazníků vyplývá, že naprostá většina respondentek se zabývala otázkou výběru porodnice, přičemž ve třech čtvrtinách se zapojil při výběru i partner. Ženy se domnívají, že informací o porodnických zařízeních je dostatek. Vysoký počet žen přikládá váhu při výběru porodnice vlastnímu průzkumu, avšak zdroje informací ohledně porodnic byly nejčastěji zjišťovány od kamarádek či známých a z webových stránek dané porodnice. Pro většinu rodiček je vzhled porodního sálu a poporodního oddělení důležitý, přičemž překvapivě nejvíce žen preferuje prostředí porodního sálu vybavené moderními přístroji pro možné komplikace, domácí a útulné prostředí bylo až na druhém místě. Ženy by také ocenily větší množství nadstandardních a rodinných pokojů v porodnicích. Při rozhodování ohledně výběru porodnice patří k nejdůležitějšímu faktoru dobrá dojezdová vzdálenost od místa bydliště, přesto by polovina dotazovaných žen byla ochotna jet desítky kilometrů do jejich vysněné porodnice. Druhým nejdůležitějším faktorem pro výběr porodnice je dobré ohodnocení či dobrá osobní předchozí zkušenost, třetím nejčastějším faktorem je podpora bondingu. Většina žen byla se svým výběrem porodnice spokojená po všech stránkách, nic by neměnily v průběhu porodu ani během hospitalizace na poporodním oddělení a příště by opět volily stejnou porodnici. Ženy, které oproti předchozímu porodu porodnické zařízení změnily, uváděly jako důvod změny nejčastěji nevhodný přístup zdravotnického personálu.

I přes veškeré nutné vybavení však na celém procesu zůstává zásadní právě vzájemná komunikace, tolerance, empatie a respekt ošetřujícího personálu k rodičce a jejímu doprovodu. Ženy by se neměly v porodnici setkat s neprofesionálním chováním a neempatickým přístupem personálu. Tento přístup by mohl ovlivnit celý průběh porodu a v zařízení takového typu je naprosto nepřijatelný.

POUŽITÉ ZDROJE

- [1] BARKOVÁ, L. 2011. Výběr porodnického zařízení rodičkou. České Budějovice. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce MUDr. Petr Sák, Ph.D.
- [2] BAŠKOVÁ, M. 2015. Metodika psychofyzické přípravy na porod. 1.vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5361-4.
- [3] ČERMÁKOVÁ, B. 2017. K porodu bez obav. Brno: Cpress. ISBN 978-80-265-0579-2.
- [4] GREGORA, M., VELEMÍNSKÝ, M. 2017. Těhotenství a mateřství: nová česká kniha. 2., aktualizované vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5579-3.
- [5] HANÁKOVÁ, T., CHVÍLOVÁ-WEBEROVÁ, M., VOLNÁ, P. 2015. Velká česká kniha o matce a dítěti. 2. aktualizované vydání. Brno: CPress. ISBN 978-80-264-0755-3.
- [6] HUDÁKOVÁ, Z., KOPÁČIKOVÁ, M. 2017. Příprava na porod: fyzická a psychická profylaxe. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0274-7.
- [7] CHMEL, R. 2008. Otázky a odpovědi o porodu. 2., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-2142-2
- [8] KUČEROVÁ, J. 2014. Co ženy ovlivňuje při výběru porodnice. Jihlava. Bakalářská práce. Vysoká škola polytechnická Jihlava. Vedoucí práce PhDr. Lenka Görnerová.
- [9] LEMONOVÁ, S. 2009. Faktory ovlivňující klientku při výběru porodnického zařízení. Zlín. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií. Vedoucí práce Mgr. Jana Křemenová
- [10] MURRAY-DAVIS, B., REITSMA, A. 2015. Choosing Where to Give Birth: Results of the Ontario Choice of Birthplace Study [online]. Ontario. [cit. 2020-04-15]. Dostupné z: <https://www.bornontario.ca/en/publications/resources/Documents/Choosing-Where-to-Give-Birth---April-2015.pdf>
- [11] ODENT, M. 1995 Znovuzrozený porod. Praha: Argo. ISBN 80-85794-05-2.
- [12] PAŘÍZEK, A. 2015. Kniha o těhotenství, porodu a dítěti. 5. vydání. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-215-2.
- [13] ROZTOČIL, A. 2017. Moderní porodnictví. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5753-7.
- [14] SRŠŇOVÁ, I. 2017. Faktory ovlivňující rodičku při výběru porodnice. Pardubice. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Helena Petržílková.
- [15] ŠTROMEROVÁ, Z., DVOŘÁKOVÁ, M. 2019. Porodnice 5P: pokoje podpory přirozeného porodu v porodnicích. Praha: Porodní dům U čápa. ISBN 978-80-270-6453-3.
- [16] ŠTROMEROVÁ, Z. 2010. Porodní asistentkou krok za krokem: praktický rádce pro porodní asistentky (a zvědavé rodiče). Praha: Argo. ISBN 978-80-257-0324-3.

CHOOSING A MATERNITY HOSPITAL FROM THE PERSPECTIVE OF A WOMAN



ABSTRACT

A typical trend of contemporary obstetrics is its humanization. The women are active participants in childbirth, often with a clear idea of what their birth should look like. Based on their clearly defined priorities, they then choose the appropriate birthing facility. The aim of this research was to find out whether birth mothers address the issue of choosing a birthing facility and what factors they use to make their decision. As a result, it was found that most pregnant women are involved in the selection of the maternity hospital and, for the most part, the mother's partner is also involved in the selection. The most important factor in making a decision is the good driving distance and also the previous good personal experience. Most women were satisfied with their choice of maternity hospital in all respects and would not change their choice in the event of another birth.

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

Mgr. Simona Hájková
Vysoká škola polytechnická Jihlava
Katedra zdravotnických studií
Tolstého 1556/16, 586 01 Jihlava
e-mail: simona.hajkova@vspj.cz

Mgr. Marie Dočekalová
Vysoká škola polytechnická Jihlava
Katedra zdravotnických studií
Tolstého 1556/16, 586 01 Jihlava
e-mail: marie.docekalova@vspj.cz

Bc. Kateřina Vacková
Fakultní nemocnice Hradec Králové
Dětská klinika - Oddělení
intermediální péče
Sokolovská 581
500 05 Hradec Králové
e-mail: kater.vackova@gmail.com

KEYWORDS:

Atopic eczema, nursing care, children

NEPOZNANÉ TĚHOTENSTVÍ

MILADA CUSI
HÔPITAUX UNIVERSITAIRE
DE GENÈVE

LENKA GÖRNEROVÁ
VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ
JIHLAVA

ABSTRAKT

Článek je teoretického zaměření a popisuje stav nepoznaného těhotenství. Fenomén nepoznaného těhotenství je v České republice stále neznámé téma i když první zmínky pocházejí již ze 17. století. Nepoznané těhotenství je událost, se kterou se každý zdravotnický personál v gynekologickém a porodnickém zařízení může setkat. Proto by bylo vhodné, aby porodní asistentky a lékaři měli i v této oblasti dostatečné znalosti a dovednosti. Profesionální role i v tomto případě zůstává stejná, být zde pro tyto ženy, naslouchat jim a podpořit je.

KLÍČOVÁ SLOVA:

těhotenství, nepoznané těhotenství,
skrývané těhotenství, žena

ÚVOD

Nepoznané těhotenství je událost, se kterou se může setkat každý zdravotnický personál v gynekologickém a porodnickém zařízení. Články o nepoznaném těhotenství jsou známy již ze 17. století. Zmiňovaly se o této možnosti, ale toto těhotenství neuznávaly. Dnes je nepoznané těhotenství pojem, který je v České republice stále velká neznámá a moc se o něm nemluví a ani nepíše. Jsou hlavně zahraniční studie, které se tomuto tématu věnují. U nás se často zaměřuje pojem nepoznané a skrývané těhotenství. Nepoznané těhotenství je takové těhotenství, o kterém žena neví a porodí. Naopak o skrývaném těhotenství žena ví, ale nechce si ho přiznat.

DEFINICE NEPOZNANÉHO TĚHOTENSTVÍ

Tento termín se udává pro těhotnou ženu, aniž by si svůj jiný stav uvědomovala. Z několika důvodů, někdy neznámých, se psychika žen nesprávně interpretuje různými příznaky spojenými s těhotenstvím. Tělo ženy tedy neudává žádné fyzické znamení. Může mít stále ploché břicho i v 9. měsíci těhotenství. Slabé krvácení považuje za svoji menstruaci, bolesti břicha může spojovat s gastritidou. Ženy, které si o sobě myslely, že jsou sterilní, dále ženy, které používají antikoncepci. Obecně, když žena oznámí své nepoznané těhotenství, okolí jí nevěří. Zdá se nám nemožné si představit, že se v břiše matky vyvíjí život, aniž by měla zaoblené břicho. Ale nezjištěné těhotenství je ve společnosti běžnější, než si myslíme (Marinopoulos, Nisand 2011).

HISTORIE NEPOZNANÉHO TĚHOTENSTVÍ

Pojem nepoznaného těhotenství je relativně mladým termínem. Lékařský fakt, který označuje, však byl pozorován již dlouho před jeho pojmenováním. V 17. století popisuje doktor Marce, že některé ženy, které byly hospitalizovány v průběhu těhotenství, o své graviditě vůbec nevěděly. Není bez zajímavosti, že k tomuto pozorování dospěl Marce, který spolu s doktorem Pinelem patřil k zakladatelům psychiatrie ve Francii (Marce 1858).

Stoupenci zpátečnické medicíny však správný vhled doktora Marcea popírali a v nepoznaném těhotenství spatřovali pouze jeho „skrývání“ (Tardieu, 1874). Koncept nevědomého těhotenství, jak jej pojmenovává psychoanalytik (Gould, 1898), se však navzdory těmto překážkám postupně prosazoval mezi všemi, kteří se touto problematikou vážněji zabývali.

Pojem „nepoznané těhotenství“ se spolu s rozvojem psychiatrie používá od roku 1970. Nepoznané těhotenství se postupně prosazuje jako chorobopisná jednotka, tj. jako nesporné psychiatrické onemocnění. Mezinárodní specialisté dokonce v roce 1990 přicházejí s návrhem, aby bylo zahrnuto do příručky DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) – do bible psychiatrického chorobopisu, která tehdy procházela revizí. Tento návrh nebyl přijat, ale výzkumy prováděné od té doby až do současnosti

dále prokazují zvláštní charakter této psychopatologické entity. Můžeme se proto domnívat, že při některé z příštích revizích k jejímu zápisu do DSM dojde (Bayle, 2016).

Tchanen (2013) uvádí: „Termín nepoznaného těhotenství se v literatuře objevuje až od roku 1970. Setkáváme se s ním u popsaných klinických případů u žen trpících psychiatrickými poruchami. Nepoznané těhotenství se tak považuje za obranný mechanismus související s psychózou. Ke konsenzu v této věci se schyluje až v letech 1980- 1990 kdy řada publikací prokazuje, že nepoznané těhotenství není tak zřídka, jak se zdálo, a především, že se netýká pouze žen s duševními patologiemi.“ Je to kontroverzní téma, které je autory různě rozlišováno. Někteří si myslí, že to souvisí s psychiatrickými patologiemi jako např. Becache. Brezinka tvrdí, že ženy si svého těhotenstvím jsou vědomy, ale skrývají ho. Ale i tak někteří začínají psát o tom (Milstein), že je možné prožít nepoznané těhotenství bez zvláštního rizikového faktoru (Laura a Miller et coll).

V posledních deseti letech byly vedeny studie, které nadále kontrastují s různými hypotézami. V 80. a 90. letech se nepoznané těhotenství jeví jako izolovaná událost od jakékoliv psychiatrické anamnézy (Laura a Miller et coll).

V roce 1991 se rozlišuje psychické nepoznané těhotenství od nepsychického (Laura a Miller et coll).

V roce 2006, (Klaus Beier et coll) vysvětluje, že nepoznané těhotenství je archaický obranný mechanismus, archaická prvotní obrana. Je to obranný mechanismus a velká ambivalence vůči těhotenství.

Podle početných autorů, nepoznané těhotenství tedy nesouvisí s významnými psychiatrickými poruchami, ale je uznán jako událost, která není skryta. Nebyl prokázán žádný systematický vztah k duševním poruchám vzhledem k tomu, že několik příkladů bez duševní choroby bylo popsáno a sledováno.

Tyto mnohonásobné výzkumy umožnily založení francouzské asociace AFRDG a uznání nepoznaného těhotenství v roce 2004. Také umožnily uskutečnit první francouzskou přednášku pod vedením lékařů veřejného zdraví. Jednalo se tedy už o řešení skutečného problému veřejného zdraví týkajících se žen i dětí (Bayle et coll., 2005).

ROZDĚLENÍ NEPOZNANÉHO TĚHOTENSTVÍ

Podle lékařů existují různé typy negace těhotenství, které ovlivňují všímavost ženy. Nejistěné těhotenství lze zažít v několika formách.

- Částečné nejistěné těhotenství - žena rozpozná během těhotenství, a to většinou mezi pátým a osmým měsícem.
- Úplné nejistěné těhotenství – žena rozpozná krátce před porodem nebo při něm.

- Rozpoznává se ještě třetí typ nepoznaného těhotenství, a to nezjištěné těhotenství kompletní – v tomto případě žijí ženy dlouhodobě v úplném popření těhotenství, to znamená, že si těžce uvědomují, že jsou matkou i po porodu.

NEPOZNANÉ TĚHOTENSTVÍ V ZAHRANIČÍ

Podle studie francouzského sdružení pro nezjištěné těhotenství bylo mezi 5. až 9. měsícem objeveno 1 ze 400 až 500 těhotenství a 1 z 2500 během porodu.

Nejobsáhlejší výzkum o nepoznaném těhotenství byl do této doby publikovaný v roce 2002 německými lékaři Jensem Wesselem a Ulrichem Buscherem v Berlíně v *British Medical Journal*. Probíhal během jednoho roku, a to od roku 1996 do roku 1997. 62 žen, které nepostřehly své nepoznané těhotenství do 20. týdne těhotenství. U 25 žen, bylo těhotenství diagnostikováno až po cítění kontrakcí – často nejprve zaměňovány s ledvinovými kolikami. Další výzkumy vedeny v Rakousku a ve Spojených Státech vedly k podobným poznatkům.

V jiné studii uvádíme prevalenci nepoznaného těhotenství v ostatních zemích, například v Německu je to prevalence 1 případ na 475 porodů u částečného nepoznaného těhotenství. U úplného je to 1 případ na 2500 porodů (Wessel, 2002).

CHARAKTERISTICKÉ VLASTNOSTI ŽEN S NEPOZNANÝM TĚHOTENSTVÍM

Když se mluví o nepoznaném těhotenství, velmi často si myslíme, že se to týká hlavně mladých žen, jelikož to obecně spojujeme se simulací mladých matek. Během nepoznaného těhotenství si žena vůbec neuvědomuje své těhotenství, zatímco během utajovaného těhotenství si je žena vědoma svého těhotenství, ale ze strachu z reakce okolí se rozhodne dobrovolně skrýt těhotenství. Tyto termíny by neměly být zaměněny.

Sophie Marinopoulos, 2011 upřesňuje: *„Těhotenství prochází třemi psychickými trimestry. V úvodu se žena cítí v „jiném stavu“, ale dítě nemá spojené s žádnou konkrétní představou. V druhém trimestru přichází očekávání dítěte s typickými představami matky a otce. Matka o dítěti přemýšlí, představuje si jej, promítá si jej do budoucnosti. S třetím trimestrem se objevují představy o oddělení: matka rozeznává životní rytmy dítěte které se od jejích liší. Pokud jsou tyto psychické etapy příliš časně nebo nezastoupené, svědčí o nutnosti asistence a psychického dohledu nad těhotenstvím.“*

Vysvětlení nepoznaného těhotenství je jako začarovaný kruh. Vzhledem k tomu, že se žena necítí těhotná, není to poznat, a není tu nikdo, kdo by jí řekl, že je těhotná. Těhotenství to není jen fyziologický stav, je to také stav psychický (Bayle, 2016).

PROMĚNA TĚLA

Tělo těhotné ženy je v neustálé evoluci, mění se a formuje během celého těhotenství. Obecně spojujeme těhotenství se zaokrouhlujícím se břichem, během nepoznaného těhotenství ale břicho zůstává ploché.

Je to dynamický proces, který se vyznačuje fyziologickými, biologickými a hormonálními změnami. Ženy po porodu s nepoznaným těhotenstvím uvádějí přírůstek na váze, ale ne tak velký, aby ho mohly přiřadit k těhotenství. Udávají větší chuť k jídlu.

POZICE PLODU

Myšlenka těhotenství je nepravděpodobná pro ženu, ale i pro doprovod. I když je opravdu plod v děloze, jeho postavení není stejné. Plod se dokáže nepostřehnutelně postavit. Je umístěn buď velmi vysoko nebo podél páteře. Kromě toho břišní svaly jsou posíleny, aby uchránily dítě a dále brání zaoblení břicha. Proto si po psychické stránce žena nemůže připadat těhotná, její břicho zůstává stejné. Když se však žena dozví o svém těhotenství, dítě se pohne a uloží se do fetální polohy v příštích hodinách či dnech. Nevýhodou v tomto případě je, že matka vidí břicho se zvětšovat v krátkém čase, může to vést k duševní poruše.

Dítě, které matka necítí, je velmi disktrétní, a proto tyto děti nazýváme „bébé clandestin“ neboli utajené dítě. Nepohybují se tolik, jako plody během normálního těhotenství. Nezůstává však neaktivní, ale žena interpretuje pohyby úplně jiným způsobem. Nadýmání, plynatost, střevní pohyby (Marinopoulos, 2013).

DŮSLEDEK NA PSYCHIKU V TĚHOTENSTVÍ

Podle Sophie Marinopoulos je nepoznané těhotenství obranný mechanismus, kterým se tyto ženy brání. Bojí se čelit určité realitě nebo konfliktu. U těhotných matek vnitřní konflikt často pramení ze životní situace neslučitelné s faktem být matkou (Marinopoulos, 2011).

PROBUZENÍ Z NEPOZNANÉHO TĚHOTENSTVÍ

Ženy, které prožívají nepoznané těhotenství, zpravidla konzultují pro opakované a neustálé příznaky, se kterými se obracejí na svého praktického lékaře či gynekologa. Příznaky jsou četného původu, mohou to být různě opakované bolesti břicha, kontrakce dělohy, metroragie, bederní bolesti. Známky preeklampsie se všemi možnými komplikacemi v tomto extrémním případě.

Často tyto ženy s nepoznaným těhotenstvím, které není ohlášené, nejsou sledované. Nepoznané těhotenství bez lékařské kontroly může způsobit risk pro matku i plod. Může se to týkat jak psychické stránky, tak i fyzické stránky, a to od normality, až po velmi

závažnou patologii. Pokud nebyla provedena žádná lékařská prohlídka, znamená to, že nejsou známy žádné informace o stavu plodu. To vše může způsobit, že se matka po porodu může cítit provinile. Proto by pro tyto ženy měla být péče specifická a neinvazivní. Velmi často toto těhotenství oznamuje lékař, ke kterému žena přijde s běžnými příznaky k lékaři, či na pohotovost po provedení dalšího vyšetření, jako jsou vzorky krve na stanovení těhotenství, ultrazvuku či kontrole moči. Zřídka je to během porodu ženy. Je těžké pro zdravotníky, ať už na příjmu, pohotovosti či porodním sále se vyjádřit tak, aby ženě vysvětlili správně realitu, kterou si nevybrala ze svobodné vůle. Je velice důležité použít správně adaptovaný slovník, který může pomoci těmto ženám později akceptovat tento stav a necítit se provinile. Pro ženy je důležité toto období prodiskutovat už během zbytku svého těhotenství či porodu či pro zpětné si uvědomění co se vlastně stalo. Většina těchto žen pak mají zapotřebí sdílet své pocity, obavy, úzkosti a správně porozumět proběhlé události. Potřebují si o tom popovídat, vyzpovídat se a být pochopeny. Zdravotnický personál pak může tyto informace použít jako prostředek k ověření, že toto tiché těhotenství není příznak nějaké duševní choroby, či nedojde k dekompenzaci nějaké již existující duševní choroby. Je nutné nabídnout uklidňující prostor, dále aby zdravotničtí pracovníci neměli negativní hodnotící úsudek, což ještě bohužel v mnoha případech existuje. Velmi často je žena ve stavu paniky, úžasu nebo údesu a neporozumění. Je ve stavu neporozumění proč těhotenství na svém těle neviděla. Po porodu je doporučeno, aby žena byla v doprovodu, aby se co nejvíce zabránilo jakémukoliv riziku pro matku a budoucího novorozence. Proto přítomnost nějaké osoby, která bude mít dohled nad ženou, je klíč k tomu, aby žena poté mohla žít plnohodnotný život. Po porodu by se na ženu nemělo tlačit. Vazba mezi ženou a jejím novorozencem by měla být spontánní, aby umožňovala smyslnou stimulaci v navázání přirozeného kontaktu. Ve většině případů neexistují žádné psychologické problémy po narození dítěte, ale během uvědomělého těhotenství ženy mají čas se připravit a zvyknout si na změnu situace. V případě nepoznaného těhotenství u nich nedošlo k dostatečné a pozvolné přípravě na situaci po porodu, proto je čeká změna, a to zejména s organizací života s dítětem a že ženy nejprve potřebují podstatnou praktickou podporu. Podle odborníků tyto ženy ale nejsou horšími matkami než ženy, které si nepoznané těhotenství neprožily. I když se vazba matka – dítě vytváří už před porodem a je důležitou součástí těhotenství, u žen s nepoznaným těhotenstvím se tato vazba normalizuje rychle. Podpora psychologa vždy není nutná, ale pochopení a porozumění okolí nutné je. Je pravděpodobné, že podpora okolí, ochrana, ale i pochopení ze strany porodních asistentek či porodníků v době porodu a po něm, bývá požadována za nejdůležitější potřebu jak pro ženu, tak i pro doprovod ženy. Tímto nejdůležitějším bodem se jeví potřeba rychle se přizpůsobit pocitu emočního stavu ženy (Marinopoulos, 2009).

ZÁVĚR

Nepoznané těhotenství není příliš známý pojem i když první písemné zmínky jsou již ze 17. století. V České republice neustále mezi zdravotníky jak lékaři, tak porodními asistentkami převládá informace, že to není možné, aby žena svoje těhotenství na

sobě nezpozorovala. Nepoznané těhotenství je událost, se kterou se každý zdravotnický personál v gynekologickém a porodnickém zařízení může setkat. Proto by bylo vhodné, aby porodní asistentky a lékaři měli i v této oblasti dostatečné znalosti a dovednosti. Pro takovou ženu je důležitá podpora okolí, ochrana, ale i pochopení v době porodu a po něm. To bývá požadováno za nejdůležitější potřebu jak pro ženu, tak i pro doprovod ženy. Pokud porodní asistentky a porodníci sami nemají dostatečné informace o přístupu k ženě, tak nemohou poskytnout ženě odpovídající péči. Důležité je, aby ženy i poté mohly žít plnohodnotný život. Profesionální role i v tomto případě zůstává stejná, být zde pro tyto ženy, naslouchat jim a podpořit je.

POUŽITÉ ZDROJE

- [1] BAYLE, B., 2005, L'enfant à naître. Identité conceptionnelle et gestation psychique. Eres, 2005. ISBN 978-2749204871.
- [2] BAYLE, B., 2016, Le déni de grossesse, un trouble de la gestation psychique. ERES, 2016. ISBN 978-2-7492-5010-6.
- [3] JENKINS, A., MILLAR, S., ROBINS, J. 2011, Denial of pregnancy – a literature review and discussion of ethical and legal issues. J R Soc Med, 2011. pp. 104, 107, 286-291.
- [4] MARCE, L-V. 1858, Traité de la folle des femmes enceintes. 1858
- [5] MARINOPOULOS, S., 2009, De l'impensé à l'impensable en maternité: la grossesse psychique et ses troubles de la représentation. Jacques Besson éd., Parentalité, vous avez dit "fragile" ERES, 2009, pp. 39-51.
- [6] MARINOPOULOS, S., 2013, Les troubles du lien et de l'accueil: dénis de grossesse, néonaticides, naissances sous X, abandons. Marie-France Morel éd., Accueillir le nouveau-né, d'hier à aujourd'hui. ERES, 2013, pp. 321-340.
- [7] MARINOPOULOS, S., NISAND, I., 2011, Elle accouchent et ne sont pas enceintes. Les liens qui libèrent, 2011. ISBN 978-2-918597-28-5.
- [8] MILLER, L.J., 1990, Psychotic denial of pregnancy: phenomenology and clinical management. Hosp. community Psychiatry, 1990, 41: 1233-7.
- [9] PIERRONNE, C., DELANNOY, M.-A., FLOREQUIN, C., LIBERT, M., 2002, Le déni de grossesse: A propos de 56 cas observé en Maternité. 2002.
- [10] SEGUIN, S., BERNARD G., APTER, G., 2013, Dénis et négations de grossesse: une revue de la littérature, La psychiatrie de l'enfant, vol. vol. 56, no. 1, 2013, pp. 267-292.
- [11] TSCHANNEN, K., MAGALI, M., GIACOMINI, M., PALMERI, L., 2013, Un passager clandestin: la vérité sur le déni de grossesse Haute École de santé de Genève. Filière nutrition et diététique, en collaboration avec l'Université de Geneve, Faculté de médecine, juin 2013.
- [12] WESSEL, J., BUSCHER, U., 2002, Denial of pregnancy: population based study. BMJ 2002; 324:458.

UNRECOGNIZED PREGNANCY



ABSTRACT

The article is theoretical and describes the phenomenon of unrecognized pregnancy. The phenomenon of unrecognized pregnancy is not widely known in the Czech Republic, even though the first mentions date back to the 17th century. An unrecognized pregnancy is an event that any medical staff in a gynecological and obstetric facility may encounter. Therefore, it would be appropriate for midwives and doctors to have sufficient knowledge and skills in this area. Basic role of medical professional remains unchanged - to be there for these women, to listen to them and to support them.

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

Bc. Milada Cusi
Hôpitaux Universitaire de Genève
4 rue Gabrielle-Perret-Gentil
1205 Genève
Suisse
e-mail: milada.cusi@gmail.com

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

KEYWORDS:

pregnancy, unrecognized pregnancy,
hidden pregnancy, woman

KOMPLIKACE SOUVISEJÍCÍ SE ZAVEDENÝM PERIFERNÍM ŽILNÍM KATÉTREM (PŽK) U DĚTÍ – LITERÁRNÍ PŘEHLED

GABRIELA SVĚTNICKÁ
LUCIE SIKOROVÁ
OSTRAVSKÁ UNIVERZITA

ABSTRAKT

Cíl: Cílem literárního přehledu bylo vyhledat, analyzovat a popsat komplikace související se zavedeným periferním žilním katétrem (PŽK) u dětí a dále zjistit, zda se komplikace častěji vyskytují u dětí s chronickým onemocněním.

Design: Literární přehled.

Metodika: Do literárního přehledu byly zařazeny plné texty odborných článků publikovaných v anglickém jazyce za období 2011–2020. K vyhledávání relevantních dat byly použity elektronické databáze Medline, CINAHL, Science Direct, Wiley Online Library, PubMed. Z celkového počtu 65 studií bylo analyzováno 7 kvantitativních studií, které splňovaly daná kritéria.

Výsledky: Celkem bylo vyhledáno 231 příspěvků. Po vyřazení duplicitních a nerelevantních publikací bylo do hodnocení zařazeno 7 studií. Studie byly zaměřeny na výskyt nejčastějších komplikací v místě zavedení periferního žilního katétru (dále jen PŽK). Každá studie popisovala výskyt komplikací, jako jsou flebitida, extravazace, infiltrace, dislokace nebo náhodné odstranění PŽK. Častější výskyt flebitidy byl zaznamenán u dětí, které trpí jiným přidruženým onemocněním – diabetes mellitus, hypertenze a jiné.

Závěr: I přes rozdílnou metodiku všechny výzkumné studie zahrnuté do literárního přehledu vykazovaly, že komplikace jako flebitida, infiltrace, extravazace v místě zavedení PŽK, náhodné odstranění nebo dislokace se u dětí v současnosti – i přes profesionální ošetrovatelskou péči – stále vyskytují. Zjištěno bylo také, že zvýšený výskyt těchto komplikací v místě zavedení PŽK byl evidován u dětí s chronickým onemocněním. Jako doporučení pro praxi bychom mohly uvést častější monitoring místa zavedení PŽK a brát vždy v potaz chronická onemocnění dětí, které mohou výskyt daných komplikací ovlivnit.

KLÍČOVÁ SLOVA:

komplikace, periferní žilní katétr, dítě

ÚVOD

Zavedení PŽK patří v moderní praxi k nejčastějším ošetrovatelským intervencím. Klinicky se používá celá řada katétrů, ale nejčastěji je využíván periferní žilní katétr, protože umožňuje rychlý přístup do cévního systému a nejedná se o tak invazivní metodu, jakou je bezesporu centrální žilní katétr (Jamal et al., 2019, str. 22).

Moderní medicína dnes využívá velké množství PŽK, které se skládají z plastové kapiláry, jež zůstává zavedená v žilním systému, a z jehly s ostrým hrotem, která je po venepunkci odstraněna (Krška, 2011, str. 184). PŽK se liší svou konstrukcí – existují PŽK s fixačními křídélky nebo bez těchto křidélek, tzv. tužkové. Katétrů mohou být jednoramenné, ty se využívají nejčastěji, nebo víceramenné, které se využívají zejména v akutní péči. Katétrů se vyrábějí např. z teflonu, polyuretanu nebo vialonu (Vytějčková, 2015, str. 85). Některé katétrů obsahují antimikrobiální nebo antiseptické látky, díky nimž je možné snížit výskyt nežádoucích komplikací, jako je např. infekce v místě zavedení PŽK. Analýzy provedené k této problematice jasně ukazují, že PŽK potažené chlorhexidinem nebo sulfadiazinem stříbrným snižují riziko vzniku katéetrových infekcí v krevním řečišti v porovnání se standardními katétrů. Uvedené katétrů jsou sice dražší, ale z dlouhodobého hlediska přinášejí značné úspory celkových nákladů. Využití těchto katétrů se doporučuje u pacientů, kteří jsou ošetrováni v akutní péči (Joana Briggs Institute, 2008).

PŽK je dnes již neodmyslitelnou součástí moderní medicíny a ošetrovatelské péče, kromě podávání intravenózní terapie můžeme PŽK využít také k monitorování hemodynamických parametrů nebo k odběrům krve (Veverková et al., 2019, str. 16). Indikacemi k zavedení PŽK jsou: odběry krve, infuzní terapie, aplikace kontrastní látky a intravenózních léků, aplikace krevních derivátů, doba léčby kratší než jeden týden, podání léků s osmolaritou menší než 600 mosmol/l, pH léků podávaných do PŽK 5–9, v případě, že není možné léky podávat jinou formou než intravenózní, pokud se léky nevstřebávají zaživacím systémem, v případě přesného podání léku a rychlého nástupu účinku léčiva, pro úpravu vnitřního prostředí a při použití infuzního roztoku jako nosiče léku. Kontraindikacemi k zavedení PŽK mohou být: tenké, křehké žíly, žíly dlouhodobě iritované předchozí kanylací, paréza nebo plegie končetiny, do níž budeme PŽK zavádět, ekzém, trauma, operace, infekce (Veverková et al., 2019, str. 10).

PŽK je doporučeno měnit v časovém intervalu 3–4 dnů. Díky tomuto opatření je možné účinně předcházet vzniku takových komplikací, jako je např. zánět žíly (Veverková et al., 2019, str. 16).

Zavedení PŽK vyžaduje od zdravotnického personálu dostatečnou zručnost, zkušenosti a dobré znalosti ošetrovatelských postupů a dodržování zásad aseptického výkonu (Jirouš, 2012, str. 3). Aplikace léčivých přípravků touto cestou je dnes každodenní součástí rutinní práce zdravotníků a značnou nevýhodou je riziko vzniku lokálních nebo celkových komplikací. Nejčastější komplikací u zavedeného PŽK je flebitida, extravazace, hematom

a infiltrace (Erdogan a Denat, 2016, str. 619). Flebitida je jednou z nejčastějších komplikací PŽK a může prodloužit pobyt pacienta v nemocnici (Suliman et al., 2020, str. 92). Periferní žilní katetrizace se velmi často využívá také u dětí, ale zavedení PŽK u nich bývá obtížnější z důvodu drobných a křehkých žil a rovněž výskyt zánětu katérové flebitidy bývá u dětí častější než u dospělých pacientů (Andriyani et al., 2013, str. 118). U pediatrických pacientů představují selhání PŽK a komplikace související s jeho zavedením celosvětově významný problém, proto je nutné, aby poskytovatelé zdravotní péče pokračovali v úsilí a snaze o prevenci a snížení výskytu těchto nežádoucích komplikací (Indarwati et al., 2019, str. 7). Faktorů, které mohou přispět ke vzniku infuzní flebitidy u zavedeného PŽK, je celá řada. Je nutné sledovat dobu po kterou je katetr zaveden, provádět aseptické proplachování katetru a zaměřit se na správnou manipulaci při ošetřování PŽK, jako další můžeme uvést faktory jako je věk – hlavně dětský věk, který je charakterizován horší snášenlivostí k zavedení PŽK a také k ošetřování intravenózního vstupu. U dětí je nutné přihlížet také ke zvýšenému prožívání bolesti při zavádění a nespolupráci pacienta. U dětí bývá také velmi častou komplikací okluze a náhodné odstranění (Ben Abdelaziz et al., 2017, str. 1528).

METODY

Design studie má podobu literárního přehledu. Tato studie byla vypracována podle pokynů Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and MetaAnalyses (PRISMA) guidelines (Rahnemaie et al., 2019, str. 5).

CÍL

Cílem literárního přehledu bylo vyhledat, analyzovat a popsat komplikace související se zavedeným periferním žilním katérem u dětí a dále zjistit, zda se komplikace častěji vyskytují u dětí s chronickým onemocněním.

ZAŘAZUJÍCÍ KRITÉRIA

Do výzkumu byly zařazeny primární studie a přehledové články. Podmínkou zařazení článků do literárního přehledu bylo jejich publikování v období 2011–2020. Cílem práce bylo najít studie, které jsou zaměřeny na výskyt komplikací v místě zavedení PŽK u dětí. Dalším kritériem byla dostupnost plného textu. Jazykem pro vyhledávání byla angličtina a čeština.

VYLUČUJÍCÍ KRITÉRIA

Vyloučenými typy publikací byly komentáře, úvodníky, informační materiály pro pacienty, novinové články, biografie, autobiografie a kazuistiky. Dále byly vyloučeny publikace zaměřené na dospělé jedince.

ZDROJE

Jako zdroj dat byly použity volně dostupné a licencované elektronické databáze: EBSCO, MEDLINE Complete, CINAHL Plus with Full text, Science Direct, Wiley Online Library, PubMed.

VYHLEDÁVÁNÍ

Vyhledávání relevantních prací bylo založeno na bázi anglických klíčových slov: complications, peripheral intravenous catheter (PIVC), child (v českém jazyce: komplikace, periferní žilní katétr, dítě).

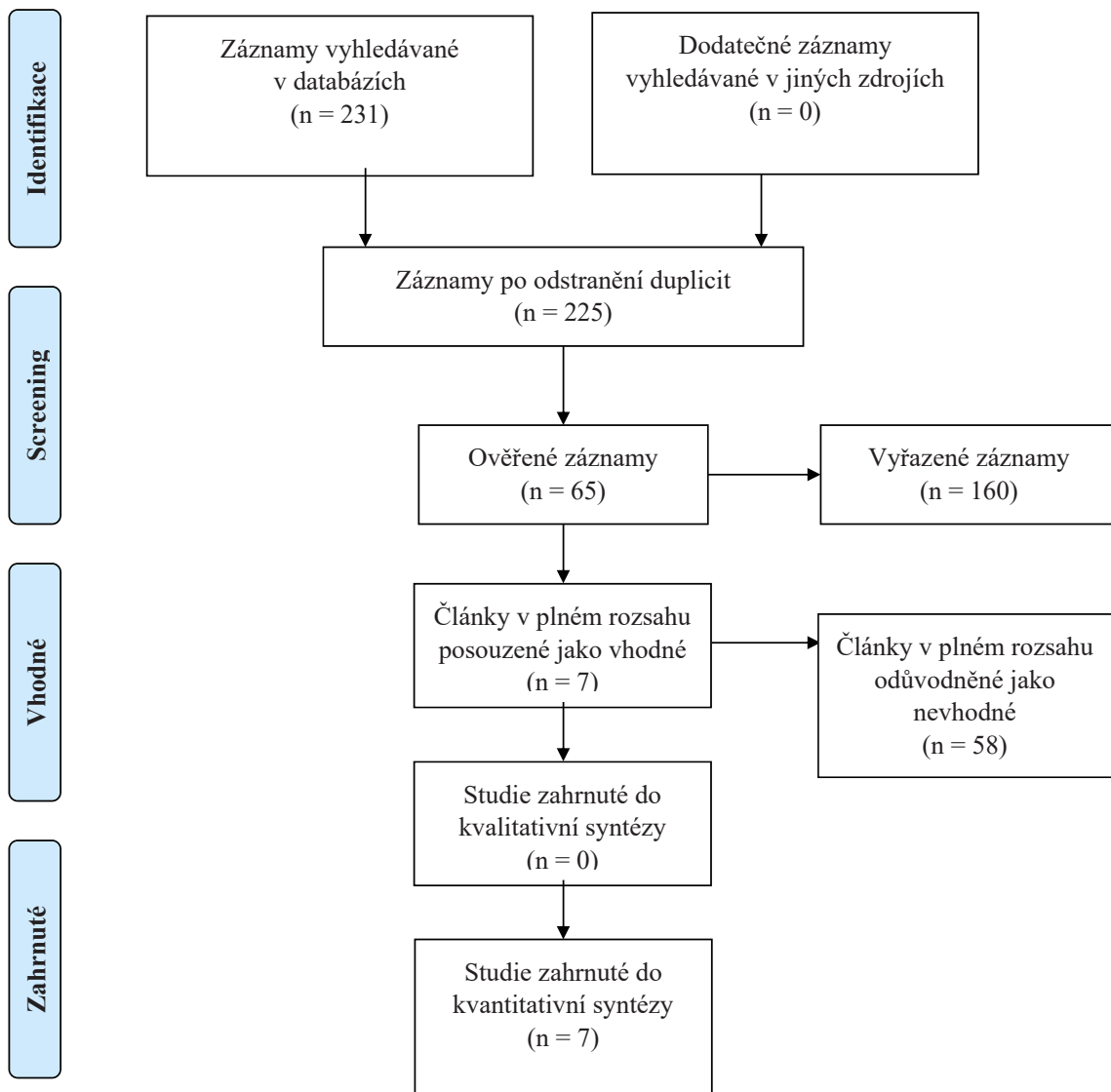
VÝBĚR STUDIE

Pro rozšířené vyhledávání v elektronických databázích byly použity booleovské operátory AND a OR.

ANALÝZA DAT

Pomocí uvedené vyhledávací strategie bylo nalezeno celkem 231 příspěvků. Tyto studie byly hodnoceny nezávisle dvěma autory a nesrovnalosti byly vyřešeny shodou: po počátečním prohledání bylo vyloučeno 6 duplicitních studií a dále k posouzení zůstalo 225 studií, po kontrole názvu a abstraktu bylo vyloučeno dalších 160 záznamů. Ze zbývajících 65 plných článků bylo 58 vyřazeno z důvodu nesrovnalosti v prezentování zjištěných výsledků. Výsledně bylo získáno celkem 7 studií, které splňovaly zadaná kritéria a staly se klíčovými pro naši práci. Použili jsme postupné vyřazování studií dle doporučení PRISMA, viz schéma 1, Flow diagram. Ke konečnému zpracování byly vybrány studie, které se zaměřovaly na komplikace v místě zavedení PŽK u dětí a na výskyt těchto komplikací u dětí s chronickým přidruženým onemocněním.

Schéma 1: Flow diagram výběru studií – doporučení PRISMA (Rahnemaie et al., 2019, str. 5).



VÝSLEDKY

K nejčastějším komplikacím PŽK u dětí náleží podle výsledků vyhledávání flebitida, extravazace, infiltrace (Ben Abdelaziz et al., 2017, str. 1534; Furtado, 2011, str. 17; Harity Akbar a Isfandiari, 2018, str. 7; Jamal et al., 2019, str. 25; Nagpal et al., 2015, str. 68; Santos et al., 2016, str. 703; Suliman et al., 2020, str. 90). Výskyt těchto komplikací souvisí s přidruženými onemocněními dítěte, jako je diabetes mellitus, maligní onemocnění, infekční či respirační onemocnění a hypertenze (Furtado, 2011, str. 17; Harity Akbar a Isfandiari, 2018, str. 5; Jamal et al., 2019, str. 25).

VÝSKYT FLEBITIDY U DĚTÍ

Z výzkumu prováděného u dětí starších 12 let vyplynulo, že nejčastější komplikací vyskytující se u zavedeného periferního žilního katétru je flebitida, která se objevuje obvykle druhý a třetí den po zavedení (Suliman, 2020, str. 89). Podobně autoři Nagpal a kol. (2015) zjistili, že incidence flebitidy u dětských pacientů činila 71,25 %, a to nejčastěji flebitida 2. stupně (46,25 %). Výskyt flebitidy se začal zvyšovat z 3,7 % na 21,2 % po 24 hodinách od zavedení PŽK a dosáhl 27,5 % po 48 hodinách od zavedení PŽK. Ze studie autorů Suliman et al. (2020), která byla provedena na pediatrických odděleních v Severním a Středním Jordánsku, vyplynulo, že při sledování místa zavedení PŽK ve více než 12hodinových intervalech při použití VIP škály doprovází flebitida místo zavedení PŽK v 53,4 %. Jako další rizikové faktory rozvoje flebitidy byly zjištěny: zavádění PŽK nezkušenou sestrou, zavedení katétru na dolní končetině, katétr s kontaminovaným obvazem (Suliman et al., 2020, str. 90). Nejčastější místní komplikací spojenou s intravenózní terapií a PŽK byla flebitida a modřiny, a to ve 3,8 % (Santos et al., 2016, str. 704). Ben Abdelaziz et al. (2017) provedli výzkum zaměřený na sledování komplikací, které vznikají v místě zavedení PŽK, a výskyt flebitidy byl shledán v 11 případech, tj. v 5,1 %. Studie autora Furtado (2011) uvádí výskyt flebitidy v místě zavedení PŽK v 61,5 %. Harity Akbar a Isfandiari (2018) ve svém výzkumu uvádějí, že flebitida je čtvrtou nejčastější infekcí, která se vyskytovala u hospitalizovaných dětí. Jamal et al. (2019) publikovali výsledky svého výzkumu, kde výskyt flebitidy byl shledán v 53,5 %, přičemž stupeň 1 se vyskytoval ve 35,1 %, stupeň 2 v 52,7 % a stupeň 3 ve 12,1 % (viz tabulka č. 1).

VÝSKYT EXTRAVAZACE A INFILTRACE U DĚTÍ

Mezi nejčastější komplikace, které mohou vzniknout u zavedeného PŽK, patří vedle výskytu flebitidy také extravazace a infiltrace. Vznik extravazace byl zaznamenán ve 34,9 % a únik do okolí (infiltrace) ve 12,1 % (Suliman et al., 2020, str. 92). Prospektivní studie, která byla provedena v USA, zjistila, že místní komplikaci spojenou s intravenózní terapií a katétrem představovala v 7,5 % infiltrace anebo extravazace (Santos et al., 2016, str. 703). Ben Abdelaziz et al. (2017) ve svém výzkumu zjistili výskyt infiltrace v 80 případech, resp. v 37,2 % (viz tabulka č. 1).

VÝSKYT NÁHODNÉHO ODSTRANĚNÍ PŽK U DĚTÍ

Výskyt náhodného odstranění nebo umístění byl shledán v 19 případech z 215 zavedených PŽK, tj. v 8,8 % (Ben Abdelaziz et al., 2017, str. 1928). Americká studie provedená u 53 dětí ve věku 0 až 2 roky uvádí, že náhodné odstranění periferního žilního katétru bylo nejčastějším a hlavním důvodem odstranění venózního vstupu, a to ve 39,6 %. Dalším důvodem ukončení zavedení PŽK bylo dle této studie odstranění katétru kvůli propuštění dětí z nemocnice (ve 30,2 %) a délka zavedení katétru nad 72 hodin, a to v 11,3 % (Santos et al., 2016, str. 704), viz tabulka č. 1.

VÝSKYT FLEBITIDY JAKO NEJČASTĚJŠÍ KOMPLIKACE PŽK U DĚTÍ S PŘIDRUŽENÝM ONEMOCNĚNÍM

Zvýšená incidence flebitidy byla zjištěna v popisné průřezové studii, která byla realizována na lékařské univerzitě v Rávalpindí (Pákistán) u dospívajících od 16 let, u pacientů s hypertenzí či diabetem mellitem a u pacientů, kterým byl zaveden katétr bez použití rukavic při zavádění. Tato studie byla provedena u 170 pacientů, kteří měli zavedený periferní žilní katétr minimálně 72 hodin. Ti, u nichž se vyskytovaly komplikace, jako např. kožní exantém nebo alergie na léky, měli PŽK odstraněn již před 72 hodinami, a tak byli z výzkumu vyloučeni. Flebitida byla klasifikována pomocí skóre VIP. 91 ze 170 pacientů (53,5 %) vykazovalo určitý stupeň flebitidy. Nejčastěji byl nalezen stupeň 2, tj. zarudnutí, bolest a otok, s výskytem 52,7 %. Stupeň 1, tedy erytém a zarudnutí, se vyvinul u 35,1 % dospívajících a stupeň 3, tj. bolest, erytém a indurace, byl zaznamenán u 12,1 % dětí. U dětí s diabetem mellitem se vyskytovala flebitida v 70 % případů. Nejvýznamnějším nálezem v této studii bylo zjištění, že u pacientů s onemocněním diabetes mellitus je až 8x vyšší výskyt flebitidy než u pacientů, kteří touto nemocí netrpí (Jamal et al., 2019, str. 22). V případové kontrolní studii se 45 respondenty, která byla provedena v Indonésii, se zjistilo, že výskyt flebitidy je na čtvrtém místě infekcí vznikajících u hospitalizovaných pacientů. Mezi sledované faktory, jež mohou působit na zvýšený výskyt flebitidy, byly zařazeny: věk, pohlaví, stav výživy, hypertenze a onemocnění diabetes mellitus. I v této studii autoři zjistili, že výskyt flebitidy je u pacientů s onemocněním diabetes mellitus až 18násobně vyšší než u pacientů, kteří tímto onemocněním netrpí, a že jsou pacienti s hypertenzí ohroženi výskytem flebitidy 6násobně více než pacienti, kteří toto onemocnění nemají. U pacientů s malnutricí bylo riziko vzniku flebitidy 4násobně vyšší oproti pacientům, kteří měli normální váhu nebo byli mírně obézní (Harity Akbar a Isfandiari, 2018, str. 5). Furtado (2011) z Portugalska provedl studii za účelem incidence flebitidy u PŽK a rizikových faktorů jejího výskytu u dětí s přidruženým onemocněním. Výzkumu se zúčastnilo celkem 171 pacientů a monitorováno bylo 286 periferních žilních katétrů. Průměrný výskyt flebitidy činil 61,5 % a faktory jako onemocnění diabetes mellitus byly identifikovány jakožto relevantní pro rozvoj flebitidy, viz tabulka č. 1.

Tabulka č. 1: Přehled studií zaměřených na komplikace PŽK u dětí

Autor, rok, země	Typ studie	Věk	Soubor	Metody	Výsledky
Ben Abdelaziz, 2017, Tunís	Prospektivní observační multicentrická studie	Průměrný věk dětí: 5,2 ± 4,7 let (1 měsíc až 18 let)	n = 98 215 procedur – zavedení PŽK	Phlebitis monitoring scale VIP (Jackson, 1998) INS, 2016, s. 98	Komplikace byly zaznamenány u 111 (51,9 %) zavedených PŽK u 46 (46 %) dětí, a to: - infiltrace n = 80 (37,2 %) případů - náhodné odstranění n = 19 (8,8 %) případů - flebitida n = 11 (5,1 %) případů - jeden případ nekrózy kůže
Furtado, 2011, Portugalsko	Deskriptivní studie	16 a více let	n = 171 286 procedur – zavedení PŽK	Phlebitis monitoring scale VIP (Jackson, 1998)	Průměrný výskyt flebitidy činil 61,5 % a zvýšeným rizikovým faktorem pro vznik flebitidy bylo onemocnění diabetes mellitus n = 36 (21,1 %) (p = 0,011)
Harity Akbar a Isfandiari, 2018, Indonésie	Případová kontrolní studie	Neuveden	n = 45	Není uvedeno	Flebitida se vyskytovala jako 4. nejčastější infekce u hospitalizovaných dětí; její vznik byl ovlivněn nezávislými proměnnými: - malnutrice n = 31 (69 %) - hypertenzní anamnéza n = 34 (76,5 %) - diabetes mellitus v anamnéze n = 39 (87 %) Výskyt flebitidy byl u pacientů: - s malnutricí 4x vyšší - u hypertenze 6x vyšší - u diabetu mellitu až 18x vyšší oproti pacientům bez těchto proměnných

Jamal, 2019, Pákistán	Deskriptivní studie	16 a více let	n = 170	Phlebitis monitoring scale VIP (Jackson, 1998)	<p>Celkový výskyt flebitidy:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 53,5 % - stupeň 1 – 35,1 % - stupeň 2 – 52,7 % - stupeň 3 – 12,1 % - u pacientů s hypertenzí n = 30 (58 %), p = 0,047 u pacientů s onemocněním diabetes mellitus n = 37 (70 %), p = 0,004
Nagpal, 2015, Indie	Prospektivní studie	2 měsíce až 18 let	n = 80	Phlebitis monitoring scale VIP (Jackson, 1998) pro bolest FLACC, FACES nebo číselná stupnice bolesti	<p>Celkově výskyt flebitidy:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 71,25 % - stupeň 0 n = 12 (15 %) případů - stupeň 1 n = 11 (13,75 %) případů - stupeň 2 n = 46,25 % - výskyt flebitidy se poté začal zvyšovat z 3,7 % na 27,5 % za 24 hodin a o 27,5 % po 48 hodinách
Santos, 2016, USA	Deskriptivní studie	0 až 2 roky	n = 53	Pořízení fotografií v časových intervalech a posouzení	<p>Odstranění PŽK z důvodu:</p> <ul style="list-style-type: none"> - náhodného odstranění n = 21 (39,6 %) - propuštění dítěte n = 16 (30,2 %) - délka zavedení >72 hodin n = 6 (11,3 %). - vznik infiltrace/extravazace n = 4 (7,5 %) - vznik flebitidy n = 2 (3,8 %)
Suliman, 2020, Jordánsko	Průřezová, observační studie	Děti mladší 12 let	n = 307	Phlebitis monitoring scale VIP (Jackson, 1998)	<p>Komplikace PŽK:</p> <ul style="list-style-type: none"> - flebitida n = 164 (53,4 %) - extravazace n = 107 (34,9 %) - bolest n = 37 (12,1 %) - infiltrace n = 37 (12,1 %) - obstrukce n = 26 (8,5 %).

DISKUSE

Cílem literárního přehledu bylo vyhledat a analyzovat komplikace související se zavedením PŽK u dětí a dále zjistit, zda se komplikace častěji vyskytují u dětí s chronickým onemocněním. Mnozí autoři studií uvádějí, že flebitida je jednou

z častých komplikací v místě zavedení PŽK (Harity Akbar a Isfandiari et al., 2018, str. 6; Nagpal et al., 2015, str. 68; Santos et al., 2016, str. 704; Suliman et al., 2020, str. 89). Míra flebitidy se v tomto přehledu značně lišila, v některých případech až v 50 % případů sledování, přičemž INS (2016) uvádí míru výskytu flebitidy na 5 %. Studie nezaznamenaly pouze flebitidu, ale také extravazaci, infiltraci, náhodné odstranění, bolest apod. Zjištěním tohoto výzkumu je, že v případě komplikací je nutné urychleně zahájit léčbu a tímto předejít nepohodlí nebo bolesti pacienta.

Tento literární přehled byl založen na 7 studiích z Tunisu, USA, Portugalska, Indonésie, Pákistánu, Indie a Jordánska. Skutečnost, že výzkum nebyl prováděn ve větším rozsahu v západních zemích, nás upozornila na to, že by bylo vhodné realizovat takový typ výzkumu i ve více v zemích západního světa, aby bylo možné skutečně optimalizovat ošetrovatelskou péči u dětí se zavedeným PŽK.

Analyzované studie uvádějí zvýšený výskyt flebitidy 2. stupně, je zde tedy na zvažení provádění častějších kontrol místa zavedení PŽK a tím zachycení flebitidy dříve, než se rozvine až do druhého stupně, protože bolestivost a léčba tohoto stupně flebitidy je jistě pro dětského pacienta velmi nepříjemnou zkušeností. Použití inovativního ošetrovatelského postupu v péči, spočívajícího zejména ve zvýšené observaci a užití průhledného krytí, mělo téměř stoprocentní úspěšnost ve snížení výskytu flebitidy (Weyers a Bester, 2015, str. 1). Používání inovativních postupů by tak mohlo být velkým přínosem v ošetrovatelské péči o PŽK u dětí, protože komplikace, jako je flebitida, by se mohla na základě těchto zjištění zcela odstranit. Vyšší výskyt flebitidy byl zaznamenán u přidružených chronických onemocnění, jako je diabetes mellitus, hypertenze a jiné, a to až v 70 % (Jamal et al., 2019, str. 25). Tato zjištění jsou velmi závažná a díky nim bychom mohly předpovídat vznik flebitidy a jiných komplikací u těchto pacientů a provést opatření, která by vedla ke snížení možnosti vzniku konkrétních komplikací. Již při hospitalizaci dítěte je tedy důležité upozornit zdravotnický personál na fakt, že pacient trpí chronickým onemocněním, aby tak ošetřující mohli inovativním způsobem, např. častější kontrolou místa vpichu, předcházet vzniku nežádoucích komplikací. Flebitida je však závažným problémem nejen u dětí s přidruženým chronickým onemocněním, jako doporučení pro budoucí výzkumy bychom tedy mohli uvést nutnost zlepšení povědomí o rizikových faktorech pro flebitidu, zejména o výše uvedených komorbiditách, jako je např. diabetes mellitus, a objevení účinnějších preventivních metod.

Výskyt infiltrace a extravazace je uveden ve 3 studiích literárního přehledu. Studie, které se věnují pouze extravazaci a infiltraci, nalezeny nebyly, vždy byly uvedeny i jiné komplikace a často také rizikové faktory, které mohou ke vzniku komplikací přispět. Výskyt těchto komplikací nebyl nikterak zanedbatelný a stejně jako v případě flebitidy by bylo vhodné provést další výzkumná šetření, která by zaváděla inovativní ošetrovatelské postupy vedoucí ke snížení výskytu infiltrace a extravazace. Jako příklad můžeme uvést častější observaci anebo užití průhledných krytí. U dětí bylo, co se týče komplikací, zaznamenáno rovněž náhodné odstranění katétru anebo jeho dislokace (Ben Abdelaziz et al., 2017, str. 2112; Santos et al., 2016, str. 703). Tato komplikace je ve výzkumech uváděna

zvláště v případě dětských pacientů, a to nejčastěji u mladších věkových skupin. Zde se nabízí možnost inovativních ošetrovatelských postupů v zajištění PŽK, např. využití dlah a častější observace místa zavedení PŽK. Děti jsou obvykle hospitalizovány v doprovodu svých rodičů, tudíž vhodnou edukací rodičů by mohlo dojít ke snížení výskytu uvedené komplikace.

Většina studií souvisejících s komplikacemi v místě zavedení PŽK byla prováděna u dospělých pacientů, dětem se doposud věnovalo jen velmi málo výzkumníků. Kvalitní ošetrovatelskou péčí je však nutné poskytovat na základě výzkumných šetření k dané problematice, aby mohla využívat nejnovějších poznatků a zavádět je do praxe a tím předcházet vzniku komplikací, v našem případě komplikacím v místě zavedení PŽK u dětí. Ve vyhledaných studiích je často uváděn velký věkový rozptyl sledovaných dětí. Některé ze studií mají uveden věk dětí od 2 měsíců až po 18 let. Z výzkumů jasně vyplývá, že děti mladšího věku 0 až 2 roky mají výskyt komplikací odlišný od dětí, které jsou hospitalizovány ve vyšším věku. Santos et al. (2016) provedl výzkum u dětí ve věku 0 až 2 roky a jako nejčastější komplikaci uvádí náhodné odstranění PŽK, což bylo hlavním důvodem odstranění venózního vstupu (39,6 %). U dětí, které jsou hospitalizovány ve vyšším věku, se tato komplikace nevyskytla. Na základě těchto zjištění by bylo vhodné provádění výzkumu s jasným zaměřením na věk hospitalizovaných dětí a tím přesněji určit nejčastější komplikace, které u PŽK mohou vznikat vzhledem k věku dětí.

ZÁVĚR

Zahraniční výzkumy přinášejí důkazy o tom, jaké komplikace mohou vzniknout u intravenózního vstupu zavedeného dětem. V naší přehledové studii jsme se zaměřily na výskyt flebitidy, extravazace, infiltrace, dislokace a náhodného odstranění PŽK u dětí. V neposlední řadě se věnujeme také výskytu komplikací u zavedeného PŽK u dětí s chronickým přidruženým onemocněním. Prevence vzniku komplikací a následná aplikace zjištěných nových poznatků z výzkumů si klade za cíl zkvalitnit ošetrovatelskou péči a předcházet nežádoucím komplikacím u intravenózních vstupů dětí.

Etické aspekty a konflikt zájmu

Autorky příspěvku deklarují, že tato přehledová studie nemá žádný konflikt zájmu.

Autorský podíl

Koncepce a design (LS, GS), analýza a interpretace dat (GS), zpracování návrhu rukopisu (GS), kritická revize rukopisu (LS), finální dopracování článku (LS, GS).

POUŽITÉ ZDROJE

- [1] ANDRIYANI, R., SATARI, H. I., AMALIA, P. 2013. Duration of peripheral intravenous catheter use and development of phlebitis. In: *Paediatrica Indonesiana*, 53(2): 117-20.
- [2] BEN ABDELAZIZ, R., HAFSI, H., HAJJI, H. et al. 2018. Correction to: Full title. peripheral venous catheter complications in children: predisposing factors in a multicenter prospective cohort study. In: *BMC Pediatrics*, 18(1).
- [3] ERDOGAN, B. C., DENAT, Y. 2016. The Development of Phlebitis and Infiltration in Patients with Peripheral Intravenous Catheters in the Neurosurgery Clinic and Affecting Factors. In: *International Journal of Caring Sciences*, 9(2).
- [4] FURTADO, L. C. R. 2011. Incidence and predisposing factors of phlebitis in a surgery department. In: *British Journal of Nursing*, 20(7): 16-25.
- [5] HARITY AKBAR, N. M. F., ISFANDIARI, M. A. 2018. The Influence of Patients' Characteristics with Intravena Catheter in Phlebitis Incidence. In: *Jurnal Berkala Epidemiologi*, 6(1): 1-8.
- [6] NDARWATI, F., MATHEW, S., MUNDAY, J., KEOGH, S. 2020. Incidence of peripheral intravenous catheter failure and complications in paediatric patients: Systematic review and meta analysis. In: *International Journal of Nursing Studies*, 102.
- [7] INFUSION NURSES SOCIETY (INS). 2016. Infusion Therapy Standards of Practice. In: *Journal of infusion Nursing*, 39(1): 68-94.
- [8] JAMAL, Z. et al. 2019. Peripheral Intravenous Catheter related Thrombophlebitis- Incidence and Risk Factors A Cross Sectional Study. In: *Journal of Rawalpindi Medical College: Students Supplement*, 23(1).
- [9] JIROUŠ, J. Prevence infekcí cévního řečiště spojených s intravaskulární katetrizací. In: *SNEH-Česká společnost nemocniční epidemiologie a hygieny České lékařské společnosti J. E. Purkyně*.
- [10] KRŠKA, Z. et al. 2011. *Techniky a technologie v chirurgických oborech*. Praha: Grada Publishing, s. 262. ISBN 978-80-247-3815-4.
- [11] NAGPAL, P., KHERA, G. K., KUMAR, Y. 2015. A study Assess the Clinical Pattern of Phlebitis among children admitted in selected hospital of Ambala, Haryana. In: *Nursing and Midwifery Research Journal*, 11(2): 68-77.
- [12] RAHNEMAIE, F. S., ZARE, E., ZAHERI, F., ABDI, F. 2019. Effects of Complementary Medicine on Successful Breastfeeding and its Associated Issues in the Postpartum Period. In: *Iranian Journal of Pediatrics*, 29(1): 1-10.
- [13] SANTOS, L. M. D., CALDAS DE ALMEIDA, T. J., FREITAS MIRANDA, J., et al. 2016. Peripheral venous accesses in hospitalized children: a photographic study. In: *Journal of Nursing Ufpe Online*, 10: 701-707.
- [14] SULIMAN, M., SALEH, W., AL-SHIEKH, V. et al. 2020. The Incidence of Peripheral Intravenous Catheter Phlebitis and Risk Factors among Pediatric Patients. In: *Journal of Pediatric Nursing*, 50: 89-93.
- [15] THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE. 2008. *Best Practice: Péče o periferní žilní katetry*. In: *JBIC. South Australia: Blackwell Publishing*, 12(5).

- [16] VEVERKOVÁ, E., KOZÁKOVÁ, E., MATEK, J. et al. 2019. Ošetřovatelské postupy pro zdravotnické záchranáře II. Praha: Grada Publishing, s. 192. ISBN 978-80-271-2099-4.
- [17] VYTĚJČKOVÁ, R. et al. 2015. Ošetřovatelské postupy v péči o nemocné III: Speciální část. Praha: Grada publishing, 308 s. ISBN 978-80-247-9742-7.
- [18] WEYERS, H. A., BESTER, T. 2015. The implementation of a new device for the prevention of phlebitis in paediatric patients. In: Professional Nursing Today, 19: 4-7.

COMPLICATIONS RELATED TO AN INSERTED PERIPHERAL INTRAVENOUS CATHETER (PVC) IN CHILDREN – LITERARY REVIEW

ABSTRACT

Objective: The objective of the literary review was to find, analyze and describe the complications associated with an inserted peripheral intravenous catheter in children and to determine whether the complications are more common in children with chronic diseases.

Design: Literary review

Methodology: The full text of professional articles published in English for the period 2011–2020 was included in the literary review. Electronic databases Medline, CINAHL, Science Direct, Wiley library online, PubMed were used to search for relevant data. Out of a total of 65 studies, 7 quantitative studies were analyzed that met the given criteria.

Results: A total of 231 posts were found. After the elimination of duplicate and irrelevant publications, 7 studies were included in the evaluation. The studies focused on the occurrence of the most common complications at the site of peripheral venous catheter insertion, hereinafter referred to as PVC. Each study reported the occurrence of complications such as phlebitis, extravasation, infiltration, dislocation or accidental removal of PVC. More frequent occurrence of phlebitis has been reported in children suffering from other associated diseases - diabetes mellitus, hypertension and others.

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

Mgr. Gabriela Světnická
Slezská univerzita v Opavě
Fakulta veřejných politik
Ústav nelékařských zdravotnických
studií
Bezručovo náměstí 14, 746 01 Opava
e-mail: Gabriela.Svetnická@fvp.slu.cz

doc. PhDr. Lucie Sikorová, Ph.D.
Ostravská univerzita
Lékařská fakulta
Ústav ošetřovatelství a porodní
asistence
Syllabova 19
703 00 Ostrava – Vítkovice
e-mail: Lucie.Sikorova@osu.cz

Conclusion: Despite the different methodology, all research studies included in the literary review showed that complications such as phlebitis, infiltration, extravasation at the site of PVC, accidental removal or dislocation occurred in children, despite professional nursing care. It was also found that the increased incidence of these complications at the site of PVC was in children with chronic diseases. As a recommendation for practice, we could mention more frequent monitoring of the place of introduction of PVC and take in to account chronic diseases of children, which may affect the occurrence of complications.

KEYWORDS:

complications, peripheral venous catheter, child

OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTŮ S ALZHEIMEROVOU CHOROBOU

LADA RAZIMOVÁ
VERONIKA KUSÍNOVÁ
MONIKA GÖGEOVÁ
VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ
JIHLAVA



ABSTRAKT

Práce se zabývá tématem: „Ošetřovatelská péče u pacientů s Alzheimerovou chorobou“. Je rozdělena na dvě části. Teoretická část se zabývá charakteristikou Alzheimerova onemocnění a jeho jednotlivými stádii, historií, diagnostikou, rizikovými faktory a projevy daného onemocnění. V této části je dále popsána léčba, ošetřovatelská péče o pacienta s Alzheimerovým onemocněním a péče o pacienty v domácím prostředí. Výzkumná část je věnována analýze a vyhodnocení dat získaných od respondentů formou polostrukturovaných rozhovorů. Respondenty jsou všeobecné sestry, které ošetřují pacienty s Alzheimerovým onemocněním na oddělení geriatrické a následné péče, v Domově pro seniory se zvláštním režimem a v Domově pro seniory v Sociálním centru. Dále jsou respondenty pečovatelé, kteří pečují o své blízké s uvedeným onemocněním v domácím prostředí v Kraji Vysočina. Alzheimerova choroba mění nejen život nemocného, ale i život jeho blízkých a pečujících. Péče o člověka trpícího uvedeným onemocněním je velmi náročná a pro pečující vyčerpávající. Rodina je často postavena před velmi těžké rozhodnutí, zda se o nemocného dokáže postarat sama v domácím prostředí nebo zda má pacienta

umístit do ústavního zařízení. Cílem práce je zjistit nejčastější důvody vedoucí k umístění pacienta s Alzheimerovým onemocněním z domácí péče do péče ústavní v Kraji Vysočina. Vzhledem k tomu, že se domníváme, že předání pacienta do ústavního zařízení je pečujícími osobami často vnímáno jako selhání z nezvládnutí péče o nemocného, rozhodli jsme tak porovnat náročnost jednotlivých činností pečujícími osobami a ošetřovatelským personálem.

KLÍČOVÁ SLOVA:

aktivizační činnosti, alzheimerovo onemocnění, ošetřovatelská péče

ÚVOD

Až do osmdesátých let minulého století bylo zhoršování paměti a myšlení považováno za normální součást stáří a nikdo pravděpodobně ani nepřemýšlel nad příčinou tohoto stavu, kterou není jen stáří, ale nemoc. Teprve v devadesátých letech se ukázalo, že stárnutí není synonymem demence, ale s přibývajícím věkem roste pravděpodobnost vzniku tohoto onemocnění. Nejedná se tedy o přirozený symptom stáří, nýbrž o onemocnění častější ve vyšším věku. Výjimkou tedy dnes nejsou ani výrazně mladší pacienti. (Holmerová, 2009)

Počet lidí trpících Alzheimerovou chorobou se u nás i ve světě neustále zvyšuje. Toto onemocnění patří k obávané diagnóze ve společnosti, které nelze zatím úplně vyléčit, ale vhodnou a včasnou léčbou lze zpomalit jeho průběh a prodloužit tak kvalitu pacientova života. Pacientů s tímto onemocněním přibývá, může to být ovlivněno faktorem, že naše společnost stárne. Na stárnutí společnosti může mít vliv vyspělá zdravotní péče a s ní související prodloužení délky života a přibývajícím počtem seniorů. Onemocnění je pojmenováno po psychiatrovi a neurologovi Aloisu Alzheimerovi (1864–1915), který se zabýval anatomickými a fyziologickými změnami mozku po smrti pacientů. V roce 1901 zdokumentoval průběh choroby u relativně mladé pacientky Augusty Deterové, která ve svých 51 letech téměř nedokázala odpovídat na otázky, nedovedla se orientovat časem ani místem a chovala se neklidně. V záznamech, které o pacientce vedl, popsal symptomy typické pro dané onemocnění (ztráta paměti a orientace, vynechávání písmen při psaní textu, neschopnost porozumět některým otázkám). Pacientka nakonec přestává vnímat sebe i okolí a umírá v 55 letech. Alois Alzheimer po smrti pacientky zkoumal její mozek a v závěru výzkumu zjistil, že po celé ploše mozkové kůry pacientky zanikly miliardy nervových buněk. Alzheimerova choroba je vnímána jako hrozba, která může být strašákem i pro lidi, kteří chtějí pečovat o své blízké doma. Tato choroba mění nejen život člověka s tímto onemocněním, ale i život blízkých a pečujících. Péče o člověka trpícího Alzheimerovou demencí je velice náročná a vyčerpávající. Toto onemocnění se netýká pouze nemocného, ale celé jeho rodiny a nejtěžší je především pro pečovatele. Vyskytne-li se onemocnění v rodině, je rodina postavena před velmi těžké rozhodnutí, zda se o pacienta dokáže postarat sama v domácím prostředí, zda bude péči o pacienta zvládat fyzicky i psychicky nebo zda má pacienta umístit do ústavního zařízení. Rozhodnutí nebývá pro rodinu jednoduché. (Ehrenfreuchter, 2015)

V Evropě žije přibližně 9 miliónů osob s demencí. Celosvětově je nemocných více než 44 miliónů, podle odhadů se v roce 2030 tento počet zvýší na téměř 76 miliónů a v roce 2050 až na 135 miliónů. (Institut pro sociální politiku a výzkum, 2022)

V roce 2020 se v České republice podle dat ÚZIS léčilo s nějakou formou demence 111400 lidí, z toho 68120 tvořili pacienti s Alzheimerovou chorobou. Za posledních deset let se počet pacientů léčených s tímto onemocněním více než zdvojnásobil. SZÚ uvádí, že do roku 2050 by jejich počet mohl vzrůst až dvojnásobně. (České noviny, 2022)

DIAGNOSTIKA ONEMOCNĚNÍ

Na diagnostice Alzheimerova onemocnění (AO) se podílí praktický lékař, psychiatr, neurolog, radiolog, psycholog, rodina i samotný pacient. U pacienta je nutné vyloučit jiná onemocnění, která mohou svými příznaky připomínat AO jako snížená funkce štítné žlázy, Parkinsonova nemoc, deficit vitamínu B12 a kyseliny listové. Pro přesné stanovení diagnózy se pečlivě odebírá osobní, rodinná a farmakologická anamnéza. Pozitivní rodinná anamnéza je jedním z důvodů, proč pokračovat v testování na AO. Při odebírání anamnézy se zjišťuje, jaké má pacient potíže, příznaky a projevy onemocnění. Provádí se neurologické vyšetření, dále pak zobrazovací metody jako počítačová tomografie (CT) pro vyloučení nádorového onemocnění či krvácení do mozku a magnetická rezonance (MR), která může poukázat změny mozku v mozku, jeho tvar, jako zmenšení spánkového laloku. Dobré je také provést elektroencefalogram (EEG) pro zjištění mozkové aktivity, která se u pacienta s AO postupně zpomaluje. Pacientovi se dále odebírá krev na kompletní laboratorní vyšetření, které je nepostradatelnou součástí pro stanovení diagnózy. Provede se vyšetření krevního obrazu, sedimentace, biochemie, glykémie, aby se případně vyloučila další možná onemocnění jako diabetes mellitus, anémie, iontová dysbalance, onemocnění štítné žlázy. (Zvěřová, 2017)

Nedílnou součástí v diagnostice AO jsou hodnotící škály. Za přítomnosti psychologa se provádí neuropsychologické vyšetření zjišťující stav a poruchy kognitivních funkcí jako je paměť, vnímání řeči, pozornost, prostorová orientace a schopnost řešit problémy. Provádí se například tzv. Clock Test – CD, podstatou tohoto testu je nakreslit ciferník i s čísly a poté načrtnout ručičky tak, aby hodiny ukazovaly zadaný čas, pacient s AO ho může vyznačit chybně. Při stanovení diagnózy je významný i test MMSE – Mini-Mental–State Examination (zkrácený test mentálních funkcí), který je tvořen 30 úlohami zaměřenými na časovou a prostorovou orientaci a na schopnost si zapamatovat a vzpomenout si na něco, udržet pozornost. Lékař se například dotazuje, kolikátý je den v měsíci, týdnu, na adresu pacienta. Bodová škála je od nuly do třiceti, čím je nižší bodová hodnota, tím je postižení větší. Test určuje úroveň demence a stav kognitivních funkcí. (Ehrenfreuchter, 2014)

Dotazník aktivit denního života (Activities of Daily Living – ADL) představuje škálu, která hodnotí schopnost vykonávat běžné denní aktivity. Jsou zde hodnoceny kategorie jako najezení a napití, oblékání, koupání, osobní hygiena, kontinence stolice, kontinence moči, použití WC, přesun lůžko–židle, chůze po rovině, chůze po schodech.

Dotazník instrumentálních aktivit denního života (Instrumental Activities of Daily Living – IADL) hodnotí oblasti jako telefonování, transport, nakupování, vaření, domácí práce, práce kolem domu, užívání léků, nakládání s financemi. Diagnostickou pomůckou k určení deficitu kognitivních funkcí, kterou řadí do sedmi stádií (1. stádium – normální kognice, 2. – 3. stádium – mírná porucha kognitivních funkcí, 4. stádium – lehká demence, 5. stádium – střední demence, 6. stádium – středně těžká demence, 7. stádium – odpovídá těžké demenci) je škála globální deteriorace (Global Deterioration Scale – GDS).

K přesnému určení diferenciální diagnostiky mezi primárně atrofickými demencemi pomáhá Hachinskiho ischemický skór (HACH). Alzheimer's Disease Assessment Scale (ADAS) se používá k hodnocení kognitivních a nekognitivních funkcí u Alzheimerovy choroby. U pacientů s demencí bývá bolest často přehlédnuta. Pacienti mají sníženou schopnost sdělení informací, emocí, myšlenek, mají poruchy řeči a často nemusí otázkám porozumět. Proto byly vytvořeny stupnice, které umožní hodnotit bolest u pacientů s demencí. K hodnocení bolesti u nemocného s pokročilou demencí se používá Pain Assessment In Advanced Dementia (PAINAD), kde se hodnotí dýchání, bolestivá lokalizace, výraz obličeje, řeč těla a utěšování. Během hodnocení se pozorují pacientovy reakce. K hodnocení nutričního stavu je u pacientů s Alzheimerovou demencí často používána škála Mini-Nutritional Assessment (MNA). (Jiráček, 2004; Guigoz, 2006)

OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA S ALZHEIMEROVÝM ONEMOCNĚNÍM

K základním projevům Alzheimerova onemocnění patří změny chování, poruchy paměti, soustředění, ztráta úsudku, dezorientace v čase a prostoru, ztráta řeči a myšlení. Onemocnění provázejí behaviorální, psychologické poruchy a agresivní projevy. Časté je neustálé naříkání, vykřikování, toulání se po domě nebo mimo něj, bezúčelné provádění různých úkonů, vulgarity, agresivita vůči nejbližšímu okolí, halucinace a bludy. (Zvěřová, 2017)

U Alzheimerova onemocnění jsou rozlišována tři stádia onemocnění. Určení stádia, ve kterém se pacient právě nachází je zásadní pro léčbu, komunikaci a přístup k pacientovi. Pro každé stádium onemocnění jsou specifické určité příznaky, které se u někoho mohou projevit a u jiného vůbec. **V prvním stádiu** onemocnění, tzv. období lehké demence, je pacient víceméně soběstačný. Ke zvládnutí běžných denních činností potřebuje návod, připomenutí. Objevuje se porucha krátkodobé paměti, pacient zapomíná, co se odehrálo před chvílí nebo během dne, ztrácí věci, není schopný si zapamatovat nová jména. Může se objevit dezorientace místem, časem. Typická je nerozhodnost, ztráta zájmu o věci, které rád vykonával, zhoršené vyjadřování, porucha soustředění. V tomto období si pacient tyto projevy uvědomuje, objevují se u něj pocity hněvu v důsledku vnitřního boje, ke kterému dochází, když ztrácí svou paměť a schopnost vše zvládnout a zoufale se snaží o zachování určitého stupně kontroly nad sebou. Tyto pocity hněvu mohou být jednou z příčin deprese nebo agresivního chování. (Holmerová, 2007; LA TOURELLE, 2016)

Ošetrovatelská péče o pacienta s Alzheimerovým onemocněním je v počátcích onemocnění zaměřena především na podporu soběstačnosti pacienta, zvládnutí úkonů každodenních činností, jako je hygiena, výživa, oblékání a vylučování. (Pokorná, 2013) U Alzheimerova onemocnění bývá typická nadměrná chuť k jídlu, a proto je potřeba regulovat přísun tuků a cukrů v podobě uzenin a sladkostí. V počátcích onemocnění se péče zaměřuje na sledování pravidelného stravování a přísunu tekutin. Stravování by mělo být pro pacienta rituálem, neměl by být rušen zvuky a rozhovory. Pokud má problém jíst přiborem, upravuje se strava tak, aby ji mohl jíst sám rukama. Často stačí pouze nepatrná pomoc a správné uspořádání jídla na talíři. V počátcích onemocnění, zpravidla

v prvním až druhém stádiu, je cílem udržet u pacienta co nejdéle kontinenci. Pacientovi je třeba připomínat, aby chodil na toaletu, případně ho na ni doprovodit. Důležitý je klidný a trpělivý přístup, zajištění pravidelného vyprazdňování a posilování pánevního dna. Pomoci může sestavení „plánu toalety“ - nejprve po probuzení, po jídlech, před spaním. Vhodné je pořízení oblečení, které se bude dobře uvolňovat a svlékat. Ošetrovatelská péče se v prvním stádiu onemocnění zaměřuje na udržení tělesné a fyzické aktivity pacienta. Provádí se procvičování rovnováhy a protahování svalů. (Ehrenfreuchter, 2015, Regnault, 2011) Zajišťování hygieny jako mytí rukou, péče o ústní dutinu, koupání, holení vousů nebo ochlupení těla, péče o nehty patří mezi nejčastější úkony prováděné u pacienta. V prvním stádiu onemocnění je doporučováno, aby si pacient osobní hygienu obstarával co nejvíce sám, a pečující na něj pouze dohlíží. Je třeba brát ohled na jeho případný stud a zajistit mu intimitu. (Vytečková a kol., 2011) Oblékání nebývá v počátku onemocnění problém, pacient na něj potřebuje více času než dříve. Postupně si přestává uvědomovat nutnost pravidelného převlékání. Zpočátku stačí pacientovi připravit oblečení. Alzheimerova nemoc sama o sobě nebolí, bolest se však může vyskytovat z jiných příčin. V prvním stádiu je pacient schopný sám popsat případnou bolest. (Čechová, 2019; Holmerová, 2008)

Druhé stádium onemocnění je období středně těžké demence, provázené výrazným zhoršením krátkodobé, ale i dlouhodobé paměti, neklid, agresivní chování vůči okolí, úzkosti, deprese, halucinace. S rozvojem onemocnění, se pečující bude do záležitostí spojených s hygienou zapojovat stále více. Důležité je na pacienta hovořit uklidňujícím hlasem, nespěchat, zajistit příjemnou teplotu vody a bezpečnost. Předem připravit všechny potřebné věci jako čisté prádlo, žínku, ručník, inkontinentní pomůcky. (Vytečková a kol., 2011) S rozvojem onemocnění je třeba poskládat oblečení v pořadí, v jakém si ho bude oblékat případně mu s oblékáním dopomoci. Oblečení by nemělo mít příliš složité zapínání, obuv by měla mít protiskluzovou podrážku a snadno se obouvat a nazouvat. Toto období je pro pečující již náročnější, je potřeba zajistit nepřetržitý dohled nebo dopomoc při sebeobslužných aktivitách 24 hodin denně. V tomto stádiu onemocnění, kdy pacient nemusí být schopný včas dojít na toaletu sám, je vhodné používat toaletní křeslo a umístit ho v dosahu pacienta. U někoho se objevuje inkontinence moči a později i stolice. Úkolem ošetrovatelské péče je zajistit pravidelné výměny inkontinenčních pomůcek a důkladnou očistu intimních partií, aby nedocházelo ke komplikacím jako infekce urogenitálního ústrojí, psychickému neklidu a vzniku opruzenin. (Holmerová, 2008) Postupem času, se začínají vyskytovat poruchy pohyblivosti, problémy s koordinací pohybu a udržení rovnováhy. Péče je také zaměřena na rehabilitaci a trénink chůze. Využívají se kompenzační pomůcky jako například hole a chodítka. Ve druhém stádiu bývá snížena schopnost popsat bolest. Pro tyto potřeby byla v České republice vytvořena hodnotící škála PAINAD. Ta posuzuje každodenní neverbální projevy pacienta s pokročilou demencí. Hodnocení pomocí PAINAD je snadné a rychlé, neboť je třeba provést pouze krátké sledování. Obsahuje 5 oblastí hodnocení: dýchání, bolestivé zvukové projevy, výraz obličeje, řeč těla a potřeba či náročnost utěšování. (Čechová, 2019; Ehrenfreuchter, 2015; Kabelka, 2017)

Ve třetím stádiu onemocnění, tzv. období pokročilé demence, je pacient odkázán úplně na pomoc pečujících, není schopný provést žádné úkony běžného života. Objevuje se těžká ztráta paměti, pacient nepoznává rodinné příslušníky ani osoby ze svého okolí. Běžný je výskyt inkontinence moči i stolice, nastávají komplikace s příjmem potravy, úbytek váhy a svalové hmoty. Dochází ke ztrátě schopnosti se samostatně najíst a napít, tělesnými projevy bývá obtížné polykání, apraxie. Podává se vydatná a vyvážená strava doplněná sippingem. Při problémech s polykáním tekuté stravy je pacientovi podáváno jídlo kašovitě konzistence. Pacient často zůstává upoután na lůžku, a úkony spojené s hygienou zajišťuje pečující na lůžku nebo ve speciálně upravené koupelně za pomoci druhé osoby. (Vytejšková a kol., 2011) Pro vyprazdňování lze použít podložní mísy a močové láhve. Při inkontinenci se používají inkontinentní vložky nebo fixační kalhotky, kalhotky s vložnými plenami, absorpční navlékací kalhotky a podložky do lůžka. Úkolem ošetrovatelské péče je zajistit jejich pravidelnou výměnu. U mužů s těžší inkontinencí je možné použít urinální kondomy nebo drenážní urinály. V těžkých případech může být zaveden permanentní močový katétr. (Vytejšková a kol., 2013) Ve třetím stadiu onemocnění se často stává, že u pacienta dojde ke vzniku imobilizačního syndromu. Ošetrovatelský personál v čele s fyzioterapeutem provádí pasivní cvičení se snahou udržet co největší fyziologický rozsah pohybu. Rehabilitační péče je zaměřena na provádění izometrických a izotonických cviků ke zlepšení kardiorespirační funkce a dechové gymnastice s autogenní drenáží. Dechová cvičení jsou důležitá pro průchodnost dýchacích cest, jejich uvolnění a případnému transportu hlenu z dýchacích cest. Důležité je polohování pacienta v rámci prevence vzniku dekubitů a kontraktur korekčním polohováním. Významná je též vertikalizace - nácvik sedu, stoje, rovnováhy a přesunů z lůžka a na lůžko. V pokročilém stádiu onemocnění je častým projevem také apatie, kdy pacient hledí jedním směrem, nemá zájem o dění ve svém okolí. Dochází k poruše řeči a komolení slov, častý je výskyt agrafie (neschopnost psát a podepsat se), alexie (neschopnost číst), akalkulie (neschopnost počítat), agnózie (neschopnost rozpoznat předměty, lidské tváře). (Holmerová, 2007; Minaříková, 2008; Vytejšková a kol., 2011) Pacient nedokáže téměř vůbec popsat bolest (viz. PAINAD). Během poskytované péče je důležité sledovat u pacienta znaky bolesti. Bolest bývá často i důvodem pacientova neklidu nebo agresivního chování. (Čechová, 2019)

Závěr života pacienta s Alzheimerovým onemocněním v pokročilém a terminálním stádiu je označováno jako stádium velmi těžké demence. Ošetrovatelská péče v tomto stádiu je náročná jak pro ošetrovatele v ústavním i v domácím prostředí, tak i pro samotného pacienta. Nejčastější příčinou smrti pacienta při Alzheimerově onemocnění jsou infekce z chronických ran, močové infekce a zápal plic. Vzhledem k náročnosti ošetrovatelské péče v závěrečné fázi onemocnění je využívána paliativní a hospicová péče. V terminálním stavu je důležité zajistit, aby nemocný neměl bolesti, netrpěl, byl smířený se smrtí a umíral v klidu. I v tomto stádiu má právo přijímat návštěvy a rozloučit se s blízkými a má právo na duchovní služby. Cílem ošetrovatelské péče je zajistit umírajícímu pacientovi pohodlí, klid, vhodnou polohu, čerstvý vzduch, podávání léků proti bolesti, sledovat jeho fyziologické funkce, zajistit u něj hygienu a čistotu lůžka, sledovat hydrataci a výživu, informovat lékaře o přicházejícím úmrtí. Péče v této fázi je nejenom ošetrovatelsky náročná, vyžaduje však i lidský přístup a pohlazení, aby pacient cítil, že na umírání není sám. (Kabelka, 2018)

PÉČE O PACIENTY V DOMÁCÍM PROSTŘEDÍ

Zejména v počátečním stádiu onemocnění je pro pacienta lepší být v prostředí domova, které mu poskytuje pocit bezpečí, klidu a jistoty. Výhodou rodinného pečujícího je, že zná pacientovi návyky, ví, co ho zajímá, baví a co naopak nemá rád. (Ehrenfreruchter, 2015)

Pro pečující v domácím prostředí je každodenní péče o pacienta psychicky, fyzicky i časově náročná a dlouhodobě není možné, aby stála pouze na jednom člověku. Tento fakt může být později hlavním důvodem předání pacienta do ústavní péče a vést k pocitu osobního selhání z nevládnutí péče o blízkého. Pokud se i přes tuto složitou situaci rodina rozhodne ponechat pacienta v domácí péči, může požádat o pomoc sociální služby v místě bydliště, které zřizují zpravidla obce, kraje, organizace poskytující sociální služby a nestátní organizace. Pečující mohou využívat i několikrát denně terénní pečovatelské služby poskytující pomoc při základní tělesné hygieně, jídle, oblékání, rozvoz obědů, úklid domácností, donášky nákupů. Zdravotnické úkony jako kontrola zdravotního stavu pacienta, podávání léků, aplikaci injekcí, odběry biologického materiálu, měření tlaku a převazy jsou zajišťovány ošetrovatelskou službou kvalifikovanými všeobecnými sestrami. Využít lze i denní stacionáře s kvalifikovaným proškoleným personálem, který zajistí pacientovi celodenní péči a pečující osoba může chodit do práce, vyřídit si důležité záležitosti, nebo si prostě může jenom od každodenní péče o pacienta odpočinout. (Čechová, 2019)

Pacientům s Alzheimerovým onemocněním, kteří potřebují každodenní pomoc druhé osoby, náleží dle zákona č. 108/2006 Sb. příspěvek na péči. Ten je vyplácen měsíčně příslušným úřadem práce ve výši odpovídající míře závislosti pacienta a je určen osobám, které se o pacienta starají např. blízká osoba, pečovatelská služba. (MPSV)

Kromě výše uvedeného je nutné v domácím prostředí dbát na pacientovu bezpečnost. V domácnosti se vyskytuje mnoho rizik souvisejících s vybavením bytu či domu. Domácnost je třeba upravit tak, aby se tato rizika minimalizovala například zajištěním plynových a elektrických spotřebičů, umístění zábran u schodišť, odstraněním volně ležících kobereců atd. (ČALS, 2021)

PÉČE O PACIENTY V ÚSTAVNÍM ZAŘÍZENÍ

Pacienti s Alzheimerovým onemocněním, o které nemá kdo pečovat v domácím prostředí nebo pacienti, u kterých se onemocnění dostalo do stádia, že rodinní pečující z důvodu nepřetržité každodenní péče jsou psychicky i fyzicky vyčerpaní, bývají nejčastěji umístěni do nemocničních a psychiatrických zařízení (na oddělení geriatricke, domovů pro seniory, domovů se zvláštním režimem. Při výběru vhodného zařízení pro pacienta je třeba zjistit informace o tom, v jakém prostředí se nachází, pro kolik pacientů/klientů je určené, zda je bezbariérové a bezpečné, jak je zde zajišťováno stravování, jak velké a zařízené jsou pokoje a společné prostory a zda zaměstnanci působí mile. Dále je

důležité se informovat jaké zdravotní a terapeutické a jiné služby jsou poskytovány a na možnosti kulturního vyžití. V neposlední řadě je třeba se informovat na výši poplatků a nákladů za ubytování a stravování a způsob placení poplatků např. srážka z důchodu. Na ošetrovatelské péči o pacienty s Alzheimerovou nemocí se v ústavních zařízeních podílejí fyzioterapeuti, ergoterapeuti, všeobecné a praktické sestry, ošetrovatelé, kteří tvoří všichni dohromady ošetrovatelský tým. Všeobecné sestry zde pracují převážně bez odborného dohledu a do zařízení dochází většinou externí lékaři. O pacienty s Alzheimerovým onemocněním je pečováno v domovech pro seniory, v domovech se zvláštním režimem a v Alzheimer centrech. Domovy se zvláštním režimem a Alzheimer centra jsou typické tím, že péče o pacienty je poskytována nepřetržitě kvalifikovanými pracovníky v dané problematice. (Čechová, 2019)

METODIKA VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Hlavním cílem výzkumného šetření je zjištění nejčastějších důvodů vedoucích k umístění pacienta s Alzheimerovou chorobou z domácí péče do péče ústavní. Vzhledem k tomu, že se domníváme, že předání pacienta do ústavního zařízení je pečujícími osobami často vnímáno jako selhání z nevládnutí péče o nemocného, rozhodly jsme tak porovnat náročnost jednotlivých činností pečujícími osobami a ošetrovatelským personálem.

Pro výzkumné šetření byla použita kvalitativní metoda. Data byla získána na základě polostrukturovaných rozhovorů s 10 respondenty. Rozhovor byl proveden s 5 respondenty z řad pečujících osob z domácího prostředí a 5 respondenty z řad ošetrovatelských týmů v ústavním prostředí. Respondenti z ústavního prostředí pečují o pacienty s Alzheimerovou nemocí na oddělení geriatrické a následné péče, v Domově pro seniory se zvláštním režimem a v Domově pro seniory v Sociálním centru. Respondenti z domácího prostředí pečují o pacienty s Alzheimerovou nemocí v Kraji Vysočina. Všichni respondenti rozhovor poskytli anonymně. V ústavním prostředí dotazovaní respondenti pečují o pacienty nacházející se v různých fázích onemocnění. V domácím prostředí rozhovor poskytli respondenti, kteří jsou zároveň i blízkými rodinnými příslušníky pacientů. Pacienti se nacházejí rovněž v různých stádiích onemocnění. V nemocničních a ústavních (pobytových) zařízeních byly rozhovory poskytnuty se souhlasem vedení zařízení a v domácím prostředí byly rozhovory poskytnuty za souhlasu pečovatele. Rozhovory s respondenty byly vedeny podle předem připravených otázek, které byly vytvořeny tak, aby se vztahovaly k výzkumným cílům. Všechny sdělené informace byly zapisovány, včetně reakcí dotazovaných. Písemný záznam byl kódován technikou „tužka a papír“.

VÝSLEDKY

Tabulka 1: Nejobtížnější činnosti pro pečující/ošetřovatelský tým

	Zajišťování hygieny	Péče o imobilního pacienta	Výživa	Komunikace	Bezpečnost pacienta	Aktivizace pacienta
R1				X		
R2	X		X	X	X	
R3		X		X		
R4		X		X		
R5				X		
R6	X					
R7	X	X	X	X		X
R8	X	X	X	X		
R9	X		X	X	X	
R10					X	

Zdroj – autor

Tabulka 2: Druhy aktivizačních činností

	Ergoterapie	Zooterapie	Sledování TV, poslouchání rádia	Rehabilitace, cvičení, procházky	Hraní her	Reminiscenční terapie
R1	X	X		X	X	X
R2	X	X		X	X	X
R3	X	X	X	X		
R4	X	X	X	X		
R5	X	X	X	X		X
R6			X	X	X	X
R7		X	X		X	
R8					X	X
R9			X	X	X	
R10			X	X	X	

Zdroj – autor

Tabulka 3: Nejnáročnější projevy onemocnění

	Agrese	Halucina- ce	Ztráta paměti – zapomínání, opakování	Dezorientace a zmatenost	Deprese a plačtivost	Ztráta soběstač- nosti	Toulání a útěky
R1	X		X	X			X
R2	X			X		X	
R3				X		X	
R4			X	X		X	
R5			X	X			
R6			X				
R7				X	X	X	X
R8		X	X	X	X	X	
R9			X	X			X
R10	X	X					

Zdroj – autor

DISKUSE

NEJOBTÍŽNĚJŠÍ ČINNOSTI PRO PEČUJÍCÍ/OŠETŘOVATELSKÝ TÝM

Co se týče náročnosti péče o pacienta, 4 respondenti z domácího prostředí uvedli, že je pro ně náročnou činností při péči o pacienta zajišťování hygieny pacienta a manipulace s částečně nebo úplně imobilním pacientem při celkové koupeli a při výměně inkontinentních pomůcek. 1 respondent z domácího prostředí uvedl, že už nemá vzhledem ke svému věku dostatek fyzických sil na zajišťování hygieny a manipulaci s pacientkou, protože jeho rodina bydlí daleko a nemůže mu pravidelně pomáhat, uvažuje o umístění pacientky do pobytového zařízení. Nedostatek fyzických sil při zajišťování hygieny pacienta uvedli ještě další 2 respondenti z domácího prostředí, ale protože jim pomáhají rodinní příslušníci, zatím tuto činnost zvládají, pokud však rodina nebude schopna vypomáhat, o variantě umístění pacienta do ústavního zařízení již také přemýšlejí. Problém se zajišťováním hygieny uvedl 1 respondent z ústavního prostředí, ostatní dotazovaní respondenti z ústavního prostředí zajištění hygieny jako je celková koupel pacienta zvládají, vliv na to má zřejmě vybavení a používání zdravotnických pomůcek (např. lůžkové vany, zvedáky, polohovací lůžka, vozíky), praktické a odborné znalosti ošetřovatelů a týmová spolupráce.

2 respondenti z ústavního prostředí uvedli, že je pro ně spíše náročná péče o imobilního pacienta, to může souviset s tím, že v ústavním prostředí se často nacházejí pacienti v rozvinuté fázi onemocnění upoutaní na lůžko. Pro ošetřující personál to znamená zvýšenou ošetřovatelskou péči ve smyslu zajištění pravidelného polohování pacientů, aby se předešlo nejen vzniku dekubitů. Polohování nesouvisí pouze s předcházením

dekubitů, ale též předchází vzniku kontraktur, deformit, TEN, pneumoniím a případně i vzniku imobilizačního syndromu. V domácím prostředí mají problém s péčí o imobilního pacienta 2 respondenti, kteří pečují o pacienta již téměř nepohyblivého a upoutaného na lůžko a na manipulaci s ním nemají dostatek fyzických sil.

Jako nejobtížnější činnost při péči o pacienta uvedlo 8 respondentů komunikaci s pacientem. 3 respondenti z domácího prostředí uvedli, že je pro ně komunikace s pacientem problematická, jelikož se komunikační dovednosti pacienta vlivem postupujícího onemocnění hodně zhoršily, většinou mluví scestné věci. 5 respondentů z ústavního prostředí také řadí komunikaci s pacientem mezi nejsložitější úkony ošetrovatelské péče. Při komunikaci je důležitá trpělivost, vysvětlování, příjemný a uklidňující tón hlasu. Zásadní je pacientovi neodporovat, naladit se s ním na stejnou vlnu nebo například upoutat jeho pozornost na jiné téma. Zjištění, že komunikace s pacientem, zajišťování hygieny a péče o imobilního pacienta patří mezi nejobtížnější činnost při ošetrovatelské péči o pacienta, se shoduje s výsledky výzkumného šetření Šilarové (2013), která ve své práci vedla rozhovory s 5 pečujícími o osoby s Alzheimerovým onemocněním v domácím a 5 ošetřujícími v ústavním prostředí zaměřený na aspekty péče v domácím a ústavním prostředí. Ze získaných dat zjistila, že je pro pečující osoby také nejproblematictější a nejnáročnější oblastí fyzická péče a manipulace s pacientem během zajišťování hygieny při přemísťování pacienta do vany nebo sprchového koutu a dále psychická péče zejména v oblasti komunikace s pacientem.

3 respondenti z domácího prostředí a 1 respondent z ústavního prostředí uvedli, že mají problém se stravováním pacienta a jeho výživou. Uvedli, že pacient nemá potřebu jíst, protože kvůli rozvinutému onemocnění si hlad ani žízeň neuvědomuje nebo jídlo ukrývá na různá místa. Dle Ehrenfreuchter (2015) musí pečovatelé kontrolovat, zda pacient jídlo snědl případně ho nakrmit. V ústavním prostředí je zajištění výživy pacienta konzultováno s nutričním terapeutem, příjem potravy je sledován, zaznamenáván do dokumentace a při problémech je informován lékař. Pacienti jsou pravidelně váženi a v případě potřeby je strava doplněna o výživově bohatší produkty jako například nutridrinky.

2 respondenti z domácího prostředí považují za obtížnou činnost zajištění bezpečnosti pacienta vzhledem k občasnému toulání nebo agresivitě; v ústavním prostředí je bezpečnost pacientů řešena zavedenými bezpečnostními opatřeními a problém měla pouze 1 respondentka, která se během své práce setkala s odchodem pacientky ze zařízení. V domácím prostředí musí být takový pacient, který má sklony k útekům stále pod dohledem svého pečovatele a možnosti bezpečnostních opatření jsou poněkud omezené, většina respondentů uvedla, že ze zabezpečovacích metod užívají pouze prostého zamykání dveří.

DRUHY AKTIVIZAČNÍCH ČINNOSTÍ

Při ošetrovatelské péči o pacienta má důležitou roli i aktivizace pacientů. Respondentů jsme se dotazovaly, jaké aktivizační metody u pacientů využívají, neboť jsou důležité

pro pozitivní stimulaci nemocného s Alzheimerovým onemocněním. Z odpovědí dotazovaných respondentů je zřejmé, že v ústavním prostředí mají pro pacienty pestřejší výběr aktivizačních metod. 5 respondentů z ústavní péče uvedlo, že využívají možnost ergoterapie, rehabilitace a zooterapie. Naopak v domácím prostředí využívá zooterapii pouze 1 respondent. Ergoterapii neaplikuje žádný dotazovaný respondent v domácím prostředí. Rehabilitaci aplikují 3 respondenti z domácího prostředí, a to v závislosti na stavu soběstačnosti nemocného. V šetření je patrné, že aktivizaci pomocí hraní her využívá všech 5 respondentů v domácím prostředí a 2 dotazovaní respondenti z ústavní péče odpověděli, že i u nich se tato metoda používá. Stolní hry, pexeso a karty trénují paměť nemocného, nutí ho přemýšlet a komunikovat. Navíc jde o poměrně populární metodu využití volných chvil. V ústavní péči je časté v osobním volně sledování TV a poslouchání rádia, ostatně 3 respondenti zmínili, že v zařízení, ve kterém pracují, je běžné i poslouchání rádia a sledování TV. V domácím prostředí tomu není jinak, 4 respondenti z domácího prostředí se shodli, že tuto možnost též využívají a z rozhovoru vyšlo i najevo, že nemají tak velké možnosti aktivizačních metod jako v ústavním zařízení, a proto využívají takovýchto metod. Jako velmi efektivní metoda pro zlepšení paměti a vyvolání vzpomínek se zdá být reminiscenční terapie, což uvádí ve své literatuře Janečková (2010). Reminiscenční terapie se zaměřuje na vybavování vzpomínek ze života nemocného pomocí fotografií a různých předmětů, ke kterým měl nemocný v průběhu života kladný vztah, a měly pro něj hodnotu. V domácím prostředí metodu reminiscenční terapie využívají 2 respondenti, jelikož pacienti, o které pečují, mají s pamětí velké obtíže, 3 respondenti z ústavního prostředí považují reminiscenční terapii za součást aktivizačních metod, které jsou aplikovány v zařízení, ve kterém pracují.

NEJNÁROČNĚJŠÍ PROJEVY ONEMOCNĚNÍ

Dotazovaní respondenti vypověděli, že je pro ně nejvíce náročným projevem onemocnění dezorientace pacienta, to odpovědělo 5 dotazovaných respondentů z ústavní péče a 3 respondenti z domácího prostředí. Uvádějí, že pacienti v ústavní péči častokrát bloudí po chodbách a neví, kde jsou; v domácím prostředí se často stává, že se nemocný dožaduje domova a přitom se v něm nachází. Za náročný projev onemocnění považují 3 respondenti z domácího péče a 3 z ústavního prostředí ztrátu paměti u pacienta a opakování slov nebo činností. Někteří z pacientů si pletou nebo dokonce nepamatují jména rodinných příslušníků, mluví scestné věci. Dalším náročným projevem pro pečující je ztráta soběstačnosti pacienta, to uvádějí 3 respondenti z ústavní péče a 3 z péče domácí. Pacienti již nevládají vykonat samostatně běžné denní činnosti, hygienu, stravování a pečující jim musejí s těmito úkony pomoci. S agresí se setkali a považují ji za náročný projev onemocnění 2 respondenti z ústavního prostředí a 1 respondent z domácího prostředí, pro kterého byl tento projev onemocnění důvodem k umístění pacienta do péče ústavní. Projevy halucinace u pacienta uvedli 2 respondenti z domácího prostředí, dále 2 respondenti v domácím prostředí uvedli plačtivost u pacienta a oba tyto projevy mohou souviset s užíváním léků.

Nejvíce náročnými projevy Alzheimerova onemocnění jsou tedy pro 8 respondentů dezorientace pacienta, pro 6 respondentů ztráta paměti a opakování se a pro 6 respondentů ztráta soběstačnosti. Toto zjištění se shoduje s výzkumným šetřením Šourkové (2017), která ve své práci uvedla, že komplikovanými projevy Alzheimerova onemocnění pro pečující jsou dezorientace, ztráta paměti, opakování, nesoběstačnost a agrese.

Z výzkumného šetření je zřejmé, že péče o pacienta s Alzheimerovým onemocněním je pro pečující náročná, může být u každého pacienta jiná, záleží na stádiu onemocnění, v jakém se pacient nachází a jaké projevy onemocnění se u pacienta vyskytují. Dlouhodobá, celodenní péče o pacienta v domácím prostředí je pro pečující náročná po fyzické stránce při péči o nesoběstačného pacienta při zajišťování hygienických potřeb, manipulaci s imobilním pacientem a dále po stránce psychické z důvodu náročné komunikace s pacientem, řešení nežádoucích projevů jako dezorientace a ztráta paměti a v některých případech i agrese. Obtížné zvládnutí těchto projevů onemocnění v domácím prostředí je pak nejčastějším důvodem vedoucím pečující k umístění pacienta s Alzheimerovým onemocněním z domácí do ústavní péče.

ZÁVĚR

Cílem výzkumného šetření bylo zjistit, jaké činnosti jsou pro pečující osoby v domácím prostředí a pro ošetřovatelské týmy v ústavním prostředí při péči o pacienta s Alzheimerovým onemocněním nejobtížnější. Pro většinu respondentů z domácí péče je problematické zajišťování hygieny a s ní souvisejí manipulace s částečně nebo úplně imobilním pacientem. Většina respondentů z ústavního prostředí nemá se zajišťováním hygieny až takový problém. Tuto činnost zvládají díky odborným znalostem, týmové spolupráci, vybavení a zdravotním pomůckám, které mají k dispozici. Náročnější je pro ně péče o imobilní pacienty. Většina dotazovaných respondentů z ústavního i domácího prostředí uvedla, že je pro ně obtížná a psychicky vyčerpávající komunikace s pacientem. Zmapovány byly i využívané aktivizační činnosti, které mohou mít pozitivní vliv na zlepšení zdravotního stavu pacientů. Výzkum dále zjišťoval, jaké projevy Alzheimerova onemocnění respondenti považují za nejnáročnější. Ze získaných informací je zřejmé, že se jedná především o dezorientaci pacienta, ztrátu paměti, ztrátu soběstačnosti a z části i agresí. Výzkumem bylo zjištěno 5 nejčastějších důvodů vedoucích k umístění pacienta s Alzheimerovou chorobou z domácí péče do péče ústavní. Těmito důvody jsou fyzické vyčerpání pečujících o imobilního, nesoběstačného pacienta, se kterým je obtížná komunikace, trpí ztrátou paměti a dezorientací a v některých případech je agresivní. Proto je důležité poskytovat pečujícím osobám informace o možnostech pomoci s péčí o pacienta, o možnostech poradenství, zapůjčení zdravotních či jiných kompenzačních pomůcek, o nabídce vhodných ústavních – pobytových zařízení.

POUŽITÉ ZDROJE

- [1] ČESKÁ ALZHEIMEROVSKÁ SPOLEČNOST. 2015. Jak upravit domácí prostředí[online]. [cit. 2021-02-28]. Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/pro-rodinne-pecujici/tipy-pro-pecujici/jak-upravit-domaci-prostredi/>
- [2] ČECHOVÁ, K., MAZANCOVÁ A. F., MARKOVÁ, H. 2019. V bludišti jménem Alzheimer: na co v ordinaci nezbývá čas. Praha: Management Press.432s. ISBN 978-80-264-2707-0.
- [3] ČESKÉ NOVINY. 2022, České noviny [online]. [cit. 2022-02-12]. Dostupné z: <https://www.ceskenoviny.cz/zpravy/pocet-lidi-lecenyh-s-alzheimerovou-nemoci-se-za-deset-let-zdvojnasil/2092215>
- [4] EHRENFREUCHTER, C. 2015. Když se paměť vytrácí: život s Alzheimerovou chorobou a jinými typy demence z pohledu pacientů i pečujících. Praha: Tarsago Česká republika. 256s. ISBN 978-80-7406-248-3.
- [5] GUIGOZ, Y. et al. THE MINI NUTRITIONAL ASSESSMENT (MNA®) REVIEW OF THE LITERATURE - WHAT DOES IT TELL US?/DISCUSSION. TheJournalofNutrition, Health&Aging [online]. 2006, roč. 10, č. 6, s. 466- 487 [cit. 2015-04- 02]. ISSN 12797707. Dostupné z <http://search.proquest.com/docview/222290413/fulltextPDF/2DCC88DAA3694C06P Q/1?accountid=16730>.
- [6] HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E., SUCHÁ, J. 2007. Péče o pacienty s kognitivní poruchou: Pro Gerontologické centrum vydalo EV public relations. Praha: Vážka. 279s. ISBN 978-80-254-0177-4.
- [7] HOLMEROVÁ, I. JAROLÍMOVÁ, E., NOVÁKOVÁ, H. 2008. Alzheimerova choroba v rodině: Příručka pro ty, kteří o nemocné pečují. Praha: Pfizer.114s.
- [8] HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E., SUCHÁ, J. 2009. Péče o pacienty s kognitivní poruchou: 2. vydání. Praha: Česká alzheimerovská společnost: Gerontologické centrum. 299s. ISBN 978-80-86541-28-0.
- [9] INSTITUT PRO SOCIÁLNÍ POLITIKU A VÝZKUM.2022. Institutprosociálnípoltiku a výzkum [online]. [cit. 2022-02-12]. Dostupné z: <https://socialnipolitika.eu/2021/11/loni-pribylo-vyrazne-mene-pacientu-s-demenci-duvodem-je-zrejme-covid/>
- [10] JANEČKOVÁ, H., VACKOVÁ, M. 2010. Reminiscence: využití vzpomínek při práci se seniory. Praha: Portál. 152s. ISBN 978-80-7367-581-3.
- [11] JIRÁK, R., KOUKOLÍK, F. 2004. Demence: neurobiologie, klinický obraz, terapie: 1. vydání. Praha: Galén. 335s. ISBN 8072622684.
- [12] KABELKA, L. 2017. Geriatrická paliativní péče. 1. vydání. Praha: Mladá fronta. 317s. ISBN 978-80-204-4225-3.
- [13] KABELKA, L. 2018. Geriatrická paliativní péče a komunikace o nemoci. 2. vydání. Praha: Mladá fronta. Edice postgraduální medicíny. 344s. ISBN 978-80-204-5049-4.
- [14] LA TOURELLE, M. 2016. Dar jménem Alzheimer: nové náhledy na potenciál Alzheimerovy choroby a její léčby. Praha: Dobrovský. Knihy Omega. 272s. ISBN 978-80-7390-308-4.

- [15] MINAŘÍKOVÁ, P. 2008. Gerontologické centrum KNTB a. s., Zlín [online]. [cit. 2021-02-28]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra-priloha/imbilizacni-syn-drom/>
- [16] MPSV: Ministerstvo práce a sociálních věcí: zákon č. 108/2006 Sb. [online]. [cit. 2021-02-28]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/web/cz/pravni-predpisy-pro-socialni-sluzby>
- [17] POKORNÁ, A. 2013. Ošetřovatelství v geriatrii: hodnotící nástroje. Praha: Grada. 202s. ISBN 978-80-247-4316-5.
- [18] REGNAULT, M. 2011. Alzheimerova choroba: průvodce pro blízké nemocných. Praha: Portál. 120s. ISBN 978-80-262-0010-9.
- [19] ŠILAROVÁ, L. 2013. Srovnání péče o člověka s Alzheimerovou nemocí v ústavním a v domácím prostředí. Olomouc. Bakalářská práce. Univerzita Palackého, Cyrilometodějská fakulta. Dostupné z: <http://theses.cz/id/yd95fu/?lang=sk>
- [20] ŠOURKOVÁ, K. 2017. Pohledy rodinných příslušníků na péči o seniora s Alzheimerem. České Budějovice. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta. Dostupné z: <https://theses.cz/id/4khvl9/?lang=sk;keywords=info>
- [21] VYTEJČKOVÁ, R. 2011. Ošetřovatelské postupy v péči o nemocné I: obecná část. Praha: Grada. 232s. ISBN 978-80-247-3419-4.
- [22] VYTEJČKOVÁ, R. 2013. Ošetřovatelské postupy v péči o nemocné II: speciální část. Praha: Grada. 288s. ISBN 978-80-247-3420-0.
- [23] VYTEJČKOVÁ, R., et al. 2015. Ošetřovatelské postupy v péči o nemocné III: speciální část. Praha: Grada Publishing. 308s. ISBN 978-80-247-3421-7.
- [24] ZVĚŘOVÁ, M. 2017. Alzheimerova demence. Praha: Grada Publishing. 144s. ISBN 978-80-271-0561-8.

NURSING CARE FOR PATIENS WITH ALZHEIMER'S DISEASE



ABSTRACT

The paper deals with the topic: "Nursing care for patients with Alzheimer's disease". It is divided into two parts. The theoretical part deals with the characteristics of Alzheimer's disease and its individual stages, history, diagnosis, risk factors and manifestations of the given disease. This section further describes the treatment, nursing care for a patient with Alzheimer's disease and care for patients in the home environment. The research part is dedicated to the analysis and evaluation of the data obtained from the respondents in the form of semi-structured interviews. The respondents are general nurses who treat patients with Alzheimer's disease in the department of geriatrics and after care, in the Home for the elderly with a special regime and the Home for the elderly in the Social Center. Furthermore, the respondents are care givers who care for their loved ones with the mentioned diseases in their home environment in the Vysočina Region. Alzheimer's disease changes not only the life of the patient, but also the life of his loved ones and care givers. Caring for a person suffering from the mentioned diseases is demanding and exhausting for the care giver. The family is often faced with a tough decision, whether they can take care of the sick person alone at home or whether they should place the patient in an institutional facility. The paper aims to find out the most common reasons leading to

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

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

Mgr. Veronika Kusínová
Vysoká škola polytechnická Jihlava
Katedra zdravotnických studií
Tolstého 16, 586 01 Jihlava
e-mail: kusinova.veronika@vspj.cz

Bc. Monika Gögeová
Ústřední vojenská nemocnice
Neurochirurgická a neuroonkologická
klinika
1. Lékařské fakulty Univerzity Karlovy
a ÚVN
U Vojenské nemocnice 1200
169 02 Praha 6
e-mail: lgoge@seznam.cz

the placement of a patient with Alzheimer's disease from home care to institutional care in the Vysočina Region. Considering that we believe that care givers often perceive handing over a patient to an institutional facility as a failure due to not being able to manage the care of the patient, we decided to compare the difficulty of individual activities by caregivers and nursing staff.

KEYWORDS:

Activation activities, Alzheimer's disease,
Nursing care

INTENZÍVNA OŠETROVATEĽSKÁ STAROSTLIVOSŤ - DÔSTOJNOSŤ, KVALITA A BEZPEČNOSŤ U UMIERAJÚCEHO PACIENTA

IVICA GULÁŠOVÁ
TRNAVSKÁ UNIVERZITA V TRNAVE

IVETA JAMNICKÁ
CINRE, BRATISLAVA PETRŽALKA



ABSTRAKT

Autorky v príspevku analyzujú náročnosť práce sestry na oddelení intenzívnej starostlivosti. Okrem Koncepcie zdravotnej starostlivosti v odbore anestéziológie a intenzívnej medicíny (AIM) približujú najnovšie trendy v uvedenej oblasti. Pozornosť venujú pacientom, ktorým je poskytovaná intenzívna starostlivosť v terminálnom štádiu ochorenia - umierajúcim pacientom s dôrazom na humánnosť, kvalitu a bezpečnosť ošetrovateľskej starostlivosti. Zdôrazňujú význam individuálneho prístupu ku každému umierajúcemu pacientovi, uspokojovania jeho telesných, psychických, sociálnych a duchovných potrieb, s rešpektovaním jeho ľudskej dôstojnosti a dodržiavaním práv umierajúceho pacienta. V závere príspevku popisujú úlohy a povinnosti sestier pracujúcich na oddelení intenzívnej medicíny.

KLÍČOVÁ SLOVA:

Intenzívna medicína, Koncepcia odboru AIM, kvalita, etické zásady, umierajúci pacient

ÚVOD

Intenzívna ošetrovateľská starostlivosť je všetkým pacientom poskytovaná individuálne a komplexne, nakoľko je každému pacientovi podávaná individuálne v čo najväčšej možnej miere v konkrétnej situácii v ktorej sa práve nachádza (Kaaninen et al., 2009). James a kol. hovoria, že táto ošetrovateľská starostlivosť je určená pacientom, ktorí ju potrebujú, nakoľko trpia rôznymi ochoreniami a sú v istom rozsahu odkázaný na ošetrovateľskú či liečebnú starostlivosť (James et al., 2012). Pracoviská intenzívnej ošetrovateľskej starostlivosti sú určené pre pacientov, u ktorých hrozí, že dôjde k zlyhaniu jedného či niekoľkých orgánov. Počas celého dňa i noci sú pacienti monitorovaní, sú im podávané rady a pomoci, diagnostikovanie, prevencia, liečba multiorgánového zlyhania (Grice, Greenan, 2009). Oddelenie anesteziológii a intenzívnej medicíny (OAIM) je určené pre tých pacientov, u ktorých už došlo bezprostredne k zlyhaniu vitálnych funkcií (Burns, Delgado, 2018). Je tu poskytovaná a prevádzaná resuscitácia, ako aj následná liečebná starostlivosť, ktorá z danej diagnózy či ochorenia vyplýva. Na oddelení sú k dispozícii špeciálne lôžka, monitory, defibrilátor, pohotovostná lekáreň, ventilátor, pomôcky pre okamžité poskytnutie pomoci pri zlyhávaní vitálnych funkcií a pomôcky určené pre ošetrovateľskú starostlivosť (Novotná, et al., 2012). Pacient je monitorovaný po celý čas na tomto oddelení, a tiež je nepretržite sledovaný stanovenou sestrou, ktorá zaznamenáva všetky informácie o priebehu pacienta na lôžku do dokumentácie (Kapounová, 2007).

ODDELENIE INTENZÍVNEJ STAROSTLIVOSTI

Pod intenzívnou starostlivosťou je potrebné rozumieť niekoľko aktivít, ktorým sa budeme bližšie venovať:

- nepretržité sledovanie – pacient, ktorý je ťažko chorý a hrozí u neho zlyhanie orgánového systému, je neustále sledovaný,
- intenzívna liečba, intenzívna ošetrovateľská starostlivosť – je stanovená podľa zistenej diagnózy, môže byť odvodená syndromologicky, prípadne etiologicky,
- prístrojová podpora – najčastejšie sa zabezpečuje návrat do vedomia prostredníctvom prístrojov, pričom sa však nevylučuje aj iná forma, v ktorej sa pacientovi prinavracia vedomie a obnovujú reflexy (Varcarolis, 2014),
- intenzívna starostlivosť o novorodencov – hovoríme o poskytovaní intenzívnej starostlivosti patologickým a rizikovým novorodencom, pričom ju vykonávajú neonatologické oddelenia a centrá,
- intenzívna starostlivosť o pacientov trpiacich prenosnými chorobami či tam, kde je nariadená izolácia – pomoc poskytujú špecializované JIS (jednotky intenzívnej starostlivosti) ako sú popáleninové centrá, infekčné oddelenia a podobne,
- akútna intenzívna starostlivosť – táto sa nevykonáva v prípadoch, kedy je jednoznačne preukázateľné, že ide o terminálne štádium ochorenia, ktoré už nemožno vyliečiť (Novotná et al., 2012).

Peck (2014) uvádza že ukončenie poskytovania intenzívnej starostlivosti môže nastať v dvoch prípadoch, kedy hovoríme:

- stav pacienta sa stabilizoval a zlepšil, teda je možné zabezpečiť preklad pacienta na oddelenie vychádzajúce z povahy ochorenia či potrebnej intermediálnej starostlivosti,
- skonštatovaním ireverzibilného vyhasnutia mozgových funkcií (mozgová smrť), kedy sa následne postupuje podľa predpísanej legislatívy. Súvisiac s oddelením anestéziológie a intenzívnej medicíny je potrebné spomenúť, že je povinnosťou OAİM sa podieľať na transplantačnom programe, ako aj opatreniami umožňujúcim zabezpečovať životaschopnosť orgánov do času, kedy dôjde k nahláseniu potenciálnych darcov prislúchajúcemu transplantačnému centru alebo do času odberu (Peck, 2014).

Intenzívnu starostlivosť možno rozdeliť do troch stupňov, pričom hovoríme o nižšej, vyššej a najvyššej úrovni. Ďalej si priblížime špecifikácie pre jednotlivé úrovne intenzívnej starostlivosti:

intenzívna starostlivosť prvého stupňa ktorá je poskytovaná v menších zdravotníckych zariadeniach (nemocniciach), pričom zabezpečuje nepretržitý dohľad, monitorovanie pacienta a poskytuje pacientom zvýšenú sesterskú starostlivosť, ako i možnosť okamžitej resuscitácie, ako aj možnosť ventilácie pľúc (Singer, Webb, 2013),

intenzívna starostlivosť druhého stupňa ktorá je poskytovaná vo väčších zdravotníckych zariadeniach (nemocniciach). Mimo zaistovania základného monitorovania na tomto stupni sa zabezpečuje tiež invazívne monitorovanie, dlhodobá pľúcna ventilácia zabezpečovaná prístrojmi, meranie srdcového výdaju. V tejto intenzívnej starostlivosti však nie sú zahrnuté a poskytované špeciálne metódy invazívneho sledovania (pľúcna katetrizácia, bulbárna oxymetria, meranie intrakraniálneho tlaku). Starostlivosť je poskytovaná ošetrovateľským tímom, prípadne je tu stále dostupný lekár, ktorého hlavnou náplňou práce je zabezpečovať prácu na JIS v plnom rozsahu počas svojej pracovnej doby. V tejto jednotke je zvýšená sesterská starostlivosť o pacienta. Na tejto úrovni intenzívnej starostlivosti je dostupná širšia škála vyšetrení, je prítomné zabezpečenie 24 hodinového sledovania a možnosti použitia hemodialýzy a hemofiltrácie, (Burchum, Rosenthal, 2018),

intenzívna starostlivosť tretieho stupňa ktorá je poskytovaná vo všetkých väčších fakultných nemocniciach. Do tohto stupňa intenzívnej starostlivosti je zahrnutá navyše starostlivosť o obzvlášť kritické stavy pacientov, o rôzne priebehy etiológie. Táto jednotka intenzívnej starostlivosti je zabezpečovaná najlepšimi špecialistami v oblasti intenzívnej medicíny. Sú trvalo dostupní 24 hodín pre prácu v jednotke intenzívnej starostlivosti. Pacienti majú zabezpečenú špeciálnu sesterskú starostlivosť, ako aj personál vykonávajúci rehabilitačnú a nutričnú starostlivosť. Intenzívna starostlivosť tretieho stupňa je špecifická tým, že pacientom poskytuje komplexné vyšetrenie, zobrazovanie pomocou technologicky pokročilejších prístrojov, je zabezpečená okamžitá dostupnosť špecialistov

z viacerých medicínskych disciplín. Dané JIS disponujú lekárske personálom, ktorý je v prípravnom štádiu na ďalšiu špecializáciu v oblasti intenzívnej medicíny, pričom má rôzne výskumné a vedecké úlohy. Jedná sa o jednotky intenzívnej starostlivosti zamerané na najťažšie prípady, najrizikovejších pacientov. Pre túto JIS je charakteristická vysoká úmrtnosť, nakoľko ako sme už spomínali, dostávajú sa sem pacienti v najväčšom stave, ktorí majú nízke šance na prežitie. Problém tejto JIS je tiež strata kontinuity v prípade, kedy je pacient preložený na nižšiu úroveň poskytovanej starostlivosti. Žiadne lôžko by nemalo ostať prázdne, preto možno do problémov tiež započítať akútne prijímanie pacientov v čase plného stavu (Gondárová-Vyhničková, 2013).

ODDELENIE ANESTÉZIOLÓGIE A INTENZÍVNEJ MEDICÍNY

najmä z koncepcie, teda najviac relevantného zdroja informácií o OAIM.

Podľa ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky v zmysle § 45 odsek 1 písmeno a) Národná rada Slovenskej republiky č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti v znení neskorších predpisov MZSR vydalo 12.3.2007 Koncepciu zdravotnej starostlivosti v odbore anestéziológie a intenzívnej (AIM) medicíny č. 29589-1/2006-OZSO, ktorá svoju účinnosť nadobudla dňa 15.4.2007. Prezident slovenskej spoločnosti anestéziológie a intenzívnej medicíny sa vyjadril, že: „Koncom 20. stor. sa zavŕšil proces formovania odboru, ten sa stal modernou medicínskou disciplínou, dosiahol všeobecne uznávané postavenie. Intenzívna medicína pridala odboru nový charakter a je dnes takmer nepredstaviteľné, že bez nej a klinickej anestéziológie by mohla súčasná medicína existovať.“(Onderčanin, 2011, s. 54). Za náplň tejto koncepcie považujeme analyzovanie, a tiež poskytovanie anestéziologickej a intenzívnej starostlivosti. Málek et al., (2011b) dodávajú že je nevyhnutné, aby boli na oddelení anestéziológie a intenzívnej medicíny zabezpečené (Málek et al., 2011a). Intenzívna starostlivosť sa poskytuje v spolupráci s inými neoperačnými, ako aj operačnými odborníkmi. Anestéziologické a intenzívne služby zdravotníckeho zariadenia poskytuje nepretržite (Málek et al., 2011b). Je potrebné, aby pri všetkých potrebných výkonoch bol zabezpečený dostatok erudovaných zdravotníckych pracovníkov, ako aj materiálno-technické vybavenie podľa platných právnych predpisov, aby bolo možné zabezpečiť vyžadovanú kvalitu, bezpečnosť a možnosť poskytovať tieto služby s maximálnym ohľadom k pacientom (Meussen, 2010).

Podľa Gillona (2016) k hlavnej náplni činnosti v oblasti AIM patrí: -predanestéziologické vyšetrenie spolu so zhodnotením či doplnením predoperačných vyšetrení podľa plánovaného anestéziologického zákroku, vlastná príprava anestézie a premedikácia, podanie anestézie, starostlivosť o pacienta počas anestézie, čím sa pomáha zabrániť možnému výskytu komplikácií počas liečebného či diagnostického výkonu, a zároveň sa vytvárajú optimálne podmienky pre priebeh daného výkonu, bezprostredná pooperačná analgetická liečba, ktorej cieľom je minimalizácia pooperačnej bolesti, a tiež zabezpečenie intenzívnej starostlivosti, ako aj komplexnej liečby u pacientov, ktorí sú kriticky chorí (Gillon, 2016).

Ako pripomienkovala Gondárová – Vyhničková (2013) „*Koncepcia nerieši trvalú prítomnosť sestry pri lôžku kriticky chorého pacienta. Z praxe práve sestra zabezpečuje kontinuálny monitoring pacientov svojou trvalou prítomnosťou pri lôžku pacienta so zlyhanými vitálnymi funkciami.* (Gondárová, Vyhničková, 2013, s. 44)

Intenzívna starostlivosť sa považuje za najvyššiu formu starostlivosti v danom systéme rozlišovanej starostlivosti. Jej náplňou je starať sa o pacientov v kritickom stave, u ktorých dochádza či hrozí, že dôjde k zlyhávaniu funkcie jedného alebo niekoľkých orgánových systémov. Zabezpečovanie intenzívnej starostlivosti si vyžaduje trvalú prítomnosť lekára s odborovou špecializáciou AIM (Baid, Creed, Hargreaves, 2016). Najčastejšie sa oddelenie anesteziologickej a intenzívnej medicíny člení do niekoľkých úsekov, ktoré možno podľa príslušnej koncepcie stanoviť nasledujúco: (Koncepcia, 2007) „*Úsek anestetický, jeho súčasťou môže byť aj prebúdzacia miestnosť príslušne personálne a technicky vybavená, personálne a technické vybavenie zabezpečuje OAIM. Ak sú prebúdzacie izby súčasťou anestetických operačných sál, ktoré tvoria v zdravotníckom zariadení samostatnú organizačnú jednotku, technické vybavenie môže byť zabezpečované oddelením centrálnych operačných sál, anesteziologická ambulancia zabezpečujúca pred anestetické vyšetrenia, predoperačnú prípravu ambulantných a hospitalizovaných pacientov a konziliárne služby v rámci predoperačnej prípravy pacientov plánovaných na anestetický výkon na príslušných lôžkových oddeleniach, podľa klinického stavu pacienta, lokalizačných podmienok NsP a iných okolností buď na anesteziologickej ambulancii alebo u lôžka chorého na oddelení, resp. pracovisku, kde sa nachádza pred operačným alebo neoperačným výkonom. Anesteziologická ambulancia môže zabezpečovať aj riešenie akútnej pooperačnej a dlhodobej analgetickej liečby. Podľa koncepcie odboru algeziológia sa ambulantným a konziliárnym spôsobom môže podieľať aj na riešení chronickej a neznesiteľnej bolesti, Úsek resuscitačnej a intenzívnej starostlivosti (lôžková časť). Základom ústavnej zdravotnej starostlivosti v odbore AIM je poskytovanie zdravotnej starostlivosti v rámci kliniky (KAIM), alebo AIM oddelenia (OAIM).“*

POVINNOSTI SESTRY NA ODDELENÍ INTENZÍVNEJ STAROSTLIVOSTI

Pacient v terminálnom štádiu potrebuje najviac od ošetrovateľskej sestry zmierňovanie príznakov ochorenia a bolesti v súvislosti s uspokojovaním biologických potrieb umierajúceho pacienta. Okrem iného je tiež potrebné, aby sestra zabezpečovala aj ostatné potreby pacienta, psychické, sociálne a spirituálne, a rovnako aj jeho rodine, ktorá v čase umierania ich blízkeho pociťuje depresiu, úzkosť a celkový smútok. Do popredia sa dostáva holistický prístup, kam radíme aj starostlivosť o mŕtve telo (Marková, 2010). Za hlavnú náplň sestry pracujúcej na JIS považujeme uspokojovanie meniacich sa potrieb u umierajúceho pacienta. Ako zdôraznili Šoltés et al., (2010) ošetrovateľská starostlivosť má pri nevyliciteľne chorých a umierajúcich pacientov oveľa väčší význam, než samotná medicína (Šoltés, et al., 2008). Podľa potrieb pacienta sa v rámci ošetrovateľskej praxe rozlišuje paliatívna starostlivosť, ktorú rozdeľujeme na základnú a intenzívnu. Môžeme si spoločné a odlišné znaky medzi základnou a intenzívnou starostlivosťou rozlíšiť na

základe poznatkov z odbornej literatúry, ktorá uvádza, že obe kategórie starostlivosti majú za hlavný cieľ zabezpečiť najvyššiu možnú kvalitu života zomierajúceho pacienta, ako aj jeho rodiny. Z pohľadu intenzívnej paliatívnej ošetrovateľskej starostlivosti sa sestra zameriava na zvládanie bolesti pacienta, ako aj sprievodných javov súvisiacich s diagnózou. Je potrebné sa z pohľadu sestry postarať sa o (zabezpečiť) uspokojovanie potrieb pacienta aj v psychickej, sociálnej a v duchovnej oblasti v terminálnom štádiu života pacienta, pričom tieto potreby má zabezpečovať tiež rodine pacienta (Svatošová, 2012). Môžeme odlíšiť dva základné modely ošetrovateľskej starostlivosti, týkajúcej sa nevyliciteľne chorých pacientov. Za klasický model považujeme domáci model umierania. Nevýhoda spočíva v nedostatku zabezpečenia profesionálnej pomoci, avšak na opatere a ošetrovaní sa podieľa vždy mladšia generácia, ktorá si v rámci rodiny tieto poznatky traduje. Druhým modelom je inštitucionálny model umierania. V tomto modeli sa presúva starostlivosť o umierajúceho pacienta z rodinných príslušníkov na kvalitnú, bezpečnú a odbornú starostlivosť poskytovanú zdravotníckymi pracovníkmi, ktorí však ostávali k pacientovi chladní a chýbal holistický prístup k človeku (Marková, 2010). Súčasný model pri starostlivosti o pacientov, ktorí sú v terminálnom štádiu preberá všetko pozitívne z klasického modelu, a tiež zahŕňa poskytovanie profesionálnej pomoci rodine. Tento model by mal obsiahnuť vhodné aspekty oboch modelov, pričom by sa mali zaviesť zmeny, ktoré odstraňujú nedostatky z hore uvedených modelov. Takýto model by mal predstavovať výhody nielen pre samotného pacienta, ale tiež pre jeho smútiacu rodinu podľa holistického prístupu. Tento model označujeme ako paliatívny model zomierania (Bužgová, 2015). Možno povedať, že najvhodnejšie podmienky súčasnosti sa považuje domáce prostredie či hospic. Domáce prostredie má pozitívne účinky najmä pri uspokojovaní psychologických a sociálnych potrieb pacienta, nakoľko rodinní príslušníci majú citovú väzbu k svojmu blízkemu umierajúcejmu členovi rodiny (Fabiánová, et al., 2017). Komplexnú starostlivosť poskytujú dobrovoľníci a odborný tím, ktorí pomáhajú rodine naplňať jednotlivé potreby pacienta najmä prejavenu dôverou a svojou prítomnosťou. Je nevyhnutná, aby v interdisciplinárnom tíme bola prítomná úzka kooperácia. Členovia odborného tímu majú spoločné stretnutia, kde hodnotia vývoj stavu a každý z odborníkov sa vyjadrí k sebe blízkej oblasti. Psychológ v tíme zastrešuje pochopenie duševného rozpoloženia pacienta. Lekár ostatným členom tímu približuje medicínsky pohľad, sestra poskytuje informácie o úspechoch a problémoch z pohľadu ošetrovateľských diagnóz. Sociálni pracovníci majú v starostlivosti sociálne väzby pacienta s rodinou. Duchovný referuje o postoji pacienta k vnímaniu a prijatiu svojej svätosti a o spirituálnom pohľade pacienta. Tým, že každý člen tímu zastrešuje jednu z oblastí, dostáva sa komplexnému prístupu k pacientovi (Dobříková et al., 2005). Sestra zabezpečujúca paliatívnu starostlivosť predstavuje neoddeliteľnú súčasť multidisciplinárneho tímu. Sestra by mala byť schopná uplatňovať svoje schopnosti a zásady odboru, aby predstavovala plnohodnotnú silu daného tímu. Sestra poskytuje špecifické ošetrovateľské intervencie pomocou metódy ošetrovateľského procesu. Podľa Markovej (2010) metódy ošetrovateľského procesu si môžeme predstaviť ako: účasť na starostlivosti o pacienta, komplexnú starostlivosť a ako individualizáciu ošetrovateľskej starostlivosti (Marková, 2010).

Ošetrovanie zomierajúcich, rovnako ako príprava sestry vychádza z vednej disciplíny Ošetrovateľstva. Je pozitívne, ak sestra disponuje poznatkami z histórie v oblasti umierania.

Poledníková, Slamková (2013) uvádzajú hlavné úlohy sestry pri starostlivosti o umierajúceho pacienta:

- **kvalitné posudzovanie** ktorá zahŕňa identifikovanie a kategorizovanie ošetrovateľských problémov, ktoré sú výsledkom nenaplnenia jednotlivých potrieb pacienta,
- **stanovovanie ošetrovateľských diagnóz spolu s ich riešením** pomocou ošetrovateľských intervencií,
- **empatický prístup a profesionálnu komunikáciu** pri ktorej je potrebné stotožniť sa s emóciami, pocitmi, potrebami, želaniami pacienta a komunikovať s ním podľa optimálnych a už v praxi overených zásad (Poledníková, Slamková, 2013).

Aktivity sestier môžeme rozdeliť na nezávislé a závislé. Za nezávislé činnosti sestra preberá a nesie plnú zodpovednosť. Realizované sú v závislosti od jej vedomostí, schopností a zručností. Závislé činnosti sestry vykonávajú podľa ordinácie lekára, prípadne pod jeho dohľadom. Aktivity, ktoré vykonávajú spolu súčasne viacerí členovia tímu, sú označované ako súčinné činnosti (Navrátil, 2008). Za vhodnú metódu považujeme ošetrovanie kontaktnou sestrou. Počas celej doby hospitalizácie je ošetrovateľská starostlivosť zabezpečovaná určenou sestrou (Keltner, Steele, 2014). V ošetrovateľskej oblasti sú nevyhnutné nielen odborné vedomosti, ale tiež aj zručnosti a skúsenosti najmä v oblasti umierajúcich pacientov, ale rovnako sú dôležité i skúsenosti z oblastí terapeutických i diagnostických metód (Firment et al., 2013).

Pri starostlivosti o umierajúcich pacientov sa dostávajú sestry do konfrontácie často s morálnymi, etickými problémami, pričom je nevyhnutné, aby sestry ovládali, a zároveň dodržiavali základné etické princípy, dokázali rozlišovať špecifické etické problémy, a to najmä v otázke eutanázie (Svatošová, 2012). Z pohľadu sestry je potrebné si uvedomiť, že každý pacient predstavuje neoddeliteľnú súčasť svojej rodiny, ktorá s ním súcití a prežíva smútok. Je potrebné týmto rodinným príslušníkom informácie poskytovať citlivo, avšak musia byť pravdivé, a to všetky, ktoré majú sestry vo svojej kompetencii (Vondráček, 2006). Dôležité je pre sestru, aby dokázala pochopiť vzťahové väzby medzi príslušníkmi rodiny a pacientom, štýl komunikácie, ako aj rodinné hodnoty. Mala by byť prítomná pri konfliktoch, ktoré by mala pomáhať úspešne riešiť, prípadne pomôcť, aby k nim nedochádzalo. Za základný cieľ v rámci ošetrovateľskej starostlivosti o pacientov v terminálnom štádiu považujeme zlepšovanie kvality života spĺňaním zmyselných želaní a potrieb pacienta.

Do zásad ošetrovateľskej starostlivosti o umierajúceho pacienta u sestry na JIS môžeme podľa Markovej (2010) zaradiť: nič nemožno preháňať, všetko je potrebné vypočítať, plne akceptovať a pokiaľ možno plniť želania pacienta, samozrejmu autentickosť a úprimnosť

sestry, neskrývať bolesť či neistotu, udržiavať optimálnu vzdialenosť podľa situácie, podľa konkrétnej situácie zvážiť odstup či blízkosť, prejsť schopnosť načúvať a empaticky vyjadrovať pochopenie, byť časovo dostupná pacientovi, pretože ten vie vycítiť.

V rámci ošetrovateľskej starostlivosti o pacientov v terminálnom štádiu sa môžu využívať všetky roly sestry. Rolu sestry manažérky považujeme za jednu z najdôležitejších pri ošetrovaní umierajúcich pacientov. Táto rola spočíva v riadení realizácie ošetrovateľských činností, ako aj poskytovanie uspokojovania všetkých potrieb pacientovi či jeho príbuzným (Marková, 2010). Ďalšie dôležité role, ktoré by mala sestra zvládnuť pri starostlivosti o pacientov v terminálnom štádiu, sú napr. rola ošetrovateľky, kedy sestra prevádza ošetrovateľskú starostlivosť, naplňuje biologické, psychologické, sociálne a spirituálne potreby pacienta. Za ďalšiu rolu považujeme rolu komunikátorky, kedy sa uplatňujú princípy efektívnej komunikácie. Rola edukátorky znamená, že sa sestra zaujíma o edukáciu pacienta, ktorú mu poskytuje. Rola sestry advokátky pozostáva v tom, že sa presadzujú záujmy daného pacienta, prípadne háji práva pacienta. Sestra v roli nositeľky zmien predstavuje osobu, ktorá zavádza inovatívne pozitívne postupy (Plevová, 2012). Pre pacientov v terminálnom štádiu za najdôležitejšie je, aby sestra dokázala čo najlepšie plniť úlohy, ako sú: (Gulášová, 2009)

poskytovanie pomoci pacientom pri zbavovaní sa strachu, depresie, úzkosti, negatívnych pocitov, zvyšovanie pocitu istoty u pacientov, zachovávanie a chránenie ľudskej dôstojnosti, zvyšovanie sebadôvery a sebaúcty v pacientovi, napomáhanie pacientovi k akceptovaniu svojej vlastnej straty a pri prijímaní pravdy, k posilňovaniu duchovnej dimenzie, teda podpore psychologickú, duševnú, že smrťou sa ešte nič nekončí, pokračuje človek ďalej v posmrtnom živote (samozrejme podľa vierovyznania pacienta).

ZÁVER

Potreby pacientov v intenzívnej ošetrovateľskej starostlivosti sa stávajú v súčasnosti dôležitým aspektom poskytovania intenzívnej starostlivosti. Spokojnosť pacienta s uspokojenými biologickými, psychickými, sociálnymi a duchovnými potrebami počas intenzívnej ošetrovateľskej starostlivosti sa prejavuje na celkovom zdravotnom stave pacienta a na zlepšení jeho aktuálnej kvality života. Z pohľadu terminálnej starostlivosti ide najmä o zlepšenie kvality života pacienta, ktorý umiera, a to plnením jeho želaní i potrieb. Pacient má želaná týkajúce sa najmä svojho súčasného zdravotného stavu, pričom jeho žiadosti majú byť rešpektované, je potrebné pacientovi poskytnúť všetky potrebné informácie na jeho konečné rozhodnutie, a nakoniec je nevyhnutné tiež akceptovať pacientove odmietnutie, napr. pri niektorých liekoch, liečebných postupoch a podobne. Úspech ošetrovateľských zásahov môže byť úspešnejší pri dobrom vzťahu medzi zdravotníkmi a pacientom. Najčastejšie sa stretávame s tým, že pacient trpí bolesťami, ktoré by najradšej nepociťoval, a preto jeho potrebou a želaním je aj tíšenie bolesti, ktoré zaraďujeme do všetkých štyroch oblastí, teda psychickej, biologickej, sociálnej i spirituálnej. Každý človek má potrebu nepociťovať bolesť, netrpieť fyzicky. Vnímanie bolesti tzv. prah bolesti, má každý pacient iné. Pociťovanie bolesti je

individuálne a je závislé od mnohých faktorov. Súčasné možnosti vďaka rozvinutému farmaceutickému priemyslu dovoľujú, aby pacienti mali možnosť užívať lieky, ktoré ich neznesiteľnú bolesť utíšia.

POUŽITÉ ZDROJE

- [1] BAID. H., CREED, F., HARGREAVES, J. 2016. Oxford Handbook of Critical Care Nursing (Oxford Handbooks in Nursing). 2. vyd.: Oxford University Press. s. 576. ISBN: 978-0198701071.
- [2] BURCHUM, J., ROSENTHAL, L. 2018. Lehne's Pharmacology for Nursing Care. 10. vyd.: Saunders, 2018. s. 1456. ISBN: 978-0323512275.
- [3] BURNS, S., DELGADO, S. A. 2018. AACN Essentials of Critical Care Nursing. Vyd.: McGraw-Hill Education. s. 618. ISBN: 978-1260116755.
- [4] BUŽGOVÁ, R. 2015. Paliatívni péče ve zdravotnických zařízeních. Praha: Grada Publishing, a.s., 2015. 168s., ISBN 978-80-247-5402-4
- [5] DOBRÍKOVÁ – PORUBČANOVÁ, P. 2005. Nevyliciteľne chorí v súčasnosti. Trnava: Spolok sv. Vojtecha, 2005. s. 277. ISBN: 80-7162-581-7
- [6] FABIÁNOVÁ, Z. et al., 2017. Ošetrovanie umierajúceho klienta – interný postup. Vnútrošný dokument systému manažérstva kvality pracovísk. Ošetrovateľské centrum, s.r.o., a ZSS Slniečny dom, n.o., Humenné, 2017
- [7] FIRMENT, J. et al., 2013. História anestéziológie a intenzívnej medicíny na Slovensku. Košice: Kniha Hanzlúvka, 2013. s. 486. ISBN: 978-80-8954-610-7.
- [8] GILLON, S. 2016. Revision Notes in Intensive Care Medicine. vyd.: Oxford University Press, 2016. s. 480. ISBN: 978-0198754619
- [9] GODNÁROVÁ – VYHNIČKOVÁ, H. 2013. Čas na zmeny v anestéziológii. In: Sestra. ISSN: 1335-9444, 2013, roč. VII, č. 3-4, s. 15
- [10] GRICE, T., GREENAN, J. 2009. Oxford English for Careers. Intermediate. Nursing. Student's Book. Vyd.: Oxford University, 2009. s. 136. ISBN: 978-0194569880
- [11] GULÁŠOVÁ, I., 2009. Právne aspekty zdravotnej a ošetrovateľskej starostlivosti. Martin: Osveta, 2009. s. 128. ISBN: 978-80-8063-307-3.
- [12] JAMES, R. et al., 2012. Nursing Care of Children: Principles and Practice. Vyd.: Saunders, 2012. s. 880. ISBN: 978-1455703661.
- [13] KAAININEN, J. R. et al., 2009. Family Health Care Nursing: Theory, Practice, and Research (Hanson, Family Health Care Nursing). Vyd.: F. A. Davis Company. s. 560. ISBN: 978-0803621664.
- [14] KAPOUNOVÁ, G. 2007. Ošetrovateľství v intenzivní péči. Praha: Grada Publishing, 2007. s. 352. ISBN: 978-80-247-1830-9.
- [15] KELTNER, N. L, STEELE, D. 2014. Psychiatric Nursing - E-Book (English Edition). 7. vyd.: Mosby. s. 552. ASIN: B00QXHCWSW.
- [16] KONCEPCIA ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI V ODBORE ANESTÉZIOLÓGIA A INTENZÍVNA MEDICÍNA, 2007. Vestník MZ SRč. 295-89-1/2006-OZSO, č.11, roč. 55. [online]:2007.Dostupné na internete: https://www.health.gov.sk/Zdroje?/Sources/dokumenty/vestniky_mz_sr/2007/vestnik0704.pdf

- [17] MÁLEK, J. et al., 2011b. Léčba pooperační bolesti. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. s. 154. ISBN: 978-80-204-245-32.
- [18] MÁLEK, J. et al., 2011a. Praktická anesteziologie. Praha: Grada, 2011. s. 188. ISBN: 978-80-247-364-26.
- [19] MARKOVÁ, M., 2010. Sestra a pacient v paliativní péči. Praha: Grada Publishing, 2010. s. 128. ISBN: 978-80-247-3171-1.
- [20] MEEUSEN, V. 2010. Composition of the anasthesia team a European survey. In: European Journal of anesthesiology. ISSN: 1365-2346, 2010, roč. 27, č. 9, s. 779.
- [21] NAVRÁTIL, L., 2008. Vnitřní lékařství pro nelékařské zdravotnické obory. Praha: Grada, 2008. s. 424. ISBN: 978-80-247-2319-8.
- [22] NOVOTNÁ, Z. et al., 2012. Vybrané kapitoly z ošetrovateľstva vo vnútornom lekárstve. Martin: Osveta, 2012. s. 186. ISBN: 978-80-555-0597-8.
- [23] ONDERČANIN, M. 2007. Ako dobila anestézia slovenské teritórium alebo kde sú korene slovenskej anestéziológie [online]: 2007. [cit. 04.09.2019]. Dostupné na internete: www.ssaim.sk/uvod.html
- [24] PECK, T. E. 2014. Pharmacology for Anaesthesia and Intensive Care. Vyd.: Cambridge University Press, 2014. s. 372. ISBN: 978-1107657267.
- [25] PLEVOVÁ, I. 2012. Management v ošetrovateľstve. Praha: Grada, 2012, s. 304. ISBN: 978-80-247-3871-0.
- [26] POLEDNÍKOVÁ, L., SLAMKOVÁ, A. 2013. Klinické a ošetrovateľské aspekty paliatívnej starostlivosti. Martin: Osveta, 2013. s. 146. ISBN: 978-80-8063-379-0. s. 768. ASIN: B00LB54X74.
- [27] SINGER, M., WEBB, A. 2013. Oxford Handbook of Critical Care Third Edition and Emergencies in Critical Care Second Edition Pack. Vyd.: Oxford University Press, 2013. s. 1264. ISBN: 978-0199692804.
- [28] ŠOLTÉS, L., PULLMANN, R. 2008. Vybrané kapitoly z ošetrovateľskej etiky. Martin: Osveta, 2008. s. 256. ISBN: 978-80-8063-287-8
- [29] SVATOŠOVÁ, M. 2012. Víme si rady s duchovními potřebami nemocných. Praha: Grada, 2012. s. 112. ISBN: 978-80-247-4107-9.
- [30] VARCAROLIS, E.M. 2014. Manual of Psychiatric Nursing Care Planning - E-Book: Assessment Guides, Diagnoses, Psychopharmacology. 5. vyd.: Amazon Media EUm 2014.
- [31] VONDRÁČEK, L. – VONDRÁČEK, J. 2006. Odpovědnosti při poskytování ošetrovateľskej péče. Praha: Galén, 2006. s. 306. ISBN: 80-7262-392-3.

INTENSIVE NURSING CARE - DIGNITY, QUALITY AND SAFETY IN A DYING PATIENT



ABSTRACT

In the paper, the authors analyze the difficulty of the work of the nurse in the intensive care department. In addition to the Concept of Health Care in the field of anesthesiology and intensive medicine (AIM), they are approaching the latest trends in this area. They pay attention to patients who receive intensive care at the terminal stage of the disease - dying patients with an emphasis on the humaneness, quality and safety of nursing care. They stress the importance of an individual approach to each dying patient, satisfying his or her physical, psychological, social and spiritual needs, respecting his human dignity and respecting the rights of a dying patient. At the end of the paper, they describe the roles and responsibilities of nurses working in the intensive medicine department.

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

prof. PhDr. Ivica Gulášová, PhD., MHA
Trnavská univerzita v Trnave
Fakulta zdravotníctva a sociálnej
práce
Katedra ošetrovateľstva
Univerzitné námestie 1
918 43 Trnava
Slovenská republika
e-mail: ivica.gulasova@truni.sk

Mgr. Iveta Jamnická
CINRE, Všeobecná nemocnica
Oddelenie anestéziológie a intenzívnej
medicíny
Tematinska ul. 3778/5A
851 05 Bratislava 5
Slovenská republika
e-mail: ivetajamnicka@gmail.com

KEYWORDS:

Intensive medicine, AIM concept,
quality, ethical principles, dying patient

KVALITA ŽIVOTA PACIENTŮ PO RADIKÁLNÍ PROSTATEKTOMII

JANA VELČOVSKÁ
SURGAL CLINIC

JANA TRUPLOVÁ
ZUZANA KOSAKOVÁ
VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ
JIHLAVA



ABSTRAKT

Při karcinomu prostaty je radikální prostatektomie (RAPE) často nezbytným operačním výkonem. Karcinom prostaty patří k nejčastějšímu nádorovému onemocnění mužské populace. Přesto, že urologická onkologie dosáhla v posledních letech velkého pokroku, bohužel se stále po radikální prostatektomii projevují přechodné komplikace jako je inkontinence moči či erektilní dysfunkce, jež mohou výrazně ovlivnit kvalitu života pacienta. Cílem kvantitativního výzkumu, který jsme realizovaly formou standardizovaného dotazníkového šetření, je zjistit, jak ovlivnila radikální prostatektomie kvalitu života pacientů a jaká je informovanost pacientů ohledně komplikací a následné péče. Dotazníkového šetření se zúčastnili respondenti po radikální prostatektomii, kteří byli osloveni na urologické ambulanci ve Fakultní nemocnici u svaté Anny v Brně a na Poliklinice Zahradníkově v Brně. Výzkumné šetření probíhalo ve výše zmíněných urologických ambulancích od prosince 2020 do března 2021. Přínosem výzkumného šetření je zjištění, že pacienti po operaci prostaty vnímají své fyzické zdraví velmi dobře a ve většině případů jím nejsou omezováni.

KLÍČOVÁ SLOVA:

karcinom prostaty, kvalita života, ošetrovatelská péče, prostata, radikální prostatektomie

ÚVOD

Karcinom prostaty patří k nejčastějšímu nádorovému onemocnění mužské populace. V České republice k 31. 12. 2018 žilo 65 662 mužů se zhoubným nádorem prostaty (ÚZIS, 2022).

Náplň práce všeobecné sestry spočívá v ošetrovatelské péči ve všech fázích, kterými si pacient v souvislosti s radikální prostatektomií prochází. Je důležité si také uvědomit, že urologické vyšetření a většina operačních výkonů se týkají intimních částí lidského těla. Při péči o pacienty je nezbytné respektovat zásadně jejich stud a intimitu. Individuální přístup navozuje pocit důvěry nejen u pacienta, ale i jeho rodiny. Trpělivý přístup, rehabilitace a spolupráce pacienta s odborným zdravotnickým personálem umožňuje mužům návrat plného zdraví, a tak mohou vést opět plnohodnotný život (Sochorová, Vidlář, 2016).

Nejobvyklejší metodou zjišťování a měření kvality života je využití dotazníků nebo strukturovaných rozhovorů. Získáváme jím empirické informace, založené na nepřímém dotazování se respondentů, s použitím předem formulovaných písemných otázek. Speciální dotazníky jsou naproti tomu určeny pro pacienty s určitými obtížemi a obsahují položky, které zjišťují jejich dopad na kvalitu života pacienta. Dotazníky tohoto typu jsou schopny zachytit klinicky významné změny, ale výsledky lze obtížně srovnávat nebo zobecňovat (Bártlová, Sadílek, Tóthová, 2008; Dragomirecká, Bartoňová, 2006).

Cílem našeho výzkumu je zjistit, jak ovlivnila radikální prostatektomie kvalitu života pacientů a prověřit, jaká je informovanost pacientů v rámci radikální prostatektomie. Ovlivnění kvality života muže po operačním výkonu bylo zjišťováno pomocí otázek z dotazníku WHOQOL-BREF. Informovanost pacientů zjišťovaly otázky vlastní konstrukce.

MATERIÁL A METODY

Výzkumné šetření bylo provedeno na základě kvantitativního výzkumu, který probíhal po pilotní studii v listopadu 2020 v období od prosince 2020 do března 2021. Dotazníkového šetření se zúčastnili respondenti po radikální prostatektomii, kteří byli osloveni na urologické ambulanci ve Fakultní nemocnici u svaté Anny v Brně a na Poliklinice Zahradníkově v Brně. Distribuce dotazníků byla realizována jednou z autorek výzkumu. Do urologické ambulance ve Fakultní nemocnici bylo distribuováno 50 dotazníků, návratnost byla 15 dotazníků. Na Polikliniku Zahradníkovu v Brně bylo rozdáno 85 dotazníků, vrátilo se všech 85 dotazníků. Žádný dotazník nebyl vyřazen pro neúplnost. Pro výzkum bylo použito 100 dotazníků (100 %).

VÝSLEDKY A DISKUZE

Výzkumného šetření se zúčastnilo nejvíce respondentů 42 (42 %) ve věku 70 a více let, následně 40 (40 %) respondentů bylo ve věku 60–69 let, 13 (13 %) bylo ve věku 50–59 let a nejméně z dotazovaných respondentů 5 (5 %) bylo ve věkovém

rozmezí 40–49 let. Tato data potvrzují vyjádření European Association of Urology (2020), že incidence karcinomu prostaty přibývá s vyšším věkem, průměrný věk diagnostikování onemocnění je 69 let.

Nejvíce respondentů 60 (60 %) bylo ve starobním důchodu a 38 (38 %) respondentů bylo zaměstnaných. Pouze 1 (1 %) respondent byl v invalidním důchodě a 1 (1 %) respondent byl nezaměstnaný. Tato data odpovídají i věkovému rozmezí pacientů, kterým bylo více než 60 let. Nejpočetnější skupinou bylo 83 (83 %) respondentů, kteří žijí s manželkou nebo partnerkou. Celkem 14 (14 %) respondentů uvedlo, že žijí v domácnosti sami, a 3 (3 %) respondenti uvedli, že žijí s dětmi nebo s jinými členy domácnosti. Tento výsledek byl pro náš výzkum velmi kladný, protože rodinné zázemí je v rámci plánovaného operačního výkonu a rekonvalescence velmi důležité.

Z výzkumného šetření vyplývá, že dopad fyzických důsledků po RAPE je u mužů téměř minimální. Podkladem tohoto výsledku je otázka, která se zabývala výskytem bolesti v podbřišku po RAPE. Nejvíce dotazovaných mužů 53 (53 %) uvedlo, že bolesti v podbřišku nepocítovalo vůbec. Další část 40 (40 %) mužů odpovědělo, že bolesti v podbřišku pocítovalo pouze zřídka. Menší počet respondentů 5 (5 %) odpovědělo, že bolesti pocítovalo středně často. Pouze 1 (1 %) z dotazovaných uvedl, že bolesti v podbřišku vnímá velmi často, a 1 (1 %) respondent odpověděl, že měl bolesti neustále. Bolest v podbřišku může být ovlivněna typem operačního výkonu a dobou, jež uběhla od operace. Podle Kršky (2014) se upřednostňuje laparoskopie nebo roboticky asistovaná laparoskopie, která je pro pacienta šetrnější a zkracuje dobu rekonvalescence. Další z otázek hodnotila, do jaké míry mužům bránila bolest v podbřišku v každodenních činnostech. Nejpočetnější skupina dotazovaných 70 (70 %) tvrdila, že jim bolest v podbřišku po RAPE vůbec nebránila v každodenních činnostech. Minimální počet dotazovaných 2 (2 %) uvedlo, že je bolest omezovala v činnostech středně často, 1 (1 %) respondent byl omezen bolestí v podbřišku neustále. Možnost velmi často neuvedl žádný z dotazovaných respondentů.

Jedna z otázek se zabývala inkontinencí moči jako komplikací, která mohla po RAPE bránit mužům věnovat se svým zálibám. Nejvíce respondentů 44 (44 %) nebylo vůbec omezeno ve věnování se svým zálibám, to je možné považovat za velmi pozitivní výsledek. Celkem 32 (32 %) respondentů bylo omezeno pouze zřídka. Menší počet 21 (21 %) respondentů odpovědělo, že jim inkontinence moči bránila ve věnování se svým zálibám středně. Pouze 3 (3 %) respondenti uvedli, že je inkontinence moči omezovala velmi často. Odpověď „neustále“ neuvedl žádný respondent. Matoušková a kol. (2017) uvádí, že do jednoho roku se daří inkontinenci zcela eliminovat, přibližně 1 z 10 mužů má mírný únik moči vyžadující jednu nebo více inkontinenčních vložek denně.

Další otázka hodnotila pocit energie mužů pro každodenní život. Nejčastější odpovědí byla možnost středního vlivu zákroku na pocit energie, kdy tuto odpověď zvolilo 37 (37 %) respondentů. Z našeho výzkumu vyplývá, že pocit dostatečné energie může zároveň souviset s pocitem dostatečného spánku, na který se zaměřovala jiná otázka. Další nejčastější odpovědí vlivu zákroku na pocit energie byla možnost velmi často, kterou

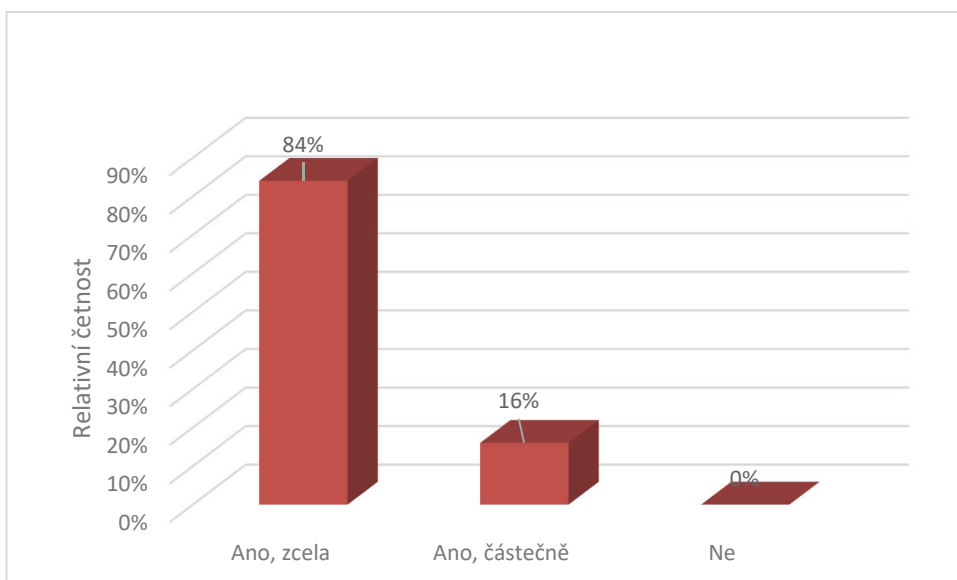
zvolilo 28 (28 %) respondentů. Celkem 18 (18 %) respondentů mělo pocit energie pro každodenní život neustále. Menší počet respondentů 8 (8 %) nemělo vůbec energii pro každodenní život a 9 (9 %) respondentů uvedlo odpověď „zřídka“.

Následující otázka se zabývala spokojeností mužů ve vykonávání svých každodenních činností. Více než polovina respondentů 61 (61 %) uvedla, že byli spokojeni se svou schopností vykonávat své každodenní činnosti. Tento výsledek můžeme považovat za velmi kladný. Další nejčastější odpovědí byla možnost ani spokojen, ani nespokojen, kterou zvolilo 19 (19 %) respondentů. Celkem 15 (15 %) dotazovaných bylo se svou schopností vykonávat každodenní činnosti velmi spokojeno a pouze 5 (5 %) respondentů uvedlo, že bylo nespokojeno. Možnost velmi nespokojen ne zvolil žádný respondent.

Ve výzkumu byla využita otázka, která hodnotila, jak jsou muži spokojeni s kvalitou svého života. V našem výzkumu nejvíce respondentů 61 (61 %) odpovědělo, že bylo s kvalitou svého života spokojeno. Celkem 25 (25 %) dotazovaných respondentů našeho výzkumu uvedlo, že s kvalitou svého života nebyli ani spokojeni, ani nespokojeni. Celkem 10 (10 %) respondentů odpovědělo, že bylo velmi spokojeno, 3 (3 %) respondenti odpověděli, že jsou nespokojeni a 1 (1 %) respondent byl s kvalitou svého života velmi nespokojen. Špičák a kol. (2008) uvádí, že nerandomizované studie potvrzují výhodnost laparoskopické techniky při prostatektomii vzhledem k lepší kvalitě života pacientů. Barash (2015) se zmiňuje, že podnětem k rozvoji minimálně invazivních technik u řešení karcinomu prostaty je kvalita života a spokojenost pacienta. S využitím laparoskopické a robotické prostatektomie je možné zkrátit rekonvalescenci a pacient se může rychleji vrátit k běžným aktivitám.

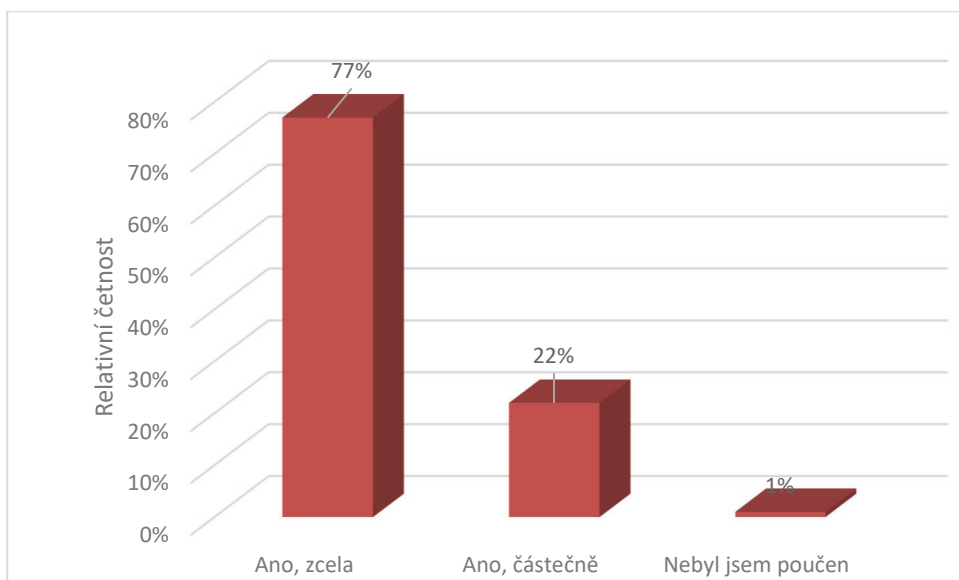
Adam, Vorlíček, Vaníček a kol. (2004) uvádí, že při využití vyspělé operační techniky se počet případů stresové inkontinence, jako pooperační komplikace radikální prostatektomie, pohybuje mezi 5–10 %. Co se týče erektilní dysfunkce, Šrámková (2013) uvádí incidenci po radikální prostatektomii 14–90 % a zmiňuje, že lékař informuje před operací pacienta o možném vzniku této komplikace. Z výzkumného šetření je patrné, že muži byli dobře informováni o možných komplikacích, jako je inkontinence moči a sexuální dysfunkce. Zároveň měli respondenti dostatek informací o možnostech řešení a péči s nimi související. Podkladem výsledků jsou následující grafy:

Graf 1: Míra informovanosti o možných komplikacích



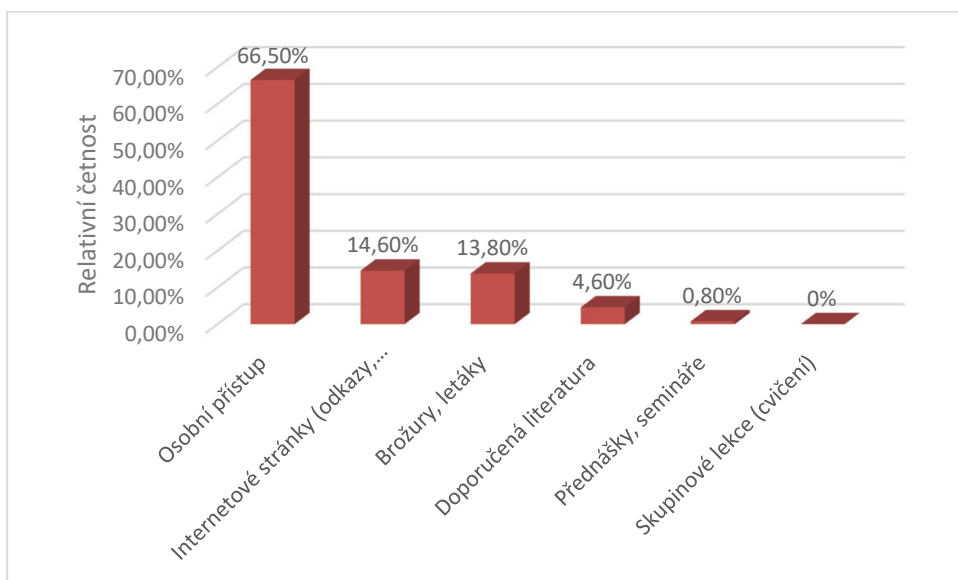
Graf znázorňuje informovanost lékařem o možných komplikacích po RAPE. 84 (84 %) respondentů bylo zcela informováno, 16 (16 %) respondentů bylo informováno částečně. Žádný z dotazovaných respondentů nevedl možnost, že by nebyl informován.

Graf 2: Míra informovanosti o možnostech řešení inkontinence



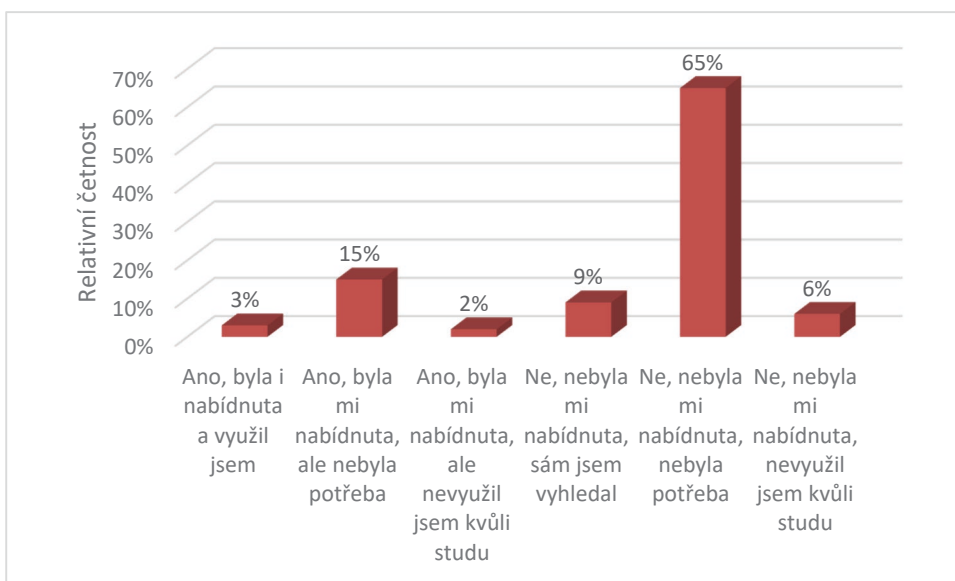
Graf znázorňuje, zda byli respondenti poučeni o možnostech řešení inkontinence všeobecnou sestrou. 77 (77 %) respondentů bylo zcela poučeno, 22 (22 %) respondentů bylo edukováno částečně a 1 (1 %) respondent uvedl, že poučen nebyl.

Graf 3: Vyhovující způsob edukace pro pacienta



Graf znázorňuje odpovědi, jaký způsob edukace o problematice inkontinence nejvíce respondentům vyhovuje. 87 (66,5 %) odpovědí zastupují osobní přístup. 19 (14,6 %) odpovědí zastupují internetové stránky (odkazy, videa), 18 (13,8 %) odpovědí představují brožury a letáky, 6 (4,6 %) odpovědí představují doporučenou literaturu, 1 (0,8 %) odpověď zastupuje přednášky a semináře. Skupinové lekce nezvolil žádný respondent.

Graf 4: Využití pomoci psychologa nebo sexuologa



Graf znázorňuje odpovědi, zda respondentům byla nebo nebyla nabídnuta možnost spolupráce s psychologem nebo sexuologem a zda byla tato možnost využita či nikoliv. 3 (3 %) respondentům byla nabídnuta a využita spolupráce s psychologem nebo sexuologem. 15 (15 %) respondentů byla spolupráce nabídnuta, ale nebyla potřeba ji

využít. 2 (2 %) respondentům byla spolupráce nabídnuta, ale nebyla využita kvůli studu. 9 (9 %) respondentům nebyla nabídnuta možnost spolupráce a sami si jej vyhledali. 65 (65 %) respondentům nebyla spolupráce nabídnuta, avšak nebyla potřeba. 6 (6 %) respondentům nebyla nabídnuta spolupráce a nebyla využita kvůli studu.

ZÁVĚR

Výsledky výzkumu vyšly převážně velmi dobře, přesto je nutné doplnit pár doporučení, jež mohou přispět k lepší kvalitě života mužů. Základem je často opomíjená prevence, kdy jako všeobecné sestry můžeme navodit prvotní myšlenku péče o své zdraví nejen každému muži, ale i ženám, jež mohou mimo jiné podpořit zdraví svých mužů.

Výskyt komplikací po RAPE nelze zatím zcela vyloučit, přesto tento operační výkon zachraňuje životy všem mužům, kteří tímto typem karcinomu onemocněli. Přínosem výzkumného šetření je výsledek, že pacienti po operaci prostaty vnímají své fyzické zdraví velmi dobře a ve většině případů nejsou omezováni. RAPE vždy ovlivní psychosociální faktory pacienta, proto je důležité pacientům naslouchat a ukázat, že nejsou na tento problém sami a nabídnout jim odbornou pomoc.

POUŽITÉ ZDROJE

- [1] ADAM, Z., VORLÍČEK, J., VANÍČEK, J. a kol. 2004. Diagnostické a léčebné postupy u maligních chorob. Praha: Grada, 684 s. ISBN 80-247-0896-5.
- [2] BARASH, P. G. a kol. 2015. Klinická anesteziologie. Praha: Grada, 816 s. ISBN 978-80-247-9690-1.
- [3] BÁRTLOVÁ, S., SADÍLEK, P., TÓTHOVÁ, V. 2008. Výzkum a ošetřovatelství. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 185 s. ISBN 978-80-7013-467-2.
- [4] DRAGOMIRECKÁ, E., BARTOŇOVÁ, J. 2006. WHOQOL-BREF, WHOQOL-100: World Health Organization Quality of Life Assessment: příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace. Praha: Psychiatrické centrum, 92 s. ISBN 80-85121-82-4.
- [5] European Association of Urology, 2020. Us TOO: Prostate cancer [online]. [cit. 2020- 10-21]. Dostupné z: https://patients.uroweb.org/cancers/prostate-cancer/#Clinical_trials
- [6] KRŠKA, Z., HOSKOVEC D., PETRUŽELKA, L. 2014. Chirurgická onkologie. Praha: Grada, 904 s. ISBN 978-80-247-4284-7.
- [7] MATOUŠKOVÁ, M., SVOBODA, T. a kol. 2017. Multimodální přístup k nádorům močového měchýře a prostaty. Olomouc: Solen, 309 s. ISBN 978-80-7471-216-6.
- [8] SOCHOROVÁ, N., VIDLÁŘ A. 2016. Základy obecné urologie nejen pro sestry. Olomouc: Solen, Medical education. Meduca, 108 s. ISBN 978-80-7471-142-8.
- [9] ŠPIČÁK, J a kol. 2008. Novinky v gastroenterologii a hepatologii. Praha: Grada, 424s. ISBN 978-80-247-1783-8.
- [10] ŠRÁMKOVÁ, T. 2013. Poruchy sexuality u somaticky nemocných a jejich léčba. Praha: Grada, 232 s. ISBN 978-80-247-4453-7.
- [11] Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2021. Novotvary 2018, [online]. [cit. 2022-03-05]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/index.php?pg=vystupy--tematicke-rady&id=752>.

LIFE QUALITY OF PATIENTS AFTER RADICAL PROSTATECTOMY



ABSTRACT

Radical prostatectomy (RAPE) is often a necessary surgical procedure for prostate cancer. Prostate cancer is one of the most common cancers in the male population. Despite the fact that urological oncology has made great progress in recent years, unfortunately, temporary complications such as urinary incontinence or erectile dysfunction still occur after radical prostatectomy, which can significantly affect the patient's quality of life. The aim of the quantitative research, which we carried out in the form of a standardized questionnaire survey, is to find out how radical prostatectomy affected the quality of life of patients and how informed patients are regarding complications and follow-up care. Respondents after radical prostatectomy participated in the survey, who were approached at Fakultní nemocnice u svaté Anny v Brně and Poliklinika Zahradníková v Brně. The research survey took place in the aforementioned urology clinics from December 2020 to March 2021. The benefit of the research survey is the finding that patients after prostate surgery perceive their physical health very well and in most cases are not limited by it.

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

Bc. Jana Velčovská
SurGal Clinic s.r.o.
Oddělení chirurgie
Drobného 38, 602 00 Brno
e-mail: velcovska.jana@surgalclinic.cz

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

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

KEYWORDS:

prostate cancer, quality of life, nursing care, prostate, radical prostatectomy



LOGOS POLYTECHNIKOS

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

V letech 2010 - 2018 vycházel časopis 4x ročně.

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

Šéfredaktor: Ing. Miloslav Vilímek, Ph.D.

Odpovědný redaktor čísla:

Mgr. Markéta Dubnová, PhD.

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

Technické zpracování: Lukáš Mikula

Web editor: Bc. Zuzana Mařková

Redakční rada:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

doc. Ing. Libor Židek, Ph.D. (Masarykova univerzita Brno)

Pokyny pro autory a deklarovaná forma příspěvků jsou dostupné na

<https://www.vspj.cz/tvurci-cinnost-a-projekty/casopisy-vspj/logos-polytechnikos>

Zasílání příspěvků

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

Adresa redakce:

Vysoká škola polytechnická Jihlava, Tolstého 16, 586 01 Jihlava

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

Vydání: 31. srpna 2022

© Vysoká škola polytechnická Jihlava

ISSN 2464-7551 (ONLINE)

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

RECENZENTI ČÍSLA 2/2022

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

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

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

Mgr. Simona Hájková (Vysoká škola polytechnická Jihlava)

Mgr. Petra Chymová (Vysoká škola polytechnická Jihlava)

PhDr. Marcela Ižová, PhD. (Katolícka univerzita v Ružomberku)

doc. PhDr. Mária Kopáčiková, PhD. (Katolícka univerzita v Ružomberku)

PhDr. Mária Lehotská, PhD. (Katolícka univerzita v Ružomberku)

Mgr. Alena Letková (Nemocnice Havlíčkův Brod)

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

prof. PhDr. Monika Mačkinová, PhD. (Univerzita Komenského v Bratislave)

Mgr. Bohumír Machovec, PhD. (Vysoká škola polytechnická Jihlava)

PhDr. Bc. Eva Moraučíková, PhD. (Katolícka univerzita v Ružomberku)

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

Mgr. Pavlína Rabasová, Ph.D. (Univerzita Ostrava)