

2021

ROČNÍK 12

ČÍSLO 2

LOGOS POLYTECHNIKOS

V Š P

J

Vysoká škola
polytechnická
Jihlava

Vážené čtenářky, vážení čtenáři,

připravili jsme pro Vás další číslo časopisu LOGOS POLYTECHNIKOS. Věříme, že v něm opět naleznete zajímavé a užitečné informace z oblasti zdravotní a sociální problematiky. Témata zdraví, nemoci, sociálního fungování a odborné pomoci se dotýkají každého člověka. V období pandemie stojí v centru pozornosti a nabývají na důležitosti, protože si najednou zřetelněji uvědomujeme křehkost a hodnotu našeho života. Snad nyní dokážeme více ocenit práci a obětavost těch, kteří pomáhají lidem, jež nejsou schopni zvládat své potíže vlastními silami.

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

OBSAH / CONTENTS

5

FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍCH MOTIVACI CÍLOVÉ SKUPINY UŽIVATELŮ DROG K (NE)VYUŽÍVÁNÍ SLUŽEB KONTAKTNÍHO CENTRA NA MALÉM MĚSTĚ

THE UNWILLINGNESS OF ADDICTIVE SUBSTANCES USERS TO USE THE CONTACT CENTER SERVICES IN A SMALL TOWN

Alena Kajanová, Eva Gruberová

14

ŽENY (NIELEN) V POLITIKE PRED STO ROKMI A DNES

WOMEN (NOT ONLY) IN POLITICS A HUNDRED YEARS AGO AND TODAY

Martina Hrozenská, Silvia Morávková

35

INTERKULTURNÍ ASPEKTY SEKT A ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ PERCEPCE

INTERCULTURAL ASPECTS OF SECTS AND HEALTH AND SOCIAL PERCEPTION

Jiří Tůma, Jana Novotná

50

ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK V PALIATIVNÍM TÝMU

CLINICAL SOCIAL WORKER IN PALIATIVE TEAM

Martin Franěk, David Urban

61

VÝSKUMNÁ ŠTÚDIA PODPORY A POMOCI SOCIÁLNÝCH PRACOVNÍKOV SENIOROM V ČASE PRVEJ KARANTÉNY COVIDU-19

RESEARCH STUDY OF SUPPORT AND ASSISTANCE OF SOCIAL WORKERS TO SENIORS DURING THE FIRST QUARANTINE OF COVID-19

Slavomír Laca, Peter Laca

75

FYZICKÁ MANIPULACE Z POHLEDU SESTER

PHYSICAL HANDLING OF PATIENTS FROM THE POINT OF VIEW OF NURSES

Drahomíra Filausová, Romana Belešová, Hana Hajduchová

89

VYUŽITÍ PROFYLAKTICKÝCH POMŮCEK V RÁMCI PERIOPERAČNÍ PÉČE

USE OF PROPHYLACTIC AIDS IN PERIOPERATIVE CARE

Lucie Pohlová, Andrea Pokorná

98

VZDĚLÁVÁNÍ JAKO SOUČÁST PREVENCE INFEKCIÍ MOČOVÝCH CEST SOUVISEJÍCÍCH S KATETRIZACÍ MOČOVÉHO MĚCHÝŘE

EDUCATION AS A PART OF THE PREVENTION OF URINARY TRACT INFECTIONS RELATED TO URINARY BLADDER CATHETERISATION

Jitka Krocová, Radka Prokešová

113

SIMULAČNÍ VÝUKA STUDENTŮ PŘI PROVÁDĚNÍ KARDIOPULMONÁLNÍ RESUSCITACE

SIMULATING TEACHING PARAMEDIC STUDENTS IN CARDIOPULMONARY RESUSCITATION

Aneta Zapadlová, Martin Krause

123

POROVNANIE POSKYTOVANIA KULTÚRNE DIFERENCOVANEJ OŠETROVATEĽSKEJ STAROSTLIVOSTI V ZDRAVOTNÍCKYCH ARIADENIACH NA SLOVENSKU A V NEMECKU

COMPARISON OF THE PROVISION OF CULTURALLY DIFFERENTIATED NURSING CARE IN MEDICAL FACILITIES IN SLOVAKIA AND GERMANY

Ľubica Libová, Ľubica Vanková

OBSAH / CONTENTS

148

PREVENCIA PÁDOV U HOSPITALIZOVANÝCH PACIENTOV Z POHLADU RIADENIA RIZÍK
PREVENTION OF FALLS IN HOSPITALIZED PATIENTS FROM THE POINT OF VIEW OF RISK
MANAGEMENT

Andrea Barteková, Ľubica Vanková

162

VÝZNAM SVOJPOMOCNÝCH SKUPÍN V OŠETROVATEĽSTVE
THE IMPORTANCE OF SELF-HELP GROUPS IN NURSING

Zuzana Bystrická, Lívia Kollárová

182

STRATÉGIE ŽENY V KONTEXTE DYNAMIKY NÁSILIA V PARTNERSKÝCH VZŤAHOCH
WOMEN'S STRATEGIES IN THE CONTEXT OF THE DYNAMICS OF VIOLENCE IN PARTNER-
SHIPS

Andrea Juhášová, Luba Pavelová, Silvia Morávková

196

TRANSTEORETICKÝ MODEL ZMENY V SOCIÁLNEJ PRÁCI
TRANSTEORETICAL MODEL OF CHANGE IN SOCIAL WORK

Luba Pavelová, Petra Balážiová, Andrea Juhášová

207

VÝZNAM ANTIOXIDANTŮ ZE STŘEDOMOŘSKÉ STRAVY PRO SPORTOVCE
THE IMPORTANCE OF ANTIOXIDANTS FROM MEDITERRANEAN DIET FOR ATHLETES

Vladislav Kukačka, Jan Schuster, Tatiana Kimáková

219

**MANAGEMENT KVALITY VE ZDRAVOTNICTVÍ V PROBLEMATICE PÁDU HOSPITALI-
ZOVANÉHO PACIENTA V ČESKÉ A SLOVENSKÉ REPUBLICE**

QUALITY MANAGEMENT IN HEALTHCARE IN THE ISSUE OF THE FALL OF A HOSPITALIZED
PATIENT IN THE CZECH AND SLOVAK REPUBLICS

Jana Vácová

230

**NEGLIGENCE IN THE EDUCATION OF CHILDREN WHOSE PARENTS ARE SERVING
A CUSTODIAL SENTENCE**

NEDBALOST VE VZDĚLÁVÁNÍ DĚTÍ, JEJICHŽ RODIČE SI ODPYKÁVAJÍ TREST ODNĚTÍ
SVOBODY

Barbara Nowak

248

**VYUŽÍVANIE POSUDZOVACÍCH ŠKÁL NA LŮŽKOVÝCH ODDĚLENIACH ZDRAVOTNÍC-
KYCH ZARIADENÍ**

USE OF ASSESSMENT SCALES IN BEDDING DEPARTMENTS OF MEDICAL FACILITIES

Mária Šupínová, Júlia Jankovičová

FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍCH MOTIVACI CÍLOVÉ SKUPINY UŽIVATELŮ DROG K (NE)VYUŽÍVÁNÍ SLUŽEB KONTAKTNÍHO CENTRA NA MALÉM MĚSTĚ

ALENA KAJANOVÁ
JIHOČESKÁ UNIVERZITA
V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH

EVA GRUBEROVÁ
KONTAKTNÍ CENTRUM PREVENT
PRACHATICE

ABSTRAKT

Kontaktní centra na malých městech obecně zaznamenávají rozdíl mezi počtem uživatelů návykových látek, kteří využívají jejich služby, a odhadovaným počtem klientů v návaznosti na velikost lokální drogové scény. Příspěvek si pokládá otázku, jaké jsou důvody, které odrazují lidi užívající návykové látky od využívání služeb Kontaktního centra na malém městě. Cílem příspěvku je zmapovat faktory ovlivňující motivaci uživatelů návykových látek k využívání služeb Kontaktního centra na malém městě. Výzkumná část diplomové práce byla zpracována prostřednictvím kvalitativní strategie výzkumu. Ta byla realizována pomocí metody dotazování, konkrétně technikou polostrukturovaného rozhovoru. Analýza dat byla vyhodnocena metodou s prvky zakotvené teorie. Výzkumný soubor tvořilo šest komunikačních partnerů z řad uživatelů návykových látek, kteří buďto nejsou a nikdy nebyli v přímém kontaktu se službou Kontaktního centra, nebo jeho služby využívají, avšak pouze sporadicky. Z výzkumu vyplynulo, že faktory při rozhodování, zda uživatel služeb Kontaktního centra využije či

ne, se liší jedinec od jedince a stejně tak i lokalita od lokality. Tudíž nelze vytvořit jednotnou teorii. Přesto zde existují společní jmenovatelé - nedůvěra, strach a neinformovanost. Toto je však oblast, se kterou pracovníci Kontaktních center mohou pracovat a do jisté míry ji ovlivnit, alespoň tak to vnímají přímo dotázaní respondenti. Na druhé straně zde však existuje i oblast jdoucí mimo pravomoci a možnosti pracovníků Kontaktních center, která tkví ve vnitřním nastavení jednotlivých uživatelů návykových látek. To je fakt, se kterým se bohužel pracovníci musí smířit a přijmout jej.

KLÍČOVÁ SLOVA:

Harm Reduction, malé město, návyková látka, nízkoprahové programy, Kontaktní centrum, uživatel drog

ÚVOD

Kontaktní centra pro uživatele návykových látek na malých městech se mohou potýkat s nedostatkem klientů ve službě a se stárnutím uživatelské komunity navázané na služby. Setkáváme se často s tím, že uživatelé služby čerpají zdravotní materiál nejen pro sebe, ale také pro jednu či více dalších osob, které nejsou klienty. Víme rovněž, že někteří nitrožilní uživatelé drog získávají injekční materiál za poplatek v lékárnách. Jinými slovy – velikost drogové scény zdaleka neodpovídá počtu klientů Kontaktních center. Předmětem zájmu našeho výzkumu bylo identifikovat, proč tomu tak je, respektive zmapovat faktory ovlivňujících motivaci cílové skupiny uživatelů drog k využívání služeb Kontaktního centra na malém městě. Jak se ukazuje i při rešerši literatury, téma není dosud dostatečně zpracováno. Text je výstupem diplomové práce Gruberové (2020).

TEORETICKÁ VÝCHODISKA

Kontaktní centra jsou nízkoprahová zařízení, která poskytují ambulantní, popřípadě terénní služby pro osoby, které jsou ohroženi, závislostí na návykových látkách. Základními principy nízkoprahových zařízení, tedy i kontaktních center, jsou časová dostupnost, anonymita (Kalina, 2015) a bezplatnost (Principy, 2008). Kontaktní centra mají za cíl cíleně snižovat sociální i zdravotní rizika spojená s užíváním návykových látek (Matoušek, Kodymová a Koláčková, 2005). Na malých městech je dále přidána hodnota těchto center v širší nabídce služeb, které jsou více zaměřené na potřeby daného území či samotných klientů (Kalina, 2008).

Atributem Kontaktních center je navázání důvěrného vztahu s klientem a nabídnutí jak základního, tak odborného poradenství (Kalina, 2003). Dále mají klienti možnost výměny injekčních stříkaček, základní zdravotní péči, testování na HIV, HVB či HVC. Kontaktní centrum je také místem pro zajištění hygieny (sprchování, praní), stravování či dodání vitamínů, které mají pozitivní vliv na imunitní systém klientů (Kalina, 2015).

Někteří jedinci, kteří jsou závislí na návykové látce, nestojí o navázání spolupráce se službou. Jde především o ženy, mladé uživatele, imigranty či etnické minority. V České republice je to kolem 20–30 % uživatelů drog, kteří nejsou v kontaktu s žádnou nízkoprahovou službou. Důvodem může být strach, nedůvěra k okolí, či se nechtějí identifikovat se skupinou uživatelů drog (Islam a Conigrave, 2007).

Jedním z cílů nízkoprahových programů je zvyšování motivace uživatelů návykových k celkové změně životního stylu. Snaží se o snižování rizikového chování zaměřené k úplné abstinenci. Základním bodem intervence je motivační rozhovor, který je zaměřený na cílenou změnu v chování a myšlení jedince (Kalina, 2008). Motivační rozhovory se mohou využívat jako samostatná metoda, či jako metoda doplňující, snažíme-li se o facilitaci vztahu, tedy již na prvním setkání s klienty, kdy je důležité navázat vztah s klientem

a pracovníkem. Rovněž klíčové mohou být motivační rozhovory v průběhu spolupráce k udržení kontaktu s klientem (Soukup, 2014).

V roce 2003 byla vytvářena analýza potřeb klientů nízkoprahových zařízení v Praze, v jejímž rámci byly zjišťovány důvody pro nevyužívání nízkoprahových služeb cílovou skupinou. Dotazováno bylo celkem 20 respondentů, kdy 19 z nich odpovědělo, že mají ve svém okolí někoho, kdo nevyužívá služeb žádného z nízkoprahových programů, přičemž počet těchto přátel se pohyboval v rozmezí 1 až 20 (Miovská, 2005). Randák v závěrečné zprávě Kontaktního centra Prevent Strakonice z roku 2019 popisuje drogovou scénu na tamním malém městě jako dlouhodobě velmi uzavřenou a vlastními specifiky se řídící. Autor (tamtéž) dále hovoří o kontaktování mladých uživatelů návykových látek jako o velkém tématu pro tamní Kontaktní centrum (Závěrečná zpráva 2019 – KC ST, © 2020). Němec (2003) doplňuje, že v lokalitách, kde působil, se nachází většina neinformovaných, mnohdy velmi mladých a dosti riskujících experimentátorů, kteří dosud nejsou v kontaktu se žádnou z adiktologických služeb.

METODIKA

Pro kvalitativní výzkumnou strategii byla zvolena technika polostrukturovaných rozhovorů (zima a jaro 2020) v rozsahu 20–60 minut. Rozhovory byly se souhlasem respondentů nahrávány prostřednictvím diktafonu a doplněny písemnými poznámkami.

Výzkumný soubor představovali injekční uživatelé drog, kteří žijí na malých městech (tj. do 25 tisíc obyvatel), ve kterých přímo působí Kontaktní centrum. Komunikační partneři byli vybráni metodou snowball sampling a vysycením bylo získáno celkem 6 mužů ve věku 21–48 let. Z toho polovina byli občasní klienti K-center a polovina nebyla v kontaktu s žádnou z nízkoprahových adiktologických služeb. Ve všech případech se jednalo o dlouhodobé uživatele pervitinu. Města i uživatele anonymizujeme. Pro analýzu dat jsme zvolily metodu zakotvené teorie.

VÝSLEDKY

Nejprve jsme se respondentů doptávaly, kde si opatřují injekční stříkačky. Otázka měla účel v podstatě i icebreakeru. Zatímco klienti K-center využívají jejich služby, ostatní uživatelé materiál pořizují v lékárně, v automatu u K-centra, na internetu či v zaměstnání. V návaznosti na tuto otázku jsme se proto ptaly po důvodech preferencí jednotlivých variant. Komunikační partneři většinou nad důvody nepřemýšleli, jednalo se o první volbu a snadnou dostupnost: „*Donesou mi to až domů. Nemusím nikam chodit. Objednám přesně to, co potřebuju.*“ Při dotazu, proč nevyužívají služeb K-centra uváděli, že odmítají kontakt s cizí osobou: „*Nechci se bavit s lidmi*“ a případně ve službu nemají důvěru s ohledem na možnou ztrátu anonymity: „*V káčko nemám důvěru. Největší obavy*

mám z toho, že ztratím anonymitu. Myslím tím, že mě někdo potká nebo uvidí, z rodiny, nebo ze známých, jak jdu na Káčko.“

Klienti K-center přitom měli problém naprosto opačný: *“Mám takovej nějakej respekt k těm lidem, víš (v lékárně). To radši půjdu k vám, kde na mě nebudete koukat jako oni.“*

Dalším analyzovaným tématem bylo povědomí o fungování Kontaktních center. Uživatelé, kteří je nenavštěvují, mají o jejich fungování zkreslené informace a přirovnávali činnost buďto k psychologovi, nebo k nízkoprahovému zařízení pro osoby bez přístřeší: *„Je to místo, kde se potká skupina bezdomovců a může si udělat kafe.“* Z poskytovaných služeb znali pouze výměnný program a testování na infekční choroby. Zlepšení informovanosti by podle jejich slov pomohly letáky umístěné na místech, kde se uživatelé drog vyskytují a dále komunikace prostřednictvím sociálních sítí: *„Přidávat jednotlivý a pravidelný příspěvky s tím co děláte – uděláme, pomůžeme..., aby věděli, o čem to je. Že to není jenom o těch stříkačkách.“* Za podstatné považují také to, informace neustále opakovat: *„Vim to... ale večer se naložím a ráno už nevím. Opakování matka moudrosti.“* Aktivní oslovování přímo v terénu považují komunikační partneři za sporné, s ohledem na jejich vlastní případ – je jim tato forma nepříjemná. Některým uživatelům připadala důležitá osvěta veřejnosti. Někteří zase vnímali jako dobrý počátek spolupráce pozitivní recenze od stávajících klientů služby. Důvody, proč nevyužívat Kontaktního centra, byly velmi individuální, zároveň v některých bodech hodně podobné. Jednalo se o ostych, strach ze ztráty anonymity, ale i samotného faktu před někým odhalit, že berou a z dalších důsledků, které pak mohou následovat: *„Vadí, že je to na takovymhle blbým místě vole. Kam asi jít v tom baráku jdu? První co člověka napadne, když jde do tohohle baráku, tak že jde do Káčka prostě vole pro čistý.“* Dalším důvodem byla neochota přiznat si, že se potýkám se závislostí a s dalšími životními problémy: *„Nemam na to koule. Mluvení o problémech, který vlastně nemam (smích). Představy, že na mě bude koukáno jako na závisláka, že budu muset něco řešit, soucit...“* Jinými slovy, tyto důvody můžeme rozdělit dvojím způsobem, a to na vnitřní a vnější. Jako vnitřní důvody můžeme chápat emoce pramenící z vlastních představ a nastavení uživatelů drog, mezi důvody vnější pak patří špatné umístění Kontaktního centra nebo nedostatek informací v populaci neutilizující návykové látky o tom, co vše Kontaktní centrum poskytuje za služby.

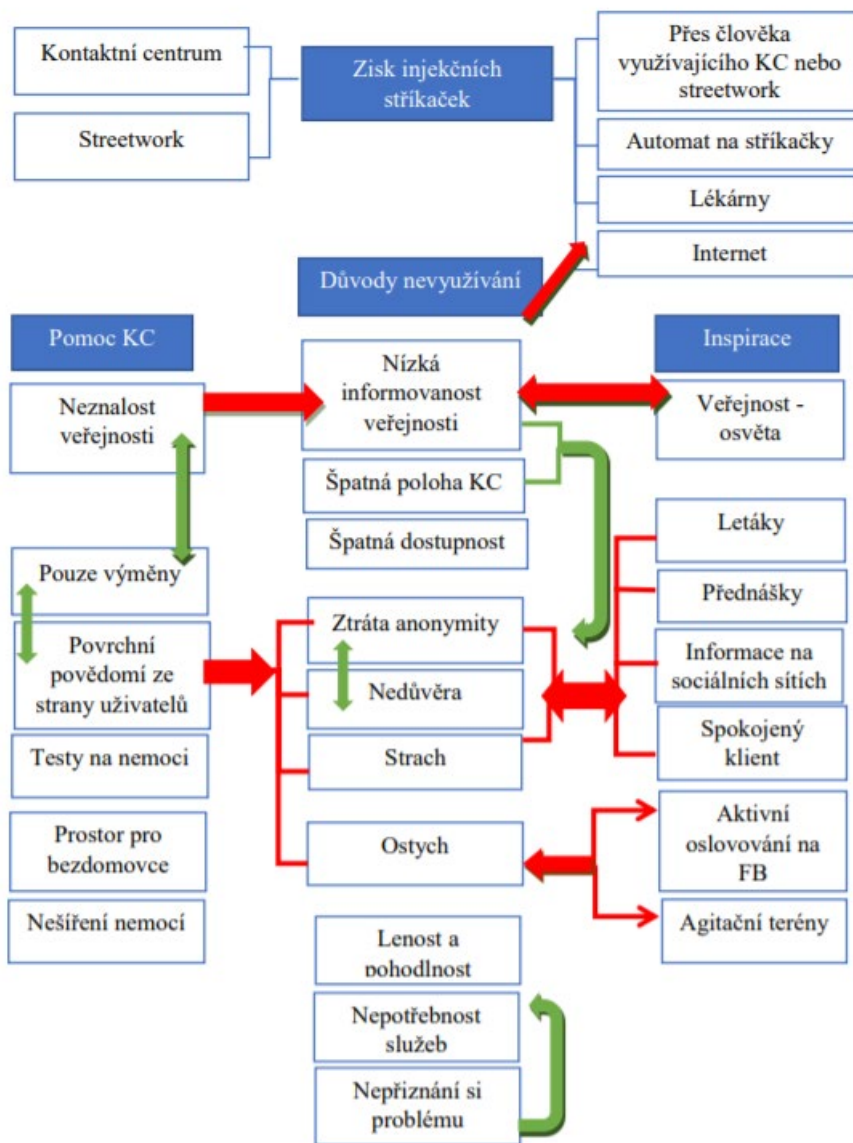
V diagramu níže jsou graficky znázorněny získané kategorie s jejich hlavními kódy a vzájemnými vztahy. Červené šipky znázorňují příčinné podmínky vztahů, kdy na počátku stojí prvotní informovanost v komunitě uživatelů drog o fungování a poskytovaných službách v Kontaktních centrech, která je minimální. V souvislosti s tím mohou vznikat u každého jednotlivce různé bariéry a motivy, proč nepřejít do Kontaktního centra. Tyto motivy jsou v zásadě individuální a nelze říci, že by byly univerzální pro celou komunitu uživatelů malých měst, kteří služeb Kontaktního centra nevyužívají.

Povrchní povědomí uživatelů drog o činnostech Kontaktního centra vyvolává celou řadu důvodů, pro které jednotlivci z řad cílové skupiny danou službu nevyužívají. Tyto důvody můžeme rozdělit do tří oblastí dle míry, s jakou je reálně možné, aby se pracovník Kontaktního centra v řešení či zmírňování dopadů dané oblasti důvodů na využívání služeb cílovou skupinou angažoval. Do první oblasti můžeme zařadit neinformovanost veřejnosti o službách nabízených Kontaktním centrem, kdy vědí jen to, že zde uživatelé drog mohou využívat výměnného programu. Tato informace je pro uživatele stigmatizující v momentě, kdy jeho okolí o jeho užívání neví. Rovněž sem můžeme zařadit i špatné umístění Kontaktního centra, které s předchozím důvodem souvisí právě v oné stigmatizaci. Uživatel díky strachu z odhalení a případných následků, které z tohoto odhalení mohou vyplynout, službu raději nevyužije a získání čistých injekčních stříkaček řeší jinými způsoby. Tyto způsoby jsou znázorněny v pravém sloupci diagramu pod kategorií Zisk injekčních stříkaček. Třetím důvodem v této oblasti může být pro uživatele špatná dostupnost místa, kde se Kontaktní centrum nachází, což je ovlivněno bydlištěm daného uživatele a jeho osobními možnostmi.

Do druhé oblasti patří již jmenované strachy z odhalení a jeho následků, které mohou, ale také nemusí být reálné. Komunikační partneři tyto obavy označovali také jako jistou paranoii. Právě tuto oblast jsou pracovníci Kontaktních center schopni nejvíce ovlivnit a zvýšit tak pravděpodobnost, že některý z dosud neochotných uživatelů opravdu dorazí.

Třetí oblastí jsou motivy klientů, které bohužel pracovníci nejsou schopni ovlivnit. Patří sem lenost a pohodlnost některých jedinců z řad cílové skupiny, či jejich nezájem o dané služby – zpravidla z důvodu, že tyto služby uživatel návykových látek v současné době nepotřebuje, nebo z vnitřního přesvědčení, že by do Kontaktního centra nikdy nešel. Zde může být souvislost s neztotožněním se s vlastní rolí uživatele návykové látky, která je popsána podkategorií – kódem nepřiznání si problému. Zelenou šipkou jsou znázorněny vztahy, které mohou u jednotlivých komunikačních partnerů působit současně a zvyšovat tak jejich neochotu přijít, i přesto, že využití služby vnímají jako pro ně užitečné. Někteří uvedli, že špatně zvolené místo, kde se Kontaktní centrum nachází, spolu s neinformovaností veřejnosti o různorodosti poskytovaných služeb, vyvolává obavy z možných následků toho, že je někdo z blízkého okolí spatří a zjistí či si domyslí, že jedinec jde do Kontaktního centra, zamezuje jejich vstupu do služby. Tímto se opět vrátíme k neinformovanosti, tentokrát ale samotných uživatelů.

Obrázek č. 1: Diagram vztahů mezi kategoriemi a kódy



DISKUZE

Podle Miovské (2005) jsou uživatelé drog v krajském městě otevřenější kontaktům se službou a pracovníky oproti městům malým. Zatímco ve velkých anonymních městech může K-centrum saturovat potřebu sociálního kontaktu, uživatelé drog pohybující se na malých městech dbají na to, aby zde nebyli viděni, a to často ani ostatními členy komunity uživatelů návykových látek. Podobné výsledky ukazuje i náš výzkum. Jiříková (2014) k tomuto zmiňuje, že zvýšená opatrnost uživatelů plyne z toho, že většina z nich pochází přímo z dané lokality, ve které drogy užívá,

a málokterý uživatel drog je natolik smířen se svou rolí uživatele drog a nemá problém veřejně se k této roli přiznat či hlásit.

Navázání kontaktu a motivace k následné spolupráci s těmito uživateli drog by mělo být v centru zájmu pracovníků Kontaktních center (Němec, 2003), přičemž stěžejní úlohu v tomto procesu hraje sociální pracovník (Kalina, 2008). První dojem, který pracovník na uživatele drog udělá, hraje podstatnou úlohu v tom, zda se dotyčný bude do služby vracet (Prevence a kontrola infekčních nemocí u injekčních uživatelů drog: metodický pokyn ECDC a EMCDDA, 2012).

U našich komunikačních partnerů se často objevovaly mylné či nedostatečné informace o poskytovaných službách K-center. Dezinformovanost o službách poskytovaných K-centry se podle Němce (2003) vyskytuje nejen mezi laickou veřejností, ale i mezi samotnými uživateli. Tato tvrzení však vyvrací studie Analýza potřeb klientů nízkoprahových zařízení v Praze v roce 2003, z níž vyplynulo, že dotázaní respondenti mají dostatečné množství informací o službách (Miovská, 2005).

Důvodů, které vedou uživatele návykových látek k rozhodnutí nevyužívat služeb Kontaktních center na malých městech, je celá řada. Mezi nejrozšířenější, ke kterým se zároveň Kontaktní centrum může nějakým způsobem postavit a ovlivnit je, můžeme zařadit důvody jako je strach, ztráta anonymity, nedůvěra nebo ostych. Tuto teorii popisuje i Němec (2003), který jako nejdůležitější vnímá také práci s klientovými strachy, obavami a neinformovaností. Autor doplňuje, že díky skutečnosti, že se na malém městě téměř všichni znají, anebo alespoň ten pocit, je příčinou abnormálních obav spolu s tabuizováním drogového problému.

ZÁVĚR

Uživatelé, kteří služeb Kontaktního centra nikdy nevyužili, si o něm nezřídka vytvářejí vlastní fantazie, které způsobují bloky k jeho využití. Existují uživatelé drog, kteří nemají povědomí o tom, s čím vším může být Kontaktní centrum svým klientům užitečné a vytváří si vůči zařízení nejrůznější bariéry. První z nich se týká stigmatizace uživatele odhalením jeho problému v souvislosti s umístěním centra na veřejnosti viditelném místě. Druhou oblastí mohou být obavy z neznámého, nedůvěra nebo ostych. Do třetí oblasti můžeme zařadit lenost a pohodlnost či nezájem o dané služby z toho důvodu, že je daný uživatel drog v současné době nepotřebuje.

Vzhledem k zjištěním bychom doporučovaly, aby Kontaktní centra reagovala na neinformovanost jak potenciálního klienta, tak široké veřejnosti. Jako efektivní forma zvyšování informovanosti se ukázalo šíření informací prostřednictvím letáků a na sociálních sítích. Z výzkumu vyplynulo, že faktory při rozhodování, zda uživatel návykových látek služeb Kontaktního centra využije či ne, se liší individuálně a stejně tak i lokalita, od lokality, tudíž nelze vytvořit jednotnou teorii. Přesto mají mnoho společného, a tím je

nedůvěra, strach a neinformovanost. Toto je však oblast, se kterou pracovníci Kontaktních center mohou pracovat a do jisté míry ji ovlivnit. Na druhé straně zde však existuje i oblast, která jde mimo pravomoci a možnosti pracovníků Kontaktních center, tato oblast tkví ve vnitřním nastavení jednotlivých uživatelů návykových látek.

POUŽITÉ ZDROJE

- [1] JIŘÍKOVÁ, A. 2014. *Nízkoprahové adiktologické služby na malých městech*. Univerzita Karlova. Diplomová práce.
- [2] KALINA, K. 2003. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky. ISBN 80-86734-05-6.
- [3] KALINA, K. 2008. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1411-0.
- [4] KALINA, K. 2015. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4331-8.
- [5] *Kontaktní centrum Prevent v Českých Budějovicích*. 2008. Principy. Dostupné z: <http://kccb.prevent99.cz/principy>
- [6] MATOUŠEK, O., KODYMOVÁ, P., KOLÁČKOVÁ J. 2010. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál. ISBN 9788073678180.
- [7] MIOVSKÁ, L. 2005. *Analýza potřeb klientů nízkoprahových zařízení v Praze v roce 2003*. Praha: Úřad vlády ČR. ISBN 80-86734-44-7.
- [8] NĚMEC, M. 2003. Klient terénního programu na malém městě. *Adiktologie*, 3 (2), 46-49.
- [9] SOUKUP, J. 2012. *Motivační rozhovory v praxi*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0607-1.
- [10] *Úřad vlády České republiky*. 2012. *Prevence a kontrola infekčních nemocí u injekčních uživatelů drog: metodický pokyn ECDC a EMCDDA*. Dostupné z: https://www.drogy-info.cz/data/obj_files/1651/348/Prevence_a_kontrola_infekcnich_nemoci_metodika_ECDC_a EMCDDA.pdf
- [11] The unwillingness of addictive substances users to use the Contact center services in a small town

THE UNWILLINGNESS OF ADDICTIVE SUBSTANCES USERS TO USE THE CONTACT CENTER SERVICES IN A SMALL TOWN



ABSTRACT

Contact centers in small towns register the difference in the number of addictive substances users who use the Contact center services, and in the size of the drug scene which occurs in the given locality. People do not want to be seen going to the Contact center. This diploma thesis wants to find out the main reasons which discourage addictive substances users from using the Contact center services in a small town.

The aim of this work is to map the factors influencing the motivation of addictive substances users to use the Contact center services in a small town. The research part of the diploma thesis was processed by means of qualitative research strategy, which was realized by the method of questioning, concretely by the technique of semi structured interview. The data analysis was evaluated by a method with elements of grounded theory. The research group was created by six communication partners from the area of addictive substances users, who either are not and never have been in a direct contact with the Contact center service, or who are in the contact but only sporadically.

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

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

Mgr. Eva Gruberová
Kontaktní centrum PREVENT
Primátorská 76
383 01 Prachatice

The results of the research showed, that the factors which are important in deciding whether to use or not use the Contact center services, vary from individual to individual, as well as from location to location, therefore it is not possible to create a unified theory. Nevertheless they still have a lot in common, and that is distrust, fear and the lack of information. However, this is an area that Contact center workers can work with, and to certain extent they can influence the respondents' perception. On the other hand there is an area which is out of the authority and possibilities of the Contact center workers, which depends on the inner setting of individual users of addictive substances. Unfortunately, this is a fact that the Contact center workers have to accept.

KEYWORDS:

Harm Reduction, small town, addictive substance, low-threshold program, Contact center, drug user

ŽENY (NIELEN) V POLITIKE PRED STO ROKMI A DNES

MARTINA HROZENSKÁ
SILVIA MORÁVKOVÁ
BUDÚCNOSŤ, N.O.

ABSTRAKT

CIELE: Zámerom príspevku je historická analýza postavenia žien v Rakúsko-Uhorsku a neskôr v Československu. Pozornosť akcentuje na boj žien za volebné právo a rodovo vyrovnaný prístup vo viacerých oblastiach spoločenského života od minulosti po súčasnosť. Príspevok tiež poskytuje výpočet žien - političiek 1. Československej republiky.

TEORETICKÉ VÝCHODISKÁ: Príspevok je teoretickej povahy. Zostavený bol prostredníctvom analýzy dokumentov historickej povahy, datujúcich sa najmä od druhej polovice 19 storočia až dodnes. Analyzované dokumenty a články sa týkajú postavenia žien v spoločnosti v priebehu rokov a ich participáciu na zákonodarnej a výkonnej moci. Prvé politické diskusie o volebnom práve žien na dnešnom území Slovenska sú zaznamenané začiatkom 20. storočia. Ženy si volebné právo vybojovali prostredníctvom spolkov a časopisov, kedy sa snažili ovplyvňovať mužských kolegov a vťahovať ich do tejto témy. Po uznaní volebného práva pre všetkých občanov bez ohľadu na pohlavie a sociálne postavenie, sa skončili polemiky o emancipácii a "boj" sa v celoštátnom meradle zamerail na otázky osemhodinového pracovného času, starostlivosti o deti a nočnej práce žien. Teoretické ukotvenie témy spočíva vo vnímaní feministického prístupu v sociálnej práci ako jedného z jej koreňov.

IMPLIKÁCIE PRE SOCIÁLNU PRÁCU: V politickej činnosti vnímame priame prepojenie so sociálnou prácou, nakoľko obe sú zamerané na pomoc človeku ako takému a tým i spoločnosti. Obidve sa taktiež orientujú na obranu a podporu spravodlivosti pre všetkých.

KLÚČOVÉ SLOVÁ:

Emancipácia, ženy, politika, volebné právo, Československo, feministické prístupy

ÚVOD

Vzájomný vzťah a ovplyvňovanie sa sociálnej práce a feministického politického aktivizmu možno badať najmä na snahách viacerých aktivistiek (Jane Addams, Alice Salomon či Mary Richmond, Alice Masaryková) z oblasti sociálnej práce, ktoré presadzovali ľudskoprávne požiadavky rovnosti pre ženy ako súčasť profesionalizácie sociálnej práce. Rovnako tak bez sociálnej práce nie je možné v praxi realizovať politické požiadavky. Deklarujú to tiež slová Novotnej a Schimmerlingovej (1992 s. 30), podľa ktorých „zakladateľky ženského hnutia považovali sociálnu prácu a rodiace sa nové zamestnanie za nástroj emancipácie žien“. Prepojením feminizmu a sociálnej práce sa zaoberá aj Radka Janebová (2014, s. 8), ktorá okrem iného konštatuje, že hodnoty liberálneho feminizmu sú v podstate zakomponované do oficiálne deklarovanej politiky Európskej únie.

FEMINISTICKÉ PRÍSTUPY V SOCIÁLNEJ PRÁCI

Bosá (2013, s. 29) vníma feministický prístup v sociálnej práci za jeden z jej koreňov. Podľa nej o feministickom hnutí možno hovoriť až v súvislosti s emancipačnými snahami v 19. storočí, hlavne v kontexte presadzovania volebného práva žien (t. j. hnutie sufražetiek). Poukazuje tiež na tzv. vlny feministického hnutia, kedy prvá vlna feminizmu nadväzovala na európske občianske hnutia a americký abolitionizmus (v polovici 19. storočia) (Bosá, 2013, s. 18). Medzi požiadavky vtedajších žien patrilo volebné právo žien či právo na vzdelanie alebo ochrana materstva. Druhá vlna feministického hnutia bola spojená hlavne s politickým hnutím šesťdesiatych a sedemdesiatych rokov 20. storočia, jednalo sa najmä o zrovnoprávnenie vzťahov v manželstve či elimináciu rodov podmieneného násillia. Treťou vlnou feminizmu sa zvykne nazývať obdobie od deväťdesiatych rokov 20. storočia až po súčasnosť. Podľa glosáru rodovej terminológie (Glosár, 2017) patria do tretej vlny aktivity skúmania otázok rodu, sexuality, teórie queer či fenoménov populárnej kultúry.

Feministická perspektíva v sociálnej práci začala získavať svoje významné postavenie najmä v osemdesiatych a deväťdesiatych rokoch 20. storočia, do určitej miery práve ako reakcia na nedostatky prezentované v radikálnych prístupoch, s ktorými sa vyvíjali súčasne (Dalrymple – Burke 2006). Rodová slepota radikálnej sociálnej práce bola podrobená kritike a snahou bolo rozmer rodu zaradiť k ostatným líniam jej analýzy, ako trieda či rasa (Healy, 2005). Hlavnou agendou bolo zakomponovanie problematiky rodu do diskurzu sociálnej práce, v ktorom problematika rodu absentovala. A to aj napriek stavu, kedy väčšina praktikov sociálnej práce boli ženy, pričom väčšinu vedúcich pozícií zastávali muži (Payne, 2005).

Profesorka aplikovaných sociálnych vied Lena Dominelli (2002) uvádza ako východiskovú situáciu feministickej sociálnej práce stav, kedy sú muži v spoločnosti privilegovaní vo viacerých rovinách, vrátane vylúčenia žien z trhu práce a dobre platených pozícií, a využívajú emocionálne, fyzické a sexuálne formy násillia na dosahovanie sociálnej

kontroly nad ženami. Feministické hnutie tvorí odpor voči tomuto útlaku, avšak ako Dominelli (2002) zdôrazňuje, nie je to snaha nahradiť dominanciu mužov dominanciou žien, ale snaha o odstránenie útlaku, ktorá by priniesla oslobodenie z okov patriarchálnych vzťahov aj mužov. Ďalej zdôrazňuje, že feministické hnutie pozostáva z rôznorodých a rozličných smerov, zameraných na odlišné aspekty útlaku žien, postaveného na báze rodu, triedy, sexuálnej orientácie, rasy, postihnutia či veku a zdravotného stavu. Ondrušková (In. Ondrušková a kol.,2020) upozorňuje, že podľa feministických prístupov a teórií ekonomické a sociálne procesy fungujú tak, že priamo alebo nepriamo podporujú patriarchálne usporiadanie spoločnosti, ktoré sa prejavuje určitým nerovnosťami alebo zneužívaním moci vo všetkých spoločenských inštitúciách, teda aj v rodine.

Jedným z hlavných prínosov pre sociálnu prácu bolo prevzatie dobového hesla feministického hnutia „osobné je politické“. Teda, že osobná skúsenosť má svoj pôvod v politických štruktúrach a taktiež, osobné správanie reflektuje a utvrdzuje širšie politické procesy (Dominelli – McLeod, 1989 In: Healy, 2005). Tento princíp umožnil prácu s každodennou skúsenosťou žien v osobnom a rodinnom živote, ktorá bola dovtedy uzavretá pred verejnosťou a umožnil analytické prepojenie prejavov sexismu či rôznych foriem násillia páchaného na ženách, so širším štruktúrnym kontextom patriarchátu a dominancie mužov v spoločnosti. Predstavitelky radikálneho feminizmu tvrdia, že problémy, ktoré sú liberálkami považované za privátne, majú naopak politický charakter, pretože oddelenie verejného a súkromného má za úlohu maskovať realitu mužskej dominancie. Liberálna požiadavka na nevniešavanie sa štátu do súkromného sveta rodiny nereflektuje dopady „nastavenia“ privátneho sveta na verejný život žien (Janebová, 2014, s. 16).

Podobne profesorka Dominelli vidí v sociálnej práci centrálnu rolu feministických prístupov v redefinícii sociálnych problémov s cieľom podporiť ženy, aby videli súkromné problémy ako verejné problémy, tiež v zapájaní žien do kolektívnych akcií, ktoré zlepšujú ich pozíciu, ako aj v asistovaní ženám v prekonávaní izolácie a naučenej bezmocnosti, a tvorbe alternatívnych foriem praxe, ktoré reflektujú na potreby žien (Dominelli – McLeod, 1989 In: Dominelli, 2002).

Karen Healy (2005 In. Tomešová - Bartáková, 2009) vníma feministické myslenie ako to, ktoré zásadným spôsobom vplýva na kritickú teóriu v sociálnej práci, s posunom ku štruktúrnym témam, ale zároveň obsahuje osobný hodnotový prvok. Podobne Payne (2005) definuje feministickú sociálnu prácu na jednej strane ako presadzujúcu požiadavky radikálnej zmeny v spoločnosti v zmysle rovnosti, ale tiež ako tú, ktorá presadzuje zameranie sa na individuálny rast a rozvoj klientov (a klientok) a ich zmocnenie.

Lena Dominelli (2002) identifikovala päť základných prúdov vo feministickom hnutí, resp. päť feminizmov:

- 1) liberálny feminizmus;
- 2) radikálny feminizmus;
- 3) marxistický a socialistický feminizmus;
- 4) čierny feminizmus;
- 5) postmoderný feminizmus.

Jednotlivé feminizmy sa rozlišujú hlavne svojim zameraním a hodnotením významu patriarchátu, rodiny, triedy, rodu, maskulinity a rasy. Spája ich však snaha prepájať osobné a politické, ktorá významne ovplyvnila myslenie v sociálnej práci, a snaha o redefiníciu seba, prostredníctvom zvyšovanie povedomia o pôvode týchto stereotypov, ktoré sú často krát nekriticky preberané a integrované (Fook, 1993). V kontexte obsahu tohto príspevku vnímame paralely s feminizmom liberálnym. Liberálny feminizmus sa zameriava najmä na individuálne stratégie žien v snahe získať rovnaké príležitosti v spoločnosti ako muži, vychádza z hodnôt nezávislosti, rovnakých príležitostí a individualizmu, pričom jeho primárnym zameraním bolo v minulosti získanie volebného práva žien a v súčasnosti je hlavnou agendou zabezpečenie rovnakej mzdy za rovnakú prácu mužov a žien a zároveň proporčné zastúpenie žien na vedúcich a riadiacich pozíciách. Podľa Radačic (2008) liberálny feminizmus vychádza z názoru, že podriadenosť žien je výsledkom sociálnych a právnych bariér, ktoré bránia prístupu žien do verejnej sféry politiky a ekonomiky alebo tento prístup znemožňujú. Liberálne feministky žiadajú, aby sa liberáli pridržali vlastných princípov univerzálnosti ľudských práv a princípu rovnosti a žiadajú rovnaké zaobchádzanie s mužmi a so ženami, pretože trvajú na tom, že ženy sú vo svojej podstate podobné mužom.

Vo všeobecnosti možno prepojenie sociálnej práce a feministických aktivít žien v minulosti i v súčasnosti zahrnúť pod sedem východiskových princípov feministickkej sociálnej práce, tak ako ich definuje Dominelli (2002):

1. konfrontovanie mužskej skúsenosti ako vzoru na meranie ženských skúseností;
2. rozoberanie univerzalistických štandardov a ich zlyhania v hodnotení rozličných životných štýlov a spoločenských prínosov žien;
3. kritika dualistického a binárneho myslenia – kedy žena je absencia mužnosti;
4. identifikovanie identity ako základu formovania a reprodukcie sociálnych vzťahov;
5. rešpektovanie multiplicity a fluidity ženských identít;
6. uvedomenie si rodových mocenských vzťahov a ich vplyvu na formovanie príležitostí mužov a žien na budovanie svojich životov v súlade s ich pohľadmi a potrebami;
7. rozpoznanie schopnosti žien konať vo svojom záujme a demonštrovať solidaritu naprieč širokým spektrom sociálnych rozdelení.

STOROČIE ROZVOJA EMANCIPÁCIE

19. storočie možno považovať za „storočie rozvoja emancipácie“. Prejavuje sa v iniciatívach, ktoré usilujú o emancipáciu žien v spoločenskom živote, o všeobecné volebné právo, o právo na vzdelanie, na vlastný majetok, ale aj na ďalšie ľudské práva. Slovenské emancipačné hnutie žien sa zrodilo a vyvíjalo v druhej polovici 19. storočia a vzniklo ako reakcia na silný národnostný útlak a národnoobrodenecký vplyv slovenskej inteligencie.

Osobitnú úlohu v zmene postavenia žien v Uhorsku zohrávalo ich vzdelanie. Vyššie vzdelanie žien, sa chápalo ako nevyhnutný prostriedok dosiahnutia kvalifikácie pre podnikateľstvo, zárobkovú činnosť a pre získanie práv občianskych a politických. V tzv. Hornom Uhorsku sa kritické úvahy o spoločenskom postavení ženy objavovali prvýkrát v dielach mužov, slovenských osvietenecov. Boli to väčšinou kňazi, ktorí premýšľali o príčinách a možnostiach odstránenia všeobecnej biedy a kultúrnej zaostalosti slovenského ľudu. Medzi inými možno spomenúť Daniela Lehockého (pedagóg a evanjelický kňaz), ktorý v roku 1786 ako prvý na Slovensku „žiadal povinnú návštevu všeobecnozvedlavacej školy od 7. do 15. rokov, a to bez ohľadu na pôvod a pohlavie“. Zdôrazňoval, že žena má také isté predpoklady na vzdelanie ako muž (In: Čečetka, J. 1947, s. 133).

V čase, keď ženy väčších národov a štátov Európy už študovali na stredných a vysokých školách, na Slovensku bolo nutné bojovať o práva detí, na elementárne vzdelávanie v materinskej reči. V spoločenskom živote dominoval maďarský, nemecký a latinský jazyk. Slovenský jazyk sa stáva úradným jazykom na Slovensku až po vzniku ČSR, Ústavou až v roku 1920. Tzv. „obdobie zápasu o odstránenie cenzu pohlavia sa začína v druhej polovici 19. storočia a za ukončené ho v kresťanskej časti sveta možno považovať v druhej polovici 20. storočia“ (Orosz a kol., 2015, s. 49). Všeobecné politické práva žien, vrátane práva voliť, boli v hlbokom rozpore s vtedajším chápaním povinností ženy a matky. Ženy si volebné právo museli vybojovať samy, pričom v krajinách s prevahou protestantského náboženstva s im to podarilo skôr ako v katolíckych krajinách. Orosz a kol. (2015, s. 50) ďalej upozorňujú, že „v krajinách s prijatým právom žien voliť bol u žien ustanovený vyšší vekový cenzus ako u mužov, ktorí mohli voliť už po dovŕšení 21. roku veku. Spomínaný cenzus bol zavedený (údajne) preto, aby ženy netvorili väčšinu elektorátu, nakoľko nemalá časť mužského elektorátu zahynula v 1. svetovej vojne“. O presadenie volebného práva žien sa výrazne pričínili aktivity žien z rôznych myšlienkových aj sociálnych kruhov. Jedným zo zdrojov boli osvetové, sociálne a politické aktivity žien v rámci spolkovej činnosti v slovenskom a českom prostredí na konci 19. storočia (na území Slovenska Živena, v českom prostredí ich bolo viac, spomenieme Ženský výrobní spolek český, Spolek pro ženské studium Minerva, neskôr Ženský klub český), medzi členkami ktorých existovali aj vzájomne sa inšpirujúce stretnutia.

Jedným z hlavných rozmerov a súčastí občianstva je účasť na zákonodarnej a výkonnej moci. Právna úprava občianskeho života v súčasnosti vychádza v demokratických spoločnostiach zo základných ľudských práv a slobôd, zakotvených v národných ústavách. Proces kodifikácie politických práv žien a mužov nemal rovnaké časovanie. Keď sa hovorí o 19. storočí ako o „období formovania politických práv“, neplatí to pre ženy, ktoré ich v tom čase nemohli uplatňovať. Ženy získali volebné právo až v 20. storočí, vo väčšine európskych krajín po 1. svetovej vojne, čo bola reakcia na silné hnutia sufražetiek z prelomu storočí. Ženy na Slovensku získali právo voliť už v roku 1919, hneď po vzniku 1. Československej republiky. Jej prvá ústava z roku 1920 garantovala všeobecnú ústavnú rovnoprávnosť vrátane aktívneho a pasívneho volebného práva žien. Napriek tomu však dodnes pretrvávajú nedostatky pri aplikácii a vymožiteľnosti aktívneho volebného práva žien, t.j. práva byť zvolené a práva podieľať sa na tvorbe a realizácii politiky. Účasť žien Slovenska na politickom rozhodovaní po roku 1989 možno celkovo hodnotiť ako slabú. Svedčí o tom už nedostatočné splnenie prvého predpokladu, ktorým je samotná prítomnosť žien v politických orgánoch na národnej, regionálnej i lokálnej úrovni (Bútorová a kol., 2008).

Česká spoločnosť na prelome 19. a 20. storočia akceptovala len ženu pracujúcu v priemysle, domácnosti a poľnohospodárstve. Žena, ktorá absolvovala strednú alebo dokonca vysokú školu a chcela vykonávať povolanie vykonávané mužmi, bola málokedy prijatá s pochopením. V zákonodarstve vtedy prevládali konzervatívne názory, ktoré ženu predurčovali k nerovnoprávnemu postaveniu (Heczková, 2009).

Podľa Lenderovej (2016), s prvou požiadavkou zaviesť hlasovacie právo pre ženy vystúpil Vojtech Náprstek. Dňa 28.2.1887 predniesol na schôdzi pražskej mestskej rady dlhú reč týkajúcu sa kvantitatívneho nepomeru medzi ženskou a mužskou populáciou. Jeho návrh s 31 hlasmi oproti 22 hlasom bol zamietnutý. Prvou politickou stranou, ktorá zahrnula do svojho programu volebné právo žien bola sociálna demokracia. Ohlasy sociálno-demokratického volebného programu sa prejavili v roku 1897 na 1. zjazde československých žien v Prahe. Zjazd sa odvolával na tradície Amerického klubu dám. Pre všetky ženy žiadali rovnaký prístup ku vzdelaniu, rovnaké politické práva.

Pod vedením Terezy Novákovej, Františky Plamínkovej a Márii Tumovej sa v roku 1903 založil Ženský klub český, ktorý sa stal centrom liberálne pokrokových emancipačných snáh. Cieľom klubu bolo, ženám umožniť prístup do politických organizácií, či na prednášky. Schádzali sa tu ženy na koncerty, besedy a prednášky. Klub bol zameraný na ženské sebauvedomenie a rovnoprávnosť vo vzdelaní, rodine, povolani či politike. Prednášať tam chodili univerzitní profesori, lekári, právnici, spisovateľky a redaktorky. Klub disponoval tiež knižnicou. Základ tvorilo 1000 zväzkov, ktoré poskytli Ústredný spolok českých žien, Jednota učiteliek a rôzni darcovia (Uhrová, 2012).

Zatiaľ čo v roku 1906 sa v Rakúsko – Uhorsku len uvažovalo o zmene volebného zákona a zvažovalo sa i to, či ho dostanú analfabeti a ženy, na Novom Zélande už ženy mohli voliť dávno. U nás sa tak stalo až v roku 1920, kedy do poslaneckých kresiel zasadlo prvých 12 žien. Vtedajší minister pravosúdia Géza Polónyi (1906-1907) sa krátko po nástupe do funkcie v roku 1906 v *Národných novinách* z 8.mája 1906 vyjadril: „Ja som za čím väčšie rozšírenie politických práv“. Skutočná reforma však v našich krajoch nastáva až so vznikom Československej republiky v roku 1918 (Mažáriová, 2016).

VYBOJOVANIE VOLEBNÉHO PRÁVA PRE ŽENY

Prvé politické diskusie o volebnom práve žien na dnešnom území Slovenska sú zaznamenané začiatkom 20. storočia, keď v roku 1908 predstaviteľky Feministického združenia predkladajú hornej komore uhorského parlamentu návrh zmien volebného zákona, ktoré by obsahovali aj volebné právo žien. V roku 1913 Feministické hnutie vystupuje s návrhom nového zákona v dolnej komore uhorského parlamentu (Histórie žien, 2016, s. 1). Volebný poriadok z roku 1861 aktívne volebné právo ženám nepriznával, nevylučuje však pasívne právo, čiže ženy mohli byť volené. V roku 1908 kandidovali tri ženy, neboli však úspešné. Pri doplňujúcich voľbách do českého krajinského snemu bola v roku 1912 zvolená Božena Viková- Kunětická (Mirvajová, 2018).

Ženy si volebné právo vybojovali prostredníctvom spolkov a časopisov, kedy sa snažili ovplyvňovať mužských kolegov a vťahovať ich do tejto témy. Medzi výrazné predstaviteľky slovenského ženského hnutia možno zaradiť aj Ľudmilu Podjavorinskú a Hanu Gregorovú, ktoré v období rokov 1912–1914 tematizovali otázky volebného práva žien. Kým Podjavorinská hovorí, že práva žien sú práva ženy- matky v rodine, práva Slovensky v širšej rodine národa a spomína taktiež „rozumnú“ emancipáciu, ktorá ženy a mužov nestavia proti sebe, ale ženy situuje skôr do pozície pomocníčok pri národnom zápase slovenských mužov, Gregorová hovorí „o boji o všeľudské práva ženy, o vnútornom rozvoji jej duševných schopností, o jej sociálnom povznesení, o práve uplatňovania sa v povinnostiach verejného významu“ (Histórie žien, 2016). Dianie na Slovensku začiatkom 20. storočia výrazne odráža dianie na medzinárodnej scéne. „Otázka volebného práva žien sa objavuje aj v agende súťažiacich politických strán a hnutí: sociálna demokracia, robotnícke hnutie ako aj liberálny prúd“ (Histórie žien, 2016, s. 2).

Ženy sa po vzniku Československej republiky zapojili do verejného života a vykonávali rôzne funkcie v mestských či štátnych orgánoch. Mnohé z nich, ktoré boli aktívne ešte pred vojnou pracovali v rade hlavného mesta Prahy, v Národnom zhromaždení alebo v senáte. V Rade hlavného mesta Prahy zasadli od 19.11.1918 Františka Plamínková za Československú stranu socialistickú a Bohuslava Sokolová za Československú stranu národne-demokratickú. V nasledujúcom roku boli zvolené ďalšie 4 ženy: Otýlia Kovárová - Máchová za Československú stranu národne-demokratickú, Mária Majerová za Československú stranu sociálne-demokratickú, Eliška Purkyňová za Československú stranu

národne-demokratickú a Františka Plamínková za Československú stranu socialistickú. Počet žien v rade sa každým rokom zvyšoval a v medzivojnovom období ich v tomto orgáne pracovalo 14 (Malínská, 2005). Heczková (In Kenety, 2020) opisuje Františku Plamínkovú ako feministickú sufražetku, aktivistku a političku, ktorá zabezpečovala, aby ústava Československa z roku 1920, dodržiavala zásadu rovnosti.

Československo ako vtedajšia moderná a hospodársky úspešná krajina v roku 1919 ako desiata krajina sveta zaviedlo všeobecné volebné právo pre ženy. V roku 1919 si ženy svoje aktívne volebné právo uplatnili v komunálnych voľbách a o rok nato vo voľbách parlamentných. 29. februára 1920 bola prijatá Ústava prvej ČSR, ktorá deklarovala, že všetci sú si rovní vo svojich právach, majú právo voliť a byť volení. Bolo to právo rovné, priame s tajným hlasovaním a zadefinované ako povinnosť. Ústavu tvorilo šesť hláv s celkovým počtom 134 paragrafov a Československo bolo charakterizované ako demokratický štát (Česi a Slováci..., 2020). Hlavy ústavy definovali otázky formy a územného rozsahu štátu, štátne občianstvo, ako aj otázky zákonodarnej, súdnej a výkonnej moci či občianskych práv menších. Zákonodarnú moc vykonávalo Národné zhromaždenie zložené z dvoch komôr- Poslaneckej snemovne a Senátu. Snemovňa mala 300 členov a hranica aktívneho volebného práva (môcť voliť) bola 21 rokov, pasívneho práva (môcť byť volený) 30 rokov a volebné obdobie bolo šesť ročné. Senát bol volený na osem rokov a mal 150 členov. Aktívne volebné právo si mohol uplatniť občan/ občianka vo veku 26 rokov a pasívne vo veku 45 rokov (Česi a Slováci..., 2020). Plamínková spolu s Miladou Horákovou (jej chránenkyňou a prípadnou nástupkyňou v Senáte), pomohli zabezpečiť, aby sa princípy rovnosti zakotvené v ústave skutočne uplatňovali. Volebné právo pre ženy bolo v skutočnosti zaručené vo „Washingtonskej deklarácii“ nezávislosti z roku 1918, ktorú vypracoval Tomáš Garrigue Masaryk. Prvý prezident Československa bol otvoreným šampiónom feminizmu - v nemalej miere vďaka vplyvu jeho manželky narodenej v Amerike, blízkej priateľky Plamínkovej.

Maďarová (In Francelová, 2018) uvádza ako sa k otázke práva žien postavilo Československo v roku 1918. Podľa nej Ústava Československej republiky z roku 1920 určovala všeobecné volebné právo. Znamená to, že ženy aj muži mali všeobecné, rovnaké, priame a tajné volebné právo. Všetci občania mali tiež volebné právo a právo byť volení bez ohľadu na pohlavie. Aktívne volebné právo pre parlament bolo od 21 rokov, pasívne od 30 rokov. V prípade Senátu bolo aktívne od 26 rokov a pasívne od 45 rokov. Za inšpiráciu pre Česko-Slovensko k rozhodnutiu mať volebné právo pre každého sa považuje Maďarsko. Všeobecné volebné právo bolo súčasťou programu Slovenskej národnej strany pri voľbách do maďarského parlamentu v roku 1906; z parlamentných diskusií je však zrejmé, že išlo iba o práva mužov. Kritizovala sa požiadavka gramotnosti alebo majetkových kritérií, ale vylúčenie žien z volebného práva sa nepovažovalo za problém. Diskusia o volebnom práve žien sa začala v Maďarskej ríši na začiatku 20. storočia. Zástupcovia feministickej únie, ktorá bola členskou organizáciou Medzinárodnej aliancie pre volebné právo žien, navrhli novelu zákona tak, aby umožnila ženám voliť v roku 1908.

V roku 1920 sa ešte nevolilo na celom území Československa, a tak napokon do Poslaneckej snemovne Národného zhromaždenia bolo zo zákonom stanovených 300 poslancov zvolených len 281. Zákon č. 123/1920 bol na danú dobu pokrokový. Určil všeobecné rovné a priame hlasovacie právo tajným hlasovaním. Československo sa dokonca stalo jednou z mála krajín sveta, ktorá ženy takto zrovnoprávnila. „Uznávam právo ženy na politický život tak, ako právo muža, ba ešte viac,“ deklaroval napríklad prezident USA F. D. Roosevelt. A tak sa v prvom priamo zvolenom Národnom zhromaždení ČSR ocitlo 12 poslankyň a 3 senátorky. Poslankyňa Anna Chlebounová (v r. 1920 mala 45 rokov) hoci dosiahla len základné vzdelanie, do politiky sa dostala už v roku 1918, ako jedna z ôsmich žien revolučného Národného zhromaždenia ČSR. Najviac sa z historických materiálov dozvedáme o poslankyni Luise Landovej-Štychovej (35) – študujúcej astronómii a sociológii, anarchistke, skautke a inak aktívnej žene. Ako dievča svojou starostlivosťou zachránila svojmu otcovi život, za čo si ako odmenu vyžiadala úplnú slobodu a časť svojho vena na založenie vlastnej existencie. Zaujímavé je, že hoci bola sama vydatá, kritizovala postavenie ženy v domácnosti a v manželstve. Fanni Blatny (47) za Nemeckú sociálnu demokratickú stranu robotnícku v ČSR sa snažila o zlepšenie vzdelávania pôrodných asistentiek a zasadzovala sa za to, aby sa pri verejných voľbách hlasy sčítavali samostatne podľa pohlaví. So svojou straníčkou kolegyňou – Marie Deutsch (38) mali spoločné to, že obe museli emigrovať počas II. svetovej vojny a napokon zomreli v exile. Betty Karpíškovej (39) sa to však nepodarilo a po väznení a mučení zomrela napokon v máji 1941 v Osvienčime. Ako poslankyňa bojovala aj za podporu v nezamestnanosti, najmä žien a za plánované rodičovstvo. Najmladšou členkou Poslaneckej snemovne NZ ČSR sa stala Josefa Rosolová, ktorá v čase nadobudnutia mandátu za Československú národnú demokraciu mala len 29 rokov. Stalo sa tak v roku 1921, postúpila ako náhradníčka. Irene Káňovej patrilo titul najmladšej poslankyne revolučného československého Národného zhromaždenia. V čase, kedy sa ujala mandátu po Alici Masarykovej, mala len 26 rokov. Pochádzala z Banskej Štiavnice, kde pracovala ako robotníčka v tabakovej fabrike. Fráňa Zemínová (38) pôsobila v parlamente 30 rokov. Snažila sa zlepšiť bytovú politiku. No a možno aj vďaka nej patrí titul „pani“ dnes aj nevydatým ženám a matkám. Sociálna demokratka Anna Malá (36) prešla ani nie po roku práce v zhromaždení medzi komunistov. Ako viac poslankyň, aj ona podporovala zákon, ktorý zakazuje tzv. platené dojčenie – aby chudobné matky predávali svoje mlieko iným, bohatým rodinám a nedojčili vlastné deti (Mažáriová, 2016).

VÝZNAMNÉ POSLANKYNE V ČESKOSLOVENSKU

Prvou demokraticky zvolenou poslankyňou do Národného zhromaždenia republiky Československej na slovenskom území bola Češka Anna Sychravová, ktorá kandidovala v obvode Turčiansky Svätý Martin zo 4. miesta ČSDSD (Československá sociálne demokratická strana dĕlnická). Táto česká učiteľka a neskôr zamestnankyňa ministerstva sociálnej starostlivosti učila na škole vo Vrútkach. V parlamente dokázala presadiť jeden zákon, pre ktorý získala podporu žien naprieč politickým spektrom a rovnako aj

odborníkov z radov lekárov. Išlo o zákaz takzvaného námezdného dojčenia. Ďalší návrh, ktorý spolu s ostatnými poslankyňami predkladala, sa týkal materstva, jeho ochrany v nemocenskom poistení pre všetky ženy, zákazu prepustiť ženu počas tehotenstva alebo zaručiť materskú dovolenku. Tento návrh neprešiel. Zomrela na ťažké ochorenie ešte počas výkonu svojho poslaneckého mandátu v roku 1925 v Prahe (Hudáčková, 2019). Sociálna demokratka Anna Sychravová (47), sa politicky aktivizovala v oblasti plánovaného rodičovstva a vzdelávania nevidiacich a nepočujúcich detí. Pomery na Slovensku sa snažila zlepšiť napríklad aj zákazom predávania alkoholu mladistvým (Mažáriová, 2016).

Poštová úradníčka Ludmila Pechmanová-Klosová (35) to ako prvá žena dosiahla na špičku parlamentného orgánu - stala sa podpredsedníčkou komisie pre sociálnu starostlivosť. Eliška Purkyňová (52) sedela už v revolučnom NZ ČSR. Pracovala ako asistentka ministerstva sociálnej starostlivosti. Aj vďaka jej iniciatíve sa začala výstavba Útulného domova osamelým ženám v Prahe, ktorý slávnostne otvorili v roku 1924. Kritizovala aj zlú situáciu nemanželských detí a vysokú úmrtnosť detí aj rodičiek. Ženy sa dostali po voľbách v roku 1920 aj do senátorských kresiel Národného zhromaždenia ČSR. Božena Ecksteinová-Hniličková (47) – bola práve prvou ženou – senátorkou. Kritizovala detskú prácu a zneužívanie práce sirôt. Dcéra továrnik a vnučka poslanca Frankfurtského parlamentu Wilhelma Herziga, senátorka Emma Maria Herzigová, bola lekárkou – špecialistkou na ženské choroby, zvolená za Nemeckú nacionálnu stranu. Ostrieľaná životom zasadla do senátorského kresla za Nemeckú sociálno demokratickú stranu robotnícku v ČSR Anna Perthen. Nedá sa povedať, že každým ďalším volebným obdobím narastala zainteresovanosť žien do politiky. Stále v nich však pretrváva záujem o sféry, ktoré sú im dôverne známe – materstvo, rodičovstvo, ženská a detská otázka, sociálne istoty. Podľa toho sa angažovali aj v parlamentných výboroch (Mažáriová, 2016). Ako už bolo viackrát uvedené výraznou osobnosťou bola Františka Plamínková, ktorá sa za práva žien zasadzovala už ako začínajúca učiteľka. Angažovala sa v stavovskej učiteľskej organizácii *Sdružení československých učitelek*, kde neskôr pôsobila ako predsedníčka. Usilovala sa dosiahnuť, aby štát zaručil ženám rovnaké podmienky ako mužom, teda možnosť založiť si rodinu a zároveň pracovať, zasadzovala sa najmä za zrušenie celibátu učiteliek. Založila dve organizácie, v roku 1903 Ženský klub český, ktorého náplňou bola hlavne osvetová činnosť, a roku 1905 Výbor pre volebné právo žien (Aspekt, 2019). Práve Františka Plamínková podporovala ženy matky v snahe skĺbiť rodinný a pracovný život. Ženám podľa nej malo byť okrem iného dovolené angažovať sa v politike. Od roku 1925 pôsobila v československej politike ako senátorka a v USA bola zvolená za podpredsedníčku Medzinárodnej rady žien.

V Čechách, Morave a Sliezku od roku 1901 resp. 1903 až do roku 1928 bol v platnosti zákon o tzv. celibáte učiteliek. V prvej polovici 19. storočia pôsobilo minimum žien na pozíciách učitelky, nakoľko ženám všeobecne bola odopieraná pôsobiť v kvalifikovaných povolaniach (s výnimkou pôrodnej baby). Tento fakt bol spôsobený myšlienkovým nastavením spoločnosti, v ktorom žena pôsobila v podradnejšom postavení voči mužovi.

Žena sa mala držať v ústraní, mužovi pripadla rola živila rodiny. V šesťdesiatych rokoch 19. stor. (zákon z roku 1869, tzv. Hasnerov zákon), ukladal povinnosť učiteľom a učiteľkám získať štvorročné vzdelanie v učiteľských ústavoch zakončené skúškou dospelosti. Pre ženy sa tým vytvorila možnosť dosiahnuť vyššiu kvalifikáciu bez nutnosti platiť školské. Učiteľské ústavy boli rozdelené podľa pohlavia a v tomto smere sa aj mierne líšili aj vyučovacie metódy. Ženy mohli učiť prevažne na nekoedukovaných, ale aj koedukovaných školách, avšak v tomto prípade iba v nižších ročníkoch. Ženy teda zastávali menej kvalifikované učiteľské miesta a na stredných školách ich bolo málo. Učitelia videli v učiteľkách najmä konkurenciu a často proti nim bojovali. Aj z tohto dôvodu došlo k zavedeniu celibátu učiteľiek, ktorý bol záväzkom ženy žiť bez manželstva. Ak sa učiteľka vydala automaticky prišla o svoje pracovné miesto a stratila nárok na dôchodok. Všeobecne možno konštatovať, že zavedenie celibátu ovplyvnila kombinácia spoločenských a ekonomických faktorov. Rola učiteľky bola vnímaná ako nezlučiteľná s rolou matky, zároveň kombinácia vlastného zamestnania ženy- učiteľky a manželstva násobila spoločensky neprípustným spôsobom sociálne zabezpečenie ženy. A zároveň bola žena vnímaná ako tá, ktorá uberá prácu mužovi. Pre jej zamestnanie nebol dôvod, nakoľko o zaistenie ženy sa staral manžel. V stredostavovskej rodine nebolo prijateľné, aby pracovali obaja manželia, hoci v nižších spoločenských vrstvách to bolo nevyhnutnosťou. Treba zdôrazniť, že postoj učiteľiek k celibátu nebol jednotný (Šlehofer, 2016).

Ďalšou ženou, ktorá zastupovala Slovensko v prvom parlamente, bola Alica Masaryková, bola štvrtou promovanou ženou doktorkou. Bola tiež zakladateľkou Československého červeného kríže a bojovníčkou za vzdelávanie žien a zlepšenia sociálnych podmienok. Roku 1915 bola väznená za účasť v odboji. V roku 1919 v Prahe založila prvú Vyššiu sociálnu školu v ČSR. V nej sa v jednoročnom štúdiu vzdelávali sociálne pracovníčky, diplomované sestry a pracovníci pre prácu v teréne. Vďaka jej úsiliu a rozvíjali terénne programy, ošetrovateľská starostlivosť, výchovná a sociálna práca.

Po uznaní volebného práva pre všetkých občanov bez ohľadu na pohlavie a sociálne postavenie, sa skončili polemiky o emancipácii a «boj» sa v celoštátnom meradle zameral na otázky osemhodinového pracovného času, starostlivosti o deti, nočnej práce žien a podobne. V roku 1923 vznikla pod vedením Františky Plamínkovej nepolitická organizácia Ženská národná rada, združovala okolo 50 ženských organizácií. Živenu v nej zastupovala pani Margita Paulíny-Páľková (Vrzgula, 2019).

Významnou osobnosťou ľavicového hnutia bola Barbora Rezlerová-Švarcová, ktorej otec bol jedným zo zakladateľov Českej sociálnodemokratickej strany. Vydala sa za komunistického aktivistu Ladislava Švarca a keď sa v roku 1921 stal regionálnym tajomníkom Komunistickej strany Československa, presťahovali sa do Banskej Bystrice. V rokoch 1922–23 pôsobila ako sekretárka regionálnej organizácie Komunistickej strany a od roku 1923 do 1925 sa stala šéfredaktorkou slovenského ženského komunistického časopisu Proletárka. Bola prvou novinárkou na Slovensku, ktorá písala o feministických

otázkach, ako sú reprodukčné práva, ľudské práva a politická účasť žien, ako aj o rodovej asymetrii pri distribúcii politickej moci a zákonných práv (Juráňová, 2005). V roku 1925 sa presťahovali do Sovietskeho zväzu a študovala na Štátnom novinárskom inštitúte v Moskve. Neskôr pracovala v novinách Izvestia a pre rozhlasovú stanicu Kominterny. Niekedy v 30. rokoch sa s manželom rozviedli a v čase stalinských čistiek prišla o prácu. Bola ako cudzinka považovaná za podozrivú osobu, v roku 1941 bola zatknutá a zastrelená. Ženy výraznejšie vstúpili do verejného priestoru počas 1. a 2. svetovej vojny, keď museli zastúpiť mužov. Malo však byť iba dočasné zastupovanie, ale ženy už verejný priestor opustiť nechceli. Rovnako ako muži boli aj ženy ekonomicky aktívne, najmä vdovy, ktoré sa starali o deti samy. 20. storočia je vo všeobecnosti vnímané ako storočie ženských volieb.

SÚČASNOSŤ RESP. OSTATNÝCH DVADSAŤ ROKOV

Koncom roka 1992 došlo k zániku Českej a Slovenskej federatívnej republiky a vznikli (1.1.1993) dva nezávislé nástupnícké štáty Česko a Slovensko. Vzhľadom na tento fakt reflektujeme situáciu prítomnosti žien v politike osobitne v Čechách a osobitne na Slovensku.

Česká republika vypracovala *Vládní strategii pro rovnost žen a mužů v České republice na léta 2014 – 2020*, ktorej základným poslaním je formulovať rámec pre opatrenia verejnej správy, ktorý by prispel k dosiahnutiu rovnosti mužov a žien. Rovnako tak má Česko vypracovaný *Akční plán prevence domácího a genderově podmíneného násilí na léta 2019 – 2022*.

Vláda Slovenskej republiky schválila v marci 2001 *Koncepciu rovnosti príležitostí žien a mužov*, ktorú vypracoval Odbor rovnosti príležitostí MPSVR SR. V nej sa okrem iného zaviazala k podporným opatreniam: „podporiť modifikovanie zákona o politických stranách a zákona o voľbách tak, aby zabezpečili zastúpenie žien v politike a politických stranách, napríklad zavedením kvót a iných krátkodobých dočasných opatrení“. V súčasnosti však možno stále konštatovať, že sa tak dodnes nestalo. Vstupu žien do rozhodovacích pozícií bránia viaceré prekážky. Sú to predovšetkým prežívajúce predsudky a stereotypy týkajúce sa roly muža a ženy v rodine a verejnom živote; ďalej konflikt rodinných povinností a politickej kariéry žien a z toho plynúci nedostatok času a stres; skutočnosť, že záujem žien o politiku výrazne obmedzujú rodinné povinnosti; ale aj nedostatok dôvery v politickú aktivitu, zlý obraz politiky v krajine a prepolitizovanie života; taktiež sa na výsledku podpisujú prekážky v rámci politických strán – ako napr. nejednotné výberové mechanizmy, mužské siete a pod.; a napokon aj nízka miera solidarity medzi ženami a ich nedostatočná vzájomná podpora (Oblasť verejného a politického života, 2020). Ak hovoríme o politickej činnosti je dôležité uviesť, že je zameraná na pomoc človeku a spoločnosti. Maturkanič (2020) píše, že sa usiluje o všeobecné dobro pre blaho všetkých ľudí a celého človeka, blaho, ktoré je ponúkané jednotlivcovi i skupinám, aby ho slobodne

a zodpovedne prijali. V súvislosti so sociálnou prácou sa trvalo orientuje na obranu a podporu spravodlivosti, ktorú chápe ako cnosť, ku ktorej musia byť všetci vychovávaný, a ako morálnu silu, podporujúcu úsilie o uznanie práv a povinností všetkých a každého na základe osobnej dôstojnosti človeka.

DISKUSIA

Maříková (1997) už koncom deväťdesiatych rokov konštatovala nízku mieru zastúpenia žien vo vrcholovej politike v Českej republike, ktorá je spôsobená faktormi vnútornej aj vonkajšej povahy. Je podľa nej daná nízkou mierou aktívnej účasti žien v politike, ich nižším členským zastúpením v politických stranách a na druhej strane sa jedná o fakt nízkeho percenta zastúpenia žien v hierarchii politických strán alebo ich „nevýhodné“ umiestnenie na kandidátkach strán, ktoré im prakticky neumožňuje byť zvolenými. Príčiny prečo majú ženy menšie šance uspieť v politike vidí Maříková (1997) v tom, že ženy sú vychovávané v duchu kultúrnej tradície, ktorá predpokladá, že nemajú vo verejnom a politickom živote čo robiť. Ide o predsudok spojený s psychologickou bariérou žien voči vlastnému úspechu. Väčšina žien nie je vychovávaná usilovať o úspech vo verejnej sfére. „Nutným predpokladom vyššej účasti žien v politickom živote sú zmeny v myslení, a to v prvom rade žien samotných“ (Maříková, 1997, s. 442).

Na bariéry spočívajúce v rodine poukázal hĺbkový výskum slovenských žien v politike z roku 2000 (Filadelfiová, Radičová, Puliš, 2000 In Oblasť verejného a politického života, 2020) podľa ktorého rodinné povinnosti sú všeobecnou a univerzálnou bariérou vstupu žien do politiky, bez ohľadu na pozíciu, oblasť či politickú stranu. Vstup žien do politiky si vyžaduje súhlas a podporu manželského partnera a rodinných príslušníkov. Ženy sú najčastejšie do funkcie „uvolnenej“ za podmienky, že „neutrpí rodina“. Vstupom do politiky totiž ženám pribúda ďalšia aktivita. Aj keď starostlivosť o domácnosť čiastočne preberú rodinní príslušníci, hlavné množstvo domácich prác zostáva na ženu počas víkendových dní a jej zaťaženie sa tak neúmerne zvyšuje. Konflikt rodina – verejná činnosť je ľahšie riešiteľný na lokálnej úrovni, situácia sa komplikuje prechodom žien do celoštátnych funkcií, ktoré spravidla znamenajú týždňové odlúčenie od rodiny.

Názor verejnosti na prekážky vstupu žien do politiky je obdobný. Podľa prieskumu IVO z roku 2002 (Bútorová a kol., 2008) si až 70 % mužov a 78,7 % žien myslí, že ženám pri vstupe do politiky bránia rodinné povinnosti. Takmer 47 % žien zastáva názor, že nízke zastúpenie žien v politických funkciách je výsledkom systematického úsilia mužov udržať si moc a rozhodovanie vo svojich rukách (u mužov má tento názor podporu len 29,4 %). Tretím dôvodom je podľa mienky žien nezáujem žien o politiku (42,6 %; u mužov to bolo až 54,3 %). K významným prekážkam zaradila verejnosť SR aj „špinavosť“ a bezohľadnosť politiky, ktorá je príčinou toho, že sa jej ženy vyhýbajú (41,7 % žien a 36,5 % mužov). Nedostatočnú prípravu žien na verejné pôsobenie, ich nízku sebadôveru a nedostatok schopností pokladalo za prekážku iba 20 % a menej opýtaných.

Svetové ekonomické fórum konštatuje, že pri súčasne nastavených politikách bude Slovensko potrebovať ďalších 107 rokov na to, aby ženy dosiahli úplnú rovnosť, pokiaľ ide o prístup k zdrojom, právam, k rešpektu a k uznaniu v spoločnosti (Jablonická-Zezulová, 2020 In: Hajdúchová, 2020).

V polovici 90. rokov sa začína v Európe riešiť problematika postavenia a účasti žien vo vede, hlavné témy diskurzu sa týkali: nízkej výkonnosti a efektívnosti európskej vedy v porovnaní s inými svetovými regiónmi (napr. USA a Japonsko) a nízkej angažovanosti a zastúpenia žien vo vede a výskume. Táto problematika sa stala jednou z významných tém európskej verejnej politiky. Európske inštitúcie jej začali venovať mimoriadnu pozornosť. Súviselo to práve s presadzovaním politiky rodovej rovnosti. V roku 2001 bol prijatý *Akčný plán EK o vede a spoločnosti*: prioritne sa zameral na podporu a posilnenie európskeho výskumného priestoru, jedna z aktivít - *Podpora rodovej rovnosti v rozšírenej Európe*. Z historického pohľadu na situáciu na Slovensku sa vzdelanostná úroveň žien na Slovensku v celkovom vyjadrení posunula výrazne do vyšších stupňov: ženy v minulosti výrazne zaostávali za mužmi nie len z hľadiska vysokoškolského, ale aj z hľadiska stredoškolského vzdelania, za posledné dve generácie došlo ale k vyrovnaniu vzdelanostnej štruktúry za obidve pohlavia. Nárast vzdelanostnej úrovne žien potvrdzuje aj pohľad na štatistiky o študujúcich na slovenských vysokých školách – aj u nás sa prejavuje medzi študujúcimi na vysokých školách prevaha žien. Je možné pozorovať neustály nárast počtu študujúcich od začiatku 90. rokov, zároveň je zrejmý podstatne rýchlejší rast študentiek ako študentov. Za zlomový z rodového aspektu možno na Slovensku považovať rok 1997, kedy po prvýkrát počet študujúcich žien prevýšil počet mužov. Veľkým problémom žien vo vede je existencia skleneného stropu, hlavne pokiaľ ide o zaradovanie do vedúcich pozícií. Podobne ako pri kvalifikačných stupňoch, aj pri riadiacich pozíciách platí – čím vyšší riadiaci stupeň, tým nižší podiel žien. Lievikový efekt sa prejavuje aj z hľadiska postavenia žien a mužov v riadení vysokých škôl. Platí, že na najvyšších riadiacich pozíciách sa ženy vyskytujú v podstatne menšej miere ako muži, najmenej žien zastáva funkciu rektorky. Prakticky až do roku 2006 Slovensko nemalo ani jednu rektorku (Oblasť verejného a politického života, 2020).

IMPLIKÁCIE PRE PRAX

V uvedenom príspevku sme analýzu smerovali na boj žien za volebné právo a rodovo vyrovnaný prístup v rámci spoločenského života od minulosti po súčasnosť. Popísali sme postupný vývin a zmeny, ktoré sa v jednotlivých desaťročiach udiali. S akcentom na súčasnosť identifikujeme niektoré odporúčania pre prax.

Ako sme už uviedli, stále pretrváva trend, ktorý predpokladá, že ženy vo väčšine nemajú ukotvené svoje miesto vo verejnom a politickom živote. Problematické je, že na jednej strane je to akási psychologická bariéra žien a na druhej strane ide o názor verejnosti na pôsobenie žien v politike a predstava o uplatnení žien sa v iných sférach.

Odporúčanie v tejto oblasti je náročné formulovať, nakoľko vychádza zo zakorenených predstáv a názorov ľudí. Zmena je možná jedine zmenou zmýšľania, ktorá začína u každého človeka. Súvisí s výchovou nových generácií a prezentáciou nového náhľadu na fungovanie spoločnosti. V tomto smere vidíme svojim spôsobom inkluzívny trend, ktorý je v súčasnosti prezentovaný v rôznych oblastiach fungovania ľudí, najmä tých, ktorí sú istým spôsobom v spoločnosti znevýhodňovaní. Na tento apeluje práve aj sociálna práca. Inšpirovať sa v oblasti pôsobenia žien v politike je prínosné najmä zahraničím, kde zastúpenie žien v politike a samotné vnímanie ženy na týchto miestach je bežnou súčasťou.

Dôležitú úlohu zohráva scitlivovanie verejnosti (laickej i odbornej) v téme rodovej rovnosti a ľudských práv a to najmä v akademickej, ale tiež aplikačnej oblasti spoločenskej praxe. A to najmä v podobe zavádzania rodového hľadiska a hľadiska rovnosti príležitostí do výskumov, rovnako tak podpora zdravia a výchovy ku zdraviu pre rôzne cieľové skupiny, osobitne pre marginalizované komunity, zavádzanie flexibilných foriem práce za účelom lepšieho zosúladovania rodinného a pracovného života, monitoring rodových rozdielov v odmeňovaní za prácu a v neposlednom rade vytváranie integrovaných stratégií rozvoja zohľadňujúcich rodovú rovnosť a rovnosť príležitostí pre všetkých ľudí bez rozdielu.

Zároveň môže tento príspevok poslúžiť na oživenie historickej pamäti a miesta významných osobností v nej, ktoré svojou húževnatosťou a vytrvalosťou bojovali nielen za zrovnoprávnenie žien v spoločnosti. Paralely so súčasnosťou vo vede i politike sú viac ako zrejmé.

ZÁVER

V roku 1920 sa do Národného zhromaždenia dostalo 17 žien (približne 3,8 %). Dnes v roku 2020, teda presne o sto rokov ich je v Národnej rade slovenskej republiky 32 (čiže 21,33 %), v Čechách je to 22,5 %, v Rakúsku 39 % a v Poľsku 29 % žien (Žúreková, M. 2020). Zároveň Slovensko má vo svojej histórii prvú ženskú prezidentku. Podľa zistení agentúry Focus z júna 2018 si až 80 percent opýtaných myslí, že ženy majú v politike menšie šance a viac ako 30 percent respondentov si nemyslí, že je to problém. Za najväčší problém žien na Slovensku muži aj ženy označovali pracovné príležitosti (Hudec, M., Gabrižová, Z., 2018).

Príspevok bol podporovaný Agentúrou na podporu výskumu a vývoja na základe zmluvy č. APVV-16-0422.

POUŽITÉ ZDROJE

- [1] *Akční plán prevence domácího a genderově podmíněného násilí na léta 2019-2022.* [online]. [cit.2020-10-20]. Dostupné na: <https://www.vlada.cz/assets/ppov/rovne-prilezitosti-zen-a-muzu/Aktuality/AP-DN---grafikaFINAL.pdf>.
- [2] *Anička Hurbanová- Jurkovičová.*2014. [on-line].[cit.2019-12-05]. Dostupné na:<http://dikda.eu/anicka-hurbanova-Jurkovicova/>.
- [3] BADA, M. 2004. *Žena v systéme Žilinského magdeburského práva.*IN.: Lengyelová T. (Ed)., 2004. *Žena a právo. Právne a spoločenské postavenie žien v minulosti.* Bratislava: Academic Electronic Prese, s. 24-45, ISBN 80-88880-59-9.
- [4] BEBEL, A. 1956. *Žena a socializmus.* Bratislava: Slovenská vydavateľstvo politickej literatúry. 540 s.
- [5] BOSÁ, M. 2013. *Feministické korene sociálnej práce.* [online] [cit. 2020-11-03]. Dostupné na: http://monikabosa.weebly.com/uploads/6/4/6/8/6468731/feministky_final_print.pdf.
- [6] BÚTOROVÁ, Z. a kol. 2008. *Ona a on na Slovensku. Zaostrené na rod a vek.* Bratislava : Inštitút pre verejné otázky. 2008. 365 s. ISBN 978-80-89345-10-6.
- [7] FRANCELOVÁ-HRABOVSKÁ, N. 2018. Czechoslovakia was progressive about women's voting rights. In: *The Slovak spectator.* [online]. 2018, [cit. 2020-09-30]. Dostupné na: <https://spectator.sme.sk/c/20950280/was-czechoslovakia-progressive-about-womens-rights.html>.
- [8] ČEČETKA, J. 1947. *Pedagogika.* Liptovský sv. Mikuláš : Tranoscius, 305s.
- [9] Česi a Slováci museli na prvé voľby v spoločnom štáte čakať, republika dlho nemala ústavu (online). Dostupné na: <https://history.hnonline.sk/nove-dejiny/2102826-cesi-a-slovaci-museli-na-prve-volby-v-spolocnom-state-cakat-republika-dlho-nemala-ustavu>.
- [10] DALRYMPLE, J., BURKE, B., 2006. *Anti-Oppressive Practice – Social Care and the Law.* New York: Open University Press, 2006. ISBN 978-0335-21801-1.
- [11] DOBROTKOVÁ, M. 2004. Slovenská žena v Spojených štátoch amerických na konci 19. a začiatku 20. storočia. IN.: Lengyelová T. (Ed)., 2004. *Žena a právo. Právne a spoločenské postavenie žien v minulosti.* Bratislava: Academic Electronic Prese, s. 287-295), ISBN 80-88880-59-9.
- [12] DOMINELLI, L., 2002. *Feminist Social Work Theory and Practice.* Hampshire: Palgrave, 2002. ISBN 0-333-77154-0.
- [13] DUDEKOVÁ, G., MANNOVÁ, E. (eds.): Rodové vzťahy a postavenie žien v období modernizácie. Výsledky najnovších výskumov. Monotematické číslo časopisu ČAS – Človek a spoločnosť (Internetový časopis pre pôvodné teoretické a výskumné štúdie z oblasti spoločenských vied, <http://saske.sk/cas>), roč. 9, 2006, č. 4.
- [14] DVOŘÁKOVÁ, D. 2004. Život ženy šľachtickej v Uhorsku na prelome 14. a 15. storočia. IN.: Lengyelová T. (Ed)., 2004. *Žena a právo. Právne a spoločenské postavenie žien v minulosti.* Bratislava: Academic Electronic Prese, s. 9-23, ISBN 80-88880-59-9.

- [15] DUDEKOVÁ, G., MANNOVÁ, E. 2006. *Rodové vzťahy a postavenie žien v období modernizácie. Výsledky najnovších výskumov.* [on-line]. [cit. 2019-11-30] Dostupné na: <http://www.clovekaspolocnost.sk/sk/rocnik-9-rok-2006/4/uvod/rodove-vztahy-a-postavenie-zien-v-obdobi-modernizacie-vysledky-najnovsich-vyskumov/>.
- [16] FOOK, J., 1993. *Radical Casework: A Theory Of Practice.* Sydney: Allen & Unwin, 1993. ISBN 1-86373-281-0.
- [17] *Glosár rodovej terminológie.* (pojem Feminizmu) 2017. [onlin] [cit. 2020-11-03]. Dostupné na: <http://glosar.aspekt.sk/default.aspx?smi=1&ami=1&vid=114>.
- [18] HAJDÚCHOVÁ, A. 2020. Ženy ujdú od detí a národ utrpí, strašili noviny. Pripomíname si sté výročie volebného práva žien. [on-line]. [cit. 2020-10-01] Denník N. dostupné na: <https://dennikn.sk/blog/1768261/zeny-ujdu-od-deti-a-narod-utrpi-strasili-noviny-pripominame-si-ste-vyrocie-volebneho-prava-pre-zeny/>.
- [19] HEALY, K. 2005. *Social Work Theories in Context. Creating Frameworks for Practice.* 1st ed., Basingstoke : Palgrave MacMillan, 2005. 238 p. ISBN 13: 978 1-4039-1622-8.
- [20] HOSCHEKOVÁ, D. 2004. Vnímanie postavenia žien v Európe. In: Lasicová, J. (ed.) 2004. *Sféry ženy. Právne, politické, ekonomické vedy.* Banská Bystrica: UMB, Sociologický ústav AVČR, 135-143; ISBN 80-8083-001-0.
- [21] JANEBOVÁ, R. 2014. *Feministické teorie sociální práce.* Hradec Králové: Gaudeamus, 78 s., ISBN 978-80-7435-405-2
- [22] JEŽOVICOVÁ, D. 2004. Politické myslenie na Slovensku a emancipačné snahy významných predstaviteľiek slovenskej inteligencie. In: Lasicová, J. (ed.) 2004. *Sféry ženy. Právne, politické, ekonomické vedy.* Banská Bystrica: UMB, Sociologický ústav AVČR, 144- 152s.; ISBN 80-8083-001-0.
- [23] JURÁŇOVÁ, J. 2005. Rezlerová-Švarcová (tiež Schwartzová), Barbora. In: Haane, F. de, Daskalova, K., Loutfi, A. (ed.). *Biografický slovník ženských hnutí a feminizmov v strednej, východnej a juhovýchodnej Európe: 19. a 20. storočia .* New York: Central European University Press. ISBN 978-963-7326-39-4 , s. 467–68.
- [24] HANZELOVÁ, E., KEŠELOVÁ, D. 2014. *Zdroje a prekážky rastu zamestnanosti žien s dôrazom na stratégiu zosúladenia pracovného a osobného života.* Záverečná správa z VÚ č.2167. Bratislava: IPVPaR MPSVaR SR.[on-line]. [cit. 2019-11-07]. Dostupné na: https://www.ceit.sk/IVPR/images/IVPR/vyskum/2014/Hanzelova/2167_hanzelova_keselova_o.pdf.
- [25] HECZKOVÁ, L. 2009. *Píšíci minervy. Vybrané kapitoly z dějin české literární kritiky.* Univerzita Karlova v Prahe: Mnemosyne, 2009. 403 s. ISBN 978-80-7308-282-6.
- [26] História žien: ako si ženy volebné právo vymohli. In: *ASPEKTin, feministický webzín.* [on-line]. [cit. 2019-11-25]. Dostupné na: <http://aspekt.sk/content/aspektin/historie-zien-ako-si-zeny-volebne-pravo-vymohli>; ISSN 1225-8982. Uverejnené 24/02/2016.

- [27] HUDÁČKOVÁ, S. 2019. *Prvá demokraticky zvolená poslankyňa na slovenskom území: česká učiteľka uspela v Martine*. [on-line]. [cit. 201911-12]. Dostupné na: <https://dennikn.sk/1288682/prva-demokraticky-zvolena-poslankyna-na-slovenskom-uzemi-cesku-ucitelku-annu-sychravovu-si-zvolili-v-turcianskom-svatom-martine/>.
- [28] HUDEC, M., GABRIŽOVÁ, Z. 2018. *Davos: Na Slovensku sa zhoršila účasť žien vo verejnom živote a v ekonomike*. [on-line]. Dostupné na: <https://euractiv.sk/section/rovnost-sanci/news/davos-na-slovensku-sa-zhorsila-ucast-zien-vo-verejnom-zivote-a-v-ekonomike/>.
- [29] KENETY, B. 2020. *Františka Plamínková: the feminist suffragette who ensured Czechoslovakia's Constitution of 1920 lived up to the principle of equality*. [online]. 2020, [cit. 2020-09-29]. Dostupné na: <https://english.radio.cz/frantiska-plaminkova-feminist-suffragette-who-ensured-czechoslovakias-8106811>.
- [30] LACLAVÍKOVÁ, M., ŠVECOVÁ, A. 2018. Dlhá cesta k právnej emancipácii ženy v rodinných a majetkových vzťahoch. In.: *Historický časopis*, roč.66, č.4, Bratislava, pp. 599-628, ISSN 2585-9099.
- [31] LENDEROVÁ, M. 2016. *K hříchu i k modlitbě. Žena devatenáctého století*. Praha : Karolinum, 2016. 352 s. ISBN 978-80-246-3540-8.
- [32] LENGYELOVÁ, T. (Ed.) 2004. *Žena a právo. Právne a spoločenské postavenie žien v minulosti*. Bratislava, Academic Electronic Press, 2004, 304 s. (zborník príspevkov).
- [33] LENGYELOVÁ, T. 2004. Násilie páchané na ženách a možnosti obrany v období raného novoveku. IN.: Lengyelová T. (Ed.), 2004. *Žena a právo. Právne a spoločenské postavenie žien v minulosti*. Bratislava: Academic Electronic Prese, s. 205-217), ISBN 80-88880-59-9.
- [34] MALÍNSKÁ, J. 2005. *Do politiky prý žena nesmí – proč?Vzdělání a postavení žen v české společnosti v 19. a na poč. 20. stol*. Praha : Libri, 2005. 176 s. ISBN 80-7277-295-3.
- [35] MAŘÍKOVÁ, H. 1997. Ženy ve vrcholových politických pozicích. [online]. [cit. 2020-10-06]. Dostupné na: <https://sreview.soc.cas.cz/pdfs/csr/1997/04/05.pdf>
- [36] MATURKANIČ, P. 2020. *Základy etiky 2. Vysokoškolská učebnice*. Terezín : Vysoká škola aplikované psychologie. 166 s. ISBN 978-80-87871-08-9.
- [37] MAŽÁRIOVÁ, K. 2016. *Prvých dvanásť statočných političiek*. [online]. 2016, [cit. 2020-09-29]. Dostupné na: <https://www.turieconline.sk/spravy/historia/clanok/2366-prvych-dvanast-statocnych-politicek>.
- [38] MIKULOVÁ, M. 2002. Ženy a národ na prelome 19. a 20. storočia. In: *Hlasy žien. Aspekty ženskej politiky*. Bratislava: Aspekt, 2002. ISBN 80-85549 -30-1
- [39] MIRVAJOVÁ, V. 2018. *Oslavujeme sté výročie založenia Československa. Kto boli prvorepublikové feministky a za čo im môžeme byť vďačné?* [on-line]. [cit. 2019-11-11]. Dostupné na: <https://aprilmagazin.curaprox.com/oslavujeme-ste-vyrocie-zalozenia-ceskoslovenska>.

- [40] MPSVaR SR. 2018. *Súhrnná správa o stave rodovej rovnosti na Slovensku za rok 2018. Rodová rovnosť na trhu práce.* (on-line). Dostupné na: https://www.gender.gov.sk/wp-content/uploads/2019/06/SSRR_2018-final.pdf.
- [41] NOVOTNÁ, V., SCHIMMERLINGOVÁ, V. 1992. *Sociálna práca: jej vývoj a metodické postupy.* Praha: Karolinum, 182s., ISBN 80-7066-483-5.
- [42] *Oblasť verejného a politického života. Zastúpenie žien a mužov vo verejnom a politickom živote. Participácia žien na zákonodarnej a výkonnej moci je poddimenzovaná.* [online]. 2020, [cit. 2020-10-01]. Dostupné na: <https://www.gender.gov.sk/wp-content/uploads/2012/06/priloha-2f-nar-strat-RR.pdf>. s. 217-246.
- [43] OČENÁŠOVÁ, Z., MICHALÍK, P. 2017. *Sexuálne násilie na ženách- správa z reprezentatívneho výskumu.* Bratislava: IpVPaR. 86s., ISBN 978-80-7138-159-4.
- [44] ONDRUŠKOVÁ, E. a kol. 2020. *Násilie páchané na ženách v intímnych partnerských vzťahoch I. Teórie, sociálny a právny kontext, štatistiky.* Nitra : REA. 2020. ISBN 978-80-973648-1-6. s. 15-21.
- [45] OROSZ, L. a kol. 2015. *Volebné právo.* Košice: UPJŠ, Právnická fakulta, ISBN 978-80-8152-346-5. 290s.
- [46] PAYNE, M. 2005. *Modern Social Work Theory.* 3rd ed., Hampshire: Palgrave Macmillan, 2005. 366 p. ISBN 978-1-4039-1836-8.
- [47] PIETRUCHOVÁ, O., MAGUROVÁ, Z. 2011. *Sledovania legislatívnych úprav rodovej rovnosti vo vybraných krajinách EÚ a aplikácia v právnom poriadku SR. Metodická príručka.* Bratislava: Centrum vzdelávania Ministerstva práce, sociálnych vecí a rodiny, 2011.
- [48] RADAČIČ, I. 2008. *Feministické práve teórie.* [online]. [cit. 2020-11-03]. Dostupné na: <http://diskriminacia.sk/feministicke-pravne-teorie/>
- [49] ROLKOVÁ-PETRANSKÁ, N. 2014. *Zápisnice klubu slovenských poslancov I (1918 – 1919).* Bratislava : Národná rada Slovenskej republiky, 2014. 171 s. ISBN 978-80-89052-71-4.
- [50] RUSKOVÁ, M. 2019. *Komunistické ženské hnutie na Slovensku v 20. storočí. Otázky a námety na štúdium.* [on-line]. [cit.2020-02-15]. Dostupné na: <http://www.saske.sk/cas/archiv/4-2006/Ruskova.html>.
- [51] SEGEŠ, V. 2004. Žena ako subjekt a objekt kriminality v stredovekej Bratislave. IN.:Lengyelová T. (Ed)., 2004. *Žena a právo. Právne a spoločenské postavenie žien v minulosti.* Bratislava: Academic Electronic Prese, s. 55-65), ISBN 80-88880-59-9.
- [52] Special Eurobarometer 465: Gender Equality 2017. [on-line]. [cit.2019-10-25]. Dostupné na: https://data.europa.eu/euodp/sk/data/dataset/S2154_87_4_465_ENG.
- [53] STEJSKALOVÁ, H. 2017. Celibát žien ve školství. *Proč musely české a moravské učitelky zapomenout na manželství?* [online]. [cit. 2020-10-12]. Dostupné na internete: <https://epochaplus.cz/celibat-zen-ve-skolstvi-proc-musely-ceske-a-moravske-ucitelky-zapomenout-na-manzelstvi/>.

- [54] SZEGHYOVÁ, B. 2004. žena a zločin vo východoslovenských mestách v 16. storočí. Otázky, pramene, definície. IN.: Lengyelová T. (Ed.), 2004. Žena a právo. Právne a spoločenské postavenie žien v minulosti. Bratislava: Academic Electronic Prese, s. 66-84), ISBN 80-88880-59-9.
- [55] SÚHRNNÁ SPRÁVA o stave rodovej rovnosti na Slovensku za rok 2017. *Násilie na ženách a domáce násilie*. 2018. Materiál MPSVaR SR. 59 s.
- [56] ŠLEHOFER, L. 2016. *Celibát učiteľek*: [online]. [cit. 2020-10-12] Dostupné na: <https://perpetuum.cz/2016/09/elibat-ucitelek/>.
- [57] ŠOŠKOVÁ, I. 2004. Vývoj majetkoprávneho postavenia ženy na Slovensku po roku 1945 s dôrazom na jej majetkové pomery v manželstve. In: Lasicová, J. (ed.) 2004. *Sféry ženy. Právne, politické, ekonomické vedy*. Banská Bystrica: UMB, Sociologický ústav AVČR, s. 80-91; ISBN 80-8083-001-0.
- [58] Štúdium a výskum vo Švajčiarsku. [on-line] [cit. 2020-02-15]. Dostupné na: https://www.saia.sk/_user/documents/publikacie/Svajciarsko.pdf.
- [59] TASR. 2016. *Volebný zákon dal právo voliť všetkým mužom i ženám po dosiahnutí 21.roku života, avšak súčasne z neho urobil povinnosť*. (on-line). Dostupné na: 12
- [60] TOMEŠOVÁ-BARTÁKOVÁ, H. 2009. Feministické proudy v sociálnej práci ve vztahu k možnosti redefinovat genderové role v české společnosti. In. *Sociální práce/ Sociální práce*. 2/2009, roč. 9, s.100-111, ISSN 1213-6204
- [61] UHROVÁ, E. 2012. *Anna Honzákova a jiné dámy*. Praha : Kompas, 2012. 270 s. ISBN 978-80-260-3152-9.
- [62] *Vládní strategie pro rovnost žen a mužů v České republice na léta 2014 – 2020*. [on-line] [cit. 2020-10-20]. Dostupné na: https://www.vlada.cz/assets/ppov/rovne-prilezitosti-zen-a-muzu/Projekt_Optimalizace/Strategie_pro_rovnost_zen_a_muzu_2014-2020.pdf.
- [63] VRZGULA, M. 2019. *Slovensko na energetickej mape Európy*. INZINE. [on-line]. [cit 2019-11-11] Dostupné na: <http://www.svet.czsk.net/clanky/publicistika/zivena.html>.
- [64] Zákon ze dne 14.5.1869, jímžto se ustanovují pravidla vyučování na školách obecných
- [65] ŽÚREKOVÁ, M. 2020. *V parlamente je viac žien. Prečo to nemusí byť dobrá správa*. [on-line]. [cit. 2020-03-30]. Dostupné na: <https://zena.sme.sk/c/22348437/v-parlamente-je-viac-zien-ako-naposledy-aj-tak-to-nemusi-byt-dobra-sprava.html>.

WOMEN (NOT ONLY) IN POLITICS A HUNDRED YEARS AGO AND TODAY



ABSTRACT

OBJECTIVES: The aim of the paper is a historical analysis of the position of women in Austria-Hungary and later in Czechoslovakia. It focuses on women's struggle for suffrage and a gender-balanced approach in several areas of social life, from the past to the present. The paper also provides a calculation of women politicians of the 1st Czechoslovak Republic.

THEORETICAL BASE: The paper is of a theoretical nature. It was compiled through an analysis of documents of a historical nature, dating mainly from the second half of the 19th century to the present day. The analyzed documents and articles concern the position of women in society over the years and their participation in the legislative and executive branch. The first political discussions on women's suffrage in today's Slovakia are recorded in the early 20th century. Women won the right to vote through associations and magazines, trying to influence male colleagues and involve them in this topic. Following the recognition of the right to vote for all citizens, regardless of gender and social status, controversies over emancipation ended and the "fight" focused on issues of eight-hour working hours, childcare and women's night work on a national scale. The theoretical anchoring of the topic lies in the feminist approach in social work as one of its roots.

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

doc. PhDr. Martina Hrozenská, PhD.
BUDÚCNOSTĚ, n.o.
Wilsonovo nábřeží 82
949 01 Nitra, Slovenská republika
e-mail: tina@hrozenska.sk

Mgr. Silvia Morávková, PhD.
BUDÚCNOSTĚ, n.o.
Wilsonovo nábřeží 82
949 01 Nitra, Slovenská republika
e-mail: silvika.moravkova@gmail.com

SOCIAL WORK IMPLICATIONS: In political activity, we perceive a direct connection with social work, as both are focused on helping people as such and thus society. Both also focus on defending and promoting justice for all.

KEYWORDS:

Emancipation, women, politics, suffrage, Czechoslovakia, feminist approaches

INTERKULTURNÍ ASPEKTY SEKT A ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ PERCEPCE

JIŘÍ TŮMA
JANA NOVOTNÁ
VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ
JIHLAVA

ABSTRAKT

Cílem výzkumu bylo zjistit, jaká je zdravotně sociální percepce o náboženských sektách u dospělé populace. Výzkum byl proveden formou kvantitativního výzkumu, kdy výběrový soubor tvořilo 721 respondentů dospělé populace mužů a žen. Návratnost dotazníků byla 60%. Výzkum probíhal v období roku 2020. Za pomoci dotazníkového šetření v Jihočeském kraji byl proveden sběr dat, kde dotazník měl celkem 34 otázek. K ověření 3 hypotéz a výzkumných otázek bylo využito statistického vyhodnocení SPSS v chi-kvadrát testu s 95% ($\alpha = 0,05$) spolehlivostí. Závislost dvou slovních proměnných na míru těsnosti byla ověřena pomocí Cramerova kontingenčního koeficientu. V diskusi bylo odpovězeno na výzkumné otázky a byla provedena komparace s jinými výzkumy a erudovanými odborníky. Všechny vytčené hypotézy byly verifikovány. Výzkumem byla zjištěna skutečnost, že zdravotně sociální percepce interkulturních aspektů sekt je respondenty vnímána záporně, i když záleží na faktorech věku, vzdělání a informovanosti.

KLÍČOVÁ SLOVA:

zdravotně sociální percepce, etablovaná náboženství, interkulturní aspekty, náboženská sekta, společnost

ÚVOD

Společnost musí velmi citlivě zvažovat, případně i omezovat, vznik (za pomoci zákonů) nekontrolovatelný vliv náboženských „sekt“ na svém území. V dnešní nejisté době, kdy jedinci stále více hledají smysl života a touží po uspokojování svých osobních a duchovních potřeb, je duchovní rozměr člověka velmi zajímavý a díky tomuto, též vznikají tyto nové fenomény. Tato problematika si pochopitelně vyžaduje komplexnější zdravotně sociální přístup, který se tento článek pokouší zachytit, kdy je možné vidět několik možných přístupů k těmto fenoménům. Téma práce je aktuální a zajímavé, ale zároveň je nutné připustit, že obsahuje i citlivý rozměr, který má někdy ve společnosti za následek emocionálního charakteru, proto je nutné přistupovat k této problematice velmi citlivě a z odborného hlediska neutrálně. Snahou je co nejobjektivněji dané téma analyzovat i z pohledu mezioborových přístupů, které jistě dopomohou k širokému pochopení vzniku, existenci a působení sekt na našem území.

MEZIOBOROVÉ PŘÍSTUPY

V podmínkách naší společnosti, kde se hlásí ke křesťanství kolem 40 procent věřících, je nejviditelnějším rysem tohoto přístupu snaha konfrontovat náboženské sekty s některou křesťanskou konfesí či křesťanstvím obecně, respektive hodnotit alternativní náboženské fenomény z hlediska, které jsou považovány za tradičně křesťanské. Prvotním cílem odborníků, kteří o náboženských sektách diskutují z tohoto pohledu, je snaha jasně určit, na které straně je pravda, tedy odlišit kladné a záporné myšlení. Tito odborníci se snaží odhalit negativně smýšlející náboženské sekty z překrucování etablovaných náboženských idejí (Blažek, Pokorný, Telcová, 2002). Výsledkem tohoto pojetí je tendence považovat většinu náboženských sekt za heretické, nebiblické, nekřesťanské. Tento postoj nemá pouze deskriptivní funkci, ale především funkci hodnotící v tom smyslu, že vyjadřují zamítavý postoj vůči odlišným a odchýleným hnutím.

TEOLOGICKÝ PŘÍSTUP

Pro teologický přístup je charakteristická silná tendence nahlížet na náboženské sekty jako pseudonáboženské z toho důvodu, že vybočují z obrazu náboženství jak jej tradičně známe (Franzmann, 2006). Důležitým hodnotícím kritériem teologického přístupu je odchylnost věrouky těchto skupin od většinové, zpravidla ortodoxní interpretace křesťanství (Nigosian, 2000). Mezi otázkami teologického přístupu můžeme najít: Jaký je vztah náboženských sekt ke křesťanství? Jsou členové těchto skupin praví křesťané? Jak se má křesťan zachovat v postoji k těmto alternativním náboženským fenoménům? Výhodiskem hodnocení náboženských sekt z teologického přístupu bývá jeden z následujících postojů: Jasně odmítnutí a ostrá kritika těchto fenoménů nebo využití nových idejí k prohloubení vlastní náboženské víry (Tůma, Holonič, 2019a). Stanovisko odmítnutí je nejčastějším konfliktem teologického studia a náboženských sektách.

Odmítavý přístup je však obsažen v samotných principech ortodoxně teologického zájmu o tyto nové fenomény. Právě dialog základních prvků křesťanské doktríny (víra v Boha, v Ježíše Krista jako Syna apod.) s učením náboženských sekt, které se snaží o inovaci křesťanské nauky, se stává hlavním důvodem konfliktu. Dialog v teologické nauce v pochopení nové religiozity představuje pokus využít nových forem náboženských idejí ke zlepšení vlastní náboženské pozice. Teologové, kteří připouštějí dialog, se mohou obávat o postavení, rozkolísání či ztrátu jejich společensky pevného postavení, snahou je získat z této pozice zkušenost. Druhá skupina teologů, která zaujímá postavení odmítnutí má vidinu nadřazenosti etablované tradice, což je u zastánců dialogu do určité míry omezeno. Forma dialogu předpokládá rovnost všech náboženských přesvědčení a nemusí se u těchto jedinců jednat o znehodnocení etablované tradice, nýbrž pouze o výraz reálného otřesení uznané dominance. Pro teologický přístup ovšem platí jisté zákazy ve vstřícnosti ohledně jiných podob náboženské víry (Mcgrade, 2003). Dialog se vyznačuje v hledání společných postojů, zájmů, pohledů a chápání odlišných náboženských idejí jako jiných vyjádření v podstatě společného náboženského původu.

PSYCHOLOGICKÝ PŘÍSTUP

Základním hlediskem psychologického studia náboženských sekt je jejich vliv na psychiku jedince. Psychologie náboženství se zabývá proto velmi často způsobem náboru nových členů a dopady členství na mentální zdraví jedince. Psychologický přístup má svá specifika, která vychází z praktického zaměření této části psychologie na terapii. Jedním z hlavních úkolů pro psychologické studium nových fenoménů náboženského života je terapeutická léčba. Tato skutečnost se pak odráží v pojetí psychologického přístupu k náboženským sektám. Hlavní důraz je zaměřen na tři témata: na charizmatického vůdce náboženského hnutí, na proces konverze a na člena sekty. Mezi klíčové otázky psychologického přístupu patří: Co vede jedince ke členství v náboženské sektě? Jak uspokojuje potřeby jedince? Jaké jsou následky pro zdraví a život jedince?

Z pohledu psychologického přístupu je jedním z nejviditelnějších rysů náboženských sekt úloha charizmatického vůdce skupiny, který bývá často charakterizován jako autoritativní vedoucí životy členů skupiny. Možné jsou psychické úchytky autoritativních vůdců a manipulace, ke které může v těchto skupinách docházet. Významným argumentem, jsou v současnosti tragické případy hromadných sebevražd členů některých náboženských skupin. S touto problematikou souvisí zdraví členů, respektive dopad členství na osobnost (Zimbardo et al, 2008). Vedle tohoto převažujícího, kritického pohledu na náboženské sekty existuje kladná perspektiva, v níž se interpretují jako vhodné prostředí pro realizaci mladých, často problémových jedinců (Frank, 2008). V současné společnosti se poukazuje na zákaz drog, alkoholu, kouření a nová náboženská hnutí mohou být vhodným nástrojem socializace, získávání sebedůvěry a získávání bezpečí pro jedince, kteří se hůře přizpůsobují životu ve společnosti. V tomto horizontu slouží alternativní religiozita k uvolnění napětí a vyřešení těžce zvládnutelných psychických konfliktů jedince. Psychologický přístup

ovšem s touto variantou počítá spíše ojediněle. Kriticky zaměřená část psychologů označuje průběh konverze jako brainwashing, tedy vymytí mozku, kdy je identita jedince zničena a nahrazena jinou. Jiné názory vidí proces konverze daleko obtížnější a nepokouší se tak dále tento problém hodnotit. Formy charismatického vůdcovství a konverze v hnutí je předmětem zkoumání sociologie náboženství. Rozdílnost psychologického přístupu od teologického spočívá v tom, že se nezaměřuje na náboženské pravdy, ale na jevy psychopatologie. Úkolem psychologického hlediska k novým formám náboženského života je jejich interpretace a pochopení (především z pohledu psychologie osobnosti) a intervence do sociální reality (za využití různých forem terapie) (Tůma, Holonič, 2019b).

SOCIOLOGICKÝ PŘÍSTUP

Sociologie náboženství jako součást akademického studia náboženství je svou podstatou multiparadigmatická věda. Odráží se toto potom v různých pojetí náboženství, které může být viděno na různých úrovních: v rovině společenské (rodina, škola, vrstevnické skupiny, volný čas a rekreace, životní styl), v rovině náboženství a víry i v rovině života jedince. Z hlediska celospolečenského studuje sociologie změny náboženství v dějinách a zaměřuje se na problematiku míst náboženství v procesu sociokulturní proměny. V horizontu sociálních skupin se zajímá institucionalizací náboženského života a vytváření uznaných náboženských organizací, přičemž cíleně pracuje se základní typologií náboženských hnutí: církev, denominace, sekta a kult. Studuje dále strukturu skupin (hierarchií ve skupině). V rovině jedince a jeho života se zaměřuje na proces náboženské socializace (identita jedince vůči náboženství). Mezi základní otázky patří: Jakou funkci hrají náboženství ve společnosti? Jaké je propojení náboženství a dalších oblastí života, zvláště pak (ekonomiky, kultury, hospodářství, politiky, sociální práce a služeb apod.). Úkolem sociologie náboženství není otázka pravdy náboženské víry ani neodpovídá na řešení psychopatologie (Laca, Laca, 2020). Posláním sociologického přístupu je pochopení náboženských sekt a interpretace. I když je používání pojmu „náboženská sekta“ v religionistice i sociologické oblasti běžné, nepanuje jednoznačná shoda, které projevy náboženského života pod toto označení zahrnout. Jedno hledisko problému je dáno již zmíněnou diskusí s náboženskostí těchto jevů. Druhým hlediskem je používání tohoto pojmu k označení změn náboženského života mimo území rozvinutých států Evropy a Severní Ameriky. Pojem Náboženská sekta nebo nová náboženská hnutí či netradiční náboženství se postupem času rozšířil pro označení proměny interkulturních aspektů náboženského života v jiných částech světa, kde jsou také zahrnuta menšinová hnutí v rámci celé západní společnosti z různých zdravotně sociálních hledisek percepce (Vojtíšek, 2009).

METODOLOGIE

Cílem výzkumu bylo zjistit, jaká je zdravotně sociální percepce o náboženských sektách u dospělé populace. Z celkového rozdaného počtu 1200 dotazníků se řádně vyplněných vrátilo 721. Návratnost využitelných dotazníků tak byla 60 %. Výzkum probíhal v období roku 2020.

Výzkum byl proveden náhodným výběrem v Jihočeském kraji za pomoci kvantitativního výzkumu, kde výběrový soubor tvořilo 721 respondentů mužů a žen (299 mužů a 422 žen). Jednalo se o respondenty ve věkovém rozmezí (18 až 29 let, 30 až 44 let, 45 až 59 let, 60 a více let) se zaměřením obsáhnout všechny vzdělanostní stupně ve společnosti. Ze všech 14 krajů České republiky jsme si cíleně vybrali Jihočeský kraj a z něho krajské město České Budějovice. Při výběru obyvatel jsme použili metodu sněhové koule (Snowball Sampling, 2020). Na oficiálních internetových stránkách Českého statistického úřadu (ČSÚ, 2020) jsme si vyhledali pobočku ČSÚ v Českých Budějovicích. Na ČSÚ jsme dále zjistili, že krajské město České Budějovice má celkem 194 585 obyvatel (Veřejná databáze, 2020), a je rozděleno do 13 sčítacích okrsků, kde náhodným způsobem jsme si vybrali 4 okrsky (Rožnov, Suché Vrbné, Nemanice, Máj), kde dále probíhalo dotazníkové šetření.

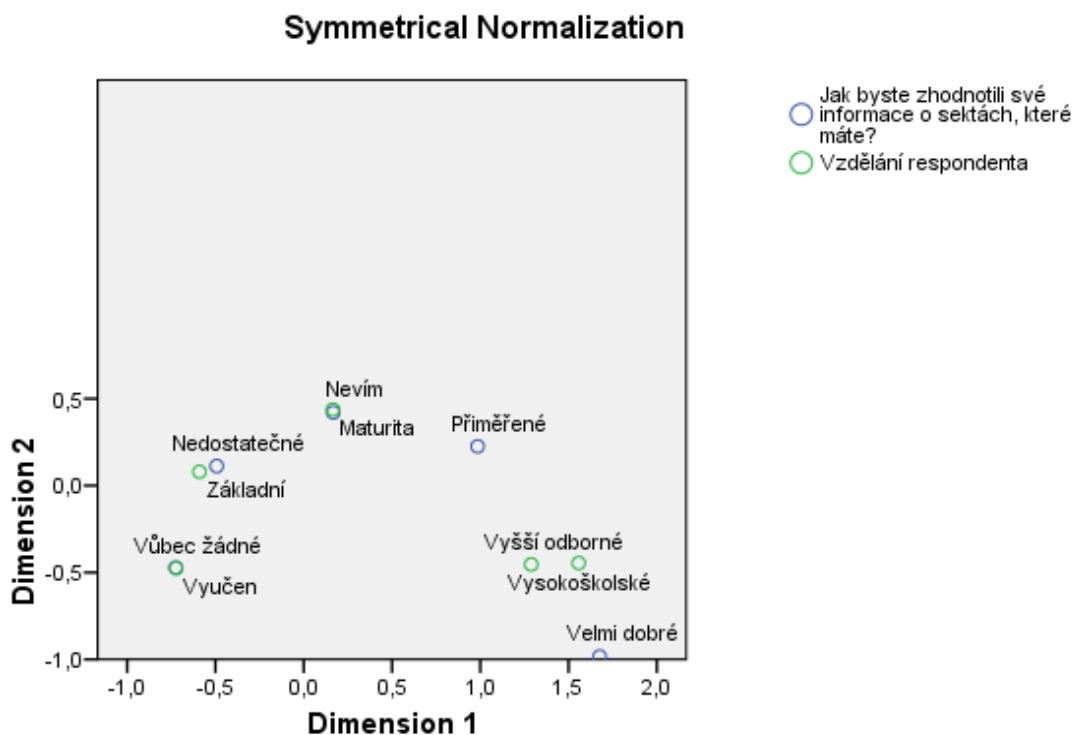
Zvolený postup pro získání výsledků a dosažení cílů práce předpokládal sběr dat a informací prostřednictvím technik a různých zdrojů tak, aby bylo možné co nejlépe jednotlivá data vzájemně porovnávat, konfrontovat a doplňovat. Na výše formulované cíle se autoři snažili odpovědět pomocí kvantitativního výzkumu (Surynek, Komárková, Kašpárková, 1999). Byl používán sběr dat prostřednictvím dotazníkového šetření o 34 otázkách. V závěrečné etapě byly výsledky z jednotlivých dotazníků zpracovány a vyhodnoceny. Použité dotazníkové šetření bylo zvoleno tak, aby pomohlo k získání hodnověrných údajů a splnilo kritéria validity a reliability.

K ověření 3 hypotéz a výzkumných otázek bylo využito statistického vyhodnocení chi-kvadrát testu s 95% ($\alpha = 0,05$) spolehlivostí. Závislost dvou slovních proměnných na míru těsnosti byla ověřena pomocí Cramerova kontingenčního koeficientu. V diskusi bylo odpovězeno také na výzkumné otázky a byla provedena komparace s jinými výzkumy. Numerické výpočty byly provedeny prostřednictvím statistického balíčku SPSS (Statistical Package for the Social Sciences, 2020). Výsledky výzkumu byly dále komparovány s jinými výzkumy agentury STEM (Středisko empirických výzkumů, 2020) a s názory zainteresovaných odborníků.

VÝSLEDKY

H1 Informovanost o nových náboženských hnutích souvisí se vzděláním.

Graf 1: Informovanost o nových náboženských hnutích souvisí se vzděláním.



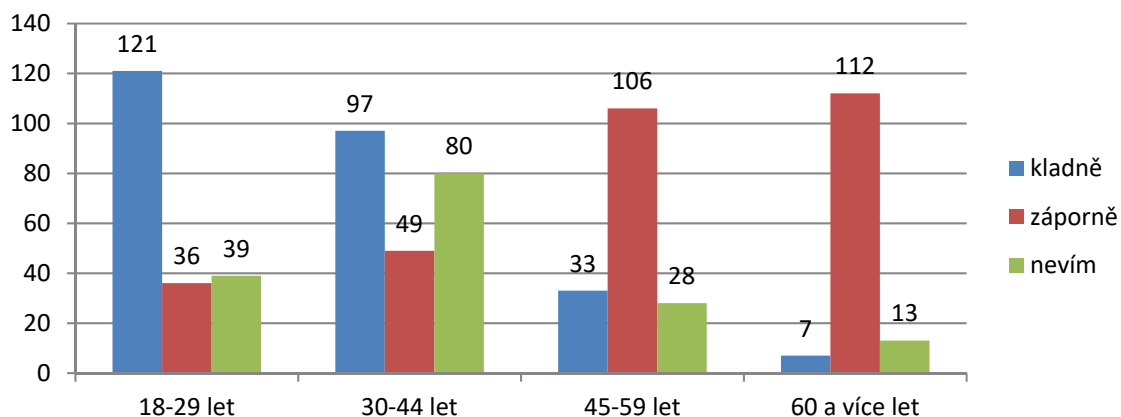
Zdroj: Vlastní výzkum, 2020

Na základě tabulky četností lze říci, že nejčastěji hodnotili respondenti své znalosti jako nedostatečné. Plných 32,6 % respondentů vnímalo své informace o sektách jako nedostatečné a vůbec žádné 21,6 %. Naopak pouze 6,7 % hodnotilo své informace jako velmi dobré. Alarmující je, že celkem 54,2 % respondentů, kteří vnímají své informace jako (zcela nedostatečné nebo vůbec žádné informace) a 21,9 % respondentů neví jaké informace má o tomto fenoménu. Prostřednictvím χ^2 testu se podařilo na hladině významnosti $\alpha = 0,05$, na základě pozorovaných dat, zamítnout nulovou hypotézu ve prospěch alternativní. Lze tedy říci, že je informovanost o nových náboženských hnutích ovlivněna vzděláním respondenta. Hodnota testové statistiky $\chi^2 = 243,826$ při 16 stupních volnosti. Tato hodnota odpovídá hodnotě dosažené hladiny významnosti, tj. p -value $< 0,001$. Hodnota Cramerova kontingenčního koeficientu činí 0,0503 (p -value $< 0,001$). Lze tedy zároveň říci, že se jedná o středně silnou asociační vazbu. Hypotéza H1 byla verifikována. Velmi dobře hodnotí informace o náboženských sektách respondenti s vysokoškolským a vyšším odborným vzděláním. Naopak nedostatečně hodnotí své informace o náboženských sektách lidé, kteří mají pouze základní vzdělání či lidé

s výučním listem (graf 1). Lze tedy říci, že informovanost o nových náboženských hnutích ovlivněna vzděláním respondenta.

H2 Percepce interkulturních zdravotně sociálních aspektů náboženských sekt souvisí s věkem.

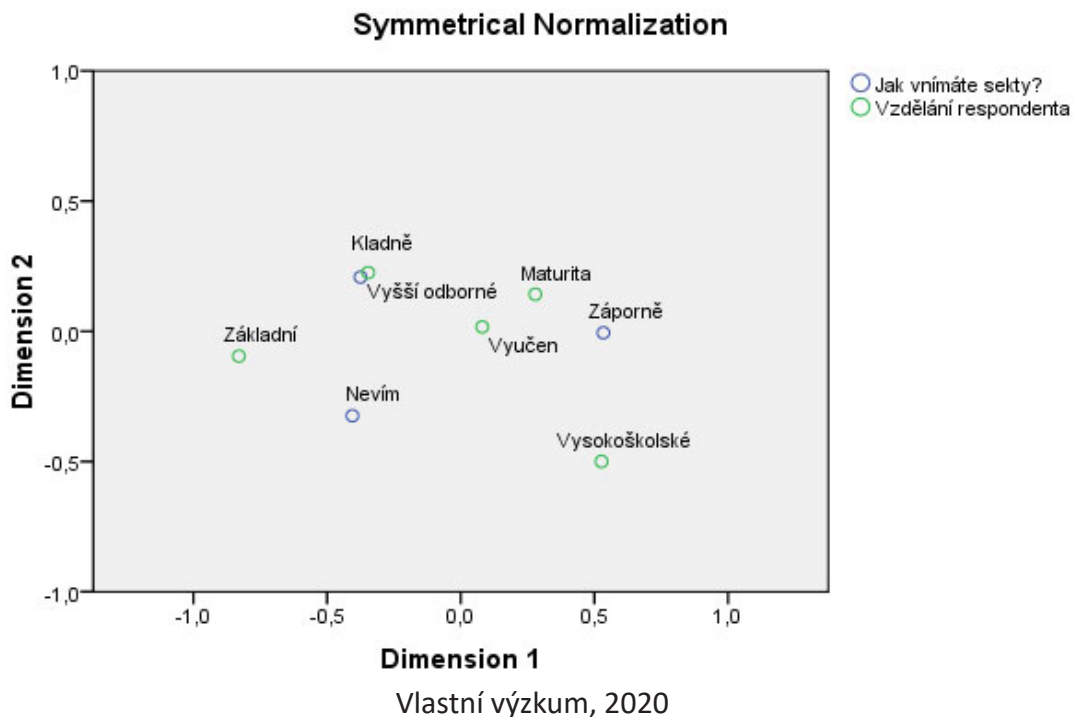
Graf 2: Vztah mezi věkem a percepcí náboženské sekty.



Z tabulky četností plyne, že 42 % vnímá sekty záporně a 35,8 % vnímá sekty kladně, což je dosti překvapivé. Plných 22 % respondentů nemá k této otázce vyhraněný postoj. Prostřednictvím χ^2 testu se podařilo na hladině významnosti $\alpha = 0,05$, na základě pozorovaných dat, zamítnout nulovou hypotézu ve prospěch alternativní. Lze tedy říci, že věk respondenta ovlivňuje vnímání náboženských sekt (graf 2). Hodnota testové statistiky $\chi^2 = 240,104$ při 6 stupních volnosti. Tato hodnota odpovídá hodnotě dosažené hladiny významnosti, tj. p -value < 0,001. Hypotéza H2 byla verifikována. Lze tedy zároveň říci, že se jedná o středně silnou asociační vazbu. Vidíme, že čím vyšší věk, tím jsou vnímány náboženské sekty záporně a naopak.

H3 Percepce interkulturních zdravotně sociálních aspektů náboženských sekt souvisí se vzděláním respondenta.

Graf 3: Percepce interkulturních zdravotně sociálních aspektů náboženských sekt souvisí se vzděláním respondenta.



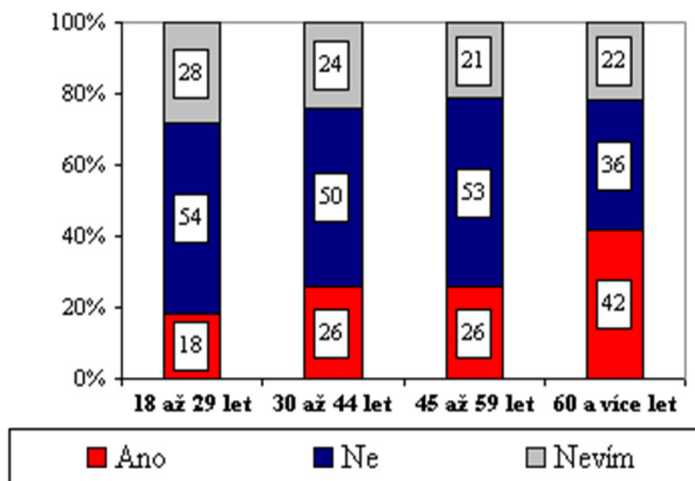
Na základě kontingenční tabulky je zřejmé, že s rostoucím vzděláním je vnímání sekt spíše záporné. Lze rovněž říci, že se zvyšujícím vzděláním klesá počet respondentů s nevyhraněným názorem na vnímání sekt. Prostřednictvím χ^2 testu se podařilo na hladině významnosti $\alpha = 0,05$, na základě pozorovaných dat, zamítnout nulovou hypotézu ve prospěch alternativní. Lze tedy říci, že je vnímání náboženských sekt působících v ČR ovlivněno vzděláním respondenta. Hodnota testové statistiky $\chi^2 = 31,767$ při 8 stupních volnosti. Tato hodnota odpovídá hodnotě dosažené hladiny významnosti, tj. $p\text{-value} < 0,001$. Hodnota Cramerova kontingenčního koeficientu činí 0,0503 ($p\text{-value} < 0,001$). Hypotéza H3 byla verifikována. Při pohledu na získanou symetrickou korespondenční mapu v následujícím grafu 3 je zřejmé, že je silná asociační vazba mezi lidmi s vyšším odborným vzděláním a kladným vnímáním náboženských sekt. Naopak záporné vnímání převažuje u lidí s maturitou a u lidí s vysokoškolským diplomem. Respondenti se základním vzděláním mají nejbližší k nevyhraněnému postoji (kategorie „nevím“) nebo vnímají náboženské sekty kladně.

DISKUSE

Celkem bylo respondentům za pomoci vyškolených komisařů rozdáno 1200 dotazníků a z tohoto počtu bylo správně vyplněno a vráceno 721 využitelných dotazníků. Návratnost využitelných dotazníků tak byla 60 %. Celkem bylo v tomto případě analyzováno 721 respondentů z Jihočeského kraje konkrétně ze čtyř okrsků krajského města České Budějovice. Z tohoto počtu bylo 299 mužů a 422 žen. V analyzovaném souboru byla mírná převaha žen (58,5 %). Nejvíce respondentů mělo středoškolské vzdělání. Jednalo se o 39,4 % dotázaných respondentů. Druhou nejčetnější kategorií byla skupina lidí s výučním listem (24,7 %) a nejčetnější věkovou kategorií byla věková kategorie respondentů ve věku 30 až 44 let. Tato skupina tvořila 31,3 % z celkového počtu respondentů. Druhou nejčetnější skupinou byly mladí lidé ve věku 18 až 29 let. Konkrétně šlo o 27,2 % respondentů.

Zhodnocením výsledků výzkumu byla zjištěna znepokojující skutečnost, že společnost není dobře informována o problematice náboženských sekt. Velmi dobře hodnotili informace o náboženských sektách respondenti s vysokoškolským a vyšším odborným vzděláním. Naopak nedostatečně hodnotili své informace o náboženských sektách lidé, kteří měli pouze základní vzdělání či lidé s výučním listem. Lze tedy říci, že informovanost o náboženských sektách je ovlivněna vzděláním. Dále bylo zjištěno, že věk ovlivňuje percepce náboženských sekt a vnímání slova „sekta“ je hodnoceno záporně. Pozitivní je, že společnost má zájem o přednášky a besedy s odborníky, literaturu a navíc o zdroje na internetu k problematice náboženství a nové religiozity. K různým formám nové religiozity se upínají lidé v době, kdy hledají svou identitu a místo v životě. Přidruží-li se k tomu psychické a morální problémy, které se zdají jedincům zdánlivě neřešitelné, jsou vděční za každý projev náklonnosti, pomoci, soucitu a akceptují ty skutečnosti i možnosti, které jim odhalují nové příležitosti. Tuto skutečnost potvrdil i provedený výzkum, kdy důvodem vstupu do náboženské sekty byly uváděny zejména zdravotně sociální problémy v rodině a osobní problémy. Dále i zjištění, že respondenti mají sice spoustu volného času, ale mají problém, jak ho smysluplně zaplnit. Tohoto mohou zneužít i některé negativně smýšlející náboženské sekty, které však pomoc, lásku ani porozumění jedincům neposkytují. Co je zajímavé, že nevyhraněný, či záporný postoj k interkulturním aspektům náboženských sekt je patrný především u respondentů s maturitou či u lidí s výučním listem.

Graf 4: Víra v Boha dle věku.

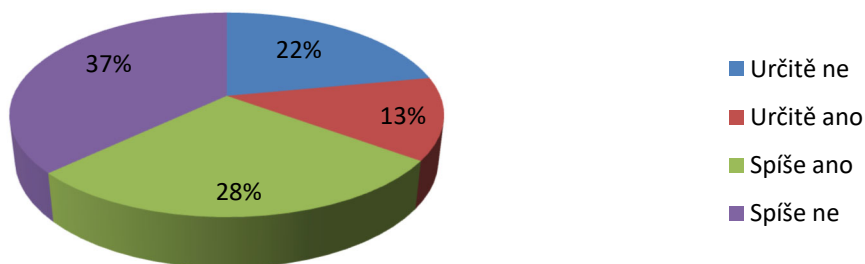


Zdroj: STEM, 2020.

Poměrně očekávané jsou i regionální rozdíly. Největší zastoupení věřících je na Moravě, konkrétně v Jihomoravském a Zlínském kraji. Také mezi lidmi žijícími v menších obcích a městech do 5000 obyvatel je vyšší podíl věřících (34 %) než ve větších sídlech s 5000 a více obyvateli (24 %). Zda lidé věří nebo nevěří v Boha, má podle výzkumu silný vliv rodinné prostředí a výchova. Lidé vyrůstající v nábožensky založeném prostředí mnohem častěji deklarují víru v Boha (80 % u respondentů z jednoznačně nábožensky založené rodiny) než ti, kteří vyrostli v prostředí ateistickém. V případě, že lidé pocházejí z rodiny preferující nenáboženskou výchovu, jsou i oni sami ve velké většině (84 %) nevěřící. Stojí za povšimnutí, že mezi lidmi, kteří své rodinné prostředí necharakterizují jako jasně náboženské nebo jasně ateistické, je významný podíl těch, kteří neumí na otázku víry v Boha jednoznačně odpovědět a uchylují se k odpovědi „nevím“. Výzkum byl prováděn u 1222 respondentů agenturou STEM (Graf 4).

Nemění se však názor na prospěšnost církví, za užitečné instituce je považuje asi 40 % lidí. Citované výsledky pocházejí z výzkumu STEM provedeného na reprezentativním souboru obyvatel České republiky starších 18 let, který se uskutečnil ve dnech 1. – 9. prosince 2019. Respondenti byli vybíráni metodou kvótního výběru. Na otázky odpovídal rozsáhlý soubor 1260 respondentů. STEM se pravidelně v předvánočním čase ptá lidí nejen na jejich víru v Boha a na to, jak dodržují vánoční zvyky, ale také na jejich názor na církve jako instituce. Za užitečné instituce považují církve (obecně, bez rozlišení) asi dvě pětiny Čechů. Podíl kladných odpovědí na tuto otázku osciloval od roku 2016, kdy se ptal STEM poprvé, stále mezi zhruba 40–55 % a v posledních třech letech je stabilní (graf 5).

Graf 5: Užitečnost církví pro společnost.



Zdroj: STEM, 2019.

Výsledky výzkumu byly následně komparovány s názory předních domácích i zahraničních odborníků, kteří publikují do časopisu *Dingir*, který se jako jediný religionistický časopis v České republice věnuje problematice současného náboženství a srovnání s publikacemi odborníků z Občianského združenia INTEGRA: Centra prevencie v oblasti siekt ze Slovenské republiky i odborníků ze Společnosti sekt a nových náboženských směrů z České republiky. Časopis *Dingir* vznikl roku 1998 jako populárně odborný časopis, který se z hlediska religionistiky (vědy o náboženství) zabývá současným náboženským životem. Své zaměření časopis vyjadřuje názvem *Dingir*. Náboženství ani jeho jednotlivé formy nepropaguje ani neodsuzuje; pokouší se k nim přistupovat otevřeně a nepředpojatě. Beze změny naopak zůstala cílová skupina čtenářů: časopis je nadále připravován a distribuován spíše vzdělanějším lidem se zájmem o společenské dění a o náboženství (*Dingir*, 2020, s. 1). Dle erudovaných odborníků na danou problematiku uvádí:

Po útlumu v éře sekularizace, zejména ve 20. století, se náboženství objevuje v nové síle ve veřejném prostoru, často znepokojivě v podobě nábožensky motivovaného násilí (*Štampach*, 2009, s. 10).

Právě média nejvlivněji interpretují svět a skládají náš obraz dohromady jako mozaiku: co víme o politice, kultuře, vědě, sportu a koneckonců i o náboženství, víme dnes z valné části právě prostřednictvím médií (*Halík*, 2009, s. 118–119).

Sociologie náboženství naproti tomu nemůže vypovídat o „pravdivosti“ nebo „správnosti“ jednotlivých náboženských věr či skutků, stejně jako nezkoumá transcendentní složku religiozity, ale pouze její percepce a konceptualizace ze strany tohoto světa (*Nešpor*, 2010, s. 63).

Otázka konverze patří k nejzajímavějším tématům psychologie náboženství. Neméně zajímavé je ale i téma opuštění náboženské skupiny, pro něž se někdy používá termín „dekonverze“. Jak konverze, tak opuštění může mít někdy dramatickou podobu. Jedním z nejdůležitějších faktorů, které okolnosti konverze nebo opuštění určují, je způsob náboženského života skupiny, o níž se jedná. V případě těch náboženských skupin, jejichž

praxe je přivádí do napětí s většinovou společností, a které tato většinová společnost pejorativně nálepkuje slovem „sekta“, si mohou okolnosti konverze nebo opuštění vyžádat odbornou pomoc (Vojtíšek, 2020, s. 1).

ZÁVĚR

Výskyt interkulturních aspektů náboženských sekt v naší kultuře není ničím zvláštním, neboť vznik, vývoj a zánik nových náboženských hnutí je přirozený, historický i společenský proces. Jedinec se stále častěji v této nejisté době obrací k těmto novým fenoménům, které mnohdy lépe odpovídají na otázky života a světa.

Provedeným výzkumem a zpracováním jeho výsledků byl splněn cíl práce, kdy veškeré hypotézy byly verifikovány.

Jedním z možných východisek ke zlepšení informovanosti a percepce náboženských sekt, je zprostředkovat srozumitelné a pravdivé informace o problematice náboženství a nových fenoménů religiozity a nastolit nezaujatý dialog ve společnosti. Nesmíme však zapomínat na poslání sociální práce v pomoci poškozeným jedincům, kteří negativně smýšlející náboženské sekty opustili a ocitli se tak ve složité životní situaci. Důležitým pro tyto jedince pak bude zabezpečit komplexní zdravotně sociální péči a poskytnout jim jistou širší možnosti nabídky v podobě sociálních služeb s přihlédnutím na individuální potřeby jedince a využití efektivních metod práce s klientem, což se stává v dané situaci tím nejpotřebnějším opatřením.

Stěžejní složkou je pak velmi cílená, promyšlená a organizačně propracovaná činnost s využitím pomoci i kontaktu dalších státních i nestátních zdravotně sociálních institucí.

POUŽITÉ ZDROJE

- [1] BLAŽEK, R., POKORNÝ, V., TELCOVÁ, J. 2002. *Nebezpečí sekt.* Brno: Ústav psychologického poradenství a diagnostiky. ISBN 80-86568-07-5.
- [2] Český statistický úřad. 2020. [online]. [cit. 2020-02-15]. Dostupné na internetu: <http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/home>.
- [3] Český statistický úřad Jihočeský kraj, veřejná databáze. 2020. [online]. [cit. 2011-02-15]. Dostupné na internetu: <https://vdb.czso.cz/vdbvo2/faces/cs/index.jsf?page=vystup objekt&katalog=31737&pvo=DEM01D#w=>.
- [4] *Co je Dingir.* 2020. [online]. [cit. 2020-12-20]. Dostupné na internetu: <http://www.dingir.cz/coje.shtml>.
- [5] FRANK, S. L. 2008. *Die Seele des Menschen.* Freiburg, München: Karl Alber. ISBN 978-3-495-47936-0.
- [6] FRANZMANN, M. et al. 2006. *Religiosität in der säkularisierten Welt.* Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften. ISBN 3-8100-4039-8.
- [7] HALÍK, T. 2009. Média-náboženství naší doby. In *Dingir*, 2009, roč. 12, č. 4. s. 118-119. ISSN 1212-1371.
- [8] LACA, P., LACA, S. 2020. *Koncept filozofie a etiky v sociální práci,* Příbram: Ústav sv. Jana Nepomuka Neumana. ISBN 978-80-88206-20-0.
- [9] MCGRADY, A. S. 2003. *The Cambridge companion to medieval philosophy.* Cambridge: Cambridge University Press. ISBN 80-521-00063-7.
- [10] NEŠPOR, R. Z. 2010. Náboženství u nás: tři tábory. In *Dingir*, 2010, roč. 13, č. 2. s. 63.
- [11] NIGOSIAN, S. A. 2000. *World Religions: A Historical Approach.* 3rd ed. New York: Bedford/St. Martin's. ISBN 0-312-15268-X.
- [12] SURYNEK, A., KOMÁRKOVÁ, R., KAŠPAROVÁ, E. 1999. *Metody sociologického a sociálně psychologického výzkumu.* Praha: Vysoká škola ekonomická v Praze. ISBN 80-7079-203-5.
- [13] VOJTÍŠEK, Z. 2009. *Nová náboženská hnutí a kolektivní násilí.* Brno: L. Marek. ISBN 978-80-87127-21-6.
- [14] VOJTÍŠEK, Z. 2020. Poradenství pro odpadlíky. In *Společnost pro studium set a nových náboženských směrů.* [online]. [cit. 2020-11-17]. Dostupné na internetu: <http://www.sekty.cz/www/stranky/poradna/2.pdf>. s. 1.
- [15] *Snowball Sampling.* 2020. [online]. [cit. 2020-5-23]. Dostupné na internetu: <https://www.drogy-info.cz/publikace/navykove-latky/metodika/prirucka-k-provadeni-vyberu-metodou-snehove-koule/>.
- [16] ČIHÁK, M. 2020. *Statistické zpracování dotazníků v SPSS.* [online]. [cit. 2020-5-23]. Dostupné na internetu: http://inpdf.uhk.cz/wp-content/uploads/2014/03/Statist.zprac._dotazniku_v_SPSS-Analyza_dotazniku-2014_Cihak.pdf.
- [17] *STEM se představuje.* 2020. [online]. [cit. 2020-8-23]. Dostupné na internetu: <http://www.stem.cz/staticpages/ofirme-stem-se-predstavuje>.
- [18] ŠTAMPACH, O. I. 2009. Náboženství a násilí. In *Dingir*, 2009, roč. 12, č. 1. s. 10. ISSN 1212-1371.

- [19] TŮMA, J., HOLONIČ, J. 2009b. *Vnímání netradičních náboženství v sociální oblasti*. Trebišov: Merci. ISBN 978-80-972564-2-5.
- [20] VOJTÍŠEK, Z. 2019. *Nová náboženská hnutí a kolektivní násilí*. Brno: L. Marek. ISBN 978-80-87127-21-6.
- [21] ZIMBARDO, P. G. et al. 2008. *Psychologie*. 18. Aufl. München: Pearson Studium. ISBN 978-3-8273-7275-8.

INTERCULTURAL ASPECTS OF SECTS AND HEALTH AND SOCIAL PERCEPTION



ABSTRACT

The aim of the research was to find out what is the health and social perception of religious sects in the adult population. The research was carried out in the form of quantitative research, where the sample consisted of 721 correspondents of the adult population of men and women. The return rate of the questionnaires was 60%. The research took place in the period of 2020. With the help of a questionnaire survey in the South Bohemian region, data were collected, where the questionnaire had a total of 34 questions. To verify 3 hypotheses and research questions, the statistical evaluation of SPSS in the chi-square test with 95% ($\alpha = 0.05$) reliability was used. The dependence of two word variables on the degree of tightness was verified using the Cramer's contingency coefficient. In the discussion, research questions were answered and a comparison was made with other research and erudite experts. All hypotheses were verified. The research revealed the fact that the health and social perception of intercultural aspects of sects is perceived negatively by respondents, even if it depends on the factors of age, education and information.

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

doc. PhDr. Jiří Tůma, Ph.D.
Vysoká škola polytechnická Jihlava
Katedra sociální práce
Tolstého 16
586 01 Jihlava
e-mail: jirituma@centrum.cz

PhDr. Jana Novotná, Ph.D.
Vysoká škola polytechnická Jihlava
Katedra sociální práce
Tolstého 16
586 01 Jihlava
e-mail: jananovotna8@seznam.cz

KEYWORDS:

Health and social perception,
established religions, intercultural
aspects, religious sect, society

ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK V PALIATIVNÍM TÝMU

MARTIN FRANĚK
ÚSTŘEDNÍ VOJENSKÁ NEMOCNICE
– VOJENSKÁ FAKULTNÍ
NEMOCNICE PRAHA

DAVID URBAN
VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ
JIHLAVA



ABSTRAKT

Článek se zabývá popisem činností, úkolů a práce zdravotně sociálního pracovníka v paliativním týmu. Předmětem vlastního šetření bylo zmapovat nejčastější onemocnění klientů, se kterými se zdravotně sociální pracovník setkává. Následuje zjištění praktických činností, úkolů a práce zdravotně sociálního pracovníka v reálně fungujících paliativních nebo multidisciplinárních týmech jednotlivých nemocnic v regionu Praha. Článek je výstupem bakalářské práce se stejnojmenným názvem, tedy Zdravotně sociální pracovník v paliativním týmu, autora M. Fraňka, přičemž práce byla obhájena na Vysoké škole polytechnické v roce 2020.

KLÍČOVÁ SLOVA:

paliativní, paliativní tým nemocnice, multidisciplinární tým, tým, sociální pracovník v nemocnici, zdravotně sociální pracovník

ÚVOD

Zdravotně sociální pracovník pracuje vždy s přihlédnutím ke zdravotnímu stavu klienta. Sociální práci zajišťuje klienty s různorodými sociálními problémy. Pracuje tak, že vyhodnocuje klienty a hledá nejprve závažnější a problematičtější případy. Ve spolupráci s klientem a rodinou vyhodnocuje priority, řešení a cíle. Nedílnou součástí řešení jednotlivých sociálních intervencí je denní spolupráce s multidisciplinárním týmem. Přizváni ke spolupráci jsou, vyjma rodiny, i případní opatrovníci nebo další osoby blízké (Šlenkrťová, Marková, 2008). Kuzníková (2011) uvádí, že nejčastějšími klienty zdravotně sociálního pracovníka jsou pacienti jednotlivých zdravotnických zařízení. Pokud se jedná o nemocnici, je práce zdravotně sociálního pracovníka opravdu pestrá. Klienty zdravotně sociálního pracovníka jsou pak zejména senioři, onkologicky nemocní, těžce nemocní, klienti gynekologicko-porodnických oddělení a novorozeneckých, dětské klienty, klienty bez domova, klienty závislí. (Kuzníková, 2011)

PALIATIVNÍ PÉČE

Paliativní péči v České republice poskytuje nejčastěji lůžkový hospic, mobilní specializovaná paliativní péče (označovaná také jako domácí, mobilní nebo terénní hospic), ambulance paliativní péče, kde je péče poskytována formou konzultací. Na oddělení paliativní péče v nemocnicích je paliativní péče poskytována na specializovaném oddělení ve zdravotnických zařízeních (Bydžovský, 2015). V takovém případě má **paliativní tým nemocnice** tyto členy – lékaře se specializací paliativní medicíny, zdravotní sestru (paliativní sestru), fyzioterapeuta, nutričního terapeuta, farmakologa, psychologa, poradce pro pozůstalé, zdravotně sociálního pracovníka a duchovního (Božgová, 2015).

Bužgová (2015) dále uvádí, že členové paliativního týmu v nemocnici jsou zvaní na jednotlivá oddělení, kde jsou hospitalizováni klienti s nevléčitelným onemocněním v různých fázích nemoci. Dochází k postupným návštěvám jednotlivých členů týmu u klienta, v případě potřeby i k souborné návštěvě více členů týmu najednou. Tým pracuje i s rodinou klienta. Postupně identifikuje nejdůležitější potřeby a přání klienta a rodiny (Bužgová, 2015). Úkolem paliativního týmu je být klientovi k dispozici. Důležité je s klientem hovořit o smrti, ale ne když my chceme, ale tehdy, když to nemocný potřebuje. Velmi často se hledá smysl nemoci, případně tým pomáhá také hledat odpovědi na klientovy otázky (Matoušek a kol., 2005). Cílem péče paliativního týmu nemocnice je zabezpečení co nejlepší kvality života klienta, dále zajistit jeho důstojnost a všechny jeho potřeby. Tým může působit formou konziliárních návštěv u hospitalizovaných pacientů na jednotlivých odděleních a souběžně vést ambulanci paliativní medicíny. (Lepeška, 2020)

Zdravotně sociální pracovník je součástí paliativního (multidisciplinárního) týmu nemocnice z několika důvodů. Vzhledem ke svému znalostem je schopen identifikovat potřeby klienta v paliativní péči, je schopen navrhnout řešení různých identifikovaných problémů. Zdravotně sociální pracovník se orientuje v oblasti terénní i lůžkové paliativní

péče, možnostech finančního zajištění klienta, ale i následného zajištění rodiny po úmrtí klienta (Kuzníková, 2011). Matoušek a kol. (2005) dále uvádí, že úkolem sociálního pracovníka v paliativním týmu je aktivně naslouchat a aktivně se zapojovat při řešení přání a potřeb nevyléčitelně nemocného klienta. Sociální pracovník umírajícího klienta doprovází a měl by být opravdový, neskrývat nejistotu a bolest, být autentický.

Měl by být seznámen s potřebami klienta a jeho rodiny, vnímavý by měl být především k potřebám zranitelných členů rodiny umírajícího, zejména dětí, dalších nemocných či hendikepovaných či starých. Měl by radit, pomáhat a asistovat při jednání s různými institucemi, službami, při vyřizování dávek apod. (Matoušek a kol., 2005).

MATERIÁL A METODY

Předmětem realizovaného výzkumného šetření, jehož výsledky jsou dále prezentovány, bylo zmapovat a popsat činnosti, úkoly a práci zdravotně sociálního pracovníka v paliativním týmu, případně při práci s paliativním pacientem v multidisciplinárním týmu, pokud nemocnice daný tým nemá. Dalším cílem je zjištění spektra klientů zdravotně sociálních pracovníků při práci s klienty s nevyléčitelným onemocněním a zda je z pohledu zdravotně sociálních pracovníků zahajována paliativní péče v nemocnicích včas.

Pro potřeby výzkumu (kvalitativní výzkum) byly provedeny polostrukturované rozhovory celkem s devíti zdravotně sociálními pracovníky ze šesti nemocnic v Praze. Oslovené nemocnice mají paliativní týmy, které řeší zajištění péče o nevyléčitelně nemocného pacienta a fungují převážně jako konziliární týmy pro všechna oddělení jednotlivých nemocnic.

Rozhovory probíhaly převážně na pracovišti daných zdravotně sociálních pracovníků. Jeden rozhovor byl pro nemoc respondenta realizován telefonicky. Výběr nemocnic a respondentů byl volen tak, aby příslušný zdravotně sociální pracovník byl ideálně členem paliativního týmu nemocnice, nebo v rámci své praxe s paliativním klientem aktivně pracoval. Samotné rozhovory byly v maximální délce 60 minut. Audio soubor byl posléze přepsán. Každý komunikační partner byl informován o anonymitě výzkumu a o vynechání jakýchkoliv osobních údajů a údajů ohledně identifikace jejich zaměstnavatele, souběžně s tím byl komunikačním partnerem podepsán informovaný souhlas s poskytnutím rozhovoru, jeho účelem a pořízení audionahrávky. Analýza dat byla provedena za pomoci metody vytváření trsů.

VÝSLEDKY

SPEKTRUM KLIENTŮ V PALIATIVNÍ PÉČI ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA

První oblast cílí na zjištění spektra paliativních klientů, nejčastěji řešených diagnóz a pokud možno konkretizace jednotlivých oddělení, kde je realizována péče o klienty

v paliativní péči. Z odpovědí jednotlivých komunikačních partnerů vyplynulo, že klienti s nevléčitelným onemocněním v paliativní péči jsou na mnoha různých odděleních. Intervence paliativního týmu probíhá napříč nemocnicemi, jednotlivými klinikami a odděleními. Výzkum specificky definoval tato oddělení a kliniky, kde probíhají šetření zdravotně sociálního pracovníka v paliativním týmu:

Onkologické kliniky – zde se soustředí péče o onkologické klienty. Převážně se jedná o klienty, kterým bylo diagnostikováno onkologické onemocnění a je prováděna onkologická léčba (chemoterapie, případně ozařování atd.). Pokud klient na léčbu nereaguje, špatně ji snáší, sám ji ukončí apod. je klient lékařem informován o vhodnosti zahájení paliativní péče a tím přechází i do péče paliativních týmů.

Hematologické kliniky – velmi specifická část klientů. Jedná se především o klienty s hemato-onkologickými diagnózami.

Interní kliniky – široké spektrum klientů paliativní péče na interních klinikách zahrnuje nejen onkologické klienty, přijaté pro zhoršení stavu a nástup interní symptomatologie (dušnosti, nevolnosti, zvracení apod.), ale i neonkologické klienty s terminálními stavy srdečního selhání, chronické obstrukční plicní nemoci, angíny pectoris, stavy po infarktu atd.

Nefrologie – onemocnění ledvin, které může zahrnovat nádory, ale také disfunkčnost ledvin, renální selhání při jiném onemocnění. Důležitou skupinou jsou dialyzovaní klienti, u kterých již dialýza vzhledem k celkovému zdravotnímu stavu nepřináší požadovaný účinek a tím je po rozhodnutí konzilia lékařů od dialýzy ustupováno.

Neurologická oddělení – sdružuje klienty, kteří trpí různými neurologickými onemocněními, a to od cévních mozkových příhod, které měly fatální dopad na organizmus klienta a nejdou již zvrátit její důsledky, přes klienty s roztroušenou sklerózou, Parkinsonovou nemocí, ale také klienty s Alzheimerem či jinými typy demence. Nádory mozku a míchy jsou rovněž směřovány k řešení na neurologická oddělení ve spolupráci s neurochirurgickými odděleními.

Stomatologická oddělení – několik málo nemocnic disponuje stomatologickými odděleními, kde se soustředí specifická část klientů převážně s nádory v oblasti hlavy, obličeje a krku, často toto oddělení spolupracuje s oddělením ORL (Otorhinolaryngologie).

Urologické oddělení – na tomto oddělení jsou klienti s karcinomy prostaty, velmi často s generalizací do dalších orgánů a skeletu, karcinomy močového měchýře.

Gynekologické oddělení – v rámci tohoto oddělení se nejčastěji jedná o karcinomy prsou, vaječníků, dělohy. U karcinomu mamky je velmi časté metastatické postižení plic.

Geriatrická oddělení a léčebny dlouhodobě nemocných – staří lidé jsou také klienty paliativních týmů. Křehký senior, u kterého jsou vyčerpané veškeré rezervy organismu je také vhodným klientem paliativní péče.

Také u geriatrických pacientů figurují na prvních místech v počtu klientů onkologická onemocnění na druhém místě jsou onemocnění neonkologická, kde převažují terminální srdeční selhání, chronická obstrukční plicní nemoc a křehký geriatrický pacient.

Druhá oblast mapuje činnosti, úkoly a postup péče zdravotně sociálního pracovníka v paliativním, případně multidisciplinárním týmu. Oblast je doplněna několika dílčími otázkami pro zjištění struktury paliativních týmů, tedy zjištění členů paliativních týmů. Další výsledky se zaměřují na samotný popis práce zdravotně sociálního pracovníka s nevléčitelným klientem a na to, zda v nemocnicích probíhá časná paliativní péče a současně, zda přichází paliativní tým ke klientovi včas z pohledu zdravotně sociálního pracovníka.

Členové paliativního týmu – každý paliativní tým je multidisciplinární. Důležité je zastoupení různých profesí, zejména z důvodu různorodého a hlavně celistvého, nebo-li holistického, pohledu na klienta. Bio-psycho-socio-spirituální vnímání každého klienta je základem dobré paliativní péče. Základními členy paliativních týmů jsou:

Paliativní lékař – klíčový odborník ve všech paliativních týmech. Všichni komunikační partneři se shodují na jeho důležitosti. Paliatr je zároveň vedoucím celého paliativního týmu.

Paliativní sestra – je další důležitou pozicí paliativního týmu. Společně s paliatrem jako první navštěvuje klienta s nevléčitelným onemocněním, u kterého byly vyčerpány všechny možnosti další kurativní péče, a zabývá se zejména nastavením dalšího ošetrovatelského procesu.

Zdravotně sociální pracovník – pomáhá klientovi a jeho rodině zajistit vše pro domácí či lůžkovou paliativní péči a edukuje rodinné příslušníky o možnostech pomoci ať v rámci pečování, tak po stránce finančního zajištění.

Psycholog – využívanou profesí v paliativním týmu je psycholog. Přijetí nevléčitelného onemocnění je pro klienta i jeho rodinu velmi těžké. Pomoc psychologa je též využívána při práci s rodinami, kde jsou děti a samozřejmě s pozůstalými. Někdy je v týmu i poradce pro pozůstalé.

Duchovní – duchovní je v paliativní péči čím dál více využíváný. Lidé s nevléčitelným onemocněním si duchovního volají ať už jsou, či nejsou věřící. Hodně si klienti chtějí popovídat s někým o kterém ví, že je nebude soudit za jejich činy. Kdo jim pomůže najít cestu a sílu jít dál. Nemocniční kaplan často spolupracuje se zdravotně sociálními pracovníky, například na zprostředkování kontaktu nemocného s dlouho neviděným příbuzným či kamarádem.

Farmakolog – pozice v paliativním týmu, která zejména ve spolupráci s lékaři řeší medikaci. U onkologických klientů je jeho práce často zaměřena na léčbu bolesti.

Nutriční terapeut – je zván do týmu pro zajištění výživy nemocného. Často se zaměřuje na doplňky typu Nutridrinky apod.

Fyzioterapeut – udržení kondice nemocného po co nejdelší dobu, nebo naučit rodinu rehabilitační ošetrování či polohování, je základním úkolem fyzioterapeutů v paliativním týmu.

Některé nemocnice rozlišují paliativní tým, kde jsou jen základní profese: paliatr, paliativní sestra, psycholog, sociální pracovník a pak je širší paliativní tým, který zahrnuje další zmíněné profese.

Struktura paliativních týmů jednotlivých nemocnic je multioborová/multidisciplinární, proto se naskýtala další otázka, zda takto složený **tým, dochází za klientem jako celek, nebo postupně**, dle odborností, a hlavně potřeb klientů.

Všichni komunikační partneři se shodli, že za klientem dochází jednotliví členové paliativního týmu zvlášť. První návštěvu provádí vždy lékař a zdravotní sestra, a následně jsou pozváni jednotliví členové paliativního týmu, dle vyhodnocených potřeb klienta a jeho rodiny. Dále se pravidelně pořádají tzv. „rodinné konference“, při kterých se setkává celý paliativní tým s rodinou a klientem. Jedná se zejména o případy, kdy je nutné celou situaci řešit se všemi členy současně a pro jednotnost sdělení a předaných informací je rodinná konference ideálním nástrojem.

V rámci **časné paliativní péče** bylo zjišťováno, zda v nemocnicích probíhá časná paliativní péče a také, jak včasnost zahájení paliativní péče vnímají samotní zdravotně sociální pracovníci.

Z odpovědí vyplynulo, že dle některých oslovených komunikačních partnerů přichází tým za paliativním pacientem včas. Oproti tomu někteří oslovení komunikační partneři vidí ve včasnosti zásadní problém. Ke svým pacientům přichází převážně až v terminálním stavu onemocnění. Jeden z respondentů svou odpověď zaměřil na individualitu každého klienta s tím, že nedokáže hodnotit, zda tým přichází za klientem včas či nikoliv.

Zahájení paliativní péče je tématem častých porad paliativních týmů všech nemocnic, ale také hospiců, ať již domácích tak lůžkových. Načasování je důležité pro tým, oddělení, rodinu, ale zejména pro samotného klienta. Zdravotníci profesionálové postupně přijímají skutečnost, že souběh paliativní a kurativní péče je možný a přináší jen výhody pro nemocného. U časné paliativní péče je velmi důležitá správná komunikace zejména lékaře s klientem, sdělení důležitých a pravdivých informací je proto klíčové. Vhodná je součinnost s psychologem a paliativními lékaři. U časné paliativní péče pak nemocný dopředu ví, jaké má možnosti další péče, jak se onemocnění bude projevovat, pokud kurativní léčba nezabere, nebo nebude dobře snášena. Klient i rodina se mohou dopředu připravit na všechny možné eventuality a scénáře.

PRÁCE ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA - POPIS PRÁCE S KLIENTEM, ZPŮSOB POMOCI

Z rozhovorů vyplynulo, že práce zdravotně sociálního pracovníka v paliativním týmu je velmi pestrá. Práce se zaměřuje na zajištění klientových potřeb, následně nastavení přímé péče o nemocného, a také finanční podporu rodin.

Zdravotně sociální pracovník nejprve mapuje, jak klient svou nemoc a prognózu přijal. Posléze je důležité zhodnocení sociálních potřeb, nabídnutí alternativ, jakým způsobem je možné řešit případné nedostatky nebo podporu. Následuje zahájení samotné intervence. Sociální intervence zahrnuje například zařízení domácí ošetrovatelské péče, kompenzačních pomůcek, dlouhodobého ošetrovného a edukace rodiny v oblasti sociální podpory.

Častou otázkou klientů je, jak zajistit dostatečné finanční zajištění a pokrytí všech nákladů spojených s péčí. Následuje tedy předání informací o důchodech, příspěvku na péči, ale také o pozůstalostních důchodech, případně i nadační podpory (např. Nadační fond - Dobrý Anděl).

Pomoc klientům lze také rozdělit, například do skupin jednotlivých úkolů či pomoci. Peníze, služby a hospitalizace, je jedno z možných členění. Nejprve se zaměřujeme na zajištění financí na pokrytí péče (Příspěvek na péči, dlouhodobé ošetrovné apod.), následuje zajištění služeb (ten, kdo bude pečovat, pečovatelské a asistenční služby, rodina) a na konec hospitalizace (co dělat, když péči nezvládneme), preventivní podání žádostí do lůžkového hospice. Dané členění pomáhá zejména klientům a rodinám se v problematice rychleji zorientovat.

Zdravotně sociální pracovníci zahajují práci s paliativním pacientem na základě žádosti ošetřujícího lékaře klienta z jednotlivých oddělení. Pokud nemocnice disponuje paliativním týmem, následuje konziliární návštěva lékaře paliatra a paliativní sestry u klienta, poté rozhovor s rodinou klienta. Zdravotně sociální pracovníci se shodují, že zásadní je pro ně přání nemocného klienta. Vedou individuální rozhovory s klienty a jejich rodinami. Průběžně je edukují o možnostech domácí a lůžkové paliativní péče v místě bydliště. Pravidelně konzultují stav klienta a aktuálnost řešení s paliativním týmem a ošetřujícím lékařem klienta.

Nedílnou součástí práce všech zdravotně sociálních pracovníků v paliativních týmech je související administrativa (žádosti do hospiců, dávky příspěvku na péči, vedení dokumentace klienta, atd.).

Velkou měrou se zdravotně sociální pracovníci podílejí na koordinaci a zajištění navazující péče po propuštění paliativního pacienta z nemocnice. Zajišťují domácí zdravotní péči, osobní asistenci, domácí hospicovou službu a překlady do lůžkových hospiců nebo lůžek následné péče.

Cílem práce zdravotně sociálního pracovníka v paliativním týmu je bezpečné propuštění klienta do domácího prostředí a zabezpečení komplexní péče o nemocného a vytvoření podpůrné sítě pro pečující rodinu s návazností na péči lůžkových hospiců.

V této oblasti je prezentováno subjektivní vnímání zdravotně sociálního pracovníka v paliativním týmu. Komunikační partneři se shodují, že se cítí v paliativním týmu převážně velmi dobře. Jsou vnímáni jako plnohodnotní členové týmů a jejich názory a návrhy jsou brány na zřetel a týmy se jimi zabývají na svých pravidelných poradách.

Pro některé komunikační partnery byla složitá odpověď na otázku o zastávaných rolích. Někteří nedokázali na otázku odpovědět. Na škále rolí se objevilo následující: sekretářka, koordinátor, administrátor, poradce, doprovázející, prostředník a zprostředkovatel.

Je tedy patrné, že se zdravotně sociální pracovníci v paliativních týmech převážně cítí jako jakýsi koordinátor při zajišťování návazné péče o klienty v paliativní péči.

DISKUZE

Nemocniční paliativní péče je z dnešního pohledu velice důležitá. Nemocných přibývá, ať již v důsledku stárnutí populace, tak i v důsledku nárůstu nově diagnostikovaných onkologických a chronicky nemocných pacientů.

V České republice je ale souběh kurativní léčby a paliativní péče téměř nerealizován, ale již se o souběhu kurativní léčby a paliativní péče v českém zdravotnictví hovoří (Hromada, 2010). Většina pacientů se tak do péče paliativních týmů dostává až u konce své cesty životem s těžkou diagnózou. Mnoho ošetřujících lékařů kontaktuje paliativní tým až poté, co jsou vyčerpány všechny možnosti kurativní léčby. Velmi často se již jedná o terminální stav onemocnění a pacientovi zbývá velmi málo času.

Faktem je, že každá nemocnice se setkává s klienty v paliativní péči a klienty v terminálním stádiu nemoci. Paliativní týmy jsou v nemocnicích zřizovány, ale nejsou v každé nemocnici. Pokud nemocnice nemá paliativní tým, tak je situace pro pacienta, i pro ošetřující tým, náročná.

Někdy může docházet ke komunikačním a jiným nesrovnalostem, a proto je důležité, aby v nemocnicích bez paliativního týmu fungovala multidisciplinární spolupráce mezi ošetřujícím lékařem, sestrou a zdravotně sociálním pracovníkem. Tím dojde k zajištění kompletní péče o paliativního klienta během hospitalizace i po propuštění z nemocnice. V některých případech může dojít k opomenutí holistického přístupu a tím neuspokojení všech relevantních potřeb a přání pacienta.

Činnosti, úkoly a zastávané role zdravotně sociálního pracovníka jsou různorodé a širokospektrální, podobně jak uvádí i Kuzníková (2011). Výzkumem bylo zjištěno, že se objevují i názory samotných sociálních pracovníků, že jejich pozice v paliativním týmu je pouze administrativní.

V nemocnicích převládá důraz na administrativní činnost sociálních pracovníků, a to dokonce v rozporu se smyslem jejich odborné práce. Administrativní zátěž je nezřídka favorizována před obsahem odborné práce. Mnozí zaměstnanci, a to včetně lékařů, neví jaký je obsah a smysl práce zdravotně sociálního pracovníka. A jejich obzor v tomto končí tím, že sociální pracovník „vyplňuje tiskopisy“. Je proto nezbytné oddělit administrativní činnost tohoto typu (kterou může dělat jakýkoliv referent) od odborné sociální práce.

ZÁVĚR

Činnosti, úkoly a práce zdravotně sociálního pracovníka v paliativním týmu jsou velmi pestré. Sociální pracovník se setkává s různorodou klientelou, v rozličných zdravotních, sociálních a někdy i duchovních či spirituálních fázích života, a tedy i volba konkrétní aplikované intervence zdravotně sociálního pracovníka má různorodé způsoby řešení. Nejdůležitějším faktorem při práci je autentická komunikace, která pomůže pacientovi k otevřenému sdílení jeho životní situace v co nejreálnějších obrysech. Takto získané informace pak tvoří základní kámen správného vyhodnocení relevantních sociálních potřeb klienta, a také zohlednění jeho možností, potřeb a přání. Komunikace, respektive rozhovor s klientem a jeho rodinou, je tedy vždy jednoznačně na prvním místě v použitých technikách.

Pro zajištění a udržení maximální možné kvality života v těchto fázích života paliativních pacientů je tedy naprosto nezbytné akceptovat multidisciplinárnost paliativních týmů a specifika, která tato rovnocenná spolupráce od jednotlivých členů týmu vyžaduje. Paliativní týmy v nemocnicích se ukázaly jako důležitá součást komplexní péče o člověka. Pacienti nemocnic, které nemají paliativní tým, jsou odkázáni výhradně na jednostranné a odborně (psycho-socio-spirituálně) nekvalifikované rozhodnutí ošetřujícího lékaře, který (i v důsledku vědomí své nekvalifikovanosti v paliativní péči či nejistoty v nesomatických otázkách péče) může často váhat nad okamžikem, kdy oznámit klientovi, že již jsou vyčerpané všechny možnosti léčby. Žádoucí rozhovor a následná spolupráce s pacientem a jeho blízkými může být pak odkládána, někdy až zbytečně dlouho. Proces včasné, autentické, plnohodnotné a především relevantní komunikace s pacientem o aktuálním vyčerpání všech léčebných postupů a vysvětlení nutnosti přechodu k nenávratné čistě symptomatické terapii včetně jejich důsledků, pak může být ohrožen nebo dokonce znehodnocen.

Zdravotně sociální pracovník je pro paliativní tým cenný, zejména pro své znalosti v oblastech sociální (vztahové) sítě života pacienta, rozklíčování jeho vztahů a zapojení této pacientovy vlastní (záchranné) sociální sítě v závěrečné fázi pacientova života. Nepostradatelný je v českých realitách sociální pracovník rovněž k praktickému zajištění následné péče o nemocného mimo akutní zdravotnické lůžko. Pro efektivní sociální intervenci zdravotně sociální pracovník potřebuje kromě odborných znalostí a relevantního vzdělávání i naprosto specifické a jedinečně osobnostní předpoklady, schopnost aktivního naslouchání či pružnost v hledání jedinečných způsobů řešení klientových problémů.

POUŽITÉ ZDROJE

- [1] BUŽGOVÁ, R. 2015. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních, Potřeby, hodnocení, kvalita života*, Praha, 2015. ISBN 978-80-247-5402-4
- [2] BYDŽOVSKÝ, J., KABÁT J. 2015. *Ošetřovatelství a sociální práce v paliativní péči, Zdravotní ústav Most k domovu*, Praha, 2015. ISBN 978-80-905867-0-3
- [3] FRANĚK, M. 2020. *Zdravotně sociální pracovník v paliativním týmu*. (bakalářská práce), Vysoká škola polytechnická Jihlava, 2020.
- [4] HROMADA, J. 2020. *Paliativní léčba a péče u nemocných s neurologickými chorobami*, *Neurologie pro praxi*, 1/2010 [cit. dne 30.7.2020] dostupné online: <https://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2010/01/02.pdf>
- [5] KUZNÍKOVÁ, I. 2011. *Sociální práce ve zdravotnictví*. Praha, 2011, 224 s. ISBN 978-80-247-3676-1. s. 224
- [6] LEPEŠKA, J. 2020. *Psychické nároky na pečujícího starajícího se o pacienta v terminálním stadiu na vybraném příkladu nemoci*, *Aplikovaná psychologie V. 7/2020*, Praha, 2020. str. 519-527, ISSN 2336-8276 [cit. dne 18.7.2020], dostupné online: http://www.vsaps.cz/data/2020/06/04/10/aplikovana-psychologie-7_naweb.pdf#page=63
- [7] MATOUŠEK, O., KOLÁČKOVÁ, J., KODYMOVÁ, P. 2005. *Sociální práce v praxi. Specifika různých cílových skupin a práce s nimi*, Praha, 2005. ISBN 80-7367-002-X
- [8] ŠLENKRTOVÁ, H., MARKOVÁ, M. 2019. *Pracovní postup – Proces sociální práce ve zdravotnických zařízeních*, *ČAS*, 2008 [cit. dne 7.11.2019], dostupné online na: https://www.cnna.cz/docs/tiskoviny/cas_pp_2008_0003.pdf

CLINICAL SOCIAL WORKER IN PALLIATIVE TEAM



ABSTRACT

The article deal with the description of activities, tasks and work of a clinical social worker in a palliative team. The subject of own investigation was to chart the most common diseases of clients with whom the clinical social worker encounters. This is followed by a finding out the practical activities, tasks and work of a health and social worker in really functioning palliative or multidisciplinary teams of individual hospitals in the Prague region. The article is the result of a bachelor's thesis with the same name: Clinical Social Worker in Palliative Team, author M. Franěk, while the thesis was defended at the College of Polytechnics Jihlava in 2020.

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

Bc. Martin Franěk, DiS.
Ústřední vojenská nemocnice –
Vojenská fakultní nemocnice Praha
Humanitní služba
Zdravotně sociální pracovník
U Vojenské nemocnice 1200
169 02 Praha 6
e-mail: martin.franek@uvn.cz

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

KEYWORDS:

palliative, hospital palliative team,
mutidisciplinary team, team, social
worker in hospital, clinical social worker

VÝSKUMNÁ ŠTÚDIA PODPORY A POMOCI SOCIÁLNYCH PRACOVNÍKOV SENIOROM V ČASE PRVEJ KARANTÉNY COVIDU-19

SLAVOMÍR LACA
PRAŽSKÁ VYSOKÁ ŠKOLA
PSYCHOSOCIÁLNYCH STUDÍÍ, S.R.O.

PETER LACA
VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNÍCTVA
A SOCIÁLNEJ PRÁCE SV. ALŽBETY,
BRATISLAVA

ABSTRAKT

Predkladaná výskumná štúdia sa zaoberá psycho-sociálnou podporou u seniorov počas prvej koróna vírovej karantény v zariadení pre seniorov v Rožňave. Výskumná štúdia je upriamená na prvú vlnu korónovej epidémie v meste Rožňava, v ktorom bolo najviac infikovaných – pozitívne testovaných ľudí, nevnímajúc seniorov v inštitucionálnej starostlivosti v pobytových zariadeniach.

Cieľ štúdie: Hlavným cieľom výskumnej štúdie bolo zistiť spokojnosť s poskytovanou psycho-sociálnou podporou u seniorov počas prvej koróna vírovej karantény COVIDu-19 od sociálnych pracovníkov.

Výskumná vzorka a nastavenie: Výskumnú vzorku štúdie tvorilo 50 klientov - seniorov v zariadení pre seniorov v Rožňave, ktorý boli v prvej vírovej karanténe COVID-19 separovaní od chorých a od osobného stretnutia z rodinou. Seniori boli informovaní o účelovosti výskumnej štúdie a vyplnení dotazníka.

Štatistická analýza: Na porovnanie opýtaných klientov - respondentov v rámci pohlavia bola použitá matematicko-štatistická metóda chi-kvadrátový test nezávislosti kritérií jednotlivých výskumných hypotéz.

Výsledky štúdie: Seniori v pobytovom zariadení v čase prvej koróna vírovej karantény COVIDu-19 sú spokojní s poskytovanými sociálnymi službami, o čom svedčí výskumná štúdia a ich odpovede v rámci dotazníkového šetrenia, kde vyše 72,5% participantov uviedlo spokojnosť s prístupom sociálneho pracovníka. Z výsledkov výskumného šetrenia je zrejmé, že participantí využili pomoc a podporu sociálneho pracovníka počas karantény prvej vlny COVIDu-19.

KĽÚČOVÉ SLOVÁ:

COVID 19, senior, sociálny pracovník, sociálne služby, pomoc, psycho-sociálna podpora

ÚVOD

Predkladaná výskumná štúdia sa zaoberá psycho-sociálnou podporou, ktorá sa poskytovala v rámci sociálnych služieb seniorom v Rožňave, konkrétne v Zariadení pre seniorov, kde sa poskytujú sociálne služby podľa zákona č. 448/2008 Z. z. - Zákon o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov. Sociálne služby sú jednou z foriem sociálnej pomoci pre všetkých ľudí nielen nepriaznivej sociálnej situácií. Slovenská legislatíva v zákone o Sociálnych službách vymedzuje sociálnu službu v § 2 (1) ako odbornú činnosť, obslužnú činnosť alebo ďalšiu činnosť alebo súbor týchto činností, ktoré sú zamerané na: a) prevenciu vzniku nepriaznivej sociálnej situácie, riešenie nepriaznivej sociálnej situácie alebo zmiernenie nepriaznivej sociálnej situácie fyzickej osoby, rodiny alebo komunity, b) zachovanie, obnovu alebo rozvoj schopnosti fyzickej osoby viesť samostatný život a na podporu jej začlenenia do spoločnosti, c) zabezpečenie nevyhnutných podmienok na uspokojovanie základných životných potrieb fyzickej osoby...“, do ktorých spadá sociálne poradenstvo a podpora. V Zákone o sociálnych službách v § 35 Zariadenie pre seniorov (1) sa v zariadení pre seniorov poskytuje sociálna služba: a) fyzickej osobe, ktorá dovŕšila dôchodkový vek a je odkázaná na pomoc inej fyzickej osoby a jej stupeň odkázanosti je najmenej..., b) fyzickej osobe, ktorá dovŕšila dôchodkový vek a poskytovanie sociálnej služby v tomto zariadení potrebuje z iných vážnych dôvodov.

V rôznych situáciách, a to nielen v krízovej sociálnej situácii, ktorá si vyžaduje intervenciu a okamžitú pomoc, sa poskytujú sociálne služby podľa povahy nepriaznivej sociálnej situácie za pomoci sociálnych pracovníkov a jednotlivých metód sociálnej práce. K základným formám pomoci sociálnych pracovníkov v sociálnych službách patrí psycho-sociálna podpora. Jej existencia a rozvoj je nevyhnutnou a základnou podmienkou pre poskytovanie kvalitnej starostlivosti seniorom a je základným predpokladom pre zachovanie kvality ich života. Táto podpora predstavuje pomoc, ktorá seniorom umožňuje zachovať dobrú duševnú harmóniu a pomáha v rámci vlastnej autonómie, žiť zvykovým spôsobom života, na ktorý poukazuje sociálna práca so seniormi. Sociálna práca so seniormi je radená medzi odborné disciplíny, pri ktorých je človeku poskytovaná starostlivosť na základe špecifických metód s profesionálnym základom. Jednotlivé špecifiká sociálnej práce vychádzajú hneď z niekoľkých spoločenských vied, predovšetkým z psychológie, sociológie a pedagogiky (Laca, P. 2011). V sociálnej práci so seniormi dochádza ku kontinuite medzi jednotlivými oblasťami zdravotného, sociálneho, a v neposlednom rade i psycho-sociálneho charakteru, čo je aj nosné v našej predkladanej výskumnej štúdie.

METODIKA - VÝSKUMNÝ DESIGN

Výskumné šetrenie je venované psycho-sociálnej podpore a pomoci seniorom. Podpora a pomoc bola poskytovaná od sociálnych pracovníkov počas prvej koróna vírovej karantény *COVIDu-19* v zariadení pre seniorov. Vzorku našej štúdie pre

zistenie cieľa tvorili zámerne vybraní participanti, teda seniori, ktorí boli v prvej vírovej karanténe COVID-19 separovaní *od chorých a od osobného stretnutia sa s rodinou*. Túto výskumnú vzorku sme vybrali zámerne, aby sme mohli porovnať participantov podľa pohlavia. Autor Miovský (2006, s. 135) označuje „ako zámerný (niekedy tiež účelový) výber výskumnej vzorky taký postup, keď cielene vyhľadávame účastníkov podľa ich určitých vlastností. Kritériom výberu je práve vybraná (určená) vlastnosť (či prejav tejto vlastnosti) alebo stav príslušnosti k určitej sociálnej alebo inej skupine. Znamená to, že na základe stanoveného kritéria cielene vyhľadávame iba tých jedincov, ktorí toto kritérium spĺňajú a súčasne sú ochotní sa do výskumu zapojiť.“ Pre výskumné šetrenie sme si zvolili výskumnú metódu dotazník, ktorým sme zachovali anonymitu našich participantov. Zvolili sme si kvantitatívny výskum, pretože je pre výskumy humanitného zamerania a je vhodný pre široký výber respondentov.

Cieľom celého výskumného šetrenia bolo zistiť, či klienti v zariadení pre seniorov využili psycho-sociálnu podporu a či boli spokojní so psycho-sociálnou podporou v čase prvej koróna vírovej karantény COVIDu-19.

Pri analýze a interpretácii zozbieraných dát sme najprv využili matematické triedenie prvého stupňa, následne sme štatisticky overovali výskumné hypotézy. K potvrdeniu alebo vyvráteniu hypotéz bol použitý Pearsonov chí-kvadrát test. Chí-kvadrát test je jedna z metód štatistiky, ktorá umožňuje overiť, či má náhodná premenná určité vopred dané rozdelenia pravdepodobnosti. Tento test je základným a najpoužívanejším testom nezávislosti v kontingenčnej tabuľke, ako to uvádzame v príspevku. „Skúmanie je založené na myšlienke porovnaní pozorovanej frekvencie a očakávanej početnosti. Kontingenčná tabuľka sa v štatistike využíva k názornému a prehľadnému zobrazeniu vzťahu dvoch znakov“ (Ferjenčík 2000, s. 237). Pozorované početnosti predstavujú dáta získané od participantov, očakávaná frekvencia je získaná výpočtom nasledujúceho vzorca:

$$G = \sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^s \frac{(n_{ij} - n'_{ij})^2}{n'_{ij}}$$

Chí-kvadrát test dobrej zhody je založený na posúdení rozdielu medzi skutočnými (pozorovanými) frekvenciami výskytu hodnôt vo vzorke a očakávanými frekvenciami, zodpovedajúcimi príslušnému predpokladanému rozdeleniu pravdepodobnosťou. Pri výpočte χ^2 teste dobrej zhody vychádzame z predpokladu, že platí nulová hypotéza, a ak je vypočítaná hodnota χ^2 menšia ako 0,05, potom nulovú hypotézu zamietame, a to preto, že rozdiel medzi pozorovanými a očakávanými frekvenciami bol spôsobom náhodnými činiteľmi, Hendl (2004, s. 56).

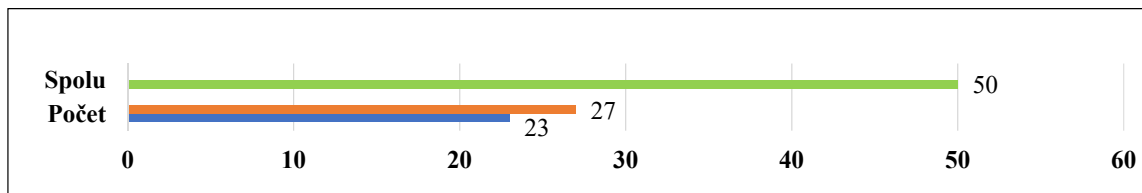
Dotazníkové šetrenie bolo vykonané u klientov v zariadení pre seniorov, v ktorom sú poskytované sociálne služby na základe registrácie sociálnych služieb podľa Zákona č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb.

o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov. Na vyplnení dotazníka sa zúčastnilo len celkovo 50 osôb. Sledovanými charakteristikami respondentov boli pohlavie, vek a typ respondenta.

Tabuľka 1: Počet participantov

Počet	23	27
--------------	----	----

Graf 1: Počet participantov

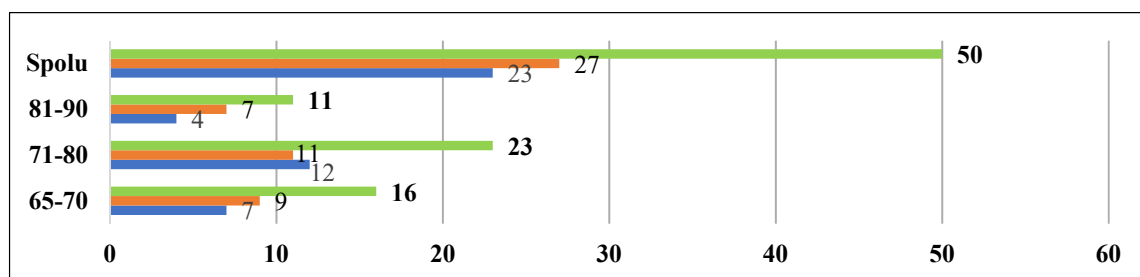


Ako je z nasledujúcej tabuľky 2 a grafu 2 zrejmé - z celkového počtu 50 participantov patrí do troch hlavných vekových kategórií, ktorým bol dotazník výskumu rozdán na vyplnenie. Sú nimi vekové kategórie: od 65 rokov do 70 rokov a vekové kategórie: 71 až 80 rokov a posledná vekové kategórie sú: od 81 do 90 rokov, pričom do prvej vekovej kategórie sa prihlásilo 16 participantov, do druhej 23 participantov a do tretej 11 participantov. Celkom 16 osôb nášho výskumného šetrenia je vo veku nad 65 rokov, teda v hranici odchodu do starobného dôchodku a tiež v hranici, ktorú Svetová zdravotnícka organizácia považuje ako hranicu staroby. Výsledky z tejto dotazníkovej otázky nášho výskumného šetrenia poukazujú na fakt, že hlavnou cieľovou skupinou, ktorej je poskytovaná nielen opatrovateľská služba, ale aj psycho-sociálna podpora prostredníctvom sociálnych pracovníkov, sú seniori.

Tabuľka 2: Vek participantov

Participantí – seniori	65-70	71-80	81-90	Spolu
Muži	7	12	4	23
Ženy	9	11	7	27
Spolu	16	23	11	50

Graf 2: Vek participantov



Z nasledujúceho grafu môžeme vidieť rozdelenie participantov podľa veku, ktorí využívajú sociálne služby v zariadení pre senior. Podľa Kečkěšovej (2005, s. 103) sú „sociálne služby súčasťou verejných služieb, sú prostriedkom na riešenie sociálnej núdze.“ Ako uvádza Průša (199, s. 11), sociálne služby „nie sú významné preto, že ich potrebuje mnoho ľudí, ale preto, že bez ich pôsobenia by sa značná časť občanov nemohla podieľať na všetkých stránkach života spoločnosti, dôsledkom čoho by sa znemožnilo uplatnenie ich ľudských a občianskych práv a dochádzalo by k sociálnemu vylúčeniu.“

Poskytovanie sociálnych služieb je teda určené tým ľudským jedincom, ktorí vzhľadom k svojmu zdravotnému stavu alebo veku nie sú schopní vyriešiť samostatne ťažkú sociálnu situáciu, alebo nepriaznivé okolnosti, v ktorých sa práve nachádzajú.

VÝSLEDKY

HYPOTÉZA 1

H_{01} Seniori v prvej koróna vírovej karantény COVIDu-19 využívali psycho-sociálnu podporu od sociálneho pracovníka.

H_{A1} Seniori v prvej koróna vírovej karantény COVIDu-19 nevyužívali psycho-sociálnu podporu od sociálneho pracovníka.

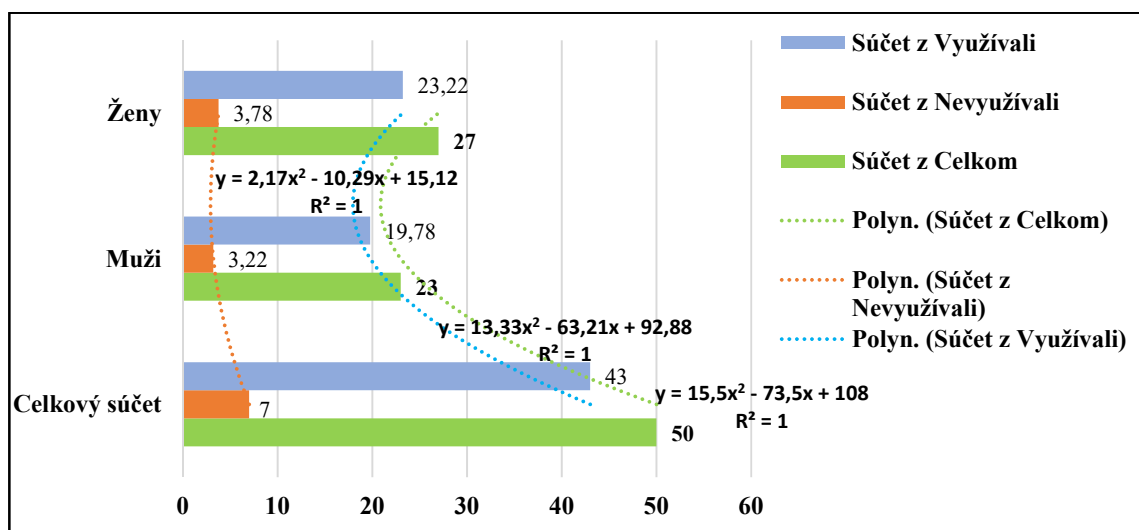
Kontingenčná tabuľka 1 výpočtu signifikácie Chí-kvadrát testu

Očakávaná početnosť		Využívali	Nevyužívali	Celkom	
Seniori	Ženy	23,22	3,78	n _j 27	
	Muži	19,78	3,22	n _j 23	
Celkový súčet		n ₁ 43	n ₂ 7	n _j 50	
		Hladina významnosti	α 5 %	Signifikácia chí-kvadrát testu	G 2,119
Po dosadení do vzorca vychádza testové kritérium: G 2,119				Vyhodnotenie:	
Kritická hodnota: $\chi_{(1-\alpha); df}$ 3,841				$\chi(1-\alpha); df$ 3,841 > 2,119	

Na hladine významnosti 5 % nulovou hypotézu H_{01} *Seniori v prvej koróna vírovej karantény COVIDu-19 využívali psycho-sociálnu podporu od sociálneho pracovníka* o nezávislosti jednotlivých znakov nezamietame, lebo hodnota testovaného kritéria je menšia než hodnota kritická.

Z výsledku výskumného šetrenia vyplýva, že z 50 oslovených participantov – seniorov, až 43 využilo psycho-sociálnu podporu od sociálneho pracovníka, a len 7 participantov, nevyužilo psycho-sociálnu podporu od sociálneho pracovníka v prvej koróna vírovej karantény COVIDu-19. Tieto jednotlivé odpovede boli následne overené Chí-kvadrát testom, ktorý vyšiel **2,119**. Na základe tohto výsledku bola zamietnutá alternatívne hypotéza H_1 a **prijatá nulová hypotéza H_0** - Seniori v prvej koróna vírovej karantény COVIDu-19 využívali psycho-sociálnu podporu od sociálneho pracovníka.

Kontingenčný graf 1 výpočtu signifikancie Chí-kvadrát testu pre hypotézu 1



Na základe výpočtu signifikancie Chí-kvadrát testu sme dospeli k týmto záverom, ktoré prezentujeme v predošlej kontingenčnej tabuľke a grafe 1. Možno teda konštatovať, že pozorovaná frekvencia ukázala, že celkovo 27 žien a 23 mužov v rámci v prvej koróna vírovej karantény COVIDu-19 využívali psycho-sociálnu podporu a pomoc od 26 žien a 17 mužov – sociálnych pracovníkov. Opačného názoru boli, teda nevyužili psycho-sociálnu podporu 6 muži a len 1 žena. Pri následnom výpočte chí-kvadrátu bol jeho výsledok stanovený na 2,119. Hodnota signifikacia 2,119 je menšia ako kritická 3,841.

V grafe sme znázornili taktiež polynomerickú krivku – na základe výpočtu piatich stupňov – z celkového súčtu odpovedí participantov, v našom prípade seniorov zo zariadenia pre seniorov.

HYPOTÉZA 2

H_{02} Medzi seniormi mužmi a ženami bola spokojnosť s poskytovaním psycho-sociálnej podpory od sociálneho pracovníka počas prvej koróna vírovej karantény COVIDu-19.

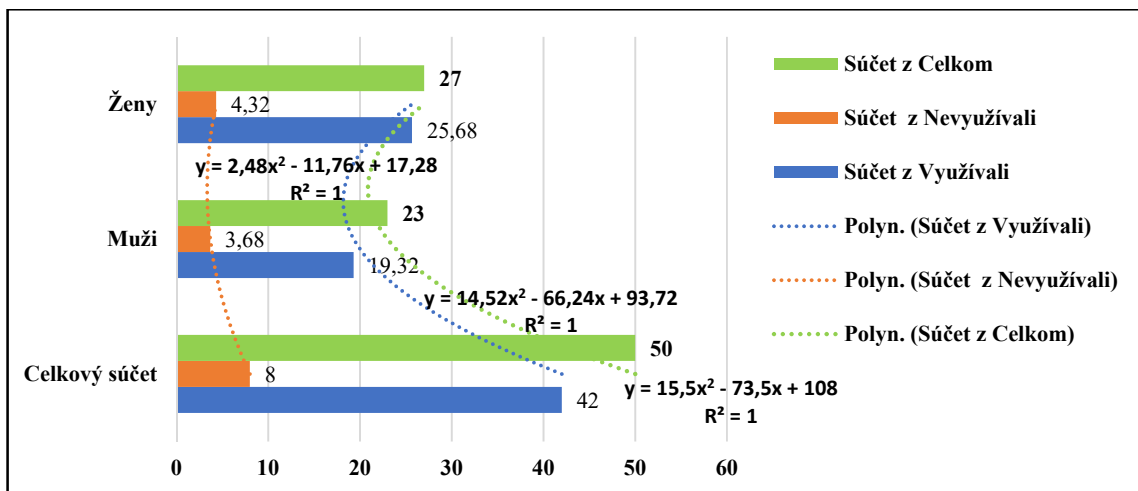
H_{A2} Medzi seniormi mužmi a ženami nebola spokojnosť s poskytovaním psycho-sociálnej podpory od sociálneho pracovníka počas prvej koróna vírovej karantény COVIDu-19.

Kontingenčná tabuľka 2 výpočtu signifikácie Chí-kvadrát testu

Očakávaná početnosť		Spokojný/á	Nespokojný/á	Celkom	
Seniori	Ženy	25,68	4,32	n ₁ 27	
	Muži	19,32	3,68	n ₂ 23	
Celkový súčet		n ₁ 42	n ₂ 8	n ₁ 50	
		Hladina významnosti	α 5 %	Signifikácia chí-kvadrát testu	G 3,224
Po dosadení do vzorca vychádza testové kritérium: G 3,224				Vyhodnotenie:	
Kritická hodnota: $\chi_{(1-\alpha); df}$ 3,841				$\chi(1-\alpha); df$ 3,841 > 3,224	
Na hladine významnosti 5 % nulovou hypotézou H ₀ <i>Medzi seniormi mužmi a ženami bola spokojnosť s poskytovaním psycho-sociálnej podpory od sociálneho pracovníka počas prvej koróna vírovej karantény COVID- 19</i> o nezávislosti jednotlivých znakov nezamietame , lebo hodnota testovaného kritéria je menšia než hodnota kritická.					

Z výsledku výskumného šetrenia vyplýva, že z 50 oslovených participantov - seniorov, až 42 boli spokojní s poskytovaním psycho-sociálnej podpory sociálneho pracovníka, a len 8 participantov, neboli spokojní s psycho-sociálnou podporou od sociálneho pracovníka v prvej koróna vírovej karantény COVIDu-19. Tieto jednotlivé odpovede boli následne overené Chí-kvadrát testom, ktorý vyšiel **3,224**. Na základe tohto výsledku bola zamietnutá alternatívna hypotéza H₂ a **prijatá nulová hypotéza H₀** - Seniori v prvej koróna vírovej karantény COVIDu-19 boli spokojní s poskytovanou i psycho-sociálnu podporu od sociálneho pracovníka.

Kontingenčný graf 2 výpočtu signifikancie Chí-kvadrát testu pro hypotézu 2



Na základe výpočtu signifikancie Chí-kvadrát testu sme dospeli k týmto záverom, ktoré predkladáme v predošlej kontingenčnej tabuľke a grafe 2. Možno teda konštatovať, že pozorovaná frekvencia ukázala, že celkovo 27 žien a 23 mužov bolo v rámci v prvej koróna vírovej karantény COVIDu-19 spokojní s psycho-sociálnou podporou a pomocou od 25 žien a 17 mužov sociálnych pracovníkov. Opačného názoru, teda nespokojní boli 6 muži a len 2 ženy. Pri následnom výpočte chí-kvadrátu bol jeho výsledok stanovený na 3,224. Hodnota signifikancie 3,224 je menšia ako kritická 3,841. V grafe sme taktiež znázornili polynomerickú krivku na základe výpočtu piatich stupňov - z celkového súčtu - odpovedí participantov, v našom prípade seniori zo zariadenia pre seniorov.

HYPOTÉZA 3

H_{03} Psycho-sociálna podpora od sociálneho pracovníka počas prvej koróna vírovej karantény COVIDu-19 bola prínosná pred strachom z ochorenia.

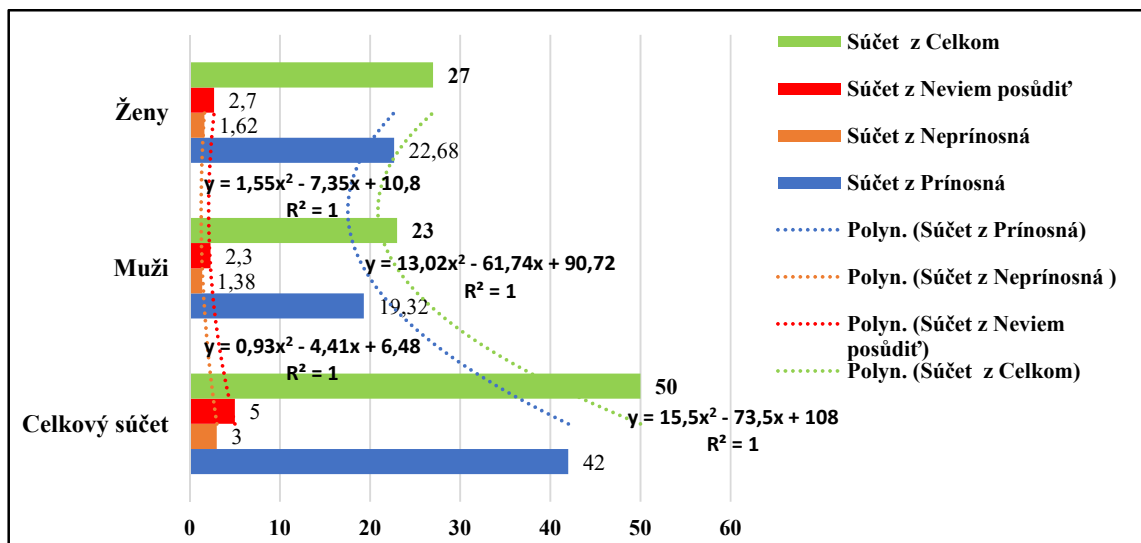
H_{A3} Psycho-sociálna podpora od sociálneho pracovníka počas prvej koróna vírovej karantény COVIDu-19 nebola prínosná pred strachom z ochorenia.

Očakávaná početnosť		Prínosná	Neprínosná	Neviem posúdiť	Celkom	
Seniori	Ženy	22,68	1,62	2,7	n _j 27	
	Muži	19,32	1,38	2,3	n _j 23	
Celkový súčet		n ₁ 42	n ₂ 3	n ₃ 5	n _j 50	
		Hladina významnosti	α 5 %		Signifikácia chí-kvadrát testu	G 1,077
Po dosadení do vzorca vychádza testové kritérium: G 1,077					Vyhodnotenie:	
Kritická hodnota: $\chi_{(1-\alpha); df}$ 3,841					$\chi(1-\alpha); df$ 3,841 > 1,077	
Na hladine významnosti 5 % nulovou hypotézu H_{03} Psycho-sociálna podpora od sociálneho pracovníka počas prvej koróna vírovej karantény COVIDu-19 bola prínosná pred strachom z ochorenia o nezávislosti jednotlivých znakov nezamietame , lebo hodnota testovaného kritéria je menšia než hodnota kritická.						

Kontingenčná tabuľka 3 výpočtu signifikácie Chí-kvadrát testu

Z výsledku výskumného šetrenia vyplýva, že z 50 oslovených participantov - seniorov, až 42 poukázali, že bola prínosná podpora od sociálneho pracovníka počas prvej koróna vírovej karantény COVIDu-19 pred strachom z ochorenia, pre 3 participantov bola neprínosná podpora od sociálneho pracovníka a 5 participantov nevedelo posúdiť prínos podpory od sociálneho pracovníka počas prvej koróna vírovej karantény COVIDu-19 pred strachom z ochorenia. Tieto jednotlivé odpovede boli následne overené Chí-kvadrát testom, ktorý vyšiel **1,077**. Na základe tohto výsledku bola zamietnutá alternatívne hypotéza H_3 a **prijatá nulová hypotéza H_0** - Seniori v prvej koróna vírovej karantény COVIDu-19 boli spokojní s poskytovanou i psycho-sociálnu podporu od sociálneho pracovníka.

Kontingenční graf 3 výpočtu signifikancie Chí-kvadrát testu pro hypotézu 3



Na základe výpočtu signifikancie Chí-kvadrát testu sme dospeli k týmto záverom, ktoré prezentujeme v predošlej kontingenčnej tabuľke a grafe 3. Možno teda konštatovať, že pozorovaná frekvencia ukázala, že z celkového počtu 27 žien a 23 mužov bola v rámci prvej koróna vírovej karantény COVIDu-19 prínosná podpora od sociálneho pracovníka pred strachom z ochorenia - pre 42 participantov. Opačného názoru, teda neprínosná podpora bola od sociálneho pracovníka pre 2 mužov a len 1 ženy. Odpoveď nevedelo posúdiť - označili 3 muži a 2 ženy. Pri následnom výpočte chí-kvadrátu bol jeho výsledok stanovený na 1,077. Hodnota signifikácie 1,077 je menšia ako kritická 3,841. V grafe sme taktiež znázornili polynomerickú krivku na základe výpočtu piatich stupňov - z celkového súčtu odpovedí participantov, v našom prípade seniorov zo zariadenia pre seniorov.

ZÁVER VÝSLEDKOV VÝSKUMU

Cieľom výskumného šetrenia bolo zistiť spokojnosť s poskytovanou psycho-sociálnou podporou a pomocou sociálnych pracovníkov seniorom v čase prvej koróna vírovej karantény COVIDu-19. Aby sme naplnili tento zámer, stanovili sme si tri vedľajšie výskumné ciele a definovali sme si tri hypotézy, nulovú a alternatívnu hypotézu. V rámci metodológie zvoleného kvantitatívneho výskumného šetrenia bola predstavená výskumná vzorka respondentov celkového počtu 50 percipientov, dotazníková metóda zberu dát a štatistické vyhodnotenie týchto dát testom dobrej zhody, chí-kvadrátovým testom, kde sme mohli jednu so stanovených hypotéz vylúčiť, a potvrdiť tak hypotézu druhú.

Prvým stanoveným vedľajším výskumným cieľom sme zisťovali, či je signifikantný rozdiel medzi mužmi a ženami – seniormi na využitie psycho-sociálnej podpory od sociálneho pracovníka v čase prvej koróna vírovej karantény COVIDu-19.

Na základe odpovedí participantov overených chí-kvadrát testom bola prijatá nulová hypotéza - Seniori v prvej koróna vírovej karantény COVIDu-19 využívali psycho-sociálnu podporu od sociálneho pracovníka. Z výsledku teda vyplýva, že užívatelia - v našom prípade seniori, uvedenú sociálnu službu, teda psycho-sociálnu podporu vyžívajú. Výsledky šetrenia sú relevantné, pretože bola zaistená malá vzorka - 50 respondentov. Bolo by potrebné komparovať tieto dáta so všetkými klientmi zariadenia pre seniorov. Je zrejmé, že skúmaná psycho-sociálna podpora od sociálnych pracovníkov je odborne a kvalitne poskytovaná v rámci štandardov kvalít sociálnych služieb.

Autor Matoušek poukazuje (2003), že sociálny pracovník je pri svojej práci konfrontovaný s komplexnými problémami klientov a jeho postoj i emócie nemôžu byť neutrálne. Jeho rola je v schopnosti vcítiť sa do situácie klienta, vnímať i to, čo je v rámci riešeného problému skryté, a kedy je nutná podpora klienta. Autori Laca a Kolarčíková (2015, s. 370) uvádzajú, že je „nepísaným pravidlom podporovať seniora a pritom dodržiavať určité normy správania a vystupovania. Rešpektovať a akceptovať každého človeka ako jedinečnú bytosť. Autori poukazujú na humánne prístupy, ako sú rôzne humanistické, behaviorálne, psychoterapeutické prístupy a názory, z ktorých je nutné vychádzať v rámci psycho-sociálnej podpory.

V druhom stanovenom vedľajšom ciele bolo zistiť v prípade spokojnosti či nespokojnosti s poskytovaním psycho-sociálnej podpory od sociálneho pracovníka v čase koróna vírovej karantény COVIDu-19. Na základe odpovedí participantov overených chí-kvadrát testom bola prijatá nulová hypotéza H_{20} . Medzi seniormi mužmi a ženami bola spokojnosť s poskytovaním psycho-sociálnej podpory od sociálneho pracovníka v čase prvej koróna vírovej karantény COVIDu-19.

Z výsledkov vyplýva, že 50 participantov bolo 42 spokojných v rámci poskytnutia pomoci a podpory zo strany sociálneho pracovníka. I v tomto prípade považujeme zistený výsledok za relevantný, pretože potvrdzuje i výsledok šetrenia, kde sa jednotliví participant vyjadrovali k vlastnostiam sociálneho pracovníka, s ktorým sa stretávali a spolupracovali pred pandémiou. V dotazníkovom šetrení vo svojich odpovediach poukazovali na empatiu vyše (68,6%) a profesionalitu (62,1%).

Testované zariadenie pre seniorov poskytuje bezpochyby dostatočnú informovanosť o jednotlivých sociálnych službách a poskytuje kompletnú starostlivosť, ktorá priamo vychádza zo zákona č. 448/2008 Z. z. Zákon o sociálnych službách a spĺňa štandardy kvality sociálnych služieb. Toto tvrdenie potvrdzuje zisťovaná otázka: Ako ste spokojní so službou/ službami, ktoré poskytuje zariadenie pre seniorov? Najčastejšie odpoveď participantov bola označovaná spokojnosť so základnými úkonmi – pomoc pri poskytnutí stravy, napr. pomoc s poddaním stravy (67,5%); pomoc pri rôznych terapiách, napr. pracovná terapia (52,5%), artterapia (43,3%), tréning pamäte (39,8%); sociálnym poradenstvom, napr. sociálne dávky, príspevky na starostlivosť vyše (48,0%); sprostredkovanie kontaktu

so spoločenským prostredím, napr. doprovod k lekárovi (31,5%), doprovod ku kňazovi (29,8%).

Autor Laca (2015) uvádza, že sociálni pracovníci v rámci plnenia úloh svojej pracovnej náplne zastávajú celý rad sociálnych rolí, od opatrovateľa a poskytovateľa (sprostredkovateľa) sociálnych služieb, cez cvičiteľa sociálnej adaptácie, poradcu, terapeuta, manažéra, personalistu, administrátora až po činitele sociálnych zmien. Úvaha o týchto sociálnych pozíciách jasne tak ilustruje pestrosť práce sociálnych pracovníkov v praxi s rôznymi klientmi nevynímajúc seniorov. Sociálni pracovníci v praxi sú hlavnými sprostredkovateľmi sociálnych služieb klientom najrôznejšieho veku, pohlavia, zdravotného či psycho-sociálneho obmedzenia, a klientom, ktorí samozrejme potrebujú psycho-sociálnu podporu a pomoc v každodennom živote. Autor Matoušek (2003) poukazuje na fakt, že hlavným zmyslom v rámci psycho-sociálnej podpory a pomoci sú komunikačné zručnosti sociálneho pracovníka, ktoré sú nevyhnutné v priamej starostlivosti s klientom v každej sociálnej inštitúcii.

V treťom stanovenom vedľajšom výskumnom celi sme zisťovali, či bola psycho-sociálna podpora od sociálneho pracovníka prínosná pred strachom z ochorenia COVIDu-19. Na základe odpovedí participantov overený chí-kvadrát testom bola prijatá nulová hypotéza H_0 . Psycho-sociálna podpora od sociálneho pracovníka v čase prvej koróna vírovej karantény COVIDu-19 bola prínosná pred strachom z ochorenia.

Môžeme teda konštatovať, že pozorovaná čestnosť ukázala, že z celkového počtu 50 participantov, 27 žien a 23 mužov, celkom 42 participantov uviedlo, že vnímajú psycho-sociálnu podporu od sociálneho pracovníka ako prínosnú pred strachom z ochorenia COVIDu-19. K zisteným výsledkom prispieva i výsledok ďalších zisťovaných otázok v rámci dotazníkového šetrenia. Napríklad: Využili by ste znovu psycho-sociálnu podporu? Prevažná väčšina opýtaných by určite využila opäť psycho-sociálnu podporu - vyše (81,7%), následne odpovedali na otázku: Doporučili by ste psycho-sociálnu podporu? Vyše 87,2% participantov označilo odpoveď určite áno, avšak iba 1,3% participantov z celkového počtu 50 označilo odpoveď nie, neodporučil by som psycho-sociálnu podporu od sociálneho pracovníka.

ZÁVER

Seniori boli a sú jednou z najohrozenejších skupín v čase šírenia nákazy COVIDu-19, preto je potrebné venovať im špeciálnu pozornosť. Väčšina seniorov žije osamelo v bytoch a domoch alebo v pobytovom zariadení sociálnych služieb, kde majú prístup k potrebným ochranným pomôckam, a k potrebným informáciám od odborného personálu – sociálnych pracovníkov.

Celá výskumná štúdia sa zaoberá starostlivosťou o seniorov v sociálnych službách, a to konkrétne psycho-sociálnou pomocou a podporou od sociálneho pracovníka. Od sociálneho pracovníka sa očakáva, že bude klientovi pomáhať prekonávať najrôznejšie prekážky, ktoré mu bránia zvládať všetky nepriaznivé očakávania v rôznych situáciách sociálneho prostredia, v našom prípade v pobytovom zariadení pre seniorov. Pomoc a podpora rovnováhy medzi klientom a jeho sociálnym prostredím je podmienená zameraním na komplex rôznych okolností, ktoré vo svojom súhrne predstavujú špecifickú životnú situáciu klienta. Táto situácia bola podmienená karanténou v prvej koróna vírovej epidémii COVIDu-19. V rámci týchto nových a závažných podmienok sa sociálni pracovníci zaoberajú viac situáciami klientov a jednotlivými službami, ktoré poskytujú a ktoré bývajú spravidla tým lepšie, čím viac sa im darí vidieť situáciu klienta v celku.

Sociálny pracovník využíva seba ako pracovný nástroj, čiže svoje znalosti, schopnosti a vlastnosti v prospech klienta aj v týchto zložitých a náročných podmienkach. Pre samotnú prácu sociálneho pracovníka je v súčasnosti nevyhnutné, aby na profesionálnej úrovni zvládol komunikáciu s klientom. Aby si udržal nadhľad nad závažnou epidemickou situáciou COVIDu-19 a dokázal odhadnúť optimálnu mieru angažovanosti v rámci psycho-sociálnej podpory. Sociálny pracovník sa v súčasnosti musí obzvlášť kontrolovať a ovládať svoju emotívnu stránku tak, aby u klienta nevyvolával negatívne pocity (Tůma, 2011). Jeho úlohou je klienta podporovať s vierou v jeho sily a vytvárať pozitívne pocity v neľahkej epidemickej situácii COVIDu-19.

Z uvedených výsledkov vyplýva, že sociálni pracovníci zo zariadenia pre seniorov napĺňajú požadovanú kvalitu v poskytovaní sociálnych služieb podľa teoreticko-praktických východísk, keď konkrétne poskytujú psycho-sociálnu podporu a pomoc prijímateľom sociálnych služieb, teda seniorom, ktorým poskytujú uvedenú podporu v pobytovom zariadení v súlade s ochrannými opatreniami. Rovnako ako sociálni pracovníci, tak aj mnohé zariadenia poskytujúce sociálne služby musia dbať v súčasnej dobe na zvýšené protiepidemiologické opatrenia, a to z dôvodu zhoršenia stavu epidémie COVIDu-19 v spoločnosti.

POUŽITÉ ZDROJE

- [1] FERJENČÍK, J. 2000. *Úvod do metodologie psychologického výzkumu: jak zkoumat lidskou duši*. Praha: Portál, ISBN 978-80-7367-815-9.
- [2] HENDL, J. 2004. *Přehled statistických metod zpracování dat: analýza a metaanalýza dat*. Praha: Portál, ISBN 80-7178-820-1.
- [3] KEČKÉŠOVÁ, M. 2005. *Základy práva sociálneho zabezpečenia*. 1.vyd. Bratislava: Občianske združenie sociálna práca, ISBN 80-89185-15-0.
- [4] LACA, S., KOLLARČÍKOVÁ, J. 2015. *Starostlivosť o seniorov v kontexte sociálnej práce*, Praha: PVŠPSS, ISBN 978-80-904748-9-5.
- [5] LACA, S. 2015. *Social care as a phenomenon of seniors' quality of life*, Praha: PVŠPSS, ISBN 978-80-904748-7-1.
- [6] LACA, P. 2011. Syndróm vyhorenia u ľudí pracujúcich v oblasti opatrovateľskej starostlivosti. In *Zborník príspevkov z medzinárodnej vedeckej konferencie Spolupráca pomáhajúcich profesií v paliatívnej a hospicovej starostlivosti*. Bardejov: VŠZaSP, s. 188-198. ISBN 978-80-8132-016-3.
- [7] MATOUŠEK, O. 2003. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, ISBN 978-80-262-0213-4.
- [8] MIOVSKÝ, M. 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Vyd. 1. Praha: Grada, ISBN 80-247-1362-4.
- [9] PRUŠA, L. 1997. *Obce, města, regiony a sociální služby*, 1.vyd. Praha: Socioklub, ISBN 80-902260-1-9.
- [10] TŮMA, J. 2011. *Sociální práce a nová náboženská hnutí*. Brno: Marek, ISBN 978-80-87127-31-5.
- [11] *Zákon č. 448/2008 o sociálních službách a o změně a doplnění zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenském podnikání (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov*. [online]. [citované 2021-03-03] Dostupné na internete: <https://www.zakonypreludi.sk/zz/2008-448>.

RESEARCH STUDY OF SUPPORT AND ASSISTANCE OF SOCIAL WORKERS TO SENIORS DURING THE FIRST QUARANTINE OF COVID-19



ABSTRACT

The presented research study deals with psycho-social support for seniors during the first corona of viral quarantine in a facility for the elderly in Rožňava. The research study is focused on the first wave of the corona epidemic in the town of Rožňava, where the most infected - positively tested people, seniors in institutional care in residential facilities.

Aim of the study: The main goal of the research study was to determine satisfaction with the provided psycho-social support for seniors during the first corona of the COVID-19 viral quarantine from social workers.

Research sample and settings: The research sample of the study consisted of 50 clients - seniors in a facility for the elderly in Rožňava, who were separated from the sick and from a personal meeting with their family in the first COVID-19 viral quarantine. Seniors were informed about the usefulness of the research study and the completion of the questionnaire.

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

doc. PaedDr. Slavomír Laca, Ph.D.
Pražská vysoká škola psychosociálních
studií, s.r.o.
Hekrova 805
149 00 Praha 11- Háje
e-mail: laca@pvspcs.cz

doc. ThLic. Peter Laca, Ph.D.
Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej
práce sv. Alžbety, Bratislava
DP bl. Sály Salkaháziovej
Kósu Schoppera 22
048 01 Rožňava, Slovenská
Republika
e-mail: peter.laca16@gmail.com

Statistical analysis: The mathematical-statistical method of chi-square test of the independence of the criteria of individual research hypotheses was used to compare the interviewed clients - respondents within gender.

Results of the research study: Seniors in the residential facility during the first corona of the COVID-19 viral quarantine are satisfied with the provided social services, as evidenced by a research study and their answers in a questionnaire survey, where more than 72.5% of participants stated satisfaction with the approach of a social worker. It is clear from the results of the research survey that the participants used the help and support of a social worker during the quarantine of the first wave of COVID-19.

KEYWORDS:

COVID 19, senior, social worker, social services, help, psycho-social support

FYZICKÁ MANIPULACE Z POHLEDU SESTER

DRAHOMÍRA FILAUSOVÁ
ROMANA BELEŠOVÁ
HANA HAJDUCHOVÁ
JIHOČESKÁ UNIVERZITA
V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH

ABSTRAKT

Fyzickou manipulaci s pacienty lze charakterizovat jako komplexní proces, se kterým se ve zdravotnictví setkává ošetřující personál během výkonu své profese každý den. Významnou prioritou při manipulaci s pacienty by měla být zejména snaha o zaručení bezpečí jak pro pacienty tak i pro manipulující personál. Práce vázané s manipulací pacientů bývají často u zdravotníků spojovány nejen s rizikem poškození muskuloskeletárního systému, ale rovněž i s rizikem časté pracovní neschopnosti zdravotníků. Doporučovaná metoda pro manipulaci s pacienty vychází z ergonomických zásad založených na snižování fyzické zátěže muskuloskeletárního systému v souvislosti s holistickým plněním potřeb pacientů a s ohledem na kvalitu poskytované péče. Významnými aspekty při prevenci problémů a rizik souvisejících s manipulací pacientů jsou např. znalosti, dovednosti ze strany ošetřujícího personálu, pracovní podmínky, ekonomická situace, atd.

Cíl: Příspěvek podává informace o pohledu směnných všeobecných sester z vybraných nemocnic Jihočeského kraje na fyzickou manipulaci s pacienty.

Metodika: Výzkum byl realizován kvalitativní metodou za využití ohniskové skupiny účelového výběru. Data byla analyzována

v programu ATLAS,ti8. Na základě analýzy dat kódováním byly vytvořeny hlavní kategorie a jejich podkategorie.

Výsledky: Z analýzy dat vyplynulo, že sestry vnímají fyzickou manipulaci s pacientem jako důležitou, fyzicky i časově náročnou, zejména z důvodu nedostatku personálu a v souvislosti se zvyšující se hmotností pacientů.

Závěr: Sestry nahlíží na fyzickou manipulaci s pacientem jako na podstatný a důležitý aspekt v péči. Všeobecné sestry ovšem vnímají v této problematice značné rezervy v podobě jejich proškolení zabezpečeného managementem nemocnic. Význam školení odůvodňovaly nejen požadavkem prevence vzniku jejich zranění a ale také potřebou zachování si vlastního zdraví.

KLÍČOVÁ SLOVA:

fyzická manipulace, ošetřovací jednotka, pacient, všeobecná sestra

ÚVOD

Jedním ze základních aspektů péče o pacienty je i fyzická manipulace s nimi. Včasná mobilizace pacientů zabraňuje vzniku komplikací zejména týkající se imobility a také udržuje soběstačnost pacientů.

Mobilizace pacientů za účelem zlepšení péče o ně však zvyšuje fyzické nároky na zdravotnický personál a v případě nesprávné manipulace hrozí i riziko zranění (Dennerlein et al., 2017, str. 336). Bewick a Gardner (2000, str.209) i Nelson (2006, str.13, 14) uvádějí, že zdravotničtí pracovníci, zejména všeobecné a praktické sestry a pečovatelé jsou predisponováni k muskuloskeletálním zraněním v důsledku manipulace s pacientem. Díky nesprávné manipulaci je u zdravotnických pracovníků vysoký výskyt poruch pohybového aparátu (Holtermann et al., 2013, str. 168). Aby u zdravotníků nedocházelo k poraněním (zpravidla dolní části zad) měli by s pacienty manipulovat tak, aby zohlednili své zdraví ale i zdraví a bezpečnost pacientů. Manipulace s pacienty je jeden z faktorů, které hrají důležitou roli v etiologii bolestí zad z povolání u zdravotníků (Radovanovic a Alexandre, 2004, str. 321). Většina bolestí zad vzniká z důvodů mechanických, některé však mají multifaktoriální základ a podklad v biomechanickém přetížení. Hlavními rizikovými problémy je hmotnost pacienta, frekvence manipulace a metody, které se používají ke změně polohy u pacienta. K faktorům, zvyšujícím riziko bederních bolestí, lze přiřadit náročnou, těžkou, fyzickou práci, zvedání a manipulaci s břemeny, nesprávné postavení (tzn. zvedání těžkých břemen, rotaci horní části těla, statický postoj), pracovní podmínky, psychosociální faktory (malou sociální podporu, monotónní aktivity, demotivující práci) a organizační faktory (nevhodnou organizaci práce) (Menoni et al., 2015, str. 33,34).

V České republice nejsou potíže s bederní páteří na seznamu nemocí z povolání, i když lékařská veřejnost se toto snaží již řadu let prosadit. Šmehilová (2015) zastává názor, že k nejrizikovějším zaměstnáním, týkajících se muskuloskeletálních poruch (dále MSD), patří zaměstnání zdravotní sestry a pracovníků v sociálních službách. Příčinou vzniku MSD jsou úkony při manipulaci s pacienty, zejména při zvedání, přesouvání a při změnách jejich poloh (Šmehilová, 2015).

ANA (Americká asociace sester) vydala národní standard pro bezpečnou manipulaci s pacienty, s cílem zamezit pracovním úrazům vzniklých v souvislosti s manipulací (ANA, 2013). V České republice takový standard neexistuje. Výuce správné manipulace se věnují publikace v rámci kapitoly rehabilitačního ošetřovatelství a jde tedy pouze o nevelký úsek ošetřovatelských knih. Oproti tomu v zahraničí je možné nalézt mnoho knih věnujících se této problematice. Ve všech zahraničních učebnicích pro sestry jsou uvedené zákonné normy, včetně WHO norem, kde je detailně popsána tato problematika. Další kapitoly se věnují kosterně svalovému systému a jeho funkci, také je uvedeno, jakým způsobem má být zhodnoceno riziko před samotnou činností. Zhodnocení rizik se týká několika oblastí,

co má být provedeno; zhodnocení individuálních možností pacienta i personálu; jaké je břemeno (velikost, vstupy, drény aj.); jaká je osoba pacienta, jeho zdravotní a psychický stav a zda je možná jeho spolupráce; prostředí (prostor, podlaha, překážky); jaké mohou být použity pomůcky (druhy, funkčnost, dosažitelnost); další ovlivňující faktory (např. stres, nedostatek personálu, organizace práce, politika organizace) (Mac Gregor, 2016, str. 15, 16).

Cílem studie bylo posoudit postoje všeobecných směnových sester k fyzické manipulaci s pacientem ve vybraných nemocnicích Jihočeského kraje.

MATERIÁL A METODY

Pro výzkum byla zvolena kvalitativní metoda za využití ohniskové skupiny, jedné z nejprogressivnějších kvalitativních metod pro získávání dat (Miovský, 2006, str. 175). Sběr dat byl realizován v měsíci prosinec roku 2019. V rámci výzkumu byly osloveny ohniskové skupiny sester (focus group) za pomoci účelového výběru. Ohniskové skupiny zastupovaly sestry z vybraných ošetrovacích jednotek. Kritéria výběru výzkumného souboru byla profese všeobecná sestra u lůžka pracující na směny, vybraná zdravotnická zařízení (Nemocnice Prachatice, a.s., Nemocnice Tábor, a.s., Nemocnice Jindřichův Hradec, a.s. a Nemocnice Strakonice, a.s.), vybrané ošetrovací jednotky (jednotka intenzivní péče, jednotka anesteziologicko-resuscitačního oddělení, jednotka chirurgického oddělení, jednotka interního oddělení a oddělení následné péče) a ochota sester spolupracovat. Skupiny sester jednotlivých nemocnic jsme pro přehlednost označili S1CB, S2PR, S3P, S4JH až S5S (tabulka 1). Rozhovory v rámci ohniskových skupin byly nahrávány na audiozáznam a následně byly doslovně přepsány. Získaná data byla analyzována v programu ATLAS.ti8. Na základě analýzy dat „kódováním“ byly vytvořeny 2 hlavní kategorie a jejich podkategorie.

Tab. 1: Výzkumný soubor všeobecných sester

Položka	Výzkumný soubor
S1CB	Směnové všeobecné sestry Nemocnice České Budějovice, a.s.
S2PR	Směnové všeobecné sestry Nemocnice Prachatice, a.s.
S3P	Směnové všeobecné sestry Nemocnice Písek, a.s.
S4JH	Směnové všeobecné sestry Nemocnice Jindřichův Hradec, a.s.
S5S	Směnové všeobecné sestry Nemocnice Strakonice, a.s.

Legenda: a.s. – akciová společnost

1. Hlavní kategorii Fyzická manipulace a sestry tvořily podkategorie Definice fyzické manipulace s pacientem, Komunikace při fyzické manipulaci, Legislativa, Měření a spolupráce pacienta, Překážky fyzické manipulace, Sledování poranění sester při fyzické manipulaci, Spolupráce pacienta, Zajištění bezpečnosti pacienta, Zásady a principy

fyzické manipulace. Součástí 2. Hlavní kategorie byly podkategorie Měřicí nástroje pro sledování rizika poranění, Návrhy změn, Zajištění fyzické manipulace na oddělení, Zajištění bezpečnosti sester, Vzdělávání zdravotnického personálu. V podkategoriích jsou pro bližší ilustraci problematiky použity přímé řeči všeobecných sester v zastoupení jednotlivých ošetrovacích jednotek a jednotlivých nemocnic. Přímé řeči jsou uvedeny v uvozovkách a odlišeny od ostatního textu kurzívou.

VÝSLEDKY A DISKUZE

HLAVNÍ KATEGORIE FYZICKÁ MANIPULACE A SESTRY

1. Podkategorie Definice fyzické manipulace s pacientem

V této podkategorii jsme se zajímaly o to, co si všeobecné směnové sestry z vybraných nemocnic a ošetrovacích jednotek představovaly pod pojmem „fyzická manipulace s pacientem“. Všeobecné sestry ze všech skupin se shodly na tom, že fyzická manipulace s pacientem je jakákoliv manipulace s pacientem v lůžku i mimo lůžko. Sestry 4SJH k tomuto ještě upřesnily, že se jedná o činnosti, jako jsou např. přesuny na lůžku, polohování, pomoc při hygieně, pomoc při krmení pacientů, při rehabilitaci, při převazech pacientů, při přesunech pacientů na vyšetření.

2. Podkategorie Komunikace při fyzické manipulaci

Z podkategorie Komunikace při fyzické manipulaci je zřejmé, že sestry ve většině případů vnímaly zajištění pacientovy bezpečnosti při manipulaci zejména v komunikaci sestry s pacientem. Důraz na vhodnou a individuální komunikaci s pacientem kladly všechny skupiny sester. Sestry S3P u významu role komunikace s pacientem při fyzické manipulaci ještě zdůraznily důležitost komunikace i s rodinnými příslušníky, s lékaři, s fyzioterapeuty a s ostatními členy multidisciplinárního týmu, kteří se podílejí na léčbě a péči o pacienty.

3. Podkategorie Legislativa

Tato podkategorie vypovídá o názoru sester na zajištění jejich vlastní bezpečnosti při fyzické manipulaci. Z odpovědí sester na tuto problematiku bylo patrné, že největší problém všeobecné sestry spatřují v legislativě, která se zabývá fyzickou manipulací s pacienty. Sestry S1CB na toto téma sdělily, že největší problém vidí v legislativě, kterou je dáno, že pacient není považován za břemeno. S1CB zmínily: *„Tam je pořád napsáno, že pacient není břemeno, takže je jedno, jestli má 100 nebo 150 kilogramů. Prostě sestra s ním musí manipulovat, ať chce nebo nechce.“* Sestry S3P se také nedomnívají, že by jim legislativa v dané oblasti pomáhala, ba naopak a uvedly: *„Legislativa je spíš proti nám. Myslím tím, že jak se dívají na hasiče, jak se dívají na policii, jak se dívají na záchranku. Těch hasičů je tam pět chlapů. Tady, když vezmu na internu na pět oddělení, na každé oddělení jednu sestru a sanitáře. Takže já si myslím, že legislativa je spíš proti nám a vlastně nám není přiznán ani jeden příplatek.“* Sestry u lůžka S4JH zastávaly názor: *„V zákoně je to sice daný, ale těžko se to dá dodržovat, když tam máme, že můžeme zvedat*

nějaký počet kilogramů, že bychom se otočily a řekly, ten je těžkej, to jdu pryč.“ Sestry S5S se k danému problému vyjádřily: „Asi bychom to měly vědět. Je pacient břemeno?“ „To si nemyslím.“ „Svým způsobem je, když má 150 kilo a leží.“ „Pacienti přibývají.“ „Při manipulaci by měl být dostatek personálu. Je to to nejzákladnější.“

4. Podkategorie Měření a spolupráce pacienta

V otázce vnímání pacienta při fyzické manipulaci v souvislosti s jeho nedostatečnou samostatností zmiňovaly sestry S1CB, S3P, S5S využívání hodnotících nástrojů jako je Barthelové test, hodnocení pro riziko pádu, Bradenové stupnice rizika vzniku dekubitů.

Sestry S3P k tomuto ještě uvedly, že používané měřicí nástroje hodnotí a aktualizují u každého pacienta po týdnu hospitalizace na jejich ošetrovací jednotce. Sestry S1CB k problematice spolupráce pacienta při fyzické manipulaci dodaly: *„Tak řekneme mu, chyťte se za hrazdičku a uvidíme, jestli ten pacient to udělá nebo neudělá a zeptáme se ho, jestli nám pomůže, aby se chytil postraníce, aby se přitáhl na tu jednu stranu, a podle toho vidíme, jak ten pacient je soběstačnej v tý posteli. Skrčit nohy, aby nám pomohl, aby se vyhoupl nahoru.“* Sestry S3P k hodnocení spolupráce pacienta sdělily: *„Při příjmu se píšou.“ „To asi nemáme. Při příjmu se akorát píše, jestli je pacient soběstačný nebo není a jestli potřebuje pomoci s jídlem, s oblíkáním, jako takhle...“* Sestry S4JH uvedly, že záleží na pacientově spolupráci a soběstačnosti, o čemž získávají informaci z lékařské diagnózy daného onemocnění, z porovnání pacientova chování při přijetí a z následného chování při hospitalizaci a z posouzení jeho zdravotního stavu. Také je pro všeobecné sestry podstatné, zda má pacient zájem s nimi trochu spolupracovat.

5. Podkategorie Překážky fyzické manipulace

V této podkategorii nás zajímalo, jaké vnímají směnové sestry překážky při fyzické manipulaci s pacientem. Směnové sestry ze všech vybraných nemocnic se shodly na tom, že základním problémem při fyzické manipulaci s pacientem je nedostatek personálu, jak sester, tak pomocného personálu. Sestry S3P upřesnily: *„Není problém v těch sestrách, ale v tom nižším zdravotnickým personálu“* a dále uvádí: *„Kdyby nás tam bylo pět ženských, tak to nevynahradí, kdyby tam byli dva silný chlapi.“* S nedostatkem personálu souvisí i nedostatek času na správnou manipulaci s pacientem, jak zmiňují S3P: *„Pracujeme kolikrát v časovém presu, že třeba o noční jsme tam ve dvou, musíme ustlat celý oddělení, takže jako, že bysme se zdržovaly tím, že jako odsuneme postel, pak si ji zvedneme nahoru, takže toho pacienta normálně my rveme, aniž bysme si tu práci ulehčily zvedáním té postele.“*

Sestry S1CB a S5S jako další překážku zmínily hmotnost pacienta *„někdy je to i ve dvou problém, když je to nějaký obézní pacient.“*

Další překážkou pro fyzickou manipulaci byl zmíněný nedostatek prostoru, který udávaly sestry S1CB, S2PR, S3P. Například sestry S3P uvedly v případě použití zvedáku, který

mají na oddělení k dispozici, že musí odsunout všechny postele na pokoji, aby se dostaly k pacientovi, s nímž potřebují manipulovat. Prostor je omezený i z důvodu rozmístěných přístrojů, potřebných pro ošetrovatelskou péči (např. infuzním pumpám, dávkovačům a agregátům k antidekubitním matracím).

Matrace jako překážka pro správnou manipulaci s pacientem byla zmíněna sestrami S1CB, které popisovaly použití paměťových matrací pro správnou fyzickou manipulaci jako nevhodné. Vzhledem k tomu, že pacienti jsou často imobilní, paměťová matrace působí jako další zátěž pro zdravotnický personál. Problém s matracemi uvedly i sestry S4JH, které vnímají problém u starých proležených matrací, díky kterým je manipulace s pacientem náročnější.

Matrace jsou neoddelitelnou součástí lůžka, která byla uváděna jako další překážka ke správné manipulaci s pacientem. Nevyhovující lůžka uváděly sestry S1CB a S5S, které vidí nedostatky v mechanických lůžkách, jež se nedají ani výškově přizpůsobit k výšce sester „*Polohovací lůžka ještě nemáme a musíme se ohýbat k tý nízký posteli.*“

6. Podkategorie Sledování poranění sester při fyzické manipulaci

Tato podkategorie se zabývá problematikou, zda je nějakým způsobem sledováno poranění sester při fyzické manipulaci s pacienty. Sestry všech oslovených nemocnic shodně uvedly, že se v případě nějakého úrazu hlásí toto jako nežádoucí událost. Sestry S1CB podotkly, že se poranění má hlásit jako nežádoucí událost, ale často to sestry neřeší, neboť mnoho z nich mělo nějakou újmu na zdraví, avšak nehlásily to. Sestry S5S naopak poznamenaly: „*Se to vůbec nesleduje, protože záda bolí každého*“ a „*Když už jsou fakt úrazy, tak se píše pracovní úraz.*“

7. Podkategorie Spolupráce pacienta

Z této podkategorie je zřejmé, zda a jakým způsobem pacient při manipulaci spolupracuje s ošetrovatelským personálem. V tomto případě se oslovené sestry shodly, že záleží na každém pacientovi individuálně. Jsou pacienti, kteří se snaží být nápomocni, v tomto případě jde zejména o pacienty, kteří dostali informaci, co s nimi bude ošetrovatelský personál dělat a jak mohou při manipulaci s nimi sestram pomoci. Sestry S1CB uvedly: „*Poučenej pacient přispěje k prevenci jakéhokoliv úrazu nebo poškození.*“ Sestry S5S k tomuto tématu ještě dodaly: „*Se musí mluvit pomalu a musí mluvit jeden člověk, pokud chceme získat pacienta pro spolupráci.*“ Sestry S1CB, S4JH a S5S zdůraznily narůstající problém se zvyšující se hmotností pacientů a i s jejich problematickou spoluprací.

8. Podkategorie Zajištění bezpečnosti pacienta

Tato podkategorie se zabývá názory sester na zajištění bezpečnosti pacienta při fyzické manipulaci. Sestry S1CB, S3P, S4JH a S5S shodně uvedly, že pacient je zabezpečen pomocí postranic na lůžku a signalizačního zařízení, které je mu dáno na dosah ruky. Sestry S1CB zmínily proškolený personál, který také zvyšuje pacientovu bezpečnost. Sestry S3P řekly,

že bezpečnost se odvíjí i od správně edukovaného pacienta: „*Aby vždy pacient věděl, co se s ním bude dělat.*“

9. Podkategorie Zásady a principy fyzické manipulace

V podkategorii Zásady a principy fyzické manipulace jsou popsána pravidla, podle nichž by měla být fyzické manipulace s pacientem uskutečňována. Sestry S1CB popisovaly důležitost ochrany zad: „*Aby to člověk netahal těma zádama a aby tam někoho měl a když je těžkej pacient, tak ve třech.*“ Sestry S3P jmenovaly pouze zásadu dostatečně poučeného pacienta při jakékoliv manipulaci s ním. Správný postoj, správnou obuv, správnou výšku postele, zvedání pacienta s pomocí a také zajištění bezpečnosti pacienta sdělily sestry S4JH.

HLAVNÍ KATEGORIE FYZICKÁ MANIPULACE A MANAGEMENT

1. Podkategorie Měřicí nástroje pro sledování rizika poranění

Podkategorie Měřicí nástroje pro sledování rizika poranění vypovídá o názorech všeobecných sester na oblast zajištění fyzické manipulace s pacientem ze strany managementu jejich zdravotnického zařízení. Všeobecné sestry ze všech dotazovaných skupin z vybraných nemocnic se k této problematice vyjádřily, v tom smyslu, že je u pacientů sledováno a hodnoceno riziko pádu.

Sestry S3P k tomuto ještě doplnily: „*Riziko pádu, kde vlastně vyplňujeme jednak, jestli pacient nemá nějaký postižení vizuální, třeba jestli vidí, nevidí. Jestli nebere třeba léky, který mohou ovlivnit jeho psychický stav a potom jestli používá nebo nepoužívá k pohybu nějaký pomůcky, jestli je zvládne používat sám nebo jestli potřebuje dopomoc toho personálu i s tou pomůckou.*“

2. Podkategorie Návrhy změn

Z této podkategorie je zřetelné, jak nahlíží všeobecné sestry na problematiku zajišťování různých školení, seminářů, kurzů v souvislosti s fyzickou manipulací s pacientem ze strany managementu zdravotnického zařízení. Sestry S1CB uvedly: „*Je to možná o změně nějakýho přístupu nás sester, že asi bychom měly začít víc myslet na sebe a na ty svoje záda a s tím, že teda dobře, bude to dýl trvat, ale ušetřím si já svoje zdraví nebo nevím, ale těch školení neprobíhá skoro nic moc.*“ „*Myslím, že má nemocnice určité rezervy.*“

Všeobecné sestry S2PR, S3P, S4JH k pozitivnímu přístupu jejich managementu kromě školení dodaly ještě zajištění dostatečného množství pomůcek a vybavení usnadňující fyzickou manipulaci s pacientem.

3. Podkategorie Zajištění fyzické manipulace na oddělení

V této podkategorii je popsáno, jak je zajištěna fyzická manipulace na oddělení. Všechny sestry se shodly, že fyzická manipulace je zajištěna pomocí pomůcek. Nejméně spokojené

s těmito pomůckami byly sestry S1CB. Dostatek pomůcek uvedly sestry S3P – „*polohovací lůžka, pojízdná vana, přetahovací prkno, takový popruhy, kde jsou ty pásy (2:4) pro přesuny na klozetový křesla, elektrický zvedák.*“ Sestry S3P popsaly kromě elektrických polohovacích postelí také tzv. „*polohovačku.*“ „*Závěsný systém, polohovací roblu, hrazdičky, podložky, zábrany a polohovací pomůcky*“ zmínily sestry S4JH, ty kromě toho uvedly: „*Jsou někteří lékaři, že když vidí, že jsou dvě sestry a že ten pacient je těžkej, tak přijdou a pomůžou.*“ Zabezpečení školení ošetřující personálu zmínily sestry S2PR, S3P a S4JH.

4. Podkategorie Zajištění bezpečnosti sester

Tato podkategorie se zabývá názory sester na zajištění jejich bezpečnosti při fyzické manipulaci. Sestry S1CB se domnívají, že vzhledem k tomu, že ne všechna oddělení mají elektrická, polohovací lůžka, a není dostatek personálu, není bezpečnost sester nijak zajištěna. Stejného názoru jsou i sestry S3P i když uvádějí, že mají znalosti o správném držení těla a jsou si vědomy toho, že nemají provádět složitou manipulaci samy. Správné držení těla, správnou obuv a výšku postele přizpůsobenou výšce sestry uváděly i sestry S4JH. Sestry S5S popisovaly, že nikdo ze strany managementu jejich bezpečnost při manipulaci s pacientem neřeší.

5. Podkategorie Vzdělávání zdravotnického personálu

Z podkategorie Vzdělávání zdravotnického personálu vyplývá, že všechny sestry, které se zúčastnily výzkumného šetření, se shodují na prospěšnosti a přínosu školení týkající se fyzické manipulace s pacienty. Sestry S1CB uvedly, že díky proškolenému personálu v oblasti fyzické manipulace je zajištěna bezpečnost pacientů a také poukázaly na význam takového školení pro nižší zdravotnický personál, neboť ten se ve velké míře podílí na této manipulaci s pacienty. Žádné takové školení pořádané managementem však v nemocnici nezaznamenaly. Jedna ze sester S1CB uvedla: „*Jsem v praxi 10 let a na školení jsem ještě přes to polohování a jak se starat o pacienta nebyla nebo mi to ještě nebylo nabídnuto nebo o tom nevím.*“ Sestry S3P zmiňovaly školení o bezpečnosti práce a také školení týkající se kinestetiky. Zároveň zmínily, že by uvítaly tato školení s větší intenzitou a ideálně pro personál před nástupem na oddělení (do zaměstnání). Pro povinné školení jsou i sestry S2PR, v jejich nemocnici školení o polohování pacientů a správné manipulaci s nimi probíhá. Sestry S4JH uvedly, že se zúčastňují školení týkající se bezpečnosti práce a také školení s „*rehabilitační pracovníci, která nám ukazovala, jak máme stát, když polohujeme a posazujeme pacienta.*“ Za přínosné považují školení týkající se fyzické manipulace i sestry S5S, které sdělily, že se v této problematice vzdělávají samostudiem.

DISKUZE

Účelem naší studie bylo získat informace o postojích všeobecných směnových sester pracujících na vybraných ošetrovacích jednotkách ve vybraných nemocnicích Jihočeského kraje k fyzické manipulaci s pacientem. Na otázku, co si představují

pod pojmem fyzická manipulace, sestry ze všech 5 nemocnic se shodly na názoru, že se jedná o jakoukoliv manipulaci s pacientem, jakýkoliv pohyb, který s pacientem vykonají. Stejně tak je manipulace s pacienty v knize Lemon 3 charakterizována jako veškeré činnosti sestry při zvedání, přenášení, podporování a mobilizaci pacienta, které se dějí v souvislosti s jeho ošetřováním (Kolektiv autorů, 1997, str. 60). Samaei et. al. (2017, str. 551) považují fyzickou manipulaci s pacientem za jednu z hlavních intervencí při poskytování péče ošetřovatelským personálem, při které je vyvíjen tlak na jejich bederní páteř. Výzkum prokázal v období 12 měsíců prevalenci poškození v oblasti bederní páteře u 69,5 % sester (Samaei et al., 2017, str. 556).

K problematice zajištění pacientovy bezpečnosti při fyzické manipulaci zdůrazňovaly sestry ve většině případů význam komunikace s pacientem. Pomocí komunikace zjišťují sestry informace o pacientových možnostech, týkajících se manipulace s ním. Vybíral (2009, str. 31, 33) uvádí, že motivace ke komunikaci může být kognitivní; mezi pět hlavních funkcí komunikování patří informovat, instruovat, přesvědčit, vyjednat, pobavit.

Na otázku, jak pociťují zajištění své vlastní bezpečnosti při fyzické manipulaci s pacientem, sestry uváděly jako největší problém legislativu, kterou je dáno, že pacient není považován za břemeno. Např. sestry S1CB k tomu sdělily: „*Tam je pořád psáno, že pacient není břemeno, takže je jedno, jestli má 100 nebo 150 kilogramů*“. Jak zmiňuje Waters (2007, str. 55) mezi faktory, které představují riziko zranění zdravotnických pracovníků, právě patří činnosti související s manipulací s pacienty a jejich mobilizací; požadavky na pracovníky při poskytování péče pacientům často překračují doporučený limit pro úkony (35 liber = 15,87 kg) spojené s manipulací. S ohledem na vysokou míru poruch pohybového ústrojí u zdravotnických pracovníků však Americká asociace sester již dříve obhajovala odstranění ruční manipulace s pacientem. Přes tato doporučení existují zákony vyžadující bezpečné zacházení s pacienty a programy mobilizace ve zdravotnických zařízeních pouze v 11 z 50 států; nebyly schváleny žádné federální právní předpisy, které by pověřovaly programy bezpečné manipulace s pacienty, a to i přes výzkum podporující používání vícesložkových ergonomických zásahů k řešení rizik fyzické manipulace (Program MDoPHOHS, 2014, str. 36, 37, 38). Radanovic a Alexandre (2004, str. 321) také popisují, hmotnost pacienta jako jeden z rizikových faktorů pro fyzickou manipulaci a doporučují u obézních pacientů využít pomoc mechanického zařízení, kdykoliv je to možné. Stejní autoři uvádí i nedostatek prostoru jako další překážku pro fyzickou manipulaci. Nedostatek prostoru je spojován s omezením pohybu, a to vede k bolesti zad u ošetřujícího personálu.

V oblasti vnímání pacienta při fyzické manipulaci v souvislosti s jeho nedostatečnou samostatností uváděly sestry S1CB, S3P, S5S využívání měřících nástrojů jako je Barthelové test, hodnocení pro riziko pádu, Bradenové stupnice rizika vzniku dekubitů. V zahraniční literatuře, týkající se fyzické manipulace, je uvedeno hodnocení z hlediska svalové síly u pacienta, zda udrží rovnováhu (stabilitu); sestry by v této souvislosti měly používat srozumitelný jazyk, aby pacient mohl říci, co vše dokáže sám. Také by měla být vybrána

vždy taková „manipulační technika“, která podporuje nezávislost pacienta, nikdy by se neměly používat nevhodné (kontroverzní) techniky (např. vysunování pacienta při úchopu za podpaží, přesun bez zabezpečení pacienta, atd.). Pokyny pro pacienta by měly být jasné a měly by obsahovat takové informace, na základě kterých by bylo možné provádět manipulaci s pacientem bezpečně (Mac Gregor, 2016, str. 13, 31).

Ve výzkumu nás dále zajímalo, jak vnímají směnové sestry překážky při fyzické manipulaci s pacientem. Směnové sestry ze všech vybraných nemocnic se shodly na tom, že základním problémem při fyzické manipulaci s pacientem je nedostatek personálu, jak sester, tak pomocného personálu. Sestry S1CB a S5S jako další překážku zmínily hmotnost pacienta „někdy je to i ve dvou problém, když je to nějaký obézní pacient.“ Pacient by měl být zhodnocen z hlediska – hmotnosti, výšky pacienta, úrovně vědomí, pohyblivosti v posteli, přesunů z postele (na židli a naopak), chůze, použití katétrů a také z hlediska zařízení používané pacientem (monitory, infuzní pumpy, atd.) a z hlediska prostředí (Radanovic a Alexandre, 2004, str. 324). Další překážkou pro fyzickou manipulaci byl zmíněný nedostatek prostoru, který udávaly sestry S1CB, S2PR, S3P. Například sestry S3P a S2PR uvedly v případě použití zvedáku, který mají na oddělení k dispozici, že musí odsunout všechny postele na pokoji, aby se dostaly k pacientovi, s nímž potřebují manipulovat. Prostor je omezený i z důvodu rozmístěných přístrojů, potřebných pro ošetrovatelskou péči (např. infuzní pumpy, dávkovače a agregáty k antidekubitním matracím). V prostředí by ošetřující personál měl mít dostatek fyzického prostoru pro pohyb s pacientem v lůžku i pro pomoc při jeho přesunu. Dalším důležitým faktorem prostředí je výškově nastavitelné lůžko, rovná podlaha, invalidní vozíky s možností uzamknutí kol (Radanovic a Alexandre, 2004, str. 322).

Co se týká problematiky sledování poranění sester při fyzické manipulaci s pacienty, všechny sestry z oslovených nemocnic se shodně vyjádřily, že každý úraz je hlášen jako nežádoucí událost. Poruchy muskuloskeletární soustavy bývají nejčastějšími pracovními úrazy a bývají i častou příčinou nemoci u zdravotnických pracovníků v USA. V letech 2003 – 2009 byla realizována studie zabývající se fyzickou manipulací s pacienty, při které bylo prokázáno, že v případě dodržování pravidel a zásad sestrami při fyzické manipulaci, může být podstatně snížen výskyt poruchy muskuloskeletární soustavy u pracovníků ve zdravotnictví (Kim et al., 2012, str. 683).

Z výzkumného šetření je dále zřejmé, jak sestry nahlíží na zajištění své vlastní bezpečnosti při manipulaci s pacientem. Sestry S1CB zastávají názor, že v jejich nemocnici je na některých odděleních problém v nedostatku elektrických, polohovacích lůžek nebo v nedostatečném množství ošetřujícího personálu a z tohoto důvodu není nijak bezpečnost sester zajištěna. Stejně tak i Pokojová a Bártlová (2018, str. 14) spatřují jako jeden z hlavních faktorů ovlivňující kvalitu a bezpečnost poskytované péče v dostatečném množství ošetřujícího personálu.

Vedle názoru sester S1CB sestry S3P a S4JH ze strany managementů těchto nemocnic ocenily dostatek poskytnutých adekvátních pomůcek k manipulaci s pacientem v podobě polohovací rolny, elektrického zvedáku, závěsného systému, elektrických polohovacích lůžek, atd. Zvedací popruhy, závěsné systémy pro pacienty při manipulaci s nimi snižují riziko poškození pohybového aparátu pro poskytovatele zdravotní péče (Peterson et al., 2015, str. 292). Je důležité, aby měl vždy ošetřující personál adekvátní pomůcku pro konkrétního pacienta, z toho důvodu je potřebné, aby na ošetřovací jednotce bylo k dispozici pro zdravotnické pracovníky dostatečné množství vhodných pomůcek k fyzické manipulaci s pacientem (Mac Gregor, 2016, str. 19).

Všechny sestry zastupující vybrané ošetřovací jednotky z vybraných nemocnic spatřovaly prospěšnost a přínos v možnosti pořádat různá školení, odborné semináře či kurzy zabývající se fyzickou manipulací s pacienty. Sestry S1CB podtrhly význam školení i pro nižší zdravotnický personál, neboť ten se na fyzické manipulaci s pacienty podílí ve velké míře. Sestry S3P kromě školení o bezpečnosti práce a kinestetiky zdůraznily častější a intenzivnější školení pro sestry, stejně tak sestry S2PR uvedly, že školení o polohování a správné manipulaci s pacienty by mělo být povinné a potvrdily také konání těchto školení v jejich nemocnici. Radanovic a Alexandre (2004, str. 324) doporučují tréninkové programy týkající se technik správné manipulace s pacienty, jako preventivní opatření k zamezení bolestí zad a úrazů u ošetřujícího personálu a zdůrazňují důležitost využívání pomůcek a zařízení pro manipulaci a přesun.

ZÁVĚR

V rámci poskytování holistické péče pacientům by měla být u zdravotníků kvalita poskytované péče prioritou. Ztratí-li pacient schopnost zvládnout své každodenní aktivity sám, většinou trpí deficitem sebezpěče a tudíž potřebuje péči druhých. Při podpoře pacientů v určité pozici či při podpoře pacientů při pohybu vzniká interakce mezi pacienty a zdravotníky, při níž zastává také významné místo adekvátní komunikace. Kromě těchto zmíněných aspektů nelze opomenout důležitost periodických školení, v nichž si sestry mohou osvojit postupy a zásady správné fyzické manipulace s pacienty. Sestry si mohou ověřit získané vědomosti v klinické praxi a díky tomu následně dochází ke snížení rizika vzniku bolestí zad u ošetřujícího personálu.

POUŽITÉ ZDROJE

- [1] AMERICAN NURSES ASSOCIATION (ANA). 2013. *Safe Patient Handling and Mobility: Interprofessional National Standards Across the Continuum*. Publisher: Nursebooks.org. Silver Springs. ISBN 9781558105195.
- [2] BEWICK, N., GARDNER, D. 2000. Manual Handling Injuries in HealthCare Workers. *International Journal of Occupational Safety and Ergonomics* [online]. 6:2, 209-221 [citováno 3.3.2021]. ISSN 2376-9130. DOI:10.1080/10803548.2000.11076452
- [3] DENNERLEIN, J. T. et al. 2017. Lifting and exertion injuries decrease after implementation of an integrated hospital-wide safe patient handling and mobilisation programme. *Occup Environ Med.* [online]. 74:336–343 [citováno 3.3.2021]. ISSN 1470-7926. DOI:10.1136/oemed-2015-103507
- [4] HOLTERMANN, A. et al. 2013. Patient handling and risk for developing persistent low-back pain among female healthcare workers. *Scand J Work Environ Health* [online]. 39:164–169 [citováno 25.2.2021]. DOI: 10.5271/sjweh.3329
- [5] KIM, H., DROPKIN, J., SPAETH, K., SMITH, F., MOLINE, J. 2011. Patient Handling and Musculoskeletal Disorders Among Hospital Workers: Analysis of 7 Years of Institutional Workers' Compensation Claims Data. *American Journal of Industrial Medicine* [online]. 55:683–690 [citováno 25.2.2021] DOI:10.1002/ajim.22006
- [6] KOLEKTIV AUTORŮ. *LEMON 3: učební texty pro sestry a porodní asistentky: etika v práci sestry, ochrana zdraví sestry, vedení a základy managementu*. 1997. Přeložil Jana HEŘMANOVÁ. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. ISBN 80-7013-244-2.
- [7] MAC GREGOR, H. 2016. *Moving and handling patients at a glance*. London: Willey Blackwell. ISBN 978-1-118-85343-6.
- [8] MENONI, O., BATTEVI, N., CAIROLI, S. 2015. *Patient Handling in the Healthcare Sector*. CRC Press Taylor&Francis Group. ISBN 978-1-4822-1718-6.
- [9] MIOVSKÝ, M. 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1362-4.
- [10] NELSON, A. 2006. *Safe Patient Handling and Movement. A Guide for Nurses and Other Health Care Providers*. New York: Springer Publishing Company, Inc. ISBN 0-8261-6363-7.
- [11] PETERSON, M. J., KAHN, J. A., KERRIGAN, M. V., GUTMANN, J. M., HARROW, J. J. 2015. Pressure ulcer risk of patient handling sling use. *JRRD* [online]. 52(3):291-300 [citováno 18.1.2021]. ISSN 1938-1352 DOI:10.1682/JRRD.2014.06.0140.
- [12] POKOJOVÁ, R., BÁRTLOVÁ, S. 2018. Ensuring a sufficient number of personnel as part of the safety culture in medical facilities. *Kontakt* [online]. 20(1) [citováno 18.1.2021]. DOI:10.1016/j.kontakt.2017.10.002
- [13] PROGRAM MDoPHOHS. 2014. *Moving into the Future: Promoting Safe Patient Handling for Worker and Patient Safety in Massachusetts Hospitals* [online]. [citováno 18.2.2021]. Dostupné z: <https://www.mass.gov/doc/moving-into-the-future-promoting-safe-patient-handling-for-worker-and-patient-safety-in/download>

- [14] RADOVANOVIC, C. A. T., ALEXANDRE, N. M. C. 2004. Validation of an instrument for patient handling assessment. *Applied Ergonomics* [online]. 35(4):321-328 [citováno 18.1.2021]. ISSN 1872-9126. DOI: 10.1016/S0003-6870(04)00055-9
- [15] SAMAEI, S. E., MOSTAFAEI, M., JAFARPOUR, H., HOSSEINABADI, M., B. 2017. Effects of patient- handling and individual factors on the prevalence of low back pain among nursing personnel. *Work* [online]. 56:551-561 [citováno 22.1.2021]. ISSN 1875-9270. DOI: 10.3233/WOR-172526
- [16] ŠMEHILOVÁ, A., 2015. Znovu břemena - problém trvá a prohlubuje se. [online] Odborový svaz zdravotnictví a sociální péče ČR. [cit. 2.3.2021] Dostupné z: <http://osz.cmkos.cz//cz/clanky/7-12-2015-znovu-bremena.aspx>.
- [17] VYBÍRAL, Z. 2009. *Psychologie komunikace*. 2. vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-387-1.
- [18] WATERS, T. R. 2007. When is it safe to manually lift a patient? *The American journal of nursing* [online]. 107:53–58 [cit. 2.3.2021] . ISSN 1538-7488. DOI: 10.1097/01.NAJ.0000282296.18688.b1

PHYSICAL HANDLING OF PATIENTS FROM THE POINT OF VIEW OF NURSES

ABSTRACT

Physical handling of patients can be characterized as a complex process that is encountered by the nursing staff every day in their work. During patient handling the effort to ensure safety both for patients and the handling staff should be the top priority. The tasks involving patient handling are often connected not only with the risk of injury of the musculoskeletal system of the health care staff but also with the risk of frequent sick leaves of the health care professionals. The recommended method for patient handling is based on the principles of ergonomics aimed at decreasing of physical load of the musculoskeletal system during holistic meeting of the patients' needs and with regard to quality of the care provided. Significant role in prevention of problems and risks connected with patient handling is played for example by knowledge and skills of the nursing staff, working conditions, economic situation, etc.

Goal: The paper brings information about the view of the staff nurses from selected hospitals of the South Bohemian region of physical handling of patients.

Methods: The research was performed by means of the qualitative method using a focus group of purposive sample. The data was analyzed using ATLAS.ti 8 software. On the basis of data analysis with coding the main categories and their subcategories were developed.

Results: The data analysis showed that the nurses perceive physical patient handling as an important, physically demanding and time

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

PhDr. Drahomíra Filausová, Ph.D.
Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Ústav ošetřovatelství, porodní asistence
a neodkladné péče
U Výstaviště 26
37005 České Budějovice
e-mail: filausov@zsf.jcu.cz

Mgr. Romana Belešová
Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Ústav ošetřovatelství, porodní asistence
a neodkladné péče
U Výstaviště 26
37005 České Budějovice
e-mail: rbelesova@zsf.jcu.cz

Mgr. Hana Hajduchová, Ph.D.
Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Ústav ošetřovatelství, porodní asistence
a neodkladné péče
U Výstaviště 26
37005 České Budějovice
e-mail: hajducho@zsf.jcu.cz

consuming work especially because of staff shortage and in connection with increasing patient weight.

Conclusion: The nurses regard physical patient handling as an essential and important aspect of care. But the general nurses perceive that there are quite extensive possibilities of further improvements in the form of their training guaranteed by the managements of the hospitals. They explained the importance of training not only by the need for prevention their injury but also by necessity to protect their own health.

KEYWORDS:

physical handling, nursing unit, patient, general nurse

VYUŽITÍ PROFYLAKTICKÝCH POMŮCEK V RÁMCI PERIOPERAČNÍ PÉČE

LUCIE POHLOVÁ
JIHOČESKÁ UNIVERZITA
V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH

ANDREA POKORNÁ
MASARYKOVA UNIVERZITA

ABSTRAKT

Cíl: Cílem studie bylo zjistit názory na efektivitu profylaktických pomůcek aplikovaných v prevenci poškození kůže v rámci perioperační péče a ověřit, jaké bariéry jsou deklarovány při používání konkrétních preventivních opatření.

Design: Dotazníkový průzkum.

Metodika: Dotazníkový průzkum u vybrané skupiny všeobecných sester pracujících na chirurgii, ortopedii, traumatologii, jednotkách intenzivní péče v chirurgických oborech a mezi perioperačními sestrami. Statistické zpracování dat probíhalo pomocí MS Excel a MS Word. Testování probíhalo pomocí Personova chí-kvadrátu na hladině významnosti $\alpha = 0,05$.

Výsledky: Ve sledovaném souboru ($n = 140$) jsme ověřily, že se liší deklarované využívání preventivních strategií v oblasti prevence kožních lézí v perioperační péči podle typu a zaměření pracoviště ($p = 0,000$). Nejméně často deklarovaly využití profylaktického krytí všeobecné sestry z ortopedie, celkově se ale využívané postupy nelišily ($p = 0,220$). Názor na efektivitu profylaktických krytí v prevenci kožních lézí se lišil dle typu pracoviště ($p = 0,001$). Nejhorší hodnocení uváděli respondenti z ortopedie. Negativní zkušenost s užíváním profylaktických krytí uvedli pouze 2 respondenti z ortopedie.

Závěr: Všeobecné sestry považovaly aplikaci profylaktických materiálů v prevenci poškození kůže v perioperační péči za účelnou a neuváděly závažné bariéry při aplikaci. Nejčastěji deklarovanou bariérou použití profylaktického krytí byla nedostatečná adherence materiálu a její shrnutí.

KLÍČOVÁ SLOVA:

kožní léze, perioperační péče, prevence, profylaktické krytí, všeobecná sestra

ÚVOD

Problematika poškození kožní a tkáňové integrity v souvislosti s operačním výkonem nabývá stále více na významu. Jedná se o relativně diskutované téma. Nejčastějšími poškozeními v perioperační péči jsou tlakové léze, vlhké léze a termické léze, které vznikají často v souvislosti s přístrojovou technikou. Během operace jsou pacienti imobilní, leží na relativně tvrdém povrchu a podložkách, necítí bolest způsobenou střížnými silami a tlakem (EPUAP, NPUAP, PPIIA, 2014).

Sewchuk et al. (2006) uvádí, že perioperační doba je jedním z faktorů, který přispívá k rozvoji dekubitů. Za nejvýznamnější faktor vzniku dekubitu považuje především nehybnost a nemožnost polohování pacienta při operačním výkonu i omezené smyslové vnímání.

Primiano et al. (2011) na přelomu roku 2009–2010 realizovali studii, zabývající se prevalencí a rizikovými faktory spojenými s tvorbou dekubitálních lézí na operačních sálech, u pacientů podstupujících chirurgické zákroky, trvající déle než tři hodiny. Výzkumný soubor tvořilo 258 pacientů (věk 46 až 75 let), z nichž u 8,1 % vznikl dekubitus. Primiano et al. (2011) také uvádí, že významnými rizikovými faktory, specifickými pro intraoperační péči, jsou délka chirurgického zákroku, polohování, profylaktické pomůcky, použití ohřívacích zařízení, anestetika, sedace, vazoaktivní léky, přístrojové vybavení, typ operace a intraoperační hemodynamika (diastolický tlak pod 60 mmHg).

Scarlatti et al. (2011) tvrdí, že doba trvání operace ovlivňuje riziko vzniku dekubitu. V roce 2007 realizovali výzkum zaměřený na incidenci vzniku dekubitů v rámci operačního výkonu, v němž zjistili, že u pacientů, kteří podstoupili delší operaci než 2,5 hodiny, je zvýšené riziko vzniku dekubitu. Possnet et al. (2009) deklarují, že se u pacientů, kteří na operačním stole stráví 2,5–4 hodiny, zdvojnásobí riziko vzniku dekubitu. Trvá-li výkon déle než čtyři hodiny, riziko se dokonce ztrojnásobí.

Dekubity, které vzniknou na operačních sálech, bývají z důvodu zpožděných prvotních projevů, často zaměňovány za dekubity, které vznikly v rámci pooperační péče. Vznik dekubitu do 72 hodin po operaci naznačuje, že vznikl během chirurgického výkonu důsledkem nesprávné polohy na operačním stole a nepoužitím profylaktických pomůcek. Míra intraoperačně získaných dekubitálních lézí se u chirurgických pacientů pohybuje mezi 12 až 66 %, přičemž dvakrát více ohroženi jsou muži, než ženy (12 % a 4,8 %) (Price et al., 2005; Yoshimura et al., 2015).

Podle Black et al. (2015) je efektivní ochranou pokožky, v rámci prevence vzniku dekubitu, v současné době převážně používání ochranného (profylaktického) krytí, které se odlišuje nejen svojí kvalitou, ale také vlastnostmi.

Za účinné krytí se považuje takové, které je z materiálu ovlivňujícího mikroklima, tudíž má absorpční funkci, či schopnost dostatečně rychlého odpařování. Při volbě se zohledňuje jak snadná manipulace s pomůckou, tak i její následné odstraňování. Za vhodné je považováno používání pomůcek z polyuretanové pěny či materiál na bázi hedvábí (Santamaria et al., 2015).

Call et al. (2013) uvádí, že nejdůležitější vlastnosti profylaktického krytí jsou ty, které snižují vznik třecí síly přenášené na pokožku pacienta (povrch krytí je vyroben z materiálu s nízkým třením), snižují vznik střížné síly (skládá se z několika vrstev, které se mohou vůči sobě pohybovat), snižují vznik vyvíjeného tlaku na pokožku klienta (má vysokou tloušťku s výplní, která je schopna částečně vypodkládat kostní prominence) a snižují vlhkost pokožky (absorpční funkce, či schopnost dostatečně rychlého odpařování). Jako další důležité vlastnosti se uvádí dostatečná adherence materiálu a snadná manipulace s pomůckou (Baharestani et al., 2010).

MATERIÁL A METODY

Pro zjištění názoru na efektivitu profylaktického materiálu v rámci operačního výkonu, byla využita kvantitativní metoda formou nestandardizovaného dotazníku. Dotazník byl složen z 25 položek, které byly konstruovány jako uzavřené, polootevřené, otevřené a čtyřikrát byla použita Likertova škála na stupnici 1–5, která zjišťovala názory na efektivitu preventivních opatření a jaké postupy a typy pomůcek respondenti využívají. Byly zjišťovány demografické údaje o respondentech (pohlaví, věk, nejvyšší vzdělání, délka odborné klinické praxe, aktuální pracoviště a specializační vzdělání) a další otázky zabývající se problematikou profylaktických pomůcek (deklarování negativních zkušeností, druh negativní zkušenosti, typ aplikované pomůcky).

Zkoumaný soubor zahrnoval všeobecné sestry pracující na chirurgii, ortopedii, traumatologii, jednotkách intenzivní péče a sestry pracující na operačních sálech. Inkludující kritéria pro zařazení do studie: praxe v oboru minimálně jeden rok a profesní působení na chirurgickém pracovišti.

Analýza dat byla realizována v programu Microsoft Excel (porovnávání průměru a Chí kvadrát testu) na hladině významnosti $\alpha = 0,05$.

VÝSLEDKY

Dotazník vyplnili 4 (2,9 %) muži a 136 (97,1 %) žen, průměrný věk dotazovaných činil 37,9 let a průměrná délka praxe respondentů byla 16,9 let. Z dotazovaných respondentů pracovalo 48 (34,3 %) na operačních sálech, na chirurgické jednotce intenzivní péče pracovalo 24 (17,1 %), traumatologicko-ortopedická JIP byla zastoupena 15 (10,7 %) respondenty, 25 (17,9 %) respondentů pracovalo na standardním oddělení

chirurgie a na standardním oddělení traumatologie a ortopedie pracovalo 28 (20,0 %) dotazovaných. Celkový počet respondentů činil 140.

V tabulce č. 1 jsou sumarizovány využívané postupy a profylaktické pomůcky uváděné respondenty.

Tabulka č. 1: Využívané postupy a profylaktické pomůcky dle typu pracoviště

Oddělení	a) kontrola kůže	b) ochranné krémy	c) amorfní krytí	d) silikonová plošná krytí	e) hydropolymer, hydrokoloidní krytí	f) polyuretanové a filmové plošné krytí	g) Gelové podložky na operačním stole	
Ø	Operační sály	4,92	1,28	3,75	3,28	1,55	3,49	3,875
	JIP chirurgická	5,00	3,36	4,07	3,82	2,27	3,63	
	JIP ortopedická, traumatologická	5,00	3,40	2,90	3,08	1,60	3,00	
	Oddělení chirurgie	4,53	1,71	2,65	3,56	1,33	3,00	
	Oddělení ortopedie, traumatologie	4,43	1,67	1,67	2,50	1,00	1,75	
	Celkem	4,76	2,68	3,09	3,42	1,69	3,11	
N	Operační sály	48	36	44	40	33	45	48
	JIP chirurgická	15	14	14	17	11	16	
	JIP ortopedická, traumatologická	12	10	10	12	10	11	
	Oddělení chirurgie	17	14	17	18	12	14	
	Oddělení ortopedie, traumatologie	7	3	3	6	2	4	
	Celkem	99	77	88	93	68	90	
P	0,200	0,000	0,010	0,900	0,435	0,048		

Průměrně se nejvíce využívá kontrola stavu pokožky před výkonem ($p = 0,200$). Nejčastěji aplikovaná profylaktická pomůcka byla uvedena silikonová plošná krytí ($p = 0,900$). Využití polyuretanového a filmového plošného krytí deklarovalo celkem 90 respondentů ($p = 0,048$). Nejméně často byly uváděny preparáty hydropolymerové/hydrokoloidní ($p = 0,435$).

Zjistily jsme, že existují rozdíly v používání profylaktických pomůcek u sester z operačních sálů a sester z ostatních chirurgických oddělení a to konkrétně v kontrolování stavu pokožky, používání silikonového plošného krytí a hydropolymerových/hydrokoloidních krycích profylaktických materiálů. V rámci využívání preventivních postupů a profylaktických pomůcek neexistuje statisticky významný rozdíl.

Z tabulky č. 2 vyplývá, že negativní zkušenosti s profylaktickými materiály se lišily dle typu pracoviště ($p = 0,004$).

Tabulka č. 2: Negativní zkušenosti při používání profylaktických pomůcek dle typu pracoviště (n = 103)

Negativní zkušenost	Operační sály	JIP chirurgická	JIP ortopedická, traumatologická	Oddělení chirurgie	Oddělení ortopedie, traumatologie	Celkem	P
Ano	2 (4,2 %)	4 (23,5 %)	2 (16,7 %)	4 (21,1 %)	4 (57,1 %)	16 (15,5%)	0,004
Ne	46 (95,8 %)	13 (76,5 %)	10 (83,3 %)	15 (78,9 %)	3 (42,9 %)	87 (84,5%)	
Celkem	48 (100,0%)	17 (100,0 %)	12 (100,0 %)	19 (100,0 %)	7 (100,0 %)	103 (100,0%)	

Odpovědi uváděli pouze ti respondenti, kteří profylaktické materiály užívají (n = 103). Negativní zkušenost při používání profylaktických materiálů uvádí z celkového počtu respondentů pouze 16 (15,5 %) dotazovaných. Zbylých 87 (84,5 %) respondentů uvedlo, že se žádnými negativními zkušenostmi nesešli.

Tabulka č. 3. sumarizuje, jak respondenti vnímají negativní zkušenosti při používání profylaktických pomůcek v rámci perioperační péče a konkrétně jaké.

Tabulka č. 3: Druh negativní zkušenosti s profylaktickým krytím (n = 140)

Druh negativní zkušenosti	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Nedostatečná adherence	7	5,0
Nedostatečná adherence, shrnování	2	1,4
Nedostatečná adherence, problém s manipulací	2	1,4
Shrnování	4	2,9
Bez uvedení konkrétního negativa	2	1,4
Žádné negativní zkušenosti	123	87,9
Celkem	140	100,0

Celkem 123 (87,9 %) dotazovaných uvedlo, že žádnou negativní zkušenost s aplikací profylaktických pomůcek nemají. Zajímavé je, že nejméně deklarovaných negativních zkušeností uvádí respondenti z operačních sálů (4,2 %). Nejvíce negativních zkušeností bylo uvedeno u respondentů ze standardního oddělení ortopedie a traumatologie (57,1 %). Respondenti z operačních sálů již neuvedli, jaké negativní zkušenosti s profylaktickými pomůckami mají. Oproti tomu, respondenti z ostatních oddělení mezi nejčastěji deklarovanými negativními zkušenostmi uváděli nedostatečnou adhezi pomůcky (n = 11), či její „shrnování“ (n = 6).

Tabulka č. 4 prezentuje souhlas s tvrzením, že při používání preventivních opatření a profylaktických pomůcek lze snížit výskyt kožních lézí v perioperační péči.

Tabulka č. 4: Názor na efektivitu profylaktického krytí dle typu pracoviště

Názor na efektivitu	Operační sály	JIP chirurgická	JIP ortopedická, traumatologická	Oddělení chirurgie	Oddělení ortopedie, traumatologie	Celkem	P
Určitě souhlasím	47 (97,9 %)	19 (79,2 %)	13 (86,7 %)	24 (96,0 %)	15 (53,6 %)	118 (84,3 %)	0,000
Spíše souhlasím	1 (2,1 %)	5 (20,8 %)	1 (6,7 %)	0 (0,0 %)	13 (46,4 %)	20 (14,3 %)	
Nevím	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (6,7 %)	1 (4,0 %)	0 (0,0 %)	2 (1,4 %)	
Spíše nesouhlasím	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	
Určitě nesouhlasím	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	
Celkem	48 (100,0 %)	24 (100,0 %)	15 (100,0 %)	25 (100,0 %)	28 (100,0 %)	140 (100,0%)	

Názor na efektivitu profylaktických pomůcek se lišil dle typu pracoviště ($p = 0,000$). Nejčastěji hodnotili jako efektivní profylaktické krytí respondenti z operačních sálů (97,9 %). Nikdo z dotazovaných nevedl, že by nesouhlasil s efektivitou profylaktického krytí.

DISKUZE

Využití profylaktických prostředků v prevenci dekubitálních lézí je stále nedostatečně prozkoumanou oblastí. Nicméně existují studie, které efektivitu profylaktických krytí potvrzují. V roce 2015 byla pod vedením Pegy Kalowes provedena studie u 366 pacientů, z nichž u 184 bylo aplikováno silikonové krytí a dekubitus III. kategorie vznikl pouze u jednoho pacienta. V kontrolní skupině ($n = 182$ pacientů), vzniklo sedm dekubitů různých stádií. Scarlatti et al. (2011) prováděl v roce 2007 obdobnou studii, která zjistila, že u pacientů, kteří podstupují operaci delší než 2,5 hodiny je zvýšené riziko vzniku dekubitu. Jako jedno z kritérií výzkumu, pro použití profylaktického krytí v perioperační péči, byla uváděna operace, u které se předpokládala imobilizace pacienta v délce minimálně 2 hodiny.

V námi realizované studii jsme ověřily, že naprostá většina respondentů ($n = 118$; 84,3 %) vnímá používání profylaktického materiálu v perioperační péči jako velmi efektivní. Také Primiano et al. (2011) uvádí, že aplikace profylaktických pomůcek má své opodstatnění. Popisuje, že aplikace pomůcek snižuje výskyt kožních lézí v intraoperační době a tím snižuje délku hospitalizace i nemocniční náklady. Podle Black et al. (2015) jsou nejvhodnější profylaktické pomůcky na bázi polyuretanové pěny či hedvábí. Další vhodné prostředky jsou takové, které jsou schopny předejít traumatizaci tkáně, jako jsou například polymerické preparáty ve formě aerosolu, který vytvoří ochranný film. Výhodou těchto preparátů je, že jsou bez obsahu alkoholu a nedráždí pokožku (EPUAP, NPUAP, PPIA, 2014).

Dále jsme v námi realizované studii zjistily, že nejčastěji deklarovanou negativní zkušenost v souvislosti s profylaktickou pomůckou byla nedostatečná adheze pomůcky (n = 11), či její „shrnutí“ (n = 6). Zároveň jsme zjistily, že nejvíce respondentů užívá silikonová plošná krytí (n = 93) jako profylaktickou pomůcku v perioperační péči a nejméně respondenty užívané (n = 68) je hydropolymerové/hydrokoloidní krytí. Pokorná a Mrázová (2012) uvádí, že při výběru vhodné profylaktické pomůcky by se personál měl řídit podle aktuálního zdravotního stavu operované osoby. Také vyšší věk, imobilita, poruchy nutrice a polymorbidita jsou významnými predisponujícími faktory přispívajícími ke vzniku dekubitu v intraoperační době.

ZÁVĚR

Problematice vzniku tlakových, vlhkých a termických lézí v rámci perioperační péče odborné publikace nevěnují dostatek informací. V rámci naší studie jsme ověřily, že všeobecné sestry, v námi posuzovaném souboru, mají pozitivní názor na efektivitu užívání profylaktických materiálů. Vysoce hodnotí rovněž vyšší míru pozornosti při péči o pacienty a kontroly stavu pokožky.

V oblasti využívání profylaktických materiálů je nezbytná kontinuální edukace, protože jsou profylaktické materiály stále zdokonalovány a je důležité znát vhodnost jednotlivých preparátů a jejich funkcionalitu. Při výběru profylaktické pomůcky by se měl personál především řídit podle aktuálního stavu operované osoby.

POUŽITÉ ZDROJE

- [1] BAHARESTANI, M. et al., 2010. *Pressure ulcer prevention: pressure, shear, friction and microclimate in context*. A consensus document. [online]. 2010 [citace: 24. 1. 2018.] http://www.woundsinternational.com/media/issues/300/files/content_8925.pdf
- [2] BLACK, J. et al. 2015. Dressings as an adjunct to ressuere ulcer prevention: concensus panel recommendations. *International Wound Journal*. 2015;12(4): 484-488. DOI: 10.1111/iwj.12197.
- [3] CALL, E. et al. 2013. Microclimate Impact of Prophylactic Dressings Using In Vitro body Analog Method. *WOUNDS*. 2013; 25(4):94-103.
- [4] KALOWES, P. et al. 2016. Five-Layered Soft Silicone Foam Dressing to Prevent Pressure Ulcers in the Intensive Care Unit. *American Journal of Critical Care*. 2016;25(6):108-119. DOI: 10.4037/ajcc2016875.
- [5] POKORNÁ, A., MRÁZOVÁ R. 2012. *Kompendium hojení ran pro sestry*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2012. 204 s. ISBN 978-80-247-3371-5
- [6] POSNETT, J. et al. 2009. The resource impact of wounds on health-care providers in Europe. *Journal of Wound Care*. 2009;18(4):154-161. DOI: 10.12968/jowc.2009.18.4.41607.
- [7] EPUAP, NPUAP, PPPIA. 2017. *Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide*. [online] 2017 [citace 20. 6. 2017.] <http://www.epuap.org/wp-content/uploads/2016/10/quick-reference-guide-digital-npuap-epuap-pppia-jan2016.pdf>
- [8] PRICE, MC. et al. 2005. Development of a risk assessment tool for intraoperative pressure ulcers. *Journal of Wound and Ostomy Continence Nursing*. 2005;32(1): 19-30. DOI: 10.1097/00152192-200501000-00006.
- [9] PRIMIANO, M. et al. 2011. Pressure Ulcer Prevalence and Risk Factors among Prolonged Surgical Procedures in the OR. *AORN Journal*. 2011;94(6):555-566. DOI: 10.1016/j.aorn.2011.03.014.
- [11] SANTAMARIA, N. et al. 2015. A randomised controlled trial of the effectiveness of soft silicone multi-layered foam dressings in the prevention of sacral and heel pressure ulcers in trauma and critically ill patients: the border trial. *International Wound Journal*. 2015;12(3):302-308. DOI: 10.1111/iwj.12101.
- [12] SCARLLATI, KC. et al. 2011. Pressure ulcers in surgery patients: incidence and associated factors. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2011;45(6): 1372-1279. DOI: 10.1590/S0080-6234011000600014.
- [13] SEWCHUK, D. et al. 2006. Prevention and early detection of pressure ulcers in patients undergoing cardiac surgery. *AORN Journal*. 2006;84(1):75-96. DOI: 10.1016/S0001-2092(06)60100-2.
- [14] YOSHIMURA, M. et al. 2015. Microclimate is an independent risk factor for the development of intraoperatively acquired pressure ulcers in the park-bench position: A prospective observational study. *Wound Repair Regen*. 2015;23(6):939-947. DOI: 10.1111/wrr.12340.

USE OF PROPHYLACTIC AIDS IN PERIOPERATIVE CARE



ABSTRACT

Aim: The aim of the study was to find out opinions on the effectiveness of prophylactic aids applied in the prevention of skin damage in perioperative care and to verify what barriers are declared when using specific preventive measures.

Design: Questionnaire survey.

Methodology: Questionnaire survey of a selected group of general nurses working in surgery, orthopaedics, traumatology, intensive care units in surgical fields and among perioperative nurses. Statistical data processing was performed using MS Excel and MS Word. Testing was performed using Person's chi-square at a significance level of $\alpha = 0,05$.

Results: In the monitored group ($n = 140$), we verified that the declared use of preventive strategies in the field of skin lesion prevention in perioperative care differs according to the type and focus of the workplace ($p = 0,000$). The general nurses in orthopaedics least often declared the use of prophylactic covering, but on the whole, the procedures used did not differ

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

Mgr. Lucie Pohlová
Jihočeská univerzita v Českých
Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Ústav ošetrovatelství, porodní
asistence a neodkladné péče
U Výstaviště 26
370 05 České Budějovice
e-mail: luciepohlova07@gmail.com

prof. PhDr. Andrea Pokorná, Ph.D.
Masarykova univerzita
Lékařská fakulta
Katedra ošetrovatelství a porodní
asistence
Kamenice 3
625 00 Brno
e-mail: apokorna@med.muni.cz

($p = 0,220$). Opinions on the effectiveness of prophylactic coverings in the prevention of skin lesions differed according to the type of workplace ($p = 0,001$). The worst evaluations were reported by respondents from orthopaedics. Only 2 respondents from orthopaedics reported a negative experience with the use of prophylactic coverings.

Conclusion: The general nurses considered the application of prophylactic materials in the prevention of skin damage in perioperative care to be effective and did not mention serious barriers to their application. The most frequently declared barrier to the use of prophylactic covering was insufficient adherence of the material and its rolling.

KEYWORDS:

skin lesions, perioperative care, prevention, prophylactic covering, general nurse

VZDĚLÁVÁNÍ JAKO SOUČÁST PREVENCE INFEKČÍ MOČOVÝCH CEST SOUVISEJÍCÍCH S KATETRIZACÍ MOČOVÉHO MĚCHÝŘE

JITKA KROCOVÁ
ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA
V PLZNI

RADKA PROKEŠOVÁ
JIHOČESKÁ UNIVERZITA
V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH

ABSTRAKT

Vzdělávání zdravotníků v oblasti správných postupů katetrizace močového měchýře, relevantní péče o pacienty s katetrem a prevence infekcí močových cest vznikající v důsledku katetrizace (Catheter-associated urinary tract infection – CAUTI) je nedílnou součástí opatření prevence těchto infekcí. Cílem výzkumu bylo zjistit, zda je v nemocnicích poskytujících akutní lůžkovou péči v České republice zavedeno vzdělávání zdravotníků v oblasti prevence CAUTI. Článek prezentuje pouze část výsledků získaných výzkumem, celý výzkum se zaměřil na oblast řízení rizik v souvislosti s problematikou prevence infekcí močových cest spojených se zdravotní péčí a také jaké jsou využívány vybrané metody zvyšování kvality ošetrovatelské péče. Výzkum byl realizován pomocí kvantitativního výzkumu, analýza dat pak za použití matematicko-statistických metod. Výzkumnými nástroji šetření byly jeden standardizovaný a dva nestandardizované dotazníky. Respondenti byli nelékařští zdravotničtí pracovníci na pozici managementu, celkově odpovědělo 186 respondentů, osloveno bylo 194 nemocnic. Výsledky přináší srovnání jednotlivých typů nemocnic v ČR. Nicméně souhrnně lze říci, že další vzdělávání nelékařů v oblasti správných

postupů katetrizace, péče o pacienta s močovým katetrem a možnostech prevence infekcí souvisejících se zdravotní péčí bylo potvrzeno u 50 % respondentů. Vzdělávání je nejčastěji realizováno jako periodické a v oblasti vzdělávání péče o pacienta se zavedeným močovým katetrem. 70 % dotázaných odpovědělo, že vzdělání v souvislosti s prevencí CAUTI je podporováno vedoucími pracovníky a respondenti absolvují vzdělávání v rámci své pracovní doby.

Další vzdělávání nelékařů (všeobecných sester) ke zvyšování kvalifikace v oblasti správných postupů katetrizace, péče o pacienta s močovým katetrem a možnostech prevence infekcí souvisejících se zdravotní péčí jako součást preventivních opatření bylo potvrzeno.

KLÍČOVÁ SLOVA:

vzdělávání, ošetrovatelství, prevence, infekce močových cest, katetrizace močového měchýře

ÚVOD

V případě prevence infekcí močových cest souvisejících se zdravotní péčí, resp. s katetrizací močového měchýře (Catheter-associated urinary tract infection – CAUTI) se osvědčily tzv. balíčky opatření, tedy multifaktoriální opatření. Vzdělávání v oblasti prevence těchto infekcí, správných postupů katetrizace močového měchýře a péče o pacienta s močovým katetrem je jedním z faktorů eliminace počtu těchto infekcí. Guideline for Prevention of Catheter-associated Urinary Tract Infections (CDC, 2019) doporučuje v souvislosti se vzděláváním ověřovat znalosti zdravotníků, kteří o pacienty s katetry pečují. Dále je doporučením CDC (2019) zajistit periodická školení kompetentních zdravotníků v postupech katetrizace močového měchýře, o problematice infekcí močových cest a dalších komplikací katetrizace a o alternativách katetrizace. Tato doporučení jsou CDC (2019) vedena jako silná, podporovaná však slabými důkazy o jasném klinickém přínosu. Jindrák et. al. (2014) potvrzuje také nezbytnost vzdělávání zdravotníků, která je nejen teoretická, ale musí mít i součást praktickou. Cílem šetření bylo zjistit, zda je realizováno v nemocnicích poskytujících akutní lůžkovou péči další vzdělávání nelékařů ke zvyšování kvalifikace v oblasti správných postupů katetrizace, péče o pacienta s močovým katetrem a možnostech prevence infekcí souvisejících se zdravotní péčí.

VÝCHODISKA

Jak již bylo uvedeno, v prevenci CAUTI byla ověřena efektivita souborů preventivních opatření. Studie uvádějí jako součást prevence CAUTI i vzdělávání zdravotníků (Oman et. al. 2012; Alexantis and Broome, 2014; Carter et. al., 2014; Quinn, 2015; McCoy et. al., 2016; Johnson et. al. 2016; Shebab, 2017; Revindra, 2019; Zurmehly, 2018; Viner, 2020). Školení zdravotnického personálu v oblasti prevence CAUTI jako vysoce prioritní záležitost důležité pro minimalizaci výskytu infekcí zmiňuje Jain et. al. (2015). V různých variantách je edukace zaváděna jako součást kroků prevence CAUTI. Alexantis and Broome (2014) popisují průběh studie, kdy v předimplementační fázi byly auditem zjištěny nedostatečné znalosti sester v péči o pacienta s močovým katetrem, indikacích pro katetrizaci, řízení přehodnocování indikace katetrizace bylo nejednotné, sestry nebyly proškoleny v používání přístroje na zjištění reziduální moči po odstranění katetru. V implementačním období pak sestry absolvovaly vzdělávací program a nácvik dovedností, byl zaveden protokol péče o katetr (obsahoval i informace o edukaci pacienta a jeho rodiny), následně byl proveden audit – byla potvrzena 98 % shoda s protokolem v plnění ošetrovatelské péče (oproti původním 89,3 %) a celkové zlepšení v komplexní péči z 85,9 % na 90,1 %. V quazi experimentální studii prezentované Shebab, (2017) byl popsán obsah komplexního edukačního programu pro sestry, kdy vzdělání probíhalo ve 4 lekcích, obsahem vzdělávání byla i anatomie a fyziologie močového systému, vyšetřovací metody související s močovým systémem, indikace a kontraindikace katetrizace močového katétru, kontrola infekce související s katetrizací a další komplikace, správný postup katetrizace, ošetrovatelská péče o močový katétr. Vyhodnocení znalostí testy bylo provedeno třikrát,

nejprve bezprostředně po implementaci vzdělávacího programu, po třech měsících a po šesti měsících. Revindra et. al. (2019) v kontextu uvedeného uvádí výstupy ze studie, že v akutní péči má většina sester špatné znalosti o CAUTI, hlavně co se týče indikace katetrizace. Doplňuje, že pro poskytovatele zdravotní péče je velmi důležité vypracovat standardy péče a prevence CAUTI, kontrolovat znalosti zdravotníků. Tak lze snížit počet infekcí. Oman et. al. (2012) prezentuje edukační program pro nelékařský zdravotnický personál, kterého se účastnili nejen sestry ale i fyzioterapeuté, pracovníci dopravy, radiologičtí asistenti, tedy zdravotníci, kteří pečují o pacienty a manipulují se sběrným močovým systémem. Viner (2020) potvrzuje nutnost vzdělávání v oblasti prevence CAUTI i u zaměstnanců v dlouhodobé péči a dodává, že proškolené sestry mohou dále vzdělávat např. fyzioterapeuty, ergoterapeuty či logopedy pracující na úsecích dlouhodobé péče. K testování znalostí zdravotníků před edukačním programem (Viner, 2020) a po jeho absolvování byl použit dotazník autorů Freeman-Jobson et.al. (2016). Freeman-Jobson et.al. (2016) podobně prezentovali efekt vzdělávací aktivity o prevenci CAUTI na úsecích dlouhodobé péče. Edukační program vycházel z EBP (Evidence-based practice) a zúčastnili se ho zdravotníci v přímé péči, ověřování znalostí o prevenci CAUTI bylo realizováno před a po absolvování kurzu a okruhy otázek byly stejné jako body vzdělávacího programu (rizikové faktory infekce, příznaky, léčba a ošetrovatelské intervence, prevence, příznaky infekce, kompetence zdravotníků). Výsledky hodnocení znalostí zdravotníků po proběhlé vzdělávací akci potvrdily významné zlepšení znalostí týkajících se diagnostiky CAUTI ($p = 0,003$) a také u znalosti péče o katetr ($p = 0,001$). Za limity studie však autoři považují to, že testování znalostí proběhlo pouze bezprostředně po vzdělávací akci a další ověření již nebylo provedeno (Freeman-Jobson et.al. 2016). Výsledky uvedené studií (Freeman-Jobson et.al. 2016) analyzoval Sublett, (2016) a uvedl, že prevence CAUTI v sobě zahrnuje nejen efektivní intervence, ale i posouzení a monitoraci počtu infekcí. Dále uvádí, že v případě dlouhodobé péče je nutné dbát na prevenci infekcí. Vznik infekce močového systému u pacienta snižuje kvalitu jeho života a také zvyšuje náklady na péči. V kontextu finančních nákladů na léčbu CAUTI např. studie prezentována Quinn (2015) prokázala i značné uspoření finančních nákladů (více než 80 000\$ ročně), popsala další variantu vzdělávacího programu, kdy sestry a lékaři byli školeni buď formou přednášek či probíhaly diskuze zdravotníků o strategiích prevence CAUTI a také o indikacích katetrizace (zaveden byl současně i protokol přehodnocení nutnosti katetrizace), přednášky byly realizovány tak, aby se zdravotníci mohli zúčastnit dle pracovních směn, během dvouměsíčního období se vzdělávání zúčastnilo 75 % sester. V postimplemantačním období se prokázal dramatický pokles případů CAUTI z 4,9 v roce 2008 na 3,9 / 1 000 katéetrových dnů v roce 2009, v roce 2013 pak bylo prokázáno pouze 0,2 případů CAUTI / 1 000 katetrizačních dnů (Quinn, 2015). Nutno pamatovat na skutečnost, že o pacienta s močovým katetrem pečují nejen sestry, proto je nezbytné vzdělávat i další zdravotnické profese (Oman et. al., 2012; Freeman-Jobson et.al. 2016; Viner, 2020) poskytující pacientům s močovým katetrem péči.

METODOLOGIE

Zjištění prezentovaná v článku jsou částí výzkumu, jehož cílem bylo zjistit, zda je v nemocnicích poskytujících akutní lůžkovou péči v ČR realizováno řízení rizik v souvislosti s problematikou prevence infekcí močových cest spojených se zdravotní péčí. Dále pak bylo cíleno na používání vybraných metod zvyšování kvality ošetrovatelské péče. Výsledky publikované tímto článkem se týkají oblasti prevence CAUTI, kterým je vzdělávání zdravotníků v problematice prevence CAUTI. *Výzkum se zaměřil na specifickou oblast ošetrovatelské péče a na specifický okruh respondentů na manažerských pozicích. Respondenty byli nelékařští zdravotničtí pracovníci na pozici vyššího a středního managementu v nemocnicích poskytujících akutní lůžkovou péči v ČR. Byl osloven management nelékařských zdravotnických pracovníků všech 194 nemocnic poskytujících akutní lůžkovou péči v ČR se žádostí o souhlasné stanovisko s provedením výzkumu a případně i se žádostí o distribuci dotazníků vedoucím nelékařům (vrchní, staniční a vedoucí sestry). Souhlasné stanovisko s výzkumem vyjádřilo po dvoukolovém oslovení 37 nemocnic, dotazníky vyplnilo 186 respondentů. Výzkum probíhal v období 11/2019–4/2020. Oslovení managementu poskytovatelů zdravotní péče bylo tříkolové, počet respondentů byl ovlivněn situací související s Covid 19.*

Výzkum byl realizován pomocí kvantitativního výzkumu, analýza dat pak za použití matematicko-statistických metod. Výzkumnými nástroji šetření byly jeden standardizovaný a dva nestandardizované dotazníky. Standardizovaný dotazník byl použit v projektu DUQuE „Deepening our understanding of quality improvement in Europe“, dotazník D – Systémy zlepšování kvality v evropských nemocnicích (Dotazník pro manažery kvality / koordinátory). Projekt DUQUE byl podpořen finančními prostředky 7. rámcového programu Evropského společenství (EP7/2007 – 2013) v rámci grantové dohody č. 241822. Souhlas s použitím uvedeného dotazníku byl získán od koordinátorky projektu a vedoucí výzkumu projektu DUQuE „Deepening our understanding of quality improvement in Europe“ prof. Rosy Sunol. Dotazník je k dispozici v českém jazyce, byl použit modifikovaný, resp. byl doplněn o vlastní otázky a zároveň byl zkrácen. Úpravy vycházely z celkového záměru autorů článku. Současně takto upravený dotazník již v ČR použila pro zpracování své disertační práce PhDr. Radka Pokojová, Ph.D. (2018), která též udělila souhlas s použitím dotazníku pro účely sběru dat. Úpravy tohoto dotazníku se týkaly doplnění dvou otázek zaměřených na identifikaci charakteristických znaků souvisejících s výkonem povolání – pracovní pozice a typ nemocnice. Dále byly použity dva nestandardizované dotazníky, otázky nestandardizovaných dotazníků byly zaměřeny na oblast využívání vybraných metod zvyšování kvality ošetrovatelské péče v nemocnicích v ČR a otázky související s preventivními kroky CAUTI. Dotazníky byly uzpůsobeny pro sběr dat online. Vzhledem k distribuci dotazníků, tedy způsobem online, byl zkušebně proveden export dat a relevantnost byla ověřena statistikem.

Ke kontrole vnitřní konzistence otázek byly otázky sdružené do „bloku otázek“ hodnoceny Cronbachovo alfa (α). Následně bylo testováno, zda vyloučením některé otázky „bloku“ nedojde k jeho podstatnému navýšení – taková otázka pak byla z bloku vyloučena. Vztah otázek v blocích byl zkoumán pomocí Spearmanova korelačního koeficientu (ρ) a jeho statistická významnost byla otestována. V případě analýzy bloku otázek jako celku ($\alpha > 0.7$) byly odpovědi každého hodnotitele v daném bloku zprůměrovány a podrobeny dalšímu vyhodnocení. Pokud nebyla pomocí Andersonova-Darlingova testu zamítnuta normalita dat, závislost mezi odpovědi a sledovanou proměnnou byla testována pomocí analýzy rozptylu (ANOVA). V případě zamítnutí normality byl využit Kruskal-Wallisův test (neparametrická obdoba ANOVA). V případě zamítnutí nulové hypotézy byla provedena post-hoc analýza pomocí Tukeyho metody s cílem identifikovat rozdílné skupiny.

U otázek, na které bylo umožněno odpovídat ANO/NE (případně ANO/NĚKDE/NE), byl k testování, zda se odpovědi u jednotlivých otázek liší, použit Fisherův exaktní test a jeho zobecnění pro případ kontingenční tabulky o rozměrech nad 2×2 . V případě zamítnutí nulové hypotézy byly provedeny post-hoc testy pro každou dvojici typu nemocnic s cílem identifikovat případnou rozdílnost – opět za pomoci Fisherova exaktního testu s upravenou hladinou významnosti dle Bonferroniho korekce pro případ vícenásobného testování.

Statistické vyhodnocení proběhlo v programu RStudio Desktop (verze 1.2.504, R verze 3.6.3) a data byla zpracovávána v programu MS Excel (verze 1908).

VÝSLEDKY

Výzkum zjišťoval, zda je realizováno další vzdělávání nelékařů, konkrétně všeobecných sester ke zvyšování kvalifikace v oblasti správných postupů katetrizace, péče o pacienta s močovým katetrem a možnostech prevence CAUTI. V článku jsou prezentována data, která jsou pro tuto oblast relevantní, data týkající se zvyšování kvalifikace v dané oblasti byla vybrána ze všech dotazníků. V případě, že byly pro otázky použity kódy, byly zde ponechány beze změny.

V případě prvního bloku otázek QA1 – QA3 respondenti vyjadřovali ne/souhlas s tvrzením, byla použita Likertova škála s hodnotami 1 až 5 (1 = vůbec nesouhlasím, 2 = nesouhlasím, 3 = částečně souhlasím, 4 = souhlasím, 5 = plně souhlasím). V tomto případě bylo provedeno statistické testování zaměřené na závislost mezi odpovědi a typem nemocnice. U třetí otázky bloku byly položeny doplňující dotazy k upřesnění oblasti a způsobu vzdělávání.

QA1: Je managementem systematicky prováděno vzdělávání zdravotníků v oblasti znalostí a dovedností směřující ke zvyšování kvality a bezpečí péče?

QA2: Je prováděno pravidelně hodnocení počtu zdravotníků kompetentních k inzerci močových katetrů?

QA3: Je realizováno další vzdělávání nelékařů (všeobecných sester) ke zvyšování kvalifikace v oblasti správných postupů katetrizace, péče o pacienta s močovým katetrem a možnostech prevence infekcí souvisejících se zdravotní péčí?

- Pokud ANO, tak ve které oblasti vzdělávání probíhá?
- Pokud ANO, tak jakým způsobem vzdělávání probíhá?
- Pokud ANO, tak u jaké kategorie nelékařů vzdělávání probíhá?

Celkem byly získány odpovědi od 186 respondentů (n = 186) v 6 typech nemocnic (fakultní, krajská, oblastní, městská, soukromá a kategorie jiná). Výsledky odpovědí, bez rozlišení dle jednotlivých typů nemocnic, jsou uvedeny v tabulce 1.

Tabulka 1: Odpovědi na blok otázek QA1 – QA3 bez rozlišení typu nemocnice

Otázka	Odpověď		
	Ano	Někde	Ne
QA1	131 (70 %)	N/A	55 (30 %)
QA2	67 (36 %)	5 (3 %)	114 (61 %)
QA3	93 (50 %)	N/A	93 (50 %)

N/A indikuje situaci, kdy daná možnost nebyla pro respondenta u otázky k dispozici, nemohl ji tedy vybrat.

V tabulce 2 jsou uvedeny - hodnoty provedených testů (Fisherův exaktní test). U prvních dvou otázek (QA1 a QA2) nebyl, na hladině významnosti 5 %, nalezen statisticky významný rozdíl mezi odpověďmi a typem nemocnice. Rozdíl se podařilo identifikovat pouze u třetí otázky (QA3). V následných post-hoc testech nebyla na 5% hladině významnosti identifikována rozdílnost mezi konkrétními skupinami typů nemocnic. V případě navýšení hladiny významnosti až na 10 % byly identifikovány rozdílnosti:

- Krajské nemocnice od Městských nemocnic a
- Krajské nemocnice od Soukromých nemocnic.

Na základě předchozího lze učinit závěr, že v případě otázky QA3 (další vzdělávání nelékařů) dochází v krajských nemocnicích ve větší míře k realizaci dalšího vzdělávání, než v případě městských nemocnic a soukromých nemocnic. Musíme ale upozornit, že tato odlišnost byla v post-hoc testech prokázána až na hladině významnosti 10 %. Důvodem pro skutečnost, že celkový test na 5% hladině významnosti zamítnul hypotézu o shodě, ale rozdílnost nebyla v post-hoc testech na 5% hladině významnosti prokázána, spočívá v tom, že post-hoc testy pracují jen s dvojicí typů nemocnic (tj. vstupem jsou omezenější data) a testy na menším počtu dat mají obecně menší sílu.

Tabulka 2: Výsledky testů odpovědí na blok otázek QA1 – QA3 (Fisherův exaktní test)

Typ nemocnice a...	-hodnota
QA1	0.285
QA2	0.247
QA3	0.038

Zaznamenané hodnoty odpovědí pro tyto tři typy nemocnic jsou uvedeny v tabulce 3.

Tabulka 3: Výsledky odpovědí u vybraných typů nemocnic identifikovaných v post-hoc testech u otázky QA1 – QA3.

Typ nemocnice	Další vzdělávání	
	Ano	Ne
Krajská nemocnice	24 (71 %)	10 (29 %)
Městská nemocnice	7 (32 %)	15 (68 %)
Soukromá nemocnice	14 (38 %)	23 (62 %)

V případě kladné odpovědi na otázku QA3 byly dotazovány další podrobnosti. Tyto uvádíme (i vzhledem k malému počtu odpovědí bez statistického testování).

Tabulka 4 shrnuje výsledky poddotazu QA3: „*Ve které oblasti je realizováno další vzdělávání nelékařů (všeobecných sester) ke zvyšování kvalifikace v oblasti správných postupů katetrizace, péče o pacienta s močovým katetrem a možnostech prevence infekcí souvisejících se zdravotní péčí?*“. Možné odpovědi jsou:

- A: Správné postupy katetrizace močového měchýře.
- B: Péče o pacienta se zavedeným močovým katetrem.
- C: Prevence infekcí močových cest související s katetrizací močového měchýře.

Tabulka 4: Výsledky prvního poddotazu QA3 „*oblast vzdělávání*“ absolutní počty

Typ nemocnice	Oblast vzdělávání		
	A	B	C
Fakultní nemocnice	19	24	14
Krajská nemocnice	20	23	21
Oblastní nemocnice	13	13	11
Městská nemocnice	6	6	5
Nemocnice soukr. typu	9	11	7
Jiná	4	4	3
Celkem	71	81	61

Tabulka 5 shrnuje výsledky poddotazu QA3 „**Jakým způsobem** je realizováno další vzdělávání nelékařů (všeobecných sester) ke zvyšování kvalifikace v oblasti správných postupů katetrizace, péče o pacienta s močovým katetrem a možnostech prevence infekcí souvisejících se zdravotní péčí?“. Možné odpovědi jsou:

- A: Vstupní školení.
- B: Periodické školení.
- C: Školení při mimořádných událostech.
- D: Jiné

Tabulka 5: Výsledky poddotazu QA3 „...způsob vzdělávání...“ absolutní počty odpovědí

Typ nemocnice	Způsob vzdělávání		
	A	B	C
Fakultní nemocnice	11	10	9
Krajská nemocnice	5	11	6
Oblastní nemocnice	4	8	3
Městská nemocnice	1	3	1
Nemocnice soukr. typu	4	8	4
Jiná	1	3	0
Celkem	26	43	23

V 21 případech byla volena (zároveň) i možnost *D*, tj. jiné způsoby vzdělávání. Zde se často objevují zejména odpovědi:

- Certifikovaný kurz (9 výskytů)
- Seminář (6 výskytů)
- V rámci celoživotního vzdělávání (6 výskytů)

Tabulka 6 shrnuje výsledky poddotazu QA3: „**U kterých kategorií nelékařů** je realizováno další vzdělávání nelékařů ke zvyšování kvalifikace v oblasti správných postupů katetrizace, péče o pacienta s močovým katetrem a možnostech prevence infekcí souvisejících se zdravotní péčí?“. Možné odpovědi jsou:

- A: Všeobecná sestra
- B: Praktická sestra
- C: Zdravotnický záchranář
- D: Sanitář
- E: Ošetřovatel/ka
- F: Fyzioterapeut

- G: Ergoterapeut
- H: Radiologický asistent
- I: Jiné

Tabulka 6 Výsledky třetího poddotazu QA3 „u kterých kategorií nelékařů je realizováno další vzdělávání nelékařů ke zvyšování kvalifikace.....“ absolutní počty

Typ nemocnice	Kategorie nelékařů							
	A	B	C	D	E	F	G	H
Fakultní nemocnice	26	19	14	4	6	0	0	0
Krajská nemocnice	24	19	9	11	14	0	1	0
Oblastní nemocnice	16	12	5	4	6	1	2	1
Městská nemocnice	6	4	1	1	1	0	3	0
Nemocnice soukr. typu	12	6	1	3	4	0	4	0
Jiná	5	2	0	2	3	1	5	0
Celkem	89	62	30	25	34	2	15	1

Ve dvou případech byla volena (zároveň) i možnost I, tj. jiné kategorie. Odpovědi zde byly:

- Porodní asistentka.
- Přihlásit se může každý nelékař i lékař.

V bloku otázek QB respondenti vyjadřovali ne/souhlas s tvrzením v několika blocích. Byla použita Likertova škála s hodnotami 1 až 5 (1 = vůbec nesouhlasím, 2 = nesouhlasím, 3 = částečně souhlasím, 4 = souhlasím, 5 = plně souhlasím). U získaných vyjádření proběhlo statistické testování závislosti mezi odpovědí a typem nemocnice (ANOVA nebo Kruskal-Wallisův test). Celkem bylo získáno vyjádření pouze od 166 respondentů v 6 typech nemocnic (fakultní, krajská, oblastní, městská, soukromá a kategorie jiná).

Blok otázek (ozn. QB) obsahoval 6 hodnocených skutečností.

QB1: Mohu využít nabídku zaměstnavatele na kurzy/semináře „péče o pacienta s močovým katetrem, prevence infekcí močových cest související se zdravotní péčí.

QB2: Mohu využít nabídku zaměstnavatele na workshop – nácvik (ověření) dovedností katetrizace močového měchýře.

QB3: Mohu využít nabídku zaměstnavatele na absolvování e learningový kurz týkající se oblasti „péče o močový katetr/ prevence močových infekcí souvisejících s močovým katetrem.

QB4: Vzdělávání v oblasti „péče o močový katetr/ prevence močových infekcí souvisejících s močovým katetrem, katetrizace močového měchýře“ je podporováno vedoucími pracovníky.

QB5: Vzdělávání v oblasti „péče o močový katetr/ prevence močových infekcí souvisejících s močovým katetrem, katetrizace močového měchýře“ se mohou účastnit v rámci své pracovní doby.

QB6: Vzdělání v oblasti „péče o močový katetr/ prevence močových infekcí souvisejících s močovým katetrem, katetrizace močového měchýře“ se účastní opakovaně.

U bloku otázek QB nebyl, na hladině významnosti 5 %, nalezen statisticky významný rozdíl mezi vyjádřením v daném bloku a typem nemocnice. Cronbachovo alfa bloku otázek mělo hodnotu 0.890 a vyřazením žádné z otázek nedošlo k jeho podstatnému navýšení. Blok (QB) byl tedy vyhodnocen jako celek, popisná statistika zaznamenaných odpovědí je uvedena v tabulce 7.

Tabulka 7: Popisná statistika odpovědí na blok QB

Typ	Počet	Průměr	SD	Medián
Fakultní	46	4.41	0.798	5.00
Krajská	29	4.41	0.628	4.50
Oblastní	28	4.10	0.780	4.00
Městská	19	4.42	0.624	4.50
Soukromá	36	4.17	0.841	4.25
Jiná	8	3.66	1.220	3.88

Hodnota Spearmanova korelačního koeficientu nabývala hodnot od 0.40 (mezi QB-1 a QB-6) až po 0.80 (mezi QB-1 a QB-4). U všech párů otázek platí, že jejich korelační koeficient je významný na hladině významnosti 0.001 (tj.). Hypotézu o shodě vyjádření dle typu nemocnice nelze pomocí Kruskal-Wallisova testu zamítnout ().

DISKUZE

Tento článek mapoval realizaci dalšího vzdělávání nelékařů, zejména všeobecných sester ke zvyšování kvalifikace v oblasti správných postupů katetrizace, péče o pacienta s močovým katetrem a možnostech prevence CAUTI v nemocnicích poskytující lůžkovou akutní péči v České republice. Shehab (2017) uvádí, že vzdělávání zdravotníků v rámci periodických školení ohledně péče o pacienty s močovým katetrem je důležitým krokem prevence CAUTI. Stejně příležitosti ve vzdělávání pro všechny sestry, např. účast na kongresech či další variantě vzdělávání by mělo být samozřejmostí. Quinn (2015) prezentuje ve svém článku právě i skutečnost, že vzdělávací program byl realizován (přednášky či diskuse) tak, aby se ho průběžně mohli účastnit všichni zdravotníci pracující

ve směnném provozu. V prezentovaném výzkumu byla respondentům položena otázka, zda je realizováno další vzdělávání nelékařů (všeobecných sester) ke zvyšování kvalifikace v oblasti správných postupů katetrizace, péče o pacienta s močovým katetrem a možností prevence infekcí souvisejících se zdravotní péčí, polovina respondentů potvrdilo že ano. Výsledná p-hodnota testu byla 0.038 a lze tedy, na 5 % hladině významnosti, potvrdit, že mezi odpovědí a typem nemocnice existuje závislost.

Revindra et. al. (2019) podotýká, že sestra musí při péči o katétr dodržovat standardní postupy, nezbytné jsou znalosti problematiky a chápání důsledků neakceptace postupů péče. Prezentovaný výzkum ukázal, že nejčastějším tématem vzdělávání je péče o pacienta se zavedeným močovým katetrem, nicméně počty odpovědí značí o tom, že ve většině probíhalo vzdělávání i v tématech katetrizace měchýře a prevence CAUTI. Viner (2020) prezentoval komplexní vzdělávací program, který obsahoval informace o definici, symptomech, laboratorních příznacích, asymptomatické bakterurii, rizicích CAUTI a léčbě této infekce. Nicméně tento vzdělávací program neobsahoval nácvik správného postupu katetrizace. Výzkumem bylo potvrzeno, že nejčastěji variantou vzdělávání bylo periodické, následně zhruba stejný počet odpovědí pak tvořily odpovědi „vstupní školení“ a „školení při mimořádných událostech“. CDC (2019) doporučuje opakování vzdělávání v problematice a ověřování znalostí zdravotníků. Zjištění, že v případech byl volen jako varianta vzdělávání certifikovaný kurz, tedy spojení teoretické výuky a praktického nácviku dovedností, vede k diskuzi, že právě tato varianta vzdělávání je ideální a realizovatelná jednak jako vstupní, ale i jako periodické vzdělávání. Výzkum přinesl i odpověď na otázku, u jakých kategorií nelékařů vzdělávání v problematice prevence CAUTI probíhá. Nejčastěji volené odpovědi byly profese všeobecné a praktické sestry, méně byly zastoupeny profese záchranáře, ošetřovatele a sanitáře (méně než třetinově zastoupené odpovědi v porovnání s profesí všeobecné sestry). Minimálně byla zastoupena odpověď radiologický asistent a fyzioterapeut, u profese ergoterapeuta byla uvedena realizace vzdělávání v oblasti prevence CAUTI u patnácti respondentů. Oman et. al. (2012) a Viner (2020) uvádějí ve svých studiích zapojení zdravotníků pečujících o pacienty s močovým katetrem, nejen sester. Oman et. al. (2012) přímo uvádí nutnost edukace všech zdravotníků pečujících o pacienty s katetrem konkrétně fyzioterapeutů, ergoterapeutů, radiologických asistentů a pracovníků dopravy nemocných. V těchto případech se vzdělávání týkalo zejména oblasti častého vyprazdňování a umístění sběrného močového systému níže, než je močový měchýř např. před a během intervence, radiologickým vyšetřením a transportem. Naše šetření také ukázalo, že možnost vzdělávání u svého zaměstnavatele nemá 17,4 % respondentů, workshop je realizován u zaměstnavatelů dle více než poloviny respondentů. Variantou vzdělávání může být i e-learning, tato forma je nedostupná u více než 55 % respondentů. U toto vzdělávání má rozhodně výhody flexibility vzdělávání, možnosti návratu do kurzu kdykoliv je to časově možné, ověřování znalostí testy v kurzu, nevýhodou je pochopitelně nemožnost nácviku dovedností. Podporu vedoucích zaměstnanců v dalším vzdělávání a podporu vedoucích zaměstnanců vzdělávání uvádí více než dvě třetiny respondentů. Periodicky se v problematice vzdělává, resp. účastní se vzdělávacích

aktivit pouze zhruba 40 % respondentů. Jain et. al. (2015) srovnával znalosti sester a lékařů týkající se různých preventivních opatření CAUTI, vyhodnotili znalosti v podstatě neuspokojující a poznamenávají, že veškerý zdravotnický personál včetně lékařů by měl absolvovat pravidelné vzdělávání a tato snaha by měla být pro poskytovatele zdravotní péče prioritní. Výzkum neprokázal při analýze odpovědí bloku otázek QB rozdíly mezi typy nemocnic, zjištění je pozitivní, u všech poskytovatelů zdravotní péče musí být zajištěna kvalita a bezpečí poskytované péče. McNeil (2017) uvádí v závěru svého článku týkajícího se důležitosti ošetřovatelské péče v prevenci CAUTI, že kompetentní zdravotníci se musejí vzdělávat s ohledem na nejnovější poznatky EBP, jen tak se dá předcházet CAUTI.

ZÁVĚR

Vzdělávání zdravotníků v oblasti prevence CAUTI je jedním z klíčových opatření eliminace výskytu CAUTI. Vzdělávací aktivity je doporučeno sestavit tak, aby akceptovaly doporučené postupy prevence odborných společností vycházející EBP. Důležité je nejen posílení znalostí kompetentních zdravotníků, ale i zařazení praktického nácviku správných postupů katetrizace močového měchýře. Vzdělávání je vhodné realizovat jako vstupní, ale nutno je klást důraz na periodické vzdělávání a ověření znalostí. Provedeným výzkumem byl identifikován rozdíl mezi typem nemocnice a realizací dalšího vzdělávání nelékařů ke zvyšování kvalifikace v oblasti správných postupů katetrizace, péče o pacienta s močovým katetrem a možnostech prevence infekcí souvisejících se zdravotní péčí. Po navýšení hladiny významnosti až na 10 % byly identifikovány rozdílnosti mezi krajskými nemocnicemi od městských nemocnic a krajských nemocnic od soukromých. Limitem prezentovaných výstupů byl počet respondentů, tato skutečnost souvisela se situací COVID 19. Autoři článku však předpokládají doplnění informací rozhovory s managery kvality u poskytovatelů zdravotní péče, a právě oblast vzdělávání v problematice CAUTI bude podrobněji zkoumána kvalitativně. Důvodem snahy získat další údaje je i osobní zkušenost autorů článku s realizací vzdělávacích aktivit v této problematice.

POUŽITÉ ZDROJE

- [1] ALEXANTIS, I., BROOME, B. 2014. *Implementation of a Nurse-Driven Protocol to Prevent Catheter-Associated Urinary Tract Infections*. J of Nursing Care Quality. 29(3):245-252. <https://doi.org/10.1097/ncq.0000000000000041>.
- [2] CARTER, N.M., REITMEIER, L., GODLOE, L.R. 2014. *An Evidence-Based Approach To the Prevention of Catheter-Associated Urinary Tract Infections*. Urol NursSep-Oct;34(5):238-45. PMID: 26298933.
- [3] FREEMAN-JOBSON, J.H., ROGERS, JL, WARD-SMITH, P. 2016. *Effect of an Education Presentation On the Knowledge and Awareness of Urinary Tract Infection among Non-Licensed and Licensed Health Care Workers in Long-Term Care Facilities*. Urol Nurs. Mar-Apr;36(2):67-71. PMID: 27281862.
- [4] JAIN, M., DOGRA, V., MISHRA, B., THAKUR, A. a LOOMBA, P.S. 2015. *Knowledge and attitude of doctors and nurses regarding indication for catheterization and prevention of catheter-associated urinary tract infection in a tertiary care hospital*. Indian J Crit Care Med 19(2): 76–81. <https://doi.org/10.4103/0972-5229.151014>.
- [5] JINDRÁK, V., HEDLOVÁ, D., URBÁŠKOVÁ.P. 2014. *Antibiotická politika a prevence infekcí v nemocnici*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 709 s. Aeskulap. ISBN 978-80-204-2815-8.
- [6] JOHNSON, P., GILMAN, A., LINTNET, A. a BUCKNER, A. 2016. *Nurse-Driven Catheter-Associated Urinary Tract Infection Reduction Process and Protocol: Development Through an Academic-Practice Partnership*. Crit Care Nurs Q Oct-Dec 2016;39(4):352-62. <https://doi.org/10.1097/cnq.0000000000000129>.
- [7] McCOY, C. et al. 2017. *Catheter-Associated Urinary Tract Infections: Implementing a protocol to decrease incidence in oncology populations*. Clinical Journal of Oncology Nursing, Aug 1;21(4):460-465. <https://doi.org/10.1188/17.cjon.460-465>.
- [8] McNEILL, L. 2017. *Back to basics: How evidence-based nursing practice can prevent catheter-associated urinary tract infections*. Urol Nurs. 37(4): 204–206. doi:10.7257/1053-816X.2017.37.4.204.
- [9] OMAN, K.S., MAKIC, M.B.F., FINK, R. et al. 2012. *Nurse-directed interventions to reduce catheter-associated urinary tract infections*. American Journal of Infection Control. 40(6), 548-553. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2011.07.018>.
- [10] POKOJOVÁ, R. 2018. *Bezpečnost pacienta při poskytování ošetrovatelské péče*. Č. Budějovice. Disertační práce (Ph.D.). Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce: Doc. PhDr. Sylva Bártlová, PhD.
- [11] QUINN, P. 2015. *Chasing Zero: A Nurse-Driven Process For Catheter-Associated Urinary Tract Infection Reduction in a Community Hospital*. Nurs Econ. Nov-Dec;33(6):320-5. PMID: 26845820. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6706244/pdf/nihms971160.pdf>
- [12] RAVINDRA, H.N., PATEL, S.M., PATEL S. A. 2019. *Study to assess the Effectiveness of SOP on Knowledge and Practice Regarding Urinary Catheterization Procedure among Staff Nurses of Dhiraj Hospital, Vadodara*. International Journal of Nursing Education. 11 (4). ISSN-0974-9357 (Electronic).

- [13] SUBLETT, C. M. 2016. *Application to the evidence base: Effect of an education intervention on urinary tract infection knowledge*. Urologic Nursing, 36(2), 72-73. doi: 10.7257/1053-816X.36.2.72.
- [14] SHEHAB, MS. 2017. *Impact of Protocol of Care of Patients Undergoing Urinary Catheterization on Nurses' Knowledge*. International Journal of Caring Sciences.10 (2)| 1014. Dostupné z: http://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/41_shehab_original_10_2.pdf.
- [15] The Centers for Disease Control and Prevention – CDC. 2009. *Guideline for Prevention of Catheter-Associated Urinary Tract Infections (2009)*. HICPAC. [online]. [cit. 2020-12-02]. Last update: Last update: June 6, 2019. Dostupné z: <https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/cauti/updates.html>
- [16] UNDERWOOD, L. 2015. *The effect of implementing a comprehensive unit-based safety program on urinary catheter use*. Urol Nurs. 35(6): 271–279. PMID: 26821447.
- [17] VINER, S. 2020. *Urinary Tract Infection Knowledge of Long-Term Care Nursing Staff: The Effect of an Educational Intervention*. Urologic Nursing. 40(1), 7-11. doi.10.7257/1053-816X.2020.40.1.7.
- [18] YATIM J., WONG K. S., LING M. L., et al. 2016. *A nurse-driven process for timely removal of urinary catheters*. Int J Urol Nurs 10(3): 167–172. <https://doi.org/10.1111/ijun.12113>.
- [19] ZURMEHLY, J. 2018. *Implementing a Nurse-Driven Protocol to Reduce Catheter-Associated Urinary Tract Infections in a Long-Term Acute Care Hospital*. J Contin Educ Nurs. Aug 1;49(8):372-377. <https://doi.org/10.3928/00220124-20180718-08>. PMID: 30053308.

EDUCATION AS A PART OF THE PREVENTION OF URINARY TRACT INFECTIONS RELATED TO URINARY BLADDER CATHETERISATION



ABSTRACT

The training of healthcare professionals in correct bladder catheterisation practices, relevant care for patients with catheters and prevention of urinary tract infections resulting from catheterisation (catheter-associated urinary tract infection – CAUTI) is an integral part of the prevention of these infections. The objective of the research was to determine whether the education of health professionals in the area of CAUTI prevention is implemented in hospitals providing acute inpatient care in the Czech Republic. The article only presents part of the research results; the whole research was focused on risk management in relation to the prevention of urinary tract infections associated with healthcare and also on the methods used to improve the quality of nursing care.

The research was carried out using quantitative research, data analysis using mathematical and statistical methods. One standardised and two non-standardised questionnaires were used as survey tools. Respondents were non-medical healthcare workers in managerial positions, overall, 186 respondents replied, 194

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

PhDr. Jitka Krocová
Západočeská univerzita v Plzni
Fakulta zdravotnických studií
Katedra ošetrovatelství a porodní
asistence
Husova 664/11
301 00 Plzeň
e-mail: krocovaj@kos.zcu.cz

Ing. Radka Prokešová, Ph.D.
Jihočeská univerzita v Českých
Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Ústav humanitních studií
v pomáhajících profesích
J. Boreckého 1167/27
370 11 České Budějovice
e-mail: rprokes@zsf.jcu.cz

hospitals were addressed. The results bring a comparison of individual types of hospitals in the Czech Republic. However, in summary, it can be said that further training of non-medical healthcare professionals in correct catheterisation procedures, care for a patient with a urinary catheter and prevention of healthcare-related infections has been confirmed in 50% of respondents. The training is most often carried out as periodic and in the field of patient care with inserted urinary catheters. 70% of respondents replied that education in connection with CAUTI prevention is supported by managers and respondents receive training within their working hours.

KEYWORDS:

education, nursing care, prevention, urinary tract infection, urinary bladder catheterisation

SIMULAČNÍ VÝUKA STUDENTŮ PŘI PROVÁDĚNÍ KARDIOPULMONÁLNÍ RESUSCITACE

ANETA ZAPADLOVÁ
MARTIN KRAUSE
TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI

ABSTRAKT

Kardiopulmonální resuscitace je souborem jednotlivých úkonů, vedoucích k rozpoznání selhání základních životních funkcí. Neodkladná resuscitace byla již na svém počátku rozdělena na dvě části, a to na základní a rozšířenou. Základní neodkladnou resuscitaci poskytuje kdokoliv, tedy i laická veřejnost. Je poskytována bez speciálního vybavení, pomůcek či léků. Rozšířenou resuscitaci poskytují vyškolení záchránci. Nové doporučené postupy kladou důraz na zlepšení kvality poskytované péče. Pro efektivní provádění kardiopulmonální resuscitace je důležité vzdělávání studentů. Jednou z těchto možností vzdělávání je simulační výuka, která má stále větší potenciál nejen ve výuce. Simulační výuka je metoda výuky, která napomáhá zdravotnickým pracovníkům i studentům rozvíjet jejich znalosti a přístup a aplikovat je do klinické praxe. Cílem je také zvýšit motivaci studentů ke vzdělávání. Simulační výuka se stala důležitou součástí moderního vzdělávání, kvůli okamžité zpětné vazbě umožňuje lépe propojit teorii s praxí. Simulovaná modelová situace dokáže studenty připravit na reálné psychické reakce. Simulace se v poslední době stále častěji využívá ve vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků,

a to nejen ve vzdělávacích institucích, ale také u poskytovatelů zdravotních služeb. Hlavním cílem výzkumu bylo zjistit kritické body při poskytování kardiopulmonální resuscitace studenty 3. ročníku studijního oboru Zdravotnický záchranář v rámci simulační výuky. Výzkum byl realizován kvalitativní metodou. Technika výzkumu byla zvolena pozorování. Výzkum byl dále doplněn o polostrukturovaný rozhovor. Výběr respondentů byl ukončen po dosažení teoretické saturace. Výzkumem byly zjištěny některé kritické body, na které je důležité se zaměřit, aby došlo k jejich eliminaci.

KLÍČOVÁ SLOVA:

kardiopulmonální resuscitace, simulační výuka, zdravotnický záchranář, neodkladná péče

ÚVOD

Kardiopulmonální resuscitace patří mezi základní činnosti zdravotnických pracovníků ve všech oborech a v poslední době je také stále více kladen důraz, aby s ním byla seznámena i laická veřejnost, a to z důvodu zvýšení možnosti přežití osob s náhlou zástavou oběhu. V historii se postup kardiopulmonální resuscitace neustále vyvíjel až do dnešní podoby (Remeš, Trnovská, 2013). V současné době je postup kardiopulmonální resuscitace stanoven v Guidelines z roku 2021. Navazuje na Guidelines z roku 2015, které byly vydány Evropskou resuscitační radou (Truhlář, et al., 2015). Guidelines jsou založeny na nových vědeckých důkazech. Vzniklo několik doporučení v oblastech rychlého přivolání pomoci, prevence a vysoce kvalitně prováděné kardiopulmonální resuscitace, včetně časné defibrilace. Neodkladná resuscitace byla již na svém počátku metodicky rozdělena na dvě části, a to základní a rozšířenou. Obě tyto části jsou nerozlučně spjaté a musí na sebe plynule navazovat. Základní neodkladnou resuscitaci poskytuje kdokoli, tedy i laická veřejnost. Je poskytována bez speciálního vybavení, pomůcek či léků. Rozšířená neodkladná resuscitace se liší zejména vybaveností a zkušenostmi zdravotnických záchranářů a jiných zdravotnických pracovníků (Šeblová, Knor, 2015).

Z hlediska vzdělávání a nácviku činností lze využití simulační metody výuky. Simulační výuka je účinná vzdělávací metoda, která velice pozitivně zvyšuje způsobilost zdravotnických pracovníků. Simulační metody výuky lze použít při odborné přípravě zdravotnických pracovníků, a tím znalosti a dovednosti využít v praxi (Krause et al., 2018). Simulovaná modelová úloha také dokáže studenty připravit na reálné psychické reakce členů rodiny a blízkých osob při závažné situaci (Kofránek, Hozman, 2019). Proto výuka nejen tohoto postupu patří mezi základní znalosti a dovednosti studentů studijního oboru Zdravotnický záchranář.

Výuka s využitím simulace je tvořivým a dynamickým procesem, který má 3 fáze. První fází je fáze plánování výuky. V této fázi je základním aspektem příprava vyučujícího a simulace. Druhou fází je fáze realizace. U této fáze již dochází k aktivnímu zapojení studentů a lektora. Poslední třetí fází je fáze reflexe, neboli zpětná vazba a vyhodnocení. V této fázi výuky jsou zahrnuty i myšlenkové aktivity a závěry účastníků. Cílem této fáze je hodnocení provedené výuky jak ze strany lektora, tak studentů (WHO, 2013). Vzhledem k rozvoji moderních a informačních technologií je dnes možno používat k výuce různé pacientské simulátory, které napomáhají téměř reálně napodobit situaci, kdy se pacient nachází nejen v kritickém stavu. Toto umožňuje propojení znalostí s dovednostmi a postoji účastníků, včetně týmové spolupráce. Nejen znalosti, ale zároveň dovednosti pracovníků ve zdravotnických oborech jsou důležité zejména pro nácvik život zachraňujících úkonů. Zkušenost získaná pomocí simulační výuky umožňuje prohloubit aktivitu a sebereflexi účastníka takovéto výuky tak, aby byl v reálné situaci vědomě schopný zvolit vhodnou strategii (Kofránek, Kulhánek, 2014).

Dnešní moderní patientské simulátory umožňují velmi realistické a důvěryhodné prožití situací studenty, zejména ve stavech, kdy se postižený nachází v kritickém stavu a je přímo ohrožen na životě. Výhodou je, že jakákoli modelová situace vyžaduje načasování jednotlivých kroků a týmovou spolupráci, čímž velmi výrazně napomáhá zvyšovat zavedení nejmodernějších postupů do klinické praxe. Jelikož se oblasti na poskytování přednemocniční neodkladné péče stále více navyšují, zvyšují se také požadavky na vzdělávání. Simulační výuka se stává součástí dalšího vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, a to také na zdravotnických záchranných službách. Zdravotničtí pracovníci pracující na zdravotnické záchranné službě mají v současnosti velkou míru odpovědnosti v rámci záchranného řetězce, jelikož v jejich rukou je co možná nejoptimálnější poskytnutí přednemocniční neodkladné péče u pacientů, kteří se nachází v kritickém stavu (Kofránek, Hozman, 2013). Jejich úkolem je zajištění a stabilizace vitálních funkcí pacienta před transportem k cílovému poskytovateli zdravotní péče. Gurková a Zeleníková (2017) uvádí, že vhodné rozhodnutí vede ke zvýšení šance na zvládnutí situace a může ovlivnit kvalitu života pacienta.

METODY

Výzkum byl zpracován kvalitativní metodou výzkumu. Hlavním cílem výzkumu bylo zjistit kritické body při simulační výuce kardiopulmonální resuscitace v oblasti uvolnění a zajištění dýchacích cest, krevního oběhu a týmové spolupráce. Sběr dat byl zprostředkován technikou polostrukturovaného pozorování a také polostrukturovaného rozhovoru. Výzkumným vzorkem byli studenti 3. ročníku studijního oboru Zdravotnický záchranář na vybrané fakultě realizující tento studijní program. Výzkum byl ukončen po dosažení teoretické saturace, tedy výzkumu se zúčastnilo celkem 10 respondentů. Výzkum byl realizován v únoru 2021. Místem výzkumu byl ambulanci prostor sanitního vozu vybrané vzdělávající instituce. Před zahájením výzkumu byl zajištěn souhlas s realizací výzkumu vedením instituce a také všichni respondenti poskytli souhlas s provedením a realizací výzkumného šetření a se zpracováním získaných informací. Pro zajištění anonymity respondenti neuváděli žádné osobní údaje.

Výzkum byl realizován v několika etapách, kdy nejprve byl vytvořen scénář simulační výuky na problematiku základní kardiopulmonální resuscitace (modelová úloha), respektive průběh vlastní simulované úlohy v simulátoru sanitního vozu. Scénář simulační výuky vycházel z aktuálních doporučení Guidelines 2015 (Truhlář et. al, 2015). Scénář obsahoval především informace postupu vlastní simulace, tedy stanovení rolí (student, výzkumník, patientský simulátor), vybavení pro výzkum (např. simulátor sanitního vozu, audiovizuální technika apod.), prostředí, stručný popis scénáře (začátek, průběh a zakončení), pokyny pro pacienta (respektive patientský simulátor), prezentace stavu, a v neposlední řadě také oblast debriefingu.

V další etapě již probíhala vlastní realizace výzkumu, tedy respondenti se rozdělili do dvoučlenných skupin, ve kterých následně plnili zadanou modelovou situaci. Respondenti byli označeny čísla a písmeny. Čísla respondentů (např. 1, 2) značí samotného respondenta, písmena respondentů (např. A, B) značí tým. Následně byla respondentům představena situace, tedy provedení kardiopulmonální resuscitace u pacienta. Situaci respondenti následně řešili a zároveň byly zjišťovány kritické body v oblasti uvolnění a zajištění dýchacích cest, provedení kardiopulmonální resuscitace a týmové spolupráce.

Polostrukturované pozorování bylo zaznamenáváno do pozorovacího archu, který zahrnoval celkem 27 pozorovacích kritérií, především se jednalo o oblast **zhodnocení vědomí** (oslovením a bolestivým podnětem), zajištění soukromí, přivolání lékaře na místo události, kontaktování zdravotnického operačního střediska a zajištění vhodné polohy pacienta. V oblasti **zajištění průchodnosti dýchacích cest** se především jednalo o účinný hmat a uvedení pacienta do vodorovné polohy. V oblasti **zajištění dýchacích cest** se jednalo o ověření dýchání pohledem a poslechem, dodržení časové hranice ověřování současně pohledem a poslechem, zvolení velikosti a zavedení ústního vzduchovodu, zhodnocení použití samorozpínacího vaku, zhodnocení zvolené velikosti obličejové masky či velikosti supraglotické pomůcky, včetně použití antibakteriálního filtru. V oblasti **zajištění krevního oběhu** se jednalo o kategorie zvolení místa k provádění kompresí hrudníku, zhodnocení polohy těla zdravotnického záchranáře, počet minutových kompresí, zhodnocení hloubky kompresí, dodržení poměru, ověření zajištění vstupu do cévního řečiště, včetně aseptických podmínek, ověření fixace intravenózní kanyly. V oblasti **týmové spolupráce** se jednalo o zhodnocení týmové spolupráce a komunikace při zjištění ztráty vědomí a v průběhu provádění kardiopulmonální resuscitace.

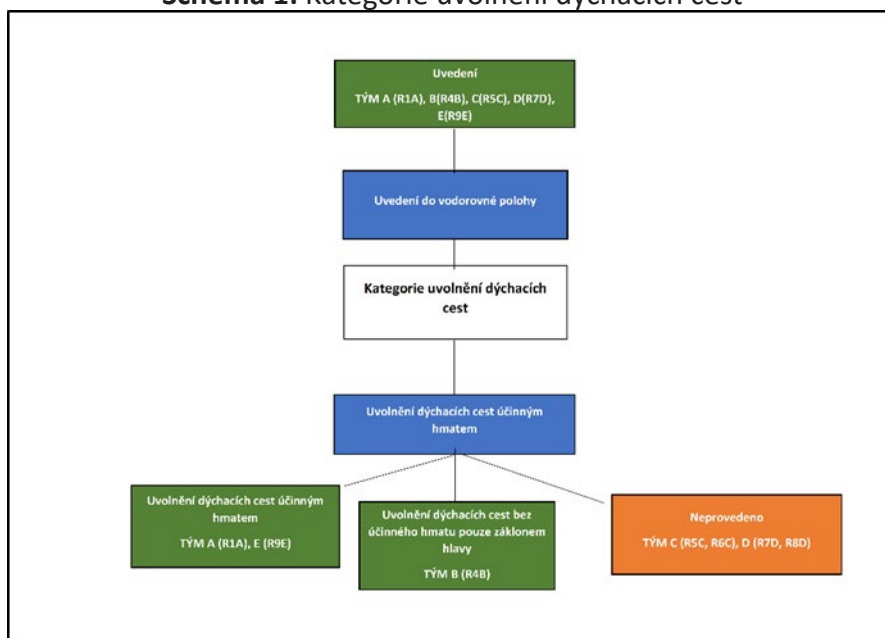
Dále doplňujícím polostrukturovaným rozhovorem byly zjišťovány kritické body při provádění kardiopulmonální resuscitace z pohledu respondentů. V poslední etapě výzkumu byla výzkumná data analyzována metodou tužka-papír. Kvalitativní data byla kódována a kategorizována s vytvořením kategorií a podkategorií. Ze získaných dat byla následně vytvořena schémata.

VÝSLEDKY A DISKUZE

Výzkum s využitím simulační metody výuky kardiopulmonální resuscitace byl zahájen briefingem, včetně představení simulace a seznámení se s podmínkami pro simulaci. Následně probíhala simulace dle vytvořeného scénáře v rámci kterých byly zjišťovány kritické body v jednotlivých oblastech. Prvním cílem byly zjišťovány kritické body v oblasti **uvolnění dýchacích cest**. Na základě výzkumu bylo pozitivně zjištěno, že všichni respondenti provedli oslovení pacienta. Kritickým bodem však bylo zhodnocení stavu vědomí bolestivým podnětem, kdy někteří respondenti bolestivý podnět neuskutečnili, ovšem dle Guidelines je tento úkon nezbytný (Truhlář et. al, 2015). Nicméně pozitivně bylo zjištěno, že všichni respondenti zajistili soukromí pacienta. Problematickou

oblastí však bylo, že někteří respondenti kontaktovali zdravotnické operační středisko s významnou časovou prodlevou. Také bylo pozitivně zjištěno, že patientský simulátor uvedli do vodorovné polohy všichni respondenti. Podobné zjištění bylo i ve výzkumu Strnadové (2019), což bylo kladným zjištěním. Studenti si tak jsou vědomi skutečnosti, že kardiopulmonální resuscitace se má provádět ve vodorovné poloze pacienta. Další oblastí bylo uvolnění dýchacích cest účinným hmatem. Na základě analýz výzkumných dat bylo zjištěno, že někteří respondenti provedli uvolnění dýchacích cest jinak, než účinným hmatem, nebo neprovedli vůbec, což je negativní zjištění. Ve strukturovaném rozhovoru studenti nedostatečný záklon hlavy odůvodnili jako svoji chybu. Jeden z respondentů přímo uvedl „*měl jsem nedostatečný záklon hlavy*“. Jednotlivé zjištěné kritické body v oblasti uvolnění dýchacích cest viz Schéma 1.

Schéma 1: Kategorie uvolnění dýchacích cest



Zdroj: autor

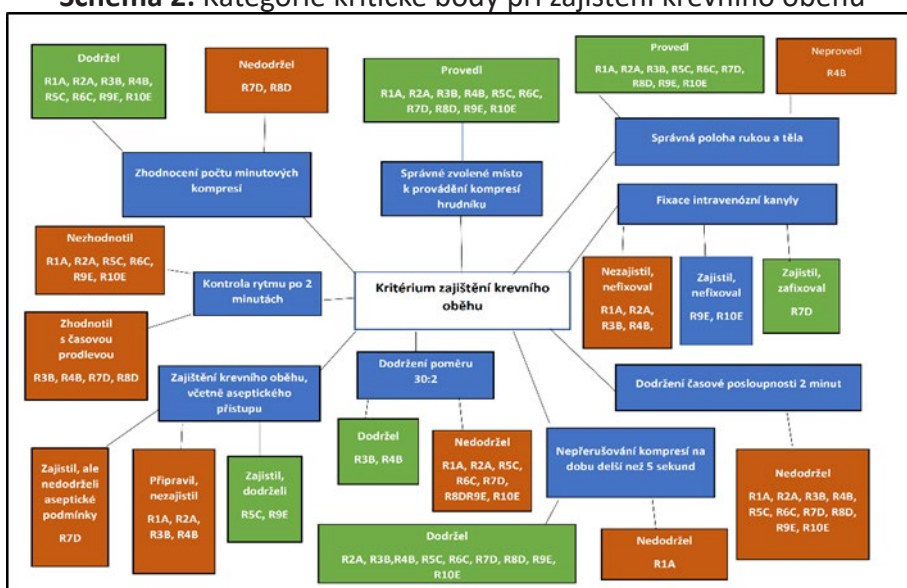
Druhým cílem byly zjišťovány kritické body v oblasti **zajištění dýchacích cest**. Výzkumným šetřením bylo zjištěno, že někteří respondenti neověřili dýchání pacienta pohledem na hrudník nebo ověřovali dýchání pohledem příliš dlouhou dobu. Remeš a Trnovská (2013) ovšem uvádí, že ověřování dýchání současně pohledem a poslechem by nemělo trvat déle než 10 sekund. Ostatní respondenti časovou hranici 10 sekund dodrželi a nedocházelo ke zbytečným prodlevám od zahájení kardiopulmonální resuscitace, což je pozitivní zjištění. Zároveň také bylo zjištěno, že respondent R1A a R2A neověřili dýchání poslechem vydechaného vzduchu. Výzkumem bylo také zjištěno, že žádný respondent nepoužil supraglotickou pomůcku pro zajištění dýchacích cest, jak je uvedeno v Guidelines (Truhlář et. al, 2015). Zároveň je důležité zmínit, že respondenti měli všechny supraglotické

pomůcky k dispozici. Jednalo se především o combi rourku nebo laryngeální masku, kdy tento způsob zajištění dýchacích cest lze provést bez laryngeální lžice a laryngoskopu (Málek, Knor, 2019). Domníváme se, že studenti nezajistili dýchací cesty z důvodu časového limitu. Také bylo zjištěno, že žádný respondent nepoužil ústní vzduchovod. Dalším kritickým bodem bylo zjištěno, že někteří respondenti použili samorozpínací vak bez C–E hmatu, nebo samorozpínací vak nepoužili vůbec, jak je při kardiopulmonální resuscitaci doporučeno v Guidelines, aby docházelo k účinné ventilaci pacienta (Truhlář et. al, 2015). Studenti, kteří samorozpínací vak použili, správně zvolili velikost obličejové masky a nasadili na samorozpínací vak antibakteriální filtr. Toto je pozitivní zjištění, jelikož respondenti jsou si vědomi, že antibakteriální filtr je velmi důležitý, protože brání vstupu patogenů a cizorodých látek do organismu pacienta (Janota, 2011). Doplnujícím polostrukturvaným rozhovorem bylo od některých respondentů dále zjištěno, že někteří jsou si vědomi kritických bodů týkajících se zajištění dýchacích cest. Toto je pozitivní zjištění, jelikož si pro následující simulaci či provedení výkonu v klinické praxi mohou své problémové oblasti uvědomit a eliminovat je.

Třetím výzkumným cílem byly zjišťovány kritické body v oblasti **zajištění krevního oběhu**. Výzkumem bylo zjištěno, že všichni respondenti správně zvolili místo k provádění účinných kompresí hrudníku a nejednalo se tak o kritický bod, což je přínosné zjištění. Kritickým bodem však je, že respondent R4B nedodržel správnou polohu rukou a těla při provádění kardiopulmonální resuscitace a měl během celé simulace pokrčené lokty. Jedná se o důležitý aspekt v efektivitě provedení kardiopulmonální resuscitace, jak uvádí Remeš a Trnovská (2013). Na základě doplňujícího rozhovoru při debriefingu respondent neuvedl, že by si byl této skutečnosti vědom. V tomto kontextu je důležité zmínit, že při provádění simulační výuky je debriefing velmi důležitý, tak aby bylo možné účastníky seznámit s efektivní zpětnou vazbou a aby bylo možné jednotlivé nedostatky následně eliminovat (Gurková, Zeleníková, 2017). V oblasti zajištění krevního oběhu jsme se dále zabývali dodržením frekvence prováděných kompresí hrudníku, která by měla být 100–120 stlačení za minutu (Truhlář et. al, 2015). Nedodržení frekvence bylo dalším kritickým bodem, kdy respondenti R7D a R8D frekvenci nedodrželi. Dále jsme se zabývali dodržením hloubky kompresí hrudníku a jedná se o další kritický bod. Kompresie by měly být prováděny 5–6 cm hluboko ve středu hrudní kosti (Frei, 2015). Málek a Knor (2019) uvádí, že tímto uměle záchránce udržuje oběh krve především mezi plícemi, srdcem a mozkem. Negativně však bylo zjištěno, že pouze jeden respondent hloubku stlačování dodržel. V rámci polostrukturovaného rozhovoru jeden respondent uvedl že „*komprese hrudníku na figuríně byly obtížné, dle mého jsme nedodrželi komprese ani poměr*“. Jedná se o pozitivní zjištění, jelikož respondent si je vědom svého nevhodného postupu, na který se může v budoucnu zaměřit. Dalším kritickým bodem bylo i dodržení poměru 30:2, což je jedním z nejdůležitějších aspektů pro provádění resuscitace (Truhlář et. al, 2015). Na základě výsledků výzkumu bylo negativně zjištěno, že komprese v poměru 30:2 většina respondentů nedodržela. Je patrné, že nedodržení poměru bylo způsobeno nesoustředěností studentů a nesouhra v týmu. Negativním zjištěním byla i skutečnost,

že jeden respondent opakovaně přerušoval komprese hrudníku na dobu delší než 5 sekund. Dalším kritickým bodem bylo zjištěno nedodržení časové posloupnosti, a to 2 minut, kdy po tomto časovém úseku by mělo proběhnout vystřídání se respondentů. Na základě zjištění, je důležité na tento bod upozornit v rámci simulační výuky a především při debriefingu, tak aby byl eliminován. Dalším kritickým bodem bylo zjištění, že žádný z respondentů po 2 minutách nezkontroloval srdeční rytmus, nebo ho zkontroloval s časovou prodlevou. Tento výsledek je možné spojit s tím, že ne každý student měl k dispozici hodinky a měl přesné pojetí o čase. Většina studentů ovšem měla během simulace zapnutý monitor, na kterém bylo možné čas kontrolovat. Výzkumným šetřením byly zjištěny i další kritické body, a to nezajištění krevního řečiště, nedodržení aseptických podmínek a fixace intravenózní kanyly. Krevní vstup zajistili pouze respondenti R5C a R9E. Jednotlivé zjištěné kritické body v oblasti zajištění krevního oběhu viz Schéma 2.

Schéma 2: Kategorie kritické body při zajištění krevního oběhu



Zdroj: autor

Posledním výzkumným cílem byly zjišťovány kritické body v oblasti **týmové spolupráce**. Týmová spolupráce při provádění kardiopulmonální resuscitace je velmi důležitá, jak uvádí Polák (2014). Týmová spolupráce byla rozdělena na týmovou spolupráci při zjištění ztráty vědomí pacienta a týmovou spolupráci během resuscitace. Pozitivním zjištěním bylo, že při zjištění ztráty vědomí pacienta spolu komunikovali a adekvátně spolupracovali všechny týmy. Kritickým bodem bylo zjištění, že někteří respondenti spolu nedostatečně komunikovali a omezeně spolupracovali během probíhající kardiopulmonální resuscitace. V rámci doplňující otázky při rozhovoru v rámci debriefingu jeden z respondentů uvedl „*Neodpovídal mi kolega zpátky a já jsem mu to špatně říkala*“. Na závěr byli respondenti tázáni na doplňující informace, ve kterých bylo zjištěno, že pro všechny respondenty byla simulační výuka velkým přínosem, což je pozitivní zjištění.

ZÁVĚR

Kardiopulmonální resuscitace je základním výkonem, který provádí zdravotničtí záchranáři v klinické praxi. Efektivní provedení kardiopulmonální resuscitace vyžaduje pravidelný trénink v jednotlivých oblastech kardiopulmonální resuscitace tak, aby byly minimalizovány negativní faktory ovlivňující výsledné provedení tohoto život zachraňujícího výkonu. Výzkum se zabýval zjištěním jednotlivých kritických bodů v rámci kardiopulmonální resuscitace. Výzkumem byly zjištěny nejruznější kritické body v oblasti uvolnění a zajištění dýchacích cest, zajištění krevního oběhu a také týmové spolupráce. Příkladem může být nedodržení hloubky a frekvence kompresí, nesprávné použití samorozpínacího vaku či problém v týmové spolupráci. Výsledky výzkumu představují důležité oblasti, na které je nutné se v budoucnu systematicky zaměřit. Je důležité, aby se simulační výuka častěji zařazovala do výuky nelékařských zdravotnických oborů, jelikož simulační výukou je možné prohloubit znalosti i dovednosti studentů, a připravit je tak lépe do praxe. Dále je důležité minimalizovat kritické body, které jsou spojeny s realizací a prováděním kardiopulmonální resuscitace, včetně týmové spolupráce. Na základě výsledků výzkumu je důležité se i nadále zabývat vlastní simulační výukou při provádění nejruznějších intervencí zdravotnickými záchranáři a zvýšit její efektivitu.

POUŽITÉ ZDROJE

- [1] FREI, J. 2015. *Akutní stavy pro nelékaře*. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni. ISBN 978-80-261-0498-8.
- [2] GURKOVÁ, E., ZELENÍKOVÁ. R. 2017. *Klinické prostředí v přípravě sester: organizace, strategie, hodnocení*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0583-0.
- [3] JANOTA, T. 2011. *Šok a kardiopulmonální resuscitace*. Praha: Triton. ISBN 978 80-7387-486-5.
- [4] KNOR, J., MÁLEK. J. 2019. *Farmakoterapie urgentních stavů*. 3. vyd. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-595-8.
- [5] KRAUSE M., DOLÁK. F. 2018. *Simulační metody ve výuce prevencí infekcí spojených se zdravotní péčí*. In: KRAUSE, M., M. FROŇKOVÁ a K. CVACHOVEC. 2018. *Multioborová spolupráce v nelékařských zdravotnických oborech*. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 84–87. ISBN 978-80-7494-426-0.
- [6] KOFRÁNEK, J., HOZMAN. J. 2013. *Pacientské simulátory*. Praha: Creative Connections. ISBN 978-80-904326-6-6.
- [7] KOFRÁNEK, J., KULHÁNEK. T. 2014. *Lékařské simulátory: Medsoft*. Praha: Dům techniky, ČSVTS. ISBN 978-8086742-380.
- [8] MARTINS, AMANDO, J. C. et al. 2018. *Simulation in nursing and midwifery education*. COLLECTIVE OF WHO. [online]. UN City, Marmonveh 51: DenMark, 2018. [cit.10–8-2020]. Dostupné z: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/383807/snme-report-eng.pdf?ua=1

- [9] POLÁK, M. 2014. *Urgentní příjem: nejčastější znaky, příznaky a nemoci na oddělení urgentního příjmu*. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-3208-7.
- [10] REMEŠ, R., TRNOVSKÁ. S. 2013. *Praktická příručka přednemocniční medicíny*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4530-5.
- [11] STRNADOVÁ, I. 2019. *Využití simulačních metod ve výuce studentů oboru Všeobecná sestra*. Liberec. Bakalářská práce. Technická univerzita v Liberci, Fakulta zdravotnických studií. Dostupné také z <https://dspace.tul.cz/>.
- [12] ŠEBLOVÁ, J., KNOR J. 2015. *Urgentní medicína v klinické praxi lékaře*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4434-6.
- [13] [13] TRUHLÁŘ, A., et al. 2015. Základní neodkladná resuscitace a automatizovaná externí defibrilace dospělých. *Urgentní medicína*. 18(4), 11–18. ISSN 1212–1924.

SIMULATING TEACHING PARAMEDIC STUDENTS IN CARDIOPULMONARY RESUSCITATION



ABSTRACT

Cardiopulmonary resuscitation is a set of individual actions leading to the recognition of failure of basic vital functions. Urgent resuscitation was already splinted on two parts, basic and advanced. Basic emergency resuscitation is provided by anyone, including the general public. It is provided without special equipment, aids or medicines. Advanced resuscitation is provided by trained rescuers. New best practices emphasize improving the quality of care provided. Student education is important for the effective implementation of cardiopulmonary resuscitation. One of these educational options is simulation teaching, which has an increasing potential not only in teaching. Simulation teaching is a teaching method that helps healthcare professionals and students to develop their knowledge and approach and apply it to clinical practice. The aim is also to increase students' motivation to learn. Simulation teaching has become an important part of modern education, due to the immediate feedback it allows to better connect theory with practice. The simulated model situation can prepare students for real psychological reactions. Simulation has recently been used more and more in the education of non-medical health professionals, not only in educational institutions but also in health care providers. The main goal of the research was

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

Aneta Zapadlová
Technická univerzita v Liberci
Fakulta zdravotnických studií
Ústav ošetřovatelství a neodkladné
péče
Studentská 1402/02
416 17 Liberec
e-mail: anet.zapadlova@seznam.cz

Mgr. Martin Krause, DiS.
Technická univerzita v Liberci
Fakulta zdravotnických studií
Ústav ošetřovatelství a neodkladné
péče
Studentská 1402/02
416 17 Liberec
e-mail: martin.krause@tul.cz

to identify critical points in the provision of cardiopulmonary resuscitation to students of the 3rd year of the field of study Paramedic within the simulation course. The research was carried out using a qualitative method. The research technique was chosen by observation. The research was further supplemented by a semi-structured interview. The selection of respondents was completed after reaching theoretical saturation. The research identified some critical points that are important to focus on in order to eliminate them.

KEYWORDS:

cardiopulmonary resuscitatio, simulation teaching, paramedic, urgent care

POROVNANIE POSKYTOVANIA KULTÚRNE DIFERENCOVANEJ OŠETROVATEĽSKEJ STAROSTLIVOSTI V ZDRAVOTNÍCKYCH ZARIADENIACH NA SLOVENSKU A V NEMECKU

ABSTRAKT

Príspevok sa zaoberá problematikou multikultúrnej ošetrovateľskej starostlivosti u nás a v zahraničí. Cieľom príspevku bolo zistiť, či existuje rozdiel v poskytovaní kultúrnej diferencovanej ošetrovateľskej starostlivosti v zdravotníckom zariadení na Slovensku a v zdravotníckom zariadení v Nemecku.

Metódy: Pre zber dát sme použili kvantitatívny výskum prostredníctvom dotazníka vlastnej konštrukcie. Aplikovanými metódami boli ďalej metóda literárnej analýzy, metóda porovnávania a matematicko-štatistická metóda. Sumarizáciu štatistických analýz sme realizovali pomocou softvéru Stat Soft a Microsoft Office Excel 2007, v ktorom sme vykonali aj verifikovanie formulovaných výskumných hypotéz. Použili sme hladinu významnosti t.j. p-hodnota, ktorú sme porovnávali s $\alpha = 0,05$. Chí-kvadrát test nezávislosti a jeho hodnotu vyjadrujeme ako p-value. Medzi určitými sledovanými javmi je štatisticky významná závislosť ak platí $p < \alpha$. Ak sa nenachádza medzi sledovanými javmi štatisticky významná závislosť, tak platí $p > \alpha$.

ĽUBICA LIBOVÁ
ĽUBICA VANKOVÁ
VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNÍCTVA
A SOCIÁLNEJ PRÁCE SV. ALŽBETY,
BRATISLAVA

Výsledky: Namizistenými analýzami výsledkov sme zistili, že existuje rozdiel v poskytovaní kultúrnej diferencovanej ošetrovateľskej starostlivosti v zdravotníckom zariadení na Slovensku a v Nemecku. Z prieskumnej analýzy vyplýva, že sestry v zdravotníckom zariadení v Nemecku majú viac vedomostí v súvislosti s poskytovaním kultúrnej diferencovanej ošetrovateľskej starostlivosti, ako sestry na Slovensku. Zisteniami sa nám potvrdilo, že sestry pracujúce v zdravotníckom zariadení v Nemecku majú viac možností získavať informácie o multikultúrnom ošetrovatelstve, ako sestry pracujúce na Slovensku.

Záver: Podmienky pre poskytovanie kultúrnej diferencovanej ošetrovateľskej starostlivosti, ako aj vedomosti sestier a možnosti na získavanie informácií o multikultúrnom ošetrovatelstve sú v zdravotníckych zariadeniach v Nemecku lepšie ako na Slovensku. V slovenských zdravotníckych zariadeniach je preto potrebné zlepšiť podmienky, možnosti získavania informácií a vedomosti sestier o multikultúrnom ošetrovatelstve.

KLÚČOVÉ SLOVÁ:

multikultúrne ošetrovatelstvo, migrácia, rôzne kultúry, Slovensko, Nemecko

ÚVOD

Multikultúrne ošetrovatelstvo je veľmi aktuálnou témou súčasného ošetrovatelstva a výrazne rezonuje v odborných kruhoch. Ako uvádza Kutnohorská (2013), pojem multikultúrna starostlivosť sme v minulosti nepoznali, avšak dnes tento fenomén v kruhoch sestier nabera na vážnosti. Vo vzdelávaní sestier bolo potrebné zmeniť nielen učebné osnovy, ale aj ich postoje, zmýšľanie a hodnotový systém v kontexte prístupu k iným kultúram. Implementácia multikultúrneho ošetrovatelstva do vzdelávania sestier je reakciou na situáciu, dôsledky požiadaviek a práv pacientov v globalizovanom svete. Padyšáková, Repková (2008) uvádzajú dôležitosť, aby zdravotnícky personál neustále rozvíjal svoje vedomosti a schopnosti a vzdelával sa v oblasti, ako je poznanie iných kultúr, etnické, náboženské a spoločenské zvyklosti iných etnických národov alebo menšín. Podľa Martinkovej (2016; s. 18-19) a Lenth (2016) multikultúrne orientovaná ošetrovatel'ská starostlivosť sa v súvislosti s migráciou a aktuálnou migračnou krízou dostáva stále viac do popredia. Všeobecne známym faktom súčasnosti je nárast potreby multikultúrneho prístupu vo všetkých oblastiach života, nevynímajúc zdravotníctvo. Hudáková, Bačová (2018; s16-19) uvádzajú potreby ošetrovatel'stva ako univerzálne, nie sú obmedzené rasou, farbou pleti, pohlavím, vekom, náboženstvom, sociálnym prostredím, či politickým zmýšľaním. Vitková (2016) uvádza, že multikultúrne ošetrovatel'stvo je komparatívny, humanistický, teoretický a praktický odbor zameraný na podobnosti a rozdiely starostlivosti o rôzne kultúry. Ošetrovatel'stvo ako vedná disciplína do svojej metaparadigmy zahŕňa štyri komponenty: osobu, zdravie, prostredie a ošetrovatel'ské činnosti. V jednotlivých štátoch sú podmienky rôzne a závisia na legislatíve, systéme zdravotníckych služieb, mravných a kultúrnych hodnotách Knezovič, Ralbovská (2012; s. 29-33). Ľudské práva zahŕňajú kultúrnu starostlivosť rešpektujúcu vieru, zvyky, hodnoty a postupy danej kultúry. Chápanie pacienta v kultúrnom kontexte je základom vzájomnej interakcie, zhodnotením zdravotného stavu, celkovej starostlivosti a jeho potrieb Špirudová a kol., (2006). Pre ošetrovatel'stvo má veľký význam aj špecifický migračný proces klienta. V multikultúrnej ošetrovatel'skej praxi sa veľa krát stretávame s ťažkosťami subjektívneho a objektívneho charakteru pri vnímaní informácii, tieto prekážky nazývame komunikačnými bariérami Horňáková (2008). Podľa Plevovej a kol. (2011) pri komunikácii s pacientmi inej kultúry sa odporúča zistiť, akým jazykom sa pacient dorozumie a do akej miery ho ovláda.

CIEĽ

Vychádzajúc z teoretických poznání o skúmanej problematike naším cieľom bolo:

- Zistiť, či existuje rozdiel v poskytovaní kultúrnej diferencovanej ošetrovatel'skej starostlivosti v zdravotníckom zariadení na Slovensku a v zdravotníckom zariadení v Nemecku.
- Zistiť do akej miery sú vytvorené podmienky na poskytovanie kultúrnej diferencovanej ošetrovatel'skej starostlivosti v zdravotníckom zariadení na Slovensku a v zdravotníckom zariadení v Nemecku.

- Zistiť vedomosti sestier v súvislosti s poskytovaním ošetrovateľskej starostlivosti pacientom inej kultúry.

SÚBOR A METODIKA

Zber empirických dát pre výskum bol realizovaný v priestoroch nemocnice Svet zdravia v Galante a v Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik Murnau. Dotazník vlastnej konštrukcie obsahoval 29 položiek a bol distribuovaný sestram vo vekovej kategórii od 19 do 35 a viac rokov, s rôznou dĺžkou odbornej praxe a vzdelaním v mesiacoch od 11. 09. 2019 do 31. 10. 2019. Rozdaných bolo spolu 150 dotazníkov 75 Slovensko a 75 v Nemecku. Návratnosť dotazníkov bola 150 dotazníkov (100%) a následne sme získané údaje vyhodnotili. Na Slovensku bol najväčší počet opýtaných sestier 69% vo vekovej kategórii 35 a viac rokov, oproti tomu v Nemecku vo vekovej kategórii 35 a viac rokov bolo 56% sestier. Čo sa týka vzdelania v Nemecku tvorilo so špecializáciou 43% sestier, diplomované sestry tvorili 23% a 21% tvorili sestry so strednou zdravotníckou školou s maturitou. Vysokoškolské vzdelanie

I. stupňa v Nemecku malo 7% sestier, II. stupeň 37% sestier a 4% sestier uviedlo iné zdravotnícke vzdelanie. Slovenské sestry so strednou zdravotníckou školou s maturitou predstavovali 29%, 25% boli sestry so špecializáciou a rovnaké percentuálne zastúpenie tvorili sestry s I. stupňom vysokoškolského vzdelania a 9% malo II. stupeň vysokoškolského vzdelania. Iné zdravotnícke vzdelanie uviedlo 5% opýtaných slovenských sestier. Sestry pracujúce na Slovensku, ktoré vykonávajú svoje povolanie 15 rokov a viac mali zastúpenie 56%. V Nemecku s najväčším percentuálnym zastúpením 53% tvorili sestry pracujúce 15 rokov a viac. Na základe stanovenia cieľa sme si stanovili hypotézy.

H1 Predpokladáme, že existuje rozdiel v poskytovaní kultúrnej diferencovanej ošetrovateľskej starostlivosti v zdravotníckom zariadení na Slovensku a v zdravotníckom zariadení v Nemecku.

Tabuľka 1: Hypotéza 1

Otázka	p - value	α	Porovnanie	Prijímame
O5	000*	0,05	$p < \alpha$	H1
O6	000*		$p < \alpha$	H1
O7	000*		$p < \alpha$	H1
O8	000*		$p < \alpha$	H1
O9	000*		$p < \alpha$	H1
O10	000*		$p < \alpha$	H1
O11	000*		$p < \alpha$	H1
O12	000*		$p < \alpha$	H1
O13	000*		$p < \alpha$	H1
O14	000*		$p < \alpha$	H1
O15	000*		$p < \alpha$	H1
O16	000*		$p < \alpha$	H1
O17	000*		$p < \alpha$	H1
O18	000*		$p < \alpha$	H1

* hodnota menšia ako 0,0001

Z výsledkov analýzy vyplýva, že 68% opýtaných sestier v Nemecku poskytuje na svojom pracovisku multikultúrnu ošetrovateľskú starostlivosť často. Až 99% sestier pracujúcich v Nemecku poskytovalo ošetrovateľskú starostlivosť pacientom moslimskej kultúry, 84% uviedlo príslušníkom európskej kultúry, 81% arabskej kultúre, 47% ázijskej kultúre, 27% rómskej kultúre, 24% židovskej kultúre a 23% príslušníkom východnej kultúry. Na Slovensku 88% sestier poskytovalo ošetrovateľskú starostlivosť najčastejšie rómskej kultúre, 75% európskej kultúre, 35% ázijskej, 13% židovskej kultúry, 8% moslimskej kultúre, 7% arabskej kultúry a 4% východnej kultúre. Konštatujeme, že v zdravotníckom zariadení na Slovensku a v zdravotníckom zariadení v Nemecku pri poskytovaní kultúrnej diferencovanej ošetrovateľskej starostlivosti rozdiel existuje, **hypotéza 1 sa potvrdila** (tab.1).

H2 Predpokladáme, že v zdravotníckom zariadení v Nemecku sú vytvorené lepšie podmienky na poskytovanie kultúrnej diferencovanej ošetrovateľskej starostlivosti ako v zdravotníckom zariadení na Slovensku.

Tabulka 2: Hypotéza 2

Otázka	p - value	α	Porovnanie	Prijímame
O11	000*	0,05	$p < \alpha$	H1
O12	000*		$p < \alpha$	H1
O13	000*		$p < \alpha$	H1
O14	000*		$p < \alpha$	H1
O15	000*		$p < \alpha$	H1
O16	000*		$p < \alpha$	H1
O17	000*		$p < \alpha$	H1
O18	000*		$p < \alpha$	H1

* hodnota menšia ako 0,0001

V tabuľke 2 uvádzame hypotézu 2, kde sme dospeli k **záveru**, že v Nemecku 91% opýtaných sestier ovláda aspoň jeden cudzí jazyk a 9% neovláda žiadny cudzí jazyk. U Slovenských sestier 59% uviedlo, že ovláda aspoň jeden cudzí jazyk. V Nemecku má 55% sestier k dispozícii tlmočníka pre potreby komunikácie s pacientom a jeho rodinou v inom jazyku, 28% uviedlo, že ovláda cudzí jazyk a 5% sa dorozumieva „rukami - ukazovaním“. Pri komunikácii s pacientom inej kultúry používa komunikačné karty 5% sestier, 1% odpovedalo, že niekto z ošetrovateľského tímu ovláda cudzí jazyk a s rovnakým percentuálnym zastúpením 1% používajú aplikáciu v mobile. Zo Slovenska ovláda cudzí jazyk 33% sestier a také isté percento uviedli, že cudzí jazyk ovláda niekto v ošetrovateľskom tíme. Spôsobom dorozumievania sa „rukami - ukazovaním“ sa na Slovensku dorozumieva 24% opýtaných sestier a 5% používa aplikáciu v mobile. Možnosť prítomnosti tlmočníka s pacientom a jeho rodinou uviedlo 3% sestier a 1% odpovedalo, že cudzí jazyk ovláda rodinný príslušník pacienta. Komunikačné karty sestry na Slovensku nepoužívajú. Vo výsledkoch analýzy sme zistili, že 47% sestier z Nemecka a 45% zo Slovenska odpovedalo, že skôr áno ako nie dokáže pacientovi zabezpečiť súkromie v súlade s jeho kultúrnymi potrebami a zdravotným stavom. Až 75% sestier na Slovensku nedokáže zabezpečiť, aby ženu ošetrovala žena z ošetrovateľského tímu a muža muž. V Nemecku 60% sestier to vie zabezpečiť. V zdravotníckom zariadení sa nachádza modlitebňa menšinového náboženstva uviedlo 84% sestier v Nemecku oproti tomu 99% slovenských sestier uviedlo, že sa nenachádza. Z prieskumu vyplýva, že 88% sestier v Nemecku dokáže prispôsobiť diétoterapiu pacienta inej kultúry jeho stravovacím návykom na Slovensku len 49% odpovedalo, že skôr áno ako nie, 24% uviedlo že niekedy a 20% odpovedalo že áno. V Nemecku odpovedalo 33% sestier, že umožňuje, aby pacientovi zabezpečili a doniesla jedlo jeho rodina, na Slovensku len 39% sestier uviedlo skôr áno ako nie a 32% odpovedalo áno. Služby tlmočníka má k dispozícii vo svojom zdravotníckom zariadení v Nemecku 96% opýtaných sestier a 4% nemajú túto možnosť. Na Slovensku služby tlmočníka nemá k dispozícii 84% sestier a 16% má možnosť využiť služby tlmočníka. Z výsledkov analýzy konštatujeme, že v zdravotníckom zariadení v Nemecku existuje štatisticky významný rozdiel vo vytvorených podmienkach na poskytovanie

kultúrnej diferencovanej ošetrovateľskej starostlivosti ako v zdravotníckom zariadení na Slovensku, **Hypotéza 2 sa potvrdila** (tab.2)

H3 Predpokladáme, že sestry v zdravotníckom zariadení v Nemecku majú viac vedomostí v súvislosti s poskytovaním kultúrnej diferencovanej ošetrovateľskej starostlivosti ako sestry na Slovensku.

Tabuľka 3: Hypotéza 3

Otázka	p - value	α	Porovnanie	Prijímame
O19	000*	0,05	$p < \alpha$	H1
O20	0,034		$p < \alpha$	H1
O21	0,008		$p < \alpha$	H1
O22	0,044		$p < \alpha$	H1
O23	000*		$p < \alpha$	H1
O24	000*		$p < \alpha$	H1
O25	000*		$p < \alpha$	H1

* hodnota menšia ako 0,0001

V prieskume 85% nemeckých sestier a 77% na Slovensku uviedlo, že považuje za multikultúrne (transkultúrne) ošetrovateľstvo, kultúrne zameranú starostlivosť, ktorá spracováva profesijné a tradičné ľudové hodnoty a zvyky a 15% z Nemecka a 23% slovenských sestier uviedlo, že pod pojmom multikultúrne (transkultúrne) ošetrovateľstvo chápe kultúrne nezameranú starostlivosť, zabezpečujúcu komplexnú ošetrovateľskú starostlivosť pacientom bez ohľadu na ich kultúru. V Nemecku 100% sestier považuje za zakladateľku multikultúrneho ošetrovateľstva Madeleinu Leiningerovú na Slovensku 64% sestier. **Hypotéza 3 sa nám potvrdila** (tab. 3), sestry v zdravotníckom zariadení v Nemecku majú viac vedomostí v súvislosti s poskytovaním kultúrnej diferencovanej ošetrovateľskej starostlivosti ako sestry na Slovensku.

H4 Predpokladáme, že sestry pracujúce v zdravotníckom zariadení v Nemecku majú viac možností získavať informácie o multikultúrnom ošetrovateľstve ako sestry pracujúce v zdravotníckom zariadení na Slovensku.

Tabuľka 4: Hypotéza 4

Otázka	p - value	α	Porovnanie	Prijímame
O7	000*	0,05	$p < \alpha$	H1
O8	000*		$p < \alpha$	H1
O29	0,002		$p < \alpha$	H1

* hodnota menšia ako 0,0001

Sestry ktoré pracujú v Nemecku majú lepšie možnosti na získavanie informácií o multikultúrnom ošetrovatelstve ako sestry na Slovensku. Tabuľka 4 nám uvádza, že 95% sestier na Slovensku uviedlo že nemá k dispozícii informačný materiál o kultúrnych špecifikách a potrebách pacientov iných kultúr. V Nemecku uviedlo 60% sestier, že má na svojom pracovisku k dispozícii informačný materiál. Informačné brožúry, alebo letáky pre pacientov a ich rodiny v cudzích jazykoch nemá na Slovensku k dispozícii 91% sestier a v Nemecku má 88% sestier. Informácie o iných kultúrach získalo 61 % sestier z Nemecka praxou, 23% samoštúdiom a 16% štúdiom na vysokej škole. Na Slovensku 36% sestier získalo informácie počas štúdia na vysokej škole, 33% počas praxe a 31% samoštúdiom. Na základe výsledkov (tab. 4) sa nám **Hypotéza 4 potvrdila**, z čoho vyplýva, že sestry ktoré pracujú v Nemecku majú lepšie možnosti na získavanie informácií o multikultúrnom ošetrovatelstve ako sestry pracujúce v zdravotníckom zariadení na Slovensku.

DISKUSIA

Počas študovania odborných publikačných zdrojov sme narazili na príspevky, ktoré sa zaoberali problematikou multikultúrneho ošetrovatelstva. Záverom týchto prác je často poznanie, že z danej oblasti je nutný ďalší rozvoj. Konštatujeme, že v zdravotníckom zariadení na Slovensku a v zdravotníckom zariadení v Nemecku pri poskytovaní kultúrnej diferencovanej ošetrovateľskej starostlivosti rozdiel existuje, **Hypotéza 1 sa potvrdila**. Podobný prieskum bol realizovaný Vatehovou, a Hirjákovou (2015) kde zistili, že 94% sestier na Slovensku najčastejšie poskytuje kultúrnu špecifickú starostlivosť rómskemu etniku. Môžeme sa domnievať, že zvyšné 4% nepovažovali Rómov za iné etnikum. Slovenské sestry sa okrem Rómov, stretávajú často aj s vietnamským etnikom. Kráľovičová (2013) uvádza, že s väčším počtom národnostných menšín, viac ako s tromi v 100% prípadoch sa stretávajú práve sestry z Nemecka. Sestry zo Slovenska a Česka len v 48%. Aghová (2015) zistila z odpovedí sestier, že sestry sa najviac stretávajú s Rómami (93%), Maďarmi (42%), Vietnamcami 22%, Arabmi (19%), Rusmi/Ukrajincami 10% a so Židmi sa stretáva 7 sestier. Podobný prieskum robila čo sa týka migrácie aj Ulrike Lenth (2016), kde konštatovala, že migrácia predstavuje veľké výzvy aj pre zdravotníctvo a ošetrovatelstvo. Počet klientov, ktorí potrebujú starostlivosť s rôznym kultúrnym, náboženským a etnickým pôvodom, sa zvyšuje. Nerozpoznanie potrieb môže ohroziť účinnú a efektívnu starostlivosť. Od zdravotníckeho personálu sa preto vyžaduje, aby v rámci hodnotenia transkultúrnej starostlivosti identifikoval možné nedorozumenia, prediskutoval s klientom ošetrovateľské činnosti a techniky starostlivosti a implementoval ich v súlade s jeho kultúrnymi a náboženskými pocitmi. Sprievodca aplikovanou praxou v transkultúrnej ošetrovateľskej praxi ukazuje, ako je možné transkultúrne ošetrovatelstvo vytvárať a úspešne implementovať v každodennom živote. Scholtzová vo svojej práci z roku 2011 porovnávala vedomosti sestier pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti jedincom rôznych kultúr. Zistila, že sestry pracujúce v slovenských nemocniciach a sestry pracujúce v českých nemocniciach majú nedostatok vedomostí v oblasti multikultúrneho ošetrovatelstva. Z výsledkov analýzy konštatujeme, že v zdravotníckom zariadení

v Nemecku existuje štatisticky významný rozdiel vo vytvorených podmienkach na poskytovanie kultúrnej diferencovanej ošetrovateľskej starostlivosti ako v zdravotníckom zariadení na Slovensku **Hypotéza 2 sa potvrdila**. Aj Kšiňanová (2013) vo svojej práci s názvom *Poskytovanie kultúrnej odlišnej ošetrovateľskej starostlivosti v zdravotníckych zariadeniach* zisťovala podmienky pre poskytovanie transkultúrnej starostlivosti, odborné znalosti o transkultúrnom ošetrovateľstve a postoj sestier k poskytovaniu transkultúrnej starostlivosti. Vo svojom výskume zistila, že neexistuje štatisticky významný rozdiel v podmienkach poskytovania kultúrnej odlišnej ošetrovateľskej starostlivosti vo fakultných a okresných nemocniciach a rovnako tak nie je štatisticky významný rozdiel v postoji sestier k poskytovaniu transkultúrnej ošetrovateľskej starostlivosti vzhľadom na dĺžku odbornej praxe. Ulrike Lenth (2016a) opisuje, že v súčasnosti opatrovatelia a osoby vyžadujúce starostlivosť často pochádzajú z rôznych krajín a kultúr a každodenná starostlivosť je multikultúrna. Jazykové bariéry a neznalosť cudzích kultúr môžu viesť k nedorozumeniam, ktoré vážne ohrozujú úspech ošetrovateľstva. Ukazuje, ako sa cudzinci cítia, posudzujú alebo konajú inak a ako ich opatrovatelia vnímajú, ako osobnosti v ich kultúrnej formovanom prostredí a ako s nimi môžu zaobchádzať s uznaním. Popisuje základné vedomosti z kultúrnych štúdií, náboženských dejín, sociálnej antropológie, migračného výskumu a politológie, a preto odpovedá na otázky, ktoré dnes nikto nemôže ignorovať a zaujíma sa o medzikultúrnu spoluprácu. Zaoberá sa súčasnou situáciou v systéme zdravotnej starostlivosti, najmä témou ľudí s migračným pozadím. Ukazuje, kde môžu vzniknúť rozdiely medzi rôznymi pohľadmi na zahraničnú krajinu pôvodu a každodenným životom. Autorka predstavuje príslušné témy súvisiace s témami typickými pre starostlivosť v ľahko zrozumiteľnom jazyku. Venuje sa aspektom ako komunikácia, rodina, koncepcia bolesti, zdravia a choroby. Stručné príklady vysvetľujú individuálnu perspektívu rôznych ľudí s migračným pozadím. Náš prieskum môžeme porovnať tiež s prieskumom, ktorý realizovala Pavlovič v roku 2013. Prostredníctvom prieskumu dospela k záveru, že iba 1% opýtaných respondentov uviedlo, že vo svojich zdravotníckych zariadeniach majú vymedzený priestor pre modlenie sa moslimských pacientov. Pavlovič (2013) tiež zistila, že iba 25% respondentov vie priradiť ošetrovateľský personál rovnakého pohlavia k pacientom islamskej kultúry. Oslancová (2014) zistila, že z celkového počtu opýtaných 172 (100%) respondentov ovláda 90 respondentov (52%) cudzí jazyk. Z toho ruský jazyk 27 (16%) respondentov, anglický 23 (13%) a nemecký 21 (12%) respondentov. Dva cudzie jazyky ovláda 19 (11%) respondentov a 82 (48%) respondentov neovláda cudzí jazyk. Tiež zistila, že v prípade neznalosti cudzieho jazyka využíva 128 (75%) respondentov pri komunikácii s pacientom z inej kultúry komunikáciu pomocou rodinného príslušníka, pomoc tlmočníka uviedlo 29 (17%) a 15 (9%) pomocou piktogramov. **Tretím cieľom** bolo zistiť vedomosti sestier v súvislosti s poskytovaním ošetrovateľskej starostlivosti pacientom inej kultúry. **Hypotéza 3 sa nám potvrdila**, čo znamená, že sestry v zdravotníckom zariadení v Nemecku majú viac vedomostí v súvislosti s poskytovaním kultúrnej diferencovanej ošetrovateľskej starostlivosti ako sestry na Slovensku. Aj Tatárková (2016) v práci s názvom *Uplatnenie multikultúrneho ošetrovateľstva v pediatrii* skúmala vplyv vzdelania a skúseností sestier nadobudnutých praxou

na poskytovanie multikultúrnej ošetrovateľskej starostlivosti deťom rómskeho etnika na pediatrických oddeleniach. Výsledky výskumu ukázali nedostatky v oblasti manažmentu starostlivosti o pacientov inej kultúry. Analýza výsledkov prieskumu Dobsonyovej a kolektívu (2015) poukázala na nedostatok vedomostí sestier z uvedenej problematiky, identifikovala nedostatky v manažmente starostlivosti o pacientov z iných kultúr, ako aj na nedostatočne vypracovaný systém zabezpečenia a kontroly kvality poskytovanej multikultúrnej starostlivosti. Medvecká (2015) na základe výsledkov z prieskumu usúdila, že 49% českých sestier má vedomosti o problematike multikultúrneho ošetrovateľstva. Na Slovensku má len 23% sestier vedomosti o danej problematike. **Štvrtým cieľom** bolo zistiť možnosti a spôsoby získavania informácií o multikultúrnom ošetrovateľstve u sestier na Slovensku a v Nemecku. Zistili sme, že na základe výsledkov sa nám **Hypotéza 4 potvrdila**, z čoho vyplýva, že sestry ktoré pracujú v Nemecku majú lepšie možnosti na získavanie informácií o multikultúrnom ošetrovateľstve ako sestry pracujúce na Slovensku. Prieskum realizovaný Vatehovou, Hirjákovou (2015) zistil, že význam slovného spojenia multikultúrne ošetrovateľstvo pozná správne 92% respondentov, vzdelávaciu aktivitu na túto tému neabsolvovalo až 43%. Na vysokej škole je súčasťou vzdelávania, kde sa počas štúdia 32% opýtaných s týmto pojmom aj stretlo. Ten, kto má záujem dozvedieť sa viac o problematike multikultúrneho ošetrovateľstva, má možnosť dozvedieť sa na konferenciách a seminároch na túto tému. Vo svojej publikácii sa tomu venovala aj Petersen – Ewert (2018) kde odporúča vo svojej knihe školenia zamerané na rozvoj lepšieho porozumenia profesionálnych opatrovateľov s ohľadom na potreby opatrovateľov z migračného prostredia, v 4 moduloch rozvíjajú perspektívu a skúsenosti migrantov v situáciách starostlivosti a kde uvažujú o svojom vlastnom správaní. Prednášku alebo seminár absolvovalo 25% respondentov, čo je v porovnaní s našimi výsledkami zhodné. Vzdelávaním v oblasti kultúr ako zdravotnícki profesionáli získame väčšiu rozlišovaciu schopnosť a citlivosť k etnickým, kultúrnym a sociálnym špecifikám, schopnosť lepšie rozlišovať javy etnicky, kultúrne determinované od sociálno-patologických javov, vyššiu profesionálnu istotu v starostlivosti o ľudí inej kultúry, etnika či sociálnej vrstvy, umenie lepšie komunikovať a byť citlivejší a obratnejší aj v oblasti neverbálnej komunikácie a paralingvistiky, vlastný osobnostný rast a rozvoj ľudstva Špirudová a kol. (2006). Vo výskume Pitekovej a Gerlichovej (2011) sa zistilo, že u 29% sestier SR a 21% sestier ČR existujú na oddelení príručky o daných kultúrach a ich špecifikách. Podobnosť môžeme zistiť pri porovnaní z prieskumu Scholtzovej (2011), ktorá zistila, že 57% respondentov zo Slovenska hodnotí svoje vedomosti ako dobré. Várentova (2017) považuje znalosť poznatkov z transkultúrneho ošetrovateľstva za dôležité vo vzťahu k rómskemu pacientovi. Uviedlo to 11 sestier, rovnaký počet si myslí, že minorita by sa mala majorite prispôbiť a 30 sestier v prieskume uviedlo, že medzi pacientmi nerobí rozdiely.

ZÁVER

Multikultúrne ošetrovatelstvo zahŕňa významnú oblasť štúdií a praxe zameranej na porovnávací významy kultúrnej starostlivosti, viery, zvyky jednotlivcov či skupín ľudí rovnakých alebo odlišných kultúr. Hlavným cieľom multikultúrneho ošetrovatelstva je umožniť kultúrne diferencovanú ošetrovateľskú starostlivosť realizovanú pre chorých ľudí, ale aj pre zdravých, pomáhať v nepriaznivých ľudských situáciách, ochoreniu alebo umieraní kultúrne adekvátnym spôsobom. O ošetrovatelstve môžeme hovoriť, ako o multikultúrnej disciplíne a profesii zameranej humánnu starostlivosť. Sestry sa v súčasnej dobe čoraz viac stretávajú pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti v nemocniciach a iných zdravotníckych zariadeniach s pacientmi rôznej kultúry. Vyplýva nám z toho, že multikultúrne ošetrovatelstvo sa nepokladá len za teoretický odbor. Od poskytovateľov kultúrnej senzitivnej ošetrovateľskej starostlivosti multikultúrne ošetrovatelstvo vyžaduje hlboké vedomosti, tvorivosť a naplnenie ľudských potrieb tak citlivo, aby pacient nepociťoval nespokojnosť a nemal dôvod odmietajú spoluprácu s ošetrovateľským tímom. Naším cieľom bolo zistiť, či existuje rozdiel v poskytovaní aké sú vytvorené podmienky pre poskytovanie kultúrne diferencovanej ošetrovateľskej starostlivosti v zdravotníckych zariadeniach na Slovensku a v Nemecku. Ďalej sme zisťovali vedomosti sestier pracujúcich na Slovensku a v Nemecku a ich možnosti a spôsoby získavania informácií o multikultúrnom ošetrovatelstve. Na základe výsledkov nášho prieskumu nám vyplýva, že v poskytovaní kultúrne diferencovanej ošetrovateľskej starostlivosti na Slovensku v porovnaní nami skúmanom zdravotníckom zariadení v Nemecku existuje rozdiel. Podmienky vytvorené v zariadeniach na Slovensku sú v porovnaní s Nemeckom horšie. Ukázalo sa, že vedomosti slovenských sestier nie sú na zlej úrovni, ale nemecké sestry majú o multikultúrnom ošetrovatelstve viac vedomostí a tiež viac možností na ich získavanie, ale aj skúseností. Zistenia môžu byť kladným prínosom pre sestry, ktoré pracujú na Slovensku a nedisponujú dostatkom informácií o danej problematike, ale aj pre iný zdravotnícky personál a zdravotnícke zariadenia.

PRÍLOHY

Vyhodnocovacie tabuľky, dotazník

Tabuľka 1: Vek respondentov

Vek	Počet SK	Počet DE	% SK	% DE
19-25	6	14	8,00	18,67
26-30	9	11	12,00	14,67
31-35	8	8	10,67	10,67
35+	52	42	69,33	56,00
Spolu	75	75	100,00	100,00

Tabuľka 2: Pohlavie respondentov

Pohlavie	Počet SK	Počet DE	%SK	%DE
Muž	6	22	8,00	29,33
Žena	69	53	92,00	70,67
Spolu	75	75	100,00	100,00

Tabuľka 3: Najvyššie dosiahnuté vzdelanie

Vzdelanie	Počet SK	Počet DE	%SK	%DE
Stredná zdravotnícka škola s maturitou	22	16	29,33	21,33
Diplomová sestra	4	17	5,33	22,67
Sestra so špecializáciou	19	32	25,33	42,67
I. st. Vysokej školy	19	5	25,33	6,67
II. st. Vysokej školy	7	2	9,33	2,67
III. st. Vysokej školy	0	0	0,00	0,00
Iné	4	3	5,33	4,00
Spolu	75	75	100,00	100,00

Tabuľka 4: Počet rokov výkonu povolania sestry

Počet rokov	Počet SK	Počet DE	%SK	%DE
0 - 5	15	17	20,00	22,67
5 - 10	10	10	13,33	13,33
10 - 15	8	8	10,67	10,67
15 a viac	42	40	56,00	53,33
Spolu	75	75	100,00	100,00

Tabuľka 5: Krajina výkonu povolania sestry

Krajina	Počet	%
Slovensko	75	100,00
Nemecko	75	100,00
Spolu	150	100,00

Tabuľka 6: Poskytovanie multikultúrnej ošetrovateľskej starostlivosti na pracovisku

Poskytovanie	Počet SK	Počet DE	%SK	%DE
Áno často	15	51	20,00	68,00
Veľmi ojedinele	33	14	44,00	18,67
Skoro vôbec	25	10	33,33	13,33
Nie	2	0	2,67	0,00
Spolu	75	75	100,00	100,00

Tabuľka 7: Kultúra, alebo náboženstvo pacientov, ktorým ste počas Vašej praxe poskytovali ošetrovateľskú starostlivosť

Kultúra/náboženstvo	Počet SK	Počet DE	%SK	%DE
Moslimská	6	74	8,00	98,67
Židovská	10	18	13,33	24,00
Ázijská	26	35	34,67	46,67
Rómska	66	20	88,00	26,67
Arabská	5	61	6,67	81,33
Európska	56	63	74,67	84,00
Východná	3	17	4,00	22,67

Tabuľka 8: Ovládanie cudzieho jazyka

Cudzí jazyk	Počet SK	Počet DE	%SK	%DE
Áno	44	68	58,67	90,67
Nie	31	7	41,33	9,33
Spolu	75	75	100,00	100,00

Tabuľka 9: Spôsob dorozumievania sa s pacientom a jeho rodinnými príslušníkmi v inom jazyku

Spôsob dorozumievania sa	Počet SK	Počet DE	%SK	%DE
Ovládam cudzí jazyk	25	21	33,33	28,00
Je k dispozícii tlmočník	2	41	2,67	54,67
Niekoľko z ošetrovateľského tímu ovláda cudzí jazyk	25	4	33,33	5,33
Rodinný príslušník ovláda cudzí jazyk	1	0	1,33	0,00
Dorozumievame sa „rukami - ukazovaním“	18	4	24,00	5,33
Používame aplikáciu v mobile	4	1	5,33	1,33
Používame komunikačné karty	0	4	0,00	5,33
Spolu	75	75	100,00	100,00

Tabuľka 10: Informačné brožúry / letáky pre pacientov a ich rodinných príslušníkov v cudzích jazykoch

Informačné brožúry / letáky	Počet SK	Počet DE	%SK	%DE
Áno	7	66	9,33	88,00
Nie	68	9	90,67	12,00
Spolu	75	75	100,00	100,00

Tabuľka 11: Možnosť zabezpečenia súkromia pacientovi podľa jeho kultúrnych potrieb a zdravotného stavu

Súkromie	Počet SK	Počet DE	% SK	% DE
Áno	34	17	45,33	22,67
Skôr áno ako nie	4	35	5,33	46,67
Skôr nie ako áno	21	21	28,00	28,00
Nie	16	2	21,33	2,67
Spolu	75	75	100,00	100,00

Tabuľka 12: Počet osôb dovolených na Vašom pracovisku na jednej izbe počas návštevy pacienta inej kultúry

Osoby počas návštevy	Počet SK	Počet DE	% SK	% DE
1 - 2 osoby	22	31	29,33	41,33
3 - 4 osoby	28	28	37,33	37,33
5 a viac	25	16	33,33	21,33
Spolu	75	75	100,00	100,00

Tabuľka 13: Možnosť zabezpečenia, aby ženu ošetrovala žena z ošetrovateľského tímu a muža muž

Ošetrovanie ženy ženou a muža mužom	Počet SK	Počet DE	% SK	% DE
Áno	19	45	25,33	60,00
Nie	56	30	74,67	40,00
Spolu	75	75	100,00	100,00

Tabuľka 14: Modlitebňa vo Vašom zdravotníckom zariadení

Modlitebňa	Počet SK	Počet DE	% SK	% DE
Áno	1	63	1,33	84,00
Nie	74	12	98,67	16,00
Spolu	75	75	100,00	100,00

Tabuľka 15: Prispôsobenie diétoterapie pacientovým stravovacím návykom z inej kultúry

Diétoterapia	Počet SK	Počet DE	% SK	% DE
Áno	15	66	20,00	80,00
Skôr áno ako nie	37	3	49,33	4,00
Niekedy	18	3	24,00	4,00
Skôr nie ako áno	5	3	6,67	4,00
Nie	0	0	0,00	0,00
Spolu	75	75	100,00	100,00

Tabuľka 16: Možnosť zabezpečenia jedla pacientovi podľa jeho kultúrnych a stravovacích návykov jeho rodinou

Zabezpečenie jedla	Počet SK	Počet DE	% SK	% DE
Áno	24	61	32,00	81,33
Skôr áno ako nie	29	11	38,67	14,67
Niekedy	19	1	25,33	1,33
Skôr nie ako áno	3	2	4,00	2,67
Nie	0	0	0,00	0,00
Spolu	75	75	100,00	100,00

Tabuľka 17: Informačný materiál o kultúrnych špecifikách a potrebách pacientov inej kultúry nachádzajúci sa na oddelení

Informačný materiál	Počet SK	Počet DE	% SK	% DE
Áno	4	45	5,33	60,00
Nie	71	30	94,67	40,00
Spolu	75	75	100,00	100,00

Tabuľka 18: Služby tlmočníka vo Vašom zdravotníckom zariadení

Služby tlmočníka	Počet SK	Počet DE	% SK	% DE
Áno	12	72	16,00	96,00
Nie	63	3	84,00	4,00
Spolu	75	75	100,00	100,00

Tabuľky 19: Koľkokrát denne sa modlia Moslimovia

Modlenie	Počet SK	Počet DE	% SK	% DE
Jedenkrát	5	0	6,67	0,00
Trikrát	39	14	52,00	18,67
Päťkrát	31	61	41,33	81,33
Spolu	75	75	100,00	100,00

Tabuľka 20: Rituály Moslimov pri úmrtí človeka

Rituály pri úmrtí	Počet SK	Počet DE	% SK	% DE
telo zosnulého príbuzní umyjú, osušia, zabalia do čistých bielych plachiet a telo uložia do hrobu na pravý bok tvárou obrátenou smerom na Mekku	59	29	78,67	38,67
o telo zosnulého sa postará ošetrovateľský tím a telo sa pri pochovávaní uloží do rakvy z nehobľovaných dosiek	16	46	21,33	61,33
Spolu	75	75	100,00	100,00

Tabuľka 21: Ruka s ktorou sa nič nesmie podávať v rámci kontaktu s moslimským pacientom

Ruka v rámci kontaktu	Počet SK	Počet DE	% SK	% DE
Pravá ruka	42	29	56,00	38,67
Ľavá ruka	33	46	44,00	61,33
Spolu	75	75	100,00	100,00

Tabuľka 22: Strava Židov

Strava	Počet SK	Počet DE	% SK	% DE
Kóšer	63	75	84,00	100,00
Vegánska	12	0	16,00	0,00
Vegetariánska	0	0	0,00	0,00
Spolu	75	75	100,00	100,00

Tabuľka 23: Užívanie liekov, prijímanie krvi a vakcíny Židov

Lieky, krv, vakcíny	Počet SK	Počet DE	% SK	% DE
Áno	49	60	65,33	80,00
Nie	26	15	34,67	20,00
Spolu	75	75	100,00	100,00

Tabuľka 24: Podanie ruky u Židov

Podanie ruky	Počet SK	Počet DE	% SK	% DE
Ženám ani Židovkám	46	68	61,33	90,67
Svojím manželkám, ženám v rodine	15	4	20,00	5,33
Rovnakému pohlaviu	14	3	18,67	4,00
Spolu	75	75	100,00	100,00

Tabuľka 25: Dotýkanie a hladkanie hlavy vietnamských pacientov

Dotýkanie a hladkanie hlavy	Počet SK	Počet DE	% SK	% DE
Áno	41	16	54,67	21,33
Nie	34	59	45,33	78,67
Spolu	75	75	100,00	100,00

Tabuľka 26: Pojem multikultúrne (transkultúrne) ošetrovateľstvo

Multikultúrne ošetrovateľstvo	Počet SK	Počet DE	% SK	% DE
Kultúrne nezameranú starostlivosť, zabezpečujúcu komplexnú ošetrovateľskú starostlivosť pacientom / klientom bez ohľadu na ich kultúru	17	11	22,67	14,67
Kultúrne zameranú starostlivosť, ktorá spracováva profesijné a tradičné ľudové hodnoty a zvyky	58	64	77,33	85,33
Spolu	75	75	100,00	100,00

Tabuľka 27: Zakladateľka multikultúrneho ošetrovateľstva

Zakladateľka	Počet SK	Počet DE	% SK	% DE
Florence Nightingaleová	19	0	25,33	0,00
Madeleine Leiningerová	48	75	64,00	100,00
Virginia Hendersonova	8	0	10,67	0,00
Spolu	75	75	100,00	100,00

Tabuľka 28: Vznik multikultúrneho ošetrovateľstva

Vznik multikultúrneho ošetrovateľstva	Počet SK	Počet DE	% SK	% DE
80 - te roky vo Veľkej Británii	30	9	40,00	12,00
60 - te roky v Amerike	39	56	52,00	74,67
90- te roky v Rusku	6	10	8,00	13,33
Spolu	75	75	100,00	100,00

Tabuľka 29: Informácie o starostlivosti pacientov iných kultúr

Informácie o starostlivosti pacientov iných kultúr	Počet SK	Počet DE	% SK	% DE
Štúdium na vysokej škole	27	12	36,00	16,00
Počas praxe	25	46	33,33	61,33
Samoštúdium	23	17	30,67	22,67
Spolu	75	75	100,00	100,00

DOTAZNÍK

Vážení respondenti,

prosíme Vás o vyplnenie dotazníka. Dotazník je anonymný, dobrovoľný a výsledky z dotazníka budú slúžiť len na účely prieskumu. Prosím Vás o pozorné prečítanie dotazníka a zaznačenie len jednej odpovede s ktorou sa Vy najviac stotožňujete.

Ďakujem Vám za Vašu ochotu a čas pri vyplňovaní dotazníka.

Koľko máte rokov?

- a) 19 – 25
- b) 26 – 30
- c) 31 – 35
- d) 35 a viac

Aké je Vaše pohlavie?

- a) žena
- b) muž

Aké je Vaše najvyššie dosiahnuté vzdelanie?

- a) stredná zdravotnícka škola s maturitou
- b) diplomovaná sestra
- c) sestra so špecializáciou
- d) I. st. vysokej školy
- e) II. st. vysokej školy
- f) III. st. vysokej školy
- g) iné

Koľko rokov vykonávate povolanie sestry?

- a) 0 - 5
- b) 5 - 10
- c) 10 - 15
- d) 15 a viac

V ktorej krajine pracujete?

- a) na Slovensku
- b) v Nemecku

Poskytujete na svojom pracovisku multikultúrnu ošetrovateľskú starostlivosť?

- a) áno často
- b) veľmi ojedinele
- c) skoro vôbec
- d) nie

Pacientom akej kultúry, alebo náboženstva ste počas vašej praxe poskytovali ošetrovateľskú starostlivosť?(môžete uviesť viac možností)

- a) moslimskej
- b) židovskej
- c) ázijskej
- d) rómskej
- e) arabskej
- f) európskej (Svedkovia Jehovovi, kresťania)
- g) východnej (budhisti, hinduisti)

Ovládate aspoň jeden cudzí jazyk?

- a) áno
- b) nie

Akým spôsobom sa dorozumievate s pacientom a jeho rodinnými príslušníkmi v prípade potreby komunikácie v inom jazyku?

- a) ovládam cudzí jazyk
- b) je k dispozícii tlmočník
- c) niekto z ošetrovateľského tímu ovláda cudzí jazyk
- d) rodinný príslušník ovláda cudzí jazyk
- e) dorozumievame sa „rukami - ukazovaním“
- f) používame aplikáciu v mobile
- g) používame komunikačné karty

Máte vo vašom zdravotníckom zariadení k dispozícii vytvorené informačné brožúry / letáky pre pacientov a ich rodinných príslušníkov v cudzích jazykoch?

- a) áno
- b) nie

Viete zabezpečiť súkromie pacientovi primerane k jeho kultúrnym potrebám a zdravotnému stavu?

- a) áno
- b) skôr áno ako nie
- c) skôr nie ako áno
- d) nie

Aký počet osôb je na Vašom pracovisku dovolený na jednej izbe počas návštev pacienta inej kultúry?

- a) 1 - 2 osoby
- b) 3- 4 osoby
- c) 5 a viac

Dokážete zabezpečiť, aby ženu ošetrovala žena z ošetrovateľského tímu a muža muž?

- a) áno
- b) nie

Nachádza sa vo Vašom zdravotníckom zariadení modlitebňa menšinového náboženstva?

- a) áno
- b) nie

Viete prispôbiť diétoterapiu stravovacím návykom pacienta inej kultúry?

- a) áno
- b) skôr áno ako nie
- c) niekedy
- d) skôr nie ako áno
- e) nie

Umožňuje Vaše zdravotnícke zariadenie, aby pacientovi inej kultúry zabezpečila a doniesla jedlo rodina podľa jeho kultúrnych stravovacích návykov?

- a) áno
- b) skôr áno ako nie
- c) niekedy
- d) skôr nie ako áno
- e) nie

Máte na Vašom oddelení k dispozícii informačný materiál o kultúrnych špecifikách a potrebách pacientov iných kultúr?

- a) áno
- b) nie

Sú vo Vašom zdravotníckom zariadení k dispozícii služby tlmočníka?

- a) áno
- b) nie

Označte koľkokrát denne sa modlia Moslimovia

- a) jedenkrát
- b) trikrát
- c) päťkrát

Aké rituáli majú Moslimovia pri úmrtí človeka?

- a) telo zosnulého príbuzní umyjú, osušia, zabalia do čistých bielych plachiet a telo uložia do hrobu na pravý bok tvárou obrátenou smerom na Mekku
- b) o telo zosnulého sa postará ošetrovateľský tím a telo sa pri pochovávaní uloží do rakvy z nehoľovaných dosiek

Označte, ktorou rukou sa v rámci kontaktu s moslimským pacientom nesmie nič podávať

- a) pravou rukou
- b) ľavou rukou

Označte, akú stravu jedia Židia.

- a) Kóšer
- b) vegánska strava
- c) vegetariánska strava

Môžu Židia užívať lieky, prijímať krv a vakcíny?

- a) áno
- b) nie

Komu nemôžu Židia podať ruku?

- a) ženám, ani Židovkám
- b) svojim manželkám, ženám v rodine
- c) rovnakému pohlaviu

Môže sa sestra dotýkať alebo hladkať hlavu pacienta Vietnamského etnika?

- a) áno
- b) nie

Čo chápete pod pojmom multikultúrne (transkultúrne) ošetrovateľstvo?

- a) kultúrne nezameranú starostlivosť, zabezpečujúcu komplexnú ošetrovateľskú starostlivosť pacientom/klientom bez ohľadu na ich kultúru
- b) kultúrne zameranú starostlivosť, ktorá spracováva profesijné a tradičné ľudové hodnoty a zvyky

Kto sa považuje za zakladateľku multikultúrneho ošetrovateľstva?

- a) Florence Nightingaleová
- b) Madeleine Leiningerová
- c) Virginia Hendersonová

Kedy a kde vzniklo multikultúrne ošetrovateľstvo?

- a) v 80 - tých rokoch vo Veľkej Británii
- b) v 60 - tých rokoch v Amerike
- c) v 90 - tých rokoch v Rusku

Kde ste získali najviac informácií o starostlivosti o pacientov iných kultúr?

- a) štúdiom na vysokej škole
- b) počas praxe
- c) samoštúdiom

POUŽITÉ ZDROJE

- [1] AGHOVÁ, I. 2015. *Význam multikultúrneho ošetrovateľstva v praxi*. [online]. Nové Zámky: Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce sv. Ladislava, 2015. [cit. 2020-04-06]. Dostupné na internete: < <https://opac.crzp.sk/?fn=docviewChild000463D9>>
- [2] DOBSONYOVÁ, A., JANKECHOVÁ, M., KOLLÁROVÁ, L. 2015. Manažment ošetrovateľskej starostlivosti o pacienta s inou kultúrou. In *Zborník - Ošetrovateľstvo naprieč kultúrami*. Piešťanský deň ošetrovateľstva. Bratislava: VŠZaSP sv. Alžbety, 2015. ISBN 978-80-8132-137-5, s. 54-60.
- [3] HORŇÁKOVÁ, A. 2008. Multikultúrní komunikace pri ošetrovaní klienty jiné kultúry. In *Sestra*. ISSN 1210-0404, 2008, 9/2008, s. 23-24.
- [4] HUDÁKOVÁ, T., BAČOVÁ, Ľ. 2018. Súčasné ošetrovateľstvo v kontexte multikulturálneho prístupu. In *Sestra*. ISSN 1335-9444, 2018, 7-8/2018, s. 16-19.
- [5] KNEZOVIČ, R., RALBOVSKÁ, R. 2012. Etické zásady a princípy poskytovania zdravotnej starostlivosti v rámci multikultúrneho prístupu. In *Právo a manažment v zdravotníctve*. ISSN 1338-2071, 2012, 4/2012, s.29-33.
- [6] KRÁĽOVIČOVÁ, B. 2013. *Názory sestier na ošetrovanie pacientov z iných kultúr*. [online]. Skalica: VŠZaSP sv. Alžbety, Skalica, 2013. [cit. 2020-04-06]. Dostupné na internete: <<https://opac.crzp.sk/?fn=docviewChild00043A37>>.
- [7] KŠIŇANOVÁ, M. 2013. *Poskytovanie kultúrnej odlišnej ošetrovateľskej starostlivosti v zdravotníckych zariadeniach*. [online]. Trenčín: Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka v Trenčíne, Fakulta zdravotníctva, Trenčín, 2013. [cit. 2020-04-06]. Dostupné na internete:<<https://opac.crzp.sk/?fn=docviewChild0005B2C8>>.
- [8] KUTNOHORSKÁ, J. 2013. *Multikultúrní ošetrovateľství*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s, 2013. 160 s. ISBN 9788024744131.
- [9] LENTHE, U. 2016. *Transkulturelle Pflegepraxis*. Facultas Universitätsverlag, Wien. 2016. 137 s. ISBN 9783708913902.
- [10] LENTHE, U. 2016a. *Transkulturelle Pflege*. 2. Aflage: Facultas Universitätsverlag, Wien. 2016. 191 s. ISBN 9783708913490.
- [11] MARTINKOVÁ, J. 2016. Ošetrovateľská starostlivosť o migrantov v utečeneckom tábore.
- [12] In *Sestra a lekár v praxi*. ISSN 1335-9444, 2016, 9-10/2016, s. 18-19.
- [13] MEDVECOVÁ, E. 2015. *Multikultúrne aspekty v ošetrovateľstve*. [online]. Prešov: VŠZaSP sv. Alžbety, Prešov, 2015. [cit. 2020-04-06]. Dostupné na internete: < <https://opac.crzp.sk/?fn=docviewChild00043CB6>>.
- [14] OSLANCOVÁ, I. 2014. *Etické dilemy v ošetrovateľskej starostlivosti o detských pacientov z rôznych kultúr*. [online]. Bratislava: Fakulta zdravotníctva so sídlom v Banskej Bystrici. Banská Bystrica, 2014. [cit. 2020-04-06]. Dostupné na internete: <<https://opac.crzp.sk/?fn=docviewChild00048B50>>.
- [15] PADYŠÁKOVÁ, H., REPKOVÁ, A. 2008. Rómska komunita - ošetrovateľské aspekty. In *Ošetrovateľstvo a pôrodná asistencia*. ISSN 1336-183X, 2008, 4/2008, s. 8-9.

- [16] PAVLOVIČ, V. 2013. *Špecifiká ošetrovateľskej starostlivosti u pacientov z islamskej kultúry*. [online]. Bratislava: VŠZaSP sv. Alžbety, Bratislava, 2013. [cit. 2020-04-06]. Dostupné na internete: <<https://opac.crzp.sk/?fn=docviewChild0004B0FB>>.
- [17] PETERSON- EWERT, C. und koll. 2018. *Transkulturellpflege*. Springer -Verlag GmbH Deutschland, 2018.133 s. ISBN 9783662547496.
- [18] PITECHOVÁ, M., GERLICOVÁ, K. 2011. Skúseností sestier pri poskytovaní starostlivosti pacientom iných etník na Slovensku. In *Biele srdce vo farebnom svetle*. Zborník, Trnava: Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, 2011. ISBN 9788080824884, s. 120-128.
- [19] PLEVOVÁ, I. a kol. 2011. *Ošetrovateľství II*. 1. vyd. Praha: Grada publishing a.s. 2011. 224 s. ISBN 9788024735580.
- [20] SCHOLTZOVÁ, E. 2011. *Znalosti všeobecných sestier pri poskytovaní ošetrovateľskej*
- [21] *starostlivosti jedincom rôznych etník*. [online]. Brno: Masarykova univerzita, Lekárska fakulta, Katedra ošetrovateľství, Brno, 2011. [cit. 2020-04-06]. Dostupné na internete:
- [22] <<https://is.muni.cz/th/mpehp/DP.pdf>>.
- [23] ŠPIRUDOVÁ, L. a kol. 2006. *Multikulturní ošetrovateľství II*. 1. Vyd. Praha: Grada Publishing, a.s. 2006. 248 s. ISBN 802471213-X.
- [24] TATÁRKOVÁ, J. 2016. *Uplatnenie multikultúrneho ošetrovateľstva v pediatrii*. [online]. Prešov: Inštitút sociálnych vied a zdravotníctva BL. P. P Gojdiča, Prešov, 2016. [cit. 2020-04-06]. Dostupné na internete: <<https://opac.crzp.sk/?fn=docviewChild0005C491>>.
- [25] VÁLENTOVÁ, J. 2017. *Špecifiká ošetrovateľskej starostlivosti u detí rómskeho etnika*. [online]. Bratislava: VŠZaSP sv. Alžbety, Ústav zdravotníckych disciplín, Bratislava, 2017. [cit. 2020-04-06]. Dostupné na internete: <<https://opac.crzp.sk/?fn=docviewChild0005D119>>.
- [26] VATEHOVÁ, D., HIRJÁKOVÁ, J. 2015. Využitie konceptu multikultúrneho ošetrovateľského modelu Joyce Newman Gigerovej, Ruth Davidhizarovej na pediatrickom oddelení. In *Zborník - Ošetrovateľstvo naprieč kultúrami*. Piešťanský deň ošetrovateľstva. Bratislava: VŠZaSP sv. Alžbety, 2015. ISBN 978-80-8132-137-5, s. 180-192.
- [27] VITKOVÁ, M. a kol. 2016. Multikultúrne aspekty v ošetrovateľskej praxi. In *Molisa*. ISBN 9788055516660, 2016, 241 -246 s.

COMPARISON OF THE PROVISION OF CULTURALLY DIFFERENTIATED NURSING CARE IN MEDICAL FACILITIES IN SLOVAKIA AND GERMANY



ABSTRACT

The paper deals with the issue of multicultural nursing care in our country and abroad. The aim of the paper was to find out whether there is a difference in the provision of culturally differentiated nursing care in health care facilities in Slovakia and in health care facilities in Germany.

Methods: For data collection, we used quantitative research through a self-designed questionnaire. The applied methods were also the method of literary analysis, the method of comparison and the mathematical-statistical method. We performed the summary of statistical analyzes using Stat Soft software and Microsoft Office Excel 2007, in which we also verified the formulated research hypotheses. We used the significance level, i. p-value, which we compared with $\alpha = 0.05$. The chi-square test of independence and its value are expressed as p-value. There is a statistically significant dependence between certain observed phenomena if $p < \alpha$. If there is no statistically significant dependence between the observed phenomena, then $p > \alpha$.

Results: We found from the analyzes of the results that there is a difference in the provision of culturally differentiated nursing care in health care facilities in Slovakia and Germany. The exploratory analysis shows how that nurses in a medical facility in Germany have more knowledge in connection with the provision

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

doc. PhDr. Ľubica Libová PhD.
Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, Bratislava
Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce sv. Ladislava, Nové Zámky
Slovenská 11 A
940 34 Nové Zámky, Slovenská republika
e-mail: lubica.libova@gmail.com

PhDr. Ľubica Vanková, PhD.
Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, Bratislava
Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce sv. Ladislava, Nové Zámky
Slovenská 11 A
940 34 Nové Zámky, Slovenská republika
e-mail: lubicadv@gmail.com

of culturally differentiated nursing care than nurses in Slovakia. The findings confirmed that nurses working in a medical facility in Germany have more opportunities to obtain information about multicultural nursing than nurses working in Slovakia.

Conclusion: The conditions for the provision of culturally differentiated nursing care, as well as the knowledge of nurses and the possibilities for obtaining information about multicultural nursing are better in health care facilities in Germany than in Slovakia. Therefore, it is necessary to improve the conditions, possibilities of obtaining information and knowledge of nurses about multicultural nursing in Slovak medical facilities.

KEYWORDS:

multicultural nursing, migration, different cultures, Slovakia, Germany

PREVENCIA PÁDOV U HOSPITALIZOVANÝCH PACIENTOV Z POHĽADU RIADENIA RIZÍK

ANDREA BARTEKOVÁ
FAKULTNÁ NEMOCNICA
S POLIKLINIKOU NOVÉ ZÁMKY
VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNÍCTVA
A SOCIÁLNEJ PRÁCE SV. ALŽBETY,
BRATISLAVA

ĽUBICA VANKOVÁ
VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNÍCTVA
A SOCIÁLNEJ PRÁCE SV. ALŽBETY,
BRATISLAVA

ABSTRAKT

Úvod: V súvislosti so sledovaním kvality za dôležitý princíp pokladáme zaistenie bezpečnosti pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti. Hovoríme aj o bezpečnom prostredí, ktoré eliminuje pády a zranenia pacientov.

Cieľ: Cieľom práce je poukázať na dôležitosť manažmentu rizík a zmapovať podmienky prevencie pádov hospitalizovaných pacientov.

Metodika: V našom prieskume sme na zber empirických údajov použili dotazníkovú metódu. Získané informácie sme spracovali kvantitatívne a kvalitatívne. Ako štatistickú metódu spracovania hypotéz sme si zvolili Chí kvadrát test dobrej zhody.

Vzorka: Súbor respondentov tvorilo 150 sestier pracujúcich na lôžkových oddeleniach/klinikách Fakultnej nemocnice s poliklinikou v Nových Zámkoch.

Výsledky: Z výsledkov prieskumu vyplynulo, že monitorovanie rizikového pacienta vzhľadom na pád pomocou screeningových testov je nedostatočné. Ďalej sme zistili, že dokumentácia vedená pri páde pacienta nie je v súlade s legislatívou.

Záver: Zo získaných faktov je zrejmé, že pád pacienta je nežiaducou udalosťou a v každom prípade je dôležité účinnými preventívnymi opatreniami prihliadať na individualitu pacienta ich minimalizovať.

KLÚČOVÉ SLOVÁ:

bezpečnosť pacienta, ošetrovateľská starostlivosť, kvalita, prevencia pádov, rizikové faktory, posudzovacie škály

ÚVOD

Dnešná moderná doba je plná vymožeností, pokrokov a informačných technológií. Medializácia problémov, ktoré sa dotýkajú bezpečnej starostlivosti, v súčasnosti predstavuje výzvu pre všetky typy zdravotníckych zariadení. Napriek tomu, že zdravotná starostlivosť je na vysokej úrovni, chyby sú významným problémom mnohých nemocníc. Je nevyhnuté a dôležité vytvárať opatrenia, ktoré môžu chybám predchádzať (Gladkij, Heger, Strand, 1999).

Súčasným trendom v ošetrovatelstve je kontinuálne zvyšovanie kvality poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti a manažment rizík je jednou z možností, ktorá ku zvyšovaniu kvality bezpochybne patrí.

Máloktorá oblasť riadenia a prevencie rizík je pre manažéra rizík taká dôležitá, ako je ošetrovacia jednotka. Tu prežije pacient väčšinu času hospitalizácie, tu je často rozhodnuté o ďalšom osude človeka. Preto musí mať ošetrojúci personál vytvorený taký systém, v ktorom má prehľad o každom pacientovi a rizikách, ktoré ho môžu počas hospitalizácie ohroziť, poškodiť alebo zhoršiť jeho zdravotný stav (Škrla, Škrlová, 2008).

Pobyt pacienta v nemocnici môžeme považovať za pobyt vo vysoko rizikovom prostredí. Zdravotné problémy zhoršujú jeho schopnosť sústrediť sa a spoločne s faktorom starnúcej populácie zvyšujú význam prevencie pádov v zariadeniach poskytujúcich zdravotnú starostlivosť.

Pád je považovaný za nežiaducu udalosť, ktorá predstavuje pre zdravotnícke zariadenia vysoké riziko vo vzťahu k ekonomickým dopadom, ktoré sú odrazom kvality poskytovanej starostlivosti. V správe Organizácie pre hospodársku spoluprácu a rozvoj (OECD) 2020 o ekonomickej bezpečnosti pacienta sa uvádza, že viac ako 1 z 10 pacientov počas hospitalizácie trpí následkami nežiaducej udalosti. Riešením škody vzniknutej v dôsledku nežiaducej udalosti sa spotrebuje 12% z národných výdavkov na zabezpečenie zdravotnej starostlivosti. Môžeme konštatovať, že investícia do efektívnych preventívnych opatrení, ako aj finančná, tak i prípravná v zmysle zaistenia kvalifikovaného personálu a bezpečného prostredia, nie je v konečnom dôsledku taká nákladná, ako liečba a riešenie súdnych sporov následkom pádov. Pre Európsku komisiu sa bezpečnosť pacientov a kvalita zdravotnej starostlivosti stáva absolútnou prioritou. Slovenská republika sa aktívne zúčastnila projektu vytvorenia Európskej siete pre bezpečnosť pacientov a kvalitu zdravotnej starostlivosti.

Súčasťou ošetrovateľského procesu je aj stanovenie ošetrovateľskej diagnózy na základe zistených anamnestických údajov. K posúdeniu ošetrovateľských problémov môžeme využiť diagnostický systém NANDA. **Riziko pádu – 00155** je jednou z ošetrovateľských diagnóz v NANDA doménach, konkrétne v oblasti bezpečnosť /ochrana. Definuje sa ako náchylnosť k pádom, ktoré môžu spôsobiť fyzickú ujmu a môžu ohroziť zdravie.

Bezpečnosť pacienta je predchádzaním nežiadúcich udalostí počas poskytovania zdravotnej starostlivosti s cieľom minimalizovať poškodenie pacienta a dosiahnuť bezpečnejšiu zdravotnú starostlivosť. Identifikuje, analyzuje a manažuje riziká súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti, v dôsledku ktorých môže dôjsť k zhoršeniu zdravotného stavu pacienta (Metodické usmernenie č. 3/2014 ÚDZS, 2014). Nežiaduce udalosti sú udalosti alebo okolnosti, ktoré môžu viesť/viedli k telesnému poškodeniu pacienta, ktorému sa dalo predísť. Nežiaduce udalosti sú udalosti alebo okolnosti, ktoré môžu viesť/viedli k telesnému poškodeniu pacienta, ktorému sa nedalo predísť. Medzi nežiaduce udalosti sú tiež zaradované situácie, ktoré boli identifikované pred poškodením pacienta v procese poskytovania zdravotnej starostlivosti. Situácie, pri ktorých bol odhalený nesprávny postup, ktorý nezodpovedá štandardom a potencionálne môže viesť k poškodeniu pacienta (Pokorná a kol., 2019).

„O rizikových oblastiach vo svojom zdravotníckom zariadení len zriedka zdravotníci nevedia. Preto je ich morálnou povinnosťou urobiť všetko, čo je v ich silách, aby poskytovaná starostlivosť bola nielen kvalitná, ale aj bezpečná“ (Škrla, Škrlová, 2008, s. 13).

Čo je vlastne **riziko**? Tento historický výraz pochádza zo 17. storočia, kedy sa objavil v súvislosti s plavbou lode. V preklade z taliančiny označoval úskalia, ktorým museli moreplavci čeliť. Z najznámejších definícií môžeme citovať:

- „Odchýlenie skutočných od očakávaných výsledkov“.
- „Pravdepodobnosť či možnosť vzniku straty“.
- „Očakávaná hodnota škody“.
- „Udalosť, ktorá môže negatívne ovplyvniť zdravotnícke zariadenie – má určitú pravdepodobnosť a dôsledky“ (Škrla, Škrlová, 2008, s. 16).

Manažér rizík riadi proces kontroly a prevencie rizík v zdravotníckom zariadení, následkom ktorých by mohlo vzniknúť poškodenie zdravia pacientov, návštev či zamestnancov, poškodenie povesti alebo majetku nemocnice (Škrla, Škrlová, 2008). Pre efektívne fungovanie manažmentu rizík je potrebné, aby zdravotnícke zariadenie zmenilo pohľad na riziká a vytvorilo pevnú **kultúru bezpečnosti**, ktorej zdrojom sú ciele, stratégie, vízie a poslanie organizácie. Základom je jasná formulácia týchto myšlienok a ich zdieľanie všetkými zamestnancami. Kultúra bezpečnosti je vytvorením takého prostredia, v ktorom sa neustále hľadajú cesty k dosiahnutiu bezpečnejšieho systému, a v ktorom je správanie jednotlivcov i kolektívu založené na úsilí minimalizovať poškodenie pacienta. V takomto prostredí je personál poctiví k nahlasovaniu chýb, omylov a nežiaducich udalostí, poučia sa z nich a sú zodpovední za svoje skutky (Metodické usmernenie č. 3/2014 ÚDZS, 2014). Pád pacienta v zdravotníckom zariadení je považovaný za nežiaducu udalosť, ktorému sa nedá vždy zabrániť, ale určitými zásahmi je možné ich počet a závažnosť dôsledkov znížiť. Morbidita, mortalita a finančné náklady spojené s pádom patria k najväčším problémom, ktorým musí zdravotnícky personál pri riešení tejto problematiky čeliť (Joint Commission

Resources, 2007). Pokiaľ chce zdravotnícke zariadenie znížiť počet pádov, musí zaistiť pre pacientov bezpečné prostredie, ktoré vyžaduje komplexný prístup všetkých zdravotníkov, nie len v lôžkovej časti, ale i na ambulanciách, vyšetrovniach a všade, kde sa pacient pohybuje.

Do dnešnej doby nebola oficiálne prijatá jednotná definícia pádu. Každé zdravotnícke zariadenie by však malo mať svoju vlastnú jasnú definíciu, aby mohlo presne sledovať a analyzovať získané údaje.

Odborné zdroje uvádzajú nasledujúce definície pádov:

- „*Pacienti neplánovane klesnú k podlahe*“.
- „*Nezamýšľaná udalosť, kedy sa človek ocitne na zemi alebo na nižšom povrchu (so svedkom), alebo takúto udalosť oznámi (bez svedka). Pád nie je spôsobený žiadnym zámerným pohybom alebo inou príčinou, ako je cievna mozgová príhoda, mdloba, epileptický záchvat*“.
- „*Udalosť, ktorá vyústi v nezamýšľanom spočínutí pacienta, alebo časti jeho tela na zemi alebo inej podložke, ktorá je nižšie než pacient*“ (Joint Commission Resources, 2007, s. 21).
- „*Pády vznikajú vtedy, keď mechanizmy udržiavajúce rovnováhu nedokážu korigovať prudkú zmenu polohy ťažiska*“ (Hegyí, Krajčík, 2010, s. 112).

Americká výskumníčka Janice Morse navrhla rozdeliť pády na náhodné, nepredvídané fyziologické a predvídané fyziologické.

U náhodných pádov dochádza k neúmyselnému upadnutiu pacienta dôsledkom zlyhania pomôcok, zakopnutia, pošmyknutia alebo faktorom prostredia.

Nepredvídaný fyziologický pád nastáva, keď je pád spôsobený fyzickým stavom, ktorý nemohol byť predvídaný – epileptický záchvat, mdloba.

Predvídaný fyziologický pád sa vyskytuje u pacientov, ktorí sú považovaní za rizikových z hľadiska pádu – pád v anamnéze, zhoršená pohyblivosť, duševná porucha, intravenózna kanyla (Joint Commission Resources, 2007).

Podľa Janice Morse je v zdravotníckych zariadeniach 14,00% pádov náhodných, 8,00% nepredvídaných a ostatné sú predvídané fyziologické.

Z fenomenologického pohľadu sa pády môžu deliť na pády:

- **zrútením** – keď pacient stráca svalový tonus a klesá na zem (epilepsia, synkopa, ortostatická hypotenzia),
- **podťatím** – pacient padá ako podťatý obvykle bez reflexných obranných pohybov, takže sa pri páde často zraní, príčinou je porucha rovnováhy (choroby vestibulárneho ústrojenstva),

- **zakopnutím** – kedy pacient zakopne palcom o prekážku a spadne na predpažené ruky,
- **zamrznutím** – problémom pri chôdzi je noha prilepená k podlahe a telo padá dopredu (Kalvach a kol., 2008).

Ďalšia klasifikácia je založená na predpoklade, že pád je spôsobený interakciou **vnútorných a vonkajších rizikových faktorov**.

Pády z vnútorných príčin sú následkom somatickej choroby, často ide o kombináciu niekoľkých. Patrí sem: zmeny závislé od veku pacienta, pád v minulosti, poruchy kognitívnych a zmyslových funkcií, poruchy pohybového aparátu, poruchy rovnováhy, duševný stav pacienta, akútna a chronická bolesť, akútne a chronické ochorenia (Joint Commision Resources, 2007).

Medzi **vonkajšie rizikové faktory** môžeme zaradiť faktory prostredia, ktoré v príčinách pádov zohrávajú významnú rolu. Tieto faktory môžu sestry ovplyvniť najviac. Patrí sem: neznáme prostredie, manipulácia s lôžkom, využívanie kompenzačných pomôcok, nevhodná obuv, odev a lieky.

CIELE ŠTÚDIE

Cieľom štúdie bolo zistiť mieru monitorovania nežiaducich udalostí na ošetrovacích jednotkách a podmienky prevencie pádov pre hospitalizovaných pacientov. Následne sme sa zamerali:

- na rizikové faktory vzniku pádu počas hospitalizácie,
- na využívanie posudzovacích škál a funkčných testov na identifikáciu rizikového pacienta z hľadiska pádu,
- na uplatňovanie preventívnych opatrení v oblasti predchádzania pádov,
- na úroveň evidovanej dokumentácie sestier pri páde pacienta.

MATERIÁL A METÓDY

Pre dosiahnutie stanovených cieľov sme použili dotazník s názvom „*Prevencia pádov u hospitalizovaných pacientov z pohľadu riadenia rizík*“, ktorý sme sami vytvorili na základe štúdia odbornej literatúry a vlastných skúseností. Dotazník bol určený pre sestry pracujúce pri lôžku pacienta vo FNsP Nové Zámky. Distribuovaných bolo 150 dotazníkov a návratnosť bola 100%. Prieskumnú vzorku tvorilo spolu 150 sestier. Respondentov charakterizoval vek, dĺžka praxe a vzdelanie sestier, nakoľko aj tieto predpoklady výrazne ovplyvňujú kvalitu poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti. Najväčšie zastúpenie sestier - 44,00% bolo vo veku od 46 do 55 rokov. Dĺžku praxe od 21 do 30 rokov uviedlo 43,33% sestier. Viac ako polovica sestier, konkrétne 62,00%

malo ukončené stredoškolské vzdelanie. Pre spracovanie získaných údajov sme použili kvantitatívnu analýzu, ktorej základom sú matematicko-štatistické postupy. Využili sme program Microsoft Excel. Výsledky sme popisovali prostredníctvom početností (n – počet) a relatívnych početností (%). Pre porovnanie odpovedí sme použili Chí kvadrát test dobrej zhody.

VÝSLEDKY A DISKUSIA

Pády patria v nemocniciach na prvé miesto vo výskyte nežiaducich udalostí. V našom prieskume 29 (19,33%) sestier uviedlo, že na ich pracovisku sa pád vyskytne 1 až 3x za mesiac.

Z našich zistení vyplýva, že nie je signifikantný rozdiel medzi výskytom pádu počas dňa a noci. Najčastejším miestom pádu na ošetrovacej jednotke je kúpeľňa a toaleta čo uviedlo všetkých 150 (100%) respondentov. Zo skúseností vieme, že pri vysokom počte hospitalizovaných pacientov, je veľmi ťažké udržiavať v kúpeľniach suchú podlahu. Myslíme, že nie všetky hygienické zariadenia sú dostatočne a bezpečne vybavené. V mnohých chýbajú madlá, sprchovacie stoličky, nástavce na toaletu, stoličky na usadenie pri obliekaní. Manipulačný priestor je malý, preto je problémom prechod vozíkom. Ak sa v kúpeľni nachádza aj WC, často je priestorovo oddelené závesom, čo však môžeme považovať za riziko, nakoľko pri pošmyknutí sa ho snažia pacienti zachytiť. 72 (48,00%) sestier uviedlo najčastejší výskyt miesta pádu z postele a 43 (28,67%) sestier označilo miesto pádu izbu pacienta. Izba pre pacienta by mala zodpovedať určitým požiadavkám, čo v súčasnosti predstavuje v mnohých nemocniciach problém. Taktiež je nedostatok výškovo nastaviteľných postelí, ktoré môžu pri páde znížiť závažnosť následkov. Často sa stretávame aj so nezabrzdenými kolieskami a preto považujeme takto nezaistenú posteľ za rizikový faktor, nakoľko sa pacient opiera o nestabilný predmet. Podľa nás je toto riziko ľahko odstrániteľné, ak sa zvýši všímvosť ošetrojúceho personálu.

Zistili sme, že všetkých 150 (100,00%) sestier odpovedalo, že na ich pracovisku je cieľom poskytovať bezpečnú starostlivosť, čo je v súlade s Metodickým usmernením č. 3/2014 Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou.

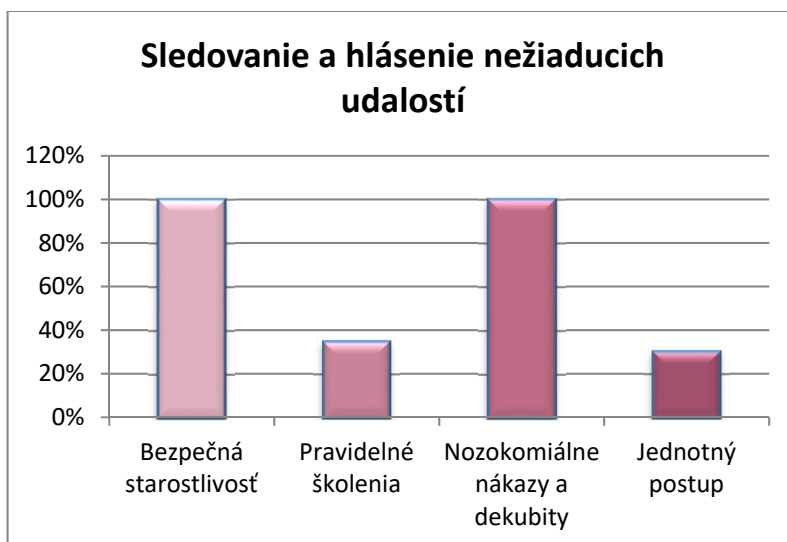
Ďalej sme sa sestier pýtali, či sú pravidelne školené v oblasti prevencie nežiaducich udalostí. Je dôležité, aby každý zdravotnícky pracovník mal vedomosti o nežiaducich udalostiach a o tom, ako im predchádzať. Dozvedeli sme sa, že 52 (34,67%) sestier absolvuje pravidelne školenie v oblasti prevencie nežiaducich udalostí a 98 (65,33%) sestier uviedlo, že sa u nich pravidelne školenia neuskutočňujú. Z tohto nám vyplýva, že na organizovaní školiacich akcií má zásluhu manažment jednotlivých oddelení či kliník. Tu by bolo na zamyslenie, či šírenie kľúčových informácií nemá byť zabezpečené poskytovateľom ústavnej zdravotnej starostlivosti prostredníctvom pravidelných vzdelávacích aktivít. Podľa Škrľu, Škrľovej (2008) má byť v každom väčšom zdravotníckom zariadení samostatný manažér rizík,

ktorý by bol zodpovedný za všetky aktivity spojené s riadením rizík, vrátane organizovania odborných školení zameraných na prevenciu nežiaducich udalostí.

Podľa legislatívy slúži sledovanie a hlásenie nežiaducich udalostí predovšetkým pre poskytovateľa ústavnej zdravotnej starostlivosti na vzdelávanie pracovníkov – učením sa z vlastných chýb, ktorý na základe analýz môže následne podporiť systémové zmeny, čo zvyšuje bezpečnosť pacienta. Nozokomiálne nákazy a dekubity hlási všetkých 150 (100,00%) sestier. 95 (63,33%) sestier uviedlo, že hlásia aj pády a 23 (15,33%) sestier sleduje a hlási taktiež medikačné chyby.

S kultúrou bezpečnosti sa spája aj profesionálna zodpovednosť s vytvorením prostredia, v ktorom je možné nahlasovať omyly, nežiaduce udalosti či chyby. Myslíme si, že častým problémom je strach z postihu zo strany vedúcich pracovníkov, čo v našom prípade potvrdilo len 5 (3,33%) sestier, ktoré uviedli, že reakciou na hlásené nežiaduce udalosti je pokarhanie a trest. Nariadenie dodatočného vzdelávania označilo 7 (4,67%) sestier. Až 134 (89,33%) sestier uvádza, že reakciou vedúcich pracovníkov je následná tvorba systémových opatrení. V prípade 4 (2,67%) sestier nie sú na hlásené nežiaduce udalosti žiadne reakcie. Z odpovedí 45 (30,00%) sestier vyplýva, že na ich pracovisku existuje postup pri vzniku nežiaducej udalosti. O takomto postupe nevie 79 (52,67%) sestier a 26 (17,33%) sestier uviedlo, že na ich oddelení/klinike takýto postup vytvorený nemajú. Myslíme si, že ak sestry nemajú vytvorený jednotný postup pri výskyte nežiaducej udalosti, konajú podľa svojho uváženia na základe vedomostí a skúseností, čo však neznamená, že nekonajú správne. Zistili sme, že cieľom každej sestry (100%) je poskytovať bezpečnú starostlivosť. Napriek tomu, že je pravidelne školených len 52 (34,67%) sestier a len 45 (30,00%) má vytvorený postup pri vzniku nežiaducej udalosti, všetky sestry (100,00%) sledujú a hlásia nozokomiálne nákazy a dekubity, 95 (63,33%) sestier aj pády (graf 1). Ich konanie môže byť podmienené aj tým, že vedúci pracovníci na základe nahlásených nežiaducich udalostí nariaďujú tvorbu nápravných systémových opatrení. Predpokladáme, že ak sestry nemajú s určitou vedomosťou o jednotnom postupe pri vzniku nežiaducej udalosti, ich postup môže byť správny.

Graf 1: Systém sledovania a hlásenia nežiaducich udalostí



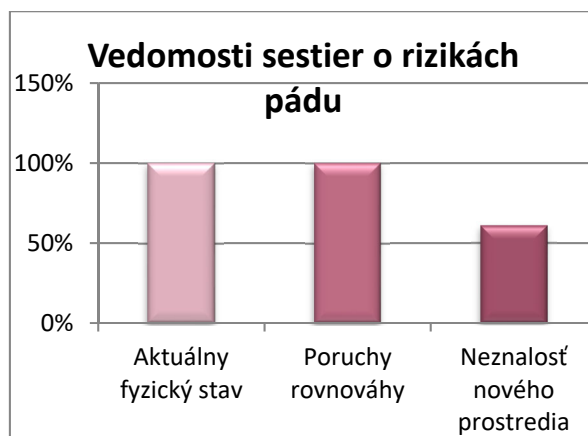
Posudzovanie rizika pádu je mnohostranné. Zahŕňa posúdenie pádu v anamnéze, vnútorné a vonkajšie faktory, telesný a duševný stav pacienta. Musíme mať na zreteli, že riziko pádu sa u pacientov zvyšuje pri dvoch a viacerých pádoch v uplynulom roku (Žilová, 2017). Preto je nutné zistiť, či už pacient niekedy spadol, ako často, čo pád spôsobilo a aké okolnosti pádu predchádzali (Cendelíková, 2014). Na pád v minulosti sa pacientov pýta 48 (32,00%) sestier a potešujúce je, že 150 (100,00%) sestier sa zameriava na aktuálny fyzický stav pacienta a 139 (92,67%) sestier berie do úvahy aj aktuálny duševný stav pacienta. Vnútorné rizikové faktory sa podieľajú na viac ako polovici všetkých pádov. Pády z vnútorných príčin sú následkom somatickej choroby, často sa u pacienta vyskytuje kombinácia viacerých. S cieľom zistiť, ktoré vnútorné príčiny pádov považujú sestry za najzávažnejšie, sme im položili otázku „*Ktoré z vnútorných rizikových faktorov vzniku pádu považujete za najzávažnejšie?*“. Z tejto položky nám vyplýva, že všetkých 150 (100,00%) sestier považuje za najzávažnejšiu vnútornú príčinu poruchy rovnováhy a 138 (92,00%) sestier udalo aj ochorenia pohybového aparátu.

Vonkajšie rizikové faktory, takzvané mechanické, sú tie, ktoré nevychádzajú priamo z organizmu, ale sú viazané k prostrediu. 30 až 50% všetkých pádov sú podmienené environmentálne. Tieto faktory môžu sestry najviac ovplyvniť. V položke 12 sme sa pýtali sme sa na názor respondentov, ktorý z vonkajších rizikových faktorov vzniku pádu považujú za najzávažnejší. Z analýzy odpovedí vyplýva, že na prvé miesto sestry zaradili neznalosť nového prostredia, konkrétne 91 (60,67%). Prijatím do zdravotníckeho zariadenia sa pacient ocitá v novom, jemu neznámom prostredí, preto je edukácia pacienta a úprava prostredia nesmierne dôležitá. 88 (58,67%) – označilo odpoveď nevhodná obuv. Preto by sme si mali položiť otázku: Čo by sestra na pacientovi nemala prehliadnuť? Topánky s voľnou špičkou či pätou, zhrnutá vložka, nesprávna veľkosť obuvi môže spôsobiť zakopnutie a následný pád. Predpokladáme, že sestry pri zistení takéhoto rizika

upovedomia pacienta a rodinných príslušníkov a odporučia správnu obuv. Dôležitým opatrením v prevencii pádu ja aj ľahký prístup k osobným veciam. 63 (42,00%) sestier je presvedčených, že za pád môže nevhodné umiestnenie osobných vecí.

Z ďalších odpovedí sme analyzovali aj nasledovné skutočnosti: 37 (24,67%) sestier vyjadrilo názor na najzávažnejší faktor prekážky na chodbe či izbe, 13 (8,67%) sestier nesprávne používanie kompenzačných pomôcok a 7 (4,67%) sestier mokrú podlahu. Pri poslednej odpovedi sme očakávali vyššie percento, nakoľko máme dostatok vedomostí a skúseností o pádoch pošmyknutím na mokrej podlahe. Myslíme si, že v odpovediach veľmi záležalo na subjektívnych skúsenostiach sestier. Pri posúdení rizika pádu sa 150 (100,00%) sestier zameriava na aktuálny fyzický stav pacienta a 139 (92,67%) sestier aj na jeho aktuálny duševný stav. S literatúrou a inými prieskumami sa zhodujú aj naše výsledky, kde všetkých 150 (100,00%) sestier považuje za najzávažnejšiu vnútornú príčinu poruchy rovnováhy a 138 (92,00%) sestier pridalo aj ochorenia pohybového aparátu. Neznalosť nového prostredia, ako najzávažnejšie vonkajšie riziko pádu uviedla väčšia časť sestier, konkrétne 91 (60,67%) a 88 (58,67%) sestier si myslí, že k pádu výrazne prispieva nevhodná obuv (graf 2).

Graf 2: Vedomosti sestier o rizikových faktoroch vzniku pádu

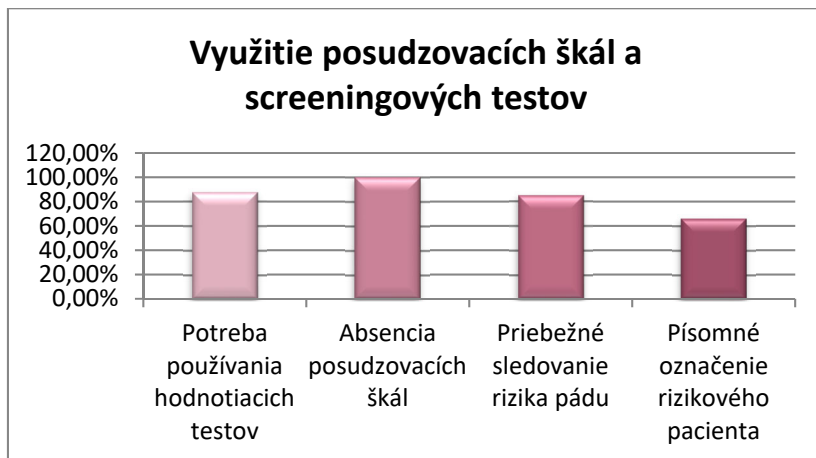


Screeningové testy zjednodušujú prácu sestier v klinickej praxi. Umožňujú spracovanie veľkého množstva údajov v krátkom čase a napomáhajú zistiť konkrétne deficity pacienta. Tejto teórie sme sa držali pri formulovaní položky dotazníka, kde sme sa sestier pýtali, či považujú za potrebné používať posudzovacie a funkčné testy. Potešilo nás 19 (12,67%) sestier, ktoré tieto testy považuje za dôležité. Dôkladným hodnotením s využitím screeningových testov môžu sestry identifikovať pacienta s rizikom pádu a zaviesť aktívny prístup pri riešení tejto problematiky ako súčasť plánovania a realizácie ošetrovateľskej starostlivosti. Dôležitým faktorom pri hodnotení či prehodnocovaní rizika je dostatok času. Pri súčasnej situácii v zdravotníctve ani nebolo zarážajúce zistenie, že u 131 (87,33%) sestier bol práve nedostatok času prekážkou na použitie posudzovacích škál. Všetky sestry (100,00%) pri tejto položke uviedli, že posudzovacie škály nepoužívajú.

Podľa nášho názoru by však používanie screeningových testov umožnilo lepšiu monitoringu rizík pádov, čím by sa ich počet výrazne znížil.

Je veľmi dôležité, aby zhodnotenie pacienta z hľadiska rizika pádu bolo realizované čím skôr po prijatí a ďalej sa určí frekvencia prehodnocovania počas hospitalizácie podľa aktuálneho stavu pacienta. Zistili sme, že 127 (84,67%) sestier sleduje riziko pádu priebežne počas hospitalizácie. Domnievame sa, že toto sledovanie prebieha na úrovni zisťovania niektorých rizikových faktorov, nakoľko ako sme už spomenuli, hodnotiace nástroje nevyužívajú. Potom je však otázne, či takéto sledovanie prináša pozitívne výsledky. Riziko pádu sleduje pri prijatí 18 (12,00%) sestier a 5 (3,00%) sestier riziko pádu nesleduje. Stav rizika pádu pacienta by mal byť jasne označený, aby mali príbuzní a ošetrojúci personál na zreteli zvýšenú opatrnosť u pacienta. Neexistuje jednotný spôsob označenia takéhoto pacienta, ale každé zdravotnícke zariadenie by malo používať štandardný spôsob schválený jeho vedením. Zistili sme, že rizikových pacientov 99 (66,00%) sestier označuje písomne do chorobopisu alebo do hlásenie sestier (graf 3). Škrla a Škrlóvá (2008) odporúčajú, aby sa pre rýchlu orientáciu a komunikáciu medzi zdravotníckymi pracovníkmi pacient ohrozený pádom označoval výrazne – farebne na informačnej tabuli o prehľade pacientov.

Graf 3: Využitie posudzovacích škál a screeningových testov na identifikáciu rizikového pacienta z pohľadu pádu.



Prevenca pádov je snaha vytvoriť pacientovi bezpečné nemocničné prostredie a pritom ho neobmedziť v bežných denných aktivitách. Môžeme ju rozdeliť na všeobecné zásady preventívnych opatrení pádu a na preventívne opatrenia u pacientov, u ktorých už bolo riziko pádu stanovené. Zaujímalo nás aké, preventívne opatrenia realizujú, ak pacientovi hrozí (tabuľka 1). Všetky (100,00%) sestry odpovedali, že rizikového pacienta farebne neoznačujú. Kontrolou obuvi a kompenzačných pomôcok nikto neoznačil. 150 (100,00%) sestier umiestni signalizáciu na dosah pacienta a poučí ho o nutnosti privolania personálu. Za veľmi dôležité by sme považovali pravidelné kontroly pacienta – čo uviedlo

len 53 (35,33%), nakoľko pri náhlom zhoršení zdravotného stavu pacient nie vždy dokáže signalizáciu použiť. Umiestnenie rizikového pacienta blízko sesterskej miestnosti, čo označilo 53 (35,33%) sestier, tiež nie vždy zabráni pádu, nakoľko zo skúseností vieme, že pri veľkej pracovnej vyťaženeosti sa sestry v ich miestnosti zdržujú minimálne.

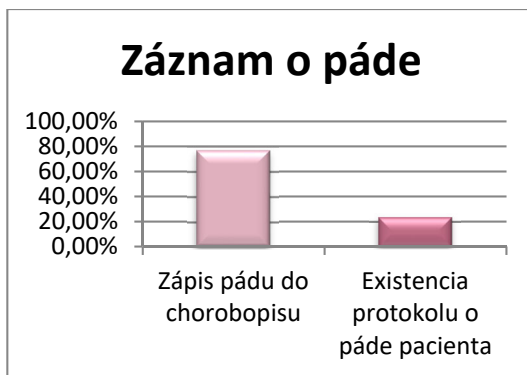
Tabuľka 1: Preventívne opatrenia pri riziku pádu

	n	%
Označím pacienta identifikačným náramkom alebo na informačnej tabuli o prehľade pacientov	0	0 %
Signalizačné zariadenie umiestnim na dosah pacienta a poučím ho o nutnosti privolať ošetrojúci personál pri opustení postele či vstávaní	150	100 %
Zoznámim pacienta s novým prostredím	42	28 %
Umiestnim ho do izby blízko sesterskej miestnosti	53	35,33 %
Odstránim prekážky v miestnosti, osobné veci uloží na dosah pacienta	48	32 %
Skontrolujem obuv pacienta, používanie kompenzačných pomôcok	0	0 %
Pripútam ho k lôžku	31	20,67 %
Zabezpečím posteľ zdvihnutím zábran	139	92,67 %
Pravidelne ho kontrolujem	53	35,33 %

Podľa Škrly a Škrlovej (2008) je plánovanie ošetrovateľskej starostlivosti realizované v dvoch úrovniach. Jednou je poučenie pacienta o preventívnych opatreniach a druhou je prispôsobenie nemocničného prostredia tak, aby bolo pre neho bezpečným. Túto druhú možnosť si vybralo 48 (32,00%) sestier, ktoré uviedli, že odstránia prekážky v miestnosti a osobné veci dennej potreby uložia na dosah pacienta. S novým prostredím zoznámia pacienta 42 (28,00%) sestier, čo by malo byť samozrejmosťou pri prijímaní každého pacienta. Výsledky ukazujú, že 139 (92,67%) opýtaných sestier využíva ako prevenciu zdvihnutie bočných zábran. Podľa Jarošovej (2014), aby ošetrojúci personál nemal používať bočnice k prevencii pádu pacienta v zdravotníckom zariadení, zároveň však poukazuje na potrebu brať do úvahy aj iné faktory súvisiace s pacientom, ktoré môžu ovplyvniť rozhodovanie ohľadne používania bočnic na posteli. Pre zvýšenie bezpečnosti by malo byť preferované znižovanie výšky postele pre redukciu počtu pádov a zranení spôsobených pádmi. 31 (20,67%) sestier si zvolilo použitie obmedzujúcich prostriedkov čo je na Slovensku legislatívne upravené. Pád zápisom do chorobopisu zaznamenaná 115 (76,67%) sestier. Naše výsledky sa zhodujú so zistením Zimovej (2013), ktorá konštatuje, že 50,94% opýtaných eviduje pád len v zdravotnej dokumentácii. Taktiež korešpondujú s analýzou Ďurišovej Vankovej

(2014), ktorá uviedla, že 82,50% sestier zaznamenáva pád len do chorobopisu. Ďalším skúmaním sme zistili, že protokol o páde pacienta využíva len 35 (23,33%) sestier. Ako uvádza Vondráček (2007), vzhľadom ku kvalite poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti je samotný záznam len do dokumentácie nepostačujúci. Zavedením protokolu o páde pacienta do praxe, by sa kvalita starostlivosti zvýšila. Najčastejšie 101 sestier (67,33%) uvádzalo, že záznam o páde pacienta obsahuje: meno pacienta, dátum a čas pádu, príčinu, spôsob, okolnosti, miesto, následky, ohlásenie lekára, realizované vyšetrenia, svedok pádu a podpis sestry. Vychádzajúc z Metodického usmernenia č. 3/2014 Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou môžeme konštatovať, že záznamy neobsahujú údaje v potrebnom rozsahu. Na základe vyhodnotenia položiek z dotazníka môžeme konštatovať, že 115 (76,67%) sestier vykoná záznam o páde len do chorobopisu, aj to v nedostatočnom rozsahu. Existenciu samostatného formulára používaného pri páde pacienta potvrdilo iba 35 (23,33%) sestier (graf 4).

Graf 4: Záznam o páde



Musíme mať na mysli, že dôsledná dokumentácia pádov je predovšetkým akýmsi nástrojom vedúcim ku skvalitneniu ošetrovateľskej starostlivosti. Pokorná a kol. (2019) udáva, že zaznamenané majú byť všetky pády bez ohľadu na ich príčinu, vrátane tzv. asistovaných pádov. Údaje zo záznamov o páde sú nápomocné pri identifikácii rizikových faktorov a hodnotení účinnosti opatrení zameraných na zvýšenie bezpečnosti hospitalizovaných pacientov.

ZÁVER

Záverom si môžeme položiť otázku: Prečo je v súčasnosti riadenie rizík také dôležité? V zdravotníckych zariadeniach existuje množstvo faktorov, ktoré ohrozujú ako liečebnú tak aj ošetrovateľskú starostlivosť – nekvalitne navrhnuté a riadené procesy, preťaženie personálu, nedostatok finančných zdrojov alebo ich neefektívne využívanie a v neposlednom rade pochybenie či zľahčovanie existujúcich problémov a rizík personálom. Problematika pádov sa stáva základným záujmom organizácií, nakoľko štatistiky uvádzajú, že pád je najvýznamnejšia nežiaduca udalosť počas hospitalizácie.

Získané vyjadrenia sestier nám v prieskume pomohli dospieť k záverom. Zistili sme absenciu hodnotiacich a posudzovacích škál na identifikáciu pádom ohrozeného pacienta a problém vidíme tiež v nedostatočne vedenej ošetrovateľskej dokumentácii.

S ohľadom na prevenciu pádov je najpodstatnejšie včas identifikovať rizikového pacienta a naplánovať také preventívne opatrenia, aby sa pádu zabránilo, alebo aspoň minimalizovalo následné poškodenie zdravia. Sestry sú najviac v kontakte s pacientmi a tým sa ich podiel na bezpečnosti pacienta zvyšuje.

POUŽITÁ LITERATÚRA

- [1] CENDELÍKOVÁ, I. 2014. *Bezpečnosť a prevencia pádu hospitalizovaných pacientu z pohľadu sestry*. Diplomová práca. Brno: Masarykova univerzita. 80 s.
- [2] ĎURIŠOVÁ VANKOVÁ, Ľ. 2014. *Bezpečnosť pacienta ako kritérium merania kvality ošetrovateľskej starostlivosti*. Dizertačná práca. Bratislava: VŠZaSP sv. Alžbety v Bratislave. 122 s.
- [3] GLADKIJ, I., HEGER, L., STRAND, L. 1999. *Kvalita zdravotní péče a metody jejího soustavného zlepšování*. Brno: Institut pro další vdelávání pracovníku ve zdravotnictví, 1999. 183 s. ISBN 80-7013-272-8.
- [4] HEGYI, L., KRAJČÍK, Š. 2010. *Geriatría*. 1. vyd. Bratislava: Herba, 2010. 198 s. ISBN 978-80-89171-73.
- [5] JAROŠOVÁ, J. 2014. *Použití omezujících prostředku u pacientu*. Bakalářská práce. Brno: Masarykova univerzita. 78 s.
- [6] JOINT COMMISSION RESOURCES. *Prevence pádů ve zdravotnickém zařízení – cesta k dokonalosti a zvyšování kvality*. Prel. Radim Vyhnálek. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 171 s. ISBN 978-80-247-1715-9.
- [7] KALVACH, Z., ZADÁK, Z. a kol., 2008. *Geriatríe a gerontologie*. 1. vyd. Praha: GRADA Publishing, 2008. 864 s. ISBN 80-347-0548-6.
- [8] METODICKÉ USMERNENIE č. 3/2014 ÚDZS, 2014. 9 s.
- [9] POKORNÁ, A. a kol. 2019. *Management nežádoucích událostí ve zdravotnictví*. Praha: Grada, 2019. s.247 ISBN 978-80-271-0720-9
- [10] ŠKRLA, P., ŠKRLOVÁ, M. 2008. *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-2616-8.
- [11] THE ECONOMICS OF PATIENT SAFETY FROM ANALYSIS TO ACTION © OECD 2020
- [12] [online].2021;[cit.2021-03-03].Dostupné na internete:
- [13] <https://www.oecd.org/health/health-systems/Economics-of-Patient-Safety-October-2020.pdf>
- [14] VONDRÁČEK, L. 2005. *Právní předpisy normy pro hlavní, vrchní, staniční sestry*. Praha: Grada Publishing, 2005. 100 s. ISBN 80-247-1198-2.
- [15] ZIMOVÁ, D. 2013. *Prevencia pádov v zariadeniach sociálnych služieb u seniorov*. Diplomová práca. Bratislava: VŠZaSP sv. Alžbety v Bratislave. 71 s.
- [16] ŽILOVÁ, J. 2017. *Pády seniorov v zariadení dlhodobej starostlivosti*. Diplomová práca. Bratislava: VŠZaSP sv. Alžbety v Bratislave. 80 s.

PREVENTION OF FALLS IN HOSPITALIZED PATIENTS FROM THE POINT OF VIEW OF RISK MANAGEMENT



ABSTRACT

Introduction: With regard to quality monitoring, ensuring safety is considered to be an important principle in providing nursing care. We also talk about a safe environment that eliminates falls and injuries in patients.

Objective: The aim of the thesis is to highlight the importance of risk management and to map the conditions for fall prevention in hospitalized patients.

Methods: In the survey, questionnaire method was used to collect empirical data. The obtained information was processed quantitatively and qualitatively. Chi square test of goodness of fit was used as a statistical method of hypothesis processing.

Sample: The group of respondents consisted of 150 nurses working in the departments / clinics of the Faculty Hospital with Clinics in Nové Zámky.

Results: According to the results of the survey, monitoring a risk patient due to a fall through screening tests is inadequate. Furthermore, the documentation of the patient's fall is not in compliance with the legislation.

Conclusion: From the facts obtained, it is clear that the patient's fall is a serious event and in any case it is important to minimize it by effective preventive measures regarding individuality of the patient.

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

PhDr. Andrea Barteková
Fakultná nemocnica s poliklinikou
Nové Zámky
Klinika vnútorného lékařstva II.
Slovenská 11
94001 Nové Zámky, Slovenská
republika
e-mail: andrea.bartekova@centrum.sk

PhDr. Ľubica Vanková, PhD.
Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej
práce sv. Alžbety, Bratislava
Fakulta zdravotníctva a sociálnej
práce sv. Ladislava, Nové Zámky
Slovenská 11
94001 Nové Zámky, Slovenská
republika
e-mail: lubicadv@gmail.com

KEYWORDS:

patient safety, nursing care, quality,
prevention of falls, risk factors, assessment
scales

VÝZNAM SVOJPOMOCNÝCH SKUPÍN V OŠETROVATEĽSTVE



ABSTRAKT

Úvod: Svojpomocnú skupinu tvoria ľudia, ktorých spája spoločná skúsenosť, podobný osud, rovnaké príznaky choroby, alebo ich zaujíma rovnaký rast. Stretávajú sa v otvorenej skupine, lebo majú potrebu zdieľať svoje názory a pocity s ostatnými. Spoločne hľadajú riešenia. Stratégia WHO „Stratégia zdravia pre všetkých v 21. storočí“ odporúča zdravotníkom zapájať sa do svojpomocných skupín, patientskych organizácií, či klubov.

Cieľ: Cieľom príspevku nie je poukázať na zvládnutie komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti v nemocničnom prostredí, ale predovšetkým na zabezpečenie nadväznosti a kontinuity starostlivosti v komunite, prostredníctvom aktívnej účasti pacienta vo svojpomocných skupinách.

Metodika: V práci sme použili dotazníkovú metódu vlastnej konštrukcie. Pri zostrojovaní jednotlivých položiek dotazníka sme vychádzali z problému, cieľov a hypotéz, rešpektujúc kritériá reliability a validity výskumu. Výskum predchádzal predtest a predvýskum. Získané údaje sme spracovali kvalitatívne, kvantitatívne a štatisticky. Na štatistické spracovanie hypotéz sme použili Chi kvadrát test dobrej zhody a korelačnú analýzu.

ZUZANA BYSTRICKÁ
VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNÍCTVA
A SOCIÁLNEJ PRÁCE SV. ALŽBETY,
BRATISLAVA

LÍVIA KOLLÁROVÁ
VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNÍCTVA
A SOCIÁLNEJ PRÁCE SV. ALŽBETY,
BRATISLAVA
FAKULTNÁ NEMOCNICA
S POLIKLINIKOU NOVÉ ZÁMKY

Vzorka: Pri identifikovaní výskumnej vzorky sme postupovali zámerným výberom. Cieľovú skupinu tvorilo 388 pacientov s chronickým ochorením, ktorí súčasne navštevovali svojpomocnú skupinu. Z toho bolo 148 respondentov v produktívnom veku a 120 respondentov v poproduktívnom veku. Do výskumu sa zapojili členovia z 10 rôznych svojpomocných skupín po celom Slovensku.

Výsledky: Z analýzy výsledkov výskumu sme zisťovali význam svojpomocných skupín. Výsledky výskumu sme usporiadali do tabuliek a grafov a zároveň ich komparujeme s výsledkami domácich aj zahraničných autorov.

KLÚČOVÉ SLOVÁ:

chronické ochorenia, komunitné ošetrovateľstvo, pacient, svojpomocná skupina, sestra

ÚVOD

„**Komunitné ošetrovatelstvo**, ako jeden z odborov ošetrovatelstva, je zamerané na primárnu, sekundárnu a nasledujúcu starostlivosť o jedinca, rodiny a skupiny nachádzajúce sa v komunite. Úlohou komunitného ošetrovatelstva je predchádzať vzniku chorôb, chrániť, udržiavať a podporovať zdravie“ (Šupínová, 2013, s. 9).

Šupínová (2013) zdôrazňuje, že svojpomocné skupiny predstavujú jednu z foriem komunity, ktorá využíva záujem jedného, prípadne niekoľkých členov, ktorí svojim príkladom, záujmom o zdravie a zdravý životný štýl môžu motivovať záujem aj ostatných členov komunity. **Svojpomoc** ako projekt sociálneho učenia, adaptácie, tvorby novej životnej stratégie, sa tak týka chronicky chorých, osôb so zdravotným postihnutím a ich rodinných príslušníkov priateľov. Vo vyspelých krajinách je významným doplnkom tradičnej lekárskej a zdravotníckej starostlivosti. Predstavuje adaptačný mechanizmus na prekonávanie bariér prístupu k zdraviu (Heřmanová a kol., 2012).

Filozofia svojpomocnej skupiny teda nevychádza z nespokojnosti s oficiálnou zdravotnou starostlivosťou, ale nadväzuje na tradičné typy zdravotníckej svojpomoci, ktorá je v humanistických tradíciách vývoja spoločnosti hlboko zakorenená. Nezabúda sa tak na kontinuitu v ošetrovateľskej starostlivosti, pričom sa dôraz kladie na tímovú spoluprácu zainteresovaných, ktorí sa na starostlivosti zúčastňujú (Majerníková a kol., 2008).

Hejzlarová (2011) poukazuje na rozdiel medzi svojpomocnými skupinami bez podpory profesionálov (self-helpgroups) a podpornými skupinami vedenými profesionálmi (supportgroups). Na rozdiel od svojpomocnej skupiny, kde iniciatíva vychádza od ľudí zasiahnutých spoločným problémom, podpornú skupinu zakladá a vedie profesionál.

Sestry, ako najpočetnejšia skupina zdravotníckych pracovníkov, sú v bezprostrednom kontakte s osobami zdravými, chorými, ako aj ich rodinnými príslušníkmi (Simočková, 2012).

Ich účasť na aktivitách svojpomocnej skupiny môže nahrádzať a dopĺňať pracovné postavenie všetkých zdravotníckych pracovníkov. Sú pre nich užitočné, lebo sa dozvedajú o zážitkoch a skúsenostiach iných ľudí, takže sú neskôr schopné lepšie poradiť svojim pacientom a ich rodinám (Šupínová, 2013).

Jarošová (2007) opisuje prácu sestry v komunite ako viackrokovú: **prvý krok** predstavuje aktiváciu členov komunity, **druhý krok** poukazuje na pozitíva komunity a jej podporu, **tretí krok** reprezentuje vyrovnanie neustáleho napätia medzi potrebami ľudí a nedostatočnými zdrojmi, medzi konfliktnými požiadavkami jednotlivých členov komunity a odlišnými názormi na druh zmeny, ktoré je potrebné vykonať.

Medved'ová a Padyšáková (2012) vyzdvihujú medzi hlavné úlohy sestry v súvislosti s činnosťou svojpomocných skupín nasledovné činnosti:

- vykonávať úlohu pozorovateľa, informovať o aktivitách, činnosti a iné,
- poskytnúť svoje odborné vedomosti, pomôcť chorým nadobudnúť vedomosti, schopnosti, (pripraviť napr. edukačnú prednášku pre členov, informovať o nových pomôckach...),
- informovať chorých, ich rodinných príslušníkov o činnostiach svojpomocných skupín, navrhnúť im účasť v nich, odporúčať novým pacientom,
- ak je to vhodné, byť členom svojpomocnej skupiny,
- pomáhať preklenúť krízové obdobia skupiny, podporiť vo vytrvalosti vedenie svojpomocných skupín,
- zaujať úlohu obhajcu, právnika,
- podporovať zakladanie svojpomocných skupín,
- vystupovať ako manažér činnosti, aktívne sa zapájať, prípadne koordinovať činnosť.

Šupínová (2013) uvedené úlohy dopĺňa o rolu edukátora. Na plnenie roly edukátora by mali byť sestry dobre pripravené. Sestra v edukačnom procese prehlbuje pacientove vedomosti, rozvíja zručnosti a tiež formuje postoje (Simočková, 2012).

Zvýšenie celkovej informovanosti a vzdelanosti chronicky chorých, ako aj ich rodín vo svojpomocných skupinách môže byť efektívnym nástrojom na prekonávanie problémov (Gulášová a kol., 2015). Všeobecne môžeme konštatovať, že všetky svojpomocné skupiny sú založené na myšlienke „tým, ktorí pomáhajú, sa pomáha najviac“ (Medved'ová, Padyšáková, 2012).

Brukkerová (2006) zdôrazňuje, že ak sestra spozná problémy chorých aj z pohľadu svojpomocnej skupiny, dokáže ich lepšie pochopiť, chápe samotného chorého, ale i jeho blízkych, ktorí žijú s nim.

Činnosť existujúcich svojpomocných skupín chronicky chorých na Slovensku je vo všeobecnosti organizovaná na dobrej kvalitatívnej úrovni. Kvalita a kvantita programov na podporu zdravia v svojpomocných skupinách pacientov oslovuje i laickú verejnosť, otvára možnosti individuálneho prístupu a sociálnej kooperácie (Heřmanová a kol., 2012).

PROBLÉM VÝSKUMU

V empirii našej práce sme sa zamerali na skúmanie problému, ktorý sme definovali formou otázky:

Aká je úroveň vedomostí pacientov o existencii svojpomocných skupín?

Ako hodnotia pacienti, navštevujúci svojpomocnú skupinu jej význam?

Súvisí frekvencia návštev v svojpomocných skupinách s dĺžkou ochorenia pacientov?

MATERIÁL A METÓDY

Na základe stanoveného problému sme si zvolili dotazníkovú metódu vlastnej konštrukcie. Dotazník s názvom „*Význam svojpomocných skupín v ošetrovatelstve*“ bol určený chronicky chorým pacientom, ktorí boli členmi vo svojpomocných skupinách. Dotazník bol dobrovoľný, anonymný a slúžil na vyjadrenie postojov a názorov k danej problematike. Validitu správne formulovaných dotazníkových položiek sme verifikovali v pilotnej štúdii, ktorej sa zúčastnilo 20 členov zo svojpomocných skupín. Zámerom pilotnej štúdie bolo zistiť zrozumiteľnosť výskumných položiek. Po vyplnení dotazníka sme sa zúčastnili rozhovoru s respondentmi, ktorí vyjadrili zrozumiteľnosť vo všetkých častiach dotazníka. Na základe odpovedí a názorov respondentov nebolo potrebné meniť položky dotazníka, teda všetky položky zostali nemenné. Dotazník obsahoval 21 položiek.

Po pilotnej štúdii sme pri tvorbe dotazníka využili moderný nástroj na zber dát pomocou Google a konkrétne aplikáciu Google formuláre (Google Forms). Vytvorili sme si link, kde bolo možné priamo odpovedať na položky dotazníka. Výhodou linku bolo, že priamo sumarizoval všetky odpovede. Výsledky boli prehľadne spracované do grafov, v ktorých bolo nastavené numerické aj percentuálne hodnotenie jednotlivých odpovedí. Tým bolo vyhodnocovanie dotazníka jednoduchšie. Finálnu podobu dotazníka v elektronickej forme sme e-mailom zaslali predsedom vyše 250 svojpomocných skupín. Návratnosť elektronických dotazníkov však bola minimálna: 34 dotazníkov (13,60 %). Bol potrebný telefonický rozhovor s predsedami svojpomocných skupín. Predsedovia by skôr boli uvítali osobné stretnutie, ale sľúbili pomoc pri vyplňaní dotazníkov v elektronickej, ale aj v printovej verzii. Po telefonických rozhovoroch sa do výskumu elektronicke zapojilo 280 respondentov. Dotazníky vyplňali v časovom rozmedzí od 5. decembra 2018 do 30. mája 2019. V dotazníku boli všetky otázky označené ako povinné, to znamená, že sa vrátili dotazníky, ktoré boli len kompletne vyplnené. Okrem elektronickej distribúcie sme dotazníky distribuovali osobne, ale aj poštou, kde sme využili printovú formu dotazníka. Návratnosť dotazníkov osobnou a poštovou distribúciou bola 100,00%, v počte 120 dotazníkov. Po obdržaní vyplnených dotazníkov sme do elektronickej časti doplnili odpovede respondentov za účelom kompletného spracovania dát a spolu sme vyhodnocovali 388 dotazníkov.

CHARAKTERISTIKA VÝSKUMNEJ VZORKY

Pre rozdelenie respondentov na základe vekového hľadiska (na produktívny a poproduktívny vek) sme sa rozhodli z nasledujúcich dôvodov: narastanie výskytu chronických ochorení už v produktívnom veku, posúvanie vekovej hranice medzi produktívnym a poproduktívnym vekom na Slovensku a vo svete, špecifiká edukácie pacientov z hľadiska vekových osobitostí prihliadajúc na zmeny v psychických procesoch a funkciách kognitívnych, citových, vôľových, na zmeny v sociálnej sfére: v rodinnom

a pracovnom živote, atď. Odchod do dôchodku väčšinou silno preverí adaptačné schopnosti a možnosti každého začínajúceho seniora. Prežívanie tohto dôležitého momentu života je vždy individuálne, je však potrebné, aby do tohto obdobia vstúpili aktívne. Jednou z takýchto možností pre prácu a členstvo v svojpomocných skupinách je aktívnejšia participácia seniorov na činnosti takejto skupiny, ktorou sa čiastočne nahradí nedostatok sociálnych vzťahov v rodine a pretrhnutie pracovných väzieb v poproduktívnom veku, najmä počas obdobia, kým ešte budú schopní samostatného aktívneho života. Z celkového počtu respondentov bolo 268 žien (69,07 %), v produktívnom veku ich bolo 148 a v poproduktívnom veku 120. Mužov bolo z celkového množstva respondentov 120 (30,93 %), z toho v produktívnom veku 64 a v poproduktívnom veku 56 mužov. Rozdelenie respondentov podľa pohlavia a veku uvádzame v Tabuľke 1.

Tabuľka 1: Pohlavie a vek respondentov

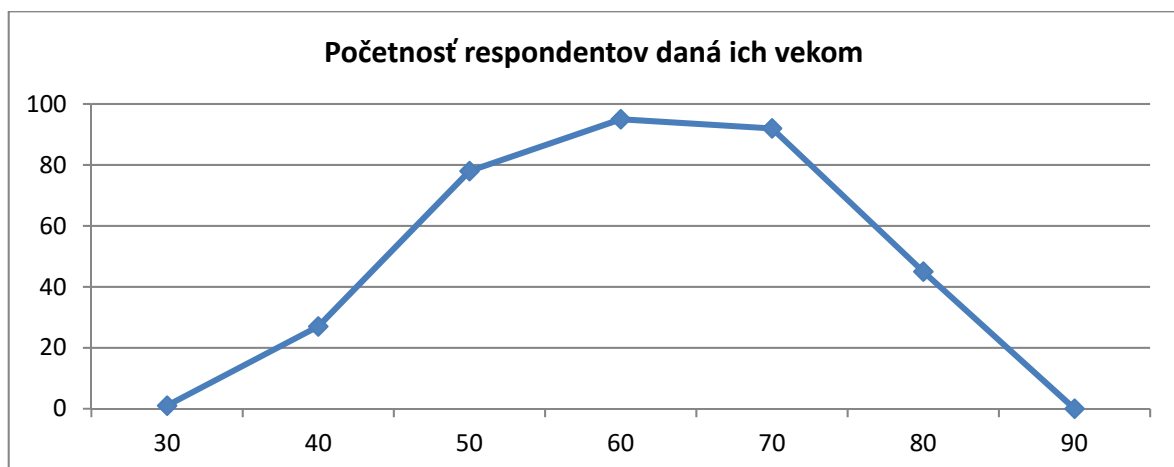
pohlavie a vek	ženy		muži		spolu	
	n	%	n	%	n	%
produktívny vek	148	55,22	64	53,33	212	54,64
poproduktívny vek	120	44,78	56	46,67	176	45,36
Spolu	268	100,00	120	100,00	388	100,00

Skúmaný súbor respondentov bol zložený z respondentov rôznych vekových skupín. Vekové rozpätie je 29–87 rokov. Priemerný vek všetkých respondentov bol 60,90 rokov, mediánová hodnota je 62 rokov. Vyhodnotením veku respondentov za pomoci modusu sme zistili, že najviac respondentov sa nachádza vo veku 66 rokov. Priemerný vek žien bol 60,85 rokov, priemerný vek mužov bol 61,03 rokov, pričom pri ženách je stredná hodnota 61 rokov, u mužov 62. Najčastejšie vyskytujúci sa vek u žien bol 67 rokov a u mužov 65 rokov. (Tabuľka 2)

Tabuľka 2: Miera polohy – aritmetický priemer (\bar{x}) vek respondentov

	ženy	muži	spolu
produktívny	52,05	51,31	51,83
poproduktívny	71,70	72,14	71,84
Priemer spolu	60,85	61,03	60,90

Pri štatistickom spracovaní veku sme vytvorili histogram, kde sme respondentov zoradili do siedmych intervalov uvádzaných v rokoch (0–30); (31–40); (41–50); (51–60); (61–70); (71–80); (81–90), ktoré sme následne do grafu vykreslili polygónom. (Graf 1)

Graf 1: Vek respondentov/počet respondentov v danom intervale

Z oslovených svojpomocných skupín tvorili najpočetnejšiu skupinu respondenti zo Zväzu diabetikov Slovenska (21,65 %). Naopak, najmenší počet respondentov tvorili respondenti zo združenia Šanca pre pečeň (0,77 %). Výsledky skúmania a rozdelenie respondentov podľa jednotlivých svojpomocných skupín prezentujeme v Tabuľke 3.

Tabuľka 3: Názov navštevujúcej svojpomocnej skupiny respondentov

svojpomocné skupiny	produktívny vek		poproduktívny vek		spolu	
	n	%	n	%	n	%
Slovak Crohn Klub	57	26,88	5	2,84	62	15,97
Zväz diabetikov Slovenska	64	30,19	20	11,36	84	21,65
Zväz postihnutých civilizačnými chorobami	30	14,15	4	2,27	34	8,76
Klub Sclerósismultiplex	0	0,00	24	13,64	24	6,19
Liga proti reumatizmu	11	5,19	13	7,39	24	6,19
Liga proti rakovine	37	17,45	52	29,55	89	22,94
Spoľach	4	1,89	26	14,77	30	7,73
Šanca pre pečeň	3	1,42	0	0,00	3	0,77
Slovenský zväz telesne postihnutých	4	1,89	15	8,52	19	4,90
Kardioklub	2	0,94	17	9,66	19	4,90
spolu	212	100,00	176	100,00	388	100,00

VÝSLEDKY A DISKUSIA

H 1: Predpokladáme, že respondenti v poproduktívnom veku aktívnejšie pracujú vo svojpomocných skupinách, ako respondenti v produktívnom veku.

Ákym spôsobom sa respondenti podieľajú na činnosti svojpomocných skupín sme zisťovali položkou 10. 77 (36,32%) respondentov v produktívnom veku uviedlo pasívnu účasť na stretnutí v svojpomocných skupinách a aktívnu účasť uviedlo 135 (63,68%) respondentov.

Čo sa týka respondentov v poproduktívnom veku, 83 (47,16%) respondentov uviedlo aktívnu účasť a 93 (52,84%) respondentov účasť pasívnu.

Ďalšou položkou 11 sme si overovali pravidelnosť návštev vo svojpomocnej skupine. V produktívnom veku sa pravidelne zúčastňovalo 116 (54,72%) respondentov. Uvádzali stretávania dvojtýždňové, raz za mesiac. Záviselo to od svojpomocnej skupiny. Nepravidelné návštevy uviedlo 96 (45,28%) respondentov v produktívnom veku. Ako dôvod uviedli zaneprázdnenosť, pracovné povinnosti.

V poproduktívnom veku označilo pravidelné návštevy 148 (84,09%) respondentov a nepravidelné 28 (15,91%) respondentov. Ako dôvod nepravidelných návštev uviedli nepriaznivý zdravotný stav.

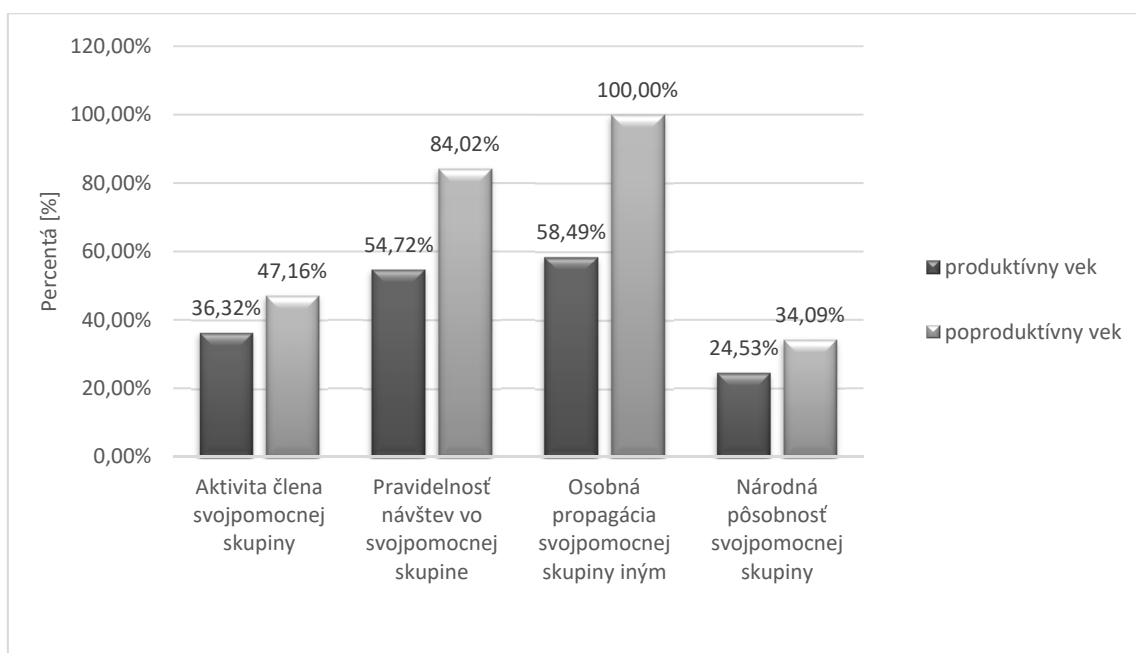
Ako konkrétne predstavujú iným respondenti svoju svojpomocnú skupinu sme sa pýtali položkou 12. Respondenti mali možnosť označiť viac odpovedí. Respondenti v produktívnom veku odpovedali nasledovne: 124 (58,49%) respondentov označilo, že svojpomocnú skupinu propagujú osobne, 96 (45,28%) respondentov propaguje svoju svojpomocnú skupinu na sociálnej sieti, prostredníctvom letákov propaguje svoju svojpomocnú skupinu 53 (25,00%) respondentov a 24 (11,32%) respondentov označilo možnosť propagácie prostredníctvom plagátov. Dominantne označenou odpoveďou bola aj v prípade respondentov v poproduktívnom veku v počte 176 (100,00%) osobné predstavenie svojpomocnej skupiny, nasledovala propagácia prostredníctvom letáku v počte 35 (19,89%), 28 (15,91%) respondentov využíva na predstavenie svojpomocnej skupiny plagáty a 32 (18,18%) respondentov využíva na propagáciu sociálne siete.

Položkou 16 sme zisťovali, na akej úrovni pôsobí svojpomocná skupina respondentov. Respondenti v produktívnom veku odpovedali nasledovne: Možnosť na regionálnej úrovni označilo 136 (64,15%) respondentov, možnosť na krajskej úrovni označilo 24 (11,32%) respondentov a možnosť na národnej úrovni označilo 52 (24,53%) respondentov v produktívnom veku.

Respondenti v poproduktívnom veku v počte 96 (54,55%) označili možnosť regionálnej úrovni, možnosť krajskej úrovni označilo 20 (11,36%) respondentov a možnosť pôsobnosť v národnej úrovni označilo 60 (34,9%) respondentov v poproduktívnom veku. Členovia, ktorí označili odpoveď „neviem“ patrili k členom, ktorí navštevovali svojpomocnú skupinu nepravidelne a pasívne. Z celkového počtu respondentov 232 (59,79%) respondentov uviedlo, že ich svojpomocná skupina pracuje na regionálnej úrovni. Možnosť na národnej úrovni označilo 112 (28,87%) a na krajskej úrovni označilo 44 (11,34%) respondentov.

Zacharias (2012) pri porovnávaní onko - svojpomocnej skupiny žien (nádorové ochorenia prsníka) s porovnaním onko - svojpomocnej skupiny u mužov (karcinóm prostaty) zistil, že ženy svojpomocné skupiny využívajú už takmer 50 rokov, pričom muži len necelých 20 rokov. Pripisoval to tvrdeniu, že pre mužov je ťažšie prevziať zodpovednosť za vlastné zdravie.

Graf 2: Aktívna práca členov vo svojpomocných skupinách



Na základe Grafu 2 môžeme konštatovať, že sa **hypotéza 1 potvrdila**. Respondenti v poproduktívnom veku sa zapájajú aktívnejšie do činností svojpomocnej skupiny, ako respondenti v produktívnom veku.

Hypotézu sme overovali aj štatisticky pomocou Chí kvadrát testu.

Stanovili sme si nulovú a alternatívnu hypotézu:

H_0 Neexistuje štatisticky významný (signifikantný) rozdiel v aktívnejšom zapájaní sa do činnosti svojpomocných skupín medzi respondentmi v produktívnom veku a respondentmi v poproduktívnom veku.

H1 Existuje štatisticky významný (signifikantný) rozdiel v aktívnejšom zapájaní sa do činnosti svojpomocných skupín medzi respondentmi v produktívnom veku a respondentmi v poproduktívnom veku.

VYHODNOTENIE

Pre nami vybrané položky sme určili hladinu významnosti $\alpha = 0,05$. Pomocou Chí kvadrátu sme položkám vypočítali prislúchajúcu štatistickú hodnotu p , na základe ktorej sme vedeli určiť stanovisko, či sa hypotéza zamieta, alebo potvrdzuje. Pri hypotéze 1 sme sa zamerali na štyri položky, nami vytvoreného dotazníka a následne sme tieto položky overovali. Tri položky sa štatisticky potvrdili a štvrtá položka dotazníka sa pre nedostatok dôkazov nedala vyvrátiť. Na základe štatistickej metódy Chí kvadrát teda jasne vyplynulo, že hypotéza 1 **sa potvrdzuje**. Na základe toho zamietame nulovú hypotézu a prijímame alternatívnu hypotézu, ktorá tvrdí, že existuje štatisticky významný rozdiel v aktívnejšom zapájaní sa do činnosti svojpomocných skupín respondentmi v poproduktívnom veku. Výsledky testovania prezentujeme v Tabuľke 4.

Tabuľka 4: Štatistické vyhodnotenie hypotézy 1

Položka	Vypočítaná hodnota $p=$	Stupeň voľnosti	Tabuľková hodnota $\alpha 0.05$	Výsledok hypotézy
10	4,65	1	3,841	potvrdzuje
11	40,35	1	3,841	potvrdzuje
12	43,9	3	7,815	potvrdzuje
16	4,53	2	5,991	nie je dostatok dôkazov na jej vyvrátenie

Hypotéza 2: Predpokladáme, že existuje závislosť medzi dĺžkou ochorenia a dĺžkou členstva vo svojpomocnej skupine.

Zisťovali sme dĺžku ochorenia u respondentov v produktívnom veku. Najkratšia dĺžka ochorenia bola jeden rok (nádorové ochorenie). Najdlhšie sa na chronické ochorenie liečil respondent, ktorý mal 56 rokov (diabetes mellitus). Aritmetický priemer dĺžky ochorenia u respondentov v produktívnom veku bol 14,71 rokov.

Respondenti v poproduktívnom veku uviedli ako najkratšiu dĺžku ochorenia tiež 1 rok (karcinóm prsníka). Najdlhšie sa lieči na svoje ochorenie respondent, ktorý uviedol dĺžku ochorenia až 64 rokov. Ako ochorenie uviedol, že má telesné postihnutie. Aritmetický priemer dĺžky ochorenia bol u respondentov v poproduktívnom veku 18,06 rokov. (Tabuľka 5)

Tabuľka 5: Dĺžka chronického ochorenia respondentov

dĺžka liečby	produktívny vek		poproduktívny vek		spolu	
	n	%	n	%	n	%
do 5 rokov	73	34,43	27	15,34	100	25,77
do 10 rokov	32	15,09	24	13,64	56	14,43
do 15 rokov	28	13,21	20	11,36	48	12,37
do 20 rokov	28	13,21	48	27,27	76	19,59
viac ako 20	51	24,06	57	32,39	108	27,84
spolu	212	100,00	176	100,00	388	100,00

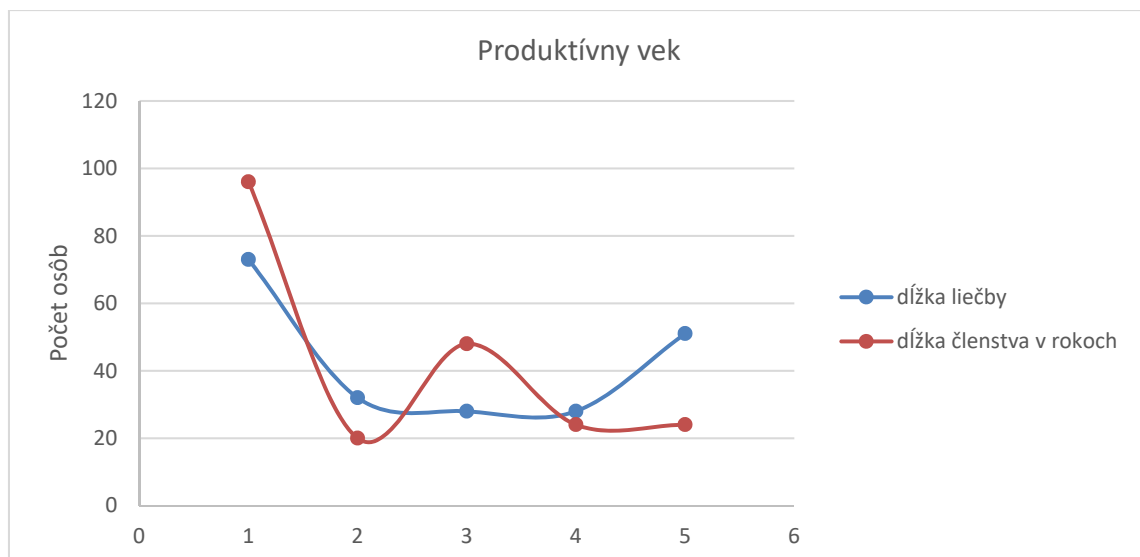
Zisťovali sme dĺžku členstva vo svojpomocnej skupine u respondentov. U respondentov v produktívnom veku sme zistili, že do 5 rokov je členom 96 (45,28%) respondentov, od 5 do 10 rokov 20 (9,43%) respondentov, od 11–15 rokov to je 48 (22,64%) respondentov, od 16–20 rokov je členom 24 (11,32%) respondentov a viac ako 20 rokov je členom tiež 24 (11,32%) respondentov v produktívnom veku. V poproduktívnom veku je 44 respondentov členom len do 5 rokov, čo tvorí až 25,00% z celkového počtu respondentov v poproduktívnom veku. 64 (36,36%) respondentov označilo možnosť, že je členom do 10 rokov. Do 15 rokov je členom svojpomocnej skupiny 36 (20,45%) respondentov, do 20 rokov je členom 12 (6,82%) respondentov v poproduktívnom veku a viac ako 2 roky je členom 20 (11,36%) respondentov v poproduktívnom veku. Ak zosumarizujeme odpovede respondentov, pomocou filtra v programe MS Excel zisťujeme, že z celkového množstva respondentov je členom svojpomocnej skupiny do 5 rokov 140 (36,08%) respondentov, do 10 rokov 84 (21,65%) respondentov, do 15 rokov 84 (21,65%) respondentov, do 20 rokov 36 (9,28%) respondentov a 44 (11,34%) respondentov je členom viac ako 20 rokov. Najzastúpenejší počet respondentov činí 5 rokov členstva vo svojpomocnej skupine. Výsledky prezentujeme v Tabuľke 6.

Tabuľka 6: Dĺžka členstva respondentov vo svojpomocných skupinách

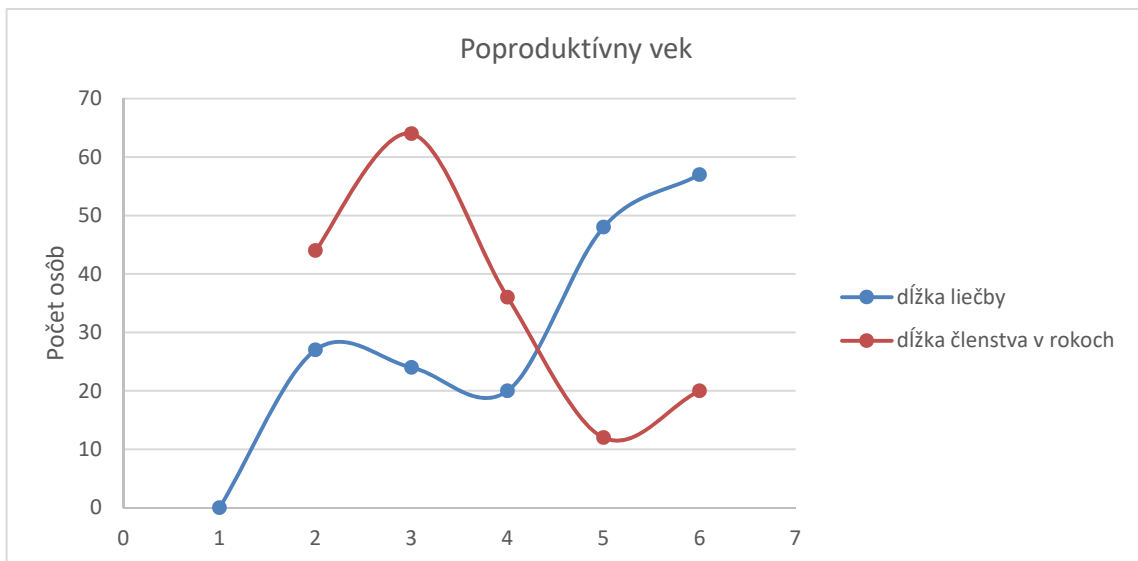
dĺžka členstva v rokoch	produktívny vek		poproduktívny vek		spolu	
	n	%	n	%	n	%
do 5 rokov	96	45,28	44	25,00	140	36,08
do 10 rokov	20	9,44	64	36,37	84	21,65
do 15 rokov	48	22,64	36	20,45	84	21,65
do 20 rokov	24	11,32	12	6,82	36	9,28
viac ako 20 rokov	24	11,32	20	11,36	44	11,34
spolu	212	100,00	176	100,00	388	100,00

Hypotézu 2 sme overovali korelačnou analýzou, ktorou sme potvrdzovali závislosť medzi dĺžkou v členstve a dĺžkou ochorenia respondenta. Vstupné údaje pre výpočet boli dĺžka členstva v svojpomocnej skupine a druhým vstupným údajom bola dĺžka ochorenia v rokoch, pričom sme tieto dve premenné porovnávali medzi respondentmi v produktívnom a poproduktívnom veku. (Graf 3, Graf 4) Údaje sme zadali do programu MS Excel, kde sme pomocou funkcie = CORREL (dĺžka členstva a dĺžka ochorenia) určili koeficient. Koeficient v produktívnom veku bol 0,759. Výsledok je považovaný za stredne silnú závislosť. Hodnota koeficientu v poproduktívnom veku bola -0,774. Výsledok nám potvrdzuje aj v tomto prípade stredne silnú závislosť. Tým sme potvrdili, že tieto dve premenné sú medzi sebou závislé. Na základe korelačnej analýzy môžeme skonštatovať, že sa **hypotéza 2 potvrdila**. Existuje závislosť medzi dĺžkou ochorenia a dĺžkou členstva vo svojpomocnej skupine. (Tabuľka 7)

Graf 3: Korelácia dĺžky ochorenia a dĺžky členstva chronicky chorého v produktívnom veku



Graf 4: Korelácia dĺžky ochorenia a dĺžky členstva chronicky chorého v poproduktívnom veku



Tabuľka 7: Štatistické vyhodnotenie hypotézy 2

Korelačná závislosť medzi:	Vypočítaná hodnota:	Vyhodnotenie
dĺžkou v členstve a dĺžkou liečby v produktívnom veku	0,759051	Stredne silná závislosť
dĺžkou v členstve a dĺžkou liečby v poproduktívnom veku	-0,77546	Stredne silná závislosť

H3: Predpokladáme, že členovia svojpomocnej skupiny v poproduktívnom veku preferujú činnosti zdravotníka v svojpomocnej skupine na významnejšej úrovni, ako členovia v produktívnom veku.

Aké činnosti oceňujú respondenti vo svojej svojpomocnej skupine sme zisťovali položkou 6. Respondenti mohli označiť viac odpovedí. Respondenti v produktívnom veku preferovali účasť na odborných podujatiach (konferenciách) a vzájomnú podporu členov svojpomocnej skupiny. Účasť na odborných podujatiach označilo 112 (52,83%) respondentov a vzájomnú podporu 111 (52,36%) respondentov. Nasledovala odpoveď skúsenosti iných členov, čo označilo 96 (45,28%) respondentov, nasledovali dobré rady členov svojpomocnej skupiny v počte 72 (33,96%) odpovedí. 42 (19,81%) respondentov označilo odbornú pomoc od lekárov, 15 (7,08%) respondentov označilo za najviac ocenenú činnosť odbornú pomoc od sestier. 40 (18,87) respondentov označilo za najviac ocenené činnosti organizovanie táborov a 31 (52,83%) respondentov označilo organizovanie výletov. Traja (1,42%) respondenti uviedli v možnosti iné, že oceňujú pravidelnosť združovania sa.

Respondenti v poproduktívnom veku najviac oceňovali dobré rady. Túto možnosť označilo 148 (84,09%) respondentov. 134 (76,14%) respondentov označilo, že najviac oceňujú v svojpomocnej skupine odbornú pomoc od lekárov. 124 (70,45%) respondentov označilo možnosť skúsenosti iných členov. Nasledovala možnosť vzájomná podpora členov svojpomocnej skupiny počtom 101 (57,39%) a účasť na odborných podujatiach označilo 92 (52,27%) respondentov v poproduktívnom veku. 61 (34,66%) respondentov preferuje odbornú činnosť sestier a 53 (30,11%) respondenti označili možnosť organizovania výletov. Ani jeden respondent neoznačil možnosť organizovanie táborov a možnosť iné ocenené činnosti. Ak porovnáme dve skupiny respondentov, zisťujeme, že respondenti v poproduktívnom veku v porovnaní s respondentmi v produktívnom veku označili možnosť viacerých odpovedí, čo vyplýva z percentuálnych výsledkov. Znamená to, že sú vďační za všetky činnosti, ktoré im svojpomocná skupina ponúka.

Ak však zosumarizujeme všetky odpovede, zistíme, že respondenti najviac oceňovali vzájomnú podporu jednotlivých členov. Túto možnosť označilo z celkového množstva respondentov 212, čo tvorí 52,48%. Dobré rady a skúsenosti iných členov 220 (56,70%) respondentov. 204 (52,58%) respondentov oceňuje účasť na odborných podujatiach, napr. konferenciách. 176 (45,36%) respondentov oceňuje činnosť lekárov v svojpomocnej skupine a 76 (19,56%) respondentov uviedlo odbornú činnosť sestier. Organizovanie výletov oceňuje 84 (21,65%) respondentov a 40 (10,31%) respondentov uviedlo organizovanie táborov. 3 (0,77%) respondenti uviedli možnosť iné, kde uviedli pravidelnosť združovania sa.

Na názor respondentov, či je potrebné spolupracovať so zdravotníckymi pracovníkmi sme sa sústredili v položke 7. Z celkového počtu respondentov neprejavilo záujem o spoluprácu 9 (2,32%) respondentov. Túto možnosť označilo 8 (3,77%) respondentov v produktívnom veku a len 1 (0,57%) respondent v poproduktívnom veku. Ako dôvod uvádzali, že ich svojpomocná skupina zabezpečuje prednášky na odbornej úrovni, nakoľko sú sami špecialisti a iní by im aj tak nepomohli viac. Prejavili skôr záujem o vzájomnú podporu členov a uviedli spokojnosť s celkovou úrovňou práce vo svojpomocnej skupine. 379 (97,64%) respondentov z celkového množstva označilo potrebu spolupráce. Z respondentov v produktívnom veku takto odpovedalo 204 (96,23%) respondentov a z poproduktívneho veku 175 (99,43%) respondentov. Zdôrazňovali, že je potrebné viac spolupracovať so zdravotníkmi, nakoľko majú viac skúseností a zručností, poradia a prinesú im nové poznatky. Vyzdvihli, že ide o neformálne stretnutia a bez nich by stretnutia nemali význam.

V ďalšej položke 8 sme sa pýtali členov svojpomocnej skupiny, či by uvítali významnejšiu aktivitu zdravotníkov. Pozitívne odpovedalo 370 (95,36%) respondentov. Z produktívneho veku respondentov takto odpovedalo 205 (96,70%) respondentov a z poproduktívneho veku 195 (93,75%) respondentov. Ostatní respondenti v počte 18 (4,64%) boli spokojní s prácou zdravotníkov, alebo ju vôbec nepotrebovali. Takto odpovedalo 7 (3,30%) respondentov produktívneho veku a 11 (6,25%) respondentov poproduktívneho veku.

Kto prednáša vo svojpomocných skupinách, sme zisťovali položkou 9. Respondenti v produktívnom veku odpovedali nasledovne: prednášky realizuje 109 (51,42%) lekárov, ďalej sú to psychológovia v počte 76 (35,85%), sestry označilo 56 (26,42 %) respondentov, nutričných terapeutov 43 (20,28%) respondentov. 9 (4,25%) respondentov uviedlo, že v ich svojpomocnej skupine prednášajú aj iní. Za prednášajúcich ďalej označili policajtov, sexuológov, sociálnych pracovníkov.

Významným zistením bolo, že všetci respondenti v poproduktívnom veku, čiže 176 (100,00%) respondentov uviedlo, že prednášky realizujú lekári. 100 (56,82%) respondentov uviedlo sestry, nasledovali psychológovia počtom 108 (61,36%), ďalej nutričných terapeutov počtom 65 (36,93%) a napokon fyzioterapeuti počtom 48 (27,27%). Možnosť iní uviedlo 12 (6,82%) respondentov v poproduktívnom veku. Dopísali sociálnych pracovníkov a edukátorov.

Lebert (2012) zdôrazňuje, že v Nemecku sú úlohy kliník vzhľadom na svojpomocné skupiny popísané v certifikačných požiadavkách nasledovne: prístup k svojpomocným skupinám vo všetkých fázach terapie, sprístupnenie kontaktných údajov svojpomocnej skupiny, možnosti prezentácie informačných brožúr svojpomocnej skupiny, pravidelné poskytovanie miestností pre diskusie s pacientmi, ako aj spolupráca zdravotníckeho personálu na podujatiach svojpomocnej skupiny.

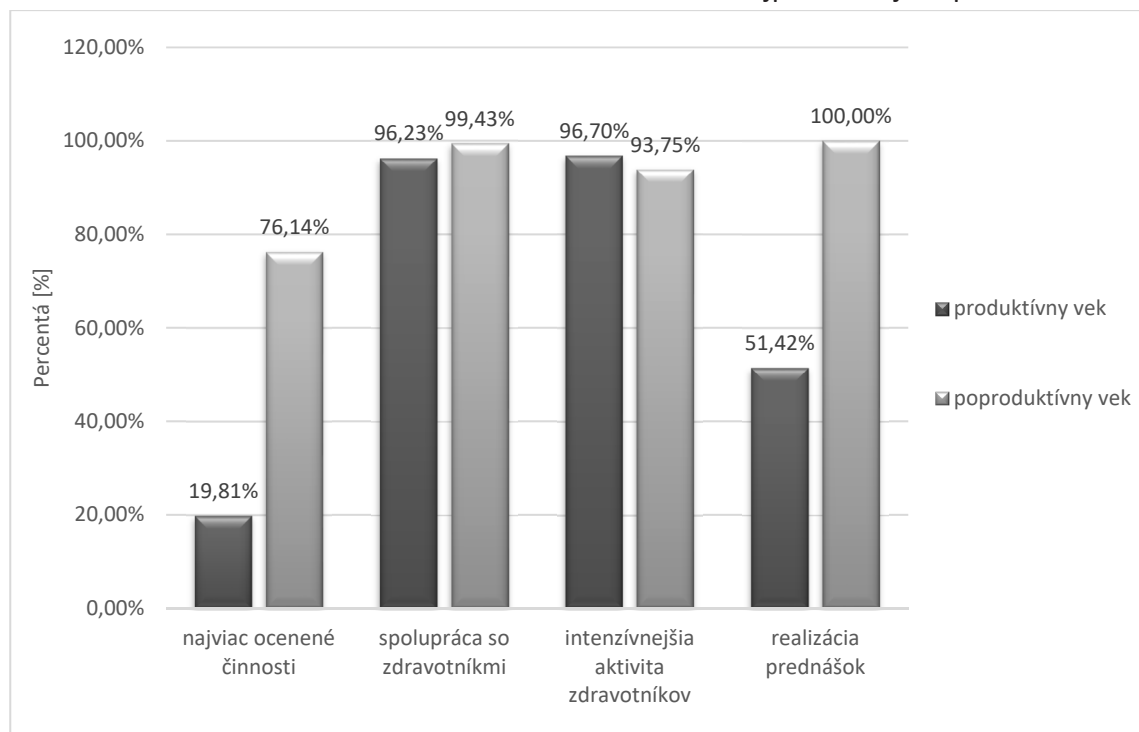
Lebert (2012) poukazuje, že hoci Matzat (2006) už v roku 2000 opísal, že svojpomoc v Nemecku je najviac rozšírená v onkológii, odhaduje sa, že len 5–8% ľudí s rakovinou navštevuje svojpomocnú skupinu. Ako dôvod uviedol predsudky, ktoré ešte stále pretrvávajú k svojpomocným skupinám. Ako však Lebert (2012) uvádza, tieto predsudky nezastavia sestry. Tu je potrebné vzdelávať, ale predovšetkým treba zvážiť úlohu ošetrovateľstva v spolupráci medzi klinikou a svojpomocnou skupinou. Ďalej Lebert (2012) predkladá výsledky prieskumu na otázku: „Ako často bola svojpomoc predmetom diskusií medzi Vami (zdravotníkmi) a Vašimi pacientmi v uplynulom roku?“ Vzorku prieskumu tvorilo 265 sestier, 10 lekárskeho asistentov, 2 lekári a 6 ďalších (spolu 283 respondentov). Účastníci štúdie pracovali na rozdielnych onkologických klinikách a boli rozdelení do troch skupín podľa dĺžky praxe. Najsilnejšiu skupinu tvorili respondenti s dĺžkou praxe nad 12 rokov, z ktorých diskutovalo s pacientmi o svojpomocných skupinách 42,00% respondentov, potom nasledovali respondenti s dĺžkou praxe do 12 rokov, z ktorých o svojpomocných skupinách diskutovalo s pacientom 26,00% respondentov a zo skupiny do 6 rokov praxe diskutovalo s pacientmi o svojpomocných skupinách 32,00% respondentov.

Šiňanská a Žiaková (2017) v procese zvládania choroby kladú dôraz predovšetkým na multidisciplinárny prístup, aby sa tým minimalizoval fyzický a psychosociálny dopad ochorenia na chronicky chorého pacienta. Poukázali aj na výskumnú štúdiu Devine a Westlaka (1995), ktorí zistili, že onkologicky chorí pacienti, ktorí prijímali edukačné programy alebo psychosociálnu intervenciu, vykazovali oveľa nižšiu mieru úzkosti,

depresie, poruchy nálad, fyzickej bolesti. Výsledky analýzy dokonca preukázali, že mali aj významnejšie poznatky o chorobe a jej liečbe, v porovnaní s kontrolnou skupinou. Ako sa ukázalo, pacientovou prioritou nie je prijímanie pomoci, ale jeho prioritou je potreba byť užitočným.

Žiaková a Maštenová (2005) tvrdia, že ak je profesionálna pomoc nedostupná, alebo nevyhovujúca, práve účasť na stretnutiach skupiny pomáha členom prekonávať pocit, že sú obeťami choroby a poskytuje úľavu tým, ktorí sa cítia osamelí, alebo aj stigmatizovaní ochorením.

Graf 5: Preferovanie činnosti zdravotníka vo svojpomocnej skupine



Za základe Grafu 5 môžeme konštatovať, že sa **hypotéza 3 potvrdila**. Členovia svojpomocných skupín v poproduktívnom veku preferujú činnosti zdravotníka vo svojpomocných skupinách na významnejšej úrovni, ako členovia v produktívnom veku. Hypotézu 3 sme overovali aj štatisticky pomocou Chí kvadrát testu. Stanovili sme si nulovú a alternatívnu hypotézu:

H0: Neexistuje štatisticky významný rozdiel v preferovaní činnosti zdravotníka respondentmi v produktívnom veku a respondentmi v poproduktívnom veku.

H1: Existuje štatisticky významný rozdiel v preferovaní činnosti zdravotníka respondentmi v produktívnom veku a respondentmi v poproduktívnom veku.

VYHODNOTENIE

Pre nami vybrané položky sme určili hladinu významnosti $\alpha = 0,05$. Pomocou štatistickej metódy Chí kvadrát sme položkám vypočítali prislúchajúcu štatistickú hodnotu p , na základe ktorej sme vedeli určiť stanovisko, či sa hypotéza zamieta, alebo potvrdzuje. Pri hypotéze 3 sme sa zamerali na štyri položky nami vytvoreného dotazníka a následne sme tieto položky overovali. Tri položky sa štatisticky potvrdili a štvrtá položka dotazníka sa nepotvrdila. Na základe štatistickej metódy Chí kvadrát konštatujeme, že **hypotéza 3 sa potvrdzuje**. Na základe toho zamietame nulovú hypotézu a prijímame alternatívnu hypotézu, ktorá tvrdí, že existuje štatisticky významný rozdiel v preferovaní činnosti zdravotníka respondentmi v poproduktívnom veku. Výsledky testovania prezentujeme v Tabuľke 8.

Tabuľka 8: Štatistické vyhodnotenie hypotézy 3

Položka	Vypočítaná hodnota $p=$	Stupeň voľnosti	Tabuľková hodnota $\alpha 0.05$	Výsledok hypotézy
6	130,52	8	15,507	potvrdzuje
7	4,36	1	3,84	potvrdzuje
8	4,36	1	3,84	potvrdzuje
9	1,7688	5	11,07	nepotvrdzuje

V našom výskume sme skúmali aj mieru aktivity sestier v práci svojpomocných skupín. Na základe toho sme si zadefinovali ďalšiu hypotézu - **H 4: Predpokladáme, že spokojnosť pacientov s činnosťou svojpomocných skupín má signifikantný vzťah s aktívnou prácou sestry.**

Pre vykonanie štatistickej analýzy tejto hypotézy sme formulovali štatistické hypotézy:

H0: Neexistuje signifikantný vzťah medzi významom pacienta s činnosťou svojpomocných skupín a aktívnou prácou sestry.

H1: Existuje signifikantný vzťah medzi významom pacienta s činnosťou svojpomocných skupín a aktívnou prácou sestry.

Pre overenie hypotézy sme použili výsledky z položky 13, ktorá znela: „Význam svojpomocnej skupiny vnímate“.

VYHODNOTENIE

Pre nami vybranú položku sme určili hladinu významnosti $\alpha = 0,05$. Pomocou štatistickej metódy chí kvadrát sme položke vypočítali prislúchajúcu štatistickú hodnotu p , na základe ktorej sme vedeli určiť stanovisko, či sa hypotéza zamieta, alebo potvrdzuje. Pri hypotéze 4b sme sa zamerali na dve odpovede, ktoré respondenti uvádzali v jednej nami

položenej položke dotazníka 13: „Význam svojpomocnej skupiny vnímate“ a následne sme túto položku vyhodnocovali. Vzhľadom na výsledok štatistickej metódy Chí kvadrát, teda jasne vyplynulo, že hypotéza **4 sa nepotvrdila**. Výsledky testovania prezentujeme v Tabuľke 9.

Tabuľka 9: Štatistické vyhodnotenie hypotézy 4

Položka číslo	Vypočítaná hodnota p=	Stupeň voľnosti	Tabuľková hodnota α 0.05	Výsledok hypotézy
6	0,516	1	3.84	vyvracia

ZÁVER

Zámerom nášho príspevku bolo poukázať na skutočnosť, že je potrebné zabezpečiť nadväznosť a kontinuitu ošetrovateľskej starostlivosti v komunite aj prostredníctvom svojpomocných skupín. Získané vyjadrenia pacientov nám pomohli dospieť k záverom a zisteniam, ktoré naznačujú, že pacienti sú síce dostatočne informovaní o svojpomocných skupinách zdravotníkmi, pripisujú im význam, no zároveň sa nepreukázala dostatočná zaangažovanosť a spolupráca sestier so svojpomocnými skupinami, čo následne vedie k tomu, že absentuje očakávaná odborná pomoc zo strany sestier pracujúcich v ústavnej a ambulantnej sfére. Je totiž preukázateľné, že dôkladne edukovaný pacient lepšie spolupracuje a tiež sa skôr adaptuje na zmenenú životnú situáciu, ktorá vyplýva z jeho choroby alebo postihnutia a môže byť trvalá. Činnosť sestier v oblasti komunitnej ošetrovateľskej starostlivosti v našich podmienkach má ešte stále rezervy, preto treba hľadať možnosti, ako zefektívniť prácu sestry v následnej ošetrovateľskej starostlivosti, ako prepojiť činnosť poskytovateľov zdravotníckej starostlivosti s činnosťou svojpomocných skupín.

POUŽITÉ ZDROJE

- [1] BRUKKEROVÁ, D. 2006. Svojpomocné skupiny In: Hegyi L., Šulcová, M. a kol.: *Odporúčania pre zachovanie zdravia*. Bratislava: Chariss.r.o., 2006, 75-79 s. ISBN 80-88743-64-8 2006.
- [2] DEVINE, E.C., & WESTLAKE, S.K. 1995. The effects of psychoeducational care provided to adults with cancer: Meta-analysis of 116 studies. In: *Oncology Nursing Forum*. 1995. 22, 1369–1381.
- [3] HEJZLAROVÁ, E. 2011. Svěpomocné a podpůrné skupiny v Česku: mapa terénu, rizika dalšího vývoje a možnosti veřejné politiky. In: *Sociální práce/Sociálna práca*. ISSN 1213-6204, 2011, roč. XII, č. 1, s. 51-59.
- [4] HEŘMANOVÁ, D., CHANDOGOVIÁ, E., KOSTIČOVÁ, M., OZOROVSKÝ, V. 2012. Svojpomocné skupiny chronicky chorých v SR. In *Životné podmienky a zdravie*. [online] 1. vyd. Bratislava: Úrad verejného zdravotníctva SR, 2012. [citované 2017-07-22] s. 497. Dostupné na internete: https://zona.fmed.uniba.sk/fileadmin/lf/sucasti/Teoreticke_ustavy/Ustav_hygiene/Webpic/Zborniky/ZPaZ2012.pdf. ISBN 978-80-7159-211-2.
- [5] JAROŠOVÁ, D. 2007. Úvod do *komunitního ošetrovatelství*. Praha: Grada. 2007. 99 s. ISBN 978-80-247-2150-7.
- [6] LEBERT, B. 2012. Kooperation von Pflegeund Selbsthilfe in der Onkologie. In *Selbsthilfegruppenjahrbuch 2012*. [online]. Gießen: Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppene.V 2012, [citované 2017-07-12]. s. 57-67. Dostupné na internete: <http://www.dag-selbsthilfegruppen.de/data/Fachpublikationen /2012/DAGSHG-Jahrbuch-12.pdf#page=57>. ISSN 1616-0665.
- [7] MAJERNÍKOVÁ, Ľ., JAKABOVIČOVÁ, A., OBROČNÍKOVÁ, A. 2008. Úloha ošetrovatelstva v svojpomocných kluboch a skupinách. In *Molisa 5*. [online]. Prešov: Prešovská univerzita, Fakulta zdravotníctva, 2008, s. 134 – 136. [citované 2017-07-17]. Dostupné na internete: http://www.unipo.sk/public/media/files/docs/fz_veda/svk/dokument_149_31.pdf. ISBN 978-80-8068-882-0.
- [8] MATZAT, U. 2006. The social embeddedness of academic online groups as a norm generating structure: A test of the Coleman model on norm emergence. In. *Computational and Mathematical Organization Theory*. 2006. 10 (3)-205-226.
- [9] MEDVEĎOVÁ, Z., PADYŠÁKOVÁ, H. 2012. Svojpomocné skupiny v starostlivosti o deti. In: *Ošetrovateľský obzor*. ISSN 1336-5606, 2012, roč. 9, č. 3-4, s. 64-66.
- [10] SIMOČKOVÁ, V., LENGYELOVÁ, A. 2012. Edukačná činnosť sestier z pohľadu pacientov. In: *Studia Scientifica Facultatis Pedagogicae, Universitas Catholica Ružomberok*. Ružomberok: Verbum - vydavateľstvo Katolíckej univerzity v Ružomberku, ISSN 1336-2232, 2012, roč. 12, č. 3, s. 270- 276.

- [11] ŠIŇANSKÁ, K., ŽIAKOVÁ, T. 2017. SúčasnÉ podoby podporných skupín pre pacientov s onkologickým ochorením a ich blízkych s využitím edukačných programov. In: *Význam a miesto resocializácie a reedukácie v sociálnej práci. Zborník príspevkov*. Košice: Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, 2017. ISBN 978-80-8152-502-5. s. 57 – 62.
- [12] ŠUPÍNOVÁ, M. a kol. 2013. *Komunitné ošetrovatel'stvo*. 1. vyd. Zvolen: Technická univerzita. 2013. s.215 ISBN 978-80-228-2599-3.
- [13] ZACHARIAS, J. P. 2012. Prostatakrebs Selbsthilfeundevidenzbasierte-Medi zinselbsthilfegruppenjahrbuch. In: *Selbsthilfegruppenjahrbuch*. : Deutsche Arbeitseinschaft Selbsthilfegruppen. 2012. s. 198 (s. 36-38) ISSN 1616-0665. <http://www.selbsthilfe-kontaktstellen.de/data/Fachpublikationen/2012/DAGSHG-Jahrbuch-12-Zacharias.pdf>
- [14] ŽIAKOVÁ, E., MAŠTENOVÁ, Z. 2005. *Kvalita života onkologických pacientok*. [online]. Prešov: Prešovská univerzita – Filozofická fakulta, 2005. [citované 2017-07-24]. s. 2-12. Dostupné na internete: <https://www.pulib.sk/web/kniznica/elpub/dokument/Dzuka 3/subor/61.pdf>.

THE IMPORTANCE OF SELF-HELP GROUPS IN NURSING



ABSTRACT

Introduction: The self-help group consists of people who have a common experience, a similar fate, the same symptoms of the disease, or they are interested in the same growth. They meet in an open group because they need to share their opinions and feelings with others. They look for solutions together. The WHO Strategy "Health for All in the 21st Century" encourages healthcare professionals to engage in self-help groups, patient organizations or clubs.

Objective: The aim of the dissertation thesis is not to point out the management of complex nursing care in the hospital environment, but mainly to ensure the development and continuity of care in the community through the active participation of the patient in the self-help groups.

Methodology: We used a questionnaire method of our own construction. When constructing the individual items of the questionnaire we proceeded from the problem, goals and hypotheses, respecting the criteria of reliability and validity of the research. The research was preceded by the pre-test and the pre-research. The obtained data were processed qualitatively, quantitatively and statistically. We used Chi square test of good conformity and correlation analysis for statistical hypothesis.

Sample: In the process of identifying the research sample, we proceeded by the deliberate selection. The target group consisted of 388 patients with chronic disease who also attended a self-help group. 148 respondents of these were of working-age and 120 respondents were of post-productive age.

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

PhDr. Zuzana Bystrická, PhD.
Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, Bratislava
Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce sv. Ladislava, Nové Zámky
Slovenská 11 A
940 34 Nové Zámky, Slovenská republika
e-mail: Zuzana.Bystricka@azet.sk

PhDr. Mgr. Lívia Kollárová, PhD.
Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, Bratislava
Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce sv. Ladislava, Nové Zámky
Slovenská 11 A
940 34 Nové Zámky, Slovenská republika
e-mail: livia.kollar@gmail.com

Members of 10 different self-help groups all over Slovakia were involved in the research. Results: From the analysis of the research results we found out the importance of self-help groups. We organized the results of the research into charts and graphs and at the same time we compare them with the results of domestic and foreign authors.

Conclusion: The benefit of this thesis is to draw attention to the issue and to make the cooperation between nurses and self-help groups more effective. Based on our findings, we suggest recommendations for practice.

KEYWORDS:

community nursing, self-help group, follow-up nursing car, nurse, patient

STRATÉGIE ŽENY V KONTEXTE DYNAMIKY NÁSILIA V PARTNERSKÝCH VZŤAHOCH

ANDREA JUHÁSOVÁ
UNIVERZITA KONŠTANTÍNA
FILOZOFA V NITRE

LUBA PAVELOVÁ
VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ
JIHLAVA

SILVIA MORÁVKOVÁ
BUDÚCNOSŤ, N.O.

ABSTRAKT

Práca je zameraná na problematiku násilia v partnerských vzťahoch. Popisuje definíciu a teórie súvisiace s násilím v partnerských vzťahoch, najznámejšie modely násilia v partnerských vzťahoch a formy, ktoré násilie môže nadobúdať. Pozornosť je venovaná stratégiám ženy v kontexte dynamiky násilia v intímnom partnerskom vzťahu.

Výskum je dizajnovaný kvalitatívne. Zameriava sa na identifikáciu stratégií, ktoré ženy používajú na predchádzanie, zmiernenie a zastavenie násilia v partnerských vzťahoch a faktory, ktoré ovplyvňujú výber týchto stratégií.

V práci uvádzame parciálny výsledok výskumu a prezentujeme ho prostredníctvom kazuistiky. Mapuje začiatok, priebeh a ukončovanie násilného vzťahu. Kazuistika popisuje individuálne, situačné a sociálne faktory vplývajúce na zmenu stratégií na úrovni rozhodovania ženy. Tiež identifikuje dopady, protektívne faktory a ďalšie charakteristiky vo fáze preduvažovania, uvažovania, prípravy, konania, udržiavania a autonómie v živote ženy. Základnou metódou je zakotvená teória. Výsledky prinášajú pohľad na viaceré fenomény, ktoré sa týkajú násilia v partnerských vzťahoch.

Záver: Prínosom práce je upriamenie pozornosti na danú problematiku a zefektívnenie spolupráce sestier so svojpomocnými skupinami. Na základe našich zistení navrhujeme odporúčania pre prax.

KLÚČOVÉ SLOVÁ:

násilie, partnerské vzťahy, stratégie ženy, dynamika násilia

ÚVOD

Hoci je v posledných rokoch domácemu násiliu venovaná stále väčšia pozornosť, ukazuje sa, že v spoločnosti napriek tomu chýba dostatočná informovanosť, ktorá by mohla ženám zažívajúcim násilie v intímnom partnerskom vzťahu poskytnúť väčšiu podporu. Je skôr pravidlom, že násilie v intímnych partnerských vzťahoch zostáva skryté doma, za zatvorenými dverami. Ženy zažívajúce násilie prežívajú okrem iného aj intenzívne pocity viny a hanby, ktoré im bránia zdôveriť sa a teda aj vyhľadať pomoc. Odhodlanie k odchodu z násilného vzťahu prichádza pomaly, často na etapy a môže trvať aj niekoľko rokov.

Prevalencia násilia v partnerských vzťahoch je podľa štatistík Svetovej zdravotníckej organizácie vysoká. Uvádza sa, že skoro tretina žien za svoj život prežije nejakú formu partnerského násilia. Závažnosť tohto fenoménu sa ukazuje aj v percente žien (38%), ktorých život je ukončený ich vlastným partnerom (World Health Organization, 2017).

Jednoznačná definícia násilia v intímnych partnerských vzťahoch je aj po viac ako troch desaťročiach stále problematická (Pikálková, Podaná, Buriánek, 2015). Formulácie definícií týkajúcich sa násilia v intímnych partnerských vzťahoch, ktoré boli v priebehu času doplnené ďalšími novými zisteniami sa vyvíjajú. Historicky prvé definície sa týkajú iba fyzického násilia páchaného mužmi na ženách (Gayford, 1975). Postupne sa výskumne zisťuje, že násilie páchajú aj ženy na mužoch a charakteristika problematiky je podľa toho upravovaná. Ďalšie výskumy prinášajú poznatky o tom, že násilie vo vzťahoch sa netýka len fyzického násilia, ale aj sexuálneho, psychického násilia, ekonomického násilia a zneužívania (Chalk, King, 1998).

V zahraničnej literatúre nachádzame v odbornej terminológii zhodu skôr zriedkavo. Stretávame sa s pojmami: násilie voči ženám, domáce násilie, násilie v intímnych vzťahoch, alebo násilie v partnerských vzťahoch (Gelles, 2007). V našom príspevku budeme preferovať pojmy násilie v partnerských vzťahoch alebo násilie v intímnych vzťahoch, nakoľko domáce násilie môže z nášho pohľadu evokovať aj násilie medzi inými rodinnými príslušníkmi (napr. násilie páchané na senioroch alebo maloletých deťoch).

DYNAMIKA NÁSILIA

Literatúra pojednávajúca o problematike násilia v intímnych partnerských vzťahoch popisuje tri hlavné modely: Walkerovej model cyklu domáceho násilia, teóriu rodinných systémov a model moci a kontroly. Tieto modely sa zhodujú s tromi matematickými modelmi komplexných dynamických vzorov: periodická, chaotická a náhodná dynamika (Burge et al., 2016) zodpovedajúca náhodnej dynamike výskytu agresie, v zhode s Duluth modelom (Duluth, 2017). Modely slúžia na bližšie pochopenie dynamiky násilia vo vzťahu, a naznačujú možný vývoj násilia. Popisujú aj udržiavacie mechanizmy a naznačujú možné intervencie, prípadne východiská z násilného vzťahu.

Vo *Walkerovej modeli* sa násilie objavuje v cykloch, ktoré sa dajú predvídať. Cyklus sa skladá z troch fáz. Začína sa po období dvorenia, ktoré je opisované ako záujem, obdiv a zamilované správanie zo strany partnera. Po krátkom čase sa spravidla toto správanie zmení na stalking, kontrolu a dohľad. Deje sa to zvyčajne vtedy, keď už má žena voči mužovi určitý záväzok a nechce vzťah ukončiť. Správanie žien často ovplyvňuje presvedčenie, že po svadbe bude muž pociťovať vo vzťahu viac istoty, upokojí sa a nebude mať už takú výraznú potrebu nadmernej kontroly. Tento scenár však nastáva zriedkakedy (Walker, 2006). Walkerovej model je založený na genderových teóriách partnerského násilia. Podľa tohto pohľadu je násilie charakterizované násilím zo strany muža s cieľom kontrolovať ženu. Používa sa aj názov inštrumentálne násilie, pretože ho muž využíva na dosiahnutie špecifického cieľa (Knijpers, Knaap, Winkel, 2011).

V prvej fáze dochádza k eskalovaniu tenzie a konfliktov prostredníctvom nenápadných aktov. Násilník prejavuje nespokojnosť a hostilitu, ale ešte nie v najväčšej intenzite. Partnerka sa mu snaží vychádzať v ústrety a upokojiť ho. Robí to, čo si myslí, že ho poteší, alebo aspoň to, čo ho nevyprovokuje.

V druhej fáze napätie eskaluje. Žena pod náporom nátlaku ustupuje a vyhýba sa zo strachu, aby násilníka nevyprovokovala. V tejto fáze spravidla dochádza k útoku. Násilné útoky vytvárajú fázu tenzie, ktorú následne vyvažuje fáza „medových týždňov“ (Zosky, 1999).

Tretia fáza je charakteristická uzmiernením, ospravedlňovaním a prejavovaním ľútosti a láskavosti, často sa objavujú sľuby a darčeky. V tejto etape žena často verí tomu, že k útoku a násiliu už nedôjde, že to bolo naposledy. Aj keď sa v tejto fáze vždy neobjavujú gestá spojené s láskou, a je to len obdobie bez násilia, je táto fáza pre ženu rovnako posilňujúca (Walker, 2006).

Teória rodinného systému vysvetľuje domáce násilie pomocou cirkulárnej kauzality, t.j. správanie jedného člena rodiny ovplyvňuje a je ovplyvnené všetkými ostatnými členmi rodiny (Bograd, 1984). Násilie je chápané ako recipročná interakčná dynamika s vlastnosťami fungujúcimi pre zachovanie rovnováhy (Zosky, 1999). Dôležitým prvkom je pohľad na celý rodinný systém, teda na reakcie a správanie násilníka, ale aj zvyšných členov domácnosti. Aby došlo k zmene násilia v rodine, musí na sebe pracovať nielen žena zažívajúca násilie, ale aj ostatní členovia rodinného systému. Je potrebné, aby sa zmenili vzorce správania všetkých členov rodiny (Kotková, 2014).

Teória moci a kontroly patrí medzi najčastejšie intervencie v USA a Kanade. Svoje korene má vo feministických a sociologických teóriách. Popredný nástroj v tomto modeli je „Koleso moci a kontroly“. Model pozostáva z ôsmich kategórií, ktoré sú pri uplatňovaní násilia zo strany násilných a zneužívajúcich mužov navzájom prepojené (Pružinská a kol., 2020). Model je však značne kritizovaný pre svoje úzke zameranie (nepracuje

s intervenciou, ani s pármí, kde je vo vzťahu násilnou osobou žena, ani s homosexuálnymi pármí), nevedeckosť, neefektívnosť a opomínanie rizikových faktorov (Bohall, Bautista, Musson, 2016).

Podľa Khaw a Hardesty (2007), existujú dva modely procesu odchodu, ktoré reprezentujú trajektórie, ktoré tvoria procesy zmeny u žien v priebehu času. Jedná sa o:

1. *Kontinuálny model*, pre ktorý je charakteristická predvídateľnosť a stabilita. Patrí sem:

a) Kontinuálny lineárny model, pre ktorý je typický postup z jednej fázy zmeny do ďalšej bez fyzického návratu k partnerom. Najvýraznejšia je fáza prípravy.

2. *Diskontinuálny model*, v ktorom sa vyskytuje nepredvídateľnosť a zmena štruktúr, účelu alebo významov. Patrí sem:

a) Nesúvislý cyklický model, pre ktorý je typický lineárny pohyb až do fázy konania. Potom zväčša nasleduje návrat do skoršej fázy (napr. uvažovania), až následne opäť posun dopredu. Model okruhu "dopredu a dozadu / dokola" znamená, že ženy niekoľkokrát odídu a vrátia sa.

b) Nesúvislý skokový model sa prejavuje preskočením fázy prípravy a presun priamo z fázy uvažovania do fázy konania. Typické je rýchle rozhodnutie bez zreteľnej fázy prípravy.

ŠTÁDIÁ ZMENY

Pomoc ženám zažívajúcim násilie by sa mala špecializovať v súvislosti s tým, v akom štádiu sa práve nachádzajú. Autori Karakurt, Smith a Whiting (2014) navrhujú rozdelenie správania a prežívania žien zažívajúcich násilie do troch kategórií: pripravené na zmenu, sústredené na negatívne symptómy a sústredené na pocity viny a sebaobviňovanie. Zaujímavá paralela vyplývajúca z tohto výskumu je súvislosť spomínaných kategórií s transteoretickým modelom zmeny.

Prekontemplančné štádium (štádium preduvažovania) je charakterizované nedostatkom uvedomovania problému a žiadnou snahou o zmenu.

Kontemplančné štádium (štádium uvažovania) zahŕňa porozumenie problému a uvažovanie o jeho vyriešení. Zvažujú sa pre a proti, zisky a straty.

Prípravné štádium obsahuje rozhodnutie pre zmenu, a prípadne aj malé kroky smerom k nej.

Akčné štádium (štádium konania) predstavuje zmenu v správaní, skúsenostiach a prostredí prekonávajúcu ich problémy.

Posledné štádium je *udržiavacie*.

Jednotlivé štádia reprezentujú časový úsek a súbor úloh, ktoré je potrebné splniť na presunutie sa do ďalšieho štádia. Čas, ktorý je potrebný na jednotlivé úseky je individuálny, ale kroky, ktoré v každom štádiu za sebou nasledujú sú približne rovnaké (Norcross, Krebs, Prochaska, 2011).

Ženy v partnerskom násilí majú zo začiatku tendenciu nevidieť problém, prípadne ho nedefinujú správne. Obviňujú seba, zodpovednosť nepripisujú násilnej osobe. Často podceňujú vážnosť situácie. Toto prežívanie je paralelné s prekontemplačným štádiom. Postupne si začínajú uvedomovať negatívne emócie, ktoré prežívajú. Rozmýšľajú, ako si vybudovať sociálnu a emočnú podporu a finančné zaistenie, aby boli schopné násilný vzťah ukončiť. Kontemplačná fáza môže trvať dlho, pretože ženy zvažujú pre a proti stále dokola, čo ich môže miast' a zosilňovať ambivalentné pocity (Karakurt, Smith, Whiting, 2014). Pre tieto pochybnosti v kombinácii s nedostatkom zdrojov môže byť uskutočnenie zmeny pre ženy zažívajúce násilie ešte náročnejšie (Griffings et al., 2002). V prípravnom štádiu už majú ženy jednoznačný zámer zmenu uskutočniť (Karakurt, Smith, Whiting, 2014). Korešponduje to aj s tým, aké postoje má k násiliu naša spoločnosť. Postoje verejnosti podľa Malíkovej (2019) odrážajú nesprávne vnímanie skúseností žien s násilím. Patologizovanie skúseností žien, ktoré prežili násilie a zneužívanie, vyplýva z neporozumenia dynamike násilia v blízkych vzťahoch a predlžuje reálne riešenie ich situácie.

METODOLOGICKÉ ASPEKTY VÝSKUMU

Výskumný problém sme formulovali na základe preštudovanej literatúry a tiež na základe osobných skúseností vyplývajúcich z participácie na projekte zameranom na identifikáciu stratégií, ktoré ženy používajú na predchádzanie, zmiernenie a zastavenie násilia v blízkych vzťahoch a faktory, ktoré ovplyvňujú výber týchto stratégií.

Čiastkový cieľ smeruje k porozumeniu dynamiky rozhodovania žien pri uplatňovaní rôznych stratégií v individuálnom príbehu a charakterizovaní tzv. bodov obratu, ktoré vystihuje zmena vo využívaní určitých typov stratégií, predovšetkým posun od súkromných k verejným stratégiám.

Cieľ: Popísať stratégie ženy v kontexte dynamiky násilia v intímnom partnerskom vzťahu.

VÝSKUMNÝ SÚBOR

Celkovo sa na výskume sa zúčastnilo 44 žien, na ktoré sme sa obrátili cez organizácie poskytujúce špecializované služby ženám, ktoré zažívajú násilie v intímnych partnerských vzťahoch. Podmienkou pre oslovenie ženy a jej zaradenie do výskumného

výberu bolo, aby žena bola minimálne dva roky po začatí spolupráce s organizáciou. Touto podmienkou sme chceli zamedziť tomu, aby boli ženy procedúrou výskumu sekundárne viktimizované alebo opakovane traumatizované.

Pre účel kazuistiky sme si zvolili prípad ženy s nešpecifickým priebehom stratégií na úrovni rozhodovania.

VÝSKUMNÉ METÓDY

Ako už publikovali autorky (Ondrušková a Smitková, 2020) podieľajúce sa na výskume vyplývajúceho z projektu zameranom na identifikáciu stratégií, ktoré ženy používajú na predchádzanie, zmiernenie a zastavenie násillia v blízkych vzťahoch, dáta boli získané pomocou anamnestického dotazníka a semištruktúrovaného interview. Tieto metódy boli prísne anonymizované, aby nebolo ohrozené bezpečie žien. Etické pravidlá pre získavanie a spracovanie dát k ochrane klientok a eticky citlivému zaobchádzaniu s dátami, boli formulované v informovanom súhlase špecifikovanom pre účastníčky, pracovníčky organizácií a výskumníčky a výskumníkov, ktoré podpísali osobne všetky strany. Zber dát realizovali odborné pracovníčky organizácií, ktoré boli zaškolené v metodológii výskumu a dostali k dispozícii metodické pokyny k vyplneniu anamnestického dotazníka a realizovaniu interview.

Anamnestický dotazník pozostával z otázok na základné demografické dáta: vek, veľkosť sídla bydliska (aktuálneho, aj v dobe trvania vzťahu), zmeny bydliska, pobyt v bezpečnom ženskom dome, rodinný stav, vzdelanie, zamestnanie, počet a vek detí. Semištruktúrované interview bolo tvorené 6 základnými otvorenými otázkami smerujúcimi k zisteniu skúseností a správania žien v situáciách násillia, násilnom vzťahu samotnom a podporných, pomáhajúcich alebo iných krokoch aktérov neformálneho a formálneho okolia.

Po prepise rozhovoru sme pristúpili k analýze textu prostredníctvom metódy kvalitatívnej tematickej analýzy v programe ATLAS.ti 8 a MS Excel 2013. Dynamiku príbehu sme zaznamenali prostredníctvom programu Scapple.

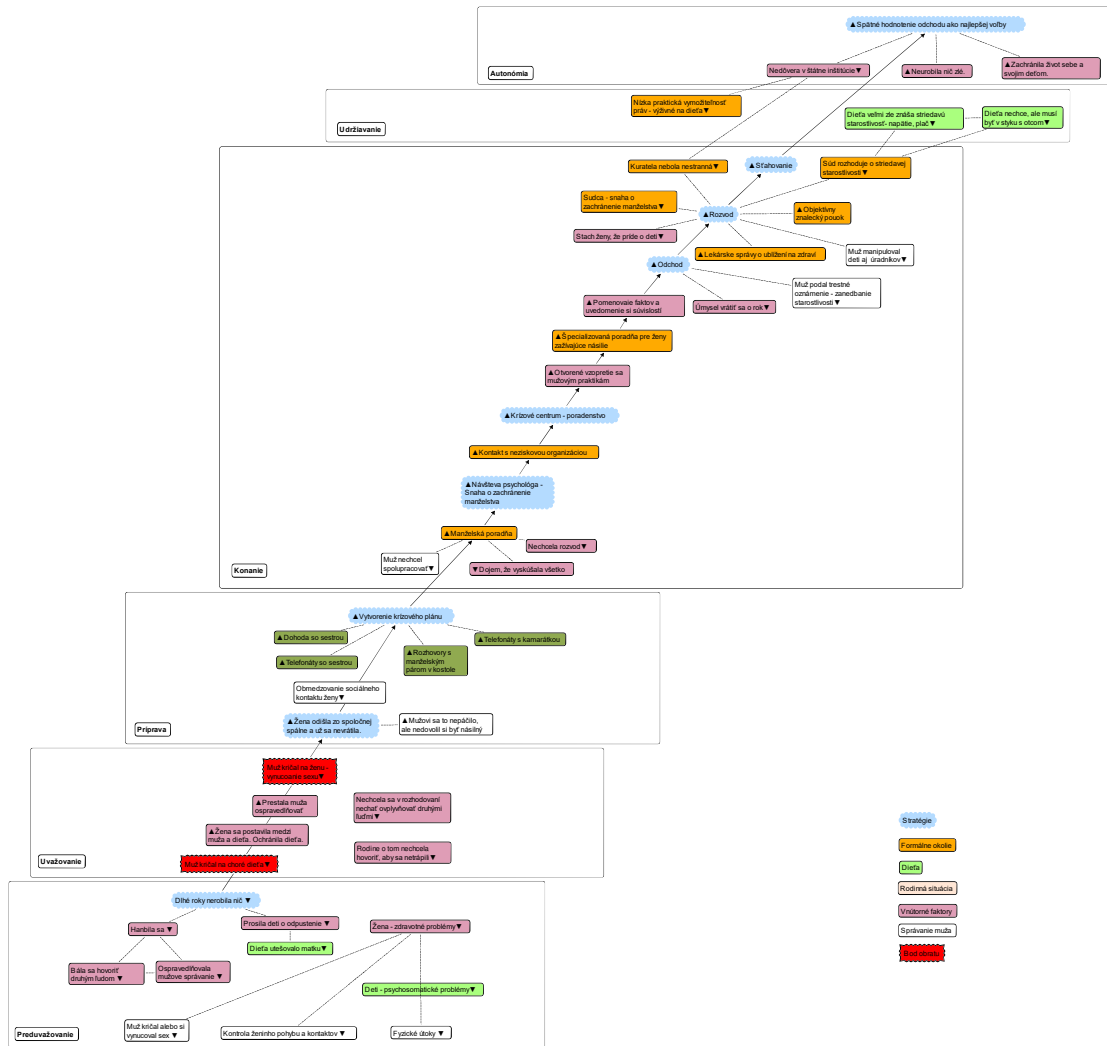
V práci sme použili metódu ilustratívnej kazuistiky, ktorá je vedeckým spracovaním praktického a najmä konkrétneho prípadu zo života. Je založená na deskripcii a je analyzovaná z hľadiska vývojových prejavov (času vzniku – súčasnosť).

V kontexte s profesijnou etikou a vzhľadom k citlivosti danej problematiky vo výsledkoch práce neuvádzame konkrétne údaje (v zmysle osobných údajov alebo údajov o neziskovej organizácii), ktoré by mohli smerovať k identifikácii participantky.

VÝSLEDKY

V nasledujúcej časti ponúkame sumarizáciu a popis výsledkov a ich interpretáciu prostredníctvom grafickej schémy (Obrázok 1) a tabuľky (Tab. 1).

Obrázok 1: Grafické znázornenie prípadu ženy XY



Obrázok 1 poskytuje prehľadnú schému správania a prežívania ženy zažívajúcej násilie v intímnom partnerskom vzťahu. Faktory, ktoré ovplyvňovali jej správanie a prežívanie sú označené farebne rozlíšenými obdĺžnikmi, pričom každá z farieb znázorňuje iný faktor pôsobenia. Body zlomu sú označené červeným obdĺžnikom s ozubeným okrajom a stratégie ženy sú označené ako modrá elipsa so zvlíneným okrajom. Prerušované čiary znázorňujú súvislosť medzi jednotlivými premennými a plné čiary ukončené šípkou kauzálnu súvislosť, ktorá poukazuje na vývin stratégií ženy. V popise každého faktoru sa zároveň vyskytujú malé šípky v tvare trojuholníkov znázorňujúce podporné alebo škodlivé faktory v procese zmeny.

Schéma je zároveň delená na segmenty, ktoré sú ohraničené do celkov znázorňujúcich jednotlivé etapy transteoretického modelu.

Analýza dát ukázala širokú škálu stratégií, ktoré žena používala na prevenciu, zmiernenie a zastavenie násilia v intímnych partnerských vzťahoch. Kategórie stratégií boli vytvárané podľa zvolených kritérií zachytávajúcich základné znaky konania: súkromné - verejné (prítomnosť iných osôb), formálne - neformálne (zapojení aktéri), situačné - dlhodobé.

Obrázok 1 znázorňuje prípad ženy v podobe kontinuálnuálneho lineárneho modelu, ktorý je v bežnej praxi pokladaný za skôr zriedkavý ako bežný. Vo väčšine prípadov sa totiž stretávame v kontexte transteoretického modelu s opakovanými návratmi z fázy prípravy alebo aj z fázy konania do fázy uvažovania, prípadne preduvažovania. Tento proces sa častokrát opakuje niekoľkokrát za sebou.

V našom prípade vidíme postupný prechod z fázy preduvažovania, ktorý trval niekoľko rokov do fázy uvažovania na základe bodu zlomu vyvolaného opakovanými verbálnymi útokmi muža na dieťa. Až následne, vo fáze uvažovania bola žena pripravená vzoprieť sa násiliu aj voči vlastnej osobe a to formou odmietnutia zdieľať spoločné lôžko s mužom. V tomto momente vidíme významný bol zlomu, ktorý posunul ženu z fázy uvažovania do fázy prípravy, kde aj napriek obmedzovaniu osobnej slobody zo strany muža, bola žena schopná udržiavať kontakty so sestrou, kamarátkou a manželským párom v kostole, ktorý jej poskytovali podporu a pomáhali jej vytvoriť krízový plán. Nastáva fáza konania, v ktorej žena prostredníctvom odborníkov (manželská poradňa) spočiatku usiluje o záchranu manželstva, no skoro zisťuje, že manžel spolupracovať nechce a tak začína podnikáť kroky zamerané na zmenu smerujúcu k osamostatneniu. Žena získava od psychológa kontakt na neziskovú organizáciu a absolvuje poradenstvo v krízovom centre, po ktorom sa otvorene vzoprie mužovým praktikám a začne navštevovať špecializovanú poradňu pre ženy zažívajúce násilie. Na základe konzultácií s odborníkmi naplánuje odchod od muža. Spočiatku uvažuje o dočasnom odchode, chce dať mužovi čas na to, aby sa zmenil. Muž podáva na ženu trestné oznámenie za zanedbanie starostlivosti o deti. Žena podáva žiadosť o rozvod. Muž sa naďalej vyhráža, manipuluje deti aj úradníkov. Žena sa bojí, že príde o deti. Aj napriek tomu, že je táto situácia pre ňu veľmi záťažová, pokračuje vo svojom pláne na osamostatnenie. Po rozvode sa sťahuje a keďže súd rozhoduje o striedavej starostlivosti o deti, vo fáze udržiavania je vystavená zvládaniu záťaže vyplývajúcej z odmietavého postoja detí k návštevám otca a tiež z nízkej praktickej vymožitelnosti práva týkajúceho sa prídavkov na deti. Vo fáze autonómie hodnotí svoje rozhodnutie odísť ako najlepšie, čo mohla urobiť a čo možno v konečnom dôsledku zachránilo život jej aj deťom. Do jej súčasného života sa premieta nedôvera v štátne inštitúcie, ktorých spoluprácu hodnotí ako nedostatočnú, miestami až kontraproduktívnu.

Pre prehľadnejšiu sumarizáciu výsledkov uvádzame naše zistenia aj prostredníctvom tabuľky:

Tab. 1: Body zlomu a zmena používania jednotlivých typov stratégií ženy XY a dynamika systému

Body zlomu	Kontextové faktory bodu zlomu	Zmena používania typov stratégií	Transteoretický model (TTM)	Trajektória pohybu (TTM)	Dynamika systému
Násilie na dieťaťi	Ochrana dieťaťa	Situačné individuálne ↘ situačné so zapojením neformálneho okolia ↘Dlhodobé so zapojením neformálneho okolia	Uvažovanie	Kontinuálny lineárny model	Náhodná
Násilie na žene	Prestala muža ospravedlňovať	Situačné individuálne ↘ situačné so zapojením neformálneho okolia ↘Dlhodobé so zapojením neformálneho okolia ↘Dlhodobé so zapojením formálneho okolia	Uvažovanie	Kotinuálny lineárny model	Náhodná

V kontexte transteoretického modelu (TTM) zmeny v používaní typov stratégií ženy prebehli vo fáze uvažovania, pričom postupovali od situačných individuálnych stratégií (bez zapojenia aktérov okolia a spojenie so situáciou násilia), cez situačné stratégie so zapojením neformálneho okolia (zapojenie aktérov neformálneho okolia a spojenie so situáciou násilia) a postupne prešli do dlhodobých stratégií so zapojením neformálneho okolia (zapojenie aktérov neformálneho okolia a orientácia na dlhodobé ciele)a následne formálneho okolia (zapojenie aktérov formálneho okolia a orientácia na dlhodobé ciele).

DISKUSIA

Kazuistika, ktorá je súčasťou nášho výskumu týkajúceho sa identifikácie stratégií, ktoré ženy používajú na predchádzanie, zmiernenie a zastavenie násilia v blízkych vzťahoch znázorňuje prípad ženy, ktorá dlhodobo (niekoľko rokov) zažívala násilie v intímnom partnerskom vzťahu. Stotožňujme sa s autormi Knijpers, Knaap a Winkel (2011), podľa ktorých je násilie páchané v intímnych partnerských vzťahoch charakterizované násilím zo strany muža s cieľom kontrolovať ženu. Táto násilná kontrola sa v našom prípade prejavovala zastrašovaním a krikom zo strany muža. Sama za seba bola žena odhodlaná odolávať tomu a zvládať to, ale keď násilie vy eskalovalo aj smerom k deťom, nastala zmena a prišlo k bodu zlomu v ženinom uvažovaní.

Súhlasíme s autormi Albery a Munafò (2008), ktorí popisujú procesy zmeny. Tieto majú pomôcť odpovedať na otázku, ako dochádza ku prechodom z jedného štádia do druhého. Jedná sa o situácie, v ktorých sa žena nachádza a skúsenosti, ktoré získava, keď sa snaží upraviť problémovú situáciu. Patrí sem napríklad zvyšovanie uvedomelosti, nachádzanie zdrojov informácií, zisťovanie nových faktov a návrhov na podporu týkajúcu sa zmeny správania. Ďalej tiež prežívanie negatívnych emócií spojených s problémovým správaním a ich zdieľanie s blízkymi ľuďmi, nachádzanie zdravších spôsobov správania a nahrádzanie nimi tých maladaptívnych, identifikácia a vyhýbanie sa spúšťačom problémového správania, podpora príbuzných a iné.

Z pohľadu zmeny používania typov stratégií vidíme v našom prípade prechod ženy zo situačných individuálnych faktorov do situačných faktorov so zapojením neformálneho okolia až do dlhodobých stratégií so zapojením neformálneho okolia, neskôr aj formálneho okolia. V kontexte transteoretického modelu sa tieto zmeny začali diať vo fáze uvažovania, ktorá sa otvorila následne po objavení sa bodov zlomu. V súvislosti s výsledkami výskumu, o ktorom referujú Burge et al. (2016) sa dynamika systému v prípade ženy XY manifestuje ako náhodná, nakoľko žena vyhodnocovala násilie zo strany partnera ako nepredvídateľné, s vysokou frekvenciou a mimo jej kontroly.

Podľa autorov Khaw a Hardesty (2007) sa v kontexte dynamiky jedná o kontinuálny lineárny model, pre ktorý je typický postup z jednej fázy zmeny do ďalšej bez fyzického návratu k partnerovi. V tomto kontexte stoja za zmienku súvislosti vo fáze konania a ich dôsledky v zmysle formovania postoja ženy k štátnym a neštátnym a inštitúciám. Zatiaľ, čo žena popisuje pomoc od neštátnych inštitúcií ako efektívnu a podpornú, k štátnym inštitúciám sa opakovane vyjadruje ako k dysfunkčným a ich konanie miestami popisuje ako kontraproduktívne. Objavujú sa dokonca podozrenia z konšpirácie s partnerom páchajúcim násilie (“muž manipuloval deti aj úradníkov”). Toto ženine nastavenie pretrváva do fázy udržiavania a pretrváva aj v štádiu autonómie. S podobnými vyjadreniami sme sa v rámci nášho výskumu stretli aj v ďalších rozhovoroch, ktoré v našom príspevku nie sú predmetom skúmania, no sú alarmujúcim zistením, ktoré by mohlo byť podnetom na ďalšie skúmanie.

ZÁVER

Závažnosť problematiky násilia páchaného v intímnych partnerských vzťahoch je veľmi vysoká, pretože postihuje nielen duševné a fyzické zdravie ženy, ale dysfunkčne vplýva na celý rodinný systém, v ktorom sa často nachádzajú aj deti. Presahy traumatizácie potom zasahujú rodinné systémy viacgeneračne a vytvárajú tak reťazce poškodzujúceho správania dlhodobo. Žena, ktorá bludný kruh násilia nedokáže alebo nevládze pretnúť tak priamo alebo nepriamo vystavuje opakovanému násiliu seba aj svoje deti. Kazuistika ženy XY jasne demonštruje, že aj keď žena dokáže dlhodobo ospravedlňovať partnera z páchania násilia na sebe, ináč to vyhodnocuje v prípade detí. Tu už vyhodnocuje mužovo správanie voči deťom ako neospravedliteľné a začína uvažovať o zmene – prichádza k bodu zlomu. Stratégie zmeny sa v čase menia. Žena začína situačnými individuálnymi stratégiami, ktorých dysfunkčná forma sa prejavuje v štádiu preduvažovania (dlhé roky nerobila nič) a ďalej pokračuje v štádiu prípravy (žena odišla zo spoločnej spálne a už sa nevrátila). Nasledujú stratégie situačné so zapojením neformálneho okolia, kedy žena komunikuje o problematike násilia so sestrou, s kamarátkou a s manželským párom, ktorý stretáva v kostole. V tomto období sa formuje stratégia vytvorenia krízového plánu, ktorý vyúsťuje do štádia prípravy. Nasleduje štádium konania, kedy už prevládajú dlhodobé stratégie so zapojením neformálneho a formálneho okolia vyúsťujúce do ženinho odchodu, rozvodu a následného odsťahovania sa. Práve v tomto štádiu sa ukazuje vyšší výskyt podporných postupov v prospech neziskových organizácií na úkor štátnych inštitúcií.

Kazuistika ženy XY prináša poznanie v dynamike násilia v intímnych partnerských vzťahoch a dovoľuje nahliadnúť do zmien v používaní typov stratégií v priebehu životného obdobia ženy nachádzajúcej sa v násilnom partnerskom vzťahu. Dúfame, že naša práca prispeje k hlbšiemu porozumeniu mechanizmov pôsobiacich v intímnych partnerských vzťahoch, kde žena zažíva násilie a umožní tak rozvoj ďalších prístupov zameraných na ochranu a podporu svojpomoci týchto žien.

„Táto práca bola podporovaná Agentúrou na podporu výskumu a vývoja na základe Zmluvy č. APVV-16-0422“.

POUŽITÉ ZDROJE

- [1] ALBERY, I. P., MUNAFÒ, M. 2008. *Key concepts in health psychology*. London: Sage Publications. 304 p., ISBN 978-1412919333.
- [2] BOGRAD, M. 1984. Family systems approaches to wife battering: a feminist critique. *The American Journal Of Orthopsychiatry*. 54 (4), pp. 558-568. [Online]. Available from: <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1984.tb01526.x>. [Accessed 20 April 2021].
- [3] BOHALL, G., BAUTISTA, M. J., MUSSON, S. 2016. Intimate Partner Violence and the Duluth Model: An Examination of the Model and Recommendations for Future Research and Practice. *Journal of Family Violence*, 31 (8), pp. 1029-1033. [Online]. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10896-016-9888-x>. [Accessed 11 April 2021].
- [4] BURGE et al. 2016. Using complexity science to examine three dynamic patterns of intimate partner violence. *Families, Systems & Health*, 34 (1), pp. 4-14. [Online]. Available from: <https://doi.org/10.1037/fsh0000170>. [Accessed 08 April 2021].
- [5] DULUTH MODEL. 2017. *Domestic Abuse Intervention Programs*. [Online]. Available from: <https://www.theduluthmodel.org/what-is-the-duluth-model/>. [Accessed 26 March 2021].
- [6] GAYFORD, J. J. 1975. *Battered Wives*. *Medicine, Science and the Law*, 15 (4), 237–245. [Online]. Available from: <https://doi.org/10.1177/002580247501500404>. [Accessed 10 April 2021].
- [7] GELLES, R. J. 2007. The Politics of Research : The Use, Abuse, and Misuse of Social Science Data – The Cases of Intimate Partner Violence. *Family Court Review*, 45 (1), 42-51. [Online]. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1744-1617.2007.00127.x>. [Accessed 12 April 2021].
- [8] CHALK, P., KING, P., A. 1998. *Violence in Families: Assessing Prevention and Treatment Programs*. Washington: National Academy Press. 416 p. ISBN 0-309-52269-2.
- [9] KARAKURT, G., SMITH, D., WHITING, J. 2014. Impact of Intimate Partner Violence on Women’s Mental Health. *Journal of Family Violence*, 29 (7), 693–702. [Online]. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10896-014-9633-2>.
- [10] KHAW, L. & HARDESTY, L. 2007. Theorizing the Process of Leaving: Turning Points and Trajectories in the Stages of Change. *Family Relations* 56 (4):pp. 413 – 425, DOI: 10.1111/j.1741-3729.2007.00470.x. [Accessed 08 March 2021].
- [11] KOTKOVÁ, M. 2014. *Domáci násilí v kontextu rodiny a práce*. Brno: Spondea. 128 s. ISBN 978-80-254-8499-9.
- [12] KUIJPERS, K., KNAAP, L., WINKEL, F. 2012. Risk of Revictimization of Intimate Partner Violence: The Role of Attachment, Anger and Violent Behavior of the Victim. *Journal of Family Violence*, 27 (1), pp. 33-44. [Online]. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10896-011-9399-8>. [Accessed 08 March 2021].

- [13] MALÍKOVÁ, D. 2019. *Ukončenie násilného vzťahu a riziká pri odchode od zneužívajúceho partnera*. Logos Polytechnikos, Jihlava: Vysoká škola polytechnická Jihlava, 10 (2): s. 120-130. ISSN 2464-7551.
- [14] NORCROSS, J. C., KREBS, P., M., PROCHASKA, J. O. 2010. Stages of change. *Journal of Clinical Psychology*. [Online]. Available from: <https://doi.org/10.1002/jclp.20758>. [Accessed 25 March 2021].
- [15] ONDRUŠKOVÁ, E., SMITKOVÁ, H. 2020. Podpora a pomoc ženám zažívajúcim násilie v párových vzťahoch. Komunitná perspektíva. *Proceedings from 7th Conference of Community Psychology in Slovakia 2020*, s. 103 – 121. ISBN 978-80-223-5034-1.
- [16] PIKÁLKOVÁ S., PODANÁ Z., BURIÁNEK, J. 2015. *Ženy jako oběti partnerského násilí : sociologická perspektiva*. Praha : Sociologické nakladatelství (SLON). 162 s. ISBN 978-80-7419-189-3.
- [17] PRUŽINSKÁ, J. a kol. 2020. *Násilie na ženách v intímnych a partnerských vzťahoch II. Pomoc a podpora*. Nitra: REA. 88 s., ISBN 987-80-973648-2-3.
- [18] WALKER, L. E. A. 2006. *Battered Woman Syndrome: Empirical Findings*. *Annals Of The New York Academy Of Sciences*, 1087 (1), pp. 142-157. [Online]. Available from: <http://doi.org/10.1196/annals.1385.023>. [Accessed 14 April 2021].
- [19] WORLD HEALTH ORGANIZATION. 2017. *Violence against women*. [Online]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>. [Accessed 12 April 2021].
- [20] ZOSKY, D. L. 1999. The Application of Object Relations Theory to Domestic Violence. *Clinical Social Work Journal*, 27 (1), pp. 55-69. [Online]. Available from: <https://doi.org/10.1023/A:1022861331105>. [Accessed 22 April 2021].

WOMEN'S STRATEGIES IN THE CONTEXT OF THE DYNAMICS OF VIOLENCE IN PARTNERSHIPS



ABSTRACT

The work focuses on the issue of violence in partnerships. It describes definitions and theories related to violence in partnerships, the most well-known models of violence in partnerships and the forms that violence can take. Attention is paid to women's strategies in the context of the dynamics of violence in partnerships. Research is designed qualitatively. It aims to identify the strategies that women use to prevent, mitigate and stop violence in partnerships and the factors that influence the choice of these strategies.

In the work we present the partial result of research and present it through case-breaking. Maps the beginning, progress, and end of a violent relationship. Case-making describes individual, situational and social factors affecting the change in strategies at a woman's decision-making level. It also identifies impacts, protection factors and other characteristics in the pre-thinking, reasoning, preparation, action, maintenance and autonomy phases in a woman's life. The method used is anchored theory. The results provide insight into a number of phenomena related to violence in partnerships.

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

Mgr. Andrea Juhášová, PhD.
Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre
Pedagogická fakulta
Katedra pedagogickej a školskej
psychológie
Trieda A. Hlinku 1
949 01 Nitra, Slovenská republika
e-mail: ajuhasova@ukf.sk

doc. PhDr. Ľuba Pavelová, PhD.
Vysoká škola polytechnická Jihlava
Katedra sociálnej práce
Tolstého 16
586 01 Jihlava
e-mail: Luba.Pavelova@vspj.cz

Mgr. Silvia Morávková, PhD.
BUDÚCNOSTĚ, n.o.
Wilsonovo nábřežie 82
949 01 Nitra, Slovenská republika
e-mail: silvika.moravkova@gmail.com

KEYWORDS:

violence, partnerships, women's strategies,
dynamics of violence

TRANSTEORETICKÝ MODEL ZMENY V SOCIÁLNEJ PRÁCI

LUBA PAVELOVÁ
VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ
JIHLAVA

PETRA BALÁŽIOVÁ
BUDÚCNOSŤ, N.O.

ANDREA JUHÁSOVÁ
UNIVERZITA KONŠTANTÍNA
FILOZOFA V NITRE

ABSTRAKT

Sociálna práca ako teoretická i praktická disciplína zaznamenáva vo svojom vývoji veľa zmien. Postupne prechádza od kreovania základných tém k inováciám a transformuje do svojho výkonu nové poznatky, nové metódy práce v súlade s požiadavkami doby, v ktorej žijeme. Jedným z teoretických konceptov, ktorý môže byť v súčasnosti zdrojom k zefektívneniu práce s klientom v sociálnej práci je Transteoretický model zmeny. Príspevok popisuje fázy modelu a predpokladá jeho využitie v sociálnej práci.

KLÚČOVÉ SLOVÁ:

sociálna práca, transteoretický model zmeny, fázy zmeny

ÚVOD

V našich životoch i v životoch našich klientov prebiehajú rôzne zmeny. Tieto zmeny sledujú rôzne teórie, niektoré z nich fokusujú svoj záujem práve na to, ako zmeny uskutočňujeme. Hľadajú pritom predvídateľné spôsoby správania a jeho zmeny s dôrazom na vedecké ukotvenie týchto zmien a prípadných intervencií. Širokú diskusiu vyvoláva Transteoretický model zmeny (ďalej TTM). Deskribuje, čo sa deje a čo sa bude diať v práci s klientom. Jeho autormi sú James O. Prochaska, Ph. A Carlo C. DiClemente, Ph.D. Model bol aplikovaný na širokú škálu zdravia a má veľký potenciál využitia aj v oblasti sociálnej práce.

SOCIÁLNA PRÁCA

„Profesia sociálnej práce podporuje sociálnu zmenu, riešenie problémov v ľudských vzťahoch a tiež zmocnenie a oslobodenie ľudí v záujme zvýšenie blaha. Sociálna práca zasahuje v oblastiach, kde odchádza k interakcii ľudí a ich prostredia a využíva k tomu teórie ľudského správania a sociálnych systémov. Základom sociálnej práce sú princípy ľudských práv a sociálnej spravodlivosti.“ Túto definíciu z roku 2004 nahradila Globálna definícia sociálnej práce z roku 2014, ktorá znie: *„Sociálna práca je na praxi založená profesia a akademická disciplína, ktorá podporuje sociálnu zmenu a rozvoj, sociálnu súdržnosť a posilnenie a oslobodenie ľudí. Pre sociálnu prácu sú zásadné princípy sociálnej spravodlivosti, ľudských práv, kolektívnej zodpovednosti a rešpektu k rozmanitosti. Zapája ľudí a štruktúry, aby sa zaoberali životnými ťažkosťami a výzvami a zvyšovali životnú pohodu. Opiera sa pritom o teórie sociálnej práce, spoločenských a humanitných vied a o miestne poznatky.“* (IFSW, 2014, preklad ASVSP, 2017). Obidve definície obsahujú profesné hodnoty a misiu sociálnej práce a zároveň poukazujú na rozvoj sociálnych pracovníkov prostredníctvom vzdelávania a využívania príslušných teórií.

Všetky tieto, v definícii pomenované „nároky“ na sociálnu prácu a sociálnych pracovníkov vyžadujú vhlad aj do ich pripravenosti, odbornosti, osobnostných kvalít. V sociálnej práci sa stretávame často s nerealistickými očakávaniami samotných sociálnych pracovníkov a pracovníčok od seba, ale aj okolia od nich. Sme presvedčení o tom, že iba sústavným rozvojom docielime, že výkon sociálneho pracovníka bude profesionálny. Profesionálny výkon má svoje atribúty, ktoré v českom prostredí naformulovali Baláž, Musil (2016).

Podľa nich ide o taký výkon činnosti sociálnej práce, pri ktorom sociálni pracovníci:

- využívajú abstraktné špecializované vedomosti,
- požívajú autonómiu pri výkone tejto činnosti, v zmysle odbornej nezávislosti pri plánovaní, stanovovaní, realizácii a vyhodnocovaní intervencií,
- požívajú authority u klientov a ďalších spolupracujúcich profesionálov,
- riadia sa etickým kódexom sociálneho pracovníka, ktorý je rešpektovaný i ostatnými povolaniami,

- majú dosiahnutú kvalifikáciu v odbore sociálna práca,
- majú zaistené také pracovné podmienky, ktoré prispievajú k napĺňaniu predchádzajúcich piatich bodov.

Špecializované vedomosti predstavujú dôležitý aspekt, aby činnosť sociálnych pracovníkov bola uznaná ako profesia, preto investícia do celoživotného vzdelávania sociálnych pracovníkov a pracovníčok nie je len v záujme ich samotných. Výkon sociálnej práce je emočne náročným a stresujúcim, pretože sociálny pracovník pracuje s ľuďmi v záťažových životných situáciách a podlieha vo svojej práci rôznym dilemám.

Musil (2004) rozdeľuje dilemy na všedné dilemy radových pracovníkov a na strategické dilemy. Všedné vyvstávajú pri priamej práci s klientom, strategické dilemy sa zameriavajú na to, akú predstavu majú sociálni pracovníci o úlohe sociálnej práce a nimi poskytovaných služieb v rámci spoločnosti. Medzi strategickými dilemami sociálnej práce uvádza dilemu zmeny klienta, alebo zmeny prostredia. Táto dilema je zameraná na otázku, či sa sociálny pracovník má sústrediť na zmenu osobnosti a schopností klienta, alebo mu radšej pomáhať s posobením na jeho prostredie. Zmena je často opakovanou aj v intervenciách s klientom sociálnej práce.

Matoušek et al. (2010) vychádzajú z toho, že sociálny pracovník musí poznať jednak situáciu, ale i možnosti klienta, s ktorým bude ďalej pracovať. Tento pracovný postup zabezpečuje komplexnejší prístup v práci sociálneho pracovníka a umožňuje väčšiu mieru adekvátnej podpory, ktorú práve klient potrebuje. V rámci zisťovania klientovej situácie pracujú Matoušek et al. (2010) s pojmom klientov prirodzený svet, ktorý je východiskom v rámci sociálnej práce. Posúdenie klientových potrieb je hlavnou požiadavkou, bez ktorej nie je možné poskytnúť kvalitnú službu. V rámci zhodnocovania klientových potrieb a jeho situácie sa zameriavame na jednotlivé oblasti, ktoré autori vymedzili nasledovne:

- osobnostný vývoj klienta – podstatou tejto fázy je zisťovanie anamnézy klienta, predovšetkým príčin, pre ktoré došlo k sociálnemu zlyhaniu,
- vlastnosti ovplyvňujúce sociálne uplatnenie klienta – v tejto fáze sa sociálny pracovník zameriava na sociálnu vybavenosť klienta, rozumové schopnosti, či duševné zdravie klienta,
- stupeň postihnutia – táto fáza vychádza z lekárskeho správ a je dôležitá pre zisťovanie nároku na sociálne služby a dávky,
- aktuálne potreby klienta – táto fáza sa špecificky zameriava na zisťovanie a posudzovanie klientových potrieb, vymedzujú sa tie najdôležitejšie a v neposlednom rade sa pracovník zameriava na možné zdroje naplnenia klientových potrieb,
- priblíženie problému – vo fáze priblíženia klientovho problému pomáha sociálny pracovník klientovi definovať skutočný problém, z čoho ďalej vyplýva návrh krokov k jeho riešeniu,

- silné a slabé stránky klienta – sociálny pracovník sa v tejto fáze zameriava jednak na zdroje klienta, podporujúce jeho samostatný prístup a zodpovednosť za svoj život, na ktorých môžu v riešení problému stavať, ale rovnako je dôležité zamerať sa aj na klientove slabé stránky, ktoré môžu riešenie problému a jeho situáciu znemožňovať.

Toto je len malý výpočet toho, čo sa od sociálneho pracovníka pri profesionálnom výkone jeho práce očakáva. Je teda na mieste rozširovanie zdrojov vedomostí a svojich profesionálnych schopností.

TRANSTEORETICKÝ MODEL

Velicer et al (2000) predkladajú, že hlavnou výzvou verejného zdravia je správanie populácie. Súhlasíme s tým, že dôležitou témou verejného zdravia je znížiť rizikové správanie populácie, pričom chcem zdôrazniť, že je dôležité poznať ako zmena rizikového správania prebieha a zamerať na to svoju pozornosť pri intervenciách.

Podľa Větrovca (2009) by sme mali pri práci s klientom oddeliť naše túžby a predstavy od schopností a možností klienta. V roli odborníkov by sme sa mali dívať na zmenu správania a motiváciu ku zmene z istého nadhľadu a porozumieť procesom, ktoré motiváciu a zmenu motivácie nevyhnutne sprevádzajú. Ak sme schopní orientovať sa a pozorovať prebiehajúci proces, môže to byť pre klienta neoceniteľné. Ak hovoríme o zmene správania klienta, ide o dlhodobý proces, ktorý začína prvou úvahou o potrebe nejakej zmeny vykonať a končí realizáciou a hlavne udržaním tejto zmeny. Jednou z využívaných metód pri takto koncipovanej stratégii práce so závislým klientom je motivačný rozhovor. Tiež podľa Prochásku a DiClemente (1982) zmena v správaní, ktorú od intervencií s klientom očakávame, neprichádza sama, ani nie je trvalá. Je preto dôležité v etapách práce s klientom sledovať vývoj jeho motivácie k zmene prostredníctvom kola zmeny. V rámci tohto modelu je motivácia chápaná ako proces pripravenosti ku zmene, či túžba po nej, ktorá sa dostavuje v jednotlivých fázach, ktorými ľudia pri priebehu akejkoľvek zmeny prechádzajú. Motivácia nie je povahovou črtou, ktorú jedinec má, alebo nemá. Je to stav, ktorý sa v priebehu procesu zmeny mení, je možné ho ovplyvniť a je možné ho u klientov vyvolať a podporiť.

Hovoríme teda o procese, ktorým klient prechádza, pričom jeho rozhodovanie v jednotlivých procesoch zmeny môže byť ambivalentné. Tento proces popisuje Transteoretický model (TTM), ktorý vnímame ako integratívny model behaviorálnych zmien, ktorý kombinuje kľúčové konštrukty ostatných teórií. Model prináša pohľad na to, ako ľudia modifikujú rizikové správanie a ako naopak, získavajú správanie žiadúce. Ústredným konštruktom modelu je vymedzenie jednotlivých štádií zmien, v priebehu ktorých k zmenám správania dochádza a procesu zmien, ktoré chápeme ako kognitívne a behaviorálne zmeny, ktoré facilitujú progres k žiadúcemu správaniu (Velicer et al, 1998).

Pokiaľ ide o transteoretický model, ktorý sa opiera o rôzne štádiá zmeny, významné pojmy súvisiace s týmito štádiami sú: rozhodovacia rovnováha, vedomie vlastnej schopnosti vykonať zmenu a správanie. Tento model zmeny predpokladá, že vzťahy medzi uvedenými pojmami sa v jednotlivých štádiách menia. Rozhodovacia rovnováha značí, že jednotlivci zvažuje relatívnu váhu dôvodov pre a proti zmene (Hambálek, Valkovič, 2013)

Transteoretický model zmeny správania je dnes využívaný po celom svete. Opisuje proces zmeny správania, pričom sa snaží nájsť odpovede, čo sa v tomto procese v jednotlivých jeho fázach deje. Zároveň jeho autori prinášajú stratégie, využiteľné v jednotlivých fázach v intervencii. Jeho autormi sú James O. Prochaska, John. C. Norcross a Carlo DiClemente. Transteoretický model zmeny správania bol pôvodne vyvinutý Prochaskom a DiClementom v klinickom kontexte na opísanie procesu zmeny správania pre návykové správanie, pričom poskytuje popis procesu zmeny, ktorým jednotlivci prechádza a stratégie, využiteľné v jednotlivých fázach.

Konštrukcia „štádiá zmeny“ je kľúčovým prvkom TTM. Pre efektívnu prácu na zmene je potrebné vyhodnotiť, v akom štádiu sa daný jedinec práve nachádza. Transteoretický model vníma zmenu ako proces, ktorý podporuje pokrok prostredníctvom série šiestich etáp, pričom jednotlivé fázy považujeme skôr za cyklické než za lineárne.

FÁZY/ŠTÁDIÁ TTM

Jednotlivé štádiá TTM reprezentujú časový úsek, v ktorom je potrebné splniť súbor úloh. Čas, ktorý je potrebný na jednotlivé úseky je individuálny, ale kroky, ktoré v každom štádiu za sebou nasledujú sú približne rovnaké (Norcross, Krebs, Prochaska, 2011).

Prvým je *prekontemplačné* štádium (štádium preduvažovania), ktoré je charakterizované nedostatkom uvedomovania si problému a žiadnou snahou o zmenu. Títo jedinci teda o zmene neuvažujú, alebo ju odmietajú. Klient nechce, nevie, alebo nemôže (Hambálek, Valkovič, 2012).

Prekontemplácia je etapou, keď ľudia nemajú v úmysle prijať opatrenia v blízkej budúcnosti, zvyčajne do ďalších 6 mesiacov. Možno byť v tejto fáze, pretože sú neinformovaní alebo nedostatočne informovaní o dôsledkoch ich správania. Alebo sa niekoľkokrát pokúšali zmeniť a stali sa demoralizovanými. Obe skupiny majú tendenciu vyhnúť sa čítaniu, rozprávaniu alebo mysleniu o ich vysoko rizikovitom správaní. Často sú charakterizovaní v iných teóriách ako rezistentní alebo nemotivovaní klienti alebo nie sú pripravení na terapiu alebo programov na podporu zdravia. Tradičné programy podpory zdravia neboli pre takéto osoby pripravené a neboli zodpovedajúce ich potrebám (Migneault, Adams, Read, 2005). Táto fáza nás tiež informuje, že pracovať (možno byť) sa dá a oddá aj s ľuďmi, ktorí nechcú.

Druhým štádiom TTM je *kontemplačné* štádium (štádium uvažovania), ktoré už v sebe zahŕňa porozumenie problému a uvažovanie o jeho riešení. Podľa Migneault, Adams, Read (2005) zvažujú ľudia pre a proti, zisky a vklady. Uvažovanie je štádium, v ktorom ľudia zamýšľajú zmeny v nasledujúcich 6 mesiacoch. Uvedomujú si zisky zmeny, ale sú si tiež vedomí vkladov. Táto rovnováha medzi vkladmi a prínosmi zmeny môže viesť k hlbokaj rozporuplnosti, ktorá môže udržať ľudí uviaznutých v tejto fáze dlhý čas. Tento jav charakterizujeme ako chronická kontemplácia alebo behaviorálna prokrastinácia. Títo ľudia tiež nie sú pripravení pre tradičné programy. Kontemplácia je charakteristická ambivalenciou: klient chce, aj nechce a býva často paradoxným štádiom zmeny. Ambivalencia môže zmeniť kontempláciu na chronický a extrémne frustrujúci stav. Aby ste pomohli svojim klientom pripraviť sa na zmenu, musíme porozumieť škále vonkajších a vnútorných motivačných faktorov, ktoré ich priviedli do tohto bodu. Mnoho klientov prejde cez štádium uvažovania a uvedomuje si len vonkajšie motivačné faktory, ktoré ich tlačia k zmene, vlastná alebo vnútorná motivácia je dôležitá pri uskutočnení podstatnej a trvalej zmeny. Vnútorná motivácia sa často začína v bode, keď si klient uvedomí rozpory medzi tým, „kde je“ a „kde chce byť“ (Hambálek, Valkovič, 2012).

Štádium prípravy v sebe zahŕňa rozhodnutie pre zmenu a prípadne aj malé kroky smerom k nej. Príprava je štádium, v ktorom ľudia majú v úmysle konať v najbližšej budúcnosti, zvyčajne v budúcom mesiaci. V uplynulom roku urobili niektoré významné opatrenia. Títo jednotlivci majú pripravený svoj akčný plán (Migneault, Adams, Read, 2005). Keď sa klient rozhodne pre zmenu, toto je fáza, kedy si klienti môžu stanovovať ciele vo viacerých oblastiach svojho života a nielen v tej oblasti, ktorá sa týka zmeny kľúčového problému. Tí klienti, čo si stanovujú niekoľko cieľov, môžu potrebovať pomoc s ich zoradením. Ciele by mali byť reálne a čo najkonkrétnejšie a mali by sa týkať všetkých problémových oblastí, ktoré boli sformulované už v rozhovoroch predtým (Hambálek, Valkovič, 2012).

Dostávame sa tak do štvrtého štádia, ktoré transteoretický model zmeny označuje ako **štádium akcie**, alebo *konania/činov*. Na konci prípravného štádia si klienti vytvárajú plán zmeny, ktorý ich vedie do štádia akcie. Zmena akýchkoľvek dlhodobých vzorcov správania si vyžaduje prípravu a plán. Skôr ako prejdú klienti k činom, musia chápať a byť stotožnení so zmenami vo svojom živote, musia veriť, že sú v ich najlepšom záujme. Klienti, ktorí sú rozhodnutí zmeniť sa a ktorí veria, že zmena je možná, sú pripravení na nové konanie, činy. Doposiaľ si vytvorili bezpečie a dôverný vzťah s profesionálom, preskúmali to, čo sa v ich živote deje, akú cenu za to platia, prehýbili si nádej na zmenu, rozhodli sa pre ňu, stanovili si ciele, čiže imaginatívne preskúmali, ako môžu ich vzťahy a život vyzeráť inak (Hambálek, Valkovič, 2013).

Toto štádium predstavuje zmenu v správaní, skúsenostiach a prostredí prekonávajúcu problémy klientov. Podľa Migneault, Adams, Read (2005) je konanie štádium, v ktorom ľudia v rámci svojho životného štýlu urobili konkrétne zjavné zmeny v životnom štýle za posledných 6 mesiacov. Keďže činnosť je pozorovateľná, zmena správania sa často

spája s akciou. Ale v transteoretickom modeli je akcia len jedna zo šiestich etáp. Preto je potrebné vnímať zmenu ako cyklus, skôr špirálu, nie lineárny pohyb vpred a dať klientovi čas na ukotvenie.

Posledné štádium je *štádium udržiavania*. Udržiavanie je štádium, v ktorom ľudia pracujú na tom, aby zabránili relapsu, ale neuplatňujú zmenu procesu tak často, ako ľudia v akcii. Menej ich ohrozuje recidíva a sú čoraz viac presvedčenejší, že môžu pokračovať vo svojej zmene Migneault, Adams, Read (2005). Ak chceme prejsť od akcie k udržiavaniu imunizujeme klientov proti obvyklým ťažkostiam. Pri stabilizácii zmeny môžu byť nesmierne nápomocní blízki kolegovia, priatelia, či rodina, pretože môžu sledovať správanie klienta, byť pre neho prípadne vzorom a posilňovať jeho nové správanie v kontexte zdrojov a podpory v podpornej sieti.

Tabuľka č. 1: Fázy zmeny a rola terapeuta

Prekontemplácia	Vyvolajte u klienta pochybnosti, posilnite vnímanie nebezpečenstva a ťažkostí, ktoré prinesie toto správanie
Kontemplácia	Nakloňte rovnováhu žiadúcim smerom, pripomeňte dôvody pre zmenu a nebezpečie, pokiaľ zmena nenastane.
Príprava	Pomôžte klientovi, aby sa rozhodol pre najlepšiu variantu akcie smerujúcej k zmene
Konanie	Pomôžte klientovi urobiť všetko potrebné
Udržanie	Pomôžte klientovi nájsť a použiť metódy, ktoré zabránia relapsu
Relaps	Pomôžte klientovi, aby obnovil proces uvažovania, rozhodnutia atď.

Zdroj: Miller, Rolnick, 2002

Ambivalencia v jednotlivých fázach TTM má rôznu intenzitu. Khaw a Hardesty (2007) skúmali rozdiely v trajektóriách v rámci procesu odchodu žien zo zneužívajúcich vzťahov. V rámci svojej štúdie vizuálne mapovali pohyby 19 zneužívaných matiek v rámci Modelu fáz zmeny. Zistili, že prechod od kognitívnych k behaviorálnym procesom zmeny spôsobil najväčší rozdiel v pohybe žien naprieč fázami, čo viedlo k rôznym trajektóriám. Podľa Malíkovej (2019) mnohé štúdie zdokumentovali, že väčšina zneužívaných žien odíde niekoľkokrát pred tým, ako trvalo opustí svoje zneužívajúce vzťahy. Odchod zo zneužívajúceho vzťahu nemusí byť pre danú ženu v danom čase najbezpečnejším riešením (Pružinská et al, 2020). V ďalšom výskume v tejto oblasti (Prochaska, Norcross, 1999) poukazujú na 10 procesov zmeny. Prvých päť je klasifikovaných ako skúsenostné procesy a sú používané pre včasný prechod v prvých fázach. Ďalších 5 procesov je označených ako behaviorálne procesy a sú primárne používané pre neskoršie štádiá zmeny.

V prvých troch fázach zmeny sa orientujeme hlavne na zvyšovanie si uvedomenia rizikovosti klientovho správania a na prácu s ambivalentným postojom. S rastúcim klientovým uvedomením rastie prirodzene aj jeho túžba po zmene. V tejto faze už je

klient rozhodnutý, že svoje správanie zmení a začína hľadať spôsoby, ako dané cieľové správanie dosiahnuť.

ZÁVER

Vymedziť predvídateľné zmeny správania je veľmi zložitá, pokúšajú sa o to mnohí autori aj v súvislosti s intervenciami so závislými klientmi. Považujeme za veľmi náročné vyhodnotiť zmeny v správaní, popísať ich a relevantne preskúmať.

TTM ponúka mechanizmus na identifikáciu a opis procesov, ktoré majú motivovať, pripravovať a pomáhať jednotlivcom pri realizácii zmeny správania, pričom je vhodné použiť stratégie prispôbené špecifickým individuálnym rozdielom v pripravenosti na zmenu správania.

V tomto príspevku sme poukázali na možnosti, ktoré prináša TTM do výkonu sociálnej práce. Keďže pracujeme s klientmi s rôznorodými problémami, využitie tohto modelu predpokladá dôkladné poznanie jeho fáz a intervenčných možností profesionálov a tým maximalizovanie účinnosti dostupných intervenčných postupov.

„Táto práca bola podporovaná Agentúrou na podporu výskumu a vývoja na základe Zmluvy č. APVV-16-0422“.

POUŽITÉ ZDROJE

- [1] ASVSP. 2017. *Minimální standard vzdělávání v sociální práci ASVSP*. [Online]. Available from: <http://www.asvsp.org/standardy/> [Accessed 25 March 2021].
- [2] BALÁŽ, R., MUSIL, L. 2016. *Faktory bránící dosahování odborových zájmu sociální práce*. Sociální práce/Sociálna práca,16(5), 50-69
- [3] HAMBÁLEK, V., VALKOVIČ, I. 2012. *Nenásilie a motivácia*. [Online]. Available from: <https://www.coachingplus.org/texty/c+news34.pdf>. [Accessed 21. October 2020].
- [4] HAMBÁLEK, V., VALKOVIČ, I. 2012. *Ako prejsť od kontemplácie k príprave*. [Online]. Available from: https://www.coachingplus.org/texty/c+news35_okt2012.pdf. [Accessed 21. October 2020].
- [5] HAMBÁLEK, V., VALKOVIČ, I. 2013. *Od prípravy k činom*. [Online]. Available from: https://www.coachingplus.org/texty/c+news38_jan2013.pdf. [Accessed 21. October 2020].
- [6] HAMBÁLEK, V., VALKOVIČ, I. 2013. *Od akcie k udržiavaniu*. [Online]. Available from https://www.coachingplus.org/texty/c+news39_feb2013.pdf. [Accessed 21. October 2020].
- [7] HAMBÁLEK, V., VALKOVIČ, I. 2013. *Transteroetický model zmeny a koučovanie*. [Online] Available from: https://www.coachingplus.org/texty/c+news42_maj2013.pdf. [Accessed 21. October 2020].
- [8] KHAW, L. HARDESTY, J. L. 2007. Theorizing the process of leaving: Turning points and trajectories in the stages of change. *Family Relations* [online], Databáza: ERIC. Vol 56, Issue 4, pp. 413-425 [Accessed 10. March 2018].
Dostupné na: doi:10.1111/j.1741-3729.2007.00470.x
- [9] MALÍKOVÁ, D. 2019. *Ukončenie násilného vzťahu a riziká pri odchode od zneužívajúceho partnera*. Logos Polytechnikos, Jihlava: Vysoká škola polytechnická Jihlava, 10 (2): 120-130. ISSN 2464-7551. [Online]. Available from: <http://www.vspj.cz/soubory/download/id/7454>. [Accessed 12 March 2021].
- [10] MATOUŠEK, O. a kol. 2010. *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál
- [11] MIGNEAULT, J. P., ADAMS, T. B., READ, J. P. 2005. *Application of the Transtheoretical Model to substance abuse: historical development and future directions* *Drug and Alcohol Review* (September 2005), 24, 437 – 448
- [12] MILLER, W. R., ROLLNICK, S. (2002). *Motivační rozhovory: příprava lidí ke změně závislého chování*. Tišnov: SCAN
- [13] MUSIL, L.. 2004. *Ráda bych Vám pomohla, ale...dilemata práce s klientmi v organizacích*. Brno:Marek Zeman.
- [14] NORCROSS, J. C., KREBS, P., M., PROCHASKA, J. O. 2011. *Stages of change*. *Journal of Clinical Pwiley Periodicals, Inc. J Clin Psychol: In Session* 67:143–154, 2011. sychology. [Online]. Available from: <https://doi.org/10.1002/jclp.20758>. [Accessed 25 March 2021].

- [15] PROCHASKA, J. O., DiCLEMENTE, C. C. 1982. *Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change*. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 19(3), 276 -288. [Online]. Available from: <https://doi.org/10.1037/h0088437>. [Accessed 22 March 2021].
- [16] PROCHASKA J. O., DiCLEMENTE C. C., NORCROSS, J. C. 1992. *In search of how people change: applications to addictive behaviors*. *Am Psychol* 1992; 47- 1102 -14.
- [17] PROCHASKA, J. O., NORCROSS, J. C. 1999. *Psychoterapeutické systémy: průřez teoriemi*. Praha: Grada Publishing.
- [18] PRUŽINSKÁ, J. et al. 2020. *Násilie na ženách v intimných vzťahoch II. Pomoc a podpora*. Nitra: REA.
- [19] SVĚTLÁK, M. 2005. *Motivace pacienta ke změně rizikových vzorců chování*. [Online]. Available from: <https://www.linkos.cz/lekar-a-multidisciplinari-tym/kongresy/po-kongresu/databaze-tuzemskych-onkologickych-konferencnich-abstrakt/motivace-pacienta-ke-zmene-rizikovych-vzorcu-chovani/> [Accessed 25 March 2021].
- [20] VĚTROVEC, M. 2009. *Práce na motivaci ke změně chování s klienty na ulici*. In *Kontaktní práce. Analogie textů České asociace streetwork*. Praha: ČAS. [Online]. Available from: <http://www.infodrogy.sk/indexAction.cfm?module=Library&action=GetFile&DocumentID=1271>, [Accessed 7. March 2020].
- [21] VELICER, W. F. et al. 2000. *Using the transtheoretical model for population – based approaches to health promotion and disease prevention*. *Homeostasis in health and disease*, 40, 174 – 195. [Online]. Available from: https://www.researchgate.net/publication/232503500_Using_the_Transtheoretical_Model_for_population-based_approaches_to_health_promotion_and_disease_prevention, [Accessed 7. March 2020]
- [22] VELICER, W. F. et al. 1998. *Smoking cessation and stress management: Applications of the Transtheoretical Model of behavior change*. *Homeostasis in Health and Disease: International Journal Devoted to Integrative Brain Functions and Homeostatic Systems* 38(5):216-233 [Online]. Available from: https://www.researchgate.net/publication/232550193_Smoking_cessation_and_stress_management_Applications_of_the_Transtheoretical_Model_of_behavior_change [Accessed 7. March 2020]

TRANSTEORETICAL MODEL OF CHANGE IN SOCIAL WORK



ABSTRACT

Social work as a theoretical and practical discipline undergoes many changes in its development. It gradually moves from the creation of basic theses to innovations and transforms into its performance new knowledge, new methods of work in accordance with the requirements of the time in which we live. One of the theoretical concepts that can currently be a source for streamlining work with clients in social work is the Transtheoretical Model of Change (hereinafter TTM). The paper describes the phases of the model and assumes its use in social work into a number of phenomena related to violence in partnerships.

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

doc. PhDr. Ľuba Pavelová, PhD.
Vysoká škola polytechnická
Katedra sociálnej práce
Tolstého 16
986 01 Jihlava
e-mail: Luba.Pavelova@vspj.cz

PhDr. Petra Balážiová, PhD.
BUDÚCNOSŤ, n.o.
Wilsonovo nábr. 82
949 01 Nitra, Slovenská republika
e-mail: balaziovap@gmail.com

Mgr. Andrea Juhášová, PhD.
Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre
Pedagogická fakulta
Katedra pedagogickej a školskej
psychológie
Trieda A. Hlinku 1
949 01 Nitra, Slovenská republika
e-mail: ajuhasova@ukf.sk

KEYWORDS:

social work, transteoretical model of
change, phases of change

VÝZNAM ANTIOXIDANTŮ ZE STŘEDOMOŘSKÉ STRAVY PRO SPORTOVCE

VLADISLAV KUKAČKA
JAN SCHUSTER
JIHOČESKÁ UNIVERZITA
V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH

TATIANA KIMÁKOVÁ
UNIVERZITA PAVLA JOZEFA
ŠAFÁRIKA V KOŠICIACH

ABSTRAKT

Práce je zaměřena na hodnocení vhodnosti středomořské stravy pro sportovce především z hlediska vysokého obsahu antioxidantů. Středomořská strava je svým složením a obsahem stravou vhodnou při fyzické zátěži pro sportovce. Je vhodným zdrojem kvalitních bílkovin, sacharidů i zdravých tuků. Obsahuje také dostatek vitamínů, minerálních a jiných bioaktivních látek. Přínos této stravy pro sportovce je hlavně v tom, že zvyšuje antioxidační kapacitu organismu, čímž se významně podílí na neutralizaci volných radikálů. Volné radikály, které ve zvýšeném množství vznikají při tělesné zátěži, jsou spojeny s rizikem poškození somatických mikrostruktur organismu a omezování procesu regenerace. Jedná se tedy o významné výživové snížení pohybem indukovaného oxidativního stresu. Nezanedbatelný je také zdravotně preventivní efekt této specifické stravy ve vztahu především ke kardiovaskulárním, onkologickým, neurodegenerativním i dalším chorobám.

KLÍČOVÁ SLOVA:

strava sportovců, středomořská strava, antioxidanty

ÚVOD

Středomořská strava a její benefity, které pozitivně působí na lidské zdraví, byly patrné již dříve. Na základě definovaných předpokladů byly stravovací návyky a suroviny typické pro středomoří podrobeny vědeckému zkoumání a konkretizovány látky, které jsou za pozitivní účinky na lidské zdraví zodpovědné (Gerber & Hoffman, 2015).

Epidemiologické a antropologické studie středomořské stravy se nejprve zaměřily na zkoumání jednotlivých živin nebo potravin. Tyto studie vyústila v přesvědčivé důkazy, že středomořská strava snižuje riziko celkové mortality a kardiovaskulárních chorob. Snižuje riziko vzniku diabetu typu 2. Důkazy jsou také o pozitivním vlivu na další metabolická onemocnění včetně zhoubných nádorů, ale jen u některých druhů rakoviny (Panagiotakos et al., 2011, Schwingshackl & Hoffmann, 2014, Gerber & Hoffman, 2015).

Středomořskou stravu lze obecně charakterizovat následovně (Willett & Sacks, 1995; Salzmann, 2006; Davis et al., 2015):

1. Vysoká spotřeba potravin rostlinného původu - ovoce, zeleniny, různých semen, fazolí, ořechů, obilovin. Vše minimálně zpracované.
2. Většina konzumovaných tuků je rostlinného původu, hlavně olivový olej, který se používá k přípravě pokrmů.
3. Pravidelná konzumace ryb a mořských produktů, ostatní maso je omezeno především na skopové a drůbež.
4. Nízká spotřeba mléčných výrobků v podobě sýrů a jogurtů.
5. Konzumace celozrnného pečiva a těstovin.
6. Využívání místních a sezónních potravin, bylinek a potravinových přísad na dochucení.
7. Mírná konzumace vína především k jídlu.

Základem stravy jsou celá zrna, ovoce a zelenina, drůbež, vejce a ryby, ořechy a semena, sýr a jogurt, olivový olej a omezené množství červeného masa (Creswell, 2009).

Klasická porce jídla vypadá tak, že polovinu tvoří zelenina, čtvrtinu sacharidy a další čtvrtinu bílkovinné jídlo. Potraviny, které doporučuje středomořská dieta, většinou obsahují velké množství vlákniny. Společně s vodou vláknina zvětšuje objem potravy v žaludku člověka. K dosažení pocitu sytosti tak stačí méně jídla při nižším příjmu kalorií (Salzmann, 2006). Z dlouhodobého hlediska je středomořská strava jedním z nejzdravějších přístupů k životosprávě. Přináší dobré výsledky při hubnutí a formování postavy, podíl živočišných tuků ve stravě je menší. Olivový olej se snadněji mění na pro tělo použitelnou energii a má menší tendence ukládat se jako podkožní tuk.

Středomořská dieta se skládá z kvalitních, lehce stravitelných a zdravých surovin, bohatých na vitamíny, minerály a nenasycené mastné kyseliny. Jídelníček je pestrý, chutný a výživný, člověk tak zbytečně nehladoví. Středomořská dieta napomáhá zbavit se nadbytečných kil, příznivě ovlivňuje hladinu cholesterolu a blahodárně působí na celý kardiovaskulární systém. Nejen že funguje jakožto prevence cévní mozkové příhody a srdečního selhání, ale rovněž je prevencí trombozy hlubokých žil a snižuje riziko rakoviny. Těmito změnami ve svém jídelníčku se snižuje riziko srdečních onemocnění, krevní cukr se stabilizuje, čímž se snižuje i riziko cukrovky a zvýšeného cholesterolu v krvi (Patočka, 2015).

Mořské produkty, drůbeží maso, ořechy a mandle jsou dobrým zdrojem aminokyselin - důležitých pro tvorbu serotoninu a následně i melatoninu – především tryptofanu, s následným pozitivním vlivem na lidskou psychiku (Patočka, 2015).

MATERIÁL A METODY

Cílem práce bylo poukázat na některé nové poznatky v oblasti využívání dietárních antioxidantů především pro zatěžované organismy včetně sportovců. Úkolem bylo také poukázat na vztahy mezi středomořskou stravou a středomořským životním stylem, protože poznatky ukazují, že pouhá aplikace středomořské stravy není zárukou zlepšení zdravotního stavu a představuje zúžený pohled na výživovou problematiku.

Studie vychází ze známých informací o středomořské stravě, která má svá specifika a lze ji považovat za relativně zdravou stravu. Méně známé jsou však výsledky studií, které poukazují na neúspěšné mechanické aplikace středomořské stravy u německé nebo holandské populace, ve snaze o pozitivní ovlivnění délky života. Analýza jednotlivých složek středomořské stravy poukázala na zdravotní výhody některých, ale ani jejich komplex není zárukou zlepšení zdravotního stavu a prodloužení lidského života. Nedávné poznatky řeckých vědců došly k závěru, že celkový zdravotní a život pozitivně ovlivňující a prodlužující má středomořský životní styl, jehož charakteristika je uvedena ve studii.

Ve studii byly částečně využity poznatky o antioxidantech shrnuté v monografii Milana Peška a kolektivu - Dietární antioxidanty, kterou vydala Jihočeská univerzita v roce 2017.

STŘEDOMOŘSKÝ ŽIVOTNÍ STYL

V určitém smyslu slova bychom mohli mluvit o středomořském životním stylu. Výše uvedené stravovací rysy jsou u obyvatel středomoří často doplněny aktivním způsobem života, ve kterém má své místo dostatečný pohyb - často v podobě manuální práce, věnování se dostatečnému odpočinku a především život s omezením působení stresorů charakteristických pro uspěchaný životní styl větší části Evropy. Studie řeckých vědců Trichopoulou et al. (2003) neprokázaly jednoznačně významný zdravotní vliv některé ze složek středomořské stravy. Lze se tedy domnívat, že zdravotní efekt má

celý komplex uvedených složek posílených o další uvedené aspekty zdravého životního stylu, kde dominantní roli hraje výživa, dostatečný pohyb a prostor pro odpočinek a relaxaci.

Středomořská strava mechanicky aplikovaná na populaci v Německu nebo Holandsku nepřinesla očekávané výsledky v podobě zvýšení délky života nebo výrazněji zlepšeného zdravotního stavu (Zittlau, 2009), což podporuje názor na středomořský životní styl.

Mezi různými stravovacími návyky je vysoce hodnocen antioxidační vliv středomořského způsobu výživy (středomořská strava), který zahrnuje vysoký příjem zeleniny a ovoce, konzumaci luštěnin, obilovin a ryb, nízký příjem masa a mléčných výrobků, mírné konzumace červeného vína a použití extra panenského olivového oleje. Středomořský způsob výživy je charakterizován i jinými aspekty než potravinami, jako je pohodlí (siesta), socializace, biodiverzita a sezónnost, které mohou posílit příznivé účinky středomořské stravy na pohodu, kvalitu života a zdravé stárnutí (Chatzianagnostou et al., 2015). Proto se často hovoří o středomořském životním stylu.

Pokud aspekt středomořského životního stylu rozšíříme o pohled na všechny oblasti životního stylu (Kukačka, 2017a), zjistíme i další pozitivní odrazy tohoto životního stylu. Nezanedbatelný význam má také sociální aspekt životního stylu, který je charakterizovaný společným životem velkých rodin. Členové rodiny se navzájem podporují - materiálně i psychicky. Lze to označit sociologickým termínem sociální opora. Také duchovní aspekt životního stylu je významnou součástí středomořského životního stylu. Většina těchto obyvatel je nábožensky věřících a toto zaměření vyplňuje duchovní oblast jejich životního stylu, což může představovat oporu v běžném životě a především v těžkých životních situacích (Kukačka, 2017a).

POHYB JAKO ZDROJ VOLNÝCH RADIKÁLŮ

Nutno připomenout, že tělesná zátěž, ať už v podobě sportu nebo fyzická zátěž pracovní, je zvýšeným zdrojem volných radikálů, které poškozují mikrostruktury organismu. Kimáková a Baranovičová (2014) považují dlouhodobou aerobní aktivitu mírné až střední intenzity v menší míře za zdroj volných radikálů. Tento negativní metabolický efekt snižuje příznivý vliv na fyzickou kondici, zdatnost kardiovaskulárního systému, dýchací soustavy a především negativního působení stresu. Cvičení může zvýšit produkci reaktivních druhů kyslíku, což může narušit celistvost buněk a kontraktilní funkci svalových buněk (Carlsohn et al., 2010).

Sledovaný problém spočívá v tom, že reaktivní druhy kyslíku a reaktivní druhy dusíku, které vznikají při cvičení v mitochondriích a jiných subcelulárních útvech způsobují poškození kosterních svalů, únavu a zhoršují regeneraci (Mery & Ristow, 2016Cancel Export).

Fyzickou aktivitou vyvolaný přechodný oxidační stres je fyziologický stimul pro adaptaci. Antioxidanty redukuje oxidační stres neutralizací, a tak zabraňuje poškození buněk a tkání. V praxi sportovci často používají dodatečné dietní antioxidanty, aby ochránili zdraví a zabránili poškození svalů a dalších tkání.

Nedávné údaje z výzkumu ukazují, že externí dodatečný příjem antioxidantů může snížit oxidační stres po fyzické aktivitě, avšak ochranný účinek proti poškození svalů a pozitivní vliv na fyzickou výkonnost není jednoznačně prokázán. Zdá se, že vyvážená strava zahrnující různé druhy ovoce a zeleniny je nejlepší nutriční přístup k udržení optimálního stavu antioxidantů (Czlapka-Matyasik & Ast, 2014; Rotovnik, 2015).

Kimáková a Baranovičová (2014) hodnotí také stres jako vydatný zdroj volných radikálů. To lze vysvětlit zvýšeným metabolismem. Nelze opomenout také vliv životního prostředí, které je zdrojem volných radikálů (Kukačka, 2017b).

Souhrnná metaanalýza ukázala, že antioxidační indikátory bez ohledu na intenzitu, objem, typ cvičení a studovanou populaci měly tendenci se zvyšovat a prooxidační indikátory měly po tréninku tendenci klesat. Cvičení pozitivně stimuluje antioxidační účinek. Proto se navrhuje, aby lidé praktikovali nějaký druh cvičení, aby vyvážili redoxní stav směřující ke zlepšení zdravotních výsledků (De Sousa et al., 2017).

STŘEDOMOŘSKÁ STRAVA JAKO VÝZNAMNÝ ZDROJ ANTIOXIDANTŮ

Z hlediska výživové potřeby sportovců lze pozitivně hodnotit dostatečný příjem bílkovin, na kterém se podílejí kromě zmíněných mořských produktů také luštěniny. Ty jsou často součástí salátů.

Tuky, bohaté nenasycené mastné kyseliny, jsou především rostlinného původu včetně esenciálních omega 3 mastných kyselin. Jejich zdrojem je především olivový olej, který se významně podílí na zvyšování antioxidační kapacity organismu. Významnou složkou olivového oleje, která by mohla být zodpovědná za příznivé účinky středomořské stravy na lidské zdraví, je hydroxytyrosol resp. směs 3-O- a 4-O-hydroxytyrosolu. Hydroxytyrosol, fenolická látka s antioxidačním účinkem, je derivátem tyrosolu (Patočka, 2015). Olivový olej dodá pokrmu nezaměnitelnou chuť středomořské kuchyně, neobsahuje cholesterol ani sůl. Obsahuje velké množství vitamínu E, což je důležitý antioxidant, který zpomaluje stárnutí a vitamíny A, D a K. Moreno a Lezcano (2015) připomínají další biologické funkce olivového oleje - jeho antioxidační, protizánětlivé, anti-aterogenní vlastnosti. Působí také na snížení kapacity lipidů v krvi, což je především díky svému chemickému složení a vysokému obsahu kyseliny olejové, polyfenolů, sterolů a tokoferolů, které ho odlišují od ostatních olejů.

Antioxidační kapacitu organismu zvyšují především vitamíny C, E z ovoce a zeleniny, ale i další látky ze zeleniny jako jsou bioflavonoidy (lykopen z rajčat). Antioxidanty obsahuje také víno např. resveratrol – především víno červené.

Suplementace antioxidanty je zdrojem mnoha diskusí, které se shodují v tom, že suplementace výkonnostních sportovců je nezbytná z hlediska zvýšení kvality sportovního výkonu i urychlení a zkvalitnění regenerace po sportovním výkonu. Suplementace umělými antioxidanty má svá rizika. V některých případech může dojít ke stavu označovanému jako zvrát antioxidantů a k jejich přeměně na agresivní prooxidační látky. Dochází k tomu především při dlouhodobé aplikaci velkých dávek syntetických antioxidantů.

Pozitivní je informace, že sportovci a fyzicky zdatní jedinci mají vyšší antioxidační kapacitu. Zda je antioxidační kapacita dostatečná a při jakém druhu zatížení je vhodné eliminovat negativní vliv volných radikálů pomocí přirozených antioxidantů z přírodních zdrojů je zkoumáno (Carlsohn et al., 2010; Czlapka-Matyasik & Ast, 2014). Konzumace pomerančového džusu s obsahem polyfenolů snížila oxidativní stres (měřeno pomocí biomarkerů), zvýšila aktivitu antioxidačních enzymů a snížila tělesnou hmotnost u dospělých s nadváhou nebo obezitou (Rangel-Huerta et al., 2015).

Pravidelné cvičení zvyšuje krevní antioxidační kapacitu u mladých sportovců. Proto u mladých sportovců, kteří jsou dostatečně zásobeni antioxidanty (vitamíny C, E a β -karotenu), lze očekávat příznivé účinky cvičení na antioxidační stav spíše než na oxidativní stres (Carlsohn et al., 2010).

VÝHODY STŘEDOMOŘSKÉ STRAVY PRO SPORTOVCE

Jedna ze základních studií, která upozorňuje na výhody středomořské stravy pro sportovce z hlediska obsahu potravin, konstatuje, že základem stravy jsou celá zrna, ovoce a zelenina, drůbež, vejce a ryby, ořechy a semena, sýr a jogurt, olivový olej a omezené množství červeného masa (Creswell, 2009). Uvedený autor konstatuje, že strava se zaměřuje na zdravé tuky, celá zrna, ovoce a zeleninu a bílkoviny. Komplexní sacharidy se v trávicím systému rozkládají pomaleji a udržují udržované energetické hladiny. Díky tomu je strava ideální pro běžce a triatlonisty. A i když sportovci obvykle omezují konzumaci alkoholu, je možné připustit konzumaci jedné sklenice kvalitního vína denně.

Dalším důležitým zaměřením nutričních intervencí u sportovců by mělo být zvýšení jídelní četnosti ryb a mořských plodů nezávisle na pohlaví, regionu nebo disciplíně, zvýšení spotřeby ovoce a snížení spotřeby nápojů nasycených oxidem uhličitým (Muros & Zabala, 2018).

Výživa sportovců musí splňovat aspekty kvalitativní i kvantitativní. Z hlediska kvality se jedná především o plnohodnotné bílkoviny, které mají významný regenerační efekt, ale podílejí se také na doplňování glykogenu po zátěži, stimulují vyplavení inzulínu, který zajišťuje přenos glukózy z krve do svalů (Clarková, 2014). Tato autorka považuje za velmi vhodný zdroj bílkovin ryby a mořské produkty, ale také některé druhy masa a fazole, charakteristické pro středomořskou stravu.

Sacharidy jsou obsaženy z hlediska středomořské stravy hlavně v těstovinách, pečivu, ale také v ovoci a džusech. Tuky jsou prezentovány rostlinnými oleji. Nejvýznamnější je olivový, který má vysoký obsah nenasycených (esenciálních) masných kyselin. Jeho konzumace je spojena s vyššími hladinami plazmatické antioxidační kapacity (TAC).

Ovoce, zelenina, různá semena a některé byliny jsou zdrojem minerálních látek, vitamínů a dalších biologicky aktivních látek, které ovlivňují metabolismus a posilují zdraví.

VÝSLEDKY A DISKUZE

Byla provedena celá řada studií, které potvrzují pozitivní vliv středomořské stravy na zdraví. Ve studii provedené v Řecku bylo sledováno 22 tis. osob po dobu 4 let, které byly rozděleny do skupin podle toho, jak využívaly tradiční způsoby řeckého stravování. Výsledky prokázaly, že čím více osoby využívají zásady tradiční středomořské kuchyně, tím relativně (ve vztahu k ostatním evropským populacím) nižší je u nich riziko výskytu srdečních onemocnění nebo rakoviny a v průměru se dožívají vyššího věku (Trichopoulou & Costacou, 2003, Schwingshackl & Hoffmann, 2014). Z hlediska preventivního je středomořská strava hodnocena jako prostředek na snížení výskytu mnoha chorob (Ginter & Simko, 2015): kardiovaskulárních (Panagiotakos et al., 2011), onkologických (Schwingshackl & Hoffmann, 2015) i neurodegenetativních (Singh et al., 2014, Feart et al., 2015, Morris et al., 2015). Ve středomořské stravě je mnoho biologicky aktivních látek charakteru polyfenolů, dále pak mnoho karotenoidů a glukosinolátů (Iriti & Varoni, 2015). Tyto a další bioaktivní látky se mohou podílet na sníženém výskytu některých druhů onkologických onemocnění – především rakovině střev a konečníku (Schwingshackl & Hoffmann, 2014).

Poznatky o souvislosti fyzické aktivity a dodržování středomořské výživy v celkové antioxidační kapacitě (TAC) naznačují, že TAC pozitivně korelovala se stupněm fyzické aktivity. Stratifikovaná analýza stavu výživy ukázala, že nejvíce příznivé výsledky byly pozorovány u vysoce aktivních lidí ve srovnání s neaktivními, kteří se také stravovali středomořskou stravou. Zvýšená fyzická aktivita a větší dodržování středomořské stravy byly spojeny se zvýšenou celkovou kapacitou antioxidantů (Panagiotakos et al., 2011).

Ochranný význam středomořské stravy je dán její schopností zvyšovat plazmatickou antioxidační kapacitu organismu (TAC). Pravidelná konzumace různých druhů čerstvého

ovoce a zeleniny, celých zrn, luštěnin a fazolí, klíčků a semen je účinným a bezpečným způsobem, jak splnit všechny antioxidační požadavky u fyzicky aktivních osob a sportovců (Czlapka-Matyasik & Ast 2014, Yavari et al., 2015). U této přírodní stravy nedochází k rizikům, která jsou spojena se suplementací farmaceutických antioxidantů. Ty mohou za určitých podmínek působit zcela opačně, kdy dojde k jevu označovanému jako zvratu antioxidantů.

Panagiotakos et al. (2015) zjistili, že i lidé, kteří nežijí příliš zdravým životním stylem (kouří, žijí sedavým životním stylem) a stravují se ve stylu středomořské stravy, mají snížená rizika kardiovaskulárních chorob. Tento poznatek odpovídá tzv. Francouzskému paradoxu, kdy nezdravý životní styl francouzské populace koliduje se sníženým výskytem kardiovaskulárních chorob, což je zdůvodňováno pitím červeného vína – jeho antioxidačními vlastnostmi.

Mnohé studie ukázaly, že antioxidanty mohou zmírnit biomarkery cvičením indukovaného oxidativního stresu a použití antioxidačního doplňku je běžným jevem mezi atleti a fyzicky aktivními osobami. Přesto existují určité pochybnosti o výhodách těchto doplňků. Mnohá doporučení týkající se antioxidantů preferují vyváženou stravu bohatou na přírodní antioxidanty. Pravidelná konzumace různých druhů čerstvého ovoce a zeleniny, celých zrn, luštěnin, klíčků a semen je účinným a bezpečným způsobem, jak splnit všechny antioxidační požadavky u fyzicky aktivních osob a sportovců (Yavari et al., 2015). Sezónní nabídka zdrojů antioxidantů především (ovoce a zelenina) se však mění, co zůstávalo ve výživě přibližně stejné z hlediska obsahu antioxidantů podle výzkumu Czlapka-Matyasik a Ast (2014). Stálým zdrojem antioxidantů je především čaj a tmavá čokoláda.

Suplementace antioxidanty je zdrojem mnoha diskusí, které se shodují v tom, že suplementace výkonnostních sportovců je nezbytná z hlediska zvýšení kvality sportovního výkonu i urychlení a zkvalitnění regenerace po sportovním výkonu. Suplementace umělými antioxidanty má svá rizika. V některých případech může dojít ke stavu označovanému jako zvrát antioxidantů a k jejich přeměně na agresivní prooxidační látky. Dochází k tomu především při dlouhodobé aplikaci velkých dávek syntetických antioxidantů (Pešek a kol., 2017).

ZÁVĚR

Středomořská strava je svým složením a obsahem vhodná pro sportovce. Je vhodným zdrojem kvalitních bílkovin, sacharidů i zdravých tuků. Obsahuje také dostatek vitamínů, minerálních a jiných bioaktivních látek. Přínos této stravy pro sportovce je hlavně v tom, že zvyšuje antioxidační kapacitu organismu, čímž se významně podílí na neutralizaci volných radikálů. Volné radikály, které ve zvýšeném množství vznikají při tělesné zátěži a jsou spojeny s rizikem poškození somatických mikrostruktur organismu, což může narušit celistvost buněk a kontraktilní funkci svalových buněk. Negativní vliv volných radikálů se promítá také do stavu zvýšené únavy a zhoršení regenerace. Středomořská strava se podílí na snížení pohybem indukovaného oxidativního stresu především obsahem antioxidantů. Nezanedbatelný je také zdravotně preventivní význam této stravy ve vztahu především ke kardiovaskulárním, onkologickým, neurodegenerativním i dalším chorobám.

POUŽITÉ ZDROJE

- [1] CARLSOHN, A., ROHN, S., MAYER, F., SCHWEIGERT, F. J. 2010. Physical activity, antioxidant status, and protein modification in adolescent athletes. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 42(6), 1131-1139.
- [2] CLARKOVÁ, N. 2014. *Sportovní výživa*. Praha: Grada.
- [3] CRESWEL, L. 2009. Dostupné z: <http://www.athletesheart.org/2009/10/article-from-reader-mediterranean-diet/>
- [4] CZLAPKA-MATYASIK, M., AST, K. 2014. Total antioxidant capacity and its dietary sources and seasonal variability in diets of women with different physical activity levels. *Polish Journal of Food and Nutrition Sciences*, 64(4), 267-276.
- [5] DAVIS, C., BRYAN, J., HODGSON, J., MURPHY, K. 2015. Definition of the Mediterranean diet: a literature review. *Nutrients*, 7(11), 9139-9153.
- [6] DE SOUSA, C. V., SALES, M. M., ROSA, T. S., LEWIS, J. E.; DE ANDRADE, R. V., SIMOES, H. G. 2017. The Antioxidant Effect of Exercise: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Sports Medicine*, 47(2), 277-293.
- [7] FEART, C., SAMIERI, C., BARBERGER-GATEAU, P. 2015. Mediterranean diet and cognitive health: an update of available knowledge. *Current Opinion in Clinical Nutrition & Metabolic Care*, 18(1), 51-62.
GINTER, E., SIMKO, V. 2015. Recent data on Mediterranean diet, cardiovascular disease, cancer, diabetes and life expectancy. *Bratislavské Lekárske Listy*, 116(6), 346-348.
- [8] CHATZIANAGNOSTOU, K., DEL TURCO, S., PINGITORE, A., SABATINO, L., VASSALLE, C. 2015. The Mediterranean lifestyle as a non-pharmacological and natural antioxidant for healthy aging. *Antioxidants*, 4(4), 719-736.
- [9] IRITI, M., VARONI, E. M. 2015. Melatonin in Mediterranean diet. *Journal of the Science of Food and Agriculture*, 95(12), 2355-2359.
- [10] KIMÁKOVÁ, T., BARANOVIČOVÁ, I. 2014. *Léčivá síla antioxidantov*. Bratislava: Príroda.
- [11] KUKAČKA, V. 2017a. Oblasti životního stylu. In Kukačka, V. (Eds), *Výchova ke zdraví a zdravý životní styl*. Recenzovaný sborník z mezinárodní konference. České Budějovice: Jihočeská univerzita, 64-71.
- [12] KUKAČKA, V. 2017b. Životní styl a antioxidanty. In Pešek, M. a kolektiv, (Eds.). *Dietární antioxidanty*. České Budějovice: Jihočeská univerzita.
- [13] MERRY, T. L., RISTOW, M. 2016. Do antioxidant supplements interfere with skeletal muscle adaptation to exercise training? *Journal of Physiology*, 594(18), 5135-5147.
- [14] MORENO E. B., LEZCANO, D. A. 2015. Olive oil, a cornerstone of the Mediterranean diet. *Olivae*, (121), 19-26.
- [15] MORRIS, M. C., TANGNEY, C. C., WANG, Y., SACKS, F. M., BENNETT, D. A., AGGARWAL, N. T. 2015. MIND diet associated with reduced incidence of Alzheimer's disease. *Alzheimer's & Dementia*, 11(9), 1007-1014.

- [16] MUROS, J. J., & ZABALA, M. 2018. Differences in Mediterranean Diet Adherence between Cyclists and Triathletes in a Sample of Spanish Athletes. *Nutrients*. 2018,10(10), 1480
- [17] PATOČKA, J. 2015. Hydroxytyrosol a středomořská strava. Publikováno 28. 10. 2015. Dostupné na: www.toxicology.cz/modules.php?name=News&file=article&sid=826.
- [18] PANAGIOTAKOS, D. B., KAVOURAS, S. A., PISAVOS, C., CHRYSOHOOU, C., ARNAOUTIS, G., SKOUMAS, Y., STEFANADIS, C. 2011. Physical activity and adherence to mediterranean diet increase total antioxidant capacity: The ATTICA study. *Cardiology Research and Practice*, 1(1).
- [19] PEŠEK, M. a kolektiv. 2017. *Dietární antioxidanty*. České Budějovice: Jihočeská univerzita.
- [20] RANGEL–HUERTA, O. D., AGUILERA, C. M., MARTIN, M. V., SOTO, M. J., RICO, M. C., VALLEJO, F., TOMAS–BARBERAN, F., PEREZ de la CRUZ, A. J., GIL, A., MESA, M. D. 2015. Normal or high polyphenol concentration in orange juice affects antioxidant activity, blood pressure, and body weight in obese or overweight adults. *Journal of Nutrition*, 145(8), 1808-1816.
- [21] ROTOVNIK, N. K. 2015. Practical use of antioxidants in physical activity. *Farmaceutski Vestnik*, 66(2), 133-138.
- [22] SALZMANN, J. 2006. Středomořská strava, moderní způsob výživy. *Regena*, 15(12), 2-3.
- [23] SCHWINGSHACKL, L., HOFFMANN, G. 2014. Adherence to Mediterranean diet and risk of cancer: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *International Journal of Cancer*; 135(8), 1884-1897.
- [24] SINGH, B., PARSAIK, A. K. MIELKE, M. M., ERWIN, P. J., KNOPMAN, D. S., PETERSEN, R. C., ROBERTS, R. O. 2014. Association of Mediterranean diet with mild cognitive impairment and Alzheimer's disease: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Alzheimer's Disease*, 39(2), 271-282.
- [25] SCHWINGSHACKL, L., HOFFMANN, G. 2014. Adherence to Mediterranean diet and risk of cancer: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *International Journal of Cancer*, 135(8), 1884-1897.
- [26] TRICHOPOULOU, A., COSTACOU, B., BAMIA, C., TRICHOPOULOS, D. 2003. Adherence to a Mediterranean diet and survival in a Greek population. *New England Journal of Medicine*, 348, 2599-2608.
- [27] WILLET, W. C., SACKS F. 1995. Mediterranean diet pyramid: a cultural model for healthy eating. *American Journal of Clinical Nutrition*, 61, 14035-14055.
- [28] ZITTLAU, J. 2009. Jak se léčit vhodnou stravou. Brno: Computer press.
- [29] YAVARI, A., JAVADI, M., MIRMIRAN, P., BAHADORAN, Z. 2015. Exercise-induced oxidative
- [30] stres and dietary antioxidants. *Asian Journal of Sports Medicine*, 6(1).

THE IMPORTANCE OF ANTIOXIDANTS FROM MEDITERRANEAN DIET FOR ATHLETES



ABSTRACT

The work is focused on assessment of the suitability of Mediterranean diet for athletes especially in terms of high antioxidant content. The Mediterranean diet is by its composition and diet content suitable for the athlete's physical load. It is a good source of high-quality protein, carbohydrates and healthy fats. It also contains enough vitamins, minerals and other bioactive substances. The benefit of this diet for athletes is mainly in, that it increases the antioxidant capacity of the organism, by which is significantly involved to the neutralization of free radicals. Free radicals that increased amounts are created at body load and are associated with the risk of damage to the body's somatic microstructures and limiting the regeneration process. It is therefore a significant nutritional reduction by movement of induced oxidative stress. Not negligible is also the health-preventive effect of this specific diet in relation to cardiovascular, oncological, neurodegenerative and other diseases.

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

doc. PaedDr. Vladislav Kukačka, Ph.D.
Jihočeská univerzita v Českých
Budějovicích
Pedagogická fakulta
Katedra tělesné výchovy a sportu
Na Sádkách 2a/305
371 15 České Budějovice
e-mail: kukacka@pf.jcu.cz

Mgr. Jan Schuster, Ph.D.
Jihočeská univerzita v Českých
Budějovicích
Pedagogická fakulta
Katedra tělesné výchovy a sportu
Na Sádkách 2a/305
371 15 České Budějovice
e-mail: schuster@pf.jcu.cz

prof. MVDr. Tatiána Kimáková, Ph.D.
Univerzita Pavla Jozefa Šafárika
v Košiciach
Lekárska fakulta
Ústav verejného zdravotníctva
Šrobárova 2
04180 Košice, Slovenská republika
e-mail: tatiana.kimakova@upsj.sk

KEYWORDS:

Athlete's diet, mediterranean diet,
antioxidants

MANAGEMENT KVALITY VE ZDRAVOTNICTVÍ V PROBLEMATICE PÁDU HOSPITALIZOVANÉHO PACIENTA V ČESKÉ A SLOVENSKÉ REPUBLICCE

JANA VÁCOVÁ
JIHOČESKÁ UNIVERZITA
V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
NEMOCNICE JIHLAVA

ABSTRAKT

Pád pacienta je nejrizikovější a nejčastější nežádoucí událostí ve zdravotnickém zařízení, která zpomaluje a prodlužuje léčbu. Znamená zhoršení prognózy, komplikuje léčbu zraněním způsobeným pádem, ztěžuje průběh základního onemocnění. Proto se pádům hospitalizovaných pacientů intenzivně věnuje management kvality nemocnic.

Cílem výzkumného šetření bylo zjistit a pojmenovat rozdílné přístupy managementu kvality ve vybraných nemocnicích v České republice a ve Slovenské republice.

Metodika: Sběr dat k výzkumnému šetření probíhal metodou kvalitativního výzkumu pomocí techniky rozhovoru s respondentkami – manažerkami kvality. S realizací výzkumného šetření souhlasily dva poskytovatelé zdravotnické péče, jeden v ČR, druhý ve SR.

Výsledky: V každé ze zkoumaných zdravotnických zařízení je zavedený systém řízení kvality. Přístup managementu kvality k prevenci, sledování a vyhodnocení pádu hospitalizovaného pacienta poskytovatelů zdravotnické péče v České a Slovenské republice je odlišný.

KLÍČOVÁ SLOVA:

pád pacienta, management kvality, zdravotnické zařízení, vyhodnocování rizik pádu

ÚVOD

Kvalita ve zdravotnictví se zaměřuje na poskytování péče pacientovi správně, na správném místě, ve správný čas a správnými lidmi. Úroveň a představa kvality je ovlivněná hodnotami společnosti. Poskytovatelé zdravotní péče se zaměřují na zvyšování kvality ošetrovatelské péče zejména proto, že zdravotnické zařízení usiluje nebo se snaží o obhájení akreditace nebo certifikace. Zařazením mezi poskytovatele zdravotnické péče, které jsou držitelé akreditačních a certifikačních dokladů, si nemocnice budují dobrou pověst, udrží si své pacienty i přivádí nové, získávají vzdělané a erudované odborné pracovníky. Kvalitní poskytování zdravotnických služeb se promítá do spokojenosti pacientů i ekonomiky zdravotnické organizace (Kilíková, 2013). Management kvality je v souvislosti s procesem akreditace zdravotnických zařízení zaveden do praxe většiny zařízení poskytujících zdravotnické služby. Management rizik, který je součástí managementu kvality, znamená nastavení procesů ve zdravotnickém zařízení takovým způsobem, aby proaktivně chránily pacienty, zdravotníky, zařízení nemocnice i její majetek (Plevová a kol., 2012). Management rizik se skládá ze čtyř fází: identifikace, ohodnocení, zvládnutí a monitoringu. Aktivně vyhledává, identifikuje a vyhodnocuje rizika, která se uvnitř nemocnice vyskytují (Prokešová et al., 2014).

Pád v průběhu hospitalizace ve zdravotnickém zařízení je především a v první řadě nepříjemná událost pro pacienta. Zasáhne do pacientova zdravotního stavu v několika aspektech. Může mu způsobit nejen tělesné poranění, ale i změnit jeho psychický stav i sociální situaci. Pády postihují všechny věkové skupiny pacientů, od dětí až po seniory. Ve věkové kategorii seniorů a chronicky nemocných jsou pády nejrizikovější a nejčastější nežádoucí událostí, která komplikuje a prodlužuje léčbu (Marx, 2005). Pády pacientů vyvolává mnoho příčin a rizikových faktorů, proto je jejich diagnostika, prevence a léčba jejich následků složitým klinickým problémem (Brabcová, 2015).

CÍL VÝZKUMU A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

Cílem kvalitativní výzkumné sondy bylo zjistit rozdílné přístupy managementu kvality poskytovatelů zdravotnické péče k problematice pádu hospitalizovaného pacienta v České republice a na Slovensku.

Byly stanoveny výzkumné otázky:

1. Jaké rozdíly v přístupu managementu kvality k problematice pádu hospitalizovaného pacienta jsou v ČR a SR?
2. Jaké rozdíly jsou v certifikaci a akreditaci poskytovatelů zdravotnické péče v ČR a SR?

METODIKA VÝZKUMU

Výzkumné šetření probíhalo pomocí kvalitativní výzkumné techniky strukturovaného rozhovoru s manažerkami kvality ve vybraných nemocnicích v České republice a Slovenské republice. Tato dvě zdravotnická zařízení byla zvolena tak, aby odpovídala počtem lůžek a skladbou oddělení klinických oborů. Výzkumné šetření se zabývalo problematikou pádu pacienta na jednotlivých klinických odděleních vybraných poskytovatelů zdravotnické péče. Pro toto sdělení byla vybrána a interpretována data týkající se pouze managementu kvality.

Nemocnice A má 649 lůžek na 17 klinických odděleních, akreditaci pro poskytování zdravotnických služeb vydané Spojenou akreditační komisí o.p.s. (SAK). Certifikáty pro provoz laboratorních úseků vydalo Národní autorizační středisko pro klinické laboratoře při České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně (NASKL) a Českého institutu pro akreditaci (ČIA) viz Tabulka 1.

Nemocnice B má 641 lůžek na 16 klinických odděleních, certifikát o akreditaci pro poskytování zdravotnických služeb nevlastní. Specifické certifikáty pro provoz laboratorních úseků nevlastní. Systém kvality je řízený pomocí normy ISO vydané Mezinárodní organizací pro normalizaci viz Tabulka 1.

Tabulka 1: Přehled vybraných zdravotnických organizací

	Nemocnice ČR	Nemocnice SR
Počet lůžek	649	641
Počet klinických oddělení	17	16
Certifikát akreditační autority pro poskytování zdravotnické péče	SAK o.p.s	
Certifikáty pro provoz laboratorních úseků	ISO 9001:2016	ISO 9001:2015
	ISO 15189:2013 (ČIA)	
	NASKL	

Zdroj: Vácová, 2021

V nemocnici A pracuje respondentka R1 na své pozici 11 let, v nemocnici B pracuje respondentka R2 na své pozici 6 měsíců viz Tabulka 2.

Tabulka 2: Specifické údaje o respondentkách

Repondentka R1 Nemocnice A - ČR		Respondentka R2 Nemocnice B - SR	
vzdělání	Bc., všeobecná sestra	vzdělání	Mgr., PhD., veřejné zdravotnictví
délka praxe	11 let	délka praxe	6 měsíců

Zdroj: Vácová, 2021

Vybrané nemocnice souhlasily s výzkumným šetřením, rozhovory s respondentkami probíhaly na základě jejich osobního svolení k rozhovoru podle předem připravených otázek a provedení jeho zvukového záznamu. Po návratu z výzkumného prostředí byly rozhovory přepsány, následně kódovány metodou „tužka-papír“, následně kategorizovány. Interpretace získaných dat byla provedena technikou „výklad karet“.

VÝSLEDKY A DISKUZE

Otázky připravené k polostrukturovanému rozhovoru s respondentkami byly tématicky rozděleny do tří oblastí. První oblast se týkala nastaveného systému řízení kvality a bezpečí poskytované péče ve zkoumaných zdravotnických zařízeních, druhá oblast zjišťovala znalosti respondentek v monitoringu a prevenci pádů hospitalizovaných pacientů, třetí oblast se zaměřuje na specifika a rozdíly v zavedeném systému managementu kvality obou nemocnic.

1. SYSTÉM ŘÍZENÍ KVALITY A BEZPEČÍ POSKYTOVANÉ PÉČE

R1 i R2 se shodly na tom, že ve vybraných nemocnicích za oblast **plánování, řízení, monitorování a zvyšování kvality bezpečí poskytovaných služeb** je zodpovědná podle vyjádření R1: „*manažerka kvality*“ a R2 dodává: „*zodpovědná jsem já, moje pozice je samostatná, úzce spolupracuji s vedením nemocnice*“.

Na dotaz, zda má nemocnice zpracován **program zvyšování kvality a bezpečí poskytovaných služeb** odpovídaly obě respondentky shodně. První rozdíl byl patrný při zjišťování, kdo se na definování a aktualizaci tohoto programu podílí. R1 sdělila: „*Každý rok se aktuálně zpracovává příručka kvality se strategií a plánem na daný kalendářní rok. Zpracovatelem je manažerka kvality a na tvorbě se podílí vedení nemocnice*“. R2 uvedla: „*Není to vysloveně program, ale spolupráce vedení nemocnice s manažerkou kvality. Řídíme se v podstatě řízenými dokumenty, především těmi, které se týkají bezpečí pacientů*“. Je tedy zřejmé, že v nemocnici B neaktualizují program na zvyšování kvality a bezpečné péče každoročně.

Rozdíl byl zřejmý i při reakci na otázku směřující k **indikátorům kvality**. R1 specifikovala tři skupiny indikátorů kvality, které jsou v nemocnici A sledovány, uvedla že „...v celé nemocnici, na klinických odděleních a na pracovištích komplementu“, vyjmenovala celkem 20 indikátorů, včetně sledování rizika pádu. R2 uvedla: „Sledujeme nozokomiální nákazy, dekubity a výskyt nežádoucích událostí“. O sledování výskytu pádů se nezmínila.

Na dotaz směřující k informaci kdo ve vybraných zdravotnických zařízeních **vypracovává standardní ošetrovatelské postupy** reagovala R1 že, „...tým ošetrovatelské péče na základě podnětu manažerky kvality, náměstkyně ošetrovatelské péče nebo podnětu z klinických pracovišť přes vrchní sestru“, v nemocnici B podle vyjádření R2 mají zavedenou následující praxi „...standards ošetrovatelské péče vypracovává náměstkyně ošetrovatelské péče ve spolupráci s vrchní sestrou toho oddělení, která oblasti nejvíce rozumí“.

Systém interních auditů v obou nemocnicích funguje shodně. Obě respondentky se shodovaly v tom, že mají stanoven tým interních auditorů a vypracován harmonogram interních auditů na celý rok. Za sestavení harmonogramu v obou nemocnicích i za jeho dodržování zodpovídá manažerka kvality. Patrný rozdíl v odpovědích respondentek vznikl, když otázka specifikovala oblasti auditovaných zdravotnických služeb. V nemocnici A podle R1 provádí audity v oblasti „...kontroly procesů na klinických odděleních, komplementu i provozu nemocnice, audit zdravotnické dokumentace, audit hygieny a prostředí, a auditujeme i namátkově“, v nemocnici B „...se zaměřujeme na ty nejkritičtější oblasti v souvislosti s poskytováním zdravotnické péče a na bezpečí pacientů...tak různě“. Další otázka zjišťovala, **jakým způsobem jsou využívány závěry interních auditů ke zvyšování kvality a bezpečí**. V nemocnici A podle odpovědi R1 „Každé oddělení obdrží zápis s vyhodnocením auditu, popřípadě doplněný požadavkem o stanovení nápravných opatření, termínem jejich splnění. Na základě zjištěných nedostatků jsou prováděny námatkové audity, zdali došlo k nápravě. Na základě nedostatků zjištěných při auditech jsou revidovány vnitřní předpisy, či vznikají nové řízené dokumenty. Výstupy z auditů jsou i podnětem pro zpracování cílů či námětů pro zlepšení z dalším obdobím“. V nemocnici B mají podle sdělení R2 zavedenou tuto praxi: „Pokud se zjistí nějaké nedostatky nebo neshody, tak jsou vypracována nápravná opatření, je informován vedoucí pracovník. Jinak si výsledky auditů řeší vrchní sestry samy nebo s náměstkyní ošetrovatelské péče. Zatím tady nebyl žádný případ, který bych musela řešit já“.

Na otázku směřující k tomu, jak **nastavení systému hlášení nežádoucích událostí** funguje ve vybraných nemocnicích reagovala R1: „Hlášení se zadává elektronicky do systému, který je přístupný všem zaměstnancům, zajišťuje anonymitu hlášení. Dle legislativy každý rok povinně hlásíme agregovaná data do SHNU (Systému hlášení nežádoucích událostí) na ÚZIS (Ústav zdravotnických informací a statistiky). Nežádoucí události zpracovávám 1x měsíčně, výstup mají zaměstnanci dostupný na intranetu, seznamuji s nimi pravidelně na primářském aktivu a na poradě vrchních sester.“ V kontrastu s touto odpovědí R2 udává: „Na to úplně neumím odpovědět, vím, že máme tiskopisy na Hlášení nežádoucích

událostí, a když se nějaká přihodí, tak lékař, popřípadě vrchní sestra hlásí tyto události. Hlásí se to, myslím, lékařskému řediteli a náměstkyni ošetrovatelské péče a všichni vědí jaký je správný postup“. **Kořenové analýzy příčin nežádoucích událostí** v nemocnici A podle R1 řeší takto: „Analyzujeme závažné nežádoucí události, analýzy se účastní vždy manažerka kvality, náměstek podle typu dotyčné nežádoucí události, tedy ošetrovatelské péče, lékařské péče, provozně technický náměstek, někdy i ředitel, podle závažnosti i členové týmu ošetrovatelské péče. Všichni zúčastnění se vyjadřují k tématu a připomínají analýzu. Definitivně pak uzavírá manažerka kvality.“ V nemocnici B podle R2 mají jiný postup „Myslím, že to jde na ředitelství a vedení to řeší. Lékařský problém lékařský ředitel, sesterský paní náměstkyně ošetrovatelské péče. Doplnující otázka zněl: „Vy jako manažerka kvality se neúčastníte provádění kořenové analýzy?“ R2 odpověděla: „Zatím se to nestalo“.

Při otázce jakým způsobem se **výsledky analýz nežádoucích událostí používají k trvalému zvyšování bezpečí poskytovaných služeb**, respondentky odpovídají. R1 „Prezentují nežádoucí události na všech poradách, přehled je umístěn pro všechny zaměstnance na intranetu, řeším je vždy spolu s vedoucími jednotlivých klinik. Při systémové chybě přehodnocujeme procesy...význam je preventivní.“ R2 popisuje praxi v nemocnici B: „Může se to promítnout do vytvoření nějakých směrnic, které by zvyšovaly kvalitu. Právě jsme revidovali směrnici, která se týká dekubitů.“

Na dotaz jakým způsobem jsou jednotlivá **pracoviště informována o výsledcích analýzy nežádoucích událostí** reaguje R1: „Předávám informace na primářském aktivu, poradách oddělení a úseku, vyhodnocuji pravidelně 1x měsíčně.“ R2 odpovídá: „To já nevím.“

Poslední dotaz tohoto okruhu otázek se týkal **zapojení do systému hlášení nežádoucích událostí na celostátní úrovni, jakým způsobem, a v které instituci**. Nemocnice A prostřednictvím R1 předává informaci „Hlášení pádů je součástí národního systému hlášení na SHNU, je to povinnost od roku 2018.“ R1 odpovídá, že v nemocnici B „Data se hlásí na NCZI (Národní centrum zdravotnických informací) a tam je zpracovávají statisticky. Do jaké databáze Vám neumím odpovědět, ale určitě se to hlásí. Nevím, nemám to na starosti.“

2. MONITORING A PREVENCE PÁDŮ PACIENTŮ

Otázky v oblasti monitoringu a prevence pádu pacienta byly zaměřeny na zmapování informovanosti respondentek v problematice pádu pacienta. Sloužily k získání přehledu o informovanosti manažerek kvality v problematice pádu hospitalizovaného pacienta. Otázky směřovaly k datům, které manažerka kvality sbírá o pádu pacienta, které jsou součástí hlášení nežádoucích událostí, a na základě kterých jsou vypracovávány hlášení předávané do celostátních registrů. Na základě těchto dat by měla být ve zdravotnických organizacích stanovována nápravná opatření a změny v řízených dokumentech nemocnice v oblasti problematiky pádu pacienta.

Z následujícího přehledu dat, která jsou interpretována v Tabulce 3, je zřejmý rozdíl v orientaci respondentek v oblasti problematiky pádu pacienta.

Tabulka 3: Monitoring informovanosti respondentek

Nemocnice A – R1	Nemocnice B – R2
Používaný vnitřní předpis pro screening rizika pádu?	
Standard ošetrovatelské péče „Prevence pádů a jeho řešení“.	Odebírání ošetrovatelské anamnézy.
Používaný screening rizika pádu?	
Vlastní screeningový nástroj.	Gaitův funkční test.
Rescreening v průběhu hospitalizace?	
Zhoršení zdravotního stavu pacienta, změna mobility, změna stavu vědomí nebo sebepéče, po operaci, dezorientaci.	Nepřehodnocujeme.
Sledované rizikové faktory rizika pádu?	
Snížení soběstačnosti, porucha rovnováhy, demence, operace, věk nad 70 let, používání kompenzačních pomůcek, prvních 24 hodin v nemocnici, farmakoterapie.	Věk pacienta.
Skupiny pacientů se zvýšeným rizikem pádu?	
Senioři nad 70 let částečně soběstační.	Geriatřičtí a imobilní pacienti.
Onemocnění zvyšující riziko pádu?	
Demence.	Diabetes, psychiatrické diagnózy.
Medikace zvyšující riziko pádu?	
Hypnotika, diuretika, antipsychotika.	Psychotropní látky.
Způsob zajištění bezpečného prostředí?	
Úprava prostředí na pokoji, odstranění překážek, správná obuv, signalizace.	Protiskluzová podlaha, madla v koupenách.
Ošetrovatelské intervence snižující riziko pádu?	
Edukace pacienta, dostupnost signalizace, noční osvětlení, přítomnost sestry při vstávání z lůžka.	Neumím odpovědět
Edukace pacienta v riziku pádu?	
Ústně při přijetí, opakovaně po pádu, edukační letáky.	Neumím odpovědět.

Význam použití postranic?	
Má význam, snižuje riziko pádu.	Snižují riziko pádu, dobrá věc.
Nejčastější příčina pádů?	
Přesun lůžko-toaletní křeslo, při vstávání z lůžka, pád ve sprše.	Neumím odpovědět.
Nejčastější zranění při pádu pacienta?	
Bez odpovědi.	Neumím odpovědět.
Účinné zavedené nápravné opatření?	
Revize standardu ošetrovatelské péče.	Neumím odpovědět.

Zdroj: Vácová, 2021

3. MANAGEMENT KVALITY VE VYBRANÝCH ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍCH

V oblasti managementu kvality bylo prvním dotazem zjišťováno, zdali vybraná nemocnice získala certifikát kvality, pokud ano, tak jaký. R1 odpověděla: „*ISO 9001:2015, NASKL a ČIA.*“ (Národní autorizační středisko pro klinické laboratoře při České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně a Českého institutu pro akreditaci). R2 uvedla „*ISO 9001:2015*“.

Na otázku zdali je nemocnice, ve které je prováděna výzkumná sonda, držitelkou certifikátu o udělení akreditace odpověděla R1: „*Ano, jsme akreditované zdravotnické zařízení u SAK o.p.s.*“ R2 považovala certifikát ISO za akreditační certifikát.

Dalším dotazem bylo zjišťováno, které akreditační agentury na Slovensku udělují akreditaci pro zdravotnickou péči a kolik jich na Slovensku je. R1 odpověděla: „*Na Slovensku nevím, u nás to jsou společnosti, které prošly akreditací na ministerstvu zdravotnictví a je jich asi pět.*“ R2 neuměla odpovědět: „*Nevím, jestli u nás taková akreditační autorita existuje.*“

Kdo u Vás v nemocnici provádí statistiky a analýzy nežádoucích událostí“ zněl další dotaz. Odpověď R1: „*Manažerka kvality*“. R2 řekla: „*To je různé, u dekubitů dělá statistiky vedoucí sestra kliniky anesteziologie a resuscitace, nějaké statistiky mi chodí od náměstkyně ošetrovatelské péče...*“ Na doplňující dotaz: „*A Statistiku pádů provádí kdo?*“ R2 odpověděla: „*Náměstkyně ošetrovatelské péče.*“ Na otázku jakým koeficientem přepočítává konkrétní vybraná nemocnice koeficient pádů na 1000 pacientů odpovídá R1: „*V rámci vyhodnocování SHNU (Systém hlášení nežádoucích událostí) získáme porovnání v rámci velkých nemocnic České republiky a to v absolutních číslech a počet pádů na 1000 hospitalizovaných pacientů.*“ R2 neodpověděla.

Poslední otázka zjišťovala jakým koeficientem je přepočítáván index pádů na 1000 lůžkodnů. R1 odpověděla, že „*Využíváme výpočtu indikátoru kvality, tedy podíl zranění na 1000 ošetrovacích dnů.*“ R2 neodpověděla.

DISKUZE

Otázky směřující do oblasti **systému řízení kvality a bezpečí poskytované péče** odhalily rozdílné postupy v řízení managementu kvality. Manažerka kvality ve slovenské nemocnici dostává výstupy z hlášení nežádoucích událostí, indikátorů kvality zpracované, neúčastní se diskuzí nad nápravnými opatřeními, neprovádí kořenovou analýzu příčin nežádoucích událostí. Tato skutečnost je jistě daná rozdílným systémem řízení kvality v obou nemocnicích. K funkčnímu a systémovému řízení kvality je nutné k ISO certifikaci doplnit akreditaci nemocnice v oblasti poskytování zdravotnických služeb národní nebo mezinárodní akreditační autoritou.

V oblasti **monitoringu a prevence pádů pacientů** byly zjištěny rozdíly v mnoha otázkách, které byly respondentkám položeny. R2 prokazovala nejistotu nejen v oblasti standardů ošetrovatelské péče, na základě kterých je řízen proces hodnocení rizika pádu pacienta při hospitalizaci, ale i v tom, jaké výstupy směrem k úpravě intervencí sestry nebo standardů ošetrovatelské péče jsou ve zdravotnické organizaci tvořeny, na základě hodnocení nežádoucích událostí typu „Pád pacienta“ a ke snížení incidence této nežádoucí události. V oblasti **management kvality ve vybrané zdravotnické organizaci** z odpovědí respondentek vyplynulo, že rozdíly v systému řízení kvality jsou způsobené rozdílnými certifikáty kvality, které vybrané nemocnice vlastní. Slovenská nemocnice vlastní certifikát ISO, nežádala zatím o akreditaci v oblasti poskytování zdravotnických služeb.

Zjištěné rozdíly v systému řízení managementu kvality v obou vybraných nemocnicích má několik proměnných.

První proměnná je doba praxe manažerky kvality ve slovenské nemocnici. Působila na své pozici v době sběru dat 6 měsíců, zatímco její česká kolegyně pracovala jako manažerka kvality 11 let. Zkušenost a orientovanost R1 v oblasti managementu zdravotnické organizace byla zřejmá. Byla zřejmá i neorientovanost v procesech řízení kvality zdravotnické organizace u respondentky R2. Bylo by vhodné doplnit její manažerské dovednosti vzděláním zaměřením na řízení rizik.

Druhou proměnnou je rozdílné vzdělání obou respondentek, které se promítlo v druhé oblasti otázek. Zatímco R1 je všeobecná sestra, R2 vystudovala veřejné zdravotnictví. Zřejmě i proto jsou znalosti v oblasti problematiky a monitoringu pádů hospitalizovaných pacientů rozdílné.

Třetí proměnná je rozdílný systém řízení kvality zdravotnických organizací v obou státech. Zatímco v české nemocnici management kvality ovlivňuje zvládnutý proces akreditace v oblasti poskytování zdravotnických služeb a ISO certifikace v oblasti laboratorních služeb a komplementu, slovenská nemocnice není držitelkou akreditačního certifikátu v oblasti poskytování zdravotnických služeb.

ZÁVĚR

Byly zjištěny rozdílné přístupy managementu kvality k problematice pádu hospitalizovaného pacienta v nemocnicích v České a Slovenské republice.

Byl zjištěn rozdíl v systému řízení managementu kvality v nemocnicích v České a Slovenské republice související s certifikací a akreditací poskytovatelů zdravotnických služeb.

Tato výzkumná sonda do vnímání rizika pádu managementem vybraných nemocnic v České a Slovenské republice má svá omezení. Výzkumný vzorek vznikl vyčleněním rozhovorů manažerek kvality z výzkumného vzorku 20 rozhovorů získaných od vedoucích sester klinik interních a chirurgických oborů obou zdravotnických organizací. Rozhovory byly zaměřeny na problematiku pádu pacienta při hospitalizaci. K rozšíření výzkumného vzorku vedoucích sester o rozhovory s manažerkami kvality došlo na základě zjištění rozdílů v systému řízení kvality obou zdravotnických zařízení, které již během sběru dat byly zřejmé. Omezení výzkumné sondy je dané malým výzkumným vzorkem, jistě by bylo zajímavé doplnit data a rozšířit výzkum na úrovni managementu kvality v několika nemocnicích na obou stranách hranice.

POUŽITÉ ZDROJE

- [1] BRABCOVÁ, I., BÁRTLOVÁ, S., 2015. *Management v ošetrovatelské praxi*. Praha: NLN, 288 s. ISBN 978-80-7422-402-7.
- [2] KILÍKOVÁ, M. 2013. *Teória manažmentu v ošetrovatelstve*. Příbram: Ústav sv. Jána Nepomuka Neumanna, 391 s. ISBN 978-80-260-3845-0.
- [3] MARX, D. 2005. Riziko pádů ve zdravotnických zařízeních. *Diagnóza v ošetrovatelství*, 1(3): 140-173. ISSN 1801-1349.
- [4] PLEVOVÁ, S. a kol. 2012. *Management v ošetrovatelství*. Praha: Grada. 304 s. ISBN 978-80-247-3878-0.
- [5] PROKEŠOVÁ, R., BRABCOVÁ, I., BÁRTLOVÁ, S. et al. 2014. Specifics of Risk Management in Select Medical Facility. *Kontakt*, roč. 16, e256e262. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.kontakt.2014.10.004>

QUALITY MANAGEMENT IN HEALTHCARE IN THE ISSUE OF THE FALL OF A HOSPITALIZED PATIENT IN THE CZECH AND SLOVAK REPUBLICS



ABSTRACT

A patient's fall is the most risky and common adverse event in a healthcare organization that slows and prolongs treatment. It means a worsening of the prognosis, complicates the treatment of injuries caused by a fall, complicates the course of the underlying disease. Therefore, the management of hospitalized patients in healthcare organizations is intensively involved in quality management.

The aim of the research was to identify and name different approaches to quality management in selected hospitals in the Czech Republic and the Slovak Republic. Methodology: Data collection for the research survey was carried out using the method of qualitative research using the technique of interview with respondents - quality managers. Two health care organizations agreed, one in the Czech Republic and the other in the Slovak Republic, to carry out the research survey.

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

Mgr. Jana Vácová
Jihočeská univerzita v Českých
Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Ústav ošetřovatelství, porodní
asistence a neodkladné péče
J. Boreckého 1167/27
370 11 České Budějovice

Nemocnice Jihlava p. o.
Vrchlického 59
586 33 Jihlava
e-mail: vacovaj@nemji.cz

Results: A quality management system is in place in each of the examined health care organizations. The approach of quality management to the prevention, monitoring and evaluation of the fall of a hospitalized patient in a healthcare organization in the Czech and Slovak Republics is different.

KEYWORDS:

patient fall, quality management, healthcare organization, fall risk evaluation

NEGLIGENCE IN THE EDUCATION OF CHILDREN WHOSE PARENTS ARE SERVING A CUSTODIAL SENTENCE

BARBARA NOWAK
UNIVERZITA KOMENSKÉHO
V BRATISLAVE



ABSTRACT

Education negligence concerning children whose parents service a sentence of imprisonment constitute a significant challenge for post-penitentiary help which is directed to both inmates and their families. Children are left to their own devices in many cases, they become isolated with one parent and do not find understanding and support from the other parent. Children must also cope with a sense of shame, rejection and social exclusion. All these factors have a negative impact on performing compulsory education which often becomes unbearable for a child. A child is not able to meet school expectations because he or she spends too little time on studying, which results in a growing range of education negligence which leads to wrong decisions – avoiding school and isolation in its own world. This situation requires a quick help intervention the key aim of which is to make a child go back to a proper functioning in a school environment.

KEYWORDS:

education negligence, school failures, low self-esteem, imprisonment sentence, social exclusion, marginalization, parents' life helplessness, assistance activities directed to a child and parents, post-penitentiary help, probation service, prison service, non-government organization supporting inmates and their families

INTRODUCTION

A problem of education negligence refers to children whose parents serve a sentence of imprisonment and it constitutes an important element of searching a proper assistance activities strategy directed to a huge group of inmates' children. It is a successive challenge for present-day social work which should be opened to the needs of people and which appears in various social areas. One of these areas is a school environment connected with a penitentiary unit and a child whose parent serves a sentence. When a pupil does not receive help from both parents and teachers a child finds himself or herself in a very difficult situation. It happens when one of a child's parents serves a sentence of imprisonment, which becomes a huge emotional experience for a child. What's more, a child has a problem to cope with the situation alone. It is often a case in these situations that the other parent who is focused on his or her own suffering and difficulties does not see child's loneliness and does not give a child any support and understanding. A parent remaining at large often states that it is him or her who is a 'victim' in this situation and he or she must implement obligations connected with bringing up children and cope with financial issues (Kusztal, 2016). One of the first symptoms of child's problems in a new situation are school failures which if neglected by a parent or teachers can lead to education negligence. Children are ashamed that their parent is in prison and keep it secret as long as possible (Tůma, Ondrušová, 2018). They do not want their teachers and friends to know about the case. Therefore, children are doomed to loneliness, they avoid contacts with peers. Teachers do not understand a child's position and often explain his or her poor marks as a result of his or her being lazy, which leads to a child's deterioration of behaviour notes. When a parent's prison sentence is revealed in a social environment and the information is known to a child's school, a process of social stigma takes place, which can only escalate a child's failures. In this situation, a child's defence mechanism is avoiding school by playing truant and skipping classes (Gucwa-Porębska, 2017).

1. THE SYMPTOMS OF EDUCATION NEGLIGENCE IN THE CASE OF THEINMATES' CHILDREN

One of the most important factors leading to education negligence is a lack of parents' interest in their children's school achievements, which is clearly seen in the case of children with social exclusion who need to tackle lots of problems of social character. School failures constitute a part of experienced difficulties. In the field of Polish pedagogy a problem of education negligence was discussed from the beginning of its development but mostly at the end of 19th century and at the beginning of 20th century (Muczkowski, 1905). S opinions and actions he took deserve special attention. He indicated how teachers should cope with children who are morally and educationally neglected. He also argued that teachers should recognize first symptoms of negligence, which restricts child's education development. He showed an adequate code of conduct

so that learning process could become comprehensible for a child. Learning should evoke interest and innate skills which even the most neglected children possess. According to Sawczyński, teachers should not only address teaching but also be able to recognize a child's problems which constitute a barrier in acquiring knowledge. (Serkowski, 1904). Markiewicz's postulates (Strzelecki, 1997), were extremely helpful in working with socially excluded children including arrestees' children. He insists on propounding that it is education that gives a child a chance for a better life, it enables a child to believe in his or her abilities and solidifies a conviction that a child is a valuable human being. When he talked about an educationally neglected child, he indicated a lack of harmonious actions both in the field of education and upbringing. Therefore, all measures should be taken to recognize the very first symptoms of a child negligence in the physical and mental sphere which result in education negligence. He insisted on propounding that teachers should try to see any difficulties from the very first meetings with a child, which could help a child to shape a child's character, will and creative activities and to know a child's innate abilities and loads of hidden strength (Tůma, 2018). Education negligence problem among children was also discussed by Babicki who saw repeatedly dysfunction in their personality, difficulties in family environment, difficult social conditions. He showed that one of the reasons of this situation is a lack of close relations with a student, which restricts gaining his or her trust. Deficiencies in knowing any social barriers were also very important. They resulted in child's education negligence. He was convinced that deficiency in proper development conditions in a family environment including biological, social, mental needs' negligence was a reason of children's education negligence (Czerwiński, 2020). In many cases detainees' children came from families deeply corrupt where alcoholism, prostitution or thefts were a reason of committing crimes. In these situations parents did not have any education, they were not able to use a formal language properly. Adult people were often illiterate. A problem of children's education was a matter of abstraction in these families and education was only children's problem. They often were clever and diligent students. Education negligence among detainees' children took place as a result of following factors:

- poverty, a lack of livelihood, a lack of proper clothes for particular seasons of the year,
- life helplessness of one of the parents being at large,
- inheritance of life helplessness,
- a lack of education among parents and their illiteracy'
- homelessness, living "in the street",
- living in subbasements deprived of basic conditions needed for a proper child development,
- health negligence, a huge morbidity rate of tuberculosis, a lack of money to buy medicaments,
- one of parents' mental disease,
- urging children to mendicancy to get livelihood,

- children's physical work,
- a lack of access to books and other education aids,
- a lack of support from the family,
- children's mental problems as a result of trauma experiences,
- domestic violence,
- prostitution as a result of domestic violence (Steinberg, 1910)

Table chart Nr 1: The most common symptoms of education negligence among the detainees' children in Galicia and Krakow province in 1895-1939

years	Children's age	Symptoms of negligence	comments
1895-1897	5-11 years	- poverty, -homelessness, -diseases including tuberculosis -mendicancy near churches, - physical work including cleaning craft workshops.	Five children were noted dead as a result of fatal accidents at work.
1899-1900	6-12 years	-poverty, - homelessness, -diseases including tuberculosis, -mendicancy near churches, -physical work including cleaning tenement houses, -a lack of fuel in subbasements	
1901-1903	5-12 years	-poverty, -infectious diseases, -mendicancy near churches, -physical work including cleaning craft workshops.	Fifty four children were noted dead as a result of infectious diseases.
1904-1905	4-13 years	--poverty, -homelessness, -diseases including tuberculosis, -mendicancy near churches, -physical work including carrying passengers' luggage at the train stations	
1906-1907	5-11 years	- poverty, -homelessness, - diseases including tuberculosis and pertusis, -mendicancy near churches, -physical work including cleaning craft workshops, carrying passengers' luggage at the train stations, newspapers delivery.	

1908-1909	6-10 years	<ul style="list-style-type: none"> - poverty, -homelessness, -diseases including tuberculosis, -mendicancy near churches, -physical work including cleaning craft workshops. 	
1910-1913	7-13 years	<ul style="list-style-type: none"> -poverty, -homelessness, -diseases, -mendicancy near churches, -physical work, - mendicancy at the city market 	Seven children were noted dead as a result of a lack of proper care.
1914-1918	5-15 yeras	<ul style="list-style-type: none"> -poverty, -homelessness, -diseases including tuberculosis, -mendicancy near churches, -physical work including cleaning craft workshops, - thefts, -collecting fuel, -prostitution. 	
1919-1922	6-15 yeras	<ul style="list-style-type: none"> -poverty, -homelessness, -diseases including tuberculosis, -mendicancy near churches, at the city market, -physical work including cleaning craft workshops and stalls at the city market, -prostitution. 	
1923-1924	4-14 years	<ul style="list-style-type: none"> -poverty, -homelessness, -diseases including infectious diseases, -mendicancy near churches, -physical work including cleaning tenement houses, taking up work as servants. 	
1925-1926	5-13 years	<ul style="list-style-type: none"> - poverty, -homelessness, -diseases including tuberculosis, -mendicancy near churches, at the city market, -physical work, -residence at the Orphan's Home 	

1927-1928	4-15 yeras	<ul style="list-style-type: none"> -poverty, -homelessness, -diseases including tuberculosis, -mendicancy near churches, -physical work including cleaning craft workshops, -prostitution, -thefts 	
1929-1930	6-12 years	<ul style="list-style-type: none"> - poverty, -homelessness, -diseases including tuberculosis, -mendicancy near churches, -physical work including train stations 	Six children were found frozen.
1931-1932	4-14 years	<ul style="list-style-type: none"> - poverty, -homelessness, -diseases including tuberculosis, -mendicancy near churches, -physical work including cleaning craft workshops, tenement houses, trains stations, -lack of winter clothes 	
1933-1934	6-15 years	<ul style="list-style-type: none"> - poverty, -homelessness, -diseases including tuberculosis, -mendicancy near churches, -physical work including cleaning craft workshops, market halls -selling newspapers. 	
1935-1936	5-15 years	<ul style="list-style-type: none"> -- poverty, -homelessness, -diseases including tuberculosis, -mendicancy near churches, -physical work including cleaning craft workshops and streets and stalls, -selling newspapers. 	

1937-1939		-- poverty, -homelessness, -diseases including infectious diseases, -mendicancy near churches, -physical work including cleaning craft workshops, tenement houses, work at the trains stations, taking up work as servants -a lack of winter clothes	
-----------	--	---	--

Source My own research: Akta Katolickiego Stowarzyszenia Kobiet; Rocznik Towarzystwa Dobroczyńności W.M. Krakowa za rok 1886, Kraków 1887; Rocznik Towarzystwa Dobroczyńności W.M. Krakowa za rok 1889, Kraków 1890; Rocznik Towarzystwa Dobroczyńności W. M. Krakowa za rok 1892, Kraków 1893.; Rocznik Towarzystwa Dobroczyńności W.M. Krakowa za rok 1912, Kraków 1913, Akta personalne kobiet i dziewcząt zakładu Towarzystwa Dobroczyńności 1872-1913, sygn. TD 419; Dziennik dziewcząt 1902-1904, sygn. TD 363, Korespondencja w sprawie ubogich i sierot głównie o przyjęcie do zakładu, sygn. TD 443; Kuchnia dla inteligencji, sygn, Sprawozdanie roczne dotyczące Zarządu kuchni dla inteligencji K.S.K ul. Tomasz nr 31, sygn. 127; Schronisko Opieki nad młodymi dziewczętami, sygn. 165; Kuchnia ludowa, sygn. 155-157; Opieka nad dziewczętami pw. św. Józefa, sygn. 421, 6; Pismo z dnia 1 lipca 1937 r. do związków Stowarzyszeń i Zakładów Dobroczyńnych, wychowawczych i opiekuńczych Archidiecezji Krakowskiej „Caritas”, NR 103; Księga Dziełek Bożych pod opieką Towarzystwa Dobroczyńności w Krakowie zostających 1885-1912, sygn. TD 296; (National Archive in Krakow), (Catholic Women Association Records Charity Association Yearbook W.M. Krakow in 1886, Krakow 1887; W.M. Krakow Charity Association Yearbook in 1889, Krakow 1890; Charity Association Yearbook W. M. Krakow in 1892, Krakow 1893.; Charity Association Yearbook W.M. Krakow in 1912, Krakow 1913, Women and girls personal records from Charity Association Institute 1872-1913, sygn. TD 419; Girls register 1902-1904, sygn. TD 363, Correspondence about the poor and orphans to be admitted to the institute sygn. TD 443; Cuisine for the intelligent people, sygn, Annual Report referring to Managing Cuisine for the intelligent people K.S.K 31 Tomasz Street , sygn. 127; Care shelter for Young girls, sygn. 165. People’s Cuisine sygn. 155-157; Girls’ care pw. saint. Józef, sygn. 421, 6; A letter from 1st July 1937 year for Associations and Charity Institutes Krakow Archidiecezja „Caritas”, NR 103; God’s children’s Book under care of Charity Association in Krakow in 1885-1912, sygn. TD 296; (National Archive in Krakow)

The findings of the study indicate that the most common symptoms of education negligence among the detainees’ children in Galicia and Krakow province in 1895-1939 were: poverty, homelessness, diseases including tuberculosis, mendicancy near churches, physical work including cleaning craft workshops.

Due to social and economic changes at the turn of the centuries the convicts' children's symptoms of education negligence partially altered. A part of them remained unchanged and can be regarded as consistent and independent from above-mentioned factors.

There is a list of such factors:

- poverty
- life helplessness of one of the parents being at large,
- inheritance of life helplessness,
- one of parents' mental disease,
- a lack of support from the family,
- children's mental problems as a result of trauma experiences,
- domestic violence,

There is a list new symptoms of education negligence:

- parents' low level of education,
- unemployment of a parent's remaining at large,
- addiction of a parent's remaining at large, mainly addiction to alcohol,
- a lack of interest in a child situation and problems from parents and school environment,
- difficult relations between a child and a teacher, which results from a child's situation,
- a limited access to pedagogical and psychological help for the prisoners' children,
- a limited access to pedagogical and therapeutic assistance for a parent being at large,
- repeating a year students or a multiplication of this problem,
- limited chances in the area of lowering education requirements for the prisoners' children experiencing school failures, which is a result of lack of proper cooperation between a parent at large and a pedagogical panel at school where a child attends,
- growing social isolation of the prisoner's family, including mostly the child's marginalization in the school environment, difficult relations with peers.

Due to structural transformation in Poland at the beginning of 1990s when a socialistic system collapsed accompanied by the welfare state which provided every citizen with work and an access to Social Services in difficult life situation, when a market economy becomes a new social challenge, many people with a low education level, bearing an unemployment experience or when one of the family members serves a sentence. Therefore, prisoners' children's education negligence occurs including these stated below:

- children's addiction to drugs and alcohol,
- interests in subcultures meeting a child's 'expectations' due to experiencing of deficiency in family and school support,
- children's suicidal attempts resulted from being unable to cope with one of the parents' prison isolation,
- staying at care institutions, youth pedagogic centres, sociotherapy centres resulted from Social Services and school intervention,
- child's growing social isolation (Jasiński, 2018).

Table chart NR 2: The most common education negligence symptoms among the prisoners' children in People's Poland and during a structural transformation.

Years	Children's age	Preponderant symptoms of negligence	Comments
1950-1955	6-15 years	-poverty, -life helplessness of one of the parents being at large -inheritance of life helplessness,	More than 60% of the inmates' families can be classified as people living in poverty.
1956-1960	7-12 years	-parents' low level of education, -life helplessness of one of the parents being at large -inheritance of life helplessness,	
1965-1970	5-12 years	-life helplessness of one of the parents being at large, -inheritance of life helplessness,	Social isolation was connected with a family stigmatization.
1971-1980	4-15 years	-a limited access to pedagogical and psychological help for the prisoners' children -a limited access to pedagogical and therapeutic help for a parent being at large, -life helplessness of one of the parents being at large -inheritance of life helplessness,	

1981-1990	3-14 years	<ul style="list-style-type: none"> -limited prospects in the area of lowering education requirements for the inmates' children experiencing school failures, which is a result of lack of proper cooperation between a parent at large and a pedagogical panel at school where a child attends -guiding a child to a special Leeds school due to growing school problems including repeating a year and behavior problems, 	
1991-2000	6-17 years	<ul style="list-style-type: none"> -guiding a child to a special Leeds school due to growing school problems including repeating a year and behavior problems, -growing social isolation of the inmates' family, including mostly the child's marginalization in the school environment, difficult relations with peers 	
2001-2010	5-17 years	<ul style="list-style-type: none"> -children's addiction to drugs and alcohol, -interests in subcultures meeting a child's 'expectations' due to experiencing of deficiency in a family and school support. 	
2011-2015	3-17 years	<ul style="list-style-type: none"> -staying at care institutions, youth pedagogic centres, sociotherapy centres resulted from Social Services and school intervention, 	Social care centers had the greatest impact on directing children to social care institutions.
2016-2018	3-17 years	<ul style="list-style-type: none"> -staying at care institutions, youth pedagogic centres, sociotherapy centres resulted from Social Services and school intervention -interests in subcultures meeting a child's 'expectations' due to experiencing of deficiency in family and school support, -children's suicidal attempts resulted from being unable to cope with one of the parents' prison isolation 	

My own research based on: the analysis of court records analysis in 1955-1980; 1985-1999; interviews with prisoners and their familie in 2015-2018, including children and teenagers who are supported by Association „A Society of Post Penitentiary Help Second Chance”.

The findings of the study indicate that the most common education negligence symptoms among the prisoners' children in People's Poland and during a structural transformation were: poverty, life helplessness of one of the parents being at large, inheritance of life helplessness, children's addiction to drugs and alcohol.

2. SUPPORT ACTIONS IN THE AREA OF EDUCATION NEGLIGENCE

Due to charity activities development concentrated on the help directed to detainees, there was a significant moment for the help directed to the family members being at large including children. At the end of 19th century on Polish territory there was a range of support actions taken by the Mercy Archconfraternity . Its main aim was to take care of the detainees' children in the sphere of health and illiteracy fight which excluded them from education development and restricted their start to an adult life. Reading, writing and Maths education, providing them with history books were among the most frequently taken actions (Tůma, Novotná, Hartman, 2020). A parent who stayed at large was indicated how to help a child in learning. Work with a parent in the sphere of making him or her aware of the child's need of school education, preventing child's long school absence due to a parent's and child's ignorance, developing child's interests, discovering their individual skills due to free time activities, Maths and music skills development or developing imagination plays outside the school. Covering education costs and a school outfit due to education standards was also an important form of support.

Table chart 3: Support actions in the area of education negligence on Polish territory in the 19th century and at the beginning of 20th century.

Years	Stuedents' age	Form of support	Support actions effects
1890-1903	8-15 years	<ul style="list-style-type: none"> -reading and writing learning, -purchase of books and writing tools, -working with children in the sphere of proper official language usage. 	A number of detainees' children finishing school has increased significantly.
1905-1915	9-14 years	<ul style="list-style-type: none"> -reading and writing learning, -purchase of books and writing tools, -working with children in the sphere of proper usage of an official language. -purchase of materials for school outfit for children, -learning together to improve memory skills including poem declamation' -children's music interests development 	Support action involving work with children at the age of 10-14 enabled them continuation of education in a middle school.
1918-1928	8-12 years	<ul style="list-style-type: none"> -reading and writing learning, -purchase of books and writing tools, -working with children in the sphere of proper official language usage. -purchase of materials for a school outfit for children, -learning together to improve memory skills including poem declamation' -children's music interests development 	A number of detainees' children finishing school has increased significantly
1929-1939	7-12 years	<ul style="list-style-type: none"> - reading and writing learning, -purchase of books and writing tools -providing food to detainees' children, -helping in finding accommodation for children willing to learn in middle school . 	Children's school absence rate has decreased significantly. A number of detainees' children finishing school has increased significantly.

My own research based on: Sklep sukieniczny Arcybractwa Miłoięrdzia (National Archive in Krakow, syg. ABM 1830-1890. (My own research based on: Mercy Archconfraternity counter book and robe shop (National Archive in Krakow, syg. ABM 1830-1890.)

The findings of the study in the sphere of support actions in the area of education negligence on Polish territory in the 19th century and at the beginning of 20th century indicate that the most common forms of support were: reading and writing learning, purchase of books and writing tools, working with children in the sphere of proper official language usage.

In the middle of the 20th century and in modern times there were significant changes in the area of supporting the inmates' children who faced education failures resulted from education negligence. Initiatives which were taken in this field by non-government organizations concentrated mainly on carrying out support actions directed to the inmates and their families. Unfortunately, not many of these actions focus on increasing the inmates' children's education prospects. One of these organizations is Association „A Society of Post Penitentiary Help Second Chance”. Due to multifaceted actions in the education field and upbringing the Association's aims at decreasing education negligence among children and its crucial goal is to create a level playing field for education. Work with the inmates' children in the field of education taken by non-government organizations is possible due to local council, ministry and European funds (Dziedzic, 2015). A vast part of assistance activities is carried out by the guardians of a minor who take support initiatives in nursery schools and schools where the prisoners' children attend. Multi specialist pedagogy, psychology, probation officers, teachers, members of non-government organizations, social service officers including family assistants groups are constituted, which allows to organize a proper environment where the inmates' children can receive proper support and help to limit the effects of education negligence. Initiatives taken by prison service directed to parents serving a sentence of imprisonment is another form of support. Workshops referring to parenthood, a responsibility for educating their children and a duty to help a child experiencing school failures are organized by prison service. Their aim is to evoke in inmates proper interactions with their children in the sphere of compulsory education with a regard to singular and individual reasons of children's school problems and finding solutions to them.

Table chart 4: Support actions chances in the area of education negligence in modern interaction systems

Support Institutions	Recivers of assistance activities	Forms of support	Aims of support
Non-government organisations	Inmates' children and parents being at large	<ul style="list-style-type: none"> -Carrying out statutory tasks based on Projects – works hops, meetings with the inmates' children, parents being at large, initiating contacts with teachers at schools, nursery schools where children attend, -organizing pedagogy and psychological assistance 	<ul style="list-style-type: none"> -Indicating children chances to gain support in the case of schools problems. Making them aware that they need to talk about problems and in the case communication problems in a family there are people who can support them. -developing in children an ability to break reluctance towards school, stressful situations connected with school environment. -increasing self-confidence - developing an ability to cope with their own emotions
Probation Service	Inmates' children and parents being at large	<p>Control of children's upbringing environment, observation of family conditions,</p> <ul style="list-style-type: none"> -taking up contacts with education institutions - constitution of multispecialist pedagogy, psychology, probation officers, teachers, members of non-government organizations, social service officers including family assistants groups. 	<p>Organizing a proper environment where the inmates' children can receive proper support and help in limiting the effects of education negligence.</p>
Prison Service	Parents serving a sentence of imprisonment	<p>Workshops referring to parenthood, a responsibility for educating their children and a duty to help a child experiencing school failures</p>	<p>Evoking in inmates proper interactions with their children in the sphere of compulsory education with a regard to singular and individual reasons of children's school problems and finding solutions to them</p>

Source: my own research

The possibilities of support actions chances in the area of education negligence in modern interaction systems according to the findings of the study refers mostly to such forms of support as: carrying out statutory tasks based on Projects – workshops, meetings with the inmates' children and parents being at large, initiating contacts with teachers at schools, nursery schools where children attend, organizing pedagogy and psychological assistance and id in need also organising support groups for inmates' children.

CONCLUSIONS

Imprisonment sentence of one of the parents interferes with the child's proper functioning in a school environment, increases a probability of experiencing school failures, which results in a growing effect of school negligence in the education sphere. These children are not able to cope with experiencing life difficulties one of which is definitely a parent's imprisonment. Being unable to meet teachers' expectations, they avoid school playing truant or they break a code of conduct. Experience of exclusion in a school environment is for children particularly painful especially when they do not find support and help. Their low self-esteem is extremely demotivating which results from their education gaps, which is a direct effect of comparing themselves with students who achieve good school results. In this situation it is extremely important to support a child on multi specialist levels and both parents being at large and in prison. Only actions taken in parallel provide a child with a chance to defeat the effects of education negligence and let a child to believe in their own abilities on further education levels.

REFERENCES

- [1] CZERWIŃSKI, K. 2020. Dobro wspólne jako kategoria pedagogiczna. In ZUBRZYCKA-MACIĄG, T., BARBAS, M., WRÓTNIAK J., L. (red.). *“Lubelski Rocznik Pedagogiczny” Człowiek – wartości – wychowanie*. vol. 39, No 2, s. 39-43. ISSN 0137-6136.
- [2] DZIEDZIC, K. 2015. Znaczenie rodziny w procesie readaptacji społecznej sprawców przestępstw z niepełnosprawnościami. In JAWORSKA, A. (red.). *Readaptacja społeczna sprawców przestępstw z niepełnosprawnościami psychiczną i intelektualną*. Bydgoszcz: Oficyna Wydawnicza Edward Mitek, s. 95-98. ISBN 978-83-64335-16-7.
- [3] GUCWA, P. K. 2017. Relacja matka-dziecko w sytuacji uwięzienia. O roli więzi społecznej i przywiązania w sytuacji izolacji penitencjarnej. In NOWAK, B., MAČKINOVÁ M., (red.). *Problem wykluczenia społecznego osadzonych i ich rodzin w kontekście pomocy postpenitencjarnej*. Kraków: Katedra Pomocy Postpenitencjarnej i Wychowania do Pracy Uniwersytetu Pedagogicznego w Krakowie, s. 93-97. ISBN 978-83-947579-1-5.
- [4] JASIŃSKI, K. 2018. Wsparcie readaptacyjne w prewencji wykluczenia i recydywy wobec społecznych aspektów pomocy postpenitencjarnej. In NOWAK B., MAČKINOVÁ M. (red.) *Ratownictwo, opieka i pomoc w kontekście problemów życiowych osób wykluczonych społecznie*. Kraków: Katedra Pomocy Postpenitencjarnej i Wychowania do Pracy Uniwersytetu Pedagogicznego w Krakowie, s. 133-139. ISBN 978-83-947579-4-6.
- [5] KUSZTAŁ, J. 2016. Działania pomocowe wobec rodzin osób pozbawionych wolności a zasad dobra dziecka. In NOWAK, B. (red.). *Praca socjalna XXI wieku. Potrzeby-wyzwania-oczekiwania*. Kraków: Katedra Pomocy Postpenitencjarnej i Wychowania do Pracy Uniwersytetu Pedagogicznego w Krakowie, s. 97-99. ISBN 978-83-940763-9-9.
- [6] MARZEC, D. 1994. Poglądy Józefa Czestawo Babickiego na wychowanie. In „*Prace Naukowe. Pedagogika*”. 1994/5, Częstochowa, s. 171-176. ISBN 83-7098-194-1.
- [7] MUCZKOWSKI, J. 1988. Przymusowe wychowanie zaniedbanej młodzieży (1905), In LEPALCZYK I. (red.). *Źródła do pedagogiki opiekuńczej*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe Warszawa, s. 119-122. ISBN 83-01-08398.
- [8] SERKOWSKI, J. 1988. Sudia w sprawie przymusowego wychowania zaniedbanej młodzieży (1904). In LEPALCZYK, I. (red.). *Źródła do pedagogiki opiekuńczej*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe Warszawa, s. 114-115. ISBN 83-01-08398.
- [9] STEINBERG, L. 1993. O przymusowym wychowaniu nieletnich przestępców i wychowaniu ochronnym zaniedbanej młodzieży (1910). In LEPALCZYK, I. (red.) *Źródła do pedagogiki opiekuńczej*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe Warszawa, s. 140-146. ISBN 83-01-08398.

- [10] STRZELECKI, M. 1997. Wychowanie narodowo-religijne w koncepcjach ks. Bronisława Markiewicza. In MAJOREK, C., POTOCZNY, J. (red.). *Galicja i jej dziedzictwo. Biografie pedagogiczne. Szkice do portretu galicyjskiej pedagogii*. Rzeszów: WSP w Rzeszowie, s. 72-77. ISBN 978-83-62618-16-3.
- [11] TŮMA, J., ONDRUŠOVÁ, Z. 2018. Assisting families at risk of poverty in the context of social services. In *Clinical Social Work and health intervention*. Austria: Vienna, no. 2, vol. 9, p. 101-105. ISSN 2222-386X.
- [12] TŮMA, J. 2018. Problematika sociálního vyloučení. In ŠEBESTOVÁ, P., MAREKOVÁ, H. *Svetový deň sociálnej práce IV. Podpora společenstva a udržateľnosť životného prostredia a kultúrny svet-2. Zborník z vedeckej konferencie*. Sládkovičovo: Vysoká škola Danubius, Fakulta sociálnych štúdií, s. 156-161. ISBN 978-80-8167-065-7.
- [13] TŮMA, J., NOVOTNÁ, J., HARTMAN, J. 2020. Interkulturní aspekty mladistvých ve věznicích. In *Logos polytechnikos*. Jihlava: Vysoká škola polytechnická, č. 2, roč. 11, s. 158-163. ISSN 1804-3682.

NEDBALOST VE VZDĚLÁVÁNÍ DĚTÍ, JEJICHŽ RODIČE SI ODPYKÁVAJÍ TREST ODNĚTÍ SVOBODY



ABSTRAKT

Nedbalost ve vzdělávání dětí, jejichž rodiče si odpykávají trest odnětí svobody, představuje významnou výzvu pro postpenitenciární pomoc zaměřenou jak na vězně, tak na jejich rodiny. Děti jsou v mnoha případech ponechány svým vlastním zařízením, jsou izolovány od jednoho z rodičů a najít porozumění a podporu od druhého rodiče. Děti se také musí vypořádat s pocitem hanby, odmítnutí a sociálního vyloučení. Všechny tyto faktory mají negativní dopad na provádění povinného vzdělávání, které je pro dítě často neúnosné. Dítě není schopno splnit očekávání školy, protože tráví příliš málo času studiem, což má za následek rostoucí rozsah nedbalosti ve vzdělávání, což vede k nesprávným rozhodnutím - vyhýbání se škole a izolaci ve vlastním světě. Tato situace vyžaduje rychlou pomocnou intervenci, jejímž hlavním cílem je, aby se dítě vrátilo ke správnému fungování ve školním prostředí.

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

doc. PhDr. Barbara Nowak, PhD.
Univerzita Komenského v Bratislave
Pedagogická fakulta
Katedra Sociálnej práce
Šoltésovej 4
811 08 Bratislava, Slovenská
republika
e-mail: nowak@fedu.uniba.sk

KLÍČOVÁ SLOVA:

nedbalost ve vzdělávání, neúspěchy ve škole, nízká sebeúcta, trest odnětí svobody, sociální vyloučení, marginalizace, životní bezmoc rodičů, asistenční aktivity zaměřené na dítě a rodiče, postpenitenciární pomoc, probační služba, vězeňská služba, nevládní organizace podporující vězně a jejich rodiny

VYUŽÍVANIE POSUDZOVACÍCH ŠKÁL NA LŮŽKOVÝCH ODDELENIACH ZDRAVOTNÍCKYCH ZARIADENÍ

MÁRIA ŠUPÍNOVÁ
JÚLIA JANKOVIČOVÁ
SLOVENSKÁ ZDRAVOTNÍCKA
UNIVERZITA V BRATISLAVE

ABSTRAKT

Východiská: Najdôležitejšou fázou ošetrovateľského procesu je posúdenie. Používanie hodnotiacich škál v procese posudzovania pacienta uľahčuje prácu sestram, objektivizuje a validuje výsledky. Ciele: Hlavným cieľom výskumu bolo zistiť determinanty využívania hodnotiacich škál na lôžkových oddeleniach zdravotníckych zariadení v SR. Súbor metódy/metodika: Výskumný súbor tvorilo 150 sestier z lôžkových oddelení zo Slovenska. Bola použitá dotazníková metóda. Dotazník vlastnej konštrukcie bol diseminovaný iba profesijnej kategórii sestier elektronicky, cez meiler portálu SKSaPA. Výsledky: Používanie hodnotiacich škál na svojom pracovisku uviedlo 134 zo 150. respondentov bez ohľadu na vek, dĺžku praxe a dosiahnutý stupeň vzdelania. Respondenti hodnotili úroveň vedomostí o používaní hodnotiacich škál získaných počas štúdia iba hodnotením „dobré“ (priemerné skóre $3,46 \pm 1,12$), štatisticky nesúviselo so stupňom dosiahnutého vzdelania ($p = 0,3250 > 0,05$). Používanie posudzovacích škál u pacientov nesúvisí s odborom, kde respondenti pôsobia ($p = 0,2026 > 0,05$); Najčastejšie používanými škálami sú; posudzovanie úrovne bolesti (68,00 %), Nortonova škála (55,33 %) a Bartelovej test (46,67 %). Priemerne je na oddeleniach využívaných $2,53 \pm 1,61$ posudzovacích škál, modus aj medián je hodnota 2.

Respondenti považujú signifikantne využívanie hodnotiacich škál za vysoko efektívne ($p = 2,381 \cdot 10^{-30}$).

Záver: Hodnotiace škály sú používané na klinických pracoviskách rôznych odborov. Najčastejšie používanými škálami je posudzovanie úrovne bolesti, rizika vzniku dekubitov a úrovne sebestačnosti. Efektívnosť ich používania v praxi potvrdila prevažná väčšina respondentov. Rezervy vidia respondenti v úrovni vedomostí o využívaní škál získaných počas štúdia. Na základe výsledkov získaných výskumom odporúčame sústrediť pozornosť na poskytované informácie o typoch škál a možnostiach ich využívania študentom v odbore ošetrovateľstvo v I.st. VŠ štúdia.

KLÚČOVÉ SLOVÁ:

hodnotiaca škála, posudzovanie, pacient, sestra

ÚVOD

Fáza posúdenia, je jednou z nosných častí ošetrovateľského procesu. Používanie hodnotiacich nástrojov umožňuje objektivizáciu posúdenia a zníženie neistoty v rozhodovaní. Benefity hodnotiacich nástrojov zjednodušujú prácu sestram a validujú výsledky posúdenia (Libová a kol, 2018). Aj podľa Žiakovej a kol. (2003), hodnotiace škály zvyšujú kvalitu diagnostického procesu a zlepšujú efektivitu starostlivosti o pacienta.

Pre dosiahnutie platných výsledkov je nevyhnutný výber vhodnej stupnice. Musí byť vhodná pre rôzne skupiny pacientov, spoľahlivá a validná, so správnou interpretáciou výsledkov (Schmitter et al 2013, Janiczeková et al, 2015).

Základnou vlastnosťou ideálnej hodnotiacej škály podľa Sheehana (2012) je, že je platná. To znamená, že odborníci ako klinickí lekári, pacienti a opatrovatelia súhlasia s tým, že otázky sú relevantné a dôležité, že škála má konštruktívnu validitu a vykazuje spoľahlivosť. Dvaja alebo viacerí hodnotitelia používajú danú škálu u rovnakej skupiny pacientov za rovnakých podmienok s rovnakým výsledkom (Sheehan, 2012). Je dôležité, aby použitie bolo praktické a prijateľné. Takže sa dá použiť v klinickej praxi tak, aby pacienti neboli príliš zaťažení dlhými rozhovormi a prijateľné, tak aby otázky pacienta ani hodnotiteľa nerozrušili a nevyčerpali (Sheehan, 2012).

Čoraz populárnejšie je meranie kvality života (QOL). Škála kvality života (QOLS), ktorú pôvodne vytvoril americký psychológ John Flanagan v 70. rokoch, bola prispôbená na použitie v skupinách pacientov s chronickými chorobami (Burckhardt, Anderson, 2003). Kvalita života je multidimenzionálny koncept, ktorý odráža vnímanie vplyvu ochorenia na každodenné fyzické a emočné fungovanie pacienta. Podľa Karimi, Brazier (2016), by táto oblasť mala zväziť rozlišovanie medzi mierou zdravotného stavu a mierou kvality života. Príkladom všeobecných meraní kvality života, ktoré využívajú hodnotenie v určitých časových obdobiach (zvyčajne 1 alebo 4 týždne) a používa sa na odhad zdravotnej záťaže u veľkej časti populácie, je dotazník SF 36. Ukázalo sa, že nástroje tohto typu majú vysokú hodnotu (Ware, 1996).

Sú oblasti posudzovania stavu pacienta, kedy sa hodnotiace škály využívajú častejšie. Napr. posudzovanie stupňa nezávislosti, bolesti, stavu výživy a rizika vzniku dekubitov (Briggs, 2010; Libová a kol. 2018; Adibelli, Korkmaz, 2019; Higgins et al 2020).

Používanie hodnotiacich škál je nevyhnutné v prípade niektorých ochorení. Kedy subjektívne hodnotenie často nie je možné. Takým ochorením je napr. demencia. Ide o verzie meracích nástrojov hodnotiacich QOL by proxy (v zastúpení). Ideálne stupnice používané pri demencii by mali byť spoľahlivé, praktické a mali by sa spoliehať skôr na objektívne ako na subjektívne informácie (Sheehan, 2012).

Hodnotiace škály sa všeobecne používajú na zníženie neistoty v rozhodovaní. V realizovanom výskume sme zisťovali do akej miery sa hodnotiace škály využívajú v našich zdravotníckych zariadeniach.

CIEĽ

Hlavným cieľom výskumu bolo zistiť rozsah používania hodnotiacich škál na lôžkových oddeleniach zdravotníckych zariadení v SR.

Čiastkové ciele výskumu boli:

- Zistiť ktoré hodnotiace škály sú najčastejšie používané v zdravotníckych zariadeniach.
- Analyzovať vzájomné súvislosti medzi používaním hodnotiacich škál a determinujúcimi faktormi (vek sestier, dĺžka praxe, stupeň vzdelania).
- Objasniť predikciu používania hodnotiacich škál.

SÚBOR A METÓDY

Výskumný súbor tvorilo 150 sestier z lôžkových oddelení rôznych zdravotníckych zariadení zo Slovenska. Bola použitá dotazníková metóda. Dotazník vlastnej konštrukcie bol diseminovaný iba sestram (v registri sestier a pôrodných asistentiek selektívne kategórii „sestra“), elektronicky cez portál Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek (SKSaPA) aplikáciou mailer. Vzhľadom na odoslanie dotazníka všetkým registrovaným sestram na celom území Slovenska a teda zastúpeniu sestier z rôznych zdravotníckych zariadení, a minimálny predpoklad opakovaných odpovedí z jedného pracoviska, považujeme početnosť súboru za dostatočnú.

Na analýzu získaných výsledkov boli použité štatistické procedúry.

VÝSLEDKY

Do súboru bolo celkom zaradených 150 sestier z rôznych zdravotníckych zariadení na území Slovenska. Priemerný vek respondentov mal hodnotu 42,42 roka; smerodajná odchýlka bola 10,82.

Priemerná dĺžka praxe respondentov bola 20,00 roka so smerodajnou odchýlkou 12,57.

Tabuľka 1: Vzdelanie respondentov

Vzdelanie respondentov	n/ %
Úplné stredoškolské odborné + špecializácia	22/ 14,67
I.stupeň VŠ ošetrovateľstvo (Bc.)	40/ 26,67
I.stupeň VŠ ošetrovateľstvo (Bc.) + špecializácia	16/ 10,67
II.stupeň VŠ ošetrovateľstvo (Mgr.)	18/ 12,00
II.stupeň VŠ ošetrovateľstvo (Mgr.) + špecializácia	43/ 28,67
Vyššie než je uvedené	11/ 7,33
Σ	150/ 100,00

Ak by respondenti udelili za vedomosti o typoch hodnotiacich škál a ich používaní získaných počas štúdia školské hodnotenie, priemerné hodnoty by boli $3,46 \pm 1,12$ medián aj modus by bolo hodnotenie dobrý (3).

Výsledok Kruskal - Wallis testu (porovnanie troch priemerných hodnôt), nebol štatisticky významný, $p = 0,3250 > 0,05$. Priemerné hodnotenie úrovne vedomostí o používaní hodnotiacich škál respondentiek rôznych tried vzdelania sa navzájom štatisticky významne neodlišovalo.

Tabuľka 2: Podnet na používanie škál podľa odborov

Odbor	Na základe príkazu n/%	Po dohode s kolegami n/%
Internistický	40/ 81,63	9/ 18,37
Chirurgický	22/ 55,00	18/ 45,00
Iný	27/ 62,79	16/ 37,21
Σ	89/ 67,42	43/ 32,58

Zisťovali sme aký bol podnet pre používanie hodnotiacich škál. Vo všetkých odboroch je vyššie percento respondentov, ktorí používajú škály na základe príkazu vedúcej sestry (tab.2). V prípade respondentov internistických odborov je štatisticky významne väčšie (Test zhody dvoch podielov ($\alpha = 0,01/0,05$); ($p = 5,315 \cdot 10^{-9}$)).

Chí - kvadrát testom sme overili, či používanie posudzovacích škál u pacientov štatisticky významne súvisí s odborom, kde respondenti pôsobia (tabuľka 3).

Tabuľka 3: Chí - kvadrát test v otázke používania škál podľa odborov

Používanie škál u kategórií pacientov	testovacia štatistika	kritická hodnota	p hodnota
Chí - kvadrát test ($\alpha = 0,05$)	χ^2	$\chi^2_{(0,05;4)}$	p
odbory	5,9548	9,4877	0,2026

Používanie posudzovacích škál u pacientov nesúvisí s odborom, kde respondenti pôsobia, kritéria používania škál sú vo všetkých odboroch nastavené podobným spôsobom $p = 0,2026 > 0,05$; hodnota testovacej štatistiky 5,9548 kritická hodnota (9,4877) vypovedajú o nesignifikantnosti výsledku testu.

Mieru používania posudzovacích škál respondentami prezentujeme v zostupne zoradených početnostiach v tabuľke 4.

Tabuľka 4: Využívanie konkrétnych hodnotiacich škál

	Posudzovacie škály	n/ %
A	Posudzovanie úrovne bolesti	102/ 68,00
B	Nortonova posudzovacia škála	83/ 55,33
C	Bartelovej test	70/ 46,67
D	Test kognitívnych funkcií (MMSE)	46/ 30,67
E	Test inštrumentálnych denných aktivít (IADL)	24/ 16,00
F	Waterlovova posudzovacia škála	22/ 14,67
G	Knollova posudzovacia škála	21/ 14,00
H	Bradenova posudzovacia škála	4/ 2,67
I	Žiadne	16/ 10,67

Škála na posudzovanie úrovne bolesti je využívaná v štatisticky významne najväčšej miere, percento jej využívania (68,00%) je štatisticky významne väčšie ako percento využívania druhej v poradí najpoužívanejšej škály, Nortonovej posudzovacej škály (test zhody dvoch podielov: $z = 2,2562$; $z_{krit} = 1,6449$; $p = 0,0120$). Zároveň je aj v štatisticky veľmi významne vyššie ako percento využívania tretej škály v poradí, Bartelovej testu (test zhody dvoch podielov: $z = 3,37354$; $z_{krit} = 2,3263$; $p = 9,369 \cdot 10^{-5} = 0,000094$).

Priemerne je na oddeleniach využívaných $2,53 \pm 1,61$ posudzovacích škál, modusom aj mediánom je hodnota 2.

V dotazníku sme sa respondentov pýtali, či je podľa ich názoru, posudzovanie pacienta využívaním posudzovacích škál efektívnejšie. Zaujímala nás názor respondentov, ktorí majú skúsenosti s používaním hodnotiacich škál, preto sa v našom ďalšom skúmaní počet respondentov zúžil na 134.

Celkovo sa až 79,55% (105) respondentov v otázke vyjadrilo kladne. Uvedený percentuálny podiel štatisticky významne prevyšuje percento respondentov, 9,85% (13), ktorí sa vyjadrili záporne. Tvrdenie je podporené výsledkom testu zhody dvoch podielov, ktorým sme overili významnosť rozdielu týchto percentuálnych hodnôt (tabuľka 5).

Tabuľka 5: Názor na efektívnosť posudzovania pacienta posudzovacími škálami

Efektívnosť posudzovania škálami	testovacia štatistika	t-krit.	p hodnota
Test zhody 2 podielov ($\alpha = 0,01$)	z	W	p
respondenti celkovo: áno vs nie	11,3887	<2,3263; ∞)	2,381.10 ⁻³⁰

P hodnota testu (2,381.10⁻³⁰) je výrazne menšia ako 1% - ná hladina významnosti. Je štatisticky signifikantná a zároveň potvrdzuje výraznú prevahu početnosti respondentov ktorí pokladajú využívanie hodnotiacich škál pri posudzovaní pacienta za efektívne.

Tabuľka 6: Prehľad priemerných dosiahnutých hodnôt skóre

vek	skóre	prax	skóre	vzdelanie	skóre
≤ 30	3,91 ± 0,90	≤ 10	4,00 ± 0,89	ÚSO	3,39 ± 1,04
31 - 40	4,16 ± 0,86	11 - 20	4,12 ± 0,93	Bc	3,94 ± 0,90
41 - 50	3,88 ± 1,02	21 - 30	3,86 ± 1,03	Mgr	4,11 ± 0,79
> 50	4,17 ± 0,75	> 30	3,97 ± 0,89	vyššie ako uvedené	4,91 ± 0,30

V tabuľke 6. je prehľad priemerných dosiahnutých hodnôt skóre (pri použití Likertovej škály odpovedí 0-najhoršie, 5-najlepšie), v názore na efektívnosť používania škál v závislosti od veku, dĺžky praxe a stupňa dosiahnutého vzdelania.

Priemerné skóre respondentov rôznych kategórií ich veku nebolo štatisticky významne odlišné ($p = 0,4980 > 0,05$).

Štatisticky významný nebol ani rozdiel hodnôt priemerného skóre v rámci dĺžok praxe respondentov; p hodnota Kruskal - Wallisovho testu (0,8160) bola aj v tomto prípade väčšia ako hladina významnosti 0,05.

Priemerné skóre respondentov vzhľadom na ich vzdelanie bolo štatisticky významne odlišné, p hodnota Kruskal - Wallisovho testu (5,721.10⁻⁵), je významne menšia ako hladina významnosti 0,01. So zvyšujúcou sa úrovňou vzdelania respondentov štatisticky významne rástlo aj ich priemerné skóre. Porovnanie medzi kategóriami boli vykonané Conover - Imanovým testom, výsledky prezentujeme v tabuľke 5. p hodnoty sú po dvojiciach navzájom realizovaných testov (tabuľka 7).

Tabuľka 7: Conover Imanov test efektívnosť používania škál podľa vzdelania

Vzdelanie respondentov	ÚSO + špec.	Bc; Bc + špec	Mgr; Mgr + špec.	vyššie ako uvedené
ÚSO + špecializácia	1	0,0372	0,0055	< 0,0001
Bc; Bc + špecializácia	0,0372	1	0,3400	< 0,0001
Mgr; Mgr + špecializácia	0,0055	0,3400	1	0,00067
vyššie ako uvedené	< 0,0001	< 0,0001	0,00067	1

Názor respondentov s nižším stupňom vzdelania o efektivite používania posudzovacích škál, nie je natoľko presvedčivý ako názor respondentov všetkých kategórií VŠ vzdelania (tab. 7).

Zisťovali sme, či respondenti, v závislosti od odboru kde pracujú, využívajú posudzovacie škály u všetkých pacientov (tab. 8).

Tabuľka 8: Kritérium použitia posudzovacích škál u pacientov

Odbor	Použitie posudzovacích škál u pacientov			spolu
	u všetkých	podľa diagnózy	podľa stavu pacienta	
Internistický	25	8	15	48
Chirurgický	13	13	14	40
Iný	23	7	13	43
Σ	61	28	42	131

Marascuilo procedúrou v teste zhody sme porovnali významnosť rozdielu relatívnych početností po dvojiciach navzájom (tabuľka 9).

Tabuľka 9: Marascuilo procedúra využívanie škál

Marascuilo procedure: Contrast ($\alpha = 0,01$)	Value	Critical value	Significant
$ p(u \text{ všetkých}) - p(\text{podľa diagnózy}) $	0,2519	0,1712	Yes
$ p(u \text{ všetkých}) - p(\text{podľa stavu pacienta}) $	0,1450	0,1811	No
$ p(\text{podľa diagnózy}) - p(\text{podľa stavu pacienta}) $	0,1069	0,1647	No

Najväčšie percento respondentov používa posudzovacie škály u všetkých pacientov a toto zistenie sa podieľa na štatistickej významnosti rozdielu všetkých troch hodnôt (tab. 8).

Potrebu rozšíriť používanie porovnávacích škál aj do klinických zariadení, kde ešte nie sú používané, podporili všetci respondenti kde posudzovacie škály používajú. Signifikantne významnejšie odporúčania na ich využívanie bolo zistené u respondentov s najvyšším VŠ vzdelaním ($p = 0,00093$).

DISKUSIA

Do výskumu sa celkovo zapojilo 150 sestier s prevahou vysokoškolského vzdelania I. a II. stupňa (tab. 1). Viac ako polovica respondentov pracovala v internistických odboroch, nasledovali chirurgické odbory a iné. Respondenti vo svojich odpovediach posúdili svoje vedomosti o hodnotiacich škálach získané počas štúdia ako dobré. Ich hodnotenie získaných vedomostí nesúviselo so stupňom vzdelania ($p = 0,3250 > 0,05$).

Rozhodnutie o používaní hodnotiacich škál pochádzalo vo väčšine odpovedí od vedúcej sestry (tab. 2). Dobrovoľne by sa však k rovnakému rozhodnutiu priklonilo takmer 100 % respondentov využívajúcich hodnotiace škály, čo svedčí o vysokej efektívnosti a prospešnosti škálovania.

Používanie posudzovacích škál u pacientov nesúvisí s odborom, kde respondenti pôsobia, kritéria používania škál sú vo všetkých odboroch nastavené podobným spôsobom ($p = 0,2026 > 0,05$) (tab. 3).

Najčastejšie diagnózy u ktorých sú hodnotiace škály používané boli najčastejšie uvádzané imobilita, pooperačné stavy, ale aj pacienti s bolesťou a demenciou.

Najčastejšie používanou škálou uvedenou v odpovediach respondentov je škála posudzovania bolesti (tab. 4). Hodnotenie bolesti sa radí medzi kľúčové činnosti sestier v ktoromkoľvek klinickom odbore. Správne vykonané hodnotenie bolesti vedie k vyselektovaniu správnych intervencií, tým aj k úľave od bolesti, čo v neposlednom rade zlepšuje kvalitu života seniora (Briggs, 2010). Najčastejšie používanými škálami pri hodnotení stupňa bolesti v praxi sú vizuálna analógová škála, numerická škála, škála výrazov tváre a verbálna škála bolesti (Libová a kol. 2018). Verbálna číselná hodnotiaca stupnica (vNRS-11) je jednou z najbežnejšie používaných stupníc na hodnotenie intenzity pediatrickej bolesti. Podľa Castarlenas et al (2013), je platným nástrojom na hodnotenie intenzity bolesti u detí starších ako 8 rokov.

V absolútnej početnosti používania hodnotiacich škál v odpovediach respondentov nasleduje posudzovanie rizika vzniku dekubitov konkrétne Nortonova a Knollova posudzovacia škála (tab. 4). Posúdenie rizika vzniku dekubitov pomocou štandardizovaného nástroja je obvyklou formou prevencie ich vzniku. Na posúdenie stavu výživy pacientov ako predikcie vzniku dekubitov je najčastejšie využívaná Nortonova škála aj podľa López et al. (2019). Prediktívny význam pre vznik dekubitov má podľa autorov Kwong et al (2005), modifikovaná Bradenova škála obohatená o údaj typu pokožky a výšky pacienta. Autori Kottner, Dassen (2010), uprednostňujú používanie Bradenovej škály pred Waterlovou škálou na posúdenie rizika vzniku dekubitov u pacientov na jednotkách intenzívnej starostlivosti. Bradenovej škála je často používaná aj našimi respondentmi, avšak Waterlovova bola uvádzaná len minimálne (tab. 4).

Podľa Adibelli, Korkmaz (2019), sú spoľahlivými a validnými stupnicami na hodnotenie rizika vzniku dekubitov pacientov Bradenova a Jackson/ Cubbinova stupnica. Lepšiu prediktívna schopnosť má však podľa autorov Jackson/ Cubbinova stupnica. Rovnaký názor na využitie uvedených škál na prevenciu vzniku dekubitov u kriticky chorých má aj Higgins et al (2020).

Na posudzovanie úrovne sebestačnosti pacientov používajú respondenti Bartelovej test a test inštrumentálnych denných aktivít IADL. Aj podľa Libovej a kol. (2018) a Virgulovej a Schedovej (2013), je za jeden z najpoužívanejších nástrojov posudzovania stupňa nezávislosti v zdravotníckych zariadeniach považovaný Barthelovej test (ADL) pre jeho citlivosť, dobrý skríning, ako aj jednoduchosť škálovateľnosti.

Pomerne vysoký počet respondentov uviedlo používanie MMSE (tab. 4). Test psychických funkcií (Standardized Mini-Mental State Examin Jackson SMMSE) je do istej miery najznámejšou a najbežnejšie používanou hodnotiacou škálou v klinickej praxi na celom svete. Túto stupnicu môžu ľahko používať lekári alebo vedci s minimálnym zaškolením, trvá asi 10 minút a hodnotia kognitívne funkcie v oblasti orientácie, pamäti, pozornosti a hodnotenia, jazykového a výrazového prejavu (Sheehan, 2012).

Žiaden z respondentov neuviedol používanie škály na hodnotenie stavu výživy pacientov na oddelení. Hodnotenie výživy je dôležitým krokom pri rozpoznávaní podvýživy; nie vždy sa však vykonáva pomocou konzistentných parametrov. Podľa Russell (2015), stále neexistuje definitívny nástroj, ktorý by mohli používať všetci jednotlivci vo všetkých prostrediach.

V štúdiách sa najčastejšie využíva mini nutričné hodnotenie (MNA) ako nástroj na skríning podvýživy, pomocou ktorého môže byť posúdené riziko podvýživy u starších ľudí, ale mohol by pomôcť odborníkom aj v starostlivosti o deti pri hodnotení stavu výživy. Podľa Doroudi et al (2019), je u hospitalizovaných pacientov vhodnejšie využívanie full MNA oproti jej skrátenej verzii (MNA-SF), napriek tomu že jej použitie je zdĺhavejšie. Vedci a klinickí pracovníci v oblasti výživy musia podľa autorky naďalej spolupracovať s kolegami v odbore fyzikálnej a pracovnej terapie, geriatrickej a ošetrovateľstva na zdokonalení súčasných nástrojov funkčného hodnotenia tak, aby účinnejšie korelovali s parametrami hodnotenia výživy a podvýživy.

Prevažná väčšina respondentov uviedla spokojnosť s efektívnosťou posudzovania pacientov prostredníctvom posudzovacích škál a to nezávisle od veku a dĺžky praxe (tab. 5, 6). Názor respondentov s nižším stupňom vzdelania o efektivite používania posudzovacích škál, nie je však natoľko presvedčivý ako názor respondentov všetkých kategórií VŠ vzdelania (tab. 7).

Najväčšie percento respondentov používa posudzovacie škály u všetkých pacientov a toto zistenie sa podieľa na štatistickej významnosti rozdielu všetkých troch hodnôt (tab. 8, 9). Iba 16 sestier uviedlo, že pri posudzovaní pacientov nepoužívajú žiadnu hodnotiacu škálu. Ako dôvod najčastejšie uvádzajú časovú náročnosť. Respondenti ktorí hodnotiace škály používajú ich považujú za prospešné a jednoznačne ich používanie odporúčajú.

Závery hodnotenia nie sú podľa respondentov vo všetkých prípadoch ich použitia podľa odpovedí respondentov, obsiahnuté v prepúšťacích správach pacientov.

ZÁVER

O slovení respondenti využívajú hodnotiace škály na klinických pracoviskách bez ohľadu na odbor v ktorom pôsobia. Podnetom pre ich používanie bolo vo väčšine prípadov rozhodnutie vedúcej sestry. Napriek tomu sestry hodnotia posudzovanie pacientov prostredníctvom hodnotiacich škál ako vysoko efektívne a odporúčili by ho všetkým klinickým pracoviskám. Ako najčastejšie používané škály boli uvádzané; škála posudzovania bolesti, nasleduje posudzovanie rizika vzniku dekubitov Nortonova škála. Vysokú početnosť používania dosiahol Bartelovej test a MMSE. V odpovediach v nižšom počte boli uvádzané aj IADL, Waterlovova, Knollova škála a Bradenova škála. Prekvapivé je nízke hodnotenie pripravenosti sestier na používanie hodnotiacich škál získané počas štúdia. Napriek tomu je odporúčanie pre využívanie hodnotiacich škál výraznejšie u respondentiek s dosiahnutým vyšším stupňom vzdelania.

Na základe výsledkov získaných výskumom odporúčame sústrediť pozornosť na poskytované informácie o typoch škál a možnostiach ich využívania študentom v odbore ošetrovateľstvo už v I. st. štúdia.

POUŽITÉ ZDROJE

- [1] ADIBELLI, S., KORKMAZ, F. 2019. Pressure injury risk assessment in intensive care units: Comparison of the reliability and predictive validity of the Braden and Jackson/Cubbin scales. In: *J Clin Nurs*, 2019 Dec; 28(23-24):4595-4605. doi: 10.1111/jocn.15054. Epub 2019. Sep, 30.
- [2] BRIGGS, E. 2010. Assessment and expression of pain. In: *Nurs Stand*; 2010 Sep; 15-21;25(2):35-8. doi: 10.7748/ns2010.09.25.2.35.c7986. PMID: 20949822 DOI: 0.7748/ns2010.09.25.2.35.c7986
- [3] BURCKHARDT, C. S., LANDERSON, K. L. 2003. The Quality of Life Scale (QOLS): Reliability, Validity, and Utilization. In: *Health Qual Life Outcomes*. 2003; 1: 60. Published online 2003 Oct 23. doi: 10.1186/1477-7525-1-60 PMCID: MC269997 PMID: 14613562
- [4] CASTARLENAS, E., MIRÓ, J., SÁNCHEZ-RODRÍGUEZ, E. 2013. Is the verbal numerical rating scale a valid tool for assessing pain intensity in children below 8 years of age? In: *J Pain*. 2013 Mar;14(3):297-304. doi: 10.1016/j.jpain.2012.12.004. Epub 2013. Feb, 4. PMID: 23380267 DOI: 10.1016/j.jpain.2012.12.004
- [5] DOROUDI, T., ALIZADEH-KHOEI, M., KAZEMI, H., HORMOZI, S., TAATI, F., EBRAHIMI, M., KOULIVAND, P., FAKHRZADEH, H., DAVOUDI, I., SHARIFI, F. 2019. Comparison of Two Validation Nutrition Tools in Hospitalized Elderly: Full Mini Nutritional Assessment and Short-form Mini Nutritional Assessment. In: *Int J Prev Med*. 2019; 10: 168. Published online 2019. Oct 9. doi: 10.4103/ijpvm.IJPVM_132_18. PMID: 32133086 PMCID: PMC6826692
- [6] HIGGINS, J., CASEY, S., TAYLOR, E., WILSON, R., HALCOMB, P. 2020. Comparing the Braden and Jackson/Cubbin Pressure Injury Risk Scales in Trauma-Surgery ICU Patients. In: *Crit Care Nurse*, 2020. Dec, 1;40(6):52-61. doi: 10.4037/ccn2020874. PMID: 33257967 DOI: 10.4037/ccn2020874
- [7] JANICZEKOVÁ, E., KOTHAJ, P., RAPČÍKOVÁ, T. 2015. Návrh protokolu jednotného postupu pri príprave pacienta na operáciu hrubého čreva. In: *Zborník vedeckých a odborných prác – Multifaktoriálne aspekty civilizačných chorôb*. Bratislava: A - medimanagement, s.r.o., 2015, s. 125-133. ISBN 978-80-971836-7-7.
- [8] KARIMI, M., BRAZIER, J. Health, Health-Related Quality of Life, and Quality of Life: What is the Difference? 2016. In: *Pharmaco Economics*. February, 2016. 34(7) DOI: 10.1007/s40273-016-0389-9
- [9] KOTTNER, J., DASSEN, T. 2010. Pressure ulcer risk assessment in critical care: interrater reliability and validity studies of the Braden and Waterlow scales and subjective ratings in two intensive care units. In: *Int J Nurs Stud*. 2010, Jun;47(6):671-7. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2009.11.005. Epub 2009. Dec, 8. PMID: 20003975 DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2009.11.005
- [10] RUSSELL KRSTOFIAK, M. 2015. Functional assessment of nutrition status. In: *Nutr Clin Pract*. 2015 Apr;30(2):211-8. doi: 10.1177/0884533615570094. Epub 2015. Feb, 13. PMID: 25681483 DOI: 10.1177/0884533615570094

- [11] KWONG, E., PANG, S., WONG, T., HO, J., SHAO-LING, X., LI-JUN, T. 2005. Predicting pressure ulcer risk with the modified Braden, Braden, and Norton scales in acute care hospitals in Mainland China. In: *Appl Nurs Res.* 2005, May;18(2):122-8. doi: 10.1016/j.apnr.2005.01.001. PMID: 15991112 DOI: 10.1016/j.apnr.2005.01.001
- [12] LIBOVÁ, Ľ., SOLGAJOVÁ, A., JANKECHOVÁ, M., OTRUBOVÁ, J., BALKOVÁ, H. 2018. Hodnotiace nástroje a ich využívanie u seniorov. (Evaluation of the instrument and their use in seniors). In: *Zdravotnícke listy, Ročník 6, Číslo 1, 2018.* ISSN 1339-3022
- [13] LÓPEZ M., JIMÉNEZ, J. M., FERNÁNDEZ, M., MARTÍN, B., CAO, M. J., CASTRO, M. J. 2019. Relationship between pressure ulcer risk based on Norton Scale and on the „Eating/Drinking“ need assessment. In: *J Nurs Manag.* 2019. Jan;27(1):117-124. doi: 10.1111/jonm.12655. Epub 2018 Sep, 16. PMID: 30221444 DOI: 10.1111/jonm.12655
- [14] SHEEHAN, B. 2012. Assessment scales in dementia. First Published August 29, 2012 *Research Article Find in PubMed* <https://doi.org/10.1177/1756285612455733>
- [15] SCHMITTER, M., LIST, T., WIRZ, S. 2013. The assessment of pain intensity using one-dimensional scales. In: *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes,* 2013;107(4-5):279-84. doi: 10.1016/j.zefq.2013.05.008. Epub 2013 Jun, 28. PMID: 23916265
- [16] VIRGULOVÁ, J., SCHEDOVÁ, D. 2013. Kvalita života seniorov z pohľadu miery nezávislosti. In: *Profese on-line: recenzovaný časopis pro zdravotnické obory.* - ISSN 1803-4330 - Roč. 6, č. 1 (2013), s. 35-39.
- [17] WARE, J., KOSINSKI, M., KELLER, S. A. 1996. 12 Item Short Form Health Survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. In: *Med Care* 1996,34: 220–233. DOI: 10.1097/00005650-199603000-00003
- [18] ŽIAKOVÁ, K., GALAJDA, P., ŠUTARÍK, Ľ. et al. 2003. *Ošetrovatelstvo vo vnútornom lekárstve: Vysokoškolské skriptá.* 1. vyd. Martin: Univerzita Komenského Bratislava, 2003. 261s. ISBN 80-88866-28-6.

USE OF ASSESSMENT SCALES IN BEDDING DEPARTMENTS OF MEDICAL FACILITIES



ABSTRACT

Background: The most important phase of the nursing process is assessment. The use of assessment scales in the patient assessment process facilitates the work of nurses, objectifies and validates the results.

Aims: The main aim of the research was to determine the use of evaluation scales in bedding departments of medical facilities in the Slovak Republic.

File and methods / methodology: The research file consisted of 150 nurses from bedding departments from Slovakia. A questionnaire method was used. The self-designed questionnaire was disseminated only to the professional category of nurses by email of the SKSaPA portal.

Results: The use of evaluation scales in their workplace was reported by 134 out of 150 respondents, regardless of age, length of practice and level of education. Respondents rated the level of knowledge about the use of evaluation scales obtained during the study only as "good" (mean score 3.46 ± 1.12), statistically unrelated to the level of education achieved ($p = 0.3250 > 0.05$). The use of assessment scales in patients is not related to the field where the respondents work ($p = 0.2026 > 0.05$); The most commonly used scales are; assessment of pain level (68.00%), Norton scale (55.33%) and Bartel's test (46.67%). On average, 2.53 ± 1.61 assessment scales are used in bedding departments, the mode and median

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

doc. PhDr. Mária Šupínová, PhD.
Slovenská zdravotnícka univerzita
v Bratislave
Fakulta zdravotníctva SZU so sídlom
v Banskej Bystrici
Katedra ošetrovateľstva
Sládkovičova 21
974 05 Banská Bystrica, Slovenská republika
e-mail: maria.supinova@szu.sk

PhDr. Júlia Jankovičová
Slovenská zdravotnícka univerzita
v Bratislave
Fakulta ošetrovateľstva a zdravotníckych
odborných štúdií
Fakulta zdravotníctva SZU so sídlom
v Banskej Bystrici
Katedra ošetrovateľstva
Sládkovičova 21
974 05 Banská Bystrica, Slovenská republika
e-mail: julia.jankovicova@szu.sk

value is 2. Respondents consider the significant use of rating scales to be highly effective ($p = 2,381.10-30$).

Conclusion: Evaluation scales are used in clinical workplaces of various disciplines. The most commonly used scales are the assessment of the level of pain, the risk of pressure ulcers and the level of self-sufficiency. The effectiveness of their use in practice was confirmed by the vast majority of respondents. Respondents see the reserves in the level of knowledge about the use of scales acquired during the study. Based on the results obtained by the research, we recommend focusing on the information provided about the types of scales and the possibilities of their use by students in the field of nursing in the I.stage of University studies.

KEYWORDS:

rating scale, assessment, patient, nurse



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: doc. Ing. Zdeněk Horák, 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 Konřtantína Filozofa v Nitre)

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

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

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

doc. Ing. Jiří Duřek, Ph.D. (Vysoká řkola evropských a regionálních studií)

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

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

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

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

prof. MUDr. Aleř Roztočil, CSc. (Vysoká řkola polytechnická Jihlava)

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

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

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

doc. Ing. Libor Žídek, 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 2021

© 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 2/2021

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

PhDr. Jana Haluzíková, PhD. (Slezská univerzita v Opavě)

Mgr. Jakub Havel, Ph.D. (Mendelova univerzita v Brně)

doc. PhDr. Zuzana Hudáková, PhD. (Vysoká škola polytechnická Jihlava)

Mgr. Petra Chymová (Vysoká škola polytechnická Jihlava)

PhDr. Martin Karas, Ph.D. (Dětské centrum Jihočeského kraje)

doc. PhDr. Kateřina Kubalčíková, Ph.D. (Masarykova univerzita Brno)

doc. PhDr. Ľubica Libová, PhD. (Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety)

Mgr. Andrea Letková (Nemocnice Havlíčkův Brod)

Mgr. Bohumír Machovec, Ph.D. (Vysoká škola polytechnická Jihlava)

Ing. Bc. Andrea Mašínová, Ph.D., DBA, LL.M (Fakultní nemocnice Plzeň)

PhDr. Lenka Motlová, Ph.D. (Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích)

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

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

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

doc. PhDr. Jiří Tůma, Ph.D. (Vysoká škola polytechnická Jihlava)

doc. PhDr. Pavol Zubal, Ph.D. (Katolícka univerzita v Ružomberku)

prof. PhDr. Anna Žilová, PhD. (Katolícka univerzita v Ružomberku)