

2013

ROČNÍK 4

ČÍSLO 1

LOGOS POLYTECHNIKOS

V Š P

J

Vysoká škola
polytechnická
Jihlava

Vážené čtenářky a vážení čtenáři,

„podle celosvětových údajů ze všech 10,9 milionu úmrtí dětí do 5 let jich zhruba 4 miliony umírají v prvním měsíci života. Kdyby všechny ženy začaly kojit v první hodině po porodu, zachránilo by to 1 milion novorozenců – riziko úmrtí se zvyšuje s větším oddalováním zahájení kojení. Mateřské mléko je po dobu prvních šesti měsíců života dítěte nejlepším jídlem a pitím. Žádná jiná strava, a to ani voda, není během tohoto období nutná“ (Mydlilová, 2011).

Putovní výstava „Veřejné zdraví začíná kojením“ firmy Bayer a Laktační ligy doputovala v měsíci březnu 2012 do veřejných prostor Vysoké školy polytechnické Jihlava. Soubor snímků fotografů Davida a Miroslava Švejnohových na téma kojení napříč kontinenty reaguje na varovně klesající počty výlučně kojenečích dětí do šesti měsíců věku dítěte v České republice.



Věříme, že vás LOGOS POLYTECHNIKOS s ošetřovatelskou problematikou opět zaujme.

Doc. PhDr. Lada Cetlová, PhD.
vedoucí katedry zdravotnických studií
Vysoká škola polytechnická Jihlava

Mydlilová, A. 2011. Kojení - šance pro miliony životů. In medici Tribune. ISSN 1214-8911, 2011, roč. VII., č. 26.

JOZEF NOVOTNÝ, JAROSLAV STANČIAK

Drogová závislosť a gravidita..... 5

LADA NOVÁKOVÁ, LADA CETLOVÁ

Souhlas pacienta s hospitalizací ve zdravotnickém zařízení 18

VLASTA DVOŘÁKOVÁ

Historie porodů císařským řezem 25

MARIANA MAGERČIAKOVÁ

Prežívanie stresu u chirurgického pacienta v kontexte hospitalizácie 33

INGRID JUHÁSOVÁ, ZUZANA KARABOVÁ, ĽUBICA ILIEVOVÁ

Vedomosti verejnosti o duševných poruchách v kontexte prevencie realizovanej sestrou 44

ŠÁRKA TOMOVÁ, LUBOMÍR ŠTĚPÁNEK

Využití videotréninku ve výuce komunikačních dovedností..... 51

LENKA GÖRNEROVÁ

Uspokojování duchovních potřeb hospitalizovaných klientů ... 59

IVICA GULÁŠOVÁ, JÁN BREZA ML., JÁN BREZA

Úroveň poznania sestier o legislatívnych zmenách v zdravotníctve a v ošetrovatel'stve v Slovenskej republike..... 65

INGRID JUHÁSOVÁ, ĽUBICA ILIEVOVÁ

Starší člověk a rodina na prahu 21. storočia 77

MÁRIA KOPÁČIKOVÁ, MARCELA ZEMANOVÁ

Vedomostná úroveň žien o inkontinencii moču 86

KATARÍNA GERLICOVÁ, IVETA MATIŠÁKOVÁ

**Rodičia – pomocník sestry, sestra – pomocník rodičov
na detskom oddelení..... 97**

PETRA VRŠECKÁ

**Problematika spokojnosti na pracovišti z pohľadu zdravotní
sestry 102**

EDYTA BARNAŚ, JUSTYNA MIK, KATARZYNA GÓRKA, DOMINIKA WAŁA,
BARBARA ZYCH

**Attitudes towards a Cesarean Section Presented by Pregnant
Women in Podkarpacie (Poland) 109**

ANNA BENČEKOVÁ

Informovanosť u pacientov s pľúcnou embóliou 121

KATARÍNA ZRUBÁKOVÁ, MARKÉTA VOLNÁ

**Ageistické tendencie profesionálneho ošetrovateľského
personálu v zariadeniach sociálnych služieb 129**

VIERA LÚLEIOVÁ, GABRIELA VÖRÖSOVÁ

**Vplyv edukácie sestry na včasné diagnostikovanie rakoviny
prostaty 143**

PETRA FORMÁNKOVÁ

**Počátky komunitního plánování sociálních služeb v České
republice 154**

MARIANA MAGERČIAKOVÁ

Edukácia ako integrálna súčasť ošetrovateľskej praxe 160

MAŁGORZATA NAGÓRSKA, LADA CETLOVÁ

Quality Monitoring in Healthcare Facilities 172

IVETA MATIŠÁKOVÁ, KATARÍNA GERLICOVÁ Etické aspekty zdravotnej starostlivosti o starých ľudí v geriatrici	177
INGRID JUHÁSOVÁ, ĽUBICA ILIEVOVÁ Význam emocionality v ošetrovatel'stve	182
MONIKA CECUŁA, JOANNA TRAWIŃSKA, RENATA RAŚ, EDYTA BARNASŃ, DOMINIKA PASIERB, ELŹBIETA PORADA, ANDRZEJ SKRĘT Evaluation of Quality of Life and Satisfaction with Inpatient Services among Women after Surgical Treatment of Gynaecological Cancers	189
ANDREA JUHÁSOVÁ Komparácia aplikácie špeciálnych terapií v domovoch sociálnych služieb Českej a Slovenskej republiky	197
PETRA FORMÁNKOVÁ Historický vývoj pečovatelské služby v České republice	209
PAVLA ERBENOVÁ, JITKA KOPŘIVOVÁ, MIROSLAV HANÁČEK Komplexní přístup v terapii žen s nadváhou a obezitou – účinnost terapie manualizovanou metodikou STOB	219
BOHUMÍR MACHOVEC Metodika výuky lyžování na metrových lyžích v rámci lyžařských kurzů VŠPJ	231

Drogová závislosť a gravidita

Jozef Novotný, Jaroslav Stančíak

Vysoká škola polytechnická Jihlava

Abstrakt

Zdravie ako stav fyzickej, psychickej, sociálnej a spirituálnej pohody, teda well being, je to najcennejšie čo človek dostal od Najvyššieho. Samozrejme človek má aj slobodnú vôľu, teda dostal i poverenie zdravie si chrániť. Protipólom je choroba, ktorú si uvedomíme až vtedy, keď zdravie strácame, čo má na nás i spoločnosť často významný sociálno ekonomický dopad. Bohužiaľ, v súčasnosti sa stretávame čoraz častejšie, takmer denne, s jedincami, ktorí si úmyselne poškodzujú svoje zdravie, užívajú návykové látky, ktoré poškodzujú tak ich vlastné zdravie ako aj zdravie tých nevinných, ktorí sa často nepýtali na svet, a teda už od počatia trpia. S novorodencami, ktorí sa narodia matkám, závislým od návykových látok počas gravidity sa stretávame čoraz častejšie. Prečo ľudia pijú a užívajú nadmerné množstvá analgetík, sedatív, hypnotík a psychofarmák? Prečo si vedome ničia svoj organizmus nadmerným a neúčelným pitím? Odpoveď na tieto otázky nie je ľahká. Zaoberajú sa ňou lekári, psychológovia, píše sa o nej v odborných knihách a časopisoch. Zatiaľ sa však nenašlo uspokojivé riešenie. Na celom svete sa zvyšuje konzumácia alkoholu a návykových látok preto nemožno ponechať ďalší vývoj náhode. Právne opatrenia ako jediný spôsob boja proti alkoholizmu a toxikománii nestačia. Aj **zdravotnícka starostlivosť** je vlastne iba úsilím o odstraňovanie následkov už vytvoreného stavu. Ak chceme bojovať proti alkoholizmu a toxikománií, dôležitá je **spolupráca celej spoločnosti**, verejnej mienky, pretože **ochrana zdravia je vecou každého** a všetkých. Dôležitým prostriedkom je informovanosť širokých vrstiev našej verejnosti o nebezpečenstve, ktorým sa človek vystavuje vstupe do bludného kruhu návykových látok, z ktorého cesta späť býva ťažká. Drogy sú súčasťou ľudstva od obdobia pred našim letopočtom po súčasnosť. Prešli významnými etapami, v ktorých splňali rôzne funkcie. Slúžili šamanom a mágom ako afrodisiaká, vyrábali sa z nich rôzne nápoje a masti, zabezpečujúce nesmrteľnosť, povznesenú náladu a zabudnutie. Používali sa v ľudovom liečiteľstve ako lieky, ale celý čas boli zneužívané. Závažnou chybou by však bolo zjednodušené prenášanie problému drogových závislostí iba na skupinu mladých ľudí. Psychoaktívne látky, najmä charakteru stimulancií, sa uhniesdili aj v niektorých novovznikajúcich vrstvách našej spoločnosti – u podnikateľov, manažérov, ale aj v istých umeleckých kruhoch. Závislosti sa prejavujú aj u ľudí v dobrom spoločenskom postavení, ktorí pokladajú konzum drogy za akýsi „módny doplnok“, či potvrdenie vlastnej stavovskej identity. Droga si nevyberá a neinformovanosť či ľahkovážnosť niektorých ľudí týchto skupín je priamo deprimujúca. Problém zneužívania psychoaktívnych látok je aktuálny a je potrebné venovať mu náležitú pozornosť. Treba si uvedomiť, že problém bude problémom dovtedy, kým pôjdu drogy na odbyt u ľudí, schopných hoci zo zvedavosti drogu ako nevinnú zábavu okúsiť, stotožniť sa s ňou a napokon ju zaradiť do vlastného životného programu. Niet významnejšej cesty ako **prevencia**. **Aktívne pôsobiť proti**

drogám môže iba jednotná, hoci viacrovinná fronta - rodina, škola, masmédiá, zdravotníctvo, polícia, justícia a všetci tí, ktorí problém drog vidia ako reálnu hrozbu.

Kľúčové slová

Zdravie, droga, sociálno-ekonomický význam drog, počatie, gravidita, novorodenec, prevencia, úloha médií

Úvod

Prečo ľudia pijú a užívajú nadmerné množstvá analgetík, sedatív, hypnotík a psychofarmák? Prečo si vedome ničia svoj organizmus nadmerným a neúčelným pitím? Odpoveď na tieto otázky nie je ľahká **(1,4,6,11,12,13)**. Zaoberajú sa ňou lekári, psychológovia, píše sa o nej v odborných knihách a časopisoch. Zatiaľ sa však nenašlo uspokojivé riešenie. Na celom svete sa zvyšuje konzumácia alkoholu a návykových látok preto nemožno ponechať ďalší vývoj náhode. Právne opatrenia ako jediný spôsob boja proti alkoholizmu a toxikománii nestačia. Aj ***zdravotnícka starostlivosť*** je vlastne iba úsilím o odstraňovanie následkov už vytvoreného stavu. Ak chceme bojovať proti alkoholizmu a toxikománii je dôležitá ***spolupráca celej spoločnosti***, verejnej mienky, pretože ***ochrana zdravia je vecou každého*** a všetkých. Dôležitým prostriedkom je informovanosť širokých vrstiev našej verejnosti o nebezpečenstve, ktorým sa človek vystavuje vstupe do bludného kruhu návykových látok, z ktorého býva ťažká cesta späť.

Známy psychiater profesor Vondráček (25) výstižne konštatoval, že mnohí ľudia "...žijú v nepriaznivom prostredí, sú vydaní napospas psychickej infekcii, s alkoholom sa zoznámili, majú k nemu ľahký prístup, a predsa sa alkoholikmi nestanú."

Dôležitú úlohu má **rodina**. Dieťa a mladý človek, ktorý od malička vidí okolo seba a u svojich najbližších pravidelnú konzumáciu alkoholu, môže postupne získať dojem, že ide o bežné, neškodné alebo spoločensky nevyhnutné či prospešné javy. Rodina môže mať negatívny vplyv aj z iného aspektu. Nesamostatní mladí ľudia formovaní nesprávnou výchovou alebo deti vychovávané v neharmonických rodinných pomeroch sa ľahšie môžu dostať do ťažkostí ***"riešiteľných alkoholom"***.

Drogy sú súčasťou ľudstva od obdobia pred našim letopočtom po súčasnosť. Prešli vážnymi etapami, v ktorých spĺňali rôzne funkcie. Slúžili šamanom a mágom ako afrodisiaká, vyrábali sa z nich rôzne nápoje a masti, zabezpečujúce nesmrteľnosť, povznesenú náladu a zabudnutie. Používali sa v ľudovom liečiteľstve ako lieky, ale celý čas boli zneužívané **(20,25)**.

Užívanie psychoaktívnych látok iných ako alkohol, vyúsťuje až do vzniku a rozvoja problémových rovín závislosti. ***Nealkoholová toxikománia*** - je jav, ktorý by mal byť cudzí podstate i záujmom ktorejkoľvek modernej kultúrnej spoločnosti. Po zániku „*železnej opony*“ došlo k invázii drog aj do predtým relatívne „*čistých*“ krajín bývalého spoločenstva socialistických štátov, kde tento vysoko spoločensky nebezpečný jav presiahol hranice okrajového sociálneho problému. ***Drogoví konzumenti*** sa niekedy môžu dopúšťať celej palety trestných činov. Závažnou chybou

by však bolo zjednodušené prenášanie problému drogových závislostí iba na skupinu mladých ľudí. Psychoaktívne látky, najmä charakteru stimulancií, sa uhniezdili aj v niektorých novo vznikajúcich vrstvách našej spoločnosti – u podnikateľov, manažérov, ale aj v istých umeleckých kruhoch. Závislosti sa prejavujú aj u ľudí v dobrom spoločenskom postavení, ktorí pokladajú konzum drogy za akýsi „*módny doplnok*“, či potvrdenie vlastnej stavovskej identity. Droga si nevyberá a neinformovanosť či ľahkovážnosť niektorých ľudí týchto skupín je priamo deprimujúca. *Problém zneužívania psychoaktívnych látok je na Slovensku aktuálny a je potrebné venovať mu náležitú pozornosť. Treba si uvedomiť, že problém bude problémom dovtedy, kým pôjdu drogy na odbyt u ľudí schopných, hoci zo zvedavosti, drogu, ako nevinnú zábavu ochutnať, stotožniť sa s ňou a napokon ju zaradiť do vlastného životného programu (9,10,17,19,20).*

Niet významnejšej cesty ako **prevencia**. *Aktívne pôsobiť proti drogám môže iba jednotná, hoci viacúrovňová fronta - rodina, škola, masmédiá, zdravotníctvo, polícia, justícia a všetci tí, ktorí problém drog na Slovensku vidia ako reálnu nastupujúcu hrozbu.*

Žena, Návykové látky, Počatie, Ggravidita, Novorozenec

Ženy žijúce rizikovým spôsobom života (napr. prostitútky) a závislé od psychoaktívnych látok, patria k tým, ktorým by sme mali venovať zvýšenú zdravotnú starostlivosť aj z hľadiska zdravia ostatnej populácie. Tieto ciele nie sú jednoduché, pretože prichádza na svet dieťa, ktoré musí znášať nezodpovedné konanie matky.

Závislé ženy môžeme rozdeliť do dvoch kategórií. Jednu tvoria aktívne narkomanky (A). U nich je starostlivosť takmer nemožná a spolupracuje sa s nimi veľmi ťažko. Márne sa ich snažíme motivovať a vychádzať im maximálne v ústrety, keď samé nechcú vydržať na substitúcii (náhradnej liečbe) a postupnom smerovaní k abstinencii. Závislá príde raz, dvakrát na návštevu do poradne, a aj to obyčajne na naliehanie niekoho, kto ju presvedčí. Urobí tak často pod vplyvom drogy a ani poriadne nevníma, kde je a čo by mala pre svoje dieťa urobiť (2,3,5,7).

Závislé (B), absolvujúce substitučnú liečbu látkami, ako metadon alebo subutex, sú tie, s ktorými dokážeme pracovať. Ale to sú len pacientky, ktoré sú závislé od drog opiátového typu, lebo iba pri nich môže náhrada za drogu „obsadiť“ receptory zodpovedajúce v mozgu za chorobnú túžbu po droge. Je potrebné získať ich dôveru. Postupne je potom možná a dobrá spolupráca, najmä s gynekológom a i so psychiatrom. V ich podvedomí je psychiatier zafixovaný ako zlý človek, ktorý im zobral drogu a snaží sa ich vyliečiť.

Substitučné látky však môžu spôsobovať novorodencovi veľké problémy, keďže abstinенčný syndróm po metadone i subutexe je obyčajne silný a môže sa prejavovať aj 6 až 8 týždňov po pôrode. U tehotných závislých však nie je možný takzvaný suchý detox (okamžité vysadenie drogy), lebo pri ťažkom abstinенčnom syndróme by mohlo prísť k úmrtiu plodu. V týchto prípadoch nemožno prijať rozhodnutie prestať dodávať telu drogu. Musí to byť pod lekárskeym dohľadom a znižovanie dávok musí byť kontrolované.

Novorodenec, ktorý sa narodí závislej matke alebo matke na substitučnej liečbe, musí byť pod intenzívnou kontrolou 24 hodín denne. Okrem abstinenčného syndrómu mu vo zvýšenej miere **hrozí aj syndróm náhleho úmrtia novorodenca.** Matka nesmie dojčiť, aby sa **droga** alebo substitučný liek prostredníctvom mlieka nedostávali znovu k novorodencovi. Bohužiaľ, demografické rizikové faktory najčastejšie sa vyskytujúce u rómskych žien sú veľmi výrazné a považujú sa za veľmi dôležité z hľadiska predpokladu rizikového tehotenstva, patologického pôrodu alebo porúch rastu a vývoja plodu. Sú typické práve pre rómske ženy, avšak vyskytujú sa aj u žien majoritnej časti spoločnosti, no v menšom počte **(2,4,6,7,8,9,11).**

Gravidita pod vplyvom drogy

Svetová zdravotnícka organizácia definuje drogu ako „akúkoľvek látku, ktorá po vstupe do organizmu je schopná pozmeniť jednu alebo viacero funkcií, pôsobí priamo alebo nepriamo na centrálny nervový systém a môže mať priznané postavenie lieku“ **(25).** Každá droga, či už získaná legálne alebo nelegálne, je predmetom zneužívania. *Závislosť je daná tendenciou zvyšovania dávky, psychickou a často aj fyzickou závislosťou na jej účinkoch, neodolateľným želaním, nutkaním alebo potrebou pokračovať v užívaní drogy a získať ju akýmkoľvek spôsobom.* Spoločensky neprípustnými drogami dostupnými na našom trhu sú na prvom mieste heroín a pervitín. V našej spoločnosti je konzumácia legálnych drog ako napríklad alkohol, analgetiká, hypnotiká a cigarety bežná a tolerovaná.

Všetky zmeny (maternálne faktory), ktoré prebiehajú v organizme ženy v prípade drogovej závislosti budúcej matky významnou mierou menia distribúciu drog v jej organizme. Droga sa eliminuje obličkami, metabolizuje v pečeni, viaže na proteíny plazmy alebo sa utilizuje v tkanivách a orgánoch napr. v mozgu. Chemické vlastnosti drog ako nízka molekulová hmotnosť, vysoká rozpustnosť v tukoch i vode, minimálna ionizácia, väzba na proteíny plazmy umožňujú prestup drogy do plodu **(21,23,25,27,28).**

Väčšina závislých matiek je závislá na viacerých druhoch drog, najčastejšie liekov, cigariet a alkoholu. Abúzus drog je veľmi často spojený s celým radom infekčných ochorení (hepatitídy, syfilisu, HIV/AIDS), chronickou podvýživou a sideropenickou anémiou. Tieto údaje viac menej svedčia o slabej socioekonomickej situácii rodiny, nedostatočnej prenatálnej starostlivosti.

Gravidita drogovu závislej matky vyžaduje zvýšenú starostlivosť, pretože jej priebeh býva často komplikovaný. Medzi *najčastejšie komplikácie* patria *intrauterinná retardácia plodu, možnosť predčasného pôrodu, možnosť predčasného odtoku plodovej vody, abrupcia placenty (kokaín), srdcová arytmia, ischémia myokardu, hypertenzia, cerebrovaskulárne príhody, aborty a úmrtia plodu (12).*

Huttová so spolupracovníkmi **(9)** uvádzajú, že „...napr. nikotín, ale aj iné drogy negatívne ovplyvňujú metabolizmus a nutričný stav ženy, znižujú absorpciu bielkovín a vitamínov.“ Fajčiarky majú zvyčajne nižšiu telesnú hmotnosť a aj prírastky hmotnosti počas gravidity sú nižšie, čo následne spôsobuje nízku pôrodnú hmotnosť.

V závislosti od počtu vyfajčených cigariet sa dokonca zvyšuje aj riziko mimomaternicovej gravidity (**11,13,14,15,16,17**).

Vplyv drogy na plod

Matka a plod tvoria jeden celok, *fetoplacentárnu jednotku*. Ak gravidná žena užíva drogy a je závislá od ich účinku, je samozrejmé, že plod, keďže jeho krvný obeh je vzájomne prepojený s krvným obehom matky prostredníctvom placenty, je rovnako vystavený ich pôsobeniu. Voľná droga, ako aj jej metabolity po utilizácii v organizme gravidnej ženy prestupujú transplacentárne do plodu.

Placenta zohráva pri transporte drogy dôležitú úlohu. V nej počas **gestácie** vyzrievajú enzymatické systémy, zväčšuje sa jej povrch a tým sa vytvára priestor na realizáciu výmeny rôznych látok (teda aj drogy) medzi matkou a plodom. Na samom začiatku gestácie tento priestor reaguje väčšou zábranou prestupu drogy ako ku jej koncu. Plochu, na ktorej sa odohráva výmena maternálnej a fetálnej cirkulácie vystiela vrstva trofoblastových buniek. Tieto bunky sú schopné distribúcie a prenosu drogy, krvný prietok týmto povrchom zabezpečuje prestup drogy cez placentu, ktorá tvorí semipermeabilnú membránu. *Množstvo* drogy, ktoré sa takto dostáva do obehu plodu je limitované:

- *koncentráciou drogy v organizme matky,*
- *vlastnosťou membrány, cez ktorú droga prestupuje,*
- *vlastnosťou drogy.*

Znižovanie prietoku krvi placentou počas kontrakcií a pôrodu spomaľuje transport drogy a znižuje zároveň aj clearance drogy (množstvo tekutiny, ktoré sa očistí od drogy) v plode.

Toxicita drogy je závislá od vlastností drogy, metabolických schopností a enzymatickej kapacity matky a plodu. Za veľmi kritické v spojení s užívaním drog sa považuje obdobie včasnej gestácie, kedy je vysoké riziko vývoja štrukturálnych anomálií plodu. Drogy, ktoré kolujú v cirkulácii plodu sa metabolizujú v pečeni a vylučujú do mekónia a močom do amniálnej tekutiny. Jej prehĺtaním sa dostáva späť do plodu, čím sa udržiava hladina drogy v plode. Voľné drogy sa zasa distribuujú do tkanív plodu napr. fetálneho mozgu, tiež sa čiastočne viažu na proteíny krvnej plazmy.

K najviac rozšíreným exogénnym škodlivým faktorom patrí fajčenie a alkohol.

Fajčenie

Nikotín ľahko prestupuje placentou a dosahuje vysoké koncentrácie vo fetálnej krvi. Jeho účinkom dochádza k vazokonstrikcii uteroplacentárneho riečiska a deformáciám placenty, vzniká chronická fetálna hypoxia. V kombinácii s hematotoxickým účinkom oxidu uhoľnatého dochádza k zníženiu prívodu kyslíka a výživy do plodu. Nastáva symetrická retardácia rastu plodu - *fetálny tabakový syndróm (FTS)*.

Nikotín znižuje prietok krvi maternicou, zvyšuje 3-5 násobne výskyt predčasného pôrodu a je hlavnou príčinou nízkej pôrodnej hmotnosti. Toxické látky vznikajúce pri

fajčení obmedzujú prenos kyslíka materskou krvou do plodu. Deti fajčiarok majú 1,9krát častejšie nižšiu hmotnosť a aj sa rodia predčasne. Hmotnosť detí je v priemere o 200-300 g nižšia ako detí matiek, ktoré v gravidite nefajčili. Perinatálna úmrtnosť je 1,2krát vyššia. **Deti fajčiarok nápadne často zomierajú na syndróm náhlejšej smrti!** Častejšie majú astmu a respiračné infekcie. Vrodené chyby sa pripisujú toxickým účinkom nikotínu. Vyskytujú sa častejšie redukčné anomálie končatín, vrodené chyby uropoetického traktu a rászštepy pery a podnebia. Fajčiarky menej často dojčia, čím sa prehľbuje rastový deficit detí. Trvalé následky pasívneho fajčenia plodu sú:

- retardácia somatického rastu,
- časté respiračné infekcie,
- alergické ochorenia - najmä atopický ekzém a astma,
- nižšia úroveň inteligencie a poruchy správania (6, 13, 17, 18, 19, 20).

U tehotných fajčiarok dochádza približne v 30% k poškodeniu plodu. Zvýšené je riziko odlučovania placenty, krvácania v priebehu tehotnosti a predčasný odtok plodovej vody, predčasného pôrodu, odumretia plodu. Nikotín negatívne ovplyvňuje metabolizmus a nutričný stav tehotnej ženy, znižuje absorpciu bielkovín a vitamínov. Uvedené faktory sa spolupodieľajú na nízkej pôrodnej hmotnosti novorodencov (3,4). Tabakový dym spôsobuje poruchu vývinu pľúcnych štruktúr (4). S patologickou štruktúrou súvisí aj zvýšený výskyt náhleho úmrtia dojčiat (**SIDS – Sudden Infant Death Syndrom**). Po pôrode sa u detí stretávame s poruchami popôrodnej adaptácie. Následky toxického účinku nikotínu sa prejavia u novorodenca tachykardiou, poruchami periférnej perfúzie, príjmu výživy, dráždivosťou, tremorom a zvýšenou reakciou na zvukové podnety (5). Pri náhlom znížení hladiny nikotínu v krvi dieťaťa po narodení môže vzniknúť abstinenčný syndróm (bledosť, zvýšená dráždivosť, tras končatín, tachypnoe, tachykardia, záchvaty cyanózy a bradykardie).

Abúzus alkoholu

Alkohol, podobne ako nikotín, prechádza placentou, účinkuje ako jed a na plode môže vyvolať ťažké zmeny. **Pečeň plodu nie je schopná eliminovať toxické účinky** alkoholu a výsledkom je **fetálny alkoholový syndróm (FAS)**. Za kritickú dávku sa považuje 60-80 g čistého alkoholu, ale rizikové sú aj oveľa menšie dávky. **Najväčšie riziko predstavuje 3-8 týždeň gravidity, teda obdobie, kedy matka často ešte ani netuší, že je gravidná.** Najčastejšími dôsledkami toxického pôsobenia alkoholu je fetálna rastová retardácia, kraniofaciálne dysmorfie, stigmatizácie s perspektívou porúch psychomotorického vývinu a mentálnej retardácie pre ďalší život dieťaťa.

Abúzus alkoholických nápojov a drog môže viesť k vážnym poruchám plodov zmysle embryopatie, fetopatie alebo dystrofie plodu podľa dávky, pravidelnosti príjmu a obdobia ťarchavosti, v ktorej je plod vystavený účinku toxickej látky. Zaznamenal sa vyšší výskyt preeklampsii a predčasných pôrodov. Alkohol ovplyvňuje rast plodu v priebehu celej gravidity a vo včasnej tehotnosti má teratogénny účinok. Vysoká spotreba alkoholu - viac ako 25 cl alkoholu denne - vedie k fetálnemu alkoholovému syndrómu (FAS) so závažnými následkami pre postnatálny vývoj dieťaťa. Uvádza sa, že z porodených plodov alkoholičiek je 35-40 % postihnutých FAS a u ďalších sú

prítomné menšie zmeny alebo vrodené chyby. Pravidelná konzumácia menšieho množstva alkoholu je spojená s retardáciou plodu a nižšou pôrodnou hmotnosťou. **Vhodné je doporučiť všetkým tehotným ženám, aby nepili alkoholické nápoje počas celej gravidity (11, 17, 19, 20)!**

Konzumácia *alkoholu* počas tehotenstva je rozšírená najmä v populácii sociálne slabších žien so základným vzdelaním, vo veku od 20 až 35 rokov, ktoré sú fajčiarky, osamelé a viacrodičky. Pri priemernej konzumácii 40 g alkoholu a viac denne sa môže vyvinúť syndróm alkoholovej fetopatie. V súčasnosti sa so syndrómom alkoholovej fetopatie rodia 1-3 deti na 1000 pôrodov. Riziko poškodenia dieťaťa stúpa s dĺžkou trvania a množstvom konzumovaného alkoholu. Pri ťažkej, dlhodobej závislosti na alkohole predstavuje riziko poškodenia až 50 %. Alkohol (i nikotín!) zhoršuje prekrvenie fetoplacentárnej jednotky, zvyšuje riziko spontánneho potratu, predčasného pôrodu, porodenia mŕtveho plodu, hypotrofie plodu. Konzumácia alkoholu súvisí so zvýšeným výskytom kongenitálnych malformácií, s poruchami rastu, nízkou úrovňou aktivity, syndrómom náhlej smrti, astmy a infekcií dýchacieho systému (6). Dieťa s fetálnym alkoholovým syndrómom sa rodí s typickými príznakmi - zúženými očnými štrbinami, stlačeným koreňom nosa, krátkymi nosnými krídlami, široko posadenými očnicami, mentálnou retardáciou, chybami srdca a malou pôrodnou hmotnosťou.

V dojčenskom veku nie sú zriedkavé ani poruchy spánku a sacieho reflexu. S pribúdajúcim vekom sa zvyrazňuje hyperaktivita, impulzivnosť, neschopnosť koncentrácie pozornosti, rýchle striedanie záujmov. Približne 90% detí má zníženú mentálnu úroveň. Z poznávacích schopností môžu mať deti problémy s riešením aritmetických úloh, priestorovou orientáciou, tvorbou úsudku, abstraktným myslením a môžu byť kombinované so zníženými pamäťovými schopnosťami a poruchou koncentrácie.

Abúzus kofeínu

Kofeín je jednou z najčastejšie používaných drog. Najmenej 50 % ľudí pije kávu, 29 % čaj, 58 % nealkoholické nápoje obsahujúce kofeín. Je sporné, či má kofeín významne nepriaznivý vplyv na graviditu a plod. Vzťah k nízkej pôrodnej hmotnosti, predčasnému pôrodu a predčasnému odtoku plodovej vody nebol preukázaný. Vyskytnúť sa môžu fetálne arytmie pri excesívnom príjme kofeínu, ktoré môžu pretrvávať aj po pôrode, pretože novorodenec nie je schopný kofeín metabolizovať. Teratogénny vplyv nebol dokázaný.

Látky zo skupiny narkotických drog (heroín, morfium, ópium) spôsobujú pri výkyvoch v hladine drogy u plodu abstinenčné príznaky ešte skôr ako u matky. Plod na túto skutočnosť reaguje tachykardiou, výraznou pohybovou aktivitou. Stav hypoxie hrozia poškodením CNS, kŕčami, asfyxiou, čo môže viesť k intrauterinnému odumretiu plodu. Tieto stavy sa súborne nazývajú **fetálnym abstinenčným syndrómom (FAS)**.

Abúzus heroínu

Užívanie *heroínu* tehotnou ženou sa prejaví poškodením plodu. Heroín spôsobuje príjemné uvoľnenie a upokojenie, pasívne prežívanie okamihu a odstránenie problémov každodenného života. Pri predávkovaní môže dôjsť k ospalosti, spánku, bezvedomiu až smrti, keďže tlmí respiračné centrum. Pri nedostatku drogy dochádza k abstinenčnému syndrómu, ktorý sa prejavuje bolesťou kĺbov, svalov, potením, zvracaním, kŕčmi a teplotou. Tehotenstvo nebýva užívaním heroínu výrazne ovplyvnené, ale často sa končí predčasne. Pri i.v. aplikácii drogy je plod ohrozený infekciou. Heroín prechádza placentou do plodu do jednej hodiny po podaní. Tlmí jeho pohybovú aktivitu a hromadí sa v plodovej vode.

Novorodenec má nižšiu pôrodnú hmotnosť a nižšie Apgar skóre v dôsledku chronického nedostatku kyslíka počas tehotenstva. U týchto novorodencov sa častejšie vyskytujú vrodené vývojové chyby. U päťdesiatich až osemdesiatich percent novorodencov dochádza k abstinenčnému syndrómu do 48 – 72 hodín po pôrode. Neskorší abstinenčný syndróm sa u niektorých novorodencov prejavuje až šiesty deň po pôrode. Abstinenčný syndróm novorodenca sa prejavuje poruchami spánku, kŕčmi, teplotou, kýchaním, hnačkou a zvracaním. Deti, ktoré sa narodili matkám závislým od heroínu, majú medzi tretím až šiestym rokom nižšiu telesnú hmotnosť a výšku. Majú aj nižšie IQ.

Paradoxne, účinky niektorých drog možno považovať za pozitívne z hľadiska ich vplyvu na plod. Môžu indukovať niektoré enzymatické systémy plodu a spôsobiť napr. nižšiu incidenciu hyperbilirubinémie, stimuláciou endogénnych glukokortikoidov, urýchliť maturáciu pľúcneho tkaniva so zvyšovaním tvorby surfaktantu, čo znižuje incidenciu RDS (Respiratory distress syndróm) (6, 11, 12, 14).

Prenatálna starostlivosť

Prenatálna starostlivosť je charakterizovaná ako účinná starostlivosť zameraná na tehotnú ženu a dieťa v priebehu tehotnosti a pôrodu. Jej cieľ je ovplyvňovaný rozdielnymi prioritami spoločnosti a jednotlivcov. Výsledný efekt je závislý od zdravotnej a sociálnej politiky štátu, ako aj vlastného sociálneho postavenia tehotnej ženy a jej postoja k tehotnosti. Najdôležitejšou úlohou prenatálnej starostlivosti je včasné zistenie akéhokoľvek rizika pre matku a plod (2).

Riziková tehotnosť možno rozoznať na základe sledovania rôznych faktorov. V každom prípade je potrebné riziko špecifikovať a spresniť jeho možný vplyv na priebeh tehotnosti a pôrodu. Mnohé faktory môžu v priebehu tehotenstva dieťa poškodiť, pričom následky v prvom rade závisia od doby ich pôsobenia. Pritom môže dochádzať k odumretiu plodu, k deformáciám alebo k infekcii dieťaťa s možnými následnými poškodeniami.

Tehotnosť okrem biologických faktorov nepriaznivo ovplyvňujú aj faktory sociálne. Nepriaznivé ekonomické podmienky, vplyv zamestnania, zvýšené pracovné napätie, nedostatok odpočinku a spánku, ako aj fajčenie, alkoholizmus a toxikománie zvyšujú riziko predčasného pôrodu a znižujú pôrodnú hmotnosť novorodenca (2).

Vplyv na priebeh tehotnosti

Tehotné toxikomanky si vyžadujú zvýšenú pozornosť. Tehotnosť u nich často nie je plánovaná, a teda je nechcená. Vzhľadom na nepravidelný menštruačný cyklus je zistenie gravidity oneskorené a je premeškaný čas na skrínigové vyšetrenia. Najčastejšou komplikáciou spôsobenou užívaním drog v tehotnosti je potrat, partus praematurus, predčasný odtok plodovej vody, odumretie plodu, hypotrofický plod, abrupcia placenty, eklampsia. Výkyvy hladín drogy v krvi matky sú rizikové a nebezpečné. Pomerne častý je výskyt venerických ochorení, hepatitíd a infekcií HIV/AIDS. Narkomanky sú väčšinou veľmi mladé, vo veľkej väčšine sú slobodné, buď úplne bez partnera, alebo je partner rovnako narkoman. Sú bez zamestnania alebo o prácu postupne prišli v dôsledku drogovej závislosti. Prehlbujúca sa závislosť vedie k postupnému asociálnemu správaniu – k prostitúcii a ku krádežiam.

Drogovo závislé tehotné ženy trpia nedostatočnou výživou z týchto dôvodov:

- namiesto jedla si kúpia drogu,
- inhibícia centrálnych mechanizmov riadiacich pocit hladu a sýtosti,
- problémy pri vstrebávaní výživných látok v súvislosti s veľkým poškodením čriev, pankreasu a pečene.

Záver

Zdravie a vývoj dieťaťa sú neoddeliteľne spojené so zdravím matky, s jej výživou a reprodukčnou starostlivosťou, ktorú dostáva. Konzumentky ilegálnych drog bývajú tiež závislé na nikotíne a alkohole, majú nevhodnú životosprávu. Pre stanovenie diagnózy FAS je dôležitý dôkaz konzumácie alkoholu v tehotenstve. Väčšina matiek nepripúšťa pitie ani tých najmenších dávok alkoholu. Ľahšie formy novorodeneckého abstinenčného syndrómu často unikajú pozornosti, pretože majú príznaky podobné plodovej hypotrofii a podobné adaptačné problémy po narodení. Je potrebné zamerať intervencie pôrodnej asistencie na zefektívnenie zdravotno-výchovného pôsobenia pôrodnej asistentky, upozorňovať dievčatá i budúce matky na veľké riziko konzumácie alkoholických nápojov počas tehotenstva v akýchkoľvek množstvách, fajčenia a za ich veľkú zodpovednosť za zdravie svojich detí. Plod sa stáva pasívnym konzumentom drogy, lebo väčšina drog prestupuje placentou do krvi plodu. Drogy, ktoré počas tehotenstva ovplyvňovali plod, sa podieľajú na vzniku abstinenčného syndrómu. Abstinenčný syndróm sa môže vyvinúť už v maternici, ak si závislá matka aplikuje látku nepravidelne alebo ju vynechá. Plod máva abstinenčné príznaky skôr ako matka. Reaguje zvýšenou pohybovou aktivitou, ktorá sa môže vystupňovať do kŕčov a až do intrauterinného úmrtia. Práve výkyvy v hladine drogy sú pre plod veľmi nebezpečné, lebo kŕče vyvolávajú nedostatočné zásobenie mozgu kyslíkom a jeho možné poškodenie.

Drogovo závislé ženy nevyhľadávajú poradňu pre tehotné a ak sa dostanú ku gynekológovi vyžaduje si to dôkladné odobratie anamnézy. Anamnestické údaje je potrebné priebežne dopĺňať, pretože nejavia ochotu spolupracovať. Pri posudzovaní je potrebné hľadať vpichy nielen na končatinách. Úspešnosť liečby závisí od vôle ženy zmeniť svoj

životný štýl, ochoty podrobiť sa liečbe a prerušiť kontakty s komunitou, v ktorej sa užívajú drogy. Cieľom makroúrovňovej analýzy je zistiť prijímanie nových myšlienok a praktík (stotožnenie sa s myšlienkami a použitie metód ovplyvnenia postoja) podľa špecifik komunity (26,27,29).

Na elimináciu sociálnych a ekonomických i ostatných skutočností je potrebné sa sústrediť komplexne. Do popredia vystupujú viaceré skutočnosti, teda, zdravotnícka starostlivosť, spolupráca celej spoločnosti a civilizácie, verejná mienka. Ochrana zdravia je vecou celej spoločnosti (zdravé mestá, rodiny, jedinci), tak ako je deklarované aj v dokumente WHO (**ZDRAVIE 21**), informovanosť širokých vrstiev. Je dôležité zdôrazniť úlohu *psychickej infekcie*. Dôraz musí byť kladený na harmonickú rodinu, v ktorej musí byť akcentovaný význam prevencie. Samozrejme i verejno-prospešné médiá musia byť na kvalitatívne vysokej úrovni, pretože nesprávna informovanosť môže byť horšia ako neinformovanosť, a môže pôsobiť negatívne na spoločnosť. Multikultúrnosť spoločnosti kladie do popredia skutočnosť, že musíme rozumieť aj týmto etnikám, lebo inak je zahataná cesta komunikácie s nimi. Dlhodobá a kultivovaná spolupráca s našimi rómskymi spoluobčanmi si taktiež zasluhuje pozornosť a kontinuálnu spoluprácu najmä po stránke vzdelania, kultivácie vzťahov i ďalších skutočností, ktoré môžu slúžiť v prospech celej spoločnosti (20,22).

Jedine komplexný prístup, ktorý je samozrejme mimoriadne náročný, zabezpečí zdravý vývoj populácie tak, ako je uvedené aj v dokumentoch štátu, WHO a ďalších inštitúcií (29).

Je potrebné zamerať aktivity pôrodnej asistencie na prevenciu už v rámci predkoncepčnej starostlivosti. Zodpovednosť za prevenciu drogových závislostí má celá spoločnosť, iniciatívu by mali prevziať najmä pôrodné asistentky a všetci zdravotnícki pracovníci, svojím vlastným príkladom ovplyvňovať správanie žien. Pred začiatkom systémovej intervencie na správanie je potrebné analyzovať populáciu, ktorá je cieľovou skupinou. Podpora a udržiavanie reprodukčného zdravia je nesmierne dôležitá úloha do budúcnosti. Predstavuje veľkú výzvu pre pôrodnú asistenciu i ošetrovatel'stvo. Ak dokážeme obmedziť užívanie drog v gravidite, môžeme predísť aj mnohým negatívnym vplyvom drog na plod, novorodenca i dieťa.

Podakovanie

Ďakujeme Mgr. et Bc. Matúšovi Albertovi za spoluprácu pri technickej úprave rukopisu.

Literatúra

- [1] ÁGHOVÁ, L.: *Hygienu*. Martin : Osveta, 1993. 268 s
- [2] BARTOŠOVIČ, I.: *Zdravotné a sociálne problémy rómskeho etnika*. In: HEGYI, L. et al.: *Základy sociálnej práce pre verejné zdravotníctvo*. Bratislava: SZU, zdravotnícke vydavateľstvo HERBA, 2005. s. 18–22.
- [3] BAŠKOVÁ, M.: *Možnosti intervencie zameranej na zlepšenie výživy tehotných žien*. In: *Praktická gynekológia*. Vol. 12, 2005, č. 2, s. 61–64.
- [4] BRUKKEROVÁ, D.: *Sociológia zdravia a choroby*. Bratislava: Slovenská Zdravotnícka Univerzita, HERBA s.r.o. 2005. 64 s. ISBN 80-89171-29-X
- [5] CLOHERTY, J. STARK, A.R.: *Manual of neonatal care*. New York: Lippicott, 1998, 764 pp.
- [6] CURTIS, K.M.-SAVITZ, D.A.-ARBUCKLE, T.E.: Effects off cigarette smoking caffeine consumption and alcohol intake on fecundability. *Amer J Epidemiol* 146, 1997,1, p. 32-41
- [7] ČECH, E. et al.: *Porodnictví*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 1999. 534 s.
- [8] DÓCZEOVÁ, A., KRČMÉRY, V., NOVOTNÝ, J. a kol.: *Vybrané kapitoly z klinickej farmakológie chemoterapie*. Reedícia. Bratislava: SAP, 2004, 101 s.
- [9] HUTTOVÁ, M., et al.: *Negatívne účinky fajčenia v gravidite*. In: *Alkoholizmus a drogové závislosti*. Bratislava: Obzor. roč. 36, 2001, č.1, s. 66.
- [10] JANOSIKOVÁ, E.H. – DAVIESOVÁ, J.L.: *Psychiatrická ošetrovateľská starostlivosť*. Martin: Osveta, 1999, 551 s., ISBN 80-7164-081-6
- [11] KLIMENT, M.: Rizikové správanie rodičov počas tehotenstva a po narodení dieťaťa. *Vla pract.*, 2007, roč. 4 (7/8): 360-362
- [12] KOPÁČIKOVÁ, M.: *Organizácia a systém prenatálnej starostlivosti na Slovensku*. Ošetrovateľstvo a pôrodná asistancia, roč. V., č.1, 2007, s. 274-280, ISSN 1336-183X
- [13] MACKŮ, F., MACKŮ, J.: *Průvodce těhotenstvím a porodem*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1998, 328 s.
- [14] MARŠÁL, K.: *Toxické vplyvy v tehotenství*. In. ČECH, E. et al.: *Porodnictví*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 1999. 534 s.
- [15] MARTIUS, G., BRECKWOLDT, M., PFLEIDERER, A.: *Gynekológia a pôrodnictvo*. 2. vyd. Martin: Osveta. 1996, 656 s.
- [16] MIKULAJ, V.: *Výživa a životospráva v ťarchavosti a počas dojčenia*. In: *Slovenská gynekológia a pôrodnictvo*. roč. 7, 2000, č. 3, 144-146 s.
- [17] NEŠPOR, K., ZIMA, T.: *Alkohol u žien – špecifická rizika*. In: *Alkoholizmus a drogové závislosti*. Bratislava: Obzor, roč. 36, 2001, č. 4-5, s. 308 .
- [18] NOVOTNÝ, J. et al.: Non-communicable (civilization) diseases and prevention. *J. Health Sci Manag and Public Health* 8(1), 2007, p. 96-106.
- [19] NOVOTNÝ, J., NOVOTNÝ, M.: *Drug nephrotoxicity and its prevention*. In: *Biologia*, Bratislava, 2000, 55, Suppl. 8: 95-102.

- [20] NOVOTNÝ, J.: Etické problémy diagnostiky a farmakoterapie v ochrane života. In: Folia Universitatis Tyrnaviensis, Trnava, Vol. 9, 2002, s. 25-26.
- [21] Novotný, J.: Klinická toxikológia. In: Štandardné diagnostické postupy, Martin: Osveta, 1998, s. 293-307.
- [22] NOVOTNÝ, J.: Niektoré osobitosti jedinca vo vyššom veku. In: Folia Universitatis Tyrnaviensis, Trnava, Vol. 9, 2002, s. 106-115.
- [23] ROKYTOVÁ, V.: Poruchy šestinedelí. In: ČECH, E. et al.: Porodnictví. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 1999. 534 s.
- [24] STANČIAK, J., NOVOTNÝ, J., ŠEVCOVÁ, H.: Intoxikácie a návykové látky u jedinco v vyššom veku. In: Folia Universitatis Tyrnaviensis, Trnava, Vol. 9, 2002, s.126-139.
- [25] STANČIAK, J., NOVOTNÝ, J.: Drogová závislosť a prevencia. Prvé vydanie. Bratislava: Expol Pedagogika, 2011, 103 s.
- [26] STANČIAK, J.: Kontrola alkoholu a preventívne prístupy. IN: Základy kontroly tabaku a alkoholu. Úrad verejného zdravotníctva SR, 2008, s.57-61, ISBN 978-80-7159-168-9
- [27] VAŠEČKA, M.: Súhrnná správa o Rómoch na Slovensku. Bratislava: Inštitút pre verejné otázky. 2002. 911 s.
- [28] WAGNER, C.L. – KATIKENI, L.D. et al.: The impact of prenatal drug exposure on the neonate. Obstetr Gynecol Clin North Amer 25. 1998, 1, p. 169-194
- [29] www.who.sk/data/health.21.html Zdravie 21 - Zdravie pre všetkých v 21. storočí. Kancelária Svetovej zdravotníckej organizácie v Slovenskej republike (WHO Liaison Office in the Slovak Republic). Svetová zdravotnícka organizácia – Regionálny úrad pre Európu, Kodaň 1999.

Drug Dependence and Pregnancy

Abstract

Health – the status of physical, psychological, social and spiritual well being is the most valuable thing given from God to humans. However, the human being became also free will and it is his duty to protect this gift. On the other hand sickness occurs after we loose this status of health, it has terrible effect on human and the whole community, too. Unfortunately, nowadays we see many people devastating their health and the health of the innocent ones. These are suffering from the very first day of their life. We mean by this new-borns of drug dependent mothers. The question is why do people take so much analgetics, sedatives, hypnotics and psychotomimetic drugs? Why do they destroy their bodies with alcohol? In fact, the answer is not easy to find. Physicians and psychologists are looking for it, magazines and books contain a lot of publications about this problem. However, the answer was still not found. The consumption of alcohol and drugs is growing nowadays, so the next development can not be let without paying attention. Judicial attention is not sufficient. Medical attention only solves the consequences of drug abuse. However, if we want to stop alcohol and drug abuse, the cooperation of the whole community is very important, because the protection of health have to be in the centre of it's attention. This problem will exist until people who are ready to try the drug, to identify themselves with it and live with it will exist. Prevention is the most important thing of all. Activity against drug abuse have to be done on many places –in the families, schools, media, healthcare centers, police, courts and many others, where drug abuse could be a real problem.

Key words

Health, drug, social-economic importance of drugs, conceivening, pregnancy, new-born, prevention, media

Kontaktné údaje

doc. PhDr. Jaroslav Stančíak, PhD.

Tolstého 16

586 01 Jihlava

Souhlas pacienta s hospitalizací ve zdravotnickém zařízení

Lada Nováková¹, Lada Cetlová²

¹Nemocnice Havlíčkův Brod

²Katedra zdravotnických studií, Vysoká škola polytechnická Jihlava

Abstrakt

Souhlas s poskytnutím zdravotních služeb se pokládá za svobodný, je-li dán bez jakéhokoliv nátlaku; informovaný, je-li pacientovi před vyslovením souhlasu podána informace. Pacient může svůj souhlas s poskytnutím zdravotních služeb odvolat. Odvolání souhlasu není účinné, pokud již bylo započato provádění zdravotního výkonu, jehož přerušování může způsobit vážné poškození zdraví nebo ohrožení života pacienta.

Klíčová slova

Hospitalizace, písemný souhlas, pacient

Úvod

Seznámení pacientů v Nemocnici Havlíčkův Brod (NHB) se svými právy při hospitalizaci ve zdravotnickém zařízení vychází z Řízení dokumentace daného zřizovatele, v textu označována nemocnice. Zdravotní služby lze pacientovi poskytnout pouze s jeho svobodným a informovaným souhlasem, nestanoví-li zákon jinak. Pacient má při poskytování zdravotních služeb právo zvolit si poskytovatele, který odpovídá zdravotním potřebám pacienta. Tento postup však neplatí pro nařízenou izolaci, karanténu nebo ochranné léčení. Dalším právem je možnost nepřetržité přítomnosti zákonného zástupce, popřípadě osoby určené zákonným zástupcem. Je-li osobou zbavenou způsobilosti k právním úkonům, nebo osobou s omezenou způsobilostí k právním úkonům tak, že není způsobilá posoudit poskytnutí zdravotních služeb, popřípadě důsledky jejich poskytnutí. Pacient při hospitalizaci může využít práva přítomnosti osoby blízké nebo jím určené, a to v souladu s vnitřním řádem nemocnice. Jednotlivá vydefinovaná práva pacientů prakticky navazují na vyplnění **PÍSEMNÉHO SOUHLASU S HOSPITALIZACÍ**. Pacient má dostatek času k přečtení a hlavně pochopení obsahu sdělení. Pokud pacient nemůže / nedokáže přečíst formulář sám, s obsahem jej seznámí zdravotnický pracovník. Ke každému hospitalizovanému pacientovi se přistupuje holisticky, ohleduplně a jsou respektována jeho přání a potřeby (samozřejmě tak, aby se nenarušoval samotný léčebný proces). Veškeré informace o pacientovi se považují za důvěrné. Jmenovaný formulář **PÍSEMNÝ SOUHLAS S HOSPITALIZACÍ** obsahuje vybídnutí pacienta k pozornému seznámení s jednotlivými pasážemi a úseky. Celý formulář je přehledný a vede pacienta svým podpisem k jeho vyjádření, a tím k souhlasu s hospitalizací v dané nemocnici. Na seznamování se podílejí, jak přijímající lékař, tak nelékařští zdravotničtí pracovníci, kteří za vyplnění odpovídají

podpisem. Písemný souhlas s hospitalizací je součástí každého chorobopisu. Písemný souhlas s hospitalizací nezapomíná na dětské pacienty a na pacienty zbavené svéprávnosti.

Písemný souhlas s hospitalizací řeší rovněž neschopnost pacienta formulář podepsat. Na tuto skutečnost pak navazují postupy jak tuto skutečnost nahlásit soudu – Oznamovací povinnost soudu. Písemný souhlas s hospitalizací přímo neřeší smyslové postižení spoluobčanů (jak ve zrakové, tak ve sluchové oblasti). Komunikace s handicapovanými pacienty je podrobně zpracována v samostatných dokumentech.

V souladu s ustanoveními zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách vydává ředitel nemocnice postup o oznamovací povinnosti soudu.

Hlášení ve věcech nezletilých

1. Nemocnice má povinnost do 24 hodin oznámit soudu za účelem ustanovení opatrovníka, že
 - a) nelze získat souhlas obou rodičů s poskytnutím zdravotních služeb, přičemž se jedná o takové zdravotní služby, které mohou podstatným způsobem negativně ovlivnit další zdravotní stav nezletilého pacienta nebo kvalitu jeho života.
 - b) názor nezletilého pacienta na poskytnutí zdravotních služeb, které mohou podstatným způsobem negativně ovlivnit jeho další zdravotní stav nebo kvalitu života, se liší od názoru jeho zákonného zástupce.
2. Hlášení soudu dle odst. 1 se provádí pouze v případech, kdy je pro poskytnutí zdravotních služeb nutný souhlas. Bez souhlasu, a tudíž i bez hlášení soudu, lze poskytnout zejména NEODKLADNOU péči (podrobněji k péči bez souhlasu viz § 38 zákona).
3. Pro tato hlášení je příslušný okresní soud podle bydliště (nebo místa studia) nezletilého.

Hlášení při hospitalizaci bez souhlasu („detenční řízení“)

1. Nemocnice má povinnost do 24 hodin oznámit soudu, že
 - a) bez souhlasu hospitalizovala pacienta, který ohrožuje bezprostředně a závažným způsobem sebe nebo své okolí a jeví známky duševní poruchy nebo touto poruchou trpí nebo je pod vlivem návykové látky, přičemž hrozbu pro pacienta nebo jeho okolí nelze odvrátit jinak,
 - b) hospitalizovala pacienta, jehož zdravotní stav vyžaduje poskytnutí neodkladné péče a zároveň neumožňuje, aby vyslovil souhlas s hospitalizací
 - c) dodatečně omezila pacienta, který byl hospitalizován na základě souhlasu, ve volném pohybu nebo styku s vnějším světem, a to až v průběhu léčení

- d) pacient po uplynutí 30 dnů od udělení souhlasu s hospitalizací svůj souhlas neobnovil, protože mu to neumožnil jeho zdravotní stav, který se v průběhu hospitalizace zhoršil.
2. Hlášení dle odst. 1 a) - d) se podává příslušnému soudu. Tento soud je pro detenční řízení příslušný VŽDY bez ohledu na bydliště pacienta.
 3. Hospitalizace pacienta se soudu neoznamuje, jestliže souhlas s ní byl ve lhůtě 24 hodin prokazatelným způsobem dodatečně vysloven.

Postup při oznamování soudu

1. Oznámení ve dvou vyhotoveních s použitím příložených formulářů vypracuje lékař příslušného oddělení a zabezpečí ve lhůtě 24 hodin odeslání faxem na soud z Informačního centra nemocnice. Jedno vyhotovení společně s doručenkou z faxu založí pověřená osoba oddělení nemocnice do zdravotnické dokumentace pacienta. Oddělení dále bez zbytečného odkladu předá druhé vyhotovení v nezalepené obálce s označením soudu do podatelny nemocnice. Adresy příslušných soudů lze najít na internetových stránkách justice.
2. Podatelna ověří místní příslušnost soudu a po obvyklém administrativním postupu oznámení doporučeně odešle na soud. Pomine-li důvod pro řízení (pacient dodatečně vysloví souhlas s hospitalizací, podaří se kontaktovat oba zákonné zástupce atd.), příslušné oddělení to neprodleně oznámí soudu (faxem a písemně). Současně se každé probíhající řízení VŽDY oznamuje sekretariátu, který každých 14 dní kontroluje stav probíhajících řízení.
3. Lékař poučí pacienta (případně jeho zákonného zástupce), že má právo zvolit si jako účastník řízení před soudem svého zástupce.
4. Soud zahájí řízení o ustanovení opatrovníka nebo detenční řízení a v zákonné lhůtě rozhodne. Rozhovory s pacienty a personálem, případné předání podkladů k rozhodnutí se uskuteční po vzájemně dohodě mezi soudem a nemocnicí.

Formulář 1 **Oznámení o hospitalizaci bez souhlasu pacienta**
(Zdroj: NHB, 2012)

Nemocnice, příspěvková organizace,

o z n a m u j e

Okresnímu soudu v

hospitalizaci pacienta bez jeho souhlasu

ve smyslu zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách (v platném znění)

Jméno, příjmení, titul pacienta

Datum narození

Bydliště (i přechodné)

Zaměstnavatel - zaměstnán jako

Zdravotní pojišťovna (název - kód)

Kontaktní osoba pacienta (jméno, příjmení, bydliště, telefon, vztah k pacientovi)

Datum a čas přijetí nemocného oddělení nemocnice, které přijalo nemocného

Číslo chorobopisu

Odesílající zdravotnické zařízení - název, praktický (jiný) lékař, datum odeslání

Způsobilost k právním úkonům ano – ne, rozhodnutí soudu (okresní - jiný) ze dne,
číslo jednací *

* *Doplň se, jsou-li údaje známy*

Důvod hospitalizace pacienta (zákon č. 372/2011, § 38):

- pacient ohrožuje bezprostředně a závažným způsobem sebe nebo své okolí a jeví známky duševní poruchy nebo touto poruchou trpí nebo je pod vlivem návykové látky, přičemž hrozbu pro pacienta nebo jeho okolí nelze odvrátit jinak
- pacientův zdravotní stav vyžaduje poskytnutí neodkladné péče a zároveň neumožňuje, aby vyslovil souhlas
- pacient, který byl hospitalizován na základě souhlasu, byl dodatečně omezen ve volném pohybu nebo styku s vnějším světem, a to až v průběhu léčení
- pacient po uplynutí 30 dnů od udělení souhlasu s hospitalizací svůj souhlas neobnovil (dle § 34 odst. 3 zákona), protože mu to neumožnil jeho zdravotní stav, který se v průběhu hospitalizace zhoršil. *)

Přijímající lékař pacienta (umístěného do zdravotnických zařízení) podle občanského soudního řádu:

- poučil, že je oprávněn dát se jako účastník řízení zastupovat zvoleným zástupcem
- nepoučil o možnosti zastupování, neboť to jeho zdravotní stav nedovolil *)

** Lékař označí důvod přijetí nemocného do ústavní péče a o možnosti nemocného dát se zastupovat*

Vdne.....podpis lékaře.....

Formulář 2 **Oznámení soudu ve věci nezletilých** (Zdroj: NHB, 2012)

Okresní soud v..... (dle místa bydliště nezletilého)

Dne.....v.....

Oznámení dle § 35 odst. 3 zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách

Sdělujeme Vám tímto, že v souvislosti s péčí o nezletilého pacienta

Jméno:

.....

Datum narození:

.....

Trvalý pobyt:

.....

Přijat na oddělení:.....dne:v..... hodin.

Jména zákonných zástupců, jejich bydliště a kontaktní údaje:

.....

.....

.....

- a) nelze získat souhlas obou rodičů k poskytnutí zdravotních služeb, přičemž pro zdravotní péči, která má pacientovi být poskytnuta, zákon takový souhlas požaduje.
- b) došlo k rozporu mezi názorem pacienta a jeho zákonného zástupce na poskytnutí zdravotních služeb, které mohou podstatným způsobem negativně ovlivnit další zdravotní stav pacienta a kvalitu jeho života.

Tuto skutečnost oznamujeme soudu za účelem ustanovení opatrovníka.

Nemocnice

Literatura

1. zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách
2. zákon č. 96/2001 Sb., Čl. 9 Úmluvy o lidských právech a biomedicíně

The Patient's Consent to Hospitalization in a Medical Facility

Abstract

Consent to the provision of health services is considered to be free, is given without coercion; informed if patient consent before saying the information submitted. The patient may consent to the provision of health services appeal. Withdrawal of consent is not effective unless it has already started the implementation of health performance, whose interruption can cause serious injury or life-threatening patient.

Key words

Hospitalization, written consent of the patient

Kontaktní údaje

Bc. Lada Nováková
Nemocnice Havlíčkův Brod
Husova 2033
Havlíčkův Brod, 580 01
e-mail: lada.novakova@onhb.cz

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

Historie porodů císařským řezem

Vlasta Dvořáková

Vysoká škola polytechnická Jihlava, katedra zdravotnických studií

Abstrakt

Císařské řezy jsou v současné době hodně diskutovaným tématem, stále stoupá procentuální podíl císařských řezů, a to nejen v České republice. Porody císařským řezem nejsou však žádnou novinkou v péči o rodičku, ale tyto porody lze vystopovat již od starověku. Zpočátku byly prováděné řezy na mrtvých těhotných ženách a od řezů na mrtvých ženách byl pak malý krůček k řezům na umírajících a posléze na ženách v dobrém zdravotním stavu. Během dlouhého vývoje se císařský řez stával díky řadě objevů a pokroků v medicíně stále bezpečnějším, a to jak pro matku, tak i pro plod.

Klíčová slova

Historie, porod, císařský řez, těhotná žena

Úvod

Provádění císařských řezů po smrti matky bylo známo již v dávných dobách. Z historických pramenů vyplývá, že císařský řez znali lidé již v Mezopotámii (Epos o Gilgamešovi) nebo v Egyptě – Erbersův papyrus (Roztočil, 2008).

Řez často prováděli zkušení ranhojiči, kteří ošetřovali válečná poranění břišní, poranění břicha rohy dobytka, operovali kýly. Řada z nich byla zkušenými řezači močových kamenů (Doležal, 2001).

Císařský řez a mytologie

Ve starověkých pověstech nalézáme počátky císařských řezů. Mytologie je velmi bohatá na bohy a hrdiny, kteří se nenarodili „*inter faeces et urinam*“ (mezi výkaly a močí).

Tímto neposkvrněným porodem (císařským řezem) měla být položena dítěti do kolébky jeho budoucí hrdinnost a výjimečnost. Řecký básník Lukianus (125–180 n. l.) vypráví o Dionýsově zrození. Zeus přikázal Hermovi, poslovi Bohů a ochránci stád, kterému kdysi Héra svým mateřským mlékem vstúpila medicínské umění, aby kvapně vyřízl z umírající Semele ještě nezralý plod. Protože bylo ale dítě jen sedm měsíců staré, rozřízl si Zeus stehno a do vzniklého otvoru dítě vložil, aby jej nechal dozrát. Poté jej přivedl na svět a pod jménem Dionýsos nechal Nymfami vychovat.

Císařským řezem, ovšem v poněkud jiné podobě než jej známe dnes, přišla na svět i Athéna, řecká bohyně moudrosti. Podle pověsti si dal Zeus od Héfaišta, nebeského kováře a porodníka ostrou sekyrou rozštípnout temeno, aby se Athéna, modrooká Olympanka mohla narodit (Levens, nedat.).

S jistotou víme, že také staroindické porodnictví císařský řez na mrtvé ženě znalo. Susruta (asi 6. st. př. n. l.) ve svém *Ayur – Veda* píše, že když ženě, která náhle během těhotenství zemře, zacuká podbřišek, má lékař okamžitě rozříznout břicho a dítě vyjmout.

Mystická sága o zrození Buddha důrazně poukazuje na operativní porod. V dobovém spise se píše: „*Když se naplnil čas, narodil se ke spasení světa příští Buddha vystoupivší z jejího pravého boku, způsobivší své matce kromě strachu také velké bolesti. Nádherný, jako když slunce vychází, zářící Buddha opustil matčino lůno.*“ (Levens, nedat.).

Toto legendární zrození nalézáme opět i v moderním operativním porodnictví. Berlínský porodník Dührssen někdy kolem konce 19. století doporučoval kombinaci tohoto bočního řezu s vaginálním řezem (laparokolpohysterotomií). Tato operace dostala podle své starověké předchůdkyně název *Buddhův porod* (Levens, nedat.).

Řecké báje vypráví také o zrození Asklepiea řezem, který provedl na jeho usmrcené matce sám Apollo (Trapl, 1947). Z těla Korónidy, zabitě Artemidou, Apollo vyňal Asklepiea, boha lékařství (Klaus, 1955).

Pojmenování operace

Jméno operace, *sectio caesarea*, pochází od **Plinia**. Ten ve svém *Historia naturalis* píše: „*Auspicious narodil se při smrti rodičky, stejně tak i Scipio Africanus starší, podle vyříznutí z dělohy oba nazvaní Caesarus.*“ (Levens, nedatováno).

Zde také začíná letitý spor učenců. Jedni se domnívají, že **Gaius Julius Caesar** (100–44 př. n. l.) se skutečně narodil císařským řezem, který tak dostal své jméno. Někteří to naopak popírají, přičemž podávají důkazy o tom, že Caesarova matka Aurelia zemřela teprve 10 let před Caesarovou smrtí. Zdá se tedy jisté, že se takto nenarodil. Jméno Caesar pramení buď od *caedo* (vražditi, bít, sekati) nebo od *caesius* (podle šedomodrých očí) nebo ze *caesaries* (dlouhá splývavá kštice, se kterou se patrně narodil). Existuje i mínění že Julius jméno Caesar zdědil jako jméno rodové.

V literatuře však najdeme i opačné informace, že Julius Caesar se císařským řezem narodil: „*Řezem císařským operateur si utvoří novou cestu pro plod nožem, proříznutím stěn břišních a dělohy. Známo, že Julius Caesar tímto způsobem na svět se dostal.*“ (Bayerová, nedat., s. 479).

Lékař **Francois Rousset** zavedl nesprávný název „Císařský řez“ jako termín až roku 1581, název se ihned ujal a rozšířil (Doležal, 2001). Pojmenování operace bylo spojováno s mimořádností, která byla umožněna pouze císařům, Karel Klaus termín odvozoval od latinského *caedere* – řezati (Čech et al, 2006).

Francois Rousset také ve své monografii uvedl, že císařský řez neohrožuje život matky ani plodu, napsal o 15 úspěšných řezech na živých ženách a zmiňoval se i o řezech na koni, praseti a psovi (Doležal, 2009).

Provádění operace

Římskému králi **Numa Pompiliovi** (715–673 př. n. l.) se připisuje královský dekret, který se považuje za první historickou zmínku o povědomí o císařském řezu na mrtvé ženě. Podrobně se přejal do Justiniánova kodexu: „*Negat lex regia mulierem, quae praegnans mortua sit, humari, antequam partus, ei exeidatur, qui contra fecerit spem animantis cum gravida peremisse videtur*“ (Doležal, 2009). Podle tohoto nařízení nesmí být žádná zemřelá těhotná pohřbena před tím, než je její plod vyříznut. Podnět k tomuto zákonu, o němž si historici myslí, že pochází už od dob Romula, dala pozorování na březích obětovaných nebo mrtvých zvířatech, u kterých odňatá mláďata přežila bez matčina těla (Doležal, 2001).

Císařský řez znal i židovský Mishnah (140 př. n. l.). Niddah v Talmudu pro ženy, které porodily břichem, nepožaduje rituální dny čištění. Církev podporovala řezy na mrtvých, aby ještě živý plod mohl být pokřtěn (Doležal, 2007).

Ze středověké historie se zachovaly zajímavé příběhy o zachovávání vyříznutých dětí při životě bez matčina těla. Jeden z nich je o kostnickém biskupu Gebhardtovi. Jeho matka byla prý během těhotenství velmi nemocná. Když cítila svůj konec a poznala, že dítě již nedonosí, řekla přihlízejícím, aby jakmile vypustí duši, její tělo rozřízli, dítě vyňali a položili jej do břicha čerstvě poraženého vepře. Všechno se stalo, jak si přála, a dítě přežilo. Tento zvláštní zvyk je ve středověku zmiňován často. Věřilo se, že tímto způsobem se dítěti zajistí stálé a stejnoměrné teplo. Prase, jako jakýsi preinkubátor se volilo pravděpodobně z toho důvodu, že si díky množství podkožního tuku ze všech zvířat po porážce nejdéle uchovává své živočišné teplo (Levens, nedat.).

V Crailsheimské matrice je **württembergský řád pro porodní báby z roku 1480**. V něm najdeme údaj, že porodní bába mohla provádět císařský řez na umírající. Latinský text v překladu zní: „*Mnohé umírající matky prosí, aby bylo dítě osvobozeno řezem. V takovém případě musí šikovná porodní bába rozříznout jednu stranu, ale ne pravou, protože u muže leží srdce vlevo, u ženy vpravo. Měla by začít v dolní části břicha v oblasti stydké kosti, rozříznout na šířku ruky a naolejovanou rukou opatrně odsunout vnitřnosti. Měla by nemocnou nechat ležet na zádech, tak aby hlava ležela relativně nízko, aby se dostala k děloze. Pak se po otevření žena nakloní na stranu, jak by měla porodní bába přesně vědět. Dítě se osvobodí z plodových obalů. Žena, pokud není mrtvá, nýbrž jeví ještě známky života, se opatrně položí na záda. Rána se opatří třemi nebo čtyřmi stehy pomocí jehly a hedvábné nebo jiné nitě. Nato přijde náplast ze tří vajec a silné konopné látky, ke kterému se, pokud je k mání, přidává prášek z arménské hlíny (bobus armenicus). Náplast se připevní na ránu. Žena dostane doušek nejlepšího vína. Pokud by rodička přežila a opět přijde k sobě, měl by jí být podáván nápoj z černého kořene a maso vařené ve víně.*“ (Levens, nedatováno).

První řez provedl údajně na živé ženě zvěrokleštič **Jakub Nufer** za přítomnosti porodních bab a jiných zvěrokleštičů v roce 1500 v kantonu Thurgau, a to s příznivým výsledkem pro matku i plod. Nebylo to nic jiného, než na co byl zvyklý z kastrací u prasat, břicho rozřízl jediným řezem a dítě vytáhl bez poranění (Doležal, 2001).

V Německu byl poprvé císařský řez na živé ženě vykonán 22. dubna v roce 1610 **Jeremiášem Trautmannem ve Witenbergu**, 25. den žena po operaci zemřela.

V roce 1792 si vídeňský profesor porodnictví Raffael Steidele stěžoval na liknavost porodních bab. Byly dány jasně indikace k řezu, ale porodní báby dle jeho názoru příliš pozdě hledaly pomoc (Steidele, 1792).

Postupem času byly vypracovány postupy pro provádění císařského řezu. Lékař Čeněk Křížek v roce 1876 píše: *„Na provedení operace musíme si vyvoliti světnici co možná prostrannou, světlou, odlehlou a pokojnou, která může snadno býti provětrávána, v zimě vytápěna a také pro šestinedělí upotřebena. Vzduch zde musí býti teplý (18 stupňů) a teplou parou naplněný a co se můžeme postarati postavením nádob, ve kterých se horká voda nalézá. Co lůžko operační můžeme zařídit obyčejnou postel, která musí státi tak, aby se k ní mohlo ze všech stran“*. (Křížek, 1876, s. 632).

K samotné operaci bylo třeba pomůcek:

- *„Přístroj k omráčení chloroformem*
- *Cévku na odebrání moči*
- *Dva silné nožičky břichaté (skalpely), rovnou břitvici s ostrým koncem a pátradlo žlábkovité k otevření dutiny břišní a děložní*
- *Led, vodu ledovou a několik kusů jemné, čisté houby, kterými bychom krev prýšticí vytírali, které musíme ale vždy počítati, abychom zamezili, že by některý kus houby v dutině břišní nezůstal. Několik prostěpců zavíracích, háčku tepnových, silné nitě navoskované a nůžky při podvazování krvácejících cév.*
- *Kleště porodní*
- *Osm až deset dvojnásobných navoskovaných nití, přiměřený počet jehel*
- *Trapečkový kus plátna (sindon), dlouhý ručník, vata*
- *Prostředky osvěžující pro matku: víno, éther, tinktura pižmová a podobné*
- *Pomůcky k trasfusi*
- *Několik ručníků a nádob s vodou na očištění rukou“*. (Křížek, 1876, s. 632- 634).

Zajímavá práce se objevila v Marburgu v roce 1885, dílo **Roberta W. Felkina** *O poloze a postavení ženy při porodu*.

Zde je vylíčena operace ve středoafričské zemi – Ugandě, která ukazuje zručnost domorodých medicinmanů a černých operátérů. Ze zprávy vyčteme, že dvacetiletá prvoroďička ležela na lehce nakloněném lůžku s hlavou u stěny chýše. Banánovým vínem byla uvedena do stavu polovičního umrtvení. Úplně nahou ji přivázali popruhem z kůry k posteli, zatímco jí jeden muž držel nohy. Jiný muž, který stál na její pravé straně, tlačil na podbřišek ženy. Operátér stál vlevo od černošky a držel nůž v pravé ruce. Mumlal kouzelné zařikávadlo. Pak si umyl ruce, natřel břicho pacientky banánovým vínem, vyrazil pronikavý výkřik, který opakovali lidé stojící před chatřičí jako ozvěnu. Nyní provedl operátér rychle řez, který začínal něco nad stydkou kostí a končil bezprostředně pod pupkem. Touto incizí otevřel černošce břišní stěnu a dělohu, takže se vyvalila plodová voda. Krvácející místa na břišní stěně ošetřoval jeho asistent žhavým železem. Operátér dále otevřel stěnu dělohy, zatímco pomocník oběma rukama odtahoval ke stranám břišní stěnu. Jakmile byla otevřena děložní stěna, roztáhl ji dvěma prsty od sebe. Bleskově operátér vytáhl dítě, předal je asistentovi a přeřízl pupeční šňůru. Nyní medicinman odložil nůž a třel a stlačoval dělohu, dokud

se pomalu nestáhla zpět. Opatrně dělohu očistil od krevních sraženin, uvolněnou placentu odstranil otvorem v břiše. Mezitím se asistent snažil, ovšem s nepatrným úspěchem, zabránit proniknutí vnitřností ranou. Přitom opakovaně stavěl krvácení žhavým železem. Činil tak velice „šetrně“. Nyní položili na ránu porézní rohož z trávy a obrátil operovanou na břicho, tak aby mohla odtékat tekutina z dutiny břišní na podlahu. Poté byla pacientka opět obrácena do původní polohy, rohož byla odejmuta a okraje rány byly spojeny sedmi tenkými železnými jehlami. Zároveň byla na ránu nanesena hustá pasta jako náplast. Pak na vše přiložil hřejivé banánové listy a dokončil operaci pevnou bandáží z lýka. Po celou dobu operace nevydala mladá žena ani hlásku a už o hodinu později měla docela spokojený obličej. Puls stoupl na 110, horečku žena nedostala. Dítě kojila jiná černoška. Třetí den byla rána převázána a jedna Jehla byla odstraněna, pátý den byly odstraněny tři jehly a šestý den zbývající. Při každém převazu byla přiložena čerstvá rostlinná pasta a odstraněn hnis, který v malém množství vystupoval z rány. Jedenáctý den byla rána zahojena, matka a dítě v dobrém stavu (Levens, nedat.).

Odpor proti císařským řezům a úmrtnost žen během operace

Úmrtnost prvních císařských řezů byla opravdu obrovská. Hlavní příčinou této vysoké úmrtnosti byla skutečnost, že se rána na děloze nešila, očistky u operovaných žen odcházely volně do dutiny břišní. Z literatury je patrné, že se prováděla drenáž dutiny břišní, bohužel drenáž příliš nepomáhala (Trapl, 1955).

Chirurg **Ambroise Paré** a později **Francois Mariceau** odmítali řez jako barbarské počínání „*Císařský řez se smí dělat jen po smrti matky*“. (Doležal, 2009). Postupně vznikala absolutní indikace k císařskému řezu na živé ženě, řez se směl dělat pouze při zúžené pánvi.

V 18. století byla úmrtnost žen 95% a na sklonku Francouzské revoluce v roce 1797 založil **Jean Francois Sacombe**, autor veršované učebnice porodnictví z roku 1782, *Školu proti císařskému řezu* (Doležal, 2009).

Návrh na řešení vysoké úmrtnosti dal v roce 1876 **Porro**, který navrhoval odstranění dělohy po provedení řezu. Tento krok znamenal zlepšení výsledků operace téměř o polovinu. Dalším úspěšným krokem bylo zavedení řádné sutury děložní rány, kterou navrhl **Saenger** v roce 1882. Saenger řešil problematiku krvácení během operace a dle Saengera operoval poprvé **Leopold** v roce 1882 v Lipsku (Klaus, 1955).

Pokusy o šití dělohy byly však prováděny několik desetiletí před Saengerem. První suturu provedl **M. Lebas** ve Francii v roce 1769, sutura bohužel byla nedostatečná. Řádným stehem dělohy byla úmrtnost žen výrazně snížena.

Posledním rozhodným krokem bylo zlepšení techniky řezu, došlo k posunutí řezu z děložního těla na dolní děložní segment, což navrhl v roce 1906 **Frank**. Jeho předchůdce, **R. W. Johnson** z Londýna, však toto vyřkl již v roce 1786 (Trapl, 1947).

Po stránce technické a indikační si největších zásluh o tuto operaci dobyl **Levret**, který v 18. století císařský řez postavil na vědecké bázi a učil, že jedinou indikací pro tuto operaci je zúžená pánev (Klaus, 1955).

V 19. století se císařský řez stává vlivem narkózy bezbolestným a vlivem rozvíjející se asepse i bezpečnějším. Úmrtnost byla však stále vysoká, činila 30%, ale na přelomu osmdesátých a devadesátých let 19. století došlo k výrazné změně, kdy úmrtnost žen hodně klesla. Zlepšení bylo způsobeno včasnějším prováděním operace, aseptickým operováním, bezpečnější narkózou a dokonalejší operační technikou (Doležal, 2009).

Císařský řez těžil z velkého rozvoje chirurgie, který nastal po **objevech Semmelweisových** (1847) a **Listerových** (1867), obrovská dosavadní mortalita byla způsobená z největší části puerperální infekcí (Klaus, 1955).

Větší pozornost se začala věnovat i novorozencům po císařském řezu, pokroky byly ve výživě a ve vynálezu inkubátorů pro nedonošené děti (Doležal, 2009).

Zajímavý je přehled výskytu císařských řezů na 1. Porodnické klinice v Praze od roku 1873 do roku 1953 (Klaus, 1955, s. 313).

Období	Počet císařských řezů	Procentuální podíl ze všech porodů	Indikace	Mortalita matek	Mortalita dětí
1873 - 1922	217	0,49 %	Pánev: 81,6 % Plac. praev.: 0	14,28 %	?
1923 - 1933	150	0,72 %	Pánev: 95,3 % Plac. praev.: 0	6,66 %	?
1934 - 1944	292	0,92 %	Pánev: 75,5 % Plac. praev.: 8	4,10 %	2,31 %
1945 - 1953	325	1,48 %	Pánev: 49,3 % Plac. praev.: 22	0,61 %	2,15 %

Závěr

Císařský řez má bohatou historii. Počátky byly však hodně těžké, nejprve se císařský řez prováděl na ženách mrtvých a poté na umírajících a nakonec u žen v dobrém zdravotním stavu. Mnoho žen bohužel umíralo. Během dlouhého vývoje se císařský řez stával postupně díky řadě objevů a pokroků v medicíně stále bezpečnějším.

V současné době patří císařský řez mezi vysoce propracované operace a provádí se u více než dvaceti procent rodiček.

Literatura

- [1] BAYEROVÁ, A. *Žena lékařkou*. Vídeň: Jul. Müller, nedatováno. 613s.
- [2] ČECH, E. et al. *Porodnictví*. Praha: Grada Publishing, 2006. 544 s. ISBN 978-80-247-1303-8.
- [3] DOLEŽAL, A. *Od babičtví k porodnictví*. Praha: Univerzita Karlova Praha, Karolinum, 2001. 144 s. ISBN 80-246-0277-6.
- [4] DOLEŽAL, A. a kol. *Porodnické operace*. Praha: Grada Publishing, 2007. 376 s. ISBN 978-80-247-0881-2.
- [5] DOLEŽAL, A., KUŽELKA, V., ZVĚŘINA, J. *Evropa – kolébka vědeckého porodnictví*. Praha: Galén. 2009. 98 s. ISBN 978-80-7262-506-2.
- [6] KLAUS, K. *Porodnické operace*. Státní zdravotnické nakladatelství, 1955. 399 s.
- [7] KRÍŽEK, Č. *Základové porodnictví*. Praha: Knihovna Josefa Koláře, 1876. 656 s.
- [8] LEVENS, H. *Die künstliche Geburt*, Sandoz, nedatováno.
- [9] ROZTOČIL, Aleš, et al. *Moderní porodnictví*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2008. 408 s. ISBN 978-80-247-1941-2.
- [10] STEIDELE, R., J. Anatomie, chirurgie, kniha o babském umění. Vídeň, 1792. 499 s.
- [11] TRAPL, J. Učebnice praktického porodnictví. Melantrich a.s. v Praze, 1947, 639 s.
- [12] TRAPL, J. Učebnice praktického porodnictví. Praha, Státní zdravotnické nakladatelství, 1955, 839 s.

History of Cesarian Sections

Abstract

Cesarian sections are a frequently discussed topic nowadays. Their percentage is rising, not only in the Czech Republic. However, Cesarian sections are nothing new. Their history can be traced back to the Middle Ages. The first C-sections were performed on deceased pregnant women, and this was followed later by C-sections performed on dying women and eventually on women in good health. During their long development, C-sections have become increasingly safer, both for the mother and for the foetus, thanks to a series of discoveries and progress in medicine.

Key words

History, childbirth, Cesarian section, pregnant woman

Kontaktní údaje

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

Prežívanie stresu u chirurgického pacienta v kontexte hospitalizácie

Mariana Magerčiaková

Katolícka univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva, Katedra ošetrovateľstva

Abstrakt

Chirurgické ochorenia a úrazy sú často indikované ku konzervatívnej, ale predovšetkým k operačnej terapii v ústavnej zdravotnej starostlivosti. Hospitalizácia pacienta ešte znásobuje intenzitu stresu, ktorého prežívanie je spojené aj so samotným ochorením alebo úrazom. Choroba a súčasne hospitalizácia sa tak stávajú pre človeka náročnou životnou situáciou, ktorá môže byť sprevádzaná intenzívnymi negatívnymi zážitkami, spojenými s emóciami pre organizmus nepriaznivými. Článok je zameraný na sumarizáciu najčastejších stresogénnych faktorov súvisiacich s hospitalizáciou chirurgického pacienta a tiež na prezentáciu výsledkov realizovaného výskumu, ktorého cieľom bolo zmapovať prežívanie stresu u hospitalizovaných chirurgických pacientov. Jeho súčasťou je aj analýza výsledkov z hľadiska počtu hospitalizácií a naliehavosti operačného výkonu vo vzťahu k prežívaniu stresu.

Kľúčové slová

Chirurgický pacient, hospitalizácia, stres, stresogénny faktor

Úvod

Zátťažové situácie tvoria prirodzenú súčasť života a sú dokonca nevyhnutné a prirodzené pre normálne utváranie osobností. Keby tieto situácie v našom živote vôbec neexistovali, bol by zdravý a plnohodnotný vývin osobnosti narušený. Pokiaľ sa však záťažové situácie stanú neúmerne silnými, prípadne sa kumulujú v obmedzenom časovom úseku, nie je v silách človeka sa na ne primerane adaptovať (Jobánková a kol., 2002).

V prípade hospitalizácie z dôvodu chirurgického ochorenia alebo úrazu je človek vystavený mnohým stresogénnym faktorom, ktoré ho môžu v rozličnej miere negatívne ovplyvňovať. Choroba a zvlášť hospitalizácia s ňou spojená je pre väčšinu chorých náročnou životnou situáciou a môže byť sprevádzaná intenzívnymi negatívnymi zážitkami, spojenými s emóciami, ktoré sú pre organizmus nepriaznivé (Jandová, 2003). „Akékoľvek ochorenie pôsobí na psychiku človeka nepriaznivo. Choroba mení zvyčajný spôsob života, na kratšiu či dlhšiu dobu obmedzuje človeka v jeho bežných návykoch, znižuje výkon v povolání alebo ho priamo znemožňuje, často narúša alebo mení medziľudské vzťahy. Choroba vyžaduje určitú mieru adaptácie na novú situáciu, vyrovnávanie sa s nepriaznivými, často bolestivými prejavmi, kladie zvýšené nároky na jednotlivca v náhle zmenených podmienkach“ (Čechová a kol., 2001, s. 67).

Stresogénnym faktorom u chirurgického pacienta je nielen samotné ochorenie či úraz, ale často aj indikácia operačného výkonu, infekcia, bolestivé procedúry a mnohé ďalšie. V prípade, že chirurgické ochorenie alebo úraz vyžaduje hospitalizáciu, pacient môže byť vystavený pôsobeniu týchto stresogénnych faktorov:

- **Neznáme prostredie** – prostredie lôžkového oddelenia, operačnej sály, JIS, ošetrovne, preväzovne, neznámi ľudia (personál, spolupacienti),
- **Nedostatočná informovanosť** – informácie o priestorovom usporiadaní oddelenia, resp. kliniky či ambulancie, o prevádzkovom poriadku, o dennom režime, nezdôvodnenie ošetrovateľských intervencií a vyšetrení, nedostatok informácií o operačnom výkone,
- **Izolácia od príbuzných** a priateľov, obmedzenie návštevnych hodín, nemožnosť telefonického kontaktu,
- **Neuspokojenie spirituálnych potrieb,**
- **Strata súkromia** – viacposteľové izby, vyprázdňovanie sa na podložnej miske či do močovej fľaše, procedúry vykonávané na izbe pacienta (napr. preväz rany), prítomnosť zdravotníckeho personálu a študentov v rámci praktickej výučby v prirodzených podmienkach,
- **Spolupacienti** – konflikty, umierajúci spolupacient, dezorientovaný spolupacient, strašenie spolupacientmi – podávanie skreslených informácií alebo reprodukcia nepríjemných zážitkov svojich alebo zo svojho okolia,
- **Pohľad na inštrumentárium** k previazom a malým chirurgickým výkonom, zberné vrecká, znečistený obväzový materiál – krv, hnis, časti tkaniva v emitnej miske,
- **Hluk** na oddelení,
- **Zlá organizácia práce,**
- **Stravovanie** – chladná a neesteticky upravená strava, neochota personálu poskytnúť pomoc počas obdobia narušenej sebaopatery,
- **Zmeny práceschopnosti** u ľudí v produktívnom veku – hrozba straty zamestnania pri dlhodobej práceneschopnosti, nutnosť zmeny zamestnania alebo pracovného zaradenia,
- **Finančné problémy,** existenčné problémy,
- **Obava o zabezpečenie rodiny,** chodu domácnosti- napr. matka na rodičovskej dovolenke, otec-živiteľ rodiny,
- **Nutnosť zabezpečiť starostlivosť** o nevládneho, maloletého, postihnutého člena rodiny v domácom prostredí počas hospitalizácie, starostlivosť o deti, nevládných rodičov a iných – napr. dobrovoľná opatrovatelka – problém zabezpečiť túto starostlivosť počas hospitalizácie,
- **Nepríjemné skúsenosti z predchádzajúcej hospitalizácie,**
- **Nedostatočné materiálne zabezpečenie** – nutnosť priniesť si so sebou veci a zdravotnícky materiál, potreba nákupu zdravotníckych pomôcok príbuznými- napr. plienky,

- **Nedostupnosť signalizačného zariadenia** – nemožnosť privolať sestru,
- **Útrpenie iných**- starosti o chorého blízkeho človeka v domácom prostredí, trpiaci spolupacient na izbe – onkologické ochorenie, pooperačná bolesť, umierajúci spolupacient,
- **Náhly (neplánovaný) príjem** – problém s informovanosťou blízkych, žiadne osobné veci ani doklady (zdravotná dokumentácia), naliehavosť operačného výkonu, absolvovanie mnohých vyšetrení,
- **Obava z neschopnosti postarať sa o seba** po prepustení zo zdravotníckeho zariadenia – predovšetkým osamelo žijúci starí ľudia, bezdomovci, zdravotne postihnutí,
- Transport do/zo zdravotníckeho zariadenia.

Stresogénne faktory u pacientov v jednodňovej chirurgii:

- Obava z komplikácií v domácom prostredí,
- Obava z dlhodobej práceneschopnosti,
- Anonymita vzhľadom na krátky pobyt pacienta v zdravotníckom zariadení jednodňovej chirurgie,
- Bolesť po prepustení zo zdravotníckeho zariadenia,
- Nedostatočná edukácia alebo predimenzovanie informácií odovzdaných pacientovi,
- Obava z nutnosti častejších lekárskeho kontrol, prípadne ďalšie.

Materiál a metodika

Cieľom výskumu bolo zmapovať prežívanie stresu, resp. stresogénne faktory pôsobiace na chirurgického pacienta počas hospitalizácie a analyzovať získané výsledky z hľadiska počtu hospitalizácií a naliehavosti operačného výkonu vo vzťahu k prežívaniu stresu.

Na získanie relevantných údajov bola použitá metóda empirického výskumu – neštandardizovaný dotazník.

Výskumný súbor pacientov tvorilo 448 pacientov s chirurgickým ochorením alebo po úraze hospitalizovaných na chirurgickom klinickom pracovisku (vo 8 ústavných zdravotníckych zariadeniach Slovenskej republiky), u ktorých bol realizovaný operačný výkon. Výber respondentov bol zámerný. Zaraďujúce kritériá boli absolvovaný operačný výkon v rámci súčasnej hospitalizácie, pooperačné obdobie, spolupracujúci pacient (bez kognitívnej poruchy), vek od 18 rokov neobmedzene. Respondenti boli vo veku od 18 do 86 rokov, priemerný vek respondentov bol 50 rokov. Vo výskumnom súbore pacientov bolo 254 žien a 194 mužov. Z celkového počtu respondentov bolo 271 hospitalizovaných z dôvodu plánovaného operačného výkonu, naopak 142 respondentov podstúpilo náhlu operáciu a 35 bolo chirurgicky liečených pre úraz.

Výsledky

Tabuľka 1 Prežívanie stresu u hospitalizovaných chirurgických pacientov

Možnosti odpovede	n	%
Áno, rovnako pred operáciou aj po operácii	152	33,9
Áno, viac pred operáciou ako po operácii	189	42,2
Áno, viac po operácii ako pred operáciou	28	6,3
Nie	55	12,3
Neviem posúdiť	24	5,4
Spolu	448	100,0

42,2% respondentov potvrdzuje, že prežívali stres viac pred operačným výkonom než po ňom, 33,9% respondentov prežívalo stres rovnako pred aj po operačnom výkone, 6,3% respondentov viac po operácii ako pred ňou. Iba 12,3% respondentov neprežívalo stres v súvislosti s operačným výkonom a 5,4% respondentov nevie tento fakt posúdiť.

Tabuľka 2 Intenzita stresu prežívaného počas hospitalizácie

Možnosti odpovede	n	%
Žiadny	29	6,5
Mierny	134	29,9
Stredný	186	41,5
Silný	89	19,9
Neznesiteľný	10	2,2
Spolu	448	100,0

Na otázku týkajúcu sa intenzity prežívaného stresu najviac – 41,5% pacientov uvádza, že prežívali stres strednej intenzity, 29,9% pacientov prežívalo stres miernej intenzity, 19,9% pacientov prežívalo silný stres a 2,2% respondentov dokonca neznesiteľný stres. Iba 6,5% pacientov stres neprežívalo.

Tabuľka 3 Príčiny stresu v období pred operačným výkonom

Stresogénny faktor	%
Nevhodná komunikácia zdravotníckych pracovníkov	1,3
Narušenie vzťahov v rodine	1,6
Zlé skúsenosti z predchádzajúcej operácie a alebo hospitalizácie	2,7
Správanie zdravotníckych pracovníkov	3,3
Náročná predoperačná príprava	4,0
Nedostatočná informovanosť zo strany zdravotníkov	4,7
Nemožnosť vykonávať doterajšiu prácu	4,9
Riziko zopakovania negatívnych skúseností z predchádzajúcej operácie	5,4
Strata súkromia	10,3
Neznáme prostredie	11,4
Obmedzenie pohyblivosti	15,6
Poškodenie zdravia alebo riziko smrti	17,6
Odlúčenie od rodiny a blízkych	17,9

Trvalé následky operačného výkonu, zmeny na tele	23,7
Anestézia (narkóza)	30,1
Bolesť po operácii	32,4
Komplikácie počas alebo po operácii	42,9
Samotný operačný výkon a jeho úspešnosť	59,4

Ako najčastejšie stresogénne faktory pred absolvovaním operačného výkonu pacienti označili samotný operačný výkon a jeho úspešnosť (59,4%), komplikácie počas alebo po operácii (42,9%), bolesť po operácii (32,4%), anestéziu (30,1%) a trvalé následky operačného výkonu, resp. zmeny na tele (23,7%).

Tabuľka 4 Príčiny stresu v období po operačnom výkone

Stresogénny faktor	%
Nutnosť zmeny zamestnania	3,8
Prostredie pooperačnej izby	6,3
Problémy pri vykonávaní práce	6,3
Strata súkromia	10,9
Odlúčenie od rodiny	15,4
Zmeny na tele po operácii	16,3
Nemožnosť vykonávať bežné denné činnosti	16,7
Výsledok histologického vyšetrenia	23,0
Bolesť v mieste operačnej rany	41,5
Riziko komplikácií	56,7

Za najčastejšie stresogénne faktory po absolvovanom operačnom výkone pacienti považujú riziko komplikácií (56,7%), bolesť v mieste operačnej rany (41,5%) a výsledok histologického vyšetrenia (23,0%).

Tabuľka 5 Prejavy stresu

Prejav stresu	%
Hnev	2,46
Agresivita	3,13
Nadmerné fajčenie	5,13
Nerozhodnosť	7,81
Plač	15,0
Strata chuti do jedla	16,3
Uzavretosť	18,5
Búšenie srdca	27,9
Nespavosť	32,8
Strach alebo úzkosť	66,1

Strach alebo úzkosť uviedli pacienti ako najčastejší prejav ich stresového stavu (66,1%). Ako ďalší častý prejav stresu bola uvádzaná nespavosť (32,8%) a búšenie srdca (27,9%).

Tabuľka 6 Spôsoby zmiernenia stresu

Spôsob zmiernenia stresu	%
Vyhľadávam informácie od iných pacientov	19,4
Modlím sa	32,1
Komunikujem s rodinnými príslušníkmi	32,4
Snažím sa nemyslieť na to, čo mi spôsobuje psychickú záťaž	33,7
Snažím sa získať informácie od zdravotníckych pracovníkov	50,4

Pre zmiernenie stresu sa pacienti najčastejšie snažia získať informácie od zdravotníckych pracovníkov (50,4%), 33,7% pacientov sa snaží nemyslieť na to, čo im spôsobuje psychickú záťaž, 32,4% pacientov pre zmiernenie stresu komunikuje s rodinnými príslušníkmi, modlitbou si zmiernuje stres 32,1% pacientov a 19,4% pacientov vyhľadáva informácie od iných pacientov.

Tabuľka 7 Faktory prispievajúce k zmierneniu stresu

Zmierňujúci faktor	%
Informovanosť zo strany zdravotníckych pracovníkov	39,3
Kontakt s rodinou alebo blízkymi	41,3
Komunikácia so zdravotníckymi pracovníkmi	50,9

Podľa odpovedí pacientov prispela k zmierneniu ich stresu predovšetkým komunikácia so zdravotníckymi pracovníkmi (50,9%), ale aj kontakt s rodinou a blízkymi (41,3%) a informovanosť zo strany zdravotníckych pracovníkov (39,3%).

Analýza výsledkov

Rozdiely v prežívaní stresu vzhľadom na počet hospitalizácií pacientov – zistovali sme, či napríklad opakované hospitalizácie majú vplyv na prežívanie stresu. Bol zistený štatisticky nevýznamný rozdiel priemerov (pozri tabuľka 8).

Tabuľka 8 Prežívanie stresu z hľadiska počtu hospitalizácií pacientov

Prežívanie stresu	\bar{x}	n	sd
Áno, rovnako pred operáciou aj po operácii	2,35	152	2,053
Áno, viac pred operáciou ako po operácii	2,31	189	1,963
Áno, viac po operácii ako pred operáciou	2,25	28	1,936
Nie	2,47	55	1,730
Neviem posúdiť	2,42	24	1,909
Spolu	2,34	448	1,955

$F=0,1$ $P=0,98$ => štatisticky nevýznamný rozdiel priemerov

Pearsonov korelačný koeficient => $-0,1$ $P=0,029$ – vzťah medzi premennými je veľmi mierne negatívny (vyššie hodnoty jednej premennej sú spájané s nižšími hodnotami druhej). Korelácia je štatisticky významná, ale zároveň veľmi nízka (blízka 0 oveľa viac ako 1).

Rozdiely v prežívaní stresu pri plánovaných alebo náhlych operačných výkonoch – ako ukazuje tabuľka 9 a 10, v tomto prípade ide o štatisticky významný rozdiel priemerov.

Tabuľka 9 Prežívanie stresu pri plánovaných a náhlych operačných výkonoch

Prežívanie stresu	Plánovaná operácia	Náhla operácia	Úraz	Spolu
Áno, rovnako pred operáciou aj po operácii	32,8%	31,0%	54,3%	33,9%
Áno, viac pred operáciou ako po operácii	47,2%	38,7%	17,1%	42,2%
Áno, viac po operácii ako pred operáciou	4,4%	10,6%	2,9%	6,3%
Nie	10,7%	14,8%	14,3%	12,3%
Neviem posúdiť	4,8%	4,9%	11,4%	5,4%
Spolu	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Chi²=22,3 P=0,004 => štatisticky významný rozdiel

Tabuľka 10 Prežívanie stresu pri plánovaných a náhlych operačných výkonoch

Typ operácie	\bar{x}	n	sd
Plánovaná operácia	2,75	271	0,884
Náhla operácia	2,99	142	0,919
Úraz	2,60	35	0,881
Spolu	2,81	448	0,902

F=4,55 P=0,011 => štatisticky významný rozdiel priemerov

Diskusia

Stres je súčasťou nášho každodenného života. Problematike stresu sú venované práce mnohých autorov, ktorí upozorňujú na jeho negatívne (distres) alebo pozitívne (eustres) účinky na ľudský organizmus. „*Dlhotrvajúci alebo opakujúci sa duševný stres môže viesť k zhoršeniu obranyschopnosti organizmu, dochádza k častejším somatickým ochoreniam*“ (Rozsypalová a kol., 2003, s. 49). Stres nie je len sprievodný fenomén človeka v bežnom živote, ale zvláštnu pozornosť si zasluhuje po vzniku ochorenia alebo úrazu. „*Každé ochorenie vyvoláva u pacienta určitú psychickú odozvu, subjektívne prežívanie a hodnotenie choroby a jej následkov. Individuálna reakcia chorého na chorobné príznaky, jeho postoj k chorobe a zdraviu, ako aj všetky ostatné psychologické faktory môžu ovplyvniť liečbu, priebeh choroby i výsledný stav, preto sa musia pri starostlivosti o pacienta zohľadniť*“ (Tesařová in Kolektív autorov, 2003, s. 100). „*Chorý prežíva pocit neistoty a ohrozenia života. Trpí nielen fyzickými bolesťami, ale aj úzkosťou z predpokladaného ohrozenia svojej prítomnej aj budúcej existencie*“ (Kapr, Müller, 1986, s. 53). Medzi ochorenia sprevádzané stresom patria aj

chirurgické ochorenia alebo úrazy s indikáciou operačnej terapie. „Chirurgický výkon, tak ako každý výraznejší nociceptívny podnet infekčnej alebo neinfekčnej povahy, je sprevádzaný kaskádou neurohumorálnych zmien, odohrávajúcich sa na nervovej, endokrinatej a imunologickej úrovni, ktoré nešpecificky odrážajú stresovú odpoveď organizmu na operačnú traumou. Komplex týchto dejov, súhrnne nazývaný syndróm pooperačnej imunopresie, ovplyvňuje tak vlastný priebeh pooperačného hojenia rany, ako aj pravdepodobne frekvenciu pooperačných infekčných komplikácií alebo riziko rozvoja zvyškovej nádorovej choroby u onkologických pacientov“ (Maruna a kol. 2002, s. 359). Nielen samotný operačný výkon sprevádzaný operačnou traumou má vplyv na pooperačný stav pacienta, ale aj jeho psychické prežívanie. „Dysbalancia imunitnej odpovede po chirurgickom výkone má komplexnú etiológiu. Jedným z opomínaných, ale dôležitých faktorov, ktorý určuje jej priebeh, je psychoemotívny stres. Z doterajších výsledkov vyplýva, že psychoemotívny stres sa uplatňuje podobnými neurohumorálnymi a imunitnými mechanizmami ako vlastná operačná trauma a vedie k útlmu bunkovej imunity“ (Maruna a kol., 2002, s. 359). Prežívanie stresu potvrdili aj pacienti v rámci nášho výskumu. Celkom 82,4% pacientov potvrdilo, že prežívali alebo prežívajú stres v súvislosti s absolvovaným operačným výkonom, a to rovnako pred operáciou aj po operácii (33,9%), viac pred operáciou ako po operácii (42,2%) alebo viac po operácii ako pred operáciou (6,3%).

Faktor, ktorý vyvoláva stres, je stresogénny faktor alebo stresor. U chirurgického pacienta ide o kombináciu fyziologických (bolesť, sťaženie dýchanie a podobne) a psychologických stresorov (ohrozenie, nebezpečenstvo, trauma, informačné preťaženie, atď.) (Kolektív autorov, 1987). Zvláštnu kategóriu stresorov tvorí tzv. sociálny stres, ako je napríklad nemožnosť prispôbiť sa určitému sociálnemu prostrediu, strata spoločenského postavenia a podobne (Sociologický ústav ČSAV, 1994). V našej skupine respondentov-pacientov dominovali medzi uvádzanými stresogénnymi faktormi v období pred operáciou samotný operačný výkon a jeho úspešnosť (59,4%), komplikácie počas alebo po operácii (42,9%), bolesť po operácii (32,4%), anestézia (30,1%) a trvalé následky operačného výkonu alebo zmeny na tele (23,7%). V pooperačnom období uvádzali pacienti ako najčastejšie stresogénne faktory riziko komplikácií (56,7%), bolesť v mieste operačnej rany (41,5%) a výsledok histologického vyšetrenia (23%). „Akútne chorí jedinci v nemocnici sú vystavení mnohým stresorom súčasne. Človek, ktorý je v nemocnici, je vystavený mnohým udalostiam, ktoré na neho kladú výrazné emocionálne nároky“ (Richards, Edwards, 2004, s. 50). Stres z dôvodu choroby alebo poranenia vyžadujúceho operačný výkon môže mať rozhodujúci vplyv na emocionálny stav človeka (Sharma, 2009, in <http://www.mindpub.com/art246.html>). Výskyt stresogénnych faktorov a ich typy u jednotlivých pacientov sa líšia v závislosti od celkového stavu pacienta, typu operačného výkonu a jeho naliehavosti, ako aj od ďalších aspektov.

Stres môže mať somatické, psychické a behaviorálne prejavy. Medzi najčastejšie prejavy stresového stavu pacienti zaradili strach alebo úzkosť (66,1%), nespavosť (32,8%) a búšenie srdca (27,9%). Naše výsledky potvrdzuje aj Morovicsová (2006, s. 179), ktorá uvádza, že „ochorenie predstavuje pre chorého náročnú životnú situáciu, s ktorou sa musí vyrovnáť, neraz v krátkom časovom období. V prevažnej miere vyvoláva u chorého nepríjemné emotívne stavy, akými sú strach, úzkosť a smútok“.

„Pomoc ľuďom zhodnotiť ich rozsah a možnosti voľby spôsobu zvládania stresu vo vzťahu k ich zdraviu je primárnou funkciou ošetrovateľstva“ (Mastiliaková, 1999, s. 110).

Počas hospitalizácie chirurgického pacienta vystupujú do popredia možnosti a spôsoby redukcie stresu, nakoľko „hospitalizácia (umiestnenie a liečenie pacienta v nemocnici) je zvyčajne pre pacientov zážitkom pomerne nového druhu. Mnohé sa mení – nielen v pacientovi (v jeho tele), ale aj v jeho psychike, prípadne aj v jeho duchovnom živote“ (Křivohlavý, 2002, s. 50). Pacienti potvrdili, že k zmierneniu ich stresu pred a po operačnom výkone prispela komunikácia so zdravotníckymi pracovníkmi (50,9%), kontakt s rodinou alebo blízkymi (41,3%) a informovanosť zo strany zdravotníckych pracovníkov (39,3%). Uvedené výsledky dokazujú, že pacienti pre zmiernenie stresu, resp. pri jeho zvládaní preferujú emocionálnu a sociálnu oporu (zo strany zdravotníckych pracovníkov aj podporných osôb), ktorá sa „vymedzuje ako súbor medziľudských vzťahov, ktoré individuú zabezpečujú pozitívny citový vzťah, praktickú pomoc, ale aj informácie umožňujúce hodnotenie stresora“ (Bratská, 2001, s. 143). Súčasťou sociálnej opory je nevyhnutne aj komunikácia sestry s pacientom. „Základným pilierom „psychologickej“ starostlivosti o pacienta je na jednej strane pochopenie jeho situácie, na strane druhej uplatňovanie interaktívnych a komunikačných prvkov smerujúcich k jeho evalvácii“ (Kristová, Miklovičová, 2008, s. 93). Ako uvádza Lacko a kol. (2007, s. 42) „v práci sestry dôležitou úlohou je schopnosť porozumieť pacientovi, vžiť sa do jeho problémov a duševného stavu. Ku každému pacientovi treba pristupovať individuálne, vedieť ho vypočuť. Chorý človek potrebuje niekoho, komu sa môže zdôveriť so svojimi problémami. Počúvanie je dôležitým krokom na vytvorenie dobrého vzťahu medzi sestrou a pacientom“. Janiček (2008, s. 111) ku komunikácii zdravotníckych pracovníkov s pacientom uvádza: „V akútnom stave alebo vo chvíľach, kedy sme pohltení úzkosťou, býva najhoršie, keď s nami lekári a ostatný zdravotnícky personál nehovoria. Môže nám celkom oprávnenne pripadať, že zo systému zdravotnej starostlivosti zmizol človek. Nie však v podobe hmoty, ale ako bytosť, ktorá myslí, cíti a rozpráva“.

Záver

Hospitalizácia chirurgického pacienta sa spája s prostredím chirurgických pracovísk, pričom nejde iba o fyzické prostredie, resp. jeho materiálno-technické vybavenie, ale aj o sociálne vzťahy a prístup zdravotníckych pracovníkov. „Prostredie, kde prebieha diagnosticko-terapeutický proces, môže pozitívne, ale aj negatívne ovplyvniť prežívanie pacienta. V tomto smere pre všetkých členov multidisciplinárneho tímu, ktorí sa o pacienta starajú, vzniká priestor pre zabezpečenie nielen biologických potrieb pacienta, ale aj psychických a sociálnych potrieb“ (Lepiešová, Cibulová, 2008, s. V). V redukcii stresu u hospitalizovaných chirurgických pacientov okrem uspokojovania ich potrieb vyplývajúcich zo zmeneného zdravotného stavu ide predovšetkým o uplatňovanie efektívnej komunikácie v jej informačnej aj terapeuticknej zložke, dôslednú edukačnú činnosť zo strany všetkých zdravotníckych pracovníkov participujúcich na starostlivosti o chirurgického pacienta, ako aj starostlivosť o prostredie pacienta a jeho úpravu s dôrazom na zachovanie intimity.

Literatúra

- [1] BRATSKÁ, M. 2001. *Zisky a straty v záťažových situáciách alebo príprava na život*. 1. vyd. Bratislava: Práca, 2001, 325 s. ISBN 80-7094-292-4.
- [2] ČECHOVÁ, V., MELLANOVÁ, A., ROZSYPALOVÁ, M. 2001. *Speciální psychologie*. 3. vyd. Brno: IDVPZ, 2001, 173 s. ISBN 80-7013-342-2.
- [3] JANDOVÁ, M. 2003. Stres u hospitalizovaného pacienta. In: *Ošetrovatelstvo a pôrodná asistencia*, I, 2003, č. 3, s. VII-VIII. ISSN 1336-183002-04
- [4] JANÍČEK, J. 2008. *Když úzkost bolí*. 1. vyd. Praha: Portál, 2008, 208 s. ISBN 978-80-7367-366-6
- [5] JOBÁNKOVÁ, M. a kol. 2002. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. 2. vyd. Brno: IDVPZ, 2002, 225 s. ISBN 80-7013-365-1
- [6] KAPR, J., MÜLLER, Č. 1986. *Kniha o nemoci*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1986, 133 s.
- [7] KOLEKTÍV AUTOROV. 1987. *Stručný psychologický slovník*. 1. vyd. Bratislava: Pravda, 1987, 288 s.
- [8] KOLEKTÍV AUTOROV. 2003. *VADEMECUM MEDICI*. 6. vyd. Martin: Osveta, 2003, 2252 s. ISBN 80-8063-115-8
- [9] KRISTOVÁ, J., MIKLOVIČOVÁ, E. 2008. Psychologická anamnéza – cesta k lepšiemu poznaniu a pochopeniu pacienta. In: *Ošetrovateľský obzor*, V, 2008, č. 3, s. 92-96, ISSN 1336-5606
- [10] KRISTOVÁ, J., TOMÁŠKOVÁ, Z. 2002. *Komunikácia v ošetrovatelstve*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2002, 165 s. ISBN 80-8063-107-7
- [11] KŘIVOHLAVÝ, J. 2002. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2002, 200 s. ISBN 80-247-0179-0
- [12] LACKO, A., MOKÁŇ, M., LACKOVÁ, L., BESTVINA, D., ČOMBOR, I., MIŠTUNA, D., LESŇÁKOVÁ, A. 2007. *Záťažové (stresoidné) situácie vo výučbovom procese a ich objektivizácia vyšetrením autonómneho nervového systému*. Turany: P+M Turany, 2007, 103 s. ISBN 978-80-969713-0-5.
- [13] LEPIEŠOVÁ, M., CIBULOVÁ, B. 2008. Poskytovanie informácií pacientom na chirurgickom pracovisku. In: *Ošetrovatelstvo a pôrodná asistencia*, VI, 2008, č. 4, s. V-IX. ISSN 1336-183X
- [14] MAGERČIAKOVÁ, M. 2011. *Eliminácia stresogénnych faktorov v ošetrovateľskej starostlivosti o chirurgických pacientov*. 1. vyd. Ružomberok: VERBUM - vydavateľstvo KU, 2011, 124 s. ISBN 978-80-8084-808-8.
- [15] MARUNA, P., GÜRLICH, R., SEKOT, M., SALAJ, P. 2002. Vliv psychoemotivního stresu na pooperační průběh I. Psychologické základy. In: *Praktický lékař*, 82, 2002, č. 6, s. 359-361. ISSN 1803-6597
- [16] MASTILIAKOVÁ, D. 1999. *Holistické přístupy v péči o zdraví*. 1. vyd. Brno: IDVPZ, 1999, 164 s. ISBN 80-7013-277-9
- [17] MOROVICSOVÁ, E. 2006. Prežívanie strachu u chorých a možnosti jeho eliminácie. In: *Revue ošetrovatelstva, sociálnej práce a laboratórných metódik*, XII, 2006, č. 4, s. 179-182. ISSN 1335-5090

- [18] RICHARDS, A., EDWARDS, S. 2004. *Repetitorium pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004, 376 s. ISBN 80-247-0932-5
- [19] ROZSYPALOVÁ, M., ČECHOVÁ, V., MELLANOVÁ, A. 2003. *Psychologie a pedagogika I*. 1. vyd. Praha: Informatorium, 2003, 186 s. ISBN 80-7333-014-8
- [20] SHARMA, V. P. 2009. *Stress of Surgery can be Reduced (PART-2)*. [citované 10.2.2009]. Dostupné na internete: <<http://www.mindpub.com/art247.html>>
- [21] SOCIOLOGICKÝ ÚSTAV ČSAV. 1994. *Sociologické pojmosloví*. 2. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 1994, 116 s. ISBN 80-85850-03-6

Stress Experienced by a Surgical Patient in the Context of Hospitalization

Abstract

Surgical diseases and injuries are often indicated for conservative but mainly for surgical treatment in the institutional health-care facility. Hospitalization even multiplies the intensity of stress. Going through the stress is connected with the disease itself or with the injury. Disease and concurrent hospitalization thus become a strenuous life experience for a man. Such a situation may be accompanied by negative experiences connected with emotions which are unfavourable for human organism. The article is focused on summarization of the most frequent stress inducing factors related to hospitalization of surgical patient and on the presentation of the results of implemented research which was aimed at mapping of how hospitalized surgical patients go through the stress. It also brings an analysis of results considering the number of hospitalizations and urgencies of surgeries related to stress experiencing.

Key words

Surgical patient, hospitalization, stress, stress inducing factor

Kontaktné údaje

PhDr. Bc. Mariana Magerčiaková, PhD.
Katólicka univerzita v Ružomberku
Fakulta zdravotníctva
Nám. A. Hlinku 48
034 01 Ružomberok
e-mail: magerciakova@ku.sk

Vedomosti verejnosti o duševných poruchách v kontexte prevencie realizovanej sestrou

Ingrid Juhásová, Zuzana Karabová, Ľubica Ilievová

Katedra ošetrovateľstva, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, Trnavská univerzita v Trnave, SR

Abstrakt

Vysoká incidencia a prevalencia civilizacyjnych ochorení je dôvodom pre stále aktuálnu podporu zdravia a prevenciu ochorení. Stúpajúcu prevalenciu majú duševné poruchy, ktoré sú verejnosťou stále stigmatizované. Cieľom práce bolo zistiť prístup verejnosti k prevencii ochorení a zároveň zistiť akú rolu zohráva v tejto oblasti sestra. Výskumný súbor tvorilo 178 účastníkov Dní zdravia mesta Trnava. Na zber empirických údajov bol použitý dotazník vlastnej konštrukcie, rozdelený na oblasti: prevencia ochorení, úloha sestry v prevencii a oblasť zameraná na úroveň vedomostí o duševných poruchách. Sestra nepredstavuje pre respondentov relevantný zdroj informácií o prevencii ochorení. Celkové vedomostné skóre tykajúce sa poznatkov o duševných poruchách možno hodnotiť ako neuspokojivé. Výsledky poukazujú na potrebu neustálej prevencie na všetkých úrovniach starostlivosti a posilňovanie roly sestier.

Kľúčové slová

Verejnosť, vedomosti, duševné poruchy, prevencia, sestra

Úvod

Duševné zdravie človeka je neodmysliteľnou súčasťou zdravia telesného, vytvárajú spolu symbiózu a vzájomne sa aj ovplyvňujú. Jednou z činností jedinca, ktorá napomáha zachovať túto rovnováhu sú preventívne opatrenia. Sestra je významnou súčasťou preventívnych aktivít, podieľajúcich sa na identifikácii potenciálnych hrozieb zdravia. Dôležitosť pôsobenia sestier v oblasti prevencie uvádza International Council of Nurses (ICN), Koncepcia odboru Ošetrovateľstva podľa MZ SR.

Pasquali et al. (1989; In Zrubcová, 2012) uvádza, že v rámci primárnej prevencie v oblasti duševného zdravia je úlohou sestry:

- Minimalizovať pôsobenie faktorov, ktoré sú určitou predispozíciou vzniku duševného ochorenia.
- Identifikovať rizikových jedincov.
- Povzbudiť mladého človeka, aby otvorene hovoril o problémoch a stresoch vyplývajúcich z práce v zamestnaní.
- Pomôcť identifikovať pracovné plány a špecifikovať stratégie na ich uskutočnenie.
- Pomôcť objasniť hodnotu času pre duševné zdravie jedinca i rodiny.

Sekundárna prevencia zahŕňa včasnú identifikáciu problémov súvisiacich s narušeným duševným zdravím a prípadným duševným ochorením jedinca. Terciárna prevencia by mala byť orientovaná na minimalizovanie následkov duševných porúch a prípadnej invalidizácie (Zrubcová, 2012). Aby sestra mohla byť v preventívnych aktivitách úspešná, musí mať dostatočné vedomosti a schopnosti sprostredkovať ich správnym spôsobom, na primeranej úrovni a v rámci svojich kompetencií pacientom – klientom (Jakubeková a kol., 2010). Závodná (2005, s. 9) vníma edukáciu ako celoživotné rozvíjanie osobnosti pôsobením formálnych výchovných inštitúcií a neformálneho prostredia; je to kontinuálny systémový proces.

Najväčšou zdravotníckou výzvou Európy v 21. storočí sa stávajú duševné poruchy (Wittchen, Jacobi, 2005). Na základe štatistických údajov z Národného centra zdravotníckych informácií výskyt nových duševných porúch vzrastá ročne približne o 23 % (Liga za duševné zdravie, 2012). Podobne aj Happell, Platania-Phung (2005) konštatujú, že duševná choroba nie je všeobecne uznávaná ako vysoký rizikový faktor mortality, avšak duševné choroby sa podpisujú pod mortalitu nakoľko súvisia s chronickými ochoreniami, nesprávnou životosprávu, alkoholizmom, fajčením a sedavým spôsobom života.

Štúdia Nutta a Goodwina z College of Neuropsychopharmacology ukazuje, že približne 38 % Európanov, čiže 165 miliónov ľudí, má nejaký druh duševnej alebo neurologickej choroby a väčšina z nich sa nelieči. Analyzovali údaje zhromaždené od vyše 500 miliónov ľudí v 30 krajinách Európskej únie a Švajčiarska, Islandu a Nórska. Percento duševných porúch nestúpa, ako im vyplynulo z porovnania s podobnou štúdiou z roku 2005. K najbežnejším problémom ľudí, patria úzkostná porucha, nespavosť, závislosť od alkoholu, drog a liekov i demencia. Odhaduje sa, že iba 1/3 ľudí sa lieči (The Size and Burden of Mental Disorders in Europe, 2012).

Ciele práce

Cieľom práce bolo zistiť názor respondentov na prevenciu ochorení a identifikovať rolu sestry v tejto oblasti. Zároveň sme zisťovali rozdiely v úrovni informovanosti respondentov o duševných poruchách vzhľadom k ich veku, vzdelaniu a bydlisku.

Materiál a metodika

Vzorku tvorilo 210 účastníkov Dní zdravia mesta Trnava, ktoré sa uskutočnili v júni 2011. Výber vzorky bol náhodný, zadeľujúcim kritériom bola ochota respondentov participovať na výskume. Pre neúplnosť vyplnenia dotazníkov bolo vyhodnotených 178 (84,76 %) dotazníkov. Priemerný vek respondentov bol 38,74 (SD=18,12). Ženy (n=133; 74,71 %) tvorili väčšiu časť respondentov ich priemerný vek bol 38,66 rokov. 39,31 rokov bol priemerný vek mužov. 106 (59,55 %) respondentov uviedlo ako trvalé bydlisko mesto, 72 (40,45 %) respondentov uviedlo vidiek.

Informácie sme zisťovali prostredníctvom dotazníka vlastnej konštrukcie. Prvá časť dotazníka bola zameraná na prevenciu ochorení a na úlohu sestry v tejto oblasti. Respondenti odpovedali na položky, ktoré zisťovali napr. na ktorú oblasť prevencie sa najviac sústreďujú ich pozornosť. Pýtali sme sa tiež na rolu sestry v prevencii ochorení

v porovnaní s inými členmi zdravotníckeho tímu. V oblasti dotazníka zameranej na úroveň vedomostí o duševných poruchách sme sa pýtali na rozdiel medzi psychológom a psychiatrom, alebo či liečba duševnej poruchy mení osobnosť človeka, či sú duševne chorí ľudia nebezpeční pre verejnosť. V týchto položkách bola daná jedna správna odpoveď, maximálne skóre mohlo byť 6 a najmenšie 0.

Pre štatistické spracovanie empirických dát bol použitý program MS EXCEL 2007. Použili sme metódy dvojrozmernej opisnej štatistiky, Pearsonovu koreláciu (r).

Výsledky

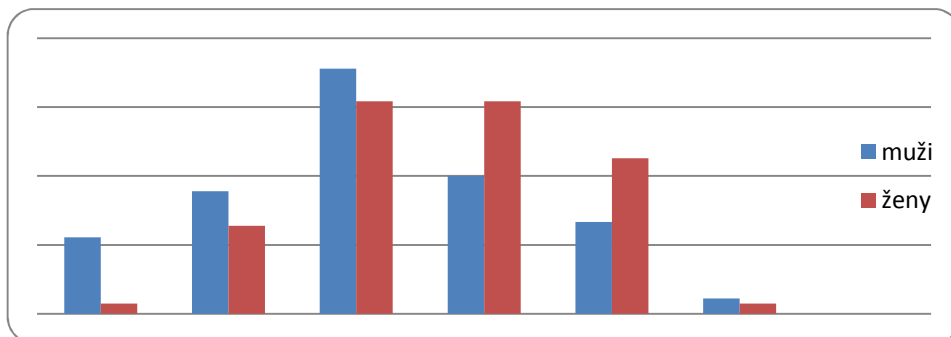
Životospráva predstavuje pre 79 (44,38 %) respondentov oblasť, ktorej venujú najväčšiu pozornosť. Iba 7 (3,93 %) respondentov prieskumu venuje pozornosť oblasti duševného zdravia.

5,62 % respondentov sa zameriava na prevenciu v stomatologickej oblasti a rovnako 5,62 % respondentov sa zaujíma o prevenciu kardiovaskulárnych ochorení.

Sestra je podľa 57 (32,02 %) respondentov relevantný zdroj získavania informácií o prevencii ochorení formou konzultácií. 77 (43,26 %) respondentom by vyhovovalo získavať informácie o možnostiach prevencie prostredníctvom jedného z masovokomunikačných prostriedkov – televízneho prijímača. 60 (33,71 %) respondentov určili ako zdroj nových informácií o prevencii chorôb denné periodiká.

Dosiahnuté skóre vedomostí respondentov o duševných poruchách v súvislosti s pohlavím znázorňuje graf 1. Muži dosiahli najvyššie skóre 2 (35,6 %), ich dosiahnuté vážené skóre bolo 2,13. Ženy dosiahli najvyššie skóre úrovne vedomostí o duševných poruchách 2 a 3 (30,8 %), ich dosiahnuté vážené skóre bolo 2,65.

Graf 1 Pohlavie respondentov vo vzťahu k dosiahnutému skóre

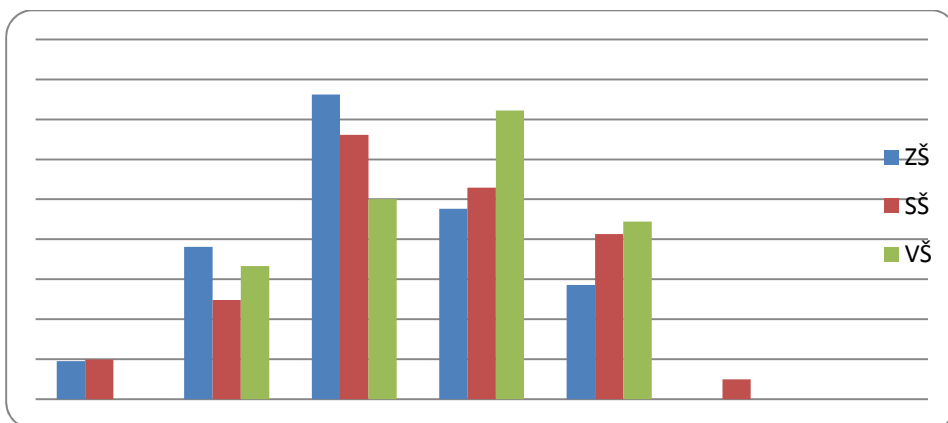


Sledovali sme vzájomný vzťah medzi vekom respondentov a ich dosiahnutým skóre v oblasti zisťujúcej vedomosti o duševných poruchách. Na základe výpočtu Pearsonovho korelačného koeficientu ($r=0,053$) sa však nepreukázal štatisticky signifikantný vzťah medzi vekom a dosiahnutým skóre respondentov.

Respondenti žijúci na vidieku dosiahli vážené skóre 2,57 a v meste dosiahli vážené skóre 2,48 z celkového skóre 6. V skóre úrovne vedomostí o duševných poruchách v súvislosti s bydliskom respondentov nebol zaznamenaný signifikantný rozdiel.

Počet dosiahnutého skóre vedomostí respondentov o duševných poruchách v súvislosti so vzdelaním respondentov zobrazuje graf 2.

Graf 2 Vzdelanie respondentov vo vzťahu k dosiahnutému skóre



Komparáciou vážených priemerov (\bar{x}) jednotlivých skupín respondentov podľa vzdelania sme zistili, že najvyššie priemerné skóre (2,64) dosiahli vysokoškolsky vzdelaní respondenti, ktorí tvorili 20 % z celkovej vzorky. Najpočetnejšia skupina stredoškolsky vzdelaných respondentov (68 %) dosiahla priemerné skóre 2,53. Najnižšie skóre, 2,24 dosiahla najmenšia skupina respondentov so základným vzdelaním (12 %). Na základe výpočtu Pearsonovho korelačného koeficientu ($r=0,083$) sme nepreukázali štatisticky signifikantný vzťah medzi vzdelaním a dosiahnutým skóre respondentov.

Dosiahnuté skóre úrovne vedomostí všetkých respondentov uvádza tabuľka 1. Najvyššie skóre 6 nedosiahol žiaden respondent výskumu.

Tabuľka 1 Dosiahnuté skóre respondentov

Skóre	n	%	\bar{x}	SO
0 bodov	7	4	2,52	1,13
1 bodov	25	14		
2 bodov	57	32		
3 bodov	50	28		
4 bodov	36	20		
5 bodov	3	2		
6 bodov	0	0		
spolu	178	100		

n – absolútna početnosť, % – relatívna početnosť, \bar{x} – priemer, SO – štandardná odchýlka

Diskusia

V časti dotazníka, ktorá bola zameraná na oblasť prevencie ochorení, bolo zaujímavé a zároveň alarmujúce zistenie na otvorenú položku, pri ktorej iba 7 (3,93 %) respondentov venuje pozornosť oblasti duševného zdravia. Taktiež dosiahnuté skóre v úrovni vedomostí o duševných poruchách bolo nízke 2,52 (SD=1,13). Vypovedá to

nízkej úrovni informovanosti verejnosti o základných informáciách súvisiacich s duševnými ochoreniami.

Podobný nedostatok informácii bol zistený aj v rozsiahlom prieskume ktorý predchádzal kampani Changing Minds organizovanou kráľovskou kolajou psychiatrov v rokoch 1998–2003 z ktorej vyplynulo, že verejnosť vníma ľudí s psychiatrickou chorobou ako tých druhých, iných, než sme my sami, („not us“). Medzi opýtanými prevládali názory, že duševne chorí sú nebezpeční, nepredvídateľní, je možné im klásť vinu a na koniec je s nimi ťažká komunikácia (Mohr, 2003).

V Národnom programe duševného zdravia (2012) sa uvádza, že nedostatočná výchova a vzdelávanie v oblasti duševného zdravia na Slovensku vedú k neinformovanosti spoločnosti. Týmto sa nielenže nepodporuje lepšia kvalita života ľudí, ale nezabraňuje sa ani zbytočnému nárastu duševných porúch. Málo rozvinutá starostlivosť o ľudí s duševnými poruchami a nízka informovanosť populácie o duševných poruchách vedú k tomu, že v spoločnosti pretrváva a niekedy sa aj posilňuje stigmatizácia ľudí s duševnými poruchami a ich diskriminácia v spoločnosti.

Na Slovensku je snaha postaviť hodnotu duševného zdravia a zrovnoprávniť duševne chorého pacienta s telesne chorým pacientom. Tento zámer sa nepodarí naplniť bez významnej pomoci sestier. Súčasná sestra ponúka svojmu pacientovi také intervencie, ktoré zároveň redukovujú stigmú – značku duševnej poruchy. Je potrebné posilniť edukáciu pacienta sestrou v oblasti duševného zdravia (Čerňanová, 2011).

V našom výskume nebola sestra vnímaná ako osoba, ktorá by informovala a podporovala verejnosť v prevencii ochorení. Pritom Farkašová (2005) hovorí o dôležitosti posilňovania roly ošetrovateľstva a rozvíjania teórie v oblastiach zdravého spôsobu života a práce, podpory a ochrany zdravia, výchovy jednotlivca, rodiny, skupiny a komunity na ceste smerom ku zdraviu. Ošetrovateľstvo sa orientuje nielen na chorých, ale aj na zdravých jedincov. Jakubeková a kol. (2010) upozorňujú, že príprava sestier na formovanie a vzdelávanie iných a ich získanie k spolupráci na posilňovaní a podpore zdravia sú súčasťou obsahu vzdelávania budúcich sestier v rámci študijného odboru Ošetrovateľstvo.

Záver

Získané poznatky nám signalizujú nedostatočné vedomosti. Ako najvýznamnejší determinant vyšlo vzdelanie. Respondenti s vyšším vzdelaním dosiahli najvyššie vedomostné skóre v oblasti duševného zdravia.

V oblasti prevencie ako aj úrovne vedomostí verejnosti o duševných chorobách je viditeľná stagnácia. Sestra, ktorá by mala byť zdrojom relevantných informácií o prevencii ochorení a podporovať zdravie, nepredstavuje z pohľadu respondentov relevantný zdroj.

Na základe získaných údajov navrhujeme poskytnúť informácie kancelárii Zdravé mesto Trnava (Mestský úrad v Trnave), ktorá organizuje Dni zdravia mesta, aby zintenzívnila svoje pôsobenie prostredníctvom rozšírenia podujatí, doplniť webovú stránku mesta o informácie o prevencii ochorení s akcentom na duševné poruchy.

V rámci celoslovenského podujatia Dni nezábudiek organizovaného Ligou za duševné zdravie, v spolupráci so študentmi ošetrovateľstva poskytnúť verejnosti propagačné materiály so zameraním na duševné zdravie, prevenciu aj iných ochorení. Vytvoriť lokálne a regionálne použiteľný informačný materiál so študentmi odboru Ošetrovateľstva pre verejnosť, zahrňujúci informácie o prevencii ochorení s akcentom na duševné poruchy. Pre sestry odporúčame aby využívali vedomosti získané v priebehu štúdia, aby boli v očiach verejnosti erudované odborníčky, ktoré reprezentujú Ošetrovateľstvo.

Obmedzenia výskumu

Jedným z metodologických nedostatkov práce je nereprezentatívnosť súboru a regionálny charakter výskumu. Výber respondentov bol zámerný a výskum mal charakter prierezovej štúdie. Z aspektu zovšeobecnenia by uvedené nedostatky riešil väčší počet respondentov, design napríklad multicentrickej celonárodnej štúdie.

Literatúra

- [1] ČERNĀNOVÁ, A. 2011. *Ošetrovanie chorých*. Martin : Osveta, 2011. 87 s. ISBN 978-80-8063-354-7.
- [2] FARKAŠOVÁ, D. et al. 2005. *Ošetrovateľstvo teória*. 1. vyd. Martin : Osveta, 2005. 212 s. ISBN 80-8063-182-4.
- [3] HAPPELL, B., PLATANIA-PHUNG, CH. 2005. Mental health issues within the general health care system: implications for the nursing profession. *Australian Journal of Advanced Nursing*. ISSN 1447-4328, 2005, vol. 22, no. 3, p. 41–47.
- [4] JAKUBEKOVÁ, J., LIPTÁKOVÁ, K., ILIEVOVÁ, Ľ., BOTÍKOVÁ, A. 2010. Vzdelávaní študentů Ošetrovateľství v prevenci nemocí. *Sestra*, ISSN 1210-0404, 2010, roč. 20, č. 10, s. 25-26.
- [5] LIGA ZA DUŠEVNÉ ZDRAVIE. [online]. [cit. 2012-01-18] Dostupné z WWW: <http://www.dusevnezdravie.sk/who.html>.
- [6] MOHR, P. 2003. Duševní onemocnění a stigma v Evropě: výzva ke společenskému zařazení a rovnosti. *Psychiatria*. ISSN 1211-7579, 2003, roč. 7, č. 2, s.138-139.
- [7] NEMCOVÁ, J. et al. 2010. *Moderná edukácia v ošetrovateľstve*. 1. vyd. Martin : Osveta, 2010. 260 s. ISBN 978-80-8063-321-9.
- [8] NÁRODNÝ PROGRAM DUŠEVNÉHO ZDRAVIA. [online]. [cit. 2012-01-18] Dostupné z WWW: <http://www.uvzsr.sk/docs/info/podpora/NPDZ.pdf>.
- [9] THE SIZE AND BURDEN OF MENTAL DISORDERS IN EUROPE. [online]. [cit. 2012-01-18] Dostupné na internete: <http://www.ecnp.eu/en/publications/reports/sizeandburden.aspx>.
- [10] WITTCHEN, H-U., JACOBI, F. 2005. Size and burden of mental disorders in Europe critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology*, ISSN 0924-977X, 2005, vol. 15, no. 4, p. 357-376.

- [11] ZÁVODNÁ, V. 2005. *Pedagogika v ošetrovatel'stve*. Martin : Osveta. 2005. 117 s. ISBN 80-8063-108-5.
- [12] ZRUBCOVÁ, D. 2012. Podpora duševného zdravia v kontexte ošetrovatel'stva. [online]. [cit. 2012-03-01] Dostupné z WWW: http://www.ped.muni.cz/z21/knihy/2011/41/texty/cze/04_zrubcova_CZE.pdf.

The Knowledge of the Public about Mental Disorders and the Role of Nurses in their Prevention

Abstract

High incidence and prevalence of lifestyle diseases is a reason for still topical promotion of health and prevention of diseases. There is an increasing prevalence of mental disorders which are still stigmatized by the public. The aim of the work is to find out the public attitude to disease prevention and at the same time to determine the role of nurses in their prevention. The sample included 178 participants of the Health Days in Trnava. To collect the empirical data, we used a questionnaire that was divided into a few areas: disease prevention, the role of nurses in the prevention and the area were questions focused on the knowledge of mental disorders. The respondents do not consider a nurse a relevant source of information on the disease prevention. The overall scores concerning the knowledge of mental disorders can be evaluated as unsatisfactory. The results of our study point out the need for continuing prevention at all levels of care and strengthening the role of nurses in the prevention.

Key words

Public, knowledge, mental disorders, prevention, nurse

Kontaktná adresa

PhDr. Juhásová Ingrid
Katedra ošetrovatel'stva, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce
Trnavská univerzita v Trnave
Univerzitné námestie 1
918 43 Trnava, SR
E-mail: ingrid.jhasova@truni.sk

Využití videotréninku ve výuce komunikačních dovedností

Šárka Tomová¹, Lubomír Štěpánek²

¹Ústav ošetrovatelství, Univerzita Karlova, 2. lékařská fakulta, Praha

²Ústav vědeckých informací, Univerzita Karlova, 2. lékařská fakulta, Praha

Abstrakt

Příspěvek se zamýšlí nad významem nácviku komunikace a komunikačních dovedností v dnešním pojetí ošetrovatelské péče. Požadavek profesionálního zvládnutí komunikace s pacientem je součástí zvyšování kvality ošetrovatelské péče. Příprava v oblasti osvojování komunikačních dovedností budoucích lékařů může být velmi významným prvkem na začátku jejich profesní kariéry. Efektivní zvládnutí komunikačních dovedností pomocí vhodných metod výuky má velký vliv na osvojení a prohlubování důvěry mezi lékařem a pacientem. Praktický nácvik metodou hraní rolí a analýza situací z videonahrávek je jednou z neúčinnějších metod výuky komunikace. Vychází z potřeb a možností žáka plynoucích z průběhu efektivního učebního procesu.

Klíčová slova

Komunikace, komunikační dovednosti, měkké dovednosti, sociální interakce, videotrénink

Úvod

Sociální interakce je základním pilířem a východiskem v mezilidském kontaktu. Dle slovníku cizích slov je interakce uvedena jako vzájemné působení dvou nebo více činitelů. Sociální interakce je chápána jako základní způsob sociálního chování, prožívání, poznávání a sebepoznávání, komunikace a vzájemného působení nejméně dvou osob. Jde tedy vždy o člověka a jeho vztahy k ostatním lidem.

Komunikace je nepostradatelnou součástí vzájemného kontaktu mezi lidmi. Tvoří neodmyslitelnou složku vzájemného dorozumívání. Je to složitý a mnohovrstevný proces. Je ovlivněn mnoha faktory, mezi jinými například individualitou jedince – jeho výchovou, vzděláním, zkušenostmi, schopnostmi a podobně. Základem je tedy biopsychosociální výbava člověka, ovšem odlišuje se vývojem, vnímáním, dědičnými dispozicemi, rozvojem komunikačních dovedností, výchovou v rodině a způsobem, kterým je realizována. V současnosti je pojmu komunikace nadužíváno. Dnes se za slovem komunikace skrývá mnoho pojmů, které se vytrácí a potlačují; nacházíme mnohem v menší frekvenci slova povídat si, bavit se, diskutovat, besedovat, vyprávět

si, sdělovat si informace, prožitky a podobně. Dnes dva lidé jednoduše komunikují. (Linhartová, 2007)

Komunikace jako nástroj dorozumívání je ovlivněna řadou rozličných osobnostních charakteristik. Kromě jiných předpokládá sebeuvědomění své osoby, svého jednání, chování. Za tímto účelem je videotrénink jednou z klíčových aktivit při nácviu komunikace zdravotnického pracovníka s pacientem.

Vlastní text

Komunikace ve zdravotnické péči je téma, které je stále v popředí zájmu laické i odborné veřejnosti. Úroveň komunikace je součástí zjišťování kvality péče ve zdravotnickém zařízení. Ne nadarmo je několik otázek v průzkumech spokojenosti pacientů s ošetrovatelskou péčí v daném zařízení věnováno právě pohledu pacienta na komunikaci mezi členy ošetrovatelského týmu, na informovanost pacienta o průběhu léčby, srozumitelnost podávaných informací, adekvátně volený jazyk apod. Tento zájem v posledních desetiletích souvisí v neposlední řadě s pojetím pacienta jako partnera v ošetrovatelské a léčebné péči a tedy změnou přístupu k nemocnému.

Mezi základní komunikační pojmy, které výrazně v ošetrovatelské péči vystupují do popředí, patří porozumění a dorozumění. Tyto termíny z oblasti komunikace a komunikačních dovedností řadíme mezi tzv. měkké dovednosti (soft skills). Měkké dovednosti se týkají toho, jak spolupracovat, ne co dělat. CO dělat se týká odborné roviny, JAK spolupracovat se týká osobní, lidské roviny. Tuto rovinu ovlivňuje řada faktorů, například jak spolu vycházíme, jak se cítíme, jak myslíme, jaký je náš hodnotový žebříček, naše motivy, rituály, potřeby aj. Tvrdé dovednosti (hard skills), mezi které patří jazykové, logicko-matematické, vizuálně prostorové formy inteligence se dají změřit pomocí testů inteligenčního kvocientu (IQ). Oproti tomu měkké dovednosti se zabývají dovednostmi v oblasti mezilidských vztahů, ale především tím, jak jsme ochotni a schopni sami na sobě pracovat a zda hledáme možnosti osobního růstu. (Mühleisen, Oberhuber, 2008)

Náš postoj k měkkým dovednostem lze rozdělit do pomyslných tří oblastí:

- oblast osobních kompetencí;
- oblast sociálních kompetencí;
- oblast metodických kompetencí.

Do oblasti osobních kompetencí zahrnujeme například tyto složky: sebevědomí, sebejistotu, sebekontrolu, sebereflexi, orientaci na cíl a výsledek, ochotu ke změnám, k učení, sebemotivaci. Do oblasti sociálních kompetencí patří například tyto složky: schopnost navazovat vztahy, kontakty, schopnost integrace a týmové spolupráce, empatie, schopnost motivovat, vést, řešit konflikty, takt a styl. V oblasti metodických kompetencí se nachází například schopnost prezentovat a kreativně řešit úkoly, rétorické schopnosti, schopnost přesvědčit a vyjednat, schopnost zpracovat informace, vizualizovat či schopnost správně zacházet s časem a uvědomit si, že den má pouze 24 hodin.

Výše uvedené oblasti a projevující se snaha studentů po osobnostním rozvoji a růstu nás vedla k myšlence zpracování tématu komunikační přípravy studentů lékařských fakult. Za komunikativní kompetence je dle slovníku cizích slov považováno porozumění slovní i mimoslovní interakci, různým typům verbálních projevů i písemných a tištěných textů a záznamů, obrazových materiálů, běžně užívaných gest, mimiky, pantomimiky, zvuků a jiných informačních prostředků, přemýšlení o nich, adekvátní reagování na ně a jejich vhodné a přiměřené využívání k vlastnímu výstižnému a kultivovanému vyjadřování a zapojení se do společenského soužití a dění. Uvedené dovednosti považujeme za ty, kterými by měl lékař v jím poskytované péči vládnout. Kromě výše jmenovaných komunikativních kompetencí jsou nedílnou součástí profesionálního přístupu lékaře také kompetence sociální a pracovní. Tyto navazují na předešlé a uplatňují se především v dovednostech účinně, efektivně a kultivovaně spolupracovat ve skupině, adaptovat se adekvátně na svou pozici a roli ve skupině, pozitivně ovlivňovat kvalitu společné práce, vynakládat efektivní pracovní aktivitu a tvořivé úsilí v oblasti vlastních pracovních aktivit.

Komunikace v medicíně je oblast, která kromě mnoha dalších aspektů má větší rozměr, než komunikace obecně pojímaná. Významnou roli zde hraje změna zdravotního stavu jedince, se kterým komunikace probíhá. Komunikace je umění složit slova tak, aby druhý člověk pochopil to, co mu chceme říci. Aby porozuměl našemu záměru. Je nutné uvést krátce a výstižně komunikační schéma, dle kterého komunikace probíhá. Na začátku je úmysl, záměr, který mluvčí má. Volí ke sdělení nejvhodnější komunikační kanál, kterým by svůj záměr předat informaci realizoval. Poté příjemce zprávu přijímá. Odlišnosti v příjmu informace byly zmíněny výše. Příjemce dle svých možností informaci přijímá a podává mluvčímu zpětnou vazbu. Tento proces se během dorozumívání několikrát opakuje. Ve zkratce popsany přenos informace je velmi zjednodušeným popisem náročného procesu vnímání a akceptace druhého jedince. Samozřejmostí je, že nejde jen o formu verbálního předávání informací, ale stejnou měrou je zastoupena forma neverbální komunikace a paralingvistických projevů ve vzájemném dorozumívání. Jelikož šíře a význam komunikace je velmi široký, zaměříme se pro naše účely jen na komunikaci verbální, konkrétně na nácvik dvou nejvýznamnějších komunikačních dovedností – tedy aktivního naslouchání a předávání informací, uplatňujících se především mezi lékařem a pacientem.

Vztah mezi lékařem a pacientem patří ve zdravotnictví, potažmo v ošetrovatelské péči, ke vztahům základním. Profese lékaře je jediná, se kterou se setká každý člověk ve svém životě, každý se stane pacientem. Tehdy, když je naše zdraví ohroženo a momentální stav je odchylkou od normálu, začíná si každý z nás uvědomovat jeho význam a hodnotu. Možná z těchto důvodů očekáváme všemocné a bezchybné léčení, neomylný a vstřícností naplněný přístup lékaře, kterého ve chvílích napětí a nejistoty zkoumáme pod drobnohledem. Očekáváme lékařovo naslouchání našim obavám, schopnost volit správná a účinná slova, jeho neverbální rezonanci vedle volby těch neúčinnějších metod terapie. Jednoduše dobrou komunikační dovednost lékaře považujeme za samozřejmou. Teprve nedorozumění nejrůznějšího druhu nás nutí zamyslet se nad touto „nesamozřejmostí“. Nic však není samo sebou, je nezbytné zvládat i naukovou část vážící se k profesní komunikaci. (Haškovcová *in* Ptáček, 2011). V současnosti je lékař připravován během svého studia především na schopnost

léčit, znát a zvolit ty správné metody léčby, posuzovat a analyzovat výsledky vyšetření a logicky uvažovat o propojenosti a souvislosti příznaků nemoci. Na úkor tohoto klinického umu je leckdy potlačováno vnímání člověka jako individuality, kterému se lékař naučí až nástupem do praxe. Klademe si otázku, zda by toto vnímání a akceptace různorodosti jednotlivce neměla by již být součástí profesionální přípravy jedince na dráhu lékařského povolání. Vzhledem k momentálnímu zastoupení výuky komunikace a komunikačních dovedností na lékařských fakultách se domníváme, že by toto téma zasluhovalo větší pozornosti.

Při výuce komunikačních dovedností vycházíme z potřeb studenta ve vyučovacím procesu, které jsou nezbytné pro úspěšné osvojení dovedností nebo způsobilostí. Mezi základní potřeby učícího se člověka patří dle Pettyho vysvětlení. Vysvětlit studentovi, proč se daný zmíněný způsob užívá, je základem jeho dalšího pochopení. Jestliže používáme postupy, kterým nerozumíme, cítíme se často nejistě. V rámci vysvětlení bychom se měli seznámit se všemi závažnými souvislostmi tématu. Jak uvádí Petty, „*Učení bez porozumění je povrchní.*“ (Petty, 2008, s. 23). Jak dále uvádí, mezi další potřeby žáka plynoucí z vyučovacího procesu patří mimo jiné ukázka, činnost, aktivní opakování a testování. V rámci ukázky, student cítí potřebu velmi přesně vědět, co se od něj očekává, jak to má nejlépe provést, jak užít svých dovedností či způsobilostí správně a při jaké příležitosti jich může využít. Většina studentů právem považuje procvičování a praktické užívání dovedností za nejúčinnější metodu učení. Procvičování dovedností zabírá ve výukovém procesu nepoměrně více času než ostatní činnosti. Tento aspekt je z didaktického hlediska při výuce komunikačních dovedností na lékařských fakultách vesměs opomíjen. Potřeba „*testování*“ je další potřebou studenta, která zakončuje efektivitu získané dovednosti. Předvádět schopnost nebo dovednost za situace, kdy je v blízkosti učitel, mentor apod. je jednodušší, než zvládat dovednost sám/a, v běžných podmínkách. Tento poslední krok ke zvládnutí dovednosti nebo způsobilosti v našem případě v klinických podmínkách je nejvýznamnější. Tento krok může posoudit student sám v praktické části své odborné přípravy. Může posoudit v komunikaci s pacientem, nakolik je připraven zvládat nepředvídatelné komunikační bariéry a uplatňovat své nabyté komunikační dovednosti.

Z výše uvedených důvodů jsme se zaměřili v rámci výuky volitelného předmětu nazvaného „*Komunikace, komunikační dovednosti*“ na efektivitu využití metody videozáznamu v oblasti nácviku „*aktivního naslouchání*“ a „*předávání informací*“ u studentů magisterského studijního programu všeobecného lékařství na UK 2. LF. Volitelný předmět s touto tematikou byl zvolen z důvodu neexistence samostatného předmětu, zabývajícího se komunikací a základními komunikačními dovednostmi ve studijním programu výše uvedeném. V rámci volitelného předmětu jsme měli možnost zkoumat a sledovat pokroky ve vývoji již výše zmíněných dvou komunikačních dovedností u studentů medicíny. Jako nejvhodnější metodu posuzování pokroku ve vývoji komunikačních dovedností se nám jevil videozáznam situace, který detailně zachytil jednotlivé subkapitoly pozorované situace. V úvodu výuky předmětu měli studenti možnost posoudit a pochopit význam sledovaných komunikačních dovedností – aktivního naslouchání a předávání informací na příkladu připraveného rozhovoru „*lékaře s pacientem*“ v modelové učebně. Role lékaře a pacienta byly ztvárněny zkušenými studenty z vyšších ročníků lékařské fakulty, kteří prokázali

zkušenost se zvládnutím sledovaných komunikačních dovedností. Tento rozhovor proběhl podle předem stanoveného scénáře, který oba aktéři dostali připravený a který byl konzultován s vyučujícím.

Respondenti, kteří se výuky účastnili, si po vzoru zhlédnutého vzorového dialogu připravili charakteristiku jim neznámé diagnózy. Volba diagnózy byla zcela náhodná, takže předpokládala poskytnutí dostatečného časového úseku na přípravu tématu. Zadání pro studenta bylo zcela jednoznačné – vyhledat a zpracovat všechny informace o prevalenci, incidenci, příznacích, diagnostice, léčbě a prognóze onemocnění tak, aby byl student schopen je předat a vysvětlit pacientovi, event. rodinnému příslušníkovi. Tento prvek neznámé diagnózy se stal velmi účinným v přípravě návku, jelikož podporoval nejen samostatnou přípravu, ale také vyhledávání souvislostí s již nabytými znalostmi a vědomostmi studenta. Podněcuje se tím studentovo zvýšení motivace ke studiu. Pacientova role byla obsazena kolegy z vyšších ročníků nebo pro zúčastněné zcela neznámými studenty, kteří byli předem seznámeni se scénářem své role. V průběhu výuky byl vytvořen cca 10 minutový videozáznam komunikační situace každého jednotlivce. Tento videozáznam byl opakovaně proveden na konci výuky předmětu, tedy na konci semestru příslušného akademického roku, jelikož hodinová dotace výuky volitelného předmětu je jednosemestrální. Rozdíl mezi nahrávkami videozáznamů komunikačních dovedností na začátku a konci výuky u jednotlivých studentů byly zaznamenány do příslušných předem připravených formulářů. Hodnotícími byli sami studenti, kteří pozorovali výkon každého jednotlivce – kolegy a záznam prováděli během či bezprostředně po výstupu. Hodnocení výstupu probíhalo ve dvou kategoriích. První kategorii tvořila komunikační dovednost „*Aktivní naslouchání*“, která byla rozdělena na část verbální označenou I/A se subkapitolami povzbuzení, objasnění, zrcadlení obsahové roviny, zrcadlení pocitů, sumarizace a zpětná vazba a část neverbální, označenou I/B, prezentovanou podkapitolami udržení pohledu, postoj, gestikulace, mimika, doteky & pohyby, vzdálenost. Druhá komunikační dovednost „*Předávání informací*“ byla rovněž rozdělena do dvou subkapitol. Subkapitola označená II/A obsahovala sledování stručnosti, výstižnosti, srozumitelnosti, přehlednosti, návaznosti projevu, volbu odborných výrazů, práci s hlasem a zpětnou vazbu. Subkapitola označená II/B se zaměřila na neverbální stránku této komunikační dovednosti. Obsahovala stejné okruhy sledování jako I/B, ovšem tyto projevy jsou zcela jiné u naslouchání a mluvení, proto jsme se jimi zabývali u zmiňovaných dovedností odděleně. Každá podkapitola byla studentem hodnocena na stupnici od 1 – naprosto nevyhovující do 5 – naprosto vyhovující. Vznikla tak přehledná tabulka dílčích výsledků každého studenta před zahájením výuky komunikačních dovedností a na konci výuky, označené Pre a Post.

Celkem se studie účastnilo šestnáct studentů, každý dílčí parametr jednotlivých subkapitol komunikačních dovedností Pre i Post je tak vždy popsán šestnácti hodnotami, jednou získanou sebehodnocením a patnácti hodnocením ostatních. Pro potřeby všech níže uvedených testů hypotéz jsme však vždy u studenta užili pro každý komunikační parametr součtu těchto šestnácti hodnot. Nasbíraná data mají kvantitativní charakter (vždy se jedná o škálu 1-5). Vyřazeny byly pouze extrémní hodnoty – pro jejich malou variabilitu (pouze hodnoty 1-5) nebylo možné použít Dixonův test ani vyřadit všechny odlehlé.

Veškeré statistické výpočty probíhaly v softwarovém prostředí StatSoft Statistica, všechny testy hypotéz jsme prováděli na hladině významnosti $\alpha = 0,05$.

Na základě provedení Shapirova-Wilkova testu byl předpoklad normálnosti u dat některých parametrů a subkapitol komunikační dovednosti neudržitelný, proto se další úvahy odvíjely cestou neparametrických testů.

V rámci testování hypotéz bylo nejdříve pomocí mediánového testu provedeno srovnání předpokládaného, tedy „*optimálního*“ hodnocení komunikačních kvalit studenty a jejich skutečného známkování. Data byla nasbírána v průběhu vzorového dialogu mezi zkušenými a instruovanými studenty vyšších ročníků (viz výše) jednak od hodnotících studentů, jednak od dohlížejících kvalifikovaných pedagogů. Všichni studenti byli předtím řádně poučeni a pro hodnocení vzorového rozhovoru jich bylo několik náhodně vybráno. Pokud by mediánový test zamítl nulovou hypotézu o nevýznamnosti rozdílu mezi hodnocením studentů a dohlížejících pedagogů, bylo by nutné edukaci studentů o tom, jak správně hodnotit komunikační kvality, a posléze i mediánový test opakovat.

Následovala statistická analýza pracovní hypotézy, že došlo ke statisticky významné změně hodnot komunikačních dovedností studentů po absolvování jednosemestrálního kurzu, tedy průkaz signifikantního rozdílu mezi daty Post a Pre. Celkově tak byla data všech studentů porovnána na úrovni (čtyř) subkapitol ve čtyřech testech hypotéz, kvůli těsně nenormálnímu rozložení dat a jejich párování (každý student hodnocen Pre a Post) jsme vždy volili Wilcoxonův párový test, který stavěl oboustrannou alternativní hypotézu o signifikantní změně střední hodnoty dat dané subkapitoly komunikačních dovedností Post a Pre proti nulové hypotéze o nevýznamnosti této změny mezi okamžiky Post a Pre.

Dále jsme se pod statistickým drobnohledem ptali, zda je možné rozdělit komunikační dovednosti studentů, vystižené hodnotami jednotlivých parametrů všech čtyř subkapitol, do několika skupin (shluků, clusterů), které se charakterem komunikačních dovedností vzájemně do jisté míry liší, ale aby si naopak studenti každé skupiny byli hodnotami komunikačních dovedností blízcí. Smyslem takového rozdělení je především vytvoření „*profilových*“ skupin studentů dle jejich komunikačních dovedností, kdy nejvhodnější zástupce či zástupci každé takové skupiny vytvoří tzv. ohniskovou skupinu, s níž bude v rámci kvalitativní složky výzkumu veden řízený dialog. K vytvoření skupin byla provedena vícerozměrná metoda – shluková analýza. Protože skupiny studentů jsou si rovnocenné a data kvantitativní, zvolili jsme v rámci shlukové analýzy nehierarchické shlukování a metodu K-means dle MacQueena. Počet shluků byl předem odhadnut metodou desetinásobné křížové validace, za míru vzdálenosti mezi hodnotami volíme eukleidovskou distanci. Každý shluk se tím pádem stává profilovou skupinou, kterou je možné prostřednictvím středních hodnot komunikačních parametrů shluku „*vystiženě*“ popsat, např. „*hovorní extroverti*“, „*rozvážní introverti*“ atd., vyžaduje to ovšem od výzkumníka velkou představivost a porozumění principu shlukové analýzy.

Kvalitativní části výzkumu dominuje řízený dialog s ohniskovou skupinou na dané téma. Byť jsme k sestavení profilových skupin a tedy i k formování ohniskové skupiny použili kvantitativní metodu, totiž shlukovou analýzu, není tím dle našeho názoru

kvalitativní charakter následného výzkumu nad ohniskovou skupinou nijak narušen, studenti budou pouze do fokusové skupiny voleni cíleně, ne náhodně. Naopak v tomto přístupu vidíme drobnou inovaci a snahu vytvořit spojnici mezi kvantitativní a kvalitativní fází výzkumu.

Závěr

Výuka komunikačních dovedností na lékařských fakultách může být velmi výrazným zdrojem odhalení slabých stránek komunikace jedince, které mohou nepříznivě ovlivňovat jednání a chování na klinické praxi. Nejistota v komunikaci s pacientem může odpoutávat pozornost od zásadních informací a nezkušenost ve vedení rozhovoru s nemocnými se může jevit jako stresující nejen pro pacienta, ale především pro studenta na klinické praxi. Osvojování komunikačních dovedností pomocí hraní rolí a analýza jejich videozáznamu může být jednou z cest, jak zbavit studenta nejistoty, obav a strachu z přímého kontaktu s nemocným. Zvolená metoda potvrzuje svou účinnost a výjimečnost především v oblasti sebepojetí a sebereflexe studenta. Pomáhá studentovi vidět sám sebe, své reakce, kvalitu své slovní zásoby, ale především číst svůj neverbální projev v situaci, ve které se soustředí na pacienta a jeho momentální stav. Není jednoduché všechny dovednosti zvládnout okamžitě, vyžaduje to trénink doplněný zpětnou vazbou, která ukáže eventuální pokrok a naopak oblast, na kterou je třeba se zaměřit. Osvojení komunikačních znalostí a dovedností, kvalitní výcvik těchto dovedností umožňují každému lékaři neustále zdůrazňovanou individualizaci přístupu k pacientům, povyšují profesi lékařů na umění svého druhu.

Použitá literatura

- [1] PTÁČEK, Radek, BARTŮNĚK, Petr a kol. *Etika a komunikace v medicíně*. 1. vyd. Praha: Grada. 2011. 528 s. ISBN 978-80-247-3976-2
- [2] LINHARTOVÁ, Věra. *Praktická komunikace v medicíně*. 1. vyd. Praha: Grada. 2007. 152 s. ISBN 978-80-247-1784-5
- [3] MÜHLEISEN, Stefan, OBERHUBER, Nadine. *Komunikační a jiné měkké dovednosti*. 1. vyd. Praha: Grada. 2007. 192 s. ISBN 978-80-247-2662-5
- [4] PETTY, Geoffrey. *Moderní vyučování*. 5. vyd. Praha: Portál. 2008. 380 s. ISBN 978-80-7367-427-4
- [5] STATSOFT, Inc. *STATISTICA (data analysis software system)*, verze 8.0. 2007. www.statsoft.com.
- [6] STATSOFT, Inc. *Electronic Statistics Textbook*. Tulsa, OK: StatSoft. 2013. WEB: <http://www.statsoft.com/textbook/>.

Use of Video-training in Communication Skills Training

Abstract

This report is focused on the meaning of the communication training and communication skills in present medical care. The request of professionally managed communication with a patient is a part of rating the quality of the medical care. The preparation of imbining the communication skills among the upcoming doctors may be very important element at the beginning of their professional career. Suitable and effective methods of teaching have a massive effect on imbining and deepening the trust among the doctor and the patient. Practical training by a role-playing method and the analysis of the videotaped situations is one of the most effective method of all communication teaching methods. It comes from the student's Leeds during the effective teaching process.

Key words

Communication, communication skills, soft-skills, social interaction, video-training

Kontaktní adresa

PhDr. Šárka Tomová
Ústav ošetrovatelství UK 2. LF a FN Motol
V Úvalu 84
150 06 Praha 5
Tel.: 775615246
E-mail: sarka.tomova@lfmotol.cuni.cz

Uspokojování duchovních potřeb hospitalizovaných klientů

Lenka Görnerová

Vysoká škola polytechnická Jihlava, katedra zdravotnických studií

Abstrakt

Příspěvek se věnuje duchovním potřebám, péči o duchovní potřeby a jejich uspokojování u hospitalizovaných pacientů. Cílem bylo zjistit, jaké mají pacienti duchovní potřeby. Prozkoumat, jak jsou pacienti spokojeni s péčí o jejich duchovní potřeby. Z průzkumu vyšlo najevo, že pacienti nejvíce preferují potřeby týkající se mezilidských vztahů, což je výzvou pro zdravotníky, aby dbali na trpělivý a vlídný přístup k těmto pacientům. Pro pacienty jsou důležité také potřeby v oblasti modlitby, rozhovoru s knězem a bohoslužby. Proto je vhodné v nemocnicích uplatnit pastorační službu.

Klíčová slova

Duchovní potřeby, pastorační péče, pacient

Úvod

Zatímco péče o fyziologické potřeby je rozpracována do sebemenších detailů (např. péče o výživu nemocného, péče o pacienta s bolestí, prevence proleženin), velká pozornost se věnuje také všem psychosociálním aspektům života, duchovní péči a duchovním potřebám člověka se stále nevěnuje dostatečná pozornost.

Teoreticky je velmi těžké od sebe oddělit potřeby psychické, sociální a spirituální. Duchovní potřeby jako takové se prolínají celým životem člověka, prostupují jeho osobností, ať už si to uvědomuje či ne. Duchovní potřeby v širším smyslu představují naději, lásku, úctu k sobě i k druhému, odpuštění a hledání smyslu života. V užším smyslu lze duchovní potřeby chápat jako potřeby spirituální, kam kromě víry, náboženství a modlitby lze zahrnout i všechny skutečnosti, které přesahují náš svět. Podle J. Taylorové můžeme definovat duchovní potřeby jako „*transcendenci, vzájemné propojení a význam (smysl)*.“ K těmto potřebám přiřazuje potřebu smíření, klidu a pohody, ale i „*strach ze smrti nebo opuštění*“ (in O' Connor, 2005, s. 70). Navíc spirituální potřeby lidí, kteří stojí mimo náboženský systém církví, jsou v běžném kontaktu hůře zaznamenatelné, neboť se zpravidla neprojevují navenek. Za základní spirituální potřeby jsou obecně považované potřeby smyslu života potřeby významu vlastní existence, potřeba vztahu s transcendentem, potřeba lásky, naděje, odpuštění a víry a také potřeba duchovních rituálů (Majerníková, Jakabovičová, 2008). Cílem duchovní péče však není to, že člověku budou poskytnuty odpovědi na jeho poslední otázky, ani to, že se obrátí na víru (O' Connor, 2005, s. 67). Slovo pastorační péče většinou nemá v našich poměrech jednoznačné a přesné ohraničení. Mnohdy

se pastorační rozumí to, co běžně dělá kněz (duchovní), a to mimo práce technické a hospodářské. Pastorační péče však není omezena pouze na křesťany. Podle Opatrného (2001) duchovní péčí/pastorační službou o nemocné rozumíme „*takové jednání s člověkem, ve kterém ho respektujeme v jeho jedinečnosti, přistupujeme k němu z pozice věřících křesťanů, doprovázíme ho v jeho nemoci, utrpení či umírání a pomáháme mu k lidsky důstojnému zvládnutí jeho životní situace, včetně smrti, a to na jemu dostupné úrovni víry s perspektivou jejího možného rozvoje*“ (Opatrný, 2001).

Cíle, soubor a metody

Cílem bylo zjistit, jaké mají pacienti duchovní potřeby. Prozkoumat, jak jsou pacienti spokojeni s péčí o jejich duchovní potřeby.

Základní soubor pro potřeby našeho průzkumu tvořilo celkem 92 (100 %) pacientů, kteří byli ochotni se podílet na výzkumu. Podle religiozity se z našeho průzkumného vzorku pokládá 71 (77 %) respondentů za věřící, tzn. že jsou příslušníky nějaké církve nebo věří v něco, co přesahuje tento svět. Naproti tomu 21 (23 %) respondentů se považuje za nevěřící, tzn., že nevěří v nadpřirozenou moc, po smrti nic není. Kvantitativní část výzkumu spočívala v anonymním dotazníkovém šetření. Respondenti zaškrtovali odpověď, která nejvíce vyhovovala jejich názorům. Dotazníky byly distribuovány prostřednictvím vrchních a staničních sester v nemocnici menšího typu, bývalá okresní nemocnice, čímž se zajistila jejich vysoká návratnost.

Výsledky a diskuse

Výsledky průzkumného šetření jsme vyhodnotili v programu Excel a znázornili do tabulek a grafů. Četnost jsme vyjádřili v procentech, zaokrouhlených na celé číslo.

Co pokládáte za duchovní potřeby?

Duchovní potřeby respondentů jsme vyjádřili v tabulce 1. Pacienti si mohli vybrat více odpovědí, které považují za duchovní potřeby. Možnost: nic mě nenapadá, nezatřhl nikdo, což ukazuje, že všichni mají nějakou představu o duchovních potřebách.

Tabulka 1 Duchovní potřeby respondentů

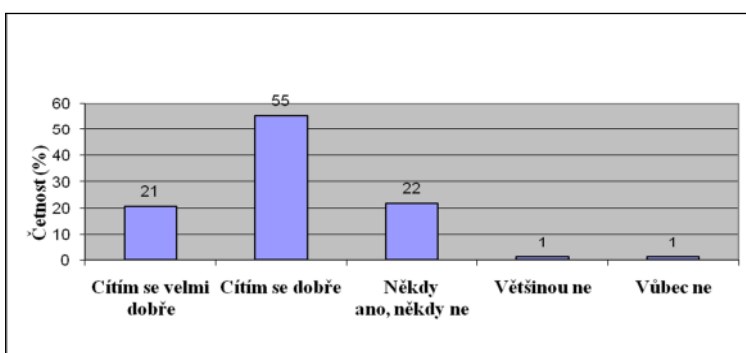
	Duchovní potřeba	Četnost	%
1.	Dobré vztahy s okolím	77	84
2.	Citlivé zacházení, porozumění, dobré slovo	74	80
3.	Láska, blízkost a porozumění rodiny a přátel	82	89
4.	Podpora v tísní, ve změněné situaci	62	67
5.	Četba	55	60
6.	Procházka	51	55
7.	Kultura, hudba, krása	51	55
8.	Odpuštění, napravení, co v životě nebylo v pořádku	48	52

9.	Modlitba, meditace	42	46
10.	Rozhovor s knězem, s řeholní sestrou	37	40
11.	Bohoslužba	45	49
12.	Jiné - dobrá zábava a pěstovat duchovno	1	1

Myslíte si, že jsou vaše duchovní potřeby při pobytu v nemocnici uspokojeny?

Hodnocení respondentů uspokojení jejich duchovních potřeb v nemocnici je vyjádřeno v grafu 2. Velmi dobře se cítí 19 (21 %) respondentů, dobře se cítí 51 (55 %) respondent a 20 (22 %) se někdy cítí dobře a někdy ne. Odpovědi většinou ne a vůbec ne se vyskytly každá u 1 (1 %) respondenta z našeho výzkumného vzorku.

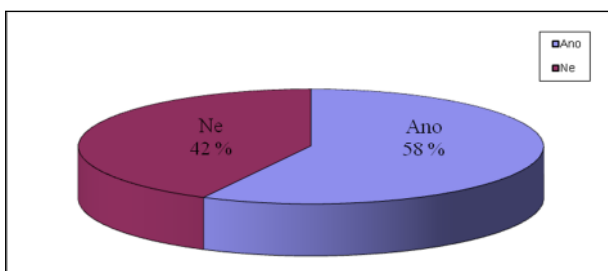
Graf 1 Stav uspokojení duchovních potřeb v nemocnici



Byl/a jste informován/a o možnosti duchovní služby?

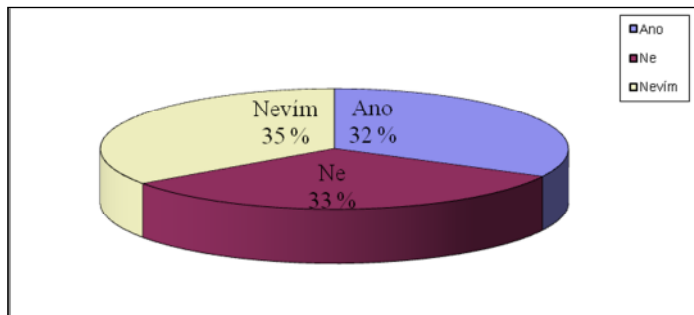
O možnosti duchovní služby byli informováni 53 (58 %) respondenti, což ukazuje graf 2.

Graf 2 Informovanost respondentů o možnosti duchovní služby



Očekáváte od nemocnice, že budete mít možnost setkání s duchovním, účastnit se bohoslužby?

Z průzkumu vyplynulo, že 30 (32 %) respondentů očekává, že nemocnice zprostředkuje setkání s duchovním, konání bohoslužby. Dalších 32 (35 %) neví a 30 (33 %) tuto službu neočekává. Očekávání respondentů pastorační služby v nemocnici vystihuje graf 3.

Graf 3 Očekávání respondentů pastorační služby v nemocnici

Diskuse

Překvapivá většina respondentů (77 %) se považuje za věřící, což neodpovídá oficiálním výsledkům ze sčítání lidu z roku 2001, kdy se k víře hlásilo pouze 32 % obyvatel. Je to možná způsobeno tím, že jsme se dotazovali hospitalizovaných a nemocných lidí.

Při zjišťování duchovních potřeb jsme zjistili, že lidé nejvíce touží po lásce, blízkosti a porozumění rodiny a přátel (89 %), po dobrých vztazích s okolím (84 %), citlivém zacházení, porozumění a dobrém slově (80 %) a podpoře v tísní, ve změněné situaci (67 %). Výsledky potvrzují skutečnost, že pacienti potřebují především dobře fungující mezilidské vztahy.

Při zjišťování spokojenosti respondentů s péčí o jejich duchovní potřeby ze strany personálu, byly výsledky průzkumu v této oblasti překvapivě kladné. Je možné, že respondenti nebyli v této oblasti zcela upřímní, měli strach z neúplné anonymity dotazníků. I když je v úvodu dotazníku ujištění o anonymitě, počítali snad někteří s možností, že do dotazníku přece jen někdo z personálu nahlédne, a proto raději zvolili kladnou odpověď. Pozitivním vysvětlením ale může být, že jsou pacienti opravdu spokojeni s uspokojováním duchovních potřeb.

Závěr

Oslovení pacienti uvádějí poměrně široký výčet svých duchovních potřeb. Z našeho průzkumu lze shrnout, že pacienti nejvíce touží po lásce, blízkosti a porozumění rodiny a přátel; po dobrých vztazích s okolím a citlivém zacházení, porozumění a dobrém slovu. Tento výsledek poukazuje na prioritu dobrých mezilidských vztahů, vlídného přístupu ze strany okolí. Je to výzva pro zdravotnický personál, který s pacienty tráví nejvíce času, aby dbal o trpělivý a přívětivý přístup k pacientům. U značné části pacientů přispívají k duchovní pohodě osobní zájmy: četba; kultura, hudba, krása a procházka. Není proto bez významu, zajímat se zvláště u duševně čilých pacientů o jejich zájmy a posílit také tyto oblasti. Nabídnout jim knihy z knihovny, zajistit poslech CD, doporučit zajímavé televizní programy, případně vybičnout návštěvu k procházce s pacientem, dovoluje-li mu to zdravotní stav.

Nakonec se nemalé procento pacientů přihlásilo k duchovním potřebám. Většina respondentů je spokojena s přístupem a aktivitou sester, nemají negativní zkušenosti. Tyto výsledky poukazují na dobrý personální základ nemocnice. Nemocniční personál by proto měl mít stále na paměti, že člověk má své duchovní potřeby. Měl by proto umět naslouchat i neverbálním projevům svých pacientů a citlivě reagovat na jejich (často nahlas nevyslovená) přání. Zavolat k lůžku kněze, umožnit hospitalizovaným pacientům každodenní kontakt se svými blízkými, předcházet pocitům osamocení a vždy dodávat starým lidem odvalu a naději.

Doporučení pro praxi

Určitě by bylo vhodné, aby se zdravotnický personál více vzdělával v dané problematice a nebál se hovořit na duchovní témata, která jsou (zvláště témata spirituální) v naší sekulární společnosti stále tabuizována.

Mezi upřednostňované duchovní potřeby patří také četba, procházka, kultura, hudba, krása. Proto doporučujeme zdravotnímu personálu, aby se nebál zprostředkovat pacientům na oddělení možnost sledování televize, zapůjčení literatury.

Dále jsme zjistili, že významné procento respondentů upřednostňuje duchovní potřeby. Proto doporučujeme zavést do příjmové anamnézy dotaz i na otázku víry, aby podle možností zdravotnický personál mohl reagovat na duchovní potřeby týkající se víry. Protože na splnění požadavků víry nestačí čas a kompetence zdravotníků, doporučujeme, aby nemocnice zaměstnala alespoň na částečný úvazek pastoračního pracovníka (případně se domluvila s vedením farnosti o jeho vyslání), který by měl možnost věnovat se pravidelně pacientům, kteří tuto službu očekávají.

Velká část respondentů projevila zájem o rozhovor, očekává možnost bohoslužby. Proto navrhuje, aby v rámci možností byl vyčleněn prostor ticha, kde by pacienti měli potřebné soukromí a klid pro meditaci, rozhovor, bohoslužbu nebo pro případné kulturní aktivity ze strany dobrovolníků.

Literatura

- [1] MAJERNÍKOVÁ, Ludmila, a JAKABOVIČOVÁ, Anna. Saturácia spirituálnych potrieb u onkologického pacienta [online]. 2008 [cit. 2011-02-22]. Dostupné na WWW: <<http://referaty.atlas.sk>>.
- [2] O' CONNOR, Margaret, a ARANDA, Sanchia. *Paliativní péče – pro sestry všech oborů*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. 324 s. ISBN 80-247-1295-4.
- [3] OPATRŇÝ, Aleš. *Malá příručka pastorační péče o nemocné*, Pastorační středisko Praha: Praha, 2001.
- [4] OPATRŇÝ, Aleš. Jak zmírnit niterná trápení nemocných? Informace pro zdravotníky o saturování spirituálních potřeb vážně nemocných. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2004. 31 s. ISBN 80-7192-347-8.
- [5] TRACHTOVÁ, Eva, et al. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. 186 s. ISBN 80-7013-324-8.

Satisfaction of Spiritual Needs of Hospitalized Patients

Abstract

This article deals with spiritual needs of hospitalized patients and with their satisfying. The aim was to identify which spiritual needs patients have and to find out how are they satisfied with their satisfying. Our research found out that patients prefer the most needs concerning interpersonal relationships. This is the challenge to healthcare personnel to maintain patient and kind approach to patients. For patients are important also prayers, discussions with priest and worship services. Thus it is suitable to allow religious services in hospitals.

Key words

Spiritual needs, religious care, patient

Kontaktní údaje

Mgr. Lenka Görnerová
Vysoká škola polytechnická Jihlava
Katedra zdravotnických studií
Tolstého 16, 586 01 Jihlava
E-mail: gornero@vspj.cz

Úroveň poznania sestier o legislatívnych zmenách v zdravotníctve a v ošetrovateľstve v Slovenskej republike

Ivica Gulášová¹, Ján Breza ml.², Ján Breza³

¹Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce svätej Alžbety, n.o., Bratislava

²Lekárska fakulta Univerzita Komenského, Bratislava

³Urologická klinika s Centrom pre transplantácie obličiek, FNŠP Kramáre, Bratislava, Lekárska fakulta Univerzita Komenského, Bratislava, SZU Bratislava

Súhrn

Prieskum je zameraný na zistenie úrovne informovanosti sestier pracujúcich na chirurgických klinikách a oddeleniach o ich kompetenciách, na ich vnímanie ošetrovateľskej dokumentácie, zloženie zdravotníckeho tímu, spokojnosť s materiálno-technickým vybavením a na vzájomné vzťahy v zdravotníckom tíme. Podľa odpovedí respondentov sa potvrdil náš predpoklad, že pozitívny vzťah sestier k legislatívnym zmenám v zdravotníctve závisí od úrovne ich informovanosti. Rovnako možno zhodnotiť aj ich vzťah k pracovným povinnostiam, konkrétne k významu správneho vedenia ošetrovateľskej dokumentácie a dodržiavaniu ošetrovateľských štandardov. Profesionálny výkon sestier významne ovplyvňuje aj zloženie zdravotníckeho tímu oddelenia a samozrejme materiálno-technické vybavenie kliniky.

Kľúčové slová

Legislatívne zmeny v zdravotníctve, úroveň informovanosti sestier, zdravotnícka dokumentácia, zdravotnícky tím

Úvod

Súčasná ošetrovateľská prax sa riadi mnohými legislatívnymi a právnymi úpravami a koncepciami. Pre sestry je dôležité, aby ich v plnej miere ovládali, pretože pre sú pre ich profesionálne rozhodnutia a konanie nesmierne dôležité a z tohto aspektu sestry môžu byť volané k zodpovednosti. Kompetencie sestier, vyjadrujúce ich odbornú spôsobilosť je široko koncipovaná formulácia, ktorá vychádza z potrieb súčasnej klinickej - ošetrovateľskej praxe. Sestra preto musí mať osvojené vedomosti, zručnosti a psychosociálne zručnosti potrebné na vykonávanie svojich profesionálnych úloh vyplývajúcich z povolania sestry. V Slovenskej republike kompetencie sestier určuje vyhláška Ministerstva zdravotníctva 364/2005 Z. z.

Sestra pracujúca v chirurgických klinických odboroch je veľmi dôležitou členkou zdravotníckeho tímu. Výsledky jej práce ovplyvňujú aj vnútorné vzťahy medzi jednotlivými členmi zdravotníckeho a ošetrovatel'ského tímu. Sestra je kvalifikovaná pracovníčka, ktorá poskytuje komplexnú ošetrovatel'skú starostlivosť.

V prieskume sme sa zamerali na zistenie úrovne informovanosti sestier pracujúcich na chirurgických klinikách a oddeleniach, o ich kompetenciách, na vnímanie ošetrovatel'skej dokumentácie z pohľadu sestier, zloženie zdravotníckeho tímu, spokojnosť sestier s materiálo-technickým vybavením a na vzájomné vzťahy v zdravotníckom tíme.

Hlavný cieľ: Zistiť úroveň informovanosti sestier z chirurgických kliník a oddelení o Legislatívnych zmenách v zdravotníctve v Slovenskej republike.

Stanovila som si nasledovné ciele:

1. Zistiť, či majú sestry z chirurgických kliník a oddelení v Slovenskej republike záujem o informácie týkajúce sa súčasných legislatívnych zmien v zdravotníctve a v ošetrovatel'stve.
2. Zistiť postoje sestier z chirurgických kliník a oddelení k ošetrovatel'skej dokumentácii.
3. Zistiť, ako sestry z chirurgických kliník a oddelení vnímajú štandardizáciu ošetrovatel'skej starostlivosti.
4. Zistiť, či sestry z chirurgických kliník a oddelení vykonávajú v zdravotníckom tíme činnosti zodpovedajúce ich kvalifikácii.
5. Zistiť úroveň pracovných podmienok sestier z chirurgických kliník a oddelení

Pracovné hypotézy:

H 1. Predpokladáme, že sestry z chirurgických kliník a oddelení budú mať pozitívny vzťah k legislatívnym zmenám ktoré sa týkajú zdravotníckej a ošetrovatel'skej praxi.

H 2. Predpokladáme, že sestry z chirurgických kliník a oddelení, ktoré sú informované, budú mať pozitívny vzťah k ošetrovatel'skej dokumentácii.

H 3. Predpokladáme, že sestry z chirurgických kliník a oddelení, ktoré sú dostatočne informované, budú vnímať ošetrovatel'ské štandardy pozitívne.

H 4. Predpokladáme, že vykonávanie činností sestier z chirurgických kliník a oddelení bude ovplyvňovať zloženie zdravotníckeho tímu kliniky či oddelenia.

H 5. Predpokladáme, že spokojnosť sestier s pracovnými podmienkami, bude závisieť na materiálo-technickom vybavení kliniky či oddelenia a od vzájomných vzťahov v zdravotníckom tíme.

Charakteristika respondentskej vzorky:

Počet: 600 sestier pracujúcich v chirurgických odboroch, na chirurgických klinikách a oddeleniach /náhodný výber, ďalej poslucháčky externého štúdia Ošetrovatel'stvo/.

Miesto prieskumu: Bratislava, Trnava, Trenčín, Považská Bystrica, Púchov.

Časové obdobie prieskumu: január 2009 až december 2010.

Metodika prieskumu

Prieskum prebiehal v nasledujúcich IV. etapách:

I. Etapa: Stanovenie cieľov prieskumu, pracovných hypotéz, výber respondentskej vzorky. **Pilotná štúdia** – v nej použité metódy: pozorovanie a rozhovor.

II. Etapa: Na základe zistení z pilotnej štúdie sme pripravili **dotazník vlastnej konštrukcie**, ktorý sme **verifikovali** na 20% náhodne vybraných respondentov – sestier, ktoré pracujú na chirurgických klinikách. Po drobných úpravách v dotazníkových položkách sme ukončili obsahové a štylistické úpravy v dotazníku a uznali jeho validitu.

III. Etapa: Distribúcia 800 dotazníkov, návratnosť 95%. Z dôvodu nekompletného vyplnenia niektorých dotazníkov sme ostali pri pôvodne stanovenom počte respondentov, jednak aj pre ďalšie výpočty z celého čísla 600 respondentov /mohli sme vychádzať z počtu 638 respondentov po ukončení etapy vyhodnocovania dotazníkov/. Používali sme pri tom pracovnú tabuľku. Z matematických výpočtov sme previedli N,n, % výpočty, pri ktorých sme použili metódu obsahovej analýzy dotazníkových položiek. Na vyjadrenie našich zistení z prieskumu sme použili vyjadrovacie prostriedky štatistiky ako tabuľky a grafy.

IV. Etapa: Vyhodnotenie pracovných hypotéz, diskusia a odporúčenia pre prax.

Výsledky prieskumu

Tabuľka 1 Vek sestier

Odpovede	n	%
do 30 rokov	0	0,00
do 40 rokov	200	33,33
do 50 rokov	200	33,33
51 a viac	200	33,33
N	600	100,00

Zistili sme, že 33,33% sestier pracujúcich na odd. je vo veku do 40 rokov, 33,33% sestier je vo veku do 50 rokov, 33,33% sestier je vo veku 51 a viac rokov.

Pohlavie

Tabuľka 2 Pohlavie

Odpovede	n	%
žena	600	100,00
muž	0	0,00
N	600	100,00

Zistili sme, že z celkového počtu opýtaných sestier je 100% žien. Potvrdilo sa nám, že profesia sestry je dominantne ženským povoláním.

Vzdelanie

Tabuľka 3 Vzdelanie

Odpovede	n	%
Vš. II. stupňa	0	0,00
Vš. I. stupňa	50	8,33
VOV	50	8,33
špecializácia v odbore	300	50,00
úplné SOV	200	33,33
N	600	100,00

Zistili sme, že z celkového počtu opýtaných sestier má 50% špecializáciu v chirurgickom odbore, 33,33% má úplne stredné odborné vzdelanie, 8,33% má bakalárske vzdelanie, 8,33% má vyššie odborné vzdelanie.

Výsledky empirickej analýzy

Položkou 1 sme zisťovali spôsob získavania právnych noriem vzťahujúcich sa k výkonu svojho povolania.

Tabuľka 4 Získavanie právnych noriem vzťahujúcich sa k výkonu povolania

Odpovede	n	%
na pracovisku prostredníctvom seminárov	150	25,00
od vedúcej sestry, námestníčky pre OŠE	100	16,67
internet	0	0,00
odborné periodiká	100	16,67
neviem	0	0,00
viaceré zdroje 2-4	250	41,67
N	600	100,00

Zistili sme, že sestry majú záujem o informácie týkajúce sa právnych noriem svojho povolania. Informácie o zákonoch 41,67% sestier získava z 2-4 zdrojov, 25% informácie získava prostredníctvom seminárov, 16,67% získava informácie na pracovisku od vedúcich sestier a námestníčky pre ošetrovatel'stvo, 16,67% z odborných periodík.

Položkou 2 sme zisťovali názor na potrebu vedomostí o právnych normách vzťahujúcich sa k výkonu sestry na chirurgických klinikách a oddeleniach.

Tabuľka 5 Potreba vedomostí o právnych normách

Odpovede	n	%
je dôležité mať tieto vedomosti	205	41,67
je potrebné poznať iba niektoré právne predpisy	350	58,33
nie je potrebné	0	0,00
neviem posúdiť	0	0,00
N	600	100,00

Zistili sme, že 58,33% sestier uviedlo, že je potrebné poznať iba niektoré právne predpisy, 41,67% sestier pokladalo za dôležité mať vedomosti o právnych normách vzťahujúcich sa k ich profesii.

Položkou 3 sme zisťovali ako sestry vnímajú legislatívne zmeny.

Tabuľka 6 Vzťah sestier k legislatívnym zmenám

Odpovede	n	%
pozitívne	100	16,67
čiastočne pozitívne	450	75,00
negatívne	50	8,33
N	600	100,00

Zistili sme, že 75% sestier vnímalo legislatívne zmeny v ošetrovatelstve čiastočne pozitívne, len 16,67% sestier vnímalo zmeny pozitívne a až 8,33% sestier pokladalo zmeny za negatívne.

Položkou 4 sme zisťovali dostatok informácií o vedení ošetrovateľskej dokumentácie.

Tabuľka 7 Dostatok informácií o vedení ošetrovateľskej dokumentácie

Odpovede	n	%
áno	450	75,00
nie	50	8,33
neviem	100	16,67
N	600	100,00

Zistili sme, že 75% sestier malo dostatočné informácie o vedení ošetrovateľskej dokumentácie, 16,67% sestier sa nevedelo vyjadriť, 8,33% si myslelo, že nemá dostatok informácií

Položkou 5 sme zisťovali dopad legislatívnych zmien v zdravotníctve na ošetrovatelstvo.

Tabuľka 8 Dopad legislatívnych zmien v ošetrovatel'stve

Odpovede	n	%
pozitívne	50	8,33
čiastočne pozitívne	300	50,00
negatívne	250	41,67
neviem posúdiť	0	0,00
N	600	100,00

Zistili sme, že 50% sestier vníma legislatívne zmeny v ošetrovatel'stve iba čiastočne pozitívne, až 41,67% sestier vníma zmeny negatívne a len 8,33% sestier vníma zmeny pozitívne.

Položkou 6 sme zisťovali úroveň, respektíve dostatok či nedostatok času sestier na ošetrovatel'skú dokumentáciu.

Tabuľka 9 Dostatok času sestier na ošetrovatel'skú dokumentáciu

Odpovede	n	%
áno	0	0,00
nie	150	25,00
podľa aktuálneho stavu pacienta	150	25,00
privítali by sme sestru manažérku	300	50,00
N	600	100,00

Zistili sme, že 50% sestier by privítalo sestru manažérku ošetrovatel'skej starostlivosti, 25,0% sestier uviedlo, že má dostatok času na ošetrovatel'skú dokumentáciu podľa aktuálneho stavu pacienta, 25,0% sestier uviedlo, že nemá dostatok času na ošetrovatel'skú dokumentáciu.

Položkou 7 sme zisťovali vedenie ošetrovatel'skej dokumentácie.

Tabuľka 10 Vedenie ošetrovatel'skej dokumentácie

Odpovede	N	%
využívame počítač	0	0,00
píšeme individuálne	0	0,00
tlačivá, ktoré vypisujeme	600	100,00
N	600	100,00

Zistili sme, že 100% sestier pri vedení ošetrovatel'skej dokumentácie používa štandardné tlačivá, ktoré vypisuje.

Položkou 8 sme zisťovali úroveň informovanosti sestier o ošetrovatel'ských štandardoch.

Tabuľka 11 Informovanosť sestier o ošetrovateľských štandardoch

Odpovede	n	%
áno	600	100,00
nie	0	0,00
neviem posúdiť	0	0,00
N	600	100,00

Zistili sme, že 100% sestier má dostatok informácií o ošetrovateľských štandardoch.

Položkou 9 sme zisťovali, či ošetrovateľské štandardy sú prínosné pre prácu sestry.

Tabuľka 12 Ošetrovateľské štandardy prínos pre prácu sestry

Odpovede	n	%
áno	350	58,33
nie	150	25,00
neviem posúdiť	100	16,67
N	600	100,00

Zistili sme, že 58,33% sestier pokladá štandardy ošetrovateľskej starostlivosti za prínosné a potrebné pre kvalitnú ošetrovateľskú starostlivosť, až 25,0% sestier uviedlo, že ošetrovateľské štandardy nepokladá za prínosné pre prácu sestry a 16,67% sa nevie vyjadriť.

Položkou 10 sme zisťovali používanie centrálnych/lokálnych ošetrovateľských štandardov.

Tabuľka 13 Používanie centrálnych/lokálnych ošetrovateľských štandardov

Odpovede	N	%
áno	600	100,00
nie	0	0,00
neviem	0	0,00
N	600	100,00

Zistili sme, že až 100% sestier pri svojej práci používa lokálne/centrálne ošetrovateľské štandardy.

Položkou 11 sme zisťovali kto vypracováva ošetrovateľské štandardy na klinike/oddelení.

Tabuľka 14 Vypracovanie ošetrovateľských štandardov

Odpovede	n	%
sestry pri lôžku	0	0,00
vedúca sestra	0	0,00
manažérka OŠE	600	100,00
N	600	100,00

Zistili sme, že v plnom rozsahu, teda 100% ošetrovatel'ských štandardov vypracovali manažérky ošetrovatel'stva z konkrétnych kliník či oddelení.

Položkou 12 sme zisťovali možnosti sestier mať k dispozícii pri práci spoluprácu so zdravotníckym asistentom.

Tabuľka 15 Zdravotnícky asistent člen zdravotníckeho tímu

Odpovede	n	%
áno	0	0,00
nie	0	0,00
niekedy	600	100,00
N	600	100,00

Zistili sme, že celý základný súbor sestier, teda 100,0% sestier má k dispozícii zdravotníckeho asistenta len niekedy.

Položkou 13 sme zisťovali možnosť sestier mať k dispozícii sanitára (sanitárku), respektíve ošetrovatel'a.

Tabuľka 16 Sanitár (sanitárka), ošetrovatel' člen zdravotníckeho tímu

Odpovede	n	%
áno	0	0,00
nie	0	0,00
niekedy	600	100,00
N	600	100,00

Zistili sme, že 100% sestier má k dispozícii sanitára (sanitárku), ošetrovatel'a len niekedy v zdravotníckom tíme.

Položkou 14 sme zisťovali, či si sestry myslia, že v rámci svojej práce na oddelení vykonávajú aj prácu, ktorá nezodpovedá ich kvalifikácii.

Tabuľka 17 Vykonávanie práce sestier, ktorá nezodpovedá ich kvalifikácii

Odpovede	n	%
áno	350	58,33
nie	250	41,67
niekedy	0	0,00
N	600	100,00

Zistili sme, že až 58,33% sestier v zdravotníckom tíme si myslelo, že vykonáva aj takú prácu, ktorá nezodpovedá ich kvalifikácii, 41,67% sestier si myslelo, že nevykonáva prácu, ktorá by nezodpovedala ich kvalifikácii.

Položkou 15 sme zisťovali spokojnosť sestier s pracovnými podmienkami.

Tabuľka 18 Spokojnosť sestier s pracovnými podmienkami

Odpovede	n	%
áno	400	66,67
nie	200	33,33
neviem	0	0,00
N	600	100,00

Zistili sme, že 66,67% sestier bolo spokojných s pracovnými podmienkami, ale až 33,33% sestier nebolo spokojných s pracovnými podmienkami.

Položkou 16 sme zisťovali vzťahy medzi lekármi a sestrami, sestrami navzájom a pomocným personálom v zdravotníckom tíme.

Tabuľka 19 Vzťahy v zdravotníckom tíme

Odpovede	N	%
veľmi dobré	0	0,00
primerané	550	91,67
nevyhovujúce	50	8,33
N	600	100,00

Zistili sme, že až 91,67% sestier pokladá vzťahy medzi lekármi a sestrami, sestrami navzájom a pomocným zdravotníckym personálom za primerané, ale 8,33% sestier pokladá vzťahy medzi lekármi a sestrami, sestrami navzájom a pomocným zdravotníckym personálom za nevyhovujúce.

Položkou 17 sme zisťovali, či sú sestry nútené pri svojej práci k improvizácii pre nedostatok zdravotníckeho materiálu a zdravotníckych pomôcok.

Tabuľka 20 Improvizácia pre nedostatok zdravotníckeho materiálu a pomôcok.

Odpovede	N	%
áno	0	0,00
nie	200	33,33
občas	400	66,67
N	600	100,00

Zistili sme, že 66,67% sestier je občas nútených k improvizácii zdravotníckeho materiálu a pomôcok, 33,33% sestier odpovedalo, že nie sú nútené k improvizácii.

Položkou 18 sme zisťovali, či sú sestry rovnocennými partnermi v zdravotníckom tíme.

Tabuľka 21 Sestry sú rovnocennými partnermi v zdravotníckom tíme?

Odpovede	n	%
áno	350	58,33
nie	100	16,67
neviem sa vyjadriť	150	25,00
N	600	100,00

Zistili sme, že 58,33% sestier si myslelo, že sú rovnocennými partnermi v zdravotníckom tíme, 25,0% sestier sa nevedelo vyjadriť, 16,67% si myslelo, že nie sú rovnocennými partnermi v zdravotníckom tíme.

Položkou 19 sme zisťovali dĺžku praxe sestier na oddelení.

Tabuľka 22 Dĺžka praxe sestier na oddelení

Odpovede	n	%
do 5 rokov	0	0,00
5 a viac rokov	0	0,00
10 a viac rokov	50	8,33
15 a viac rokov	150	25,00
20 a viac rokov	100	16,67
25 a viac rokov	300	50,00
N	600	100,00

Zistili sme, že 50,0% sestier pracuje na oddelení 25 a viac rokov, 25,0% sestier pracuje na oddelení 15 a viac rokov, 16,67% sestier pracuje na oddelení 20 a viac rokov, 8,33% sestier pracuje na oddelení 10 a viac rokov.

Položkou 20 sme zisťovali, či sestry pracovali aj na inej klinike či inom oddelení.

Tabuľka 23 Práca sestier aj na inej klinike či inom oddelení

Odpovede	n	%
aj na inom oddelení	300	50,00
na viacerých oddeleniach	0	0,00
len na chirurgickom	300	50,00
N	600	100,00

Zistili sme, 50,0% sestier pracuje len na chirurgickej klinike či chirurgickom oddelení, 50,0% sestier pracovalo aj na inom oddelení.

Verifikácia pracovných hypotéz:

Norma pre potvrdenie hypotézy je viac ako 50%.

V pracovnej hypotéze 1 sme predpokladali, že pozitívny vzťah sestier týkajúci sa legislatívnych zmien závisí od úrovne ich informovanosti. Vychádzame z odpovedí

na dotazníkové položky 1, 2, 3. Nakoľko počet dostačujúcich odpovedí všetkých položiek prevyšuje normu, môžeme konštatovať, že **pracovná hypotéza 1 sa potvrdila**.

V pracovnej hypotéze 2 sme predpokladali, že sestry ktoré sú informované, majú pozitívny vzťah k ošetrovateľskej dokumentácii. Vychádzame z odpovedí na dotazníkové položky 4, 5, 6, 7. Nakoľko počet dostačujúcich odpovedí všetkých položiek prevyšuje normu, môžeme konštatovať, že **pracovná hypotéza 2 sa potvrdila**.

V pracovnej hypotéze 3 sme predpokladali, že sestry, ktoré sú dostatočne informované, vnímajú ošetrovateľské štandardy pozitívne. Vychádzame z odpovedí na dotazníkové položky 8, 9, 10, 11. Nakoľko počet dostačujúcich odpovedí všetkých položiek prevyšuje normu, môžeme konštatovať, že **pracovná hypotéza 3 sa potvrdila**.

V pracovnej hypotéze 4 sme predpokladali, že vykonávanie činností sestier ovplyvňuje zloženie zdravotníckeho tímu oddelenia. Vychádzame z odpovedí na dotazníkové položky 12, 13, 14. Nakoľko počet dostačujúcich odpovedí všetkých položiek prevyšuje normu, môžeme konštatovať, že **pracovná hypotéza 4 sa potvrdila**.

V pracovnej hypotéze 5 sme predpokladali, že spokojnosť sestier s pracovnými podmienkami, závisí na materiálno-technickom vybavení kliniky, či oddelenia a vzťahoch v zdravotníckom tíme. Vychádzame z odpovedí na dotazníkové položky 15, 16, 17, 18. Nakoľko počet dostačujúcich odpovedí všetkých položiek prevyšuje normu, môžeme konštatovať, že **pracovná hypotéza 5 sa potvrdila**.

Odporúčania pre prax:

- zvýšiť právne vedomie sestier na chirurgických klinikách a oddeleniach,
- podporovať a motivovať sestry k prijímaniu zmien,
- začleniť „dokumentačné“ sestry ošetrovateľskej starostlivosti do zdravotníckeho tímu,
- zabrániť zneužívaniu sestier na výkon činností, ktoré patria do kompetencií iných zdravotníckych pracovníkov,
- podporovať autonómnosť sestier, aby si sestry uvedomili, že sú rovnocennými partnermi v zdravotníckom tíme,
- utvrdiť sestry, že každá sestra je manažérka svojej a súčasne i tímovej ošetrovateľskej starostlivosti a tak významne zasahuje do koordinácie činnosti celého zdravotníckeho a ošetrovateľského tímu.

The Level of the Knowledge of Nurses about Legislative Changes in Health and Nursing Service in the Slovak Republic

Summary

The survey is focused on the quality of awareness of the nurses working at the surgical clinics and their departments about their competences, their perception of nursing documentation, the structure of medical team, the satisfaction with material-technical facilities, and on mutual relations in a medical team.

According to the answers of the respondents, our assumption that the positive relation of the nurses to the legislative changes in health service depends on the quality of their awareness, has been confirmed.

Their relation to working duties, specifically the importance of correct management of nursing documentation and the observation of nursing standards, may be assessed in the same way.

The professional performance of the nurses significantly influences also the structure of the medical team of a department, and of course material-technical facilities of a clinic.

Key words

legislative changes in health service, the quality of awareness of the nurses, nursing documentation, medical team

Kontaktné údaje

Prof. PhDr. Ivica Gulášová, PhD.
Narcisová 40
821 01 Bratislava

Starší človek a rodina na prahu 21. storočia

Ingrid Juhásová, Ľubica Ilievová

Katedra ošetrovateľstva, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce,
Trnavská univerzita v Trnave, SR

Abstrakt

Predĺženie ľudského života a vzájomné spolužitie všetkých vekových skupín v spoločnosti a v rodine dáva nové možnosti osobného rastu staršieho človeka. Príspevok sa venuje analýze rodiny v súvislosti so starším človekom na prahu 21. storočia. Vo výskume bol použitý dotazník vlastnej konštrukcie, ktorý tvorilo niekoľko oblastí. Jedna z nich bola zameraná na zistenie názoru sestier na možnosti prevencie násilia páchaného v období staroby. Výsledky boli spracované prostredníctvom programu MS Excel 2007. Na overenie hypotéz boli použité metódy induktívnej a deskriptívnej štatistiky. Jedným zo zistení bolo, že rodina z pohľadu sestier má dôležitý význam v eliminovaní a prevencii násilia páchaného na tejto vekovej kategórii.

Kľúčové slová

Starší človek, rodina, sestry, násilie, prevencia

Úvod

Problémy starnutia a staroby nadobúdajú na začiatku 3. milénia špecifický charakter a význam. Etapa starnutia a staroby je rovnako dôležitá ako každá iná etapa ľudského života a zaslúži si rovnaký dôraz na jej rozvoji.

Vychádzajúc z psychosociálneho pohľadu Erika Eriksona na vývoj človeka od jeho narodenia až po smrť, môžeme registrovať osem vývojových etáp, ktoré neskôr doplnil o fázu deviatu, a tak dokončil cyklus staroby. Každá etapa má jednu prioritnú potrebu, ktorú by mal človek uspokojiť. Podľa spôsobu jej naplnenia sa rozvíjajú pozitívne a negatívne základné postoje človeka vo vzťahu k sebe a svojmu okoliu v priebehu celého života. Každú z fáz je dôležité prežiť a spracovať, aby sme vo svojom vývoji postúpili ďalej. Ak sa tak nestane, vedie to ku kontraverzným postojom pri riešení každodenných situácií. Ôsma fáza, fáza zrelej dospelosti od 60 rokov až po smrť, človek zvyčajne rekapituluje svoj život, hľadá sebauspokojenie nad dosiahnutými schopnosťami. Erikson hovorí o dosiahnutí integrity svojho ja – múdro sa vyrovnáť aj so svojou nedokonalosťou. Dokázať chápať súvislosti minulosti a prítomnosti. Obhájiť si svoj spôsob života, ktorý som si zvolil, a dokázať ho zhodnotiť, byť spokojný sám so sebou. To môže len ten, kto si uvedomí, že je pokračovateľom života svojich predkov, a myslí na život svojich potomkov. Verí vo svoje možnosti a schopnosti byť pre spoločnosť niečím užitočný. Deviatu fázu je typická tým, že vo vyššom veku človeku chýba istota mladosti. Jeho vlastná staroba mu dáva

poznať zníženie vlastných poznávacích zmyslov. Súčasne má jedinec obmedzené a limitované výhľady do budúcnosti, ktoré nachádza v potrebe vzájomného ľudského spolužitia a v potrebe spójitosti s okolitým svetom, mať schopnosť držať po hromade. Staroba nie je koniec života, až smrť prináša koniec života. Predĺženie ľudského života a vzájomné spolužitie všetkých vekových skupín v spoločnosti dáva priestor k vytvoreniu nového modelu osobného rastu, kde nebudú vytvárané hranice medzi mladosťou, dospelosťou a starobou, kde bude ľudský život chápaný ako jeden nepretržitý celok od narodenia až po smrť (Kleťetová, Dlabalová, 2008, s. 11-26).

V súčasnosti je populácia seniorov na Slovensku zastúpená asi 14 %, ale náklady v zdravotníctve na túto skupinu populácie dosahujú takmer 40 % (Németh et al., 2009, s. 15).

Spoločnosť má záujem mať starších ľudí nezávislých, schopných aktívne fungovať a obohacovať spoločnosť. A však nie všetkým je táto schopnosť daná, a tak je niekedy starší človek prehlíadaný, odsunovaný, nie je mu prejavovaná úcta a rešpekt. Mnohí zo starších ľudí sú odkázaní a závislí od starostlivosti svojich blízkych, svojej rodiny, ktorá ju v mnohých prípadoch odmieta poskytovať a presúva ju na zdravotné a sociálne inštitúcie.

Starší človek by mal byť súčasťou spoločnosti a zároveň vlastnej rodiny. V súčasnosti sa záujem o rodinu ako základnú bunku spoločnosti zvyšuje a skúma sa jej vplyv na zdravie, budovanie hodnôt a produktivitu jednotlivých jej členov.

V najširšom zmysle môžeme rodinu chápať ako priesečník vzťahov jej členov s najrôznejšími komponentmi prostredia blízkeho či vzdialeného, prírodného a hlavne spoločenského. V jednom zo svojich hlavných poslání poskytuje rodina svojmu členovi starostlivosť a ochranu, a to obzvlášť v období, keď nie je schopný sa o seba postarať. Umožňuje mu telesnú, duchovnú existenciu a rozvoj, dáva mu pocit istoty a bezpečia, pocit domova v kruhu svojich najbližších (Jarošová, 2007, s. 49). Rodina je zdrojom sily, pevných koreňov, útočiskom a miestom omladzovania spoločnosti. Je to malá sieť, kde všetci komunikujú a spolupracujú, majú svoje roly a zodpovednosť, svoj podiel na spoločnom ciele: ochrane a harmonickom rozvoji svojich členov. Prostredníctvom spoločných životných skúseností sa jednotliví členovia učia aktívne prispievať k dielu celej spoločnosti (Kozierová, Erbová, Olivierová, 1995, s. 684).

Ani jedna rodina nežije v izolácii, každá nepretržite vstupuje do interakcie s väčšími sociálnymi inštitúciami. So zmenou spoločnosti sa mení aj štruktúra a funkcie rodinnej jednotky. Keď sa menia ekonomické, politické a náboženské podmienky, mení sa aj usporiadanie rodín, ktoré ich podporujú. Tradične mali rodinné hodnoty a roly tendenciu k fixácii a trvalosti, v dynamickej, netradičnej spoločnosti sa ustavične menia. V západnej spoločnosti dnes nejestvuje nijaký uniformný vzorec rodinného života. V 20. storočí sa vyvinula zmes vzorcov, do ktorej patria nerozpadnuté rozšírené rodiny s jadrom, rodiny s jedným rodičom (single rodičovstvo), pestúnske rodiny, manželské a nemanželské páry, ktoré môžu byť heterosexuálne alebo homosexuálne, ale sa pokladajú za autentické rodinné jednotky. Tieto veľké zmeny, ktoré nastali v rodinnom živote, možno vysvetliť viacerými spôsobmi. Pozoruhodný vplyv na rodinný život mal napríklad rozvoj ženského hnutia, spoľahlivej antikoncepcie,

liberálnych rozvodových zákonov, geografické a ekonomické presuny a iné spoločenské trendy (Janosiková, Daviesová, 1999, s. 395).

Fungujúca rodina musí mať možnosť rozhodovať sama o sebe a nie byť sama za seba zodpovednosť. Sú značné rozdiely ako tento proces prebieha v rôznych národných kultúrach. V Amerike a niektorých západných európskych krajinách dochádza k hospodárskej a teritoriálnej separácii mladých rodín. Ale napríklad v Čechách a v Taliansku sa udržiavajú niektoré tradície veľkých rodín doby patriarchálnej. Pre generačné spolužitie hovoria dôvody výchovné a etické. Úcta k starobe je jedným zo základných etických humanitných požiadaviek. Transgeneračné vzťahy sú obohacované životom detí a prarodičov. Generačné spolužitie môže riešiť problém opustenosti starých ľudí. Nezanedbateľná je aj možnosť jednotnej spolupráce pri výchove potomkov. Bezprostredné každodenné generačné spolužitie sa neosvedčuje, je ťažké zabrániť generačným stretom, ktoré etické pozitíva spolužitia znehodnocujú. Spolužitie rôznych generácií možno charakterizovať v celej škále – od ideálneho, cez pozitívne až po negatívne (Klevetová, Dlabalová, 2008, s. 81).

Rodina musí spĺňať rad predpokladov pre dobrú starostlivosť o nesebestačného člena, najpodstatnejšie z nich sú tieto:

- môcť vykonávať starostlivosť – mať podmienky fyzické, sociálne, psychické, bytové, časové, finančné a podobne,
- chcieť vykonávať starostlivosť – mať dobrú vôľu, snažiť sa hľadať možnosti a riešenia v danej situácii za účasti všetkých členov rodiny,
- vedieť vykonávať starostlivosť – vedieť, ako pomôcť, poznať rozsah poskytovanej pomoci (Klevetová, Dlabalová, 2008, s. 82).

Objavuje sa nový termín **ageizmus**, diskriminácia na základe veku. Súčasne zahrňuje negatívne predstavy o starobe. Martinková, Lajdová (2010, s. 161), uvádzajú ako zdroje ageizmu demografiu (populácia starne, seniorov pribúda), vekové a štruktúrne nesúlady (aktivity vzhľadom k veku), vekový generačný konflikt (nezhody v hodnotách, vlastníctve na základe veku), veková segregácia (oddelenie vekových skupín v spoločnosti), historická zmena statusu staroby (nízky sociálny status seniorov), nevhodná paradigma staroby (negatívny obraz staroby v spoločnosti), jazyk, média, kultúra (nevhodné pomenovanie seniorov). Veľmi významným prostriedkom zmierňujúcim prejavy ageizmu je správna komunikácia. Otrubová (2011) upozorňuje, že jedným z východísk pre realizáciu a fungovanie všetkých medziludských vzťahov je komunikácia. Botíková (2009, s. 84) definuje profesionálnu komunikáciu sestry ako komplexnú náročnú zručnosť, ktorá si vyžaduje zvládnutie vonkajších a vnútorných podmienok.

Od začiatku 70. rokov 20. storočia, (Isaacs 1972, Burston, 1975), tj. asi o 10 rokov kratšie obdobie a rádovo v menšom rozsahu než problematike týraných detí sa venuje pozornosť problematike EAN (elder abuse and neglect). V ČR a SR sa záujem o problematiku objavil s oneskorením asi 20 rokov (Litomerický, 1993, Vojtěchovský, 1994) (In Kalvach, 2008, s. 249). Z hľadiska rizika zneužívania, týrania a zanedbávania rizikových starých ľudí rozdeľuje Koval (2001, s. 142) do dvoch skupín (Tabuľka 1).

Tabuľka 1 Rizikovní geronti (Koval, 2001, s. 142)

Rizikovní geronti z hľadiska násilia	
Skupina zdravotná	Skupina sociálno-ekonomická
Psychicky chorí Dementní Somaticky chorí Zmyslovo postihnutí Pohybovo postihnutí Imobilní Zomierajúci	Invalidní Osamelo žijúci starí ľudia Majetní starí ľudia (bohatí) Nemajetní starí ľudia (chudobní) Spolubývajúci starí rodičia vo viacgeneračnej rodine Inštitucionalizovaní starí ľudia

Obe skupiny spolu vytvárajú veľkú skupinu rizikových gerontov z hľadiska úmyselného ubližovania a zlého zaobchádzania spôsobovaného často ich blízkymi – hlavne deťmi, ale aj ošetrovateľmi, opatrovateľmi a byrokratmi. Čižmáriková (2003, s. 19), uvádza, že najviac trpia jedinci, ktorí nemajú dostatok energie a vedomostí na to, aby sa dokázali brániť. Týka sa to prevažne starých ľudí, ktorí sú v zlom zdravotnom stave a sú odkázaní na pomoc iných, ďalej tých, ktorí žijú spolu s deťmi v jednej domácnosti v nevyhovujúcich podmienkach, osôb s nižším vzdelaním, sociálne odkázaných a psychicky chorých starých ľudí.

Materiál a metódy výskumu

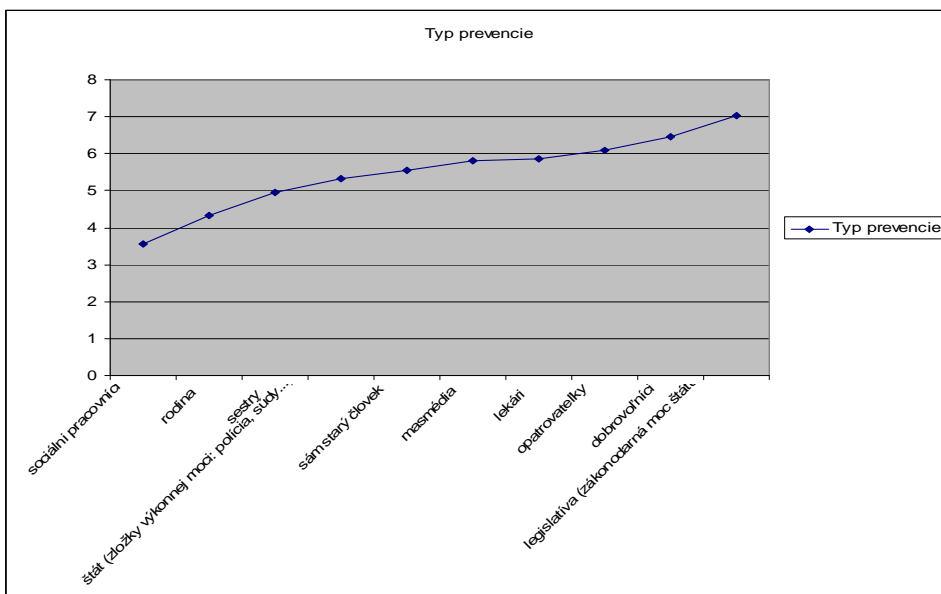
Výskum zameraný na problematiku násilia páchaného na starších ľuďoch bol realizovaný v období január až máj 2009 metódou dotazníka vlastnej konštrukcie vo vybraných zdravotníckych zariadeniach. Dotazník pozostával z demografických údajov (pracovisko, vek, počet rokov ošetrovateľskej praxe, najvyššie dosiahnuté vzdelanie) a 18 položiek (otvorené, polouzavreté, uzavreté), ktoré mali charakter viazaných odpovedí. Získané údaje boli štatisticky spracované (test významnosti rozdielov odpovedí, faktorová analýza a test rozloženia). Základný – skupinový súbor tvorilo 203 sestier pracujúcich pri lôžku pacienta vybraných pracovísk.

Výsledky

Možnosti prevencie v oblasti násilia páchaného na staršom človeku, boli zisťované prostredníctvom názoru sestier. Pri vyhodnotení hladiny významnosti rozdielov jednotlivých odpovedí od náhodného rozdelenia sme použili chí-kvadrát test. Podľa priemerných hodnôt sme zostavili poradie prevencie násilia páchanom na staršom človeku (graf 1). T-testom sme skúmali rozdiel priemerných hodnôt vo všetkých kombináciách prevencie. Najúčinnjším spôsobom prevencie sa sestrám javia sociálni pracovníci a to na hladine významnosti 1 %. Druhá v poradí – rodina, zaujíma svoje poradie voči sestrám s hladinou významnosti 5 %. To znamená, že poradie na prvých dvoch miestach je jednoznačné. V ďalšom poradí už rozdiely v priemeroch nie sú dostatočné pre niektorú z hladín významnosti. Až na poslednom mieste sa umiestňuje legislatíva s priemerom, ktorý ju radí na posledné miesto s hladinou významnosti 5 %. Pritom sestry číslom 1 (teda ako najdôležitejšiu) označovali najviac rodinu, následne

sestry a sociálni pracovníci sú v početnosti tohto označenia až na piatom mieste. Toto rozdelenie dôležitosti nie je rovnomerné podľa chí-kvadrát testu pri hladine významnosti 1 %. Taktiež rozdelenie na prvých piatich miestach nie je rovnomerné pri hladine významnosti 1 %. Môžeme tvrdiť, že **rodina je v pohľade prevencie dôležitejšia** ako samotní sociálni pracovníci. Aj keď sestry v prevencii násilia páchaného na starších ľuďoch považujú za najdôležitejšiu rodinu a sociálnych pracovníkov radia až na piate miesto, pri zohľadnení celkového poradia prevencie u sestier, sa sociálni pracovníci naopak radia jednoznačne pred všetky ostatné druhy prevencie.

Graf 1 Typy prevencie z pohľadu sestier (priemer odpovedí)



Sociálnych pracovníkov sestry najviac zaradovali ako druhých, tretích a štvrtých v poradí, a to tak, že v priemernej hodnote dosiahli najvyššie postavenie zo všetkých druhov prevencie. Tento rozdiel sa dá len veľmi ťažko vysvetliť. Je zrejme kombináciou viacerých faktorov. Pravdepodobne je pozícia sociálnych pracovníkov v prevencii vo všeobecnosti silne zafixovaná v názoroch respondentov, niečo ako nevidená a nevnímaná samozrejmosť. Preto jej potom možno vo vedomí neprípisujú až takú dôležitosť, ako napríklad rodine. Svoju úlohu pravdepodobne zohral aj rozsah otázky. Dá sa predpokladať, že väčšina sestier má v otázke jasno v menšom počte možností, majú svoj postoj približne k pár najdôležitejším typom a prípadne k pár najmenej dôležitým typom prevencie. Odpovede medzi nimi sú potom viac-menej náhodne zadané podľa subjektívnej situácie respondenta v momente vyplňania dotazníka. O tejto možnosti jemne svedčia aj výsledky t-testu pri stanovení rozdielov medzi priermi odpovedí, kde je jasné poradie práve na prvých dvoch miestach a na mieste poslednom.

V tabuľke 2 sú zobrazené počty odpovedí označujúce najohrozenejšiu skupinu starších ľudí. Pre odpovede všetkých sestier platí, že rozloženie nie je rovnomerné pri hladine

významnosti 1 %. Najohrozenejšie sú skupiny uvedené pod bodom 2) a 4), teda ženy (vdovy) žijúce osamote a starší ľudia žijúci s rodinnými príslušníkmi.

Tabuľka 2 Najohrozenejšia skupina starších ľudí podľa názoru sestier

Najohrozenejšie skupiny – názor sestier	Spolu	do 35 rokov	nad 35 rokov
1.....starší ľudia v zdravotníckom zariadení (oddelenia, ...)	4	3	1
2).....ženy (vdovy) žijúce osamote	82	29	53
3).....starší ľudia žijúci v sociálnom zariadení (domov dôchodcov, penzión, ...)	34	19	15
4)starší ľudia žijúci s rodinnými príslušníkmi	68	45	23
5).....starší ľudia v súkromnom sociálnom zariadení	15	5	10

Pri odpovediach sestier vo veku nad 35 rokov taktiež platí na hladine významnosti 1 %, že rozloženie nie je rovnomerné. Zároveň tu platí na hladine významnosti 1 %, že najohrozenejšou skupinou je skupina pod číslom 2), teda ženy (vdovy) žijúce osamote. Pri tejto skupine potom už nie sú významnejšie rozdiely v ďalších odpovediach, takže o ohrození skupín pod číslami 3) 4) a 5) platí, že sú pravdepodobne ohrozené rovnomerne. Sestry sa vyjadrili, že najmenej ohrozenou skupinou sú starší ľudia v zdravotníckom zariadení. Môže to byť spôsobené samotným faktom, že sestry sú pracovníci týchto zariadení a ich odpovede nemusia byť preto presné. Nedomnievame sa však, že v tomto prípade došlo k skresleniu. Skôr predpokladáme, že táto skupina je skutočne najmenej ohrozená, hlavne z toho dôvodu, že pobyt starších ľudí v zdravotníckych zariadeniach nemá charakter ich pobytu v sociálnom zariadení. Zaujímavým sa javí porovnanie odpovedí 3) a 5), teda ohrozenosti v sociálnych zariadeniach. Zatiaľ čo pre sestry nad 35 rokov nie je rozdiel významný, pre všetkých sestry platí na hladine významnosti 5 %, že starší ľudia v štátnom sociálnom zariadení sú ohrozenejší, ako starší ľudia v súkromnom sociálnom zariadení.

Diskusia a záver

Seniorská generácia svojimi aktivitami a prístupom má prispieť k zmene vnímania procesu starnutia a staroby. Je treba im poskytnúť dostatočný priestor a podmienky k aktívnej účasti na spoločenskom a politickom živote v štáte. Zároveň sa sami musia snažiť využiť možnosti, ktoré im spoločnosť ponúka. Znamená to ich zodpovedný a aktívny prístup k vlastnému životu, starostlivosť o zdravie, účasť na spoločenských, kultúrnych a dobrovoľných aktivitách. Pre súčasného staršieho človeka mala a má význam rodina a bezpečné rodinné zázemie (Klevetová, Dlabalová, 2008, s. 82). Na základe analýzy a výsledkov výskumu môžeme vyvodit', že najdôležitejším prvkom, pomáhajúcim človeku vyrovnat' sa so zmenami, ktoré starnutie prináša, je rodina. Domáce prostredie, každodenný styk s najbližšími má nenahraditeľnú úlohu

v emocionálnej a psychologickej rovine staršieho človeka v čase, keď jeho zdravie slabne, zužujú sa sociálne kontakty a narastá závislosť od pomoci (Simočková, 2005, s. 19). Odporúčame vychádzať z modelu rodiny, v ktorej má svoje miesto aj starší človek. Ten zo svojou múdrosťou a skúsenosťami obohacuje každého jedného člena. Nie je jednoduché mať pozitívne medzigeneračné vzťahy, ale neustále je treba na nich pracovať. Najčastejšie sú to kompromisy na oboch stranách, ktorým predchádza otvorená, efektívna komunikácia. Rodičia by mali byť vzorom pre svoje deti v správaní sa k staršiemu človeku, až potom nasledujú inštitúcie a ich výchovno-vzdelávací proces.

„Nepripravenosť niest' bremeno staroby rodiča pramení často zo zlej, najmä citovej výchovy. Zle vypestovaný hodnotový systém u detí pôsobí ako bumerang pre rodičov dožívajúcich sa vyššieho veku. Dcéra či syn sa vďaka svojim charakterovým /ne/ kvalitám prejavuje ako slaboch, pomáha si agresivitou. Túžba po zlepšení ekonomickej situácie v rodine potomka, má za následok využívanie aj tých celkom chudobných zdrojov rodiča a jeho zbedačovanie“ (Koval, 2001, s. 141). Eliminovať problém násilia odporúčame prostredníctvom vypestovania uceleného hodnotového systému jedincov v rámci citovej výchovy, zdravotnej výchovy, výchovy k manželstvu, ale aj výchovy postojov k staršej generácii. Diatka (2005, s. 57) konštatuje, že dôsledky nášho správania neurčujú fyzikálne, chemické, alebo biologické javy podmieňujúce našu existenciu, ale hodnoty, ktoré pre každého z nás tieto javy nadobúdajú vďaka svojim funkciám, ktoré pravda závisia aj od nás.

Sestry musia byť pripravené zasiahnuť na úrovni individuálnej – obetí násilia, úrovni rodiny, alebo komunity na základe ich kompetencií a odbornej úrovne. Je potrebné im umožniť, získať, doplniť odborné vedomosti a praktické zručnosti pri posudzovaní a riešení problematiky násilia formou školení, seminárov, kurzov a ich kontinuálneho vzdelávania. V rámci pregraduálneho štúdia ošetrovateľstva odporúčame venovať zvýšenú pozornosť problematike zneužívania a zanedbávania starších ľudí, nadviazať na medzipredmetové vzťahy napr. komunitné ošetrovateľstvo, geriatrické ošetrovateľstvo, psychiatrické ošetrovateľstvo a ošetrovateľstvo v primárnej starostlivosti.

Literatúra

- [1] BOTÍKOVÁ, A. 2009. *Manuál pre mentorky v ošetrovatel'stve*. 1. vyd. Trnava : TU v Trnave, FZaSP, 2009, 178 s. ISBN 978-80-8082-253-8.
- [2] MARTINKOVÁ, J., LAJDOVÁ, A. 2010. Ageizmus – etický problém v starostlivosti o seniorov. In *Nové trendy vo vzdelávaní a praxi ošetrovatel'stva a pôrodnej asistencie* [elektronický zdroj]: zborník príspevkov z konferencie. 1. vyd. Ružomberok : Verbum, 2010. 160-163 s. ISBN 978-80-8084-548-3.
- [3] ČIŽMÁRIKOVÁ, I. 2003. Zneužívanie starých ľudí. In: *Revue medicíny v praxi*, ISSN 1336-202X. 2003, roč. 3, č. 6/7, s. 19-20.
- [4] DIATKA, C. 2005. O etike a hodnotách. Prešov. 2005, 158 s. ISBN 80-8050-8222-4.
- [5] JANOSIKOVÁ, E., H., DAVIESOVÁ, J. L. *Psychiatrická ošetrovatel'ská starostlivosť*. Martin : Osveta, 1999. 551 s. ISBN 80-8063-017-8
- [6] JAROŠOVÁ, D. 2007. *Úvod do komunitního ošetrovatel'ství*. Praha : Grada, 2007, 100 s. ISBN 978-80-247-2150-7.
- [7] KALVACH, Z. et al. 2008. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha : Grada, 2008, 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4.
- [8] KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ, I. 2008. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha : Grada, 2008. 202 s. ISBN 978-80-247-2169-9.
- [9] KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, E., OLIVIEROVÁ, R. 1995. *Ošetrovatel'stvo 1*. Martin : Osveta, 1995, 836 s. ISBN 80-217-0528-0.
- [10] KOVAL, Š. 2001. *Obete zanedbávania, zneužívania a týrania v starobe*. In: *Geriatrics*, ISSN 1335-1850. 2001, roč. VII., č. 3, s. 140-143.
- [11] NÉMETH, F. et al. 2009. *Geriatrics a geriatrické ošetrovatel'stvo*. Martin: Osveta, 2009. 193 s. ISBN 978-80-8063-314-1.
- [12] OTRUBOVÁ, J. 2011. *Komunikácia s geriatrickým pacientom*. In *Revue medicíny v praxi*. ISSN 1336-202X, 2011, č. 6, s. 43.
- [13] POKORNÁ, A. 2010. *Komunikace se seniory*. Praha : Grada, 2010, 160 s. ISBN 978-80-247-3271-8.
- [14] SIMOČKOVÁ, V. 2005. *Príprava na starobu*. In: *Sestra*. ISSN 1335-9444, 2005, roč. IV., č. 9, s. 18-19.

Elderly Person and Family at the Turn of the 21st Century

Abstract

The article discusses the analysis of a family in connection with an elderly person at the turn of the 21st century. The trend of population aging requires focusing the attention on the age group of elderly people. The extension of human life and the mutual coexistence of all age groups in a society and family provide new opportunities for personal growth of an elderly person. The society is interested in elderly people being independent, capable of active work and at the same time enriching the society. Not everybody is given this ability and elderly people are sometimes overlooked, relegated, abused and reverence and respect are not shown to them. Ageism is a new term, indicating discrimination on the basis of age and at the same time showing a negative picture of the old age. The paper includes a review of partial results of the research, dedicated to the problem of violence against elderly people. One of the findings was that from the perspective of the respondents the family is of major importance in preventing and eliminating violence against this age group.

Key words

Elderly person, family, nurses, elder abuse and neglect

Kontaktná adresa

PhDr. Ingrid Juhásová

TU v Trnave, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, Katedra ošetrovateľstva

Univerzitné námestie 1

918 43 Trnava

e-mail: ingrid.juhasova@truni.sk

Vedomostná úroveň žien o inkontinencii moču

Mária Kopáčiková, Marcela Zemanová

Katolícka univerzita, Fakulta zdravotníctva Ružomberok, SR

Abstrakt

Východisko: Zisťovali sme vedomosti respondentov o inkontinencii moču u žien a rizikových faktoroch, praktickú realizáciu opatrení zameraných na prevenciu vzniku inkontinencie a vzniku komplikácií.

Súbor a metódy: Výskumnú vzorku tvorilo 94 respondentov, vybraných náhodným výberom. Použili sme dotazníkovú metódu. Výsledky boli spracované štatisticky.

Výsledky: Zistili sme, že úroveň vedomostí žien o inkontinencii moču a rizikových faktoroch je dobrá. V niektorých oblastiach sme zistili určité nedostatky.

Záver: Navrhujeme realizovať verejnú osvetu a podporiť povedomie verejnosti so zameraním na zachovávanie a podporu zdravia, používať vhodné edukačné pomôcky, v spolupráci so ženou zostaviť aktuálne edukačné plány podľa najnovších informačných zdrojov s problematikou inkontinencie moču.

Kľúčové slová

Inkontinencia moču, ošetrovateľská starostlivosť, pôrodná asistencia, prevencia, edukácia

Úvod

Inkontinencia moču predstavuje veľmi vážny, citlivý a rozšírený problém, ktorým trpí veľké percento populácie. Postihuje mužov i ženy všetkých vekových kategórií a nepredstavuje len medicínsky problém, ale aj sociálny a ekonomický, ktorý vážne ovplyvňuje život chorého v mnohých oblastiach. Znižuje kvalitu života, zhoršuje jeho zdravotný stav, ovplyvňuje spoločenskú rolu, spôsobuje stratu sebavedomia a spoločenskú izoláciu. Inkontinencia moču postihuje častejšie ženy ako mužov a s pribúdajúcim vekom sa jej incidencia výrazne zvyšuje. Priemerná prevalencia inkontinencie moču žien sa na Slovensku pohybuje medzi 25-45 %. Napriek tomu mnoho postihnutých inkontinenciou nevyhľadá odbornú pomoc, pretože sa za svoje ťažkosti hanbia, skrývajú ich, dokonca ani nevedia, že tento problém sa dá riešiť.

Cieľom koncepcie starostlivosti o pacienta je zmena postoja k problému, aktivácia záujmu o vlastné zdravie, minimalizácia ekonomických a spoločenských dôsledkov a dosiahnutie uspokojivej kvality života.

Inkontinencia moču žien

Inkontinencia moču je definovaná ako nechcený únik moču, ktorý je objektívne dokázateľný a je vážnym sociálnym a hygienickým problémom (Repková et al., 2006,

s. 97). Incidencia inkontinencie moču u žien je vysoká. Každá druhá žena má počas svojho života ťažkosti s udržaním moču a to vrátane mladých žien. S pribúdajúcim vekom sa výrazne zvyšuje pohotovosť k inkontinencii a je udávaná v 12 – 57% celej populácie. Asi polovicu predstavuje stresová inkontinencia. V 20% sa vyskytuje stresová inkontinencia v kombinácii s urgentnou a samotná urgentná inkontinencia sa vyskytuje asi u 30% prípadov (Urdzík, 2006, s. 471). Asi len 20% žien s príznakmi inkontinencie vyhľadá lekára, väčšina postihnutých nevyhľadáva pomoc preto, že sa za svoj problém hanbí, dokonca nevedia, že by mohli s týmto problémom vyhľadať lekára. V tejto situácii je dôležitá úloha lekárov a zdravotníckych pracovníkov, ktorá spočíva dôslednej edukačnej a osvetovej činnosti, ktorá vedie nielen zvýšeniu informovanosti žien postihnutých inkontinenciou o príčinách vzniku, rizikových faktoroch, typoch inkontinencie, možnostiach diagnostiky, ale hlavne o možnostiach liečby a prevencie tohto nepríjemného problému (Ďurišová, 2008, s. 51).

Stresová inkontinencia (záťažová) vzniká pri samovoľnom odchode moču pri zvýšenom intraabdominálnom tlaku, napríklad pri kašli, kýchnutí, smiechu či dvíhaní ťažkých predmetov (Repková et al., 2006, s. 97). Vzniká v dôsledku nedostatočnej funkcie uzáverových mechanizmov močového mechúra a panvového dna, kedy sa svalovina močového mechúra na unikanie moču nepodieľa, preto ju niekedy definujeme ako pasívnu močovú inkontinenciu. Je najčastejšou formou inkontinencie moču u žien a čo je dôležité, je liečiteľná. Stresovú inkontinenciu moču delíme podľa závažnosti, kde najznámejší a z praktického hľadiska najvhodnejší je návrh Ingelmana – Sundberga. Rozlišuje 3 stupne úniku moču pri pohybe, námahe, v sede a v ľahu (Urdzík, 2006, s. 471).

Tabuľka 1 Stresová inkontinencia moču podľa Ingelmana – Sundberga
(Zdroj: Urdzík, 2006, s. 471)

Stupeň inkontinencie moču	Množstvo unikajúceho moču	Vyvolávajúce príčiny
I.	kvapky (+)	max. zvýš. intraabd. tlaku (kýchanie, kašeľ, smiech)
II.	väčšie množstvo (++)	beh, chôdza po schodoch
III.	veľké množstvo (+++)	minim. zvýšenie intraabd. tlaku (vertikálna poloha)

Medzi najčastejšie príčiny inkontinencie u žien patrí zmena polohy maternice, zaťaženie svalstva panvy, menopauza, infekcie a zápaly močového mechúra, neurologické príčiny, užívanie liekov, biela rasa, obezita, zápcha, ochorenie dýchacích ciest, gravidita a starnutie.

Tabuľka 2 Rizikové faktory vzniku stresovej inkontinencie moču
(Zdroj: Marenčák, 2009, s. 359)

Predispozičné faktory	pohlavie, rasa, neurologické, svalové, anatomické, spojivové (kolagén), rodinné,
Vyvolávajúce faktory	pôrod, hysterektómia, vaginálna chirurgia, radikálne panvové operácie, aktinoterapia, úrazy,
Podporujúce faktory	obezita, pľúcne ochorenia, fajčenie, menopauza, zápcha, infekcie, rekreačné aktivity, povolanie, medikamentózna liečba,
Dekompenzujúce faktory	starnutie, demencia, celková slabosť, choroba, prostredie, medikamentózna liečba.

Diagnostika inkontinencie moču je veľmi ťažká a je úlohou povolaného odborníka – urológa, urogynekológa, ktorý na základe kompletného vyšetrenia určí diagnózu, typ močovej inkontinencie a zaháji správnu liečbu (Ďurišová, 2008, s. 71).

K základným diagnostickým postupom patrí podrobná anamnéza + dotazník, denník močenia (záznam 3–5 dní), klinické vyšetrenia (psychický stav, mobilita, stav výživy a pod.), fyzikálne vyšetrenia (digitálne rektálne vyšetrenie – u muža, vyšetrenie genitálu, orientačné neurologické vyšetrenie a pod.), laboratórne vyšetrenia (analýza moču, moč na bakteriologické vyšetrenie a citlivosť, kreatinín, v sére, glykémia, zistenie objemu reziduálneho moču – ultrasonograficky, iné (vlozkový test, test kašľom, uroflowmetria a pod.) (Marenčák, 2010, s. 77).

Medzi špeciálne diagnostické postupy zaraďujeme ultrasonografické vyšetrenie močových ciest a genitálu, zobrazovacie postupy dolných a horných močových ciest, endoskopické vyšetrenie, urodynamické vyšetrenia a iné vyšetrenia ako je neurofyziologické testy, odber tkaniva na histologické vyšetrenie (Marenčák, 2010, s. 78).

Cieľom liečby inkontinencie je nielen vyliečiť a zmierniť únik moču, ale aj pomôcť pacientke po stránke psychologickú a sociálnu. Potrebná je medziodborová spolupráca lekárov špecialistov s individuálnym prístupom k pacientovi. Základným pravidlom je, že funkčná porucha má byť liečená konzervatívne, anatomická porucha operačne (Ďurišová, 2008, s. 76). Účasť ženy na starostlivosti je veľmi dôležitá. Pomáha jej získavať dôležité informácie a rozvíjať si zručnosti vo vzťahu k starostlivosti o ňu samu. Jednou z týchto metód je aj tréning močového mechúra, ktorý si vyžaduje spoluúčasť pôrodnej asistentky, sestry, pacientky a pomáhajúcich osôb, za predpokladu, že je žena pri vedomí a fyzicky schopná plniť tento program. Cieľom tréningu močového mechúra je obnoviť normálne návyky vyprázdňovania utlmaním, alebo povzbudzovaním močenia. Úlohou pôrodnej asistentky je zistiť žienine vylučovacie návyky a nabádať ju, aby močila počas nich, alebo je vhodné určiť pravidelné časy močenia, bez ohľadu na pocit nutkania. Tréning močového mechúra si pacientka zaznamenáva do mikčného denníka (Repková et al., 2006, s. 101). Nevyhnutná je aj pomoc pôrodnej asistentky, sestry formou edukácie pacientky o udržiavaní normálnych návykov vyprázdňovania (zaujatie normálnej polohy, zabezpečiť súkromie a ponechať dostatok času, stimuly na relaxáciu, odstránenie

nepríjemných fyzických a emočných pocitov). K základným prvkom úpravy životosprávy patrí redukcia telesnej hmotnosti, dodržiavanie pitného režimu, vhodné stravovanie, realizácia opatrení proti zápche, prípadne snaha o pravidelnú stolicu, obmedzenie alebo úplné vylúčenie fajčenia, pravidelný, veku primeraný pohyb (Ďurišová, 2008, s. 77; Marenčák, 2009, s. 361). Nevyhnutnou súčasťou režimových opatrení je správne držanie tela a pravidelné cvičenie. Správne držanie tela má výrazný vplyv na funkciu svalov panvového dna. Posilnenie svalov panvového dna je preventívnym, ale aj liečebným úkonom pri ťažkostiach spojených s inkontinenciou. Len pravidelné každodenné cvičenie pomôže udržiavať panvové dno pevné, dostatočne nosné a citlivé až do staršieho veku (Ďurišová, 2008, s. 95).

V prípade ak liečba z nejakého dôvodu zlyhá, alebo ju nemožno realizovať, odporúčame používať inkontinenčné pomôcky. Konečným cieľom starostlivosti je umožniť pacientke zúčastniť sa na spoločenskom živote v rodine a s priateľmi bez strachu a predísť tak sociálnej izolácii a negatívnemu dopadu na kvalitu života. Dôležitou súčasťou starostlivosti je výber a zabezpečenie vhodnej absorbčnej pomôcky, ktorá zaistí spoľahlivú a nenápadnú, diskrétnu absorpciu moču, chráni citlivú pokožku a zabraňuje vzniku nepríjemného zápachu.

Vzhľadom k veľkému výskytu inkontinencie moču v populácii je dôležité zamerať sa na preventívne opatrenia, ktoré napomáhajú k zodpovednému prístupu k inkontinencii a snahe predísť inkontinencii. Je vhodné dbať už v detstve na dobré návyky močenia, ktoré sú predpokladom pre správnu funkciu močového ústrojenstva, udržiavanie primeranej telesnej hmotnosti, dostatok pohybu, pravidelné cvičenie zamerané na spevnenie panvového dna a udržiavanie správneho držania tela. Vylúčiť korenisté a dráždivé jedlá, tekutiny ako sú káva, kakao, čokoláda, alkohol, nefajčiť, vyhýbať sa fyzicky náročnej a stereotypnej práci. Nevyhnutný je správny pitný režim – odporúča sa vypíť minimálne 2 litre tekutín. Pacientky často v snahe vyhnúť sa nepríjemnému unikaniu moču obmedzujú príjem tekutín a paradoxne týmto zhoršujú situáciu. Nedostatočný príjem tekutín je príčinou nedostatočného čistenia močového mechúra a močových ciest a tým vzniká riziko infekcie (Ďurišová, 2008, s. 92). Úlohou sestry, pôrodnej asistentky je nabádať pacientku, aby pila tekutiny aj keď nepocíti uje smäd a vynechala pitie asi 2 hodiny pred spaním, hlavne stimulantov (káva, čaj, alkoholické nápoje). Nie je vhodné prijímať veľké množstvo ovocných štiav a sytených nápojov, ktoré môžu vyvolať dráždenie močového mechúra. Rovnako dôležitá je snaha o pravidelnú stolicu (Ďurišová, 2008, s. 93). Jednoduché opatrenia, ktoré môžu výraznou mierou prispieť k zlepšeniu inkontinencie – úprava domáceho prostredia pacientky – krátka cesta na toaletu, dobré osvetlenie, úchytné plochy, dostupnosť pomôcok uľahčujúcich mobilitu (palica, barle, chodítko), v prípade výrazne obmedzenej pohyblivosti zabezpečenie toaletného kresla, podložnej misy, alebo močovej fľaše. Je nutné edukovať ďalej o používaní vhodného oblečenia, ktoré nebráni v prípade potreby v rýchlom vyzlečení (Romžová, 2010, s. 184). Prirodzeným vzorom zdravého životného štýlu by mala byť sestra, ktorá by mala mať určitú filozofiu a životný štýl svedčiaci o dobrých životných návykoch (Kozierová et al., 2004, s. 577).

Cieľom práce bolo zistiť vedomosti žien o inkontinencii moču a rizikových faktoroch, ktoré sú pre ženu signifikantné a to:

- identifikovať úroveň vedomostí o inkontinencii,
- zistiť u žien praktickú realizáciu opatrení zameraných na prevenciu vzniku inkontinencie a vzniku komplikácií.

Charakteristika prieskumnej vzorky a metódy

Empirickú štúdiu sme uskutočnili u žien vo vekovej skupine 17-65 rokov. Sledovanie sme uskutočnili dotazníkovou metódou. Dotazník obsahoval 26 otázok vrátane demografických ukazovateľov. Otázky boli jednak uzatvorené a jednak otvorené. Celkový počet rozdáných dotazníkov bol 100. Dotazníky boli distribuované v slovenskom jazyku v zariadeniach ambulantnej zdravotnej starostlivosti v podtatranskom regióne. Administrovaný bol v ambulanciách praktického lekára, gynekologických, urologických, urogynekologických a neurologických v mesiacoch február a marec 2012. Vrátilo sa 97 dotazníkov, pre neúplné vyplnenie dotazníka sme vyradili 3. Návratnosť bola 94 % (94 dotazníkov).

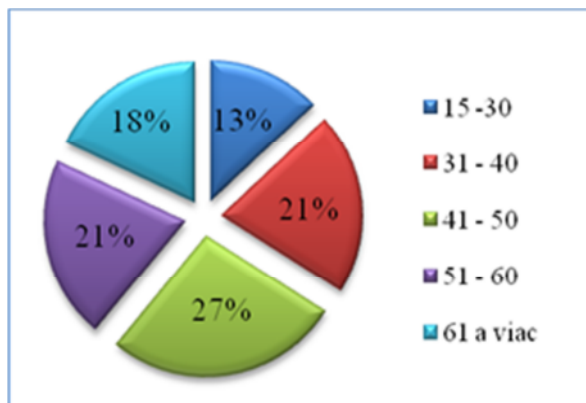
Za základné kritérium pre výber respondentov sme zvolili:

- ženy vo fertilnom veku, v klimaktériu a v menopauze,
- ženy rôzneho vzdelania.

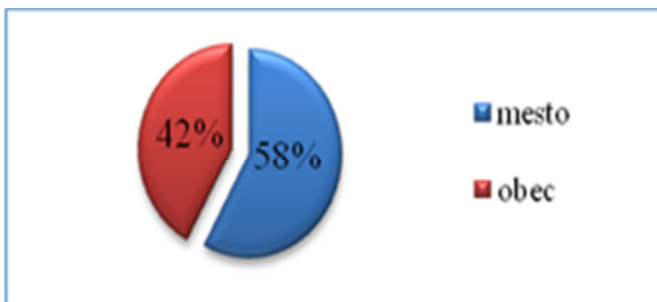
Získané údaje sme spracovali na základe deskriptívnej štatistiky v programe Microsoft Excel a získané výsledky sme zaznamenávali v grafoch.

Výsledky

Graf 1 Vekové rozloženia



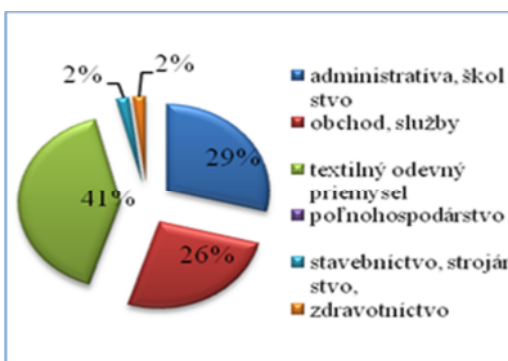
Z celkového počtu 94 (100%) žien bolo 12 (13%) vo veku od 15 do 30 rokov, 20 (21%) vo veku 31 – 40 rokov, 25 (27%) vo veku 41 – 50 rokov, 20 (21%) vo veku 51 – 60 rokov, 17 (18%) vo veku 65 a viac rokov (graf 1).

Graf 2 Bydlisko

Z celkového súboru 94 (100%) respondentov(žien) udalo bydlisko mesto 55 (58%) oslovených žien a v obci bývalo 39 (42%) žien (graf 2).

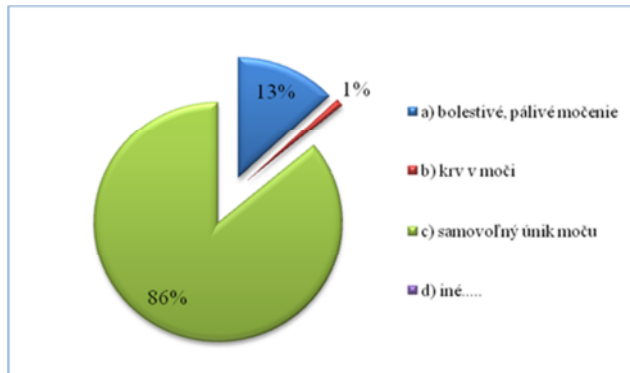
Graf 3 Vzdelanostná štruktúra

Vzdelanostnú štruktúru sme rozdelili podobne ako vekovú do piatich skupín (graf 3). Prvú skupinu tvorili ženy so základným vzdelaním (n=12 – 13%), druhú skupinu tvorili ženy so stredoškolským odborným vzdelaním (n=45 – 48%), tretiu skupinu tvorili ženy stredoškolským vzdelaním ukončeným maturitou (n=33 – 35%), štvrtú skupinu tvorili ženy s vysokoškolským vzdelaním I. stupňa (n=2 – 2%) a piatu skupinu tvorili ženy s vysokoškolským vzdelaním II. stupňa (n=2 – 2%).

Graf 4 Ekonomická aktivita

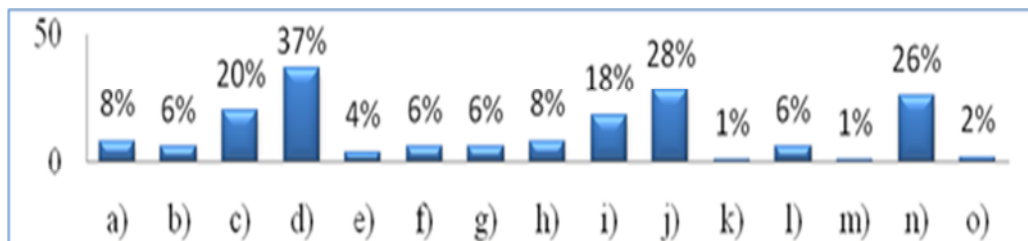
Z grafu 4 vyplýva, že 27 (29%) respondentov (žien) pracuje v administratíve, 24 (26%) žien v obchode, službách a doprave, 39 (41%) v textilnom, odevnom priemysle a kožiarskom priemysle 2 (2%), v stavebníctve, strojárstve a 2 (2%) v zdravotníctve.

Graf 5 Vedomostná úroveň žien o inkontinencii



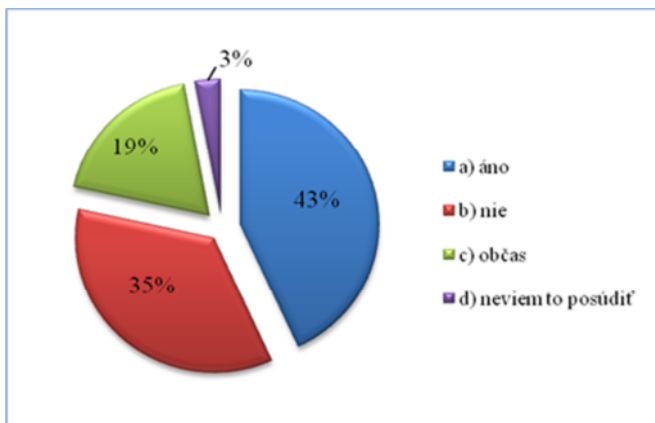
Je potešiteľné, že až 81 (86%) žien uviedlo, že inkontinencia moču je samovoľný únik moču, 12 (13%) z opýtaných respondentov si myslí, že inkontinencia moču je bolestivé a páľivé močenie a 1 (1%) žena uviedla, že je to krv v moči (graf 5).

Graf 6 Faktory ovplyvňujúce únik moču

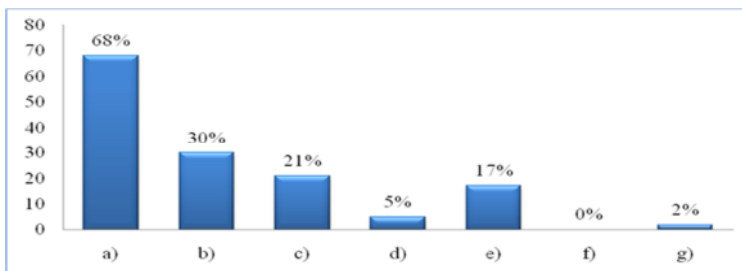


Legenda: a) návyky močenia v detstve, b) dostatok pohybu a správne držanie tela, c) obezita, d) viac pôrodov, e) fajčenie, f) alkohol, g) korenisté a dráždivé jedlá, h) káva, čaj, kakao, čokoláda, i) pitný režim, j) ťažká fyzická práca, k) vyprázdňovanie stolice, l) nevhodné oblečenie, m) nevhodne upravené domáce prostredie, n) stres, o) iné

Najviac žien zo sledovaného súboru 35 (37%) uviedlo ako faktor, ktorý ovplyvňuje únik moču, viac pôrodov, 29 (27%) ťažkú fyzickú prácu, 25 (26%) stres, 19 (20%) obezitu, 17 (18%) pitný režim, 8 (8%) návyky močenia v detstve a dráždivé jedlá, 6 (6%) dostatok pohybu, alkohol, korenisté a dráždivé jedlá a nevhodné oblečenie, 4 (4%) fajčenie. Možnosť iné označili 2% žien, pričom faktor bližšie nešpecifikovali. Respondentky mali možnosť označiť viaceré faktory (graf 6).

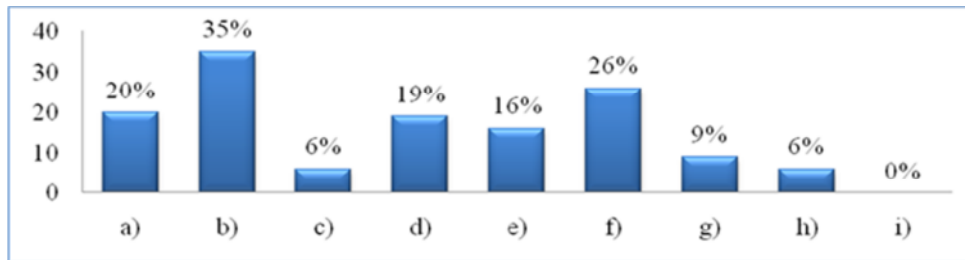
Graf 7 Výskyt úniku moču

Z celkového súboru 94 (100%) respondentov uviedlo 39 (44%), že im unikne niekedy moč, 34 (36%) nemá tento problém a 3 (3%) to nevie posúdiť (graf 6).

Graf 8 Dôvod úniku moču

Legenda: a) pri kašľaní a kýchnutí, b) pri zvýšenej fyzickej námahe (behu, skákaní), c) pri dvíhaní ťažkých bremien, d) v strese, e) ak nestihnú dôjsť na toaletu, f) bežne počas dňa, g) v noci

57 respondentov, ktorí odpovedali v predchádzajúcej otázke, že majú problém s únikom moču uviedli tieto situácie pri ktorých im uniká moč. Najviac 39 (38%) uviedlo, že pri kašľaní a kýchnutí, 17 (30%) pri zvýšenej fyzickej námahe (behu, skákaní), 12 (21%) z nich uviedlo, že im unikne moč pri dvíhaní ťažkých bremien, 10 (17%) ak nestihnú dôjsť na toaletu, 3 (5%) uniká moč v strese a 1 (1%) uviedla, že v noci (graf 8).

Graf 9 Riešenie problému

Legenda: a) požiadam o pomoc praktického lekára, b) vyhľadám môjho gynekológa, c) poradím sa so sestrou v ambulancii, d) vyhľadám potrebné informácie na internete, e) častejšie si vymením spodnú bielizeň a umyjem sa, f) začnem používať zatiaľ menštruačné vložky, g) neriešim to, je to prirodzené so zvyšujúcim vekom, h) poradím si s tým nejako sama, hanbím sa o to hovoriť, i) nemyslím si, že je to vážny problém

Respondenti v tejto položke mali možnosť označiť viac odpovedí a uviesť aké riešenie by realizovali pri úniku moču. Najviac 33 (35%) uviedlo, že by vyhľadali pomoc gynekológa, 24 (26%) z nich by zatiaľ začalo používať menštruačné vložky, 19 (20%) by požiadalo o pomoc praktického lekára, 18 (19%) by vyhľadali informácie o tejto problematike na internete, 15 (16%) sa len častejšie umylo a vymenilo by si spodnú bielizeň, 8 (9%) považuje únik moču za prirodzený so zvyšujúcim sa vekom, 6 (6%) by sa poradili so sestrou v ambulancii a rovnako 6 (6%) nepokladá únik moču za vážny problém (graf 9).

Diskusia

Priemerná prevalencia inkontinencie moču na Slovensku podľa agentúry Focus, 2001 odhaduje na 45%. Z nášho prieskumu vyplynulo, že 44% opýtaných žien má problém s únikom moču. 68% z nich pri kašľaní, kýchnutí, 30% pri zvýšenej fyzickej námahe ako je skákanie, behanie. 79% by si priznalo tento problém s únikom moču a vyhľadalo by pomoc odborníka a 7% si neprizná tento problém, lebo o tom nechce hovoriť. 11% nevie či sa problém s únikom moču dá riešiť. Podľa Švihru (2010) až 65% pacientov sa na inkontinenciu nelieči a považujú tento problém za tabu. Zistili sme, že 35% žien by vyhľadali gynekológa, 20% praktického lekára, len 6% sestru, 19% si radšej najskôr vyhľadá informácie na Internete, ale 26% by začalo najskôr používať len menštruačné vložky, 9% to nerieši, pokladá únik moču prirodzený so zvyšujúcim vekom. Viac ako 50% žien radšej ako by navštívila lekára, si sama „naordinuje“ menštruačné vložky, čo je dôkazom, že nepoužívajú správne pomôcky, ktoré by im zvýšili kvalitu života (Švihra, 2010). Potvrdilo sa nám, že prevalencia inkontinencie moču je vysoká, je považovaná za problém u mnohých žien, ktorý v mnohom ovplyvňuje ich život.

37% žien označilo ako rizikový faktor vzniku inkontinencie moču viac pôrodov, 28% fyzicky ťažkú prácu, 26% stres. 41% si myslí, že sa dá inkontinencii predísť a 46% nevie, či sa dá úniku moču predísť. 47% vie o tom, že pravidelné cvičenie svalov panvového dna pomôže zmierniť príznaky inkontinencie, prípadne predísť inkontinencii a realizuje ho, 35% o tom vie, ale necvičí. 15% o takom cvičení ešte

nepočulo. Asi len polovica respondentiek pozná faktory, ktoré môžu ovplyvniť inkontinenciu moču a myslí si, že sa dá inkontinencii predísť, no napriek tomu tieto opatrenia zväčša nerealizujú. Podľa Goncalvesa (2009) bola kedysi téma inkontinencie dosť tabuizovaná, dnes je to lepšie. Sestra, pôrodná asistentka by mala odporúčať možnosť radiť sa s praktickým lekárom, gynekológom, urológom. Na zvýšenie vedomostnej úrovne žien realizovať verejnú osvetu a podporiť povedomie verejnosti so zameraním na zachovávanie a podporu zdravia formou informácií o možnostiach liečby a prevencie inkontinencie moču, rozhovorom, letákmi, sedeniami v skupine, prípadne formou médií. Pri edukácii žien používať vhodné edukačné pomôcky – počítače, webové stránky, zákaznícke linky, obrazovú projekciu, letáky, brožúry, odporúčať možnosť bezplatne získať DVD, či vzorky absorpčných pomôcok. V spolupráci so ženou zostaviť aktuálne edukačné plány podľa najnovších informačných zdrojov s problematikou inkontinencie moču, aktualizovať ich priebežne podľa noviniek na základe výskumu problematiky a ponuky na trhu absorpčných pomôcok so zameraním na zvýšenie kvality života žien s inkontinenciou moču. Poskytnúť ženám kontakty na programy zaoberajúce problematikou inkontinencie moču u žien a sprostredkovať kontakt so ženami s podobným problémom a využiť možnosť podeliť sa o ich skúsenosti, možnosťami liečby a prevencie, prípadne ich využiť ako pozitívny príklad.

Záver

Inkontinencia moču u žien patrí medzi časté a závažné stavy, s ktorými sa stretávame v zdravotníckej praxi veľmi často, no nemôžeme ju chápať ako ochorenie, ale príznak rôznych ochorení s vážnym medicínskym, sociálnym, ekonomickým a hygienickým dôsledkom, ktorý môže vážne traumatizovať ženu, jej rodinu, okolie a sociálne prostredie. Ženy, ktoré trpia týmto závažným problémom, ho často podceňujú, vnímajú ho ako niečo, za čo sa treba hanbiť, alebo zo strachu pred zosmiešnením nevyhľadajú odbornú pomoc a vytvárajú si vlastné stratégie riešenia problému. Cieľom ošetrovateľskej starostlivosti u inkontinentných žien je zmierniť sprievodné ťažkosti, obmedziť vznik komplikácií a zlepšiť kvalitu života ženy (Cibulková, 2011, s. 38).

Literatúra

- [1] CIBULKOVÁ, M. 2011. Riešenie inkontinencie v domácom prostredí. In Sestra. ISSN 1335-9444, 2011, roč. X, č. 10-11, s. 38-41.
- [2] CONCVALES, F. 2010. Inkontinencia moču. In Revue medicíny v praxi. ISSN 1336-202X, 2010, roč. 8, č. 1, s. 25.
- [3] ĎURIŠOVÁ, E. 2008. Ženské bolesti chrbta. Hlohovec : AKU-HOMEEO, 2008. 275 s. ISBN 978-80-89089-74-1.
- [4] KOZIEROVÁ, B. - ERBOVÁ, G. – OLIVIEROVÁ, R. 2004. Ošetrovateľstvo 1, 2. 2. vyd. Martin : Osveta, 2004. 1474 s. ISBN 80-217-0528-0.
- [5] MARENČÁK, J. 2010. Inkontinencia moču – príznak, ktorý sa dá liečiť. In MediNEWS. ISSN 1336-3239, 2010, roč. 8, č. 3, s. 77-83.

- [6] MARENČÁK, J. 2009. Ľahká inkontinencia moču. In Revue medicíny v praxi. ISSN 1336-202X, 2009, roč. 7, č. 3, s. 17-21.
- [7] ROMŽOVÁ, M. et al. 2010. Inkontinence moči ve stáří. In Urologie pro praxi. ISSN 1213-1768, 2010, roč. 11, č. 3, s. 119-123.
- [8] REPKOVÁ, A. et al. 2006. Gynekologické ošetrovatel'stvo. 1. vyd. Martin : Osveta, 2006. 138 s. ISBN 80-8063-236-7.
- [9] URDZÍK, P. 2006. Inkontinencia moču u žien – prevencia a liečba. In Via practica. ISSN 1336-4790, 2006, roč. 3, č. 10, s. 471-474.

The Knowledge Level of Women's Urinary Incontinence

Abstract

Background: *We examined respondents knowledge of urinary incontinence in women and risk factors, the implementation of policies aimed at the prevention of complications and incontinence.*

File and methods: *The research sample consisted of 94 respondents, randomly selected. We used the questionnaire method. The results were processed statistically.*

Results: *We found that the level of knowledge about women's urinary incontinence and risk factors is good. In some areas, we identified some space for improvement.*

Conclusion: *We propose to implement a public education and promote awareness among the public, with a focus on maintaining and promoting health, use appropriate educational tools, in collaboration with wife set up the current educational plans according to the latest information resources with the problems of urinary incontinence.*

Key words

Urinary incontinence, nursing care, midwife, prevention, education

Kontaktné údaje

Doc. PhDr. Mária Kopáčiková, PhD.
Fakulta zdravotníctva Katolíckej univerzity v Ružomberku
Námestie Andreja Hlinku 48
034 01 Ružomberok

Mgr. Marcela Zemanová
Fakulta zdravotníctva Katolíckej univerzity v Ružomberku
Námestie Andreja Hlinku 48
034 01 Ružomberok

Rodičia – pomocník sestry, sestra – pomocník rodičov na detskom oddelení

Katarína Gerlichová, Iveta Matišáková

Fakulta zdravotníctva, Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka v Trenčíne

Abstrakt

V posledných rokoch na Slovensku nastávajú systémové zmeny v starostlivosti o deti v nemocnici. Starostlivosť zdravotníckych pracovníkov už nie je zameraná iba na dieťa, ale aj na rodičov. Rodičia sa pokúšajú zaujať partnerskú pozíciu v ošetrovateľskom tíme, veľakrát však nepoznajú presne svoju úlohu. Chýbajú im pravidlá spolupráce a dohoda o tom, v akom rozsahu sa môžu a majú o svoje dieťa počas pobytu v nemocnici starať.

Kľúčová slova

Rodina, dieťa, hospitalizácia, sestra, spolupráca

Úvod

Veľký sociologický slovník uvádza, že rodina je „všeobecne pôvodná a najdôležitejšia spoločenská inštitúcia, ktorá je základným článkom sociálnej štruktúry a základnou ekonomickou jednotkou a jej hlavnými funkciami je reprodukcia trvania ľudského biologického druhu a výchova, resp. socializácia potomstva, ale i prenos kultúrnych vzorcov a zachovanie kontinuity kultúrneho vývoja“ (Maříková et al., 1996, s. 940).

Základnou charakteristikou rodiny ako malej sociálnej skupiny je vzájomná súčinnosť všetkých jej členov (Gerlichová et al., 2008). Medzi členmi rodiny sú vytvorené rôzne vzťahy, pričom citové vzťahy majú popredné miesto. Keďže každý člen rodiny (dojčaťom začínajúc a prababičkou končiac) je osobnosťou, t.j. svojím spôsobom jedinečnou, originálnou, svojbytnou ľudskou bytosťou, preto je i rodina, ktorú jednotlivci tvoria, tiež individuálnym, originálnym, neopakovateľným spoločenským organizmom.

Pre detský organizmus znamená akékoľvek ochorenie vždy veľkú záťaž. Každé dieťa si svoju chorobu uvedomuje a nejako ju prežíva. Odlúčenie od rodičov, izolácia od kamarátov a obmedzenie pohybu sú preň ďalším zdrojom úzkosti.

Hospitalizácia je pre dieťa aj pre jeho rodičov traumatizujúcou životnou skúsenosťou. Aj krátky pobyt v nemocnici môže mať negatívny dopad na celú rodinu. Pokiaľ nie je rodičovi umožnené dieťa v nemocnici sprevádzať, poskytovať mu trvale lásku a starostlivosť, pociťuje vinu a zlyhanie vo svojej rodičovskej role. Stráca sebadôveru a tým stráca aj schopnosť poskytnúť dieťaťu dostatočnú podporu a pocit istoty vo chvíli, kedy to dieťa najviac potrebuje. Dnes je už dostatok dôkazov o tom, že ani

najlepšia zdravotná starostlivosť, ktorá nepočíta s prítomnosťou rodičov a ich podielom na nej, nie je optimálna (Sedlářová a kol., 2008). Malo by to tak byť na všetkých úrovniach zdravotnej starostlivosti. Na základe skúseností z krajín s vyspelými zdravotníckymi systémami, úlohu rodiny nemôže úplne nahradiť žiadna iná inštitúcia. Rodina sa stáva aktívnym spoluúčastníkom v preventívnom, liečebnom a ošetrovateľskom procese v starostlivosti o svojho člena. Tento model vychádza z osvedčeného a v zahraničí uznávaného princípu starostlivosti *Family centered care* – starostlivosti zameranej na celú rodinu, nielen na choré dieťa. Uznáva, že rodina má konečnú zodpovednosť za dieťa a je jeho najlepším znalcom.

Účasť a zapojenie rodiny dieťaťa do procesu poskytovania zdravotnej starostlivosti je nezastupiteľná v týchto oblastiach:

- rodina ako zdroj informácií – zistené informácie umožňujú sestre komplexnejší pohľad na potreby pacienta,
- rodina ako priamy účastník starostlivosti – tu rodina plní funkciu ochrannú, preventívnu, alebo podpornú.

V súčasnosti už sestra pracujúca na detskom oddelení nemocnice nemusí hospitalizovanému dieťaťu nahrádzať matku. „*Naopak, jej rola je zásadným spôsobom rozšírená, stáva sa stále väčšou profesionálnou výzvou. Spočíva v spoločnej práci, v práci po boku rodiny, ktorá má choré dieťa. Naučiť sa takýto prístup nie je vôbec ľahké a nesie to so sebou mnoho problémov. Celý tím oddelenia – teda lekári, sestry a príslušníci ostatných profesií – sa teda ocitá v situácii, kedy si musí osvojiť nové návyky a zručnosti. Starostlivosť sa prestáva sústreďovať iba na dieťa a v centre jeho záujmu sa ocitá celá rodina. Pre mnohých pracovníkov je s tým spojená zmena doterajšieho prístupu k vlastnej práci*“ (Dunovský a kol., 1999, s. 20).

Podmienky dobrej spolupráce zdravotníkov s rodinou dieťaťa

Možno ich zhrnúť do niekoľkých hlavných bodov:

- umožniť rodičom starať sa o dieťa počas celej doby hospitalizácie,
- prijať rodičov ako partnerov a rovnocenných spolupracovníkov,
- umožniť rodičom ovplyvňovať ošetrovanie a režim dieťaťa,
- poskytnúť rodičom opakované a zrozumiteľné informácie.

Umožniť rodičom starať sa o dieťa počas celej doby hospitalizácie

Rodič nie je pre dieťa návštevou. Optimálne je umožniť rodičom starať sa o svoje dieťa 24 hodín denne nepretržite. V ideálnom prípade je rodič ubytovaný spolu s dieťaťom v spoločnej izbe a plne sa oň stará. Niektoré nemocnice stavebne nie vždy vyhovujú uvedenej požiadavke a preto nie je možné vyčleniť rodičom lôžko priamo na izbe pri dieťati. V takom prípade rodičia prespávajú na kresle pri dieťati, alebo na vyčlenenej izbe pre rodičov alebo v ubytovni pre rodičov. Mnohé nemocnice ale v posledných rokoch vďaka stavebným úpravám vytvorili podmienky pre pobyt rodičov priamo na oddelení.

Pokiaľ sa teda o dieťa počas hospitalizácie stará niekto blízky (nemusí to byť vždy iba rodič), mala by platiť medzi touto osobou a sestrami **dohoda** o tom, **kto, kedy a ako** zabezpečuje starostlivosť u konkrétneho dieťaťa. Väčšinou to závisí od veku dieťaťa, typu ochorenia, ale aj od skúseností a schopností tejto osoby. Kladným aspektom tejto spolupráce je to, že rodičia sa necítia byť zneužívaní (preťažovaní neznámymi úkonmi) alebo naopak odstránení (môžu sestre iba občas asistovať). Všeobecne však platí, že **sestra je plne zodpovedná za ošetrovateľskú starostlivosť o dieťa počas hospitalizácie** bez ohľadu na to, či je dieťa v nemocnici s rodičom alebo samo.

Prijat' rodičov ako partnerov a rovnocenných spolupracovníkov

Pre rodičov je dôležité, aby mali zachované svoje práva a mohli plniť svoju rodičovskú rolu. V nemocnici sa ale ľahko dostávajú do pozície pasívneho pozorovateľa a strácajú možnosť ovplyvňovať dianie okolo svojho dieťaťa. Trpia pocitom zúfalstva a zbytočnosti. Preto je dôležité, aby zdravotníci podľa potreby ponúkli rodičom pomoc, porozumenie a emocionálnu podporu. Rodičia potrebujú vedieť, že personál chápe ich náročnú situáciu.

Občas sa stane, že rodina reaguje na ochorenie dieťaťa naozaj neprimerane a spolupráca s ňou sa stáva mimoriadne náročnou. V takom prípade je vhodné zachovať pokoj a uvedomiť si, že rodina má právo na stres i na neadekvátnu reakciu a sme to my, profesionáli, kto musí situáciu zvládnuť. Pre riešenie takýchto náročných situácií je napríklad vhodné mať na oddelení miestnosť, do ktorej sa môžu rodičia uchýliť a kde majú súkromie a možnosť napríklad vyplakať sa.

Umožniť rodičom ovplyvňovať ošetrovanie a režim dieťaťa

Táto požiadavka nadväzuje na vyššie uvedené. Celý zdravotnícky tím sa má snažiť starostlivosť o dieťa zabezpečovať tak, aby sa denný režim dieťaťa v nemocnici čo najmenej odlišoval od jeho domáceho denného režimu. Vyžaduje to od všetkých zainteresovaných individuálny prístup a snahu vychádzať jednotlivým rodinám v ústrety. Čím intenzívnejšia zdravotná starostlivosť je dieťaťu poskytovaná, tým viacej sú zdravotníci nútení uprednostniť požiadavky liečby pred zvyklosťami dieťaťa. Ale aj v prípade vážne chorého dieťaťa je možné s rodičmi konzultovať jeho denný režim, napríklad stravovacie návyky, potrebu spánku a podobne. Najhoršie na rodičov pôsobí časté budenie detí kvôli maličkostiam.

Aj v tomto prípade je vhodná dohoda – nechať napríklad základné ošetrovanie na rodičov dieťaťa a poskytovať iba odbornú starostlivosť.

Poskytovať rodičom opakované a zrozumiteľné informácie

Opakované a zrozumiteľné informácie sú pre pacienta a jeho rodinu základnou potrebou. Čím lepšie sa ľudia v situácii orientujú a rozumejú jej, tým lepšie sa na ňu dokážu pripraviť a následne ju riešiť. Pri komunikácii s rodinou je dôležité uvedomiť si, že ide o laikov. Môžu byť v nemocničnom prostredí prvýkrát a nemusia poznať pre nás bežné termíny (napr. vizita, inhalácia, klyzma a pod.). Mnoho rodičov potrebuje o probléme hovoriť opakovane, so zámerom uistiť sa, že všetko správne pochopili. Preto je dôležité uvedomiť si, že pri komunikácii sa máme vyhýbať príliš

odbornej terminológii, používať správne názvy, opakovane vysvetľovať. Vhodné je poskytnúť informácie v písomnej podobe (formou brožúry). Každý člen zdravotníckeho tímu by mal poznať svoje kompetencie a vedieť, aké informácie môže rodine podávať.

Záver

Na záver je dôležité pripomenúť, že nová rola kladie na rodičov v nemocnici veľké nároky. Musíme si uvedomiť, v akej situácii sa ocitajú. Spreádzajú svoje dieťa v neznámom prostredí, ďaleko od domova a podpory širšej rodiny. Mnohé ošetrovateľské postupy neovládajú a často majú obavy, aby svojmu dieťaťu nevedomosťou neublížili. Nemajú súkromie a často ani možnosť odpočinku. Na jednej strane sú zavalení množstvom informácií, na druhej strane im niektoré informácie chýbajú. Nerozumejú výrazom, nezapamätajú si všetkých zdravotníckych pracovníkov, neorientujú sa na oddelení alebo v areáli nemocnice. Toto sú iba niektoré problémy, s ktorými sa rodičia počas pobytu s dieťaťom v nemocnici stretávajú. Mnohí nie sú schopní zvládnuť túto náročnú situáciu bez našej opakovanej podpory a pomoci.

Literatúra

- [1] DUNOVSKÝ, J. a kol. *Sociální pediatrie. Vybrané kapitoly*. Praha : Grada Publishing, 1999. 284 s. ISBN 80-7169-254-9.
- [2] GERLICOVÁ, K., MATIŠÁKOVÁ, I., MIŠINOVÁ, M. Rodina ako neoceniteľný pomocník v práci sestry. In *Výchova a vzdelávanie v ošetrovateľstve : zborník z II. vedeckej konferencie pedagogických pracovníkov v ošetrovateľstve*. Trenčín : TnUAD, 2008. ISBN 978-80-8075-265-1, s. 23-30.
- [3] HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. Praha : Portál, 2005. 776 s. ISBN 80-7178-830-9.
- [4] KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIERIOVÁ, R. *Ošetrovateľstvo I*. Martin : Osveta, 1995. 836 s. ISBN 80-217-0528-0.
- [5] MATĚJČEK, Z. *Co děti nejvíc potřebují*. Praha : Portál, 2003. 108 s. ISBN 80-7178-853-8.
- [6] MAŘÍKOVÁ, H., PETRUSEK, M., VODÁKOVÁ, A. 1996. Velký sociologický slovník. Praha : Karolinum, 1996. 1627 s. ISBN 80-7184-310-5.
- [7] MIHÁL, V. Nemocné dítě a rodina. In *Pediatrie pro praxi*. ISSN 1213-0494. 2003, roč. IV., č. 4, s. 198.
- [8] POTOČÁROVÁ, M. 2003. *Rodina, mládež a jej postoje k sociálnym limitom*. 1. vyd. Bratislava : Vydavateľstvo STU, 2003. 131 s. ISBN 80-227-1940-4.
- [9] SEDLÁŘOVÁ, P. a kol. *Základní ošetrovateľské péče v pediatrii*. Praha : Grada Publishing, 2008. 248 s. ISBN 978-80-247-1613-8.
- [10] VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2004. 872 s. ISBN 80-7178-802-3.

Parents – Helpers of Nurses, Nurse – Helper of Parents in Children's Ward

Abstract

In the recent years, systemic changes in taking care of children in hospital have occurred in Slovakia. The care of professional health care workers is not focused only on the child but on parents as well. Parents try to act as partners in the nursing team, however, are often not familiar with their exact role. They lack rules of cooperation and agreement about the extent to which they can and should take care of their child during its hospital stay.

Key words

Family, child, hospitalization, nurse, cooperation

Kontaktné údaje

PhDr. Katarína Gerlichová, PhD.

PhDr. Iveta Matišáková, PhD.

Fakulta zdravotníctva

Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka v Trenčíne

Študentská 2

911 50 Trenčín

e-mail: katarina.gerlichova@tnuni.sk

iveta.matisakova@tnuni.sk

Problematika spokojenosti na pracovišti z pohledu zdravotní sestry

Petra Vršecká

Vysoká škola polytechnická Jihlava

Abstrakt

Vztahy na pracovišti ve zdravotnictví jsou pojem sice hojně diskutovaný, ale málo popsany v odborné literatuře. Vymezila jsem nejdůležitější faktory, které ovlivňují spokojenost, či nespokojenost zdravotních sester, jak v soukromém, tak ve státním zdravotnickém zařízení. Jsou to například: motivace k práci, vztahy na pracovišti, pracovní podmínky, zaměstnanecké výhody, stres, strach, nezaměstnanost, násilí na pracovišti a na pracovnících, komunikace a konflikty.

Klíčová slova

Pracovní kolektiv, styl vedení, konflikty na pracovišti, komunikace na pracovišti, mobbing, bossing, sexuální obtěžování

Úvod

Spokojenost každého člověka je subjektivní prožitek, který je ovšem zpravidla poměřován ve vztahu k určitým objektivním kritériím. Subjektivita v hodnocení vlastní spokojenosti bývá vysoká a je známo, že ve stejné situaci se může jeden konkrétní člověk cítit spokojeně a druhý konkrétní člověk nespokojeně. Za takového vztahu věci nezbyvá, než formulovat základní kritéria, kterými spokojenost poměříme a pak k nim přiřadit konkrétní a subjektivní hodnocení jednotlivce, popřípadě určitého pracovního kolektivu.

Vzhledem k tomu, že spokojenost může korelovat jak se sférou privátního života, tak se sférou profesního života, je třeba pojednat každou jmenovanou oblast zvlášť, i když je i na první pohled zřejmé, že se obě sféry vzájemně podmiňují a doplňují.

Každý člověk je ve svém pracovišti nějakým způsobem hodnocen a také on sám hodnotí svou vlastní situaci. Kritéria pro takové hodnocení se do značné míry překrývají, i když některá z nich mají pro hodnocení osobní spokojenosti větší význam než jiná. Individuálně si navíc může konkrétní pracovník cenit i dalších faktorů, o které majorita kolektivu „nestojí“, nebo je nevnímá jako podstatná. Shoda však panuje v názoru, že rozhodujícími faktory pro spokojenost jsou:

Základní kritéria pro hodnocení pracovní spokojenosti

- Motivace k práci
- Vztahy na pracovišti
- Pracovní podmínky
- Zaměstnanecké výhody

Co ohrožuje spokojenost?

- Stres a strach
- Hrozba nezaměstnanosti
- Mobbing
- Bossing
- Sexuální harassment
- Násilí na zdravotnících
- Konflikty na pracovišti
- Komunikace

Faktory pozitivně ovlivňující spokojenost

Motivace k práci

Pro člověka je důležité dělat něco smysluplného. Pokud práce člověka netěší, každý provozní problém a nový pracovní úkol pouze zvyšuje jeho nechuť k práci. Totéž můžeme říci i naopak, pokud nás práce těší, řešíme svěřené úkoly s radostí a nevnímáme těžkosti. To, zda máme, či nemáme do práce chuť, závisí na mnoha faktorech, ale jeden z nejvýznamnějších je motivace. Je to jeden z nejdůležitějších faktorů k úspěchu.

Vztahy na pracovišti

Pracovníci daného kolektivu mezi sebou vytvářejí celou řadu vzájemných vztahů a to jak v rámci jedné pracovní právní kategorie, tak i mimo ni. V případě sester to znamená jednak vzájemné sesterské vztahy, dále vztahy ke staniční, případně vrchní sestře, primáři (eventuálně přednostovi kliniky) a k řediteli zdravotnického zařízení, jednak vztahy k pomocnému zdravotnickému personálu. Bylo by jistě ideální, kdyby jmenované druhy vztahů byly vždy přátelské, ale je naprosto nezbytné, aby byly kolegiální a korektní. Smyslem práce zdravotních sester je pomáhat nemocným lidem a všechny případné osobní rozlady musí jít stranou. Aby se to vždy a všude zdařilo, je potřeba věnovat pozornost některým zejména důležitým faktorům, které vztahy na pracovišti výrazně ovlivňují. Je to zejména a především jejich žádoucí kvalita (korektnost a pozitivnost), která zásadně ovlivňuje efektivnost dosahování cílů zdravotnické, ale i nezdravotnické organizace. Dobré pracovní vztahy vytvářejí dobrou pracovní atmosféru, ve které se mj. harmonicky prolínají cíle zdravotnické organizace, jejich jednotlivých oddělení, ale i samotné profesní cíle jednotlivých zaměstnanců.

Průzkum jednoho z největších pracovních portálů v ČR Práce.cz ukázal, že zhruba dvě třetiny lidí už zažily situaci, kdy především kvůli špatným vztahům s kolegy či nadřízenými museli změnit zaměstnání. Takových lidí je celkem až 83 procent.

Celkem 59 procent z 1640 účastníků šetření na portálu uvedlo, že už někdy v průběhu kariéry změnili zaměstnání kvůli špatným vztahům s kolegy nebo nadřízenými. Pro 24 procent lidí nebyly nevyhovující vztahy v kolektivu hlavním důvodem k odchodu z firmy, ovšem přispěly k rozhodnutí najít si novou práci. Pouze 17 procent lidí nezažilo situaci, kdy by kvůli nedobrym vztahům na pracovišti museli změnit zaměstnání. (www.nasepenize.cz, 8. 11. 2012)

Pracovní podmínky

Do kapitoly pracovní podmínky můžeme shrnout celou řadu věcí, ať už se jedná o podmínky na pracovišti, kulturu pracoviště, vymezení kompetencí, bezpečnost při práci (zaměstnavatel je uložena povinnost provádět opatření, jejichž cílem je odstranit příčiny ohrožení života a zdraví pracovníků a vytvořit bezpečné pracoviště), místo na stravu, popřípadě odpočinek, pomůcky, ale i finanční a nefinanční ohodnocení, vzdělávání, mimopracovní aktivity a mnohá další.

Zaměstnanecké výhody

Zaměstnanecké výhody jsou určitou formou odměn, kterou poskytuje zaměstnavatel svým zaměstnancům. Zaměstnaneckých výhod existuje velké množství a některé mohou být upravovány zákonem (třinácté a čtrnácté platy, dodatkové dovolené, atd.), jiné zcela závisí na zaměstnavateli (odměny, slevy na výrobcích, u zdravotníků přednostní zdravotní péče).

Může jít i o poskytování stravování, kde to jsou dotované potraviny nebo hotová jídla, zařízení, které slouží k oddechu a osobní hygieně, pracovní oděvy a pomůcky, zajišťování dopravy do zaměstnání a třeba i poradenské služby (Koubek, 2001).

Faktory negativně ovlivňující spokojenost

Spokojenost může ohrozit řada faktorů jako například stres, strach, hrozba nezaměstnanosti, špatná komunikace až konflikty na pracovišti (mobbing, bossing, případné sexuální obtěžování), nevhodné vedení kolektivu, násilí páchané na zdravotnících. Více se o těchto jevech rozepíše v následujících podkapitolách.

Stres

O stresu se v poslední době hovoří a i laická veřejnost používá výraz stres relativně velmi často a to dokonce i tehdy, kdy neví, co je jeho obsahem. Obecně je stres vnímán jako nadměrná zátěž, ono je ovšem všechno zátěž a je třeba rozlišovat, která je přirozená nebo dokonce inspirativní od zátěže nadměrné a zdraví škodlivé.

Objevitelem teorie stresu je kanadský lékař-fyziolog maďarského původu, který pracoval i v Praze, Hans Selye, který popsal obecný adaptační syndrom.

Slovo stres je převzato z anglického "*stress*", a to vzniklo z latinského slovesa "*stringo, stringere, strinx, strictum*", což znamená: utahovati, stahovati, zadržovati.

Slovo stres je blízké svým významem "presu", lisu a znamená působit tlakem na daný předmět (Křivohlavý, 1994).

Hrozba nezaměstnanosti

Nezaměstnanost je dle Slovníku sociálního zabezpečení sociálním jevem, který se řadí mezi tzv. sociální rizika (Arnoldová, 2002).

Po dlouhé období reálného socialismu byla v České republice nezaměstnanost prakticky neznámým jevem, zatímco nyní je palčivým problémem celé společnosti.

Nezaměstnanost představuje v současnosti jeden z nejsledovanějších a nejdiskutovanějších problémů. „Z ekonomického hlediska se za nezaměstnané považují osoby produktivního věku, které splňují dvě podmínky:

- *nemají placené zaměstnání ani příjem ze zaměstnání*
- *jsou dočasně uvolněny z práce*
- *očekávají, že budou zaměstnány*
- *aktivně hledají práci a jsou ochotny do práce nastoupit“*

(Buchtová, 2002).

Mobbing

V současné době se stále častěji hovoří o nejrůznějších projevech šikany na pracovišti. Tento specifický prvek se označuje jako mobbing, případně bossing.

Termín "*mobbing*" pochází z anglického slovesa "*to mob*" - obtěžovat, dotírat. V současné době se jím označuje šikánování či psychický teror na pracovišti (Beňo, 2003).

Bossing

I bossingu bychom měli v českém zdravotnictví věnovat náležitou pozornost. Bossing je analogický termín ke slovu mobbing a používá se pro násilné chování vedoucího, či vedoucích pracovníků vůči podřízeným. Vznikl od slova boss (šéf, předák, vedoucí). Praktiky mohou být razantnější než u mobbingu, protože šéf může použít i výrazné sankce, například: hrozit odmítnutí dovolené, výpověď a podobně (Beňo, 2003).

Sexuální obtěžování

Pod pojmem sexuální obtěžování (harrasement) rozumíme eroticky podbarvené chování či výzvy jedné osoby (strany), které druhá osoba (strana) nejen neopětuje, ale i odmítá. Aktivita je vnímána jako urážející, přičemž její rázné odmítnutí může být spojeno s určitými negativními následky pro toho, kdo je odmítá.

Násilí na zdravotnících

Zdravotníci se mohou stát obětí násilí ze strany pacientů hlavně ve dvou situacích:

- a) na psychiatrickém oddělení, kde jsou hospitalizováni psychicky a mnohdy i fyzicky neklidní pacienti,
- b) na běžném oddělení, kde se násilí jako takové nepředpokládá, ale může se vyskytnout od alkoholiků, drogově závislých, psychotiků, ale i jinak

„normálních“ lidí, kteří jsou psychicky labilní při dlouhých hodinách čekání v čekárnách lékaře, strachem o zdraví své, nebo svých blízkých (Haškovcová, 2004).

Konflikty na pracovišti

Lidé, s kterými se jako s kolegy setkáváme na pracovišti, jsou po našich rodinných příslušnících ti, kteří nás pravděpodobně nejvíce ovlivňují, nebo s kterými trávíme někdy i více času (když nepočítáme spánek). Často jsme nuceni pracovat s lidmi, kteří k nám přistupují s odstupem, jsou nám nesympatičtí, či nám dokonce vysloveně vadí. V takových situacích záleží nejen na naší pracovní pozici, ale také na našich osobních vlastnostech a na předchozích zkušenostech. Někdo je schopen konfliktům předcházet, a pokud vzniknou, tak je dovede efektně řešit. Někdo je naopak vysloveně konfliktní osobou.

Mobilizující konflikty

jsou takové, které mají na pracoviště pozitivní vliv, neboť vedou k rozvoji činnosti a jejímu zkvalitnění. Většinou jde o prosazování nových pracovních metod, reorganizaci pracoviště nebo výběr nových materiálních zdrojů, dodavatelů nebo odbytíšť.

Konflikty destruktivní

jsou naproti tomu negativním projevem ať již jednotlivce, managementu nebo celého pracoviště. Mobilizující konflikt může někdy přejít do formy destruktivního konfliktu a to tehdy, není-li zavčas a hlavně úspěšně vyřešen. Destruktivní konflikt kazí sociální klima, nevede k řešení problémů a často je jen důsledkem osobních šarvátek jednotlivých osob nebo pracovních skupin.

Komunikace

Většina zdravotníků se učí jak komunikovat s pacienty, ale malá pozornost je věnována tomu, jak komunikují sami mezi sebou. Otázkami komunikace se lidé zabývají již dlouho, historicky bývalo zvykem pokládat za nejdůležitější osobu řečníka, důkazem toho jsou obsáhlé knihy o rétorice. V Platónově dialogu Faidón, který je mimo jiné nejstarším dochovaným pojednáním o rétorice, Sokrates poukazuje na to, že je potřeba s lidmi mluvit terminologií odpovídající jejich vlastní zkušenosti. V dnešní době se soustředujeme nejen na to, kdo a jak hovoří, ale také co neříká a jak se při tom chová. Jak to říká, jak srozumitelně, jak mu je rozumět, jakým hlasem mluví, jak se přitom chová, co přitom dělá, jak se tváří.

Problémová komunikace může být v každém vztahu, vůbec se nemusí jednat jen o komunikaci mezi spolupracovníky, nebo mezi nadřízeným a podřízeným. Problém může vyvstat i při komunikaci s pacientem, nebo klientem, za samostatné pojednání by stálo to, kde chybujeme.

Závěr

Pro mnoho lidí není práce jen způsob obživy, ale má i svou vlastní hodnotu. Práce se stala jednou z hlavních životních aktivit. Je mnoho faktorů, které ji ovlivňují, a to jak pozitivně, tak negativně. Důležité ovšem je, aby se z povolání zdravotních sester nevytratil zájem o pacienta jako o lidskou bytost a nezbyl jen zájem o provedené činnosti.

Literatura

- [11] ARNOLDOVÁ, A. 2002. Slovník sociálního zabezpečení. 1. vyd. Praha: Galén, 2002. 461 s. ISBN 80-726-2175-0.
- [12] BEŇO, P. 2003. Můj šéf, můj nepřítel? 1. vyd. Šlapanice: ERA group, 2003. 181 s. ISBN 80-865-1734-9.
- [13] BUCHTOVÁ, B. 2002. Nezaměstnanost: psychologický, ekonomický a sociální problém. 1. vyd. Praha: Grada, 2002. 236 s. ISBN 80-247-9006-8.
- [14] HAŠKOVCOVÁ, H. 2000. Manuálek o etice. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků, 2000, 46 s. ISBN 80-701-3310-4.
- [15] Lidé stále častěji mění práci kvůli špatným vztahům na pracovišti [on line]. 2012 [citováno 2012-11-08]. Dostupné z: <http://www.nasepenize.cz/lide-stale-casteji-meni-praci-kvuli-spatnym-vztahum-na-pracovisti-9907>
- [16] KOUBEK, J. 2001. Řízení lidských zdrojů. 3. vyd. Praha: Management Press, 2001. 367 s. ISBN 80-7261-033-3.
- [17] KŘIVOHLAVÝ, J. 1994. Jak zvládat stres. 1. vyd. Praha: Grada, 1994. 190 s. ISBN 80-7169-121-6.

The Issue of Workplace Satisfaction from the Perspective of Nurses

Abstract

Working relationships in health care are often discussed. However they are not often described in the literature. Later, the most important factors which are influencing nurses satisfaction in a private or in a state health care facility are described.

Those are for example work motivation, relationship in workplace, working conditions, employee's benefits, stress, fear, unemployment, violence at workplace, communication and conflicts.

Key words

Work group, leadership styles, conflicts in workplace, communication at work, mobbing, bossing and sexual harassment

Kontaktní údaje

Mgr. Petra Vršecká
Vysoká škola polytechnická Jihlava
Katedra zdravotnických studií
Tolstého 16
586 01 Jihlava
tel.: 561 141 232
e-mail: vrseck@vspj.cz

Attitudes towards a Cesarean Section Presented by Pregnant Women in Podkarpacie (Poland)

Edyta Barnaś¹, Justyna Mik², Katarzyna Górka³,
Dominika Wała¹, Barbara Zych¹

¹Institute of Obstetrics and Emergency Medicine, University of Rzeszow, Poland

²Graduates: Obstetrics studies II, University of Rzeszow, Rzeszow

³NZOZ „Medyk”, Rzeszów, Polska

Abstract

Introduction. *Pregnancy is a special time for every women, however it is often a time of contradictory emotions: joy and anxiety for themselves and their child. In this context, the increasing rate of CS (caesarean section) around the world, also in Poland, gains special significance. Controversies and discussions regarding indications for a CS has been focusing on non-obstetric indications, a CS on maternal request and childbirth in women who underwent a CS in the past.*

Purpose. *This study aimed at discussing the attitudes towards a CS presented by pregnant women in Podkarpacie (Poland).*

Material and method. *The study group comprised of 125 women in the second or third trimester of gestation. Respondents came from Rzeszow. Two measuring tools were used: a questionnaire form developed by the authors and the State-Trait Anxiety Inventory (STAI).*

Results. *Respondents older than 23 and younger than 28 years old preferred vaginal birth ($p < 0.05$). A relation was found between the type of labour experienced by respondents and the way of ending gestation which would be the best for both the mother and her child i.e. vaginal birth ($p < 0.05$). Also emotions related to the previous experience of childbirth determined the selection of natural labour as the best option for the mother and her child ($p < 0.05$). State and trait anxiety was measured on a medium level in the study population (52.6 vs. 52.8).*

Key words

Labour, women's attitude, pregnant women, emotions

Introduction

Historical references concerning a Caesarean Section (CS) are as old as mythology; Hermes in order to save foetus's life was supposed to take Dionysus out of the womb of dead Semele whereas Apollo saved his son's life, Asclepius, by cutting him from

Koronis's womb (Waszyński, 1992). First CS were performed in ancient times but they were limited to situations when the child had to be rescued after mother's death or when, according to knowledge at that time, child's mother had no chance to survive (Nowacki, 2008). It is believed that till 1500 CS were performed only in dead women. The term "Caesarean section" was introduced by Francois Rousset in 1581 in his obstetric work, where he listed the following indications for a CS: difficulties during the labour caused by the size of a child, abnormal presentation, contracted pelvis, the age of pregnant women – too young or too old. This scientist didn't recommend closing the uterus with stitches. Trautmann was the first surgeon who performed a CS and delivered a live infant in Wittenberg in 1610. "Hernia of the uterus" after abdomen injury of the pregnant women was the indication. In 17th and 18th century these surgeries were performed sporadically and they were associated with a great risk of death due to haemorrhage and infections. This type of surgery was treated as "an act of despair" and mortality rate ranged between 60 and 100%, according to Waszynski. In Poland, Madurowicz performed the first CS in a live woman in 1870 (Werczyńska, Dmoch-Gajzlerska, 2007).

Currently, a CS is the most common surgical procedure in obstetrics and its rate has shown an increasing tendency for many years. In the 80's of the 20th century and earlier, CS rate ranged between 2 and 5% of all childbirths. Recent estimates show that currently every fourth infant is delivered through the CS (Todman, 2007). The WHO data for 2000-2006 show that the greatest CS rate was recorded in the Dominican Republic (31%), Portugal (30%), Colombia (27%), Malta (25%), the USA (23%), Hungary (23%), and Germany (22%) (WHO, 2008). The biggest number of pregnancies ended in CS was reported in Brazil, Chile, Thailand, Mexico, and Colombia, i.e. close to 30%. Small number of Caesarean deliveries is observed in the Netherlands where its rate is about 13% (Reroñ et al., 2005). Brazil is a country, in which obstetricians are very amenable to pregnant women's demands for a CS without any medical indications. Moreover, a significant difference is observed when comparing the number of CS performed in private clinics and public hospitals in this country i.e. 72% vs. 31%, respectively (Angeja et al., 2006).

In Poland almost 3-fold increase of the Caesarean delivery rate was reported starting from 11.9% in 1980 to 30.8% in 2005. In some centres it is greater than 40%, which is very disturbing since the international organisations responsible for control of treatment processes define the upper limit of CS rate as 14% (Suchocki, Piec, 2007). Data obtained in the Podkarpackie Voivodeship (Poland) between 2009 and 2011 indicate a continuing trend of high rate of CS reaching almost 40%.

Present epidemiological situation is a result of progress in medical sciences, which lead to widening the indications for a CS. On the other hand, a new phenomenon was observed as CS started to be performed "on maternal request". During the Congress of Gynaecologists in 1929 Max Hirsh was the first obstetrician who suggested performing a CS "on request", however other participants of this congress didn't show any significant interest in this topic. Present common trend accepting a CS on maternal request, which comprise between 0.3 and 18% of all Caesarean deliveries, lead to lively discussion in scientific magazines. As a result new guidelines and

recommendations regarding this issue were developed (McCourt et al., 2007). There is no official information about the rate of CS performed on maternal request in Poland.

The dynamics of the CS rate and its increase is determined by the region, its social and economic condition, and the quality of health care. The causes of the increasing number of Caesarean deliveries can be classified as: medical, social, and legal. Medical indications include: biophysical monitoring of the foetus, pelvic position, multiple pregnancy, and pregnancy after in vitro fertilisation (IVF). This group also comprises other non-obstetric indications. Legal aspects are related to clinicians' concerns about patients' financial claims and lawsuits if the course of natural labour or a vacuum-assisted vaginal delivery leads to fatal outcomes or complications. Social factors include the attitude of a pregnant women or/and her partner assuming that the CS is always safer for both, the mother and her child (Suchocki, Piec, 2007; Duckworth, 2008; Fenwick et al., 2010; Habiba et al., 2006). Numerous researchers claim that the high rate of CS correlates with women's fear of childbirth and it may even become a pathological form of tocophobia: a primary one in women who are expecting their first child, and secondary tocophobia in women who delivered at least one child in the past (Waldenström et al., 2006; Nieminen et al., 2009).

Progress observed in many scientific domains, also in the technique of CS, made this type of surgical procedure relatively safe with low mortality rate but still higher than in natural deliveries. According to Polish obstetricians the mortality rate after a Caesarean delivery concerning mothers is lower than 1/5000 childbirths (Słomko et al., 2006). However, increasing number of CS is responsible for the fact that obstetrics becomes a vanishing art. Nowadays fewer children are delivered vaginally and the number of obstetrical surgeries decreases as they are replaced by CS. This art vanishes since new adepts of obstetrics have no opportunity to see and learn how to perform surgical interventions in obstetrics other than the CS (Poręba, 2007). Learning which factors affect woman's final decision about the way of ending her pregnancy may become an important source of information for planning interventions in obstetrical care focused on promotion of a vaginal delivery as the most natural and safe labour for both, the mother and her child.

Purpose

Presentation of attitudes of pregnant women from Podkarpacie (Polska) toward the CS was the objective of this study.

Material and method

The study group comprised 200 women in the second or third trimester of gestation receiving medical care in gynaecologic-obstetrical outpatient clinics in Rzeszow (Poland). Every woman was informed about the objectives of the study and data anonymity before she decided to become a participant. Informed consent was obtained from every respondent. The study was designed at the end of 2009 and was performed between January and March 2010. The research project was based on a questionnaire form developed by the authors. The questionnaire consisted of general questions and

questions focusing on the course of previous pregnancies and childbirths as well as the course of present pregnancy. Additionally, the State-Trait Anxiety Inventory (STAI) was used to assess anxiety. STAI includes two separate questionnaires, each contains 20 items, and the respondent is asked to choose from four possible answers. The construct of STAI aims at differentiating between anxiety as a temporary state related to a specific situation (here women were asked to express their emotions when thinking of approaching labour) and anxiety as a relatively constant personal trait. Polish version of the State-Trait Anxiety Inventory was translated and adapted from the American STAI developed by C.D. Spielberger, R.L. Gorsucha and R.E. Lushene. Malgorzata Tysarczyk was the author of the final Polish version of STAI. According to scientists State-Anxiety is a temporary emotional condition, which is unstable and characterised by subjective and conscious feelings of fear and stress. It is accompanied by physiological and nervous arousal. This type of anxiety changes under the influence of various factors. Trait-Anxiety is a permanent trait of a person and it means predisposition to perceive objectively harmless situations as dangerous (Wrześniewski et al., 2006). This trait concerns only selected dimension of individual temper. Study material was obtained from 200 pregnant women, however only 125 correctly filled questionnaires were analysed. Statistical analyses were performed using Microsoft Excel and Statistica 7.0. The level of statistical reliability was set as $p < 0.05$.

Results

Respondents were pregnant women aged between 18 and 42. The mean age was 27.32 years old. The majority of participants lived in a town with a population of 50,000. Every fourth respondent lived in the country. The mean period of education was 16 years; the shortest was 5 and the longest one – 22 years. Most women were professionally active (almost 70%). Respondents who expected their first child comprised 47% whereas the remaining 53% gave birth at least once in the past (1 to 5 childbirths). One respondent declared she had five labours before this one. The majority of participants (93%) declared that their course of gestation was normal. Then respondents' attitudes to approaching childbirth were analysed. A 10-point visual analogue measuring scale (VAS) was used where "1" corresponded to "I'm terrified, I'm terribly scared" whereas "10" meant being calm and happy as well as "I can't wait for this important day". The mean score was 0.56 which reflected a good attitude towards labour. Table 1 presents the abovementioned data.

Table 1 The profile of the study population.

Variables	Number (N)	Mean	Mode	Number of mode element	Minimum	Maximum
Age	125	27.32800	24.000	16	18.000	42.000
Place of residence	125	2.1840	2.000	56	1.000	3.0000
Period of education (years)	125	16.0800	17.000	43	5.000	22.000
Professional activity	125	0.8030	4.000	47	1.000	6.000
Number of childbirths in the past	125	0.7000	0.000	59	0.000	5.000
Course of present pregnancy	125	0.2457	1.000	117	1.000	2.000
Attitude towards labour	125	0.5678	5.000	26	1.000	10.000

Then we analysed the method of ending pregnancy in women who had deliveries in the past. The majority of respondent had normal vaginal births (35% of all respondents). One woman had a c-section since there was no progress in vaginal birth. Table 2 shows these data.

Table 2 The type of labour.

Type of labour	Num ber	Total number	Percentage - Important	Total % - Important	% of all - cases	Total % - of all
Nulliparas	59	59	47.20000	47.2000	35.97561	35.9756
Normal vaginal birth	44	103	35.20000	82.4000	26.82927	62.8049
c-section (CS)	21	124	16.80000	99.2000	12.80488	75.6098
Attempted vaginal birth but labour ended with c-section	1	125	0.80000	100.0000	0.60976	76.2195

The analysis of anxiety levels expressed by pregnant women as state related to childbirth was 52.6 (SD = 27.65). However, extreme values were found i.e.: one woman got 0 which indicated very low level of state anxiety caused by approaching labour. At the same time, two respondents obtained scores assigning them to the 99th centile, which corresponded to very high levels of anxiety. The analysis of trait anxiety revealed that two out of 125 women received scores from the second centile indicating low anxiety and one respondent expressed high anxiety level i.e. her score belonged to the 93rd centile. Table 3 presents these data.

Table 3 Anxiety level (according to STAI) in the study group.

Variable	Number (N)	Mean	Mode	Number of mode element	minimum	maximum	Standard deviation
State anxiety	125	52.6400	72.000	10	0.000	99.000	27.64563
Trait anxiety	125	52.82400	multiplicity	9	2.000	93.000	25.28963

Next we analysed a relation between respondents' opinions about the best method of ending pregnancy and particular descriptive variables. Several relations were found. Respondent's age determined the choice of a delivery, which would be best for the mother. Women between the ages of 23 and 28 selected vaginal birth most frequently ($p=0.047$). No such relation was observed as far as the choice of delivery with respect to child's safety was concerned ($p>0.05$). Furthermore, we found that the type of previous childbirths influenced the selection of a type of approaching labour. Vaginal birth was indicated by the majority of respondents in relation to both, mother's and child's best interest ($p=0.000089$ vs. $p=0.000037$). Also, a relation between emotions related to previous labour and the choice of vaginal birth as the best solution for the mother and her child was proven ($p=0.02$ vs. $p=0.0043$). Remaining variables had no influence of respondents' choice of a type of future labour. Table 4 presents data concerning those issues.

Table 4 A relation between respondents' opinions about the type of approaching labour which would be the best solution for the mother and her child vs. selected descriptive variables.

The best method of ending pregnancy vs. selected variable				
Variables	For mother		For child	
	vaginal birth	C-section	vaginal birth	C-section
respondent's age	Ch ² = 30.3406 df=19 p=0.047644		Ch ² = 22.6147 df=19 p=0.254769	
place of residence	Ch ² = 0.655085 df=2 p=0.720693		Ch ² = 0.272260 df=2 p=0.872729	
period of education (years)	Ch ² = 18.2220 df=13 p=0.149295		Ch ² = 17.1494 df=13 p=0.192586	
professional activity	Ch ² = 3.03895 df=5 p=0.693980		Ch ² = 7.76684 df=5 p=0.169573	
number of previous labours	Ch ² = 8.67167 df=5 p=0.122910		Ch ² = 7.00396 df=5 p=0.220356	
type of previous labours	Ch ² = 21.3427 df=3 p=0.000089		Ch ² = 23.1958 df=3 p=0.000037	
emotions accompanying childbirth	Ch ² = 19.4657 df=9 p=0.021521		Ch ² = 23.9601 df=9 p=0.004368	
presence of a relative/friend during childbirth	Ch ² = 2.99178 df=2 p=0.224054		Ch ² = 5.07137 df=2 p=0.079212	
participation in childbirth classes	Ch ² = 0.437063 df=1 p=0.508545		Ch ² = 0.748884 df=1 p=0.386832	
state anxiety	Ch ² = 27.8299 df=34 p=0.763211		Ch ² = 40.8260 df=34 p=0.195564	
trait anxiety	Ch ² = 31.1483 df=32 p=0.509495		Ch ² = 35.7855 df=32 p=0.295196	

Discussion

This prospective study proved that selected demographic and emotional factors influenced the attitude of women from Podkarpacie towards the CS. The study population comprised women of reproductive age with a mean age of 27.32 years. These parameters were similar to data presented by other Polish researchers, who showed that the mean age of women giving birth to children in Poland was 26 years (Romejko-Wolniewicz et al., 2007). As far as women between 23 and 28 years old were concerned, respondent's age determined the choice of a way of giving birth to her child which would be the best for both, the mother and the infant. A natural vaginal delivery was indicated by the majority of participants from this age subgroup ($p=0.047$).

Most women from our study group lived in a town with a population of 50,000. The mean period of education (years at school) was 16 years. The majority of respondents worked professionally (almost 70%). All analysed variables had no influence on respondents' attitudes towards the method of ending their pregnancy ($p>0.05$). Only one relation was found in a subgroup of women who delivered a child in the past (53% of the study group). These women were convinced that the only type of childbirth safe for the mother and her child was a natural delivery ($p=0,000089$ vs. $p=0,000037$). Dursun et al. presented that 89% of their respondents believed that the vaginal delivery was a natural way of giving birth to an infant and declared they wanted to deliver their children this way. In a group of 400 women only 25% of them would choose a CS in order to avoid lowering of the uterus and urinary incontinence whereas 50% would make this choice to avoid pain and minimise the risk of labour for their child (Dursun et al., 2011). However, Chingbu et al. showed that older Nigerian women and those who received treatment for infertility comprised the group of respondents who most frequently chose the CS. On the other hand, the majority of these women would like to have a natural delivery in future (Chigbu et al., 2007). In our study, emotions experienced by respondents during previous childbirths determined their present attitude towards a natural delivery as the best solution for the mother and her child ($p=0,02$ vs. $p=0,0043$). Childbirth experiences (personal or those described by friends or relatives) and cultural factors were analysed by Munro et al. in a group of 17 women who decided to have a CS without any medical indications (Munro et al., 2009). These outcomes clearly indicate the need for more intense psycho-preventive interventions for women during preconception care and before childbirth. The influence of social and cultural variables on woman's decision about the type of labour was noticed by obstetricians ($n=70$) taking care of pregnant women (Manusco et al., 2008). It seems interesting that in our study no relation was found between present emotions of labouring women (state anxiety) and their attitude towards the type of a delivery ($p>0.05$). It may be assumed that this outcome results from medium levels of anxiety when thinking about approaching childbirth (the mean of 52.6 with $SD=27.65$). According to Zar et al. trait anxiety observed in women after childbirth may reflect a tendency to reveal anxiety behaviours as a result of labour, medical interventions, child's health status, etc. However, state anxiety is related to knowledge about childbirth and a present experience of labour. Therefore, women who are more aware of childbirth, better prepared for a delivery, and have positive

experiences present lower levels of anxiety (Zar et al., 2001). Robertson concluded that a high level of anxiety was a powerful predictor of anxiety disorders during the period before childbirth (Robertson et al., 2004). Our outcomes indicate that emotional attitude of pregnant women with regard to approaching labour reached a medium level (0.56 points), which was similar to results of a Turkish study concluding that levels of experienced fear before a delivery correlated with anxiety and this correlation was positive and moderate ($r=0.42, p<0.01$) (Körükcü et al., 2010).

Weaver et al. performed a study among pregnant women and obstetricians from the United Kingdom and Ireland. They suggested that the increased number of CS on maternal request is a result mother's concern about her child and herself (Weaver et al., 2007). Similar conclusions were drawn by Romero et al. who pointed to the fact that woman's fear interpreted by obstetricians as fear of childbirth most commonly refers to mother's concern about her child's health rather than her own feelings and comfort (Romero et al., 2011).

Among women participating in our study trait anxiety was on a medium level (52.8 with $SD=25.2$). There are publications indicating discrepancies regarding interpretations of STAI scores obtained from pregnant women e.g. Grant et al. identified disorders when scores over 40 were recorded; Moss et al. defined the level of cut-offs > 45 ; whereas Field et al. set this value to be >48 (Meades et al., 2011). Our results suggest that direct cooperation between carers and close relatives or friends of a pregnant woman should become the basis for interventions concerning that woman. In the light of this discussion the outcomes of study performed among 815 midwives, members of the Australian College of Midwives, analysing their attitude towards women with emotional disorders seem interesting. Results of this study indicated that midwives wanted to offer their help and emotional support. However, in clinical practice they felt limited due to the lack of competencies rather than interest (Jones et al., 2012). Therefore, cooperation within the therapeutic team needs to be tightened and maybe additional training for midwives regarding these issues should be organised.

Our results didn't confirm a relation between attending childbirth classes or presence of close relatives or friends during previous labours and respondent's attitude towards the way of ending her pregnancy ($p>0.05$). Findings presented by Khunpradit et al. are in contradiction with ours. They show that psycho-prevention promoted during childbirth classes, which included relaxation exercises, may have a significant influence on decreasing CS rates in low risk pregnancies (Khunpradit et al., 2011). It may be concluded that promoting childbirth classes is a type of antidote to the trend of CS on maternal demand.

Practical implications

When concluding after the authors of above-mentioned studies and reassuming our findings, we suggest that correct identification of factors influencing the preferences of pregnant women regarding the type of labour is a starting point for a diagnosis. As a consequence, preventive interventions may be planned and introduced in order to reduce the rate of CS.

References

- [1] ANGEJA, A.C.E., WASHINGTON, A.E., VARGAS, J.E. ET AL. 2006. *Chilean women's preferences regarding mode of delivery: which do they prefer and why?* BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynecology. 2006, 113:1253-1258.
- [2] CHIGBU, C.O., EZEOME, I.V., ILOABACHIE. 2007. *Cesarean section on request in a developing country.* International Journal of Gynaecology & Obstetrics. 2007 (96): 54-56.
- [3] DUCKWORTH, S. 2008. *Should maternal choice be an indication for cesarean section?* International Journal of Surgical. 2008 (6): 277-280.
- [4] DURSUN, P., YANIK, F.B., ZEYENELÖGLU, H.B., BASER, E., KUSCU, E., AYHAN, A. 2011. *Why women request cesarean section without medical indication?* Journal Maternal Fetal Neonatal Medicine. 2011,24(9):1133-7.
- [5] FENWICK, J., STAFF, L., GAMBLE, J., CREEDY, D.K., BAYES, S. 2010. *Why women request cesarean section in a normal healthy pregnancy?* Midwifery. 2010 (26): 394-400.
- [6] HABIBA, M., KAMINSKI, M., DA FRE, M., MARSAL, K., BLEKER, O., LIBRERO, J., GRANDJEAN, H., GRATIA, P., GUASCHINO, S., HEY, W., TAYLOR, D., CUTTINI, M. 2006. *Cesarean section on request: a comparison of obstetrician's attitudes in eight European countries.* BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynecology. 2006,113:647-656.
- [7] JONES, C.J., CREEDY, D.K., GAMBLE, J.A. 2012. *Australian midwives; attitudes towards care for women with emotional distress.* Midwifery. 2012,28:216-221.
- [8] KHUNPRADIT, S., TAVENDER, E., LUMBIGANON, P., LAOPAIBOON, M., WASIAK, J., GRUEN, R.L. 2011. *Non-clinical interventions for reducing unnecessary cesarean section.* Cochrane Database Systematic Review. 2011,15(6):CD 005528.
- [9] KÖRÜKCÜ, Ö., FIRAT, M.Z., KUKULU, K. 2010. *Relationship between fear of childbirth and anxiety among Turkish pregnant women.* Procedia Social and Behavioral Sciences. 2010,5:467-470.
- [10] MANUSCO, A., DE VIVO, A., FANARA, G., ALBIERO, A., PRIOLO, A.M., GIACOBBE, A., FRANCHI, M. 2008. *Cesarean section on request: are there loco-regional factors influencing maternal choice? An Italian experience.* Journal of Obstetrics & Gynaecology. 2008,28(4):382-4.
- [11] McCOUT, C., WEAVER, J., STATHAM, H., BEAKE, S., GAMBLE, J., CREEDY, D.K. 2007. *Elective cesarean section and decision making: a critical review of the literature.* Birth. 2007,34(1):65-79.
- [12] MEADES, R., AYERS, S. 2011. *Anxiety measures validated in perinatal populations: A systematic review.* Journal of Affective Disorders. 2011,133:1-15.

- [13] MUNRO, S., KORNELSEN, J., HUTTON, E. 2009. *Decision Making in Patient- Initiated Elective Cesarean Delivery: The Influence of Birth Stories*. Journal of Midwifery & Women's Health. 2009,54(5):373-379.
- [14] NIEMINEN, K., STEPHANSSON, O., RYDING, E.L. 2009. *Women's fear of childbirth and preference for cesarean section- a cross-sectional study at various stages of pregnancy in Sweden*. Acta Obstetrica & Gynecologica Scandinavica. 2009;88(7):807-13.
- [15] NOWACKI, R. 2008. *Od mitologii do współczesności – z historii cięcia cesarskiego*. Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia. 2008;1(1):5-7.
- [16] PORĘBA, R. 2007. *Cięcie cesarskie – korzyści i zagrożenia*. Ginekologia i Położnictwo. 2007;1(3):22-34.
- [17] REROŃ, A. ET AL. 2005. *Ewolucja wskazań do cięcia cesarskiego*. Przegląd Ginekologiczno-Położniczy. 2005;5(1):25-30.
- [18] ROBERTSON, E., GRACE, S., WALLINGTON, T., STEWART, D.E. 2004. *Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis for recent literature*. General Hospital Psychiatry. 2004,26:289-295.
- [19] ROMEJKO – WOLNIEWICZ, E., GORSIAK, A., ZARĘBA – SZCZUDLIK, J., CZAKOWSKI, K. 2007. *PORÓD PO CIĘCIU CESARSKIM- KIEDY NALEŻY SIĘ OBAWIAĆ? KLINICZNA PERINATOLOGIA I GINEKOLOGIA*. 2007,43(4):21-28.
- [20] ROMERO, S.T., COULSON, C.C., GALVIN, S.L. 2011. *Cesarean Delivery on Maternal Request: A Western North Carolina Perspective*. Maternal Child Health Journal. 2011,13.
- [21] Słomko, Z. et al. 2006. *Najważniejsze zagadnienia dotyczące cięcia*. Ginekologia i Położnictwo. 2006; (2):7-22.
- [22] SUCHOCKI, S., PIEC, P. 2007. *Cięcie cesarskie na przełomie XX i XXI wieku – aktualne problemy*. Ginekologia i Położnictwo. 2007; 1(3):15-21.
- [23] TODMAN, D. 2007. *A history of cesarean section: from ancient world to the modern era*. The Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology. 2007;47(5):357-61.
- [24] WALDENSTRÖM, U., HIDINGSSON, I., RYDING, E. 2006. *Antenatal fear of childbirth and its association with subsequent caesarean section and experience of childbirth*. BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynecology 2006;113(6):638-46.
- [25] WASZYŃSKI, E. 1992. *Rozwój wskazań do cięcia cesarskiego*. Kliniczna Perinatologia i Ginekologia. 1992;(4):22-26.
- [26] WEAVER, J.J., STATHAM, H., RICHARDS, M. 2007. *Are There "Unnecessary" Cesarean Sections? Perceptions of Women and Obstetricians About Cesarean Sections for Nonclinical Indications*. Birth. 2007, 34(1):32-41.
- [27] WERCZYŃSKA, A., DMOCH-GAJZLERSKA, E. 2007. *Cesarskie cięcie – jedną z dróg porodu*. Położna - nauka i praktyka. 2007:1.
- [28] WORLD HEALTH ORGANIZATION. 2008. World Health Statistics 2008:56-64.

- [29] WRZEŚNIEWSKI, K., SOSNOWSKI, T., JAWOROWSKA, A., FECENES, D. 2006. *Inwentarz Stanu i Cechy Lęku STAI. Polska adaptacja STAI*. Pracownia Testów Psychologicznych, Warszawa 2006.
- [30] ZAR, M., WIJMA, K., WIJMA, B. 2001. *Pre- and postpartum fear of childbirth in nulliparous and parous women*. *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy*. 2001,30:75-84.

Contact for authors

Dr n med. Barbara Zych
Mgr Dominika Wała
Dr n med. Edyta Barnaś
Instytut Położnictwa i Ratownictwa Medycznego
Ul. Pigońia 6
35-205 Rzeszów, Polska
Tel.: +48 17 8721195

Informovanosť u pacientov s pľúcnou embóliou

Anna Benčeková

FOaZOŠ SZU v Bratislave, SR

Abstrakt

Východiská: V súčasnosti medzi najčastejšie ochorenia patria srdcovo-cievne choroby, zaraďuje sa sem i tromboembolická choroba. Poznanie rizikových faktorov a preventívnych opatrení, ktoré dokázateľne ovplyvňujú tromboembóliu má preto svoj význam. Zisťovali sme úroveň informovanosti respondentov o rizikových faktoroch a preventívnych opatreniach tromboembolizmu a vplyve na kvalitu života respondentov.

Súbor a metódy: Dotazníkovou metódou sme oslovili 36 respondentov, našich pacientov, po prekonaní pľúcnej embólie. Výsledky sme vyhodnotili matematicky a graficky.

Výsledky: Výsledky prieskumu jednoznačne potvrdili dôležitosť poskytovania informácií ako i pozitívny vplyv vedomostí na kvalitu života respondentov v osobnej i pracovnej oblasti.

Záver: Edukácia je súčasťou ošetrovateľskej starostlivosti. Jej úlohou je nielen učenie, ale aj výchova pacientov ku uvedomovaniu si významu zdravia, ako i dodržiavania preventívnych a liečebných opatrení. Sestry ovplyvňujú nielen tie osoby, ktoré edukujú, ale sekundárne aj ich rodiny a spoločnosť.

Kľúčové slová

Pľúcna embólia, rizikové faktory, prevencia, informovanosť pacientov, kvalita života

Úvod

Slovensko je v európskom rebríčku úmrtnosti na kardiovaskulárne ochorenia (patrí sem i pľúcna embólia) na jednom z najhorších miest. Kardiovaskulárne choroby majú najvyššiu prevalenciu v príčinách hospitalizácie, invalidizácie, zvyšovania nákladov na zdravotnícku starostlivosť a smrti (<http://www.uvzs.sk/docs/info/podpora/NPPOC>).

Pľúcna embólia, rizikové faktory

Embóliu do pľúcnej artérie spôsobuje najčastejšie krvná zrazenina (trombus – potom hovoríme o tromboembolickej chorobe), ktorá sa uvoľnila zo žilového systému dolných končatín alebo malej panvy.

Vznik hlbokoj žilovej trombózy predstavuje teda najčastejší rizikový faktor pre vznik pľúcnej embólie. Faktory podporujúce vznik trombózy žíl sú preto rizikové aj pre pľúcnu embolizáciu (Day, 2005).

Virchowovu triádu tvorí:

- Žilová stáza – spomalenie toku krvi na základe obehového ochorenia (napríklad srdcová nedostatočnosť), pri dlhodobej imobilizácii pacienta – úrazy, operácie, stavy bezvedomia, chronické a maligné ochorenia, obezita, starší pacienti.
- Abnormality a chorobné zmeny cievnej stený.
- Poruchy krvnej zrážanlivosti (Widimský, 2002).

Medzi primárne hyperkoagulačné stavy patrí napríklad deficit antitrombínu III., proteínu C alebo S a defekty spontánnej fibrinolýzy. Ku sekundárnym hyperkoagulačným stavom patria najčastejšie pooperačné stavy a úrazy, hormonálna antikoncepcia, komplikovaná gravidita a pôrod, malígne tumory (Grawitzov tumor), fibrilácia predsiení, hyperviskózne stavy pri polycytémii a leukémii a ďalšie (Gaspar, Štvrtina, 2005).

Malá časť embolizácií, asi 5% má pôvod trombózy v inej časti žilového riečiska (napríklad v žilách horných končatín, panvy, dutej žily) alebo vzniká z trombov nasadajúcich na endokard pravostranných srdcových oddielov. Tieto zdroje embolizácie sa uplatňujú pri poraneniach príslušnej oblasti, v prítomnosti katétrov, prípadne stimulačných elektród v centrálnom žilovom riečisku, v pravostranných srdcových oddieloch alebo v pľúcni. Vznik trombov na ich povrchu môže byť príčinou následnej embolizácie do pľúcnice (Gaspar, Štvrtina, 2005).

Preventívne opatrenia pľúcnej embólie

Význam prirodzenej výživy v prevencii civilizačných chorôb je vedecky potvrdený (Huttová, Padyšáková, Drobná, 2008). Ďalšie preventívne opatrenia zahŕňajú (Kalužová, Prokopová, 2000 a Křečková, Bělohávek, 2011): úsilie skrátiť dobu imobilizácie, včasnú a aktívnu rehabilitáciu u ležiacich pacientov. Pri malom riziku trombózy je u ležiacich pacientov prospešné cvičenie – dorzálna a plantárna flexia nôh po dobu jednej minúty každú hodinu. Pri malom a strednom riziku sa využívajú elastické antitrombotické pančuchy (kompresia nad členkom do 20 mmHg), v bežnej praxi sú často nahradzané bandážou elastickými obvazmi. Najúčinnjšou fyzikálnou prevenciou je intermitentná elastická kompresia nafukovacími pančuchami, ktorá podstatne znižuje výskyt žilovej trombózy.

Vo farmakologickej prevencii sa využívajú najmä minidávky heparínu, nízkomolekulárne heparíny – aplikované subcutánne, kyselina acetylsalicylová, warfarin a menej často rheodextrán (Valenta, 2000).

Dôležitú úlohu má sestra, ako edukátor v spolupráci s lekárom, asistentom výživy a fyzioterapeutom.

Cieľom edukačného procesu je:

- edukovať pacienta o rizikových faktoroch vzniku tromboembólie,
- vysvetliť význam preventívnych opatrení tromboembólie,
- poučiť o zmene životosprávy,

- vysvetliť význam včasnej rehabilitácie (po operačných zákrokoch),
- naučiť správne cvičiť (cievna gymnastika, vhodné športy – plávanie, chôdza),
- naučiť správne si priložiť tlakový kompresívny obvaz na dolné končatiny (v domácich podmienkach, skôr ako sa postaví ráno z postele, správny postup),
- poučiť o vhodných cvikoch počas cesty pred dlhším cestovaním (lietadlom, vlakom, autobusom...),
- naučiť správne aplikovať nízko molekulárny heparín v domácich podmienkach, vybrať si správne miesto aplikácie heparínu,
- pri liečbe perorálnymi antikoagulanciami edukovať o možných prejavoch krvácania, o diétnych opatreniach, nutnosti nosiť preukaz o antikoagulačnej liečbe a pravidelných kontrolných odberoch krvi.

Súbor a metódy

Oslovili sme 36 pacientov po prekonaní pľúcnej embólie 56 % mužov a 44 % žien. Použili sme empirickú metódu dotazník vlastnej konštrukcie. Dotazník bol anonymný a dobrovoľný, obsahoval 26 otázok.

Ciele prieskumu:

- zistiť úroveň informovanosti respondentov o rizikových faktoroch a preventívnych opatreniach tromboembolizmu,
- posúdiť vplyv informovanosti v sledovanej oblasti na kvalitu života respondentov,
- zmapovať názor respondentov na dodržiavanie liečebných a preventívnych opatrení,
- posúdiť toleranciu telesnej záťaže a ťažkostí a ich vplyv na zmeny v osobnom i pracovnom živote respondentov.

Výsledky

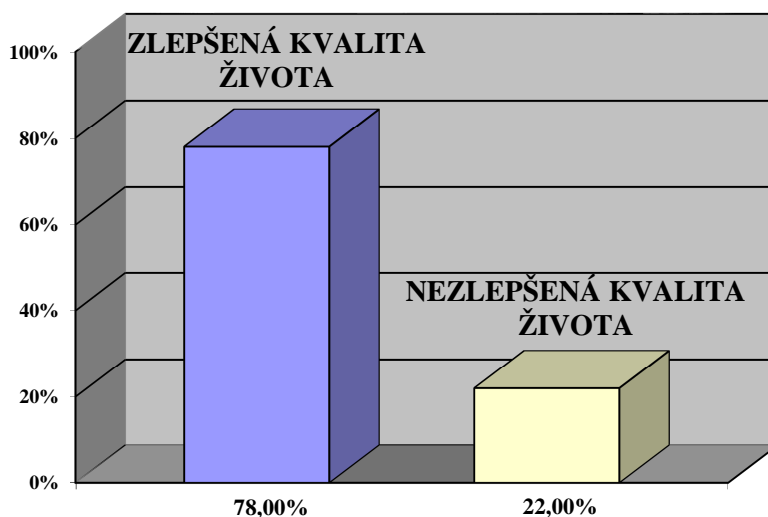
Predpokladali sme, že u pacientov po prekonaní pľúcnej embólie kvalita života závisí od informovanosti o rizikových faktoroch a preventívnych opatreniach. Pozitívnym hodnotením bolo, že až u 78 % oslovených informovanosť zlepšila kvalitu života, len u 22 % sa kvalita života nezlepšila (graf 1). Vysokú úroveň informovanosti uvádza 46 % respondentov, zároveň 63 % oslovených si priebežne a aktívne dopĺňa poznatky a 6 % respondentov má málo informácií.

Za najviac rizikové faktory oslovení považujú:

- operácie – 93 % respondentov;
- imobilitu – 88 % respondentov;
- obezitu – 85 % respondentov;
- srdcovo-cievne ochorenia – 56 % respondentov;
- žilovú trombózu a cukrovku – 35 % respondentov.

Medzi najčastejšie vybrané preventívne opatrenia všetci respondenti uviedli bandáž dolných končatín; 94 % respondentov označilo lieky (antikoagulanciá). Zmenu v životospráve preferuje 81 % oslovených, 79 % obmedzilo živočíšne tuky v strave, včasnú rehabilitáciu po operáciách udáva 71 %; cievnu gymnastiku – 21 %. Respondenti získali informácie najčastejšie od ošetrojúceho lekára, (kardiológa, cievneho chirurga) a sestry.

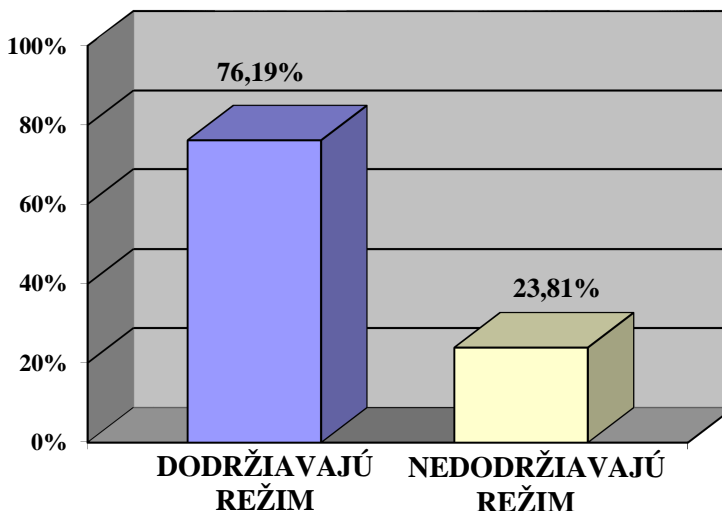
Graf 1 Informovanosť o rizikových faktoroch, preventívnych opatreniach tromboembolizmu a vplyve na kvalitu života



Zaujímalo nás, akú pozornosť respondenti venujú technike prikladania elastickej bandáže. Až 86 % respondentov ovláda správnu techniku naloženia elastickej bandáže na dolné končatiny. Správne označili kedy sa má bandáž prikladať, ako i postup bandáže. Kompresívne pančuchy používa 32 % respondentov; spolu 68 % respondentov používa na fyzikálnu prevenciu bandáž elastickými obvazmi.

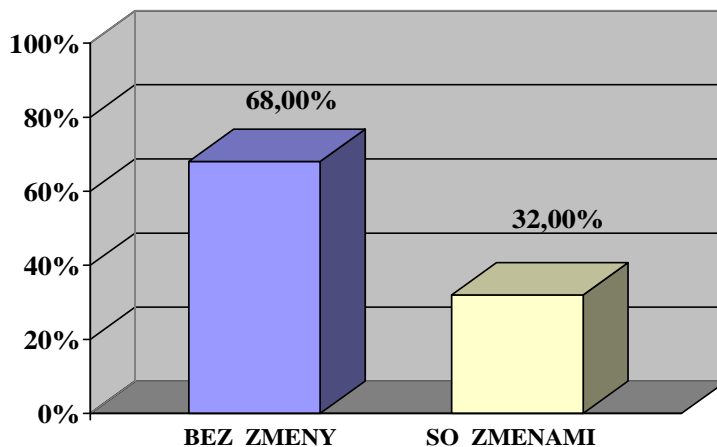
V sledovanej vzorke pacientov 76 % dodržiava liečebný režim. Respondenti majú informácie aj o nežiaducich účinkoch antikoagulačnej liečby (uviedli: 97 % – krvné podliatiny; krvácanie z ďasien – 88 %; krvácanie z nosa – 78 %; krv v moči – 50 % a krv v stolici – 43 %; 26 % – krvácanie do telesných dutín a orgánov). 93 % respondentov správne označili nevhodné jedlá a bylinkové čaje (s vysokým obsahom vitamínu K) v spojitosti s užívaním antikoagulačných liekov. 81 % respondentov upozorní na užívanie antikoagulačných liekov svojho zubára alebo iného lekára. Preventívne opatrenia pred úrazmi uviedli že dodržiavajú všetci. 9 % respondentov používa na prevenciu pred krvácaním z ďasien mäkkú zubnú kefku; 96 % sa vyhýba silovým športom; 32 % sa vyhýba kolektívnym športom (graf 2).

Graf 2 Dodržiavanie liečebného režimu



Zaujímalo nás, ako ovplyvňuje ochorenie kvalitu života, aké zmeny vnímajú respondenti. 32 % oslovených udáva zmeny v osobnom i pracovnom živote. 68 % dobre tolerujú telesnú záťaž a sú bez ťažkostí. Tretina oslovených udáva zmeny v pracovnej oblasti po prekonaní ochorenia – 33 %; u 11 % nastali zmeny v zmysle straty zamestnania (2) a ďalší dvaja sú PN; 8 % vykonáva menej zaťažujúcu fyzickú prácu; 6 % respondentov udáva zníženie pracovného úväzku; také isté percento respondentov je na čiastočnom invalidnom dôchodku a jeden zostal na plnej invalidite. 67 % respondentov neuvádza zmeny v pracovnom zaradení. Na základe výsledkov môžeme konštatovať, že pacienti tolerujú telesnú záťaž, 75 % oslovených je sebestačných v hygienických úkonov; 71 % nemá problémy pri domácich prácach; 32 % toleruje prácu v záhrade. Najmenej tolerovanú záťaž – aktívny šport uviedlo 12 % (graf 3).

Graf 3 Zmeny v osobnom i pracovnom živote



Diskusia

Podľa Svetovej zdravotníckej organizácie zohráva životný štýl v súčasnosti stále významnejšiu úlohu pri vzniku a rozvoji ochorení. Preto je snahou sestier motivovať ľudí k záujmu o vlastné zdravie a k odstráneniu rizikových faktorov zo svojho života. Analýza prieskumu potvrdila, že respondenti majú informácie o rizikových faktoroch a preventívnych opatreniach tromboembolizmu a zároveň si ich aktívne dopĺňajú. Predpokladom participácie pacienta na nej je dostatočné poučenie, informovanosť, edukácia. Aj Křečková a Bělohlávek zdôrazňujú fakt, že pacient musí svojmu ochoreniu a liečeniu rozumieť (2011).

Len dobre informovaný, motivovaný a spolupracujúci pacient je schopný zmeniť svoj životný štýl. Dôležitosť edukácie, ako jedného z kľúčových komponentov starostlivosti je plne v kompetencii sestry, čo je v podmienkach Slovenskej republiky zakotvené vo Vyhláske MZ SR č. 364/2005.

Edukácia je súčasťou ošetrovateľskej starostlivosti. Jej úlohou je nielen učenie, ale aj výchova pacientov k uvedomovaniu si významu zdravia, ako i dodržiavania preventívnych a liečebných opatrení. Práve sestry zohrávajú významnú úlohu pri výchove ľudí k zdravému spôsobu života. Ovplyvňujú nielen tie osoby, ktoré edukujú, ale sekundárne aj ich rodiny a spoločnosť (Musilová, Padyšáková, 2011).

Záver

Pľúcna embólia patrí medzi chronické ochorenia, ktoré výrazne pozmeňujú kvalitu života postihnutých ľudí a majú značný sociálny dopad. Prevencia je prioritná nielen pre ohrozených jedincov, ale aj pre rezort zdravotníctva a sociálny sektor. Chronické choroby sú tak jedným z determinantov kvality zdravotnej a sociálnej starostlivosti (Padyšáková, 2011).

Špecifickosť starostlivosti o pacientov s tromboembolickým ochorením vyplýva najmä zo zmeny ich životného štýlu, znalosti rizikových faktorov a dodržiavania preventívnych a liečebných opatrení. A práve sestry tu zohrávajú nezastupiteľnú úlohu. Na základe analýzy výsledkov prieskumu a skúseností navrhujeme:

- edukovať pacientov a rodinných príslušníkov o rizikových faktoroch a preventívnych opatreniach tromboembólie,
- v praxi používať vypracovaný štandardný edukačný plán a prípadne aj informačný materiál pre pacientov a rodinných príslušníkov (napr. správne naloženie bandáže na DK...),
- podporovať samo vzdelávanie pacientov, umožniť im prístup k odbornej literatúre,
- ponúknuť pacientom možnosť stretávať sa v kardiokluboch a organizovať odborné prednášky v kardiokluboch.

Literatúra

- [1] DAY, M.V. 2005. Pulmonary embolism. In *Nursing*. ISSN 0360-4039, 2005, roč. 35, č. 9, pp. 88.
- [2] GASPAR, L., ŠTVRTINA, S. 2005. Rizikové faktory tromboembolickej choroby u pacientov na interných oddeleniach. In *Interná medicína*. ISSN 1335-8359, 2005, roč. V., júl – august, s. 261–262.
- [3] HUTTOVÁ, M., PADYŠÁKOVÁ, H., DROBNÁ, H. Materské mlieko chráni dieťa pred civilizačnými chorobami. In *Neonatologické zvesti*. ISSN 1335-2504. - Roč. 12, č. 2 (2008), s. 46–50.
- [4] KALUŽOVÁ, E., PROKOPOVÁ, H. 2000. Komplexní prevence plicní tromboembolie. In *Sestra*. ISSN 1210-0404, 2000, roč. X., č. 2, s. 4–5.
- [5] KŘEČKOVÁ, M., BĚLOHLÁVEK, J. 2011. Chronické srdeční selhání v ambulantní péči. In *Sestra*. ISSN 1210-0404, 2011, roč. 21, č. 1, s. 34–37.
- [6] MUSILOVÁ, E., PADYŠÁKOVÁ, H. 2011. Využitie pedagogickej metódy persúázie v podpore zdravia. In *Jihlavské zdravotnícké dny 2011, I. ročník, Jihlava, ČR, 21. 4. 2011. Sborník z mezinárodní konference*. Jihlava : Vysoká škola polytechnická, 2011. ISBN 978-80-87035-37-5. s. 470–475.
- [7] PADYŠÁKOVÁ, H. 2011. Determinanty kvality zdravotnej a sociálnej starostlivosti na Slovensku. In *Jihlavské zdravotnícké dny 2011, I. ročník, Jihlava, ČR, 21. 4. 2011 Sborník z mezinárodní konference*. Jihlava : Vysoká škola polytechnická, 2011. ISBN 978-80-87035-37-5. s. 512–518.
- [8] VALENTA, J. et al. 2000: Prevence žilní tromboembolické nemoci. In *Rozhledy v chirurgii*. ISSN 0035-9351, 2000, roč. 79, č. 1, s. 3–8.
- [9] Vyhláška 364/2005 MZ SR ktorou sa určuje rozsah poskytovanej praxe sestrou samostatne a v spolupráci s lekárom a rozsah praxe pôrodnej asistencie poskytovanej pôrodnou asistentkou samostatne a v spolupráci s lekárom.
- [10] WIDIMSKÝ, J., MALÝ, J. et al. 2002: Akutní plicní embolie a žilní trombóza. Praha : Triton, 2002. s. 303. ISBN 80-7254-258-3.
- [11] <http://www.uvzsr.sk/docs/info/podpora/NPPOC.pdf> (Citované 09.09.2011).

Information for Patients with Pulmonary Embolism

Abstract

Background: Currently, the most common diseases include cardio-vascular disease, it is classified as thromboembolic disease. Knowledge of the risk factors and preventive measures have been demonstrated to affect thromboembolism is therefore meaningless. We examined the level of knowledge of respondents about the illness, treatment, risk factors, preventive measures of thromboembolism and its effect on the quality of the respondents life.

Patients and methods: A questionnaire method addressed 36 respondents after overcoming pulmonary embolism. The results were evaluated mathematically and graphically.

Results: The survey results clearly confirm the importance of providing informations as well as the positive impact of knowledge on quality of the respondents life in personal and work area.

Conclusion: Education is part of nursing care. Its task is not only learning, but also patient education to promote awareness of the importance of health, as well as compliance with preventive and curative measures. Nurses not affect only those who educate, but also to their families and society.

Key words

Pulmonary embolism, risk factors, prevention, patient information, quality of life

Kontaktné údaje

PhDr. Anna Benčeková
FOaZOŠ SZU
Limbová 14
833 03 Bratislava
E-mail: annabencekova@gmail.com

Ageistické tendencie profesionálneho ošetrovateľského personálu v zariadeniach sociálnych služieb

Katarína Zrubáková, Markéta Volná

Fakulta zdravotníctva KU Ružomberok

Abstrakt

Príspevok sa zaoberá ageizmom v ošetrovateľskej starostlivosti. Jeho cieľom je zistiť úroveň vedomostí nelekárskeho personálu o ageizme, zistiť do akej miery sa ageizmus v zariadeniach vyskytuje a aké sú skúsenosti personálu s ageizmom pri poskytovaní zdravotníckej starostlivosti.

V úvode príspevku sa zaoberáme ageizmom, jeho formami, zdrojmi, klasifikáciami. Opisujeme ageizmus v zdravotníckej a ošetrovateľskej starostlivosti a extrémne formy ageizmu. V jadre príspevku prezentujeme výsledky výskumu, ktorý bol realizovaný v šiestich zariadeniach pre seniorov v Českej republike a zisťoval vedomosti ošetrovateľského personálu o ageizme ako aj ageistické tendencie personálu ku klientom vyššieho veku.

Kľúčové slová

Senior, ošetrovateľská starostlivosť, ageizmus, zariadenia sociálnych služieb

Úvod

Starnutie a staroba neodmysliteľne patria k ľudskému životu. Väčšina ľudí starne a musí sa vyrovnat' s problémami, ktoré so sebou táto situácia prináša. Vďaka pokročilým liečebným metódam sa dĺžka života neustále predlžuje a je dôležité, aby sa zvyšovala aj kvalita života. Faktorom, ktorý kvalitu života seniora podmieňuje je jeho sociálne prostredie. Najideálnejšie je domáce prostredie, no nie všetci seniori môžu dožiť zvyšok svojho života doma. Dôvody sú rôzne, najčastejšie zlý zdravotný stav seniora, osamelosť, ekonomické problémy a i. V takomto prípade sú tu zariadenia sociálnych služieb (ZSS). Aby sa zariadenie stalo seniorovým druhým domovom, musí sa starší človek v ňom cítiť dobre a bezpečne. Ak opomenieme materiálne zabezpečenie a polohu zariadenia, najdôležitejším aspektom je kvalitná ošetrovateľská starostlivosť. Ošetrovateľská starostlivosť o geriatrických pacientov je náročná fyzicky i psychicky. V ZSS majú klienti rôzne somatické, psychické, ale aj psychiatrické ochorenia a starostlivosť o nich nie je jednoduchá. Ošetrojúci personál sa stretáva s veľkými geriatrickými syndrómami, najčastejšie s inkontinenciou, imobilitou, depresiou a demenciou. Práve neľahká práca, ktorá je aj finančne nedocenená môže

vyvolať predsudky voči klientom. Ako a či sa prejavujú ageistické tendencie u profesionálneho ošetrovateľského personálu, sme zisťovali terénnym výskumom.

Cieľ príspevku:

1. Charakterizovať ageizmus vo všeobecnosti a v ošetrovateľskej starostlivosti.
2. Priblížiť prejavy a príčiny ageizmu v klinickej praxi.

Ageizmus

„Ageizmus je slovo, ktoré nemá slovenský ekvivalent. Je odvodené z anglického slova *age – vek, staroba*“ (Hrozenská, 2008, s. 38). Význam tohto termínu je v súčasnosti chápaný ako predsudky a negatívne predstavy o senioroch a je s určitými obmenami takto definovaný (Malíková, 2011).

Negatívne vnímanie staršej populácie nie je novodobý fenomén. Bol pozorovaný v industriálnej americkej spoločnosti ako negatívny jav vznikajúci pri generačnom strete (Hudáková, 2011). Preto aj prvý krát bol tento termín použitý v Amerike, koncom šesťdesiatich rokov 20. storočia, riaditeľom Amerického národného inštitútu pre starnutie Róbertom Butlerom a po jeho prvej prezentácii vznikla potreba širšej a prepracovanejšej definície. V priebehu ďalších rokov vznikali ďalšie definície a vymedzenia ageizmu podľa vývoja a náhľadu na oblasť, prijímania staroby (Pokorná, 2010).

V súčasnej dobe je asi najkomplexnejšie ponímaná definícia Vidovičovej (2008) *...ageizmus je ideológia založená na získanom presvedčení o kvalitatívnej nerovnosti jednotlivých fáz ľudského životného cyklu. Je manifestovaná cez proces systematickej, symbolickej a reálnej stereotypizácie a diskriminácie osôb a skupín na základe chronologického veku alebo na ich príslušnosti k určitej generácii.*

V našej kultúre sú postoje k starobe ambivalentné. Na jednej strane sú deti vychovávané k úcte ku starším, na druhej strane často hovoríme o starších ľuďoch ako o záťaž.

Medzi päť nekriticky prijímaných predstáv o starobe patrí:

- starí ľudia sú všetci rovnakí,
- staroba mužov a žien je rovnaká,
- starí ľudia nemajú čím spoločnosti prispieť,
- starí ľudia sú krehkí, potrebujú starostlivosť,
- starí ľudia sú ekonomickou záťažou pre spoločnosť (Tošnerová, 2002).

Predsudky zakladajúce ageizmus

Stereotypizácia a diskriminácia osôb a skupín na základe ich chronologického veku je tvorená nielen nesprávnymi predstavami, ale aj negatívnymi predsudkami voči seniorom. E. B. Palmore (1981) zhrnul tieto predsudky do desiatich hlavných bodov, sú to:

1. choroba – ako vážny problém u ľudí nad 65 rokov,
2. impotencia – väčšina starších ľudí sa už nevenuje žiadnej pohlavnej aktivite,
3. škaredosť – len mladosť je krásna,
4. pokles duševných schopností – schopnosti od stredného veku klesajú,
5. duševná choroba – bytostne patrí k starobe,
6. zbytočnosť – starí ľudia sú neproduktívni, ekonomicky nároční,
7. izolácia – väčšina starých ľudí je spoločensky izolovaná,
8. chudoba – väčšina starých ľudí je ekonomicky nesebestačná, chudobná,
9. depresia – typická stará osoba je chorá, bezmocná, senilná, neužitočná, osamelá a preto je postihnutá depresiou,
10. politická moc – starí ľudia sú sebecká, politická sila (Palmore, In Jirásková, 2005).

Rizikové faktory pre vznik diskriminácie

Boli identifikované faktory, ktoré zvyšujú pravdepodobnosť situácie. Medzi rizikové faktory zo strany obeť patria:

- vek nad 75 rokov,
- demencia, depresia,
- finančná nonsolventnosť,
- ohrozenie alebo strata sebestačnosti,
- zlý zdravotný stav,
- sociálna izolácia,
- negatívne povahové rysy (Kovaľ, 2001).

Zdroje ageizmu

Vidovičová (2008) rozdeľuje zdroje ageizmu na tri skupiny:

- individuálne – strach zo smrti, starnutia...
- kultúrne – hodnotový systém, jazyk (pohrdavé mená pre osoby vyššieho veku), humor, umenie, literatúra,
- sociálne – sociálno-štrukturálne podmienky ako možný priamy zdroj ageizmu alebo zdroj podporujúci jeho rozvoj.

Tošnerová (2002), uvádza štyri zdroje ageizmu, ktoré podporujú negatívne stereotypy o starnutí:

- strach zo smrti,
- dôraz na mladosť a fyzickú krásu,
- spojenie produktivity a ekonomického potenciálu,
- spôsob zisťovania skutočného stavu spoločnosti vedúcej k ageizmu.

Extrémne formy ageizmu

Medzi extrémne formy ageizmu patrí týranie a zneužívanie, s ktorými sa najčastejšie stretávame v domácom prostredí, ale výnimkou nie je ani zariadenie sociálnych služieb. Medzi najčastejšie typy násilného chovania patria:

- fyzické násilie – bytie, kopance, facky (vyskytuje sa častejšie u žien),
- psychické – urážky, nadávky zosmiešňovanie,
- ekonomické – vydieranie, vymáhanie peňazí,
- sexuálne,
- zanedbávanie – neposkytovanie základných životných potrieb, nekvalitná starostlivosť v prípade závislého seniora (Vurm, 2007).

Opatrenia ku zníženiu ageizmu

Ku zníženiu ageizmu v spoločnosti odporučuje Tošnerová (In Malíková, 2011) nasledujúce opatrenia:

- podpora seniora v rodine a celkovo v jeho sociálnom prostredí,
- pravdivé zviditeľňovanie seniora,
- zvyšovanie sebavedomia seniorov pomocou rôznych organizácií, iniciatív a hnutí,
- podpora samostatnosti seniorov vedúca ku zníženiu sebevražednosti.

V Slovenskej republike sa právami seniorov a ich ochranou zaoberá Program ochrany starších ľudí, ktorý prijala vláda SR v roku 1999, alebo sú to aj regionálne programy ako napr. Program zameraný na skvalitnenie života sociálne znevýhodnených, ktorý organizuje Centrum pre filantropiu v Bratislave (Hudáková, 2011).

Ageizmus v zdravotnej starostlivosti

Ponúknuť každému pacientovi zodpovedajúcu liečbu znamená neutvárat' si skôr, práve na základe jeho veku, domnienky, predsudky o jeho schopnosti mať prospech z liečby a prispôbiť liečbu individuálnym potrebám.

V zdravotníckej starostlivosti sa s ageizmom môžeme stretnúť priamo i nepriamo.

Priamou diskrimináciou môže byť, ak je 70. ročnému pacientovi po NCMP odopreté ošetrenie na špecializovanej iktovej jednotke, zatiaľ čo je liečba ponúknutá mladšiemu pacientovi v rovnakej klinickej situácii. Nepriamou diskrimináciou môže byť aj

skrátene dlžky hospitalizácie, čo je pre polymorbídneho seniora nevýhodné, nakoľko jeho zdravotný stav sa ešte dostatočne nestabilizoval (Vurm, 2007).

Do problematiky ageizmu v zdravotníctve sa neradí len veková restriktia. Typickým príkladom môže byť podceňovanie niektorých chorôb a porúch zmyslových funkcií tým, že sú pripisované staršiemu veku a nie sú rozpoznané ako dôsledok ochorenia, ktoré má byť riadne liečené.

Ageizmus v ošetrovateľskej starostlivosti

V ošetrovateľskej starostlivosti sa ageistické tendencie vyskytujú častejšie ako v bežnej populácii, pretože zdravotníci starajúci sa o seniorov považujú ich problémy za bežné a prejavy starnutia sú typické pre všetky dlhoveké osoby.

Ageizmus v ošetrovateľskej starostlivosti je bežný fenomén, ktorý je posilňovaný negatívnymi stereotypmi. Prejavy ageistických tendencií poskytovateľov ošetrovateľskej starostlivosti vychádzajú z niekoľkých zdrojov. Zdroje môžu byť: individuálne-subjektívne, psychologické, sociálne, kultúrne podmienené a zdroje z predsudkov a stereotypov.

V prípade ageizmu ide o predsudok kriticky nezhodnoteného úsudku voči seniorom, vychádzajúci z myšlienkových stereotypov, ktorý pramení z tradície, osobných skúseností, emócií a z nich vyplývajúcich postojov a názorov prijatých jednotlivcom.

V starostlivosti o jednotlivca sa ageistické tendencie prejavujú napríklad nerešpektovaním bežných etických a právnych noriem, devalvujúcim chovaním, infantilizáciou, vyhýbaním sa kontaktom so seniorom, zlým zaobchádzaním so seniorom...

Dôsledky ageistických tendencií v ošetrovateľskej praxi

Ak nastane skutočnosť nereálneho hodnotenia vo vzťahu k seniorom, stávame sa ageistickými, nie sme schopní adekvátne poskytovať potrebnú starostlivosť, pretože správne nedefinujeme mieru, rozsah a úroveň požadovanej starostlivosti. Ageistické postoje sa tak manifestujú nedostatočným alebo naopak nadmerným rozsahom poskytovanej starostlivosti (Pokorná, 2010).

Dôsledkom ageistických tendencií môže byť:

- neúčinná spolupráca seniora,
- znížené sebahodnotenie,
- dopad na kognitívne schopnosti a psychické zdravie seniora,
- zvýšená závislosť,
- zvýšená fyzická a psychická záťaž personálu,
- nedostatočná profesijná satisfakcia, uspokojenie z vlastnej práce... (Pokorná, 2010).

Materiál a metodika

Problém výskumu

V úvode terénneho výskumu sme definovali nasledujúce problémy:

1. Majú sestry sklon podceňovať seniorov pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti v súvislosti s ich zmeneným zdravotným a psychickým stavom?
2. Aké sú najčastejšie zdroje ageizmu v profesionálnej ošetrovateľskej starostlivosti v zariadeniach sociálnych služieb?

Cieľ výskumu

1. Zistiť úroveň vedomostí nelekárskeho personálu o ageizme.
2. Zistiť do akej miery sa ageizmus v skúmaných zariadeniach vyskytuje.
3. Zistiť aké sú skúsenosti personálu s ageizmom pri poskytovaní starostlivosti.

Metóda výskumu

Hlavnou metódou výskumu bol dotazník. Obsahoval 21 položiek – 9 poloopených, 12 uzavretých a 4 demografické položky. Dotazník bol rozdelený do okruhov, ktoré boli totožné s cieľmi výskumu.

Výskumná vzorka

Dotazníky boli určené pre profesionálny ošetrovateľský personál v zariadeniach sociálnych služieb – pre sestry, zdravotníckych asistentov, nutričných terapeutov, fyzioterapeutov.

Výskumného šetrenia sa zúčastnilo celkovo 118 respondentov zo 6 rôznych zariadení sociálnych služieb. Podrobné rozdelenie podľa pohlavia, veku a dĺžky praxe uvádzame v tabuľkách.

Tabuľka 1 Pohlavie respondentov

Pohlavie respondentov	absolútny počet n	relatívny počet %
muž	4	3,39
žena	114	96,61
celkom	118	100

Tabuľka 2 Vek respondentov

Vek respondentov	absolútny počet n	relatívny počet %
18 - 30 rokov	13	11,02
31 - 40 rokov	39	33,05
41 - 50 rokov	43	36,44
nad 50 rokov	23	19,49
celkom	118	100

Najviac respondentov bolo vo veku 41- 50 rokov, priemerný vek 41 rokov.

Tabuľka 3 Dĺžka praxe respondentov

Dĺžka praxe	absolútny počet n	relatívny počet %
adaptačný proces	3	2,54
do 5 rokov	48	40,68
6- 10 rokov	35	29,66
11- 20 rokov	24	20,34
21- 30 rokov	5	4,24
31- 40 rokov	3	2,54
celkom	118	100

Organizácia výskumu

Výskum bol realizovaný v 6-tich domovoch pre seniorov v Českej republike. Pred realizáciou výskumu riaditelia všetkých zariadení mali doručенú žiadosť na súhlas s vykonaním výskumu a dotazník.

Celkovo bol výskum realizovaný v týchto zariadeniach:

- Domov pro seniory Ludmila, Háj ve Slezsku-Smolkov,
- Domov pro seniory sv. Hedviky, Kravaře,
- Domov Na zámku, Kyjovice,
- Domov pro seniory Klimkovice,
- Domov U jezera, Hlučín,
- Senior centrum Slavkov.

Spolupráca s uvedenými domovmi bola výborná, aj vedúci pracovníci boli zvedaví na výsledky výskumu. Rozdaných bolo 150 dotazníkov, vyhodnotili sme len 118, čo je 78,68%.

Výsledky výskumu

Získané výsledky sme vyjadrili v absolútnych číslach a percentách, uvádzame ich v tabuľkách. Pre príspevok vyberáme len najzaujímavejšie odpovede, ktoré zodpovedajú problémom a cieľom výskumu.

Položka č. 2 - Váš vzťah k seniorom by ste hodnotili ako:

Tabuľka 4 Hodnotenie vzťahu k seniorom

Vzťah k seniorom	absolútny počet n	relatívny počet %
kladný	112	94,92
záporný	0	0
neviem	6	5,08
celkom	118	100

Na otázku č. 2 odpovedalo 94,92% respondentov kladne. *Ako dôvod najčastejšie uvádzali:*

- nerozlišujú ľudí podľa veku, starnutie je prirodzený stav, každý raz zostarne,
- pretože sú tak vychovaní, tak to cítia, pracujú so seniormi dlho,
- pretože si s nimi rozumejú, radi ich počúvajú, vážia si ich skúsenosti, múdrosť,
- zaslúžia si ich úctu, ohľad a lásku.

Položka č. 5 – Myslíte si, že starší ľudia sú prínosom pre spoločnosť?

Tabuľka 5 Prínos starších ľudí pre spoločnosť

Prínos starších ľudí	absolútny počet n	relatívny počet %
áno	80	67,80
nie	8	6,78
neviem	30	25,42
celkom	118	100

Najviac respondentov – 67,80% si myslí, že starší ľudia sú prínosom pre spoločnosť. *Ako dôvod uviedli:*

- sú prínosom pre svoje rodiny, svojich blízkych,
- predávajú nám skúsenosti, môžeme sa poučiť z ich chýb a neopakovať ich,

- každé životné obdobie je prínosom pre spoločnosť,
- svojou celoživotnou prácou túto spoločnosť utvárali,
- majú iný uhol pohľadu, sú uvážlivejší.

Položka č. 14 - Vadí Vám, keď niekto zosmiešňuje starých ľudí?

Tabuľka 6 Zosmiešňovanie staroby

Vadí Vám zosmiešňovanie staroby?	absolútny počet n	relatívny počet %
áno	111	94,07
niekedy	7	5,93
nie	0	0
celkom	118	100

Na túto otázku 94,07% respondentov odpovedalo, že im vadí zosmiešňovanie staroby. 5,93% uviedlo neutrálnu odpoveď.

Položka č. 15 – Bol(a) ste niekedy svedkom odmietnutia liečby pre vek pacienta?

Tabuľka 7 Odmietnutie liečby pre vek pacienta

Odmietnutie liečby pre vek pacienta	absolútny počet n	relatívny počet %
áno	38	32,2
nie	80	67,80
celkom	118	100

Na otázku odpovedalo 67,80 % odpovedajúcich záporne, naopak 32,20 % kladne.

Uvedené boli tieto situácie:

- rehabilitácia, umiestnenie do rehabilitačného ústavu,
- liečba je drahá, už sa nevyplatí,
- nevhodné pripomienky zo strany lekára RZP,
- reakcie dispečingu RZP: „Ročník 1918, to máme ako prísť?“
- odmietnutie vyšetrenia,
- odmietnutie predpísania liekov pacientovi, pretože je ich pre neho škoda – pacient žil ešte ďalších deväť rokov.

Položka č. 17 – Zažil(a) ste niekedy nevhodné chovanie svojho kolegu voči seniorom?

Tabuľka 8 Nevhodné chovanie k seniorom

Nevhodné chovanie kolegov	absolútny počet n	relatívny počet %
áno, často	3	2,54
áno, len zriedka	65	55,08
nie, nikdy	50	42,37
celkovo	118	100

Alarmujúcich 55,08 % pracovníkov zažilo nevhodné chovanie svojho kolegu ku klientovi, 2,54 dokonca často. 42,37% odpovedajúcich sa s nevhodným chovaním ku klientovi v práci nestretlo.

Na položku č. 17, nadväzovala položka 18, kde sme konkretizovali zamestnancov, v Tabuľke 9 uvádzame personálne zaradenie a počet.

Tabuľka 9 Zaradenie zamestnanca

Zamestnanec	absolútny počet n	relatívny počet %
sanitárka	39	44,83
ošetrovateľka	18	20,69
nutričný terapeut	0	0
fyzioterapeut	0	0
sestra	13	14,94
sociálny pracovník	7	8,05
iné	10	11,49
celkom	87	100

Položka č. 19 – Domnievate sa, že by ste dokázali zasiahnuť, v prípade keď by ste sa stali svedkom nevhodného chovania Vašich kolegov voči seniorom?

Tabuľka 10 Reakcie na nevhodné chovanie kolegu

Zásah voči kolegovi pri nevhodnom chovaní	absolútny počet n	relatívny počet %
určite áno	88	74,58
neviem	29	24,58
nie	1	0,85
celkom	118	100

74,58% respondentov by dokázalo voči nevhodnému chovaniu kolegu zasiahnuť.

Ako dôvody uviedli:

- neznášam ponižovanie, utláčanie slabších, predstavím si sám seba na mieste klienta,
- každý človek má právo na slušné zaobchádzanie.

Položka č. 20 – V akej situácii si myslíte, že seniori bývajú najviac diskriminovaní

Tabuľka 11 Diskriminácia seniorov

Oblasť diskriminácie	absolútny počet n	relatívny počet %
hygiena	25	19,69
podávanie stravy	5	3,94
rehabilitácia	23	18,11
odborné výkony	7	5,51
informovanosť po výkone	37	29,13
nie sú diskriminovaní	30	23,62
celkom	127 ¹	100

Najviac respondentov uviedlo, že klienti sú nedostatočne informovaní o výkonoch, pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti.

Položka č. 21 – Máte Vy sám(a) voči seniorom nejaké predsudky?

Tabuľka 12 Predsudky voči seniorom

Predsudky voči seniorom	absolútny počet n	relatívny počet %
áno	2	1,69
nie	110	93,22
neviem	6	5,08
celkom	118	100

93,22% respondentov sa domnieva, že nemá žiadne predsudky voči seniorom, naopak 1,69% predsudky má. *Ako predsudok bolo uvedené:*

- väčšina seniorov je zahľadená sama do seba, zaujíma sa len o vlastné pocity, nie sú tolerantní k ostatným.

¹ Pretože niektorí respondenti uviedli viac odpovedí, celkový počet je 127

Diskusia

V úvode empirickej časti sme definovali 3 ciele, ktoré po kvalitatívnom i kvantitatívnom vyhodnotení výsledkov dotazníka môžeme vyhodnotiť.

1. Zistiť úroveň vedomostí nelekárskeho personálu o ageizme.

K tomuto cieľu sa priamo vzťahovala otázka **16 Viete, čo znamená termín ageizmus?** Ageizmus alebo veková diskriminácia ako jeden z najvýznamnejších pojmov sa v klinickej praxi vyskytuje viac ako 40 rokov (Hrozenková, 2008). Jeho definície sa menia, v odbornej literatúre sú najčastejšie uvádzané definície WHO, Vidovičovej, Tošnerovej, Palmora, Hartla a Hartlovej, ktoré sú pomerne komplikované. Z demografických položiek nám vyplynulo, že najviac zastúpený bol stredný dospelý vek, ktorý počas pregraduálneho vzdelávania ani informácie o ageizme nezískal. Preto aj výsledky dopadli nasledovne: na otázku odpovedalo kladne 34 respondentov, záporne 84. Toto číslo je pomerne vysoké a je zaujímavé, že boli aj veľké rozdiely vo vedomostiach v jednotlivých zariadeniach. Pri komparácii získaných údajov najlepšie dopadol Domov sv. Hedviky v Kravařích, kde tento pojem vedelo vysvetliť 13 zamestnancov z 25. Najhoršie výsledky boli v Senior centre Slavkov, kde správnu odpoveď vedeli len dvaja zamestnanci.

2. Zistiť do akej miery sa ageizmus v skúmaných zariadeniach vyskytuje.

K cieľu sa vzťahovali hlavne otázky 17, 18, 20, ktoré sme aj prezentovali vo výsledkoch výskumu, preto ich plné znenie neuvádzame. Z odpovedí vyplynulo, že takmer 58 % respondentov sa s nevhodným chovaním svojich kolegov stretlo. A najčastejšie ako pôvodca nevhodného chovania boli uvádzané sanitárky. Prečo tomu tak je vysvetľuje i fakt, že sanitárky sú najpočetnejšou skupinou zamestnancov v domovoch pre seniorov a s klientom sú v najužšom kontakte. Pozitívnym výsledkom výskumu bolo, že až 74,58 % zamestnancov si myslí, že by dokázalo pri nevhodnom chovaní kolegu zakročiť.

Ageizmus má rôzne formy v zahraničnej literatúre sú uvádzané hlavne: zanedbávanie a hrubé zaobchádzanie, fyzické zneužívanie, finančné vykorisťovanie, emocionálne zneužívanie (Touhy, Jett, 2010). Koval' (2001) popisuje päť foriem zlého zaobchádzania: obťažovanie, zanedbávanie, vykorisťovanie, zneužívanie, týranie. V otázke č. 20 sme sa zaoberali práve oblasťami diskriminácie, zistili sme, že najčastejšie sú klienti podceňovaní v kognitívnej oblasti, automaticky sú zaškatul'kovaní ako nechápaví, a tak nie je potrebné ich dostatočne informovať a edukovať.

3. Zistiť aké sú skúsenosti personálu s ageizmom pri poskytovaní starostlivosti.

K vekovej diskriminácii najčastejšie dochádza v domácom prostredí, ale aj v ústavných zariadeniach (Hudáková, 2011). Príčinami je fyzická a psychická záťaž personálu, nedostatočná sebaopatera, demencia a iné intelektové poruchy u klientov resp. hospitalizovaných seniorov (Pokorná, 2010). Preto sa v zdravotníckych zariadeniach stretávame s ageizmom – priamym alebo nepriamym často (Vurm, 2007).

V našom dotazníku sa k poslednému cieľu vzťahovala otázka 15, na túto otázku odpovedalo 34 zamestnancov kladne a 84 záporne. Zaujímavé bolo aj vyhodnotenie otázky 21, na ktorú odpovedalo 93 % respondentov záporne, ale pri porovnaní s odpoveďami v úvode dotazníka, ktoré sa týkali všeobecných názorov na starobu sa nám výsledky nezhodovali. Čo len dokazuje, že aj u oslovených respondentov sa ageistické tendencie voči seniorom vyskytovali.

Záver

Diskriminácia je dnes často diskutovanou témou. Či už sa týka veku, pohlavia, farby pleti alebo niečoho iného. Deje sa všade okolo nás a často ju ani ako diskrimináciu nevnímame. Väčšina diskriminácií vzniká na základe predsudkov a stereotypov a tie je potrebné meniť a prekonávať. Problematika diskriminácie sa týka nás všetkých. Hlavne, ak je zameraná na seniorov a odráža sa v našej starostlivosti v zdravotníckom a sociálnom zariadení. Je veľmi dôležité o takýchto veciach hovoriť, medializovať ich a hľadať lepšie postoje a riešenia. Spoločnosť sa vyvíja rýchlym tempom a často zabúda na hodnoty známe storočia. Celoživotná múdrosť je dnes hodnotou veľmi nedocenenou a je potrebné si k nej nájsť cestu späť.

Aj výsledky výskumu potvrdili, že neúcta k starším ľuďom a predsudky sa vyskytujú i v zariadeniach pre seniorov a je potrebné sa touto problematikou a jej primárnymi dôsledkami zaoberať. Aby mohlo dôjsť k náprave, je potrebné najprv takéto správanie odhaliť a to nie je vždy jednoduché. Preto je dôležité nájsť účinný systém kontroly ako zo strany vedúcich pracovníkov, tak medzi ošetrovateľským personálom navzájom.

Literatúra

- [1] HROZENSKÁ, M. et al. *Sociálna práca so staršími ľuďmi a jej teoreticko-praktické východiská*. Martin: Osveta, 2008. 181 s. ISBN 978-80-8063-282-3
- [2] HUDÁKOVÁ, A., MAGUROVÁ, D., MUDRÍKOVÁ, D. Senior verus ageizmus. Dostupné na internete: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/prevence-urazu-otrav-a-nasili/clanky/2~2011/182-senior-verus-ageizmus>
- [3] JIRÁSKOVÁ, V. et al. *Mezigenerační porozumění a komunikace*. 1. vyd. Praha: Eurolex Bohemia, 2005. 200 s. ISBN 80-86861-80-5.
- [4] KOVAL, Š. *Týranie starých ľudí*. Košice: Posit s.r.o, 2001. 182 s.
- [5] MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových a sociálních zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.
- [6] PALMORE, E. The Fact on Again Quiz: Part two. *The Gerontologist*, 21: 431-437.
- [7] POKORNÁ, A. *Komunikace se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 160 s. ISBN 978-80-247-3270-8.
- [8] TOŠNEROVÁ, T. *Ageismus - Průvodce stereotypy a mýty o stáří*. 1. vyd. Praha: Ambulance pro poruchy paměti, 2002. 45 s. ISBN 80-238-9506-0.
- [9] TOŠNEROVÁ, T. *Průručka pečovatele*. Praha: Ambulance pro poruchy paměti, 2002. 58 s. ISBN 80-238-8541-3.

- [10] TOUHY, T., JETT, K. *Gerontological nursing. Healthy aging*. Mosby Elsevier, 2010. 483 s. ISBN 978-0-323-05701-1
- [11] VIDOVIČOVÁ, L. *Stárnutí, věk a diskriminace - nové souvislosti*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2008. 233 s. ISBN 978-80-210-4627-6.
- [12] VURM, V. et al. *Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Triton, 2007. 125 s. ISBN 978-80-7254-997-9.

Ageism Tendencies among Professional Care Providers in Retirement Homes

Abstract

The paper is presenting ageism in the nursing care. The purpose of this is to find out the level of knowledge of ageism among non-medical staff, to what extent ageism is present in the inspected institutions and what experience its personnel has had with ageism in the process of health care providing.

In the introduction we are concerned on ageism – his forms, classifications, sources.

We describe an ageism in nurses and health's cares and extremes' forms of ageism.

In the heart of contribution we have presented a research's result, which was realized in 6 institutions for seniors in the Czech Republic. This research was verifying to personals knowledge of ageisms, and the ages tics tendency of personals to clients in a higher age as well.

Key words

Senior, ageism, nursing care, institutions of social facilities

Kontaktná adresa

PhDr. Katarína Zrubáková, PhD.
Papiernická 19, 034 01 Ružomberok, SR
tel.: 0904 526 407
e-mail: zrubakova@ku.sk

Vplyv edukácie sestry na včasné diagnostikovanie rakoviny prostaty

Viera Lúleiová¹, Gabriela Vörösová²

¹Urologická ambulancia, Vráble

²Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre, Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva, Katedra ošetrovateľstva

Abstrakt

Cieľ: Cieľom práce bolo zistiť vplyv edukačných aktivít sestry na včasné diagnostikovanie rakoviny prostaty.

Metódy: Použili sme metódy získavania údajov z objektívnych situácií – štúdium dokumentov. Metódy získavania údajov prostredníctvom subjektívnych výpovedí – dotazník, rozhovor. Rozhovorom sme zistili u pacientov liečených na rakovinu prostaty ako hodnotia svoje vedomosti o tomto ochorení pred jeho diagnostikovaním a koľko z nich bolo edukovaných o jeho prevencii. Na základe výsledkov sme vytvorili edukačný program na zvýšenie osvedy ochorenia rakoviny prostaty. Pre porovnanie vedomostí pred edukačnými stretnutiami a po nich sme použili dotazník vlastnej konštrukcie. Obsahoval 9 vedomostných a 3 postojové otázky z 5 deklarovateľnými položkami, ktoré vyjadrovali stanovisko edukantov k preventívnym prehliadkam.

Výsledky: Výsledky potvrdili u respondentov preukázateľné rozdiely v správnych odpovediach a pozitívne zmeny postojov k preventívnym prehliadkam po edukačnom procese. Počas trvania edukačného programu štúdiom dokumentov v sledovanej urologickej ambulancii sa potvrdil zvýšený počet preventívnych prehliadok u pacientov ktorí boli prvý krát vyšetrení urológom a zvýšený počet novodiagnostikovaných ochorení rakoviny prostaty. V porovnaní rok 2011 s rokom 2010 v pomere 9:1. Ide o najväčšiu incidenciu – novodiagnostikovaných pacientov od založenia ambulancie.

Záver: Na základe výsledkov potvrdzujeme dôležitosť edukácie, jej význam pre jednotlivca a širokú verejnosť. Odporúčame sestram zvýšiť edukačné aktivity v ambulantnej praxi.

Kľúčová slova

Edukácia, sestra, rakovina prostaty, prevencia

Úvod

„Kvapka prevencie je viac ako liter medicíny.“

Problematika zdravia, podpory zdravia a výchovy k zdraviu je v súčasnosti z pohľadu ošetrovateľstva vysoko aktuálna. Ošetrovateľstvo ako multidisciplinárny odbor svojim univerzálnym charakterom má vzájomné vzťahy k iným vedám aj preto, že zasahuje do oblasti prevencie, upevňovania a podpory zdravia, ale aj do oblasti sociálnej a výchovnej starostlivosti [5]. Od sestier sa vyžaduje, aby v komunite, kde žijú, prispievali k propagácii zdravého spôsobu života a realizovali potrebné zmeny k ochrane, udržiavaniu a podpore zdravia širokej verejnosti [2]. Preto sa kladie dôraz na edukačnú rolu sestry, ako jednu z dôležitých kompetencií a zodpovedností ošetrovateľskej profesii. Pomáha ľuďom mať zdraviu prospešné správanie, na celkové zlepšenie kvality života, s pozitívnym efektom na spokojnosť pacientov s ošetrovateľskou starostlivosťou [7]. Realizácia výchovy k zdraviu, ako jednej z dôležitých činností sestry, vyplýva aj z celosvetových a národných programov na podporu zdravia [5].

Rakovina prostaty je teraz považovaná za jeden z najdôležitejších zdravotných problémov, ktorým čelia muži. Je v súčasnej dobe druhou najčastejšou príčinou úmrtia mužov na rakovinu [4]. Z rizikových faktorov rakoviny prostaty, vyšší vek, etnický pôvod a dedičnosť, ani jeden sa nedá ovplyvniť. Pokiaľ nebude spoľahlivý a overený spôsob primárnej prevencie, ako zabrániť vzniku rakoviny prostaty, zostáva hlavnou aktivitou včasná diagnostika, ktorá umožní ochorenie, ktorému nedokážeme zabrániť – vyliečiť. Uvedomelosťou laickej a odbornej verejnosti sa zvyšuje aktívne vyhľadávanie ochorenia [10].

„Cítim bezmocnosť, keby sa dal vrátiť čas.“ Slová pacienta po stanovení diagnózy rakovina prostaty. Každodenný kontakt s pacientmi a snaha pomáhať im nás priviedla k otázkam: Potrebuje verejnosť a pacienti edukáciu? V ktorej oblasti sú deficity? Aký má prínos edukácia sestry?

Cieľ práce

Zistiť vplyv edukačných aktivít sestry na včasné diagnostikovanie rakoviny prostaty. Na dosiahnutie hlavného cieľa sme si stanovili čiastkové ciele:

1. Zmapovať v urologickej ambulancii počet dispenzarizovaných pacientov s ochorením rakovina prostaty.
2. Zistiť koľko pacientov z diagnózou rakovina prostaty do roku 2010 bolo edukovaných o ochorení pred jeho diagnostikovaním.
3. Zistiť počet preventívnych urologických prehliadok v sledovanej ambulancii za rok 2009, 2010, 2011.
4. Vytvoriť edukačný program na zvýšenie informovanosti verejnosti o ochorení rakoviny prostaty.
5. Porovnať vybrané ukazovatele u pacientov pred a po edukačnom stretnutí. Postupné plnenie čiastkových cieľov a ich vyhodnotenie umožnilo zistiť vplyv edukácie na včasnú diagnostiku rakoviny prostaty a upriamiť pozornosť odborníkov a laickej verejnosti na dôležitosť edukácie.

Materiál a metódy

Prieskum sme realizovali v mesiacoch január až december 2011 na urologickej ambulancii vo Vrábľoch. Edukačné aktivity sestry sme realizovali podľa edukačného programu vo Vrábľoch a v spádovej oblasti ambulancie, v obciach Veľká Maňa, Nová Ves nad Žitavou, Babindol.

Údaje zo zdravotnej dokumentácie sme získali štúdiom dokumentov. Základným kritériom prvého prieskumného súboru bola diagnóza rakovina prostaty u pacientov na sledovanej urologickej ambulancii do roku 2010. Vzorku tvorilo 18 pacientov. Rozhovorom sme zistili, či mali informácie, vedomosti o rakovine prostaty predtým, než im bola stanovená diagnóza, ak informácie mali, uviedli zdroj. Druhý súbor tvorili edukanti pred a po edukačných stretnutiach v edukačnom programe. Vzorku tvorilo 82 edukantov, najväčšie zastúpenie mala veková kategória 60 až 70 rokov. Vekové rozpätie edukantov bolo od 30 roku po 89 rok. Výsledky dotazníkov sme spracovali a vyhodnotili absolútnym číslom a percentuálnym. Štúdiom dokumentov sme získali informácie o incidencii rakoviny prostaty na sledovanej urologickej ambulancii počas trvania prieskumu. Jeho výsledkom bolo zistenie vplyvu edukácie sestry na včasnú diagnostiku rakoviny prostaty.

Zarad'ujúce kritériá pre výberový súbor boli:

1. Všetci žijúci pacienti s diagnózou rakovina prostaty na sledovanej urologickej ambulancii do roku 2010.
2. Široká verejnosť, edukanti, pred a po edukačnom stretnutí, počas realizácie edukačného programu.

Vylučovacie kritériá boli:

1. Ženské pohlavie.
2. Absolvovaná preventívna urologická prehliadka u muža v priebehu troch rokov.
3. Poistenci VŠZP do 34 roku veku, poistenci Union ZP do 39 roku veku, poistenci Dôvera ZP do 49 roku veku. Podľa platných podmienok stanovených poisťovňami na Slovensku pre rok 2011.

Edukačný program:

Cieľ programu: osвета včasnej diagnostiky rakoviny prostaty.

Priority: zvýšiť vedomosti verejnosti o ochorení rakoviny prostaty, objasniť prevenciu rakoviny prostaty v zmysle zachovania zdravia jednotlivca, ovplyvniť postoj verejnosti k svojmu zdraviu.

Plán programu: informovať odbornú verejnosť v oblasti realizovania programu cez osobné stretnutia, vytvoriť spoluprácu s odbornou verejnosťou pri realizovaní edukačného programu, oznamy o edukačnom programe a edukačné materiály umiestniť na nástenky v čakárňach ambulancií, lekárňach, na informačné tabule v oblasti realizovania edukačného programu, edukačné stretnutia s verejnosťou

zorganizovať v spolupráci so starostami obcí, organizátormi združení, oznamovať edukačné stretnutia cez miestny rozhlas, internet, miestne noviny, pozvánky, využívať v propagácii programu multimediálnu podporu, publikovať články v tlači v oblasti pôsobenia programu, najmenej dvakrát do roka. V prvom článku upozorniť na bariéry, spôsob ich odstránenia a motivovať k zmene správania. Zdôrazniť včasnú diagnostiku, ktorá zvyšuje šance na úspešnú liečbu a zachovanie kvality života. V druhom článku vysvetliť, čo čaká muža na preventívnej urologickej prehliadke, odstrániť strach z neznámeho, poukázať na zváženú hodnotu a aktívnu rolu v rozhodovacom procese, tak ako si oslovení želajú. Udržateľnosť programu zabezpečiť trvalými edukačnými aktivitami ambulantných sestier ako súčasť miestnej komunity.

Prioritná cieľová skupina: muži od 40 do 60 rokov.

Oslovená cieľová skupina: dospelá populácia ako možný zdroj ovplyvnenia.

Organizačné formy edukácie v programe: individuálne, skupinové.

Druhy edukácie v programe: základná, komplexná, reedukačná.

Edukačné metódy v programe: interaktívne prednášky, individuálny rozhovor, vysvetľovanie, tlačené slovo.

Miesto edukačných stretnutí: ambulancia, kultúrna hala, domáce prostredie, klub dôchodcov.

Základný obsah učiva: definovať ochorenie rakovina prostaty, rizikové faktory a príznaky, jej závažnosť. Vysvetliť dôvod preventívnej urologickej prehliadky, klady a zápory.

Klady preventívnej urologickej prehliadky: v prípade normálneho výsledku dá pocit istoty, skrining môže zachrániť život, dá možnosť diagnostikovať nádor ešte pred objavením príznakov, zistí nádor v skorom štádiu, keď liečba môže byť užitočná, ak je liečba užitočná nedostavia sa dôsledky pokročilého nádoru, zníži sa možnosť úmrtia na rakovinu prostaty. **Zápory preventívnej urologickej prehliadky:** treba sa pripraviť na nepredvídané výsledky, môžu byť nesprávne pozitívne, negatívne výsledky PSA, biopsia prostaty nemusí vždy zachytiť nádor, poskytne chybnú istotu, zistí sa pomaly rastúci nádor, ktorý by sa nikdy neprejavil príznakmi alebo skrátil život, zbytočná diagnostika vedie k zbytočnej liečbe, cena za vyliečenie zahŕňa erektilnú dysfunkciu, inkontinenciu moču a vedie k nepodstatným vedľajším účinkom liečby, strate na kvalite života, nie je záruka, že liečba bude úspešná [4].

Na čo treba myslieť: Ako edukant vníma zdravie, jeho postoj k zdraviu. Ako ho ohrozuje jeho ochorenie. Ako vníma benefit z prevencie. Aké má bariéry na zúčastnení preventívnej urologickej prehliadky. Kompliancia edukanta.

Hodnotenie programu: Spracovanie údajov zo zdravotnej dokumentácie po roku na urologickej ambulancii v oblasti, kde program prebieha. Získané údaje o počte preventívnych urologických prehliadok, incidencii rakoviny prostaty, štádia ochorenia v čase diagnostikovania a reakcie verejnosti.

Výsledky a diskusia:

V prvej prieskumnej vzorke sme dospeli k zisteniam. Z celkového množstva $n = 18$, u $n = 15$ (82 %) pacientov s diagnózou rakovina prostaty nemali pred stanovením diagnózy žiadne vedomosti o tomto ochorení. Najviac pacientov $n = 14$ (78 %) sa cítili neinformovaní o tomto ochorení pred diagnostikovaním ochorenia, $n = 4$ (22 %) pacientov uviedlo, že získalo informácie z tlače, novín alebo iných zdrojov, edukovaní sestrou nebol ani jeden z opýtaných pacientov.

Vyhodnotenie výsledkov prieskumnej vzorky nám poskytlo informácie o dôležitosti edukácie v ambulantnej praxi a splnili sme ciele C1 a C2. Vytvorili sme edukačný program a splnili cieľ C4. Prídŕžajúc sa teoretických východísk, ako píše Nemcová, Hlinková a kol. (2010), je dôležité vypracovať a realizovať edukačné programy pre vzdelávanie verejnosti. Očakáva sa podľa nich, že sa zvýši informovanosť a jednotlivci prevezmú zodpovednosť za svoje zdravie.

Z edukačných individuálnych aj skupinových stretnutí sme určili rozdiel vedomostí pred edukáciou a po edukácii dotazníkovou metódou.

Najpočetnejšie zastúpenie má veková kategória od 60 do 70 rokov $n = 43$ (52 %) respondentov. Kedy sa vyskytujú vo vyššej miere zdravotné ťažkosti. To dáva predpoklad, že majú väčšiu motiváciu na získanie vedomostí. Záujem staršieho obyvateľstva o edukáciu nám vytvorila možnosť pre špecifickú edukáciu, tak ako štúdia [3] ukázala pri testovaní starších ľudí na rakovinu. Podľa neho treba brať do úvahy viacero chorobných stavov. Prežitia rakoviny, genetické informácie, určenie zdravotných priorít, vek, riziko rakoviny a očakávané prežitie. Najmenšie zastúpenie respondentov je vo veku 50 rokov a menej $n = 9$ (11 %).

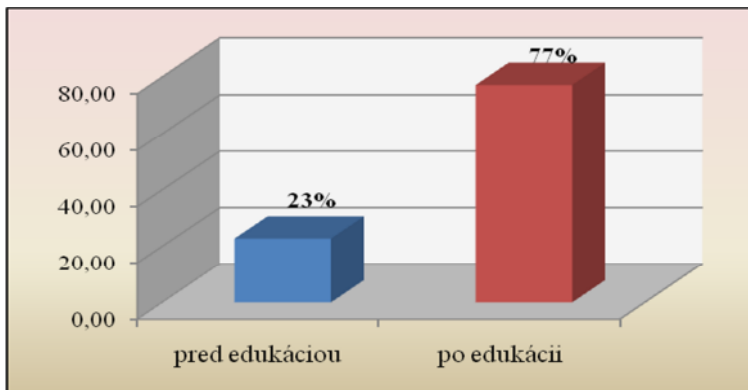
Obrazok 1. Skupinová edukácia, kultúrny dom Babindol



Obrázok 2. Skupinová edukácia, Klub dôchodcov, Nová Ves nad Žitavou

V dotazníku v otázke číslo 2 sme sa respondentov pýtali na funkciu prostaty. Pred edukáciou odpovedalo $n = 35$ (43 %) správne a $n = 47$ (57 %) nesprávne. Po edukácii odpovedalo $n = 70$ (86 %) správne a $n = 12$ (14 %) nesprávne. V otázke číslo 3 respondenti z uvedených možností mali vybrať najčastejšie príznaky ochorenia prostaty. Pred edukáciou vybralo $n = 80$ (97 %) správne a $n = 2$ (3 %) nesprávne. Po edukácii vybralo $n = 81$ (98 %) správne a $n = 1$ (2 %) nesprávne. V otázke číslo 4 sme sa respondentov pýtali na lekára špecialistu, ktorý sa podrobne zaoberá ochorením prostaty.

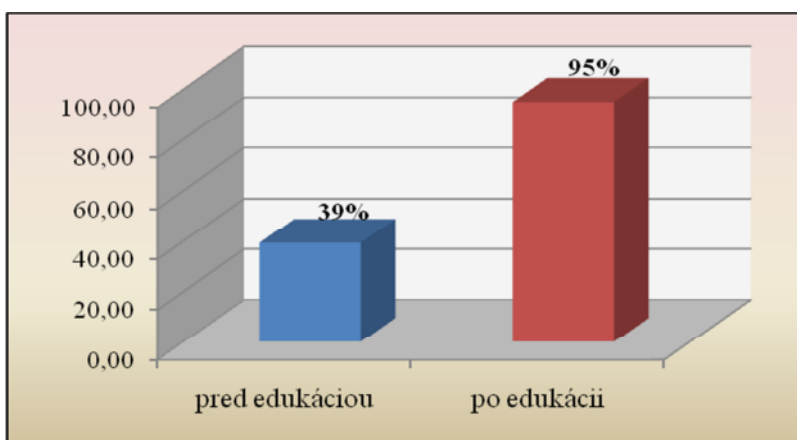
Pred edukáciou odpovedalo $n = 75$ (91 %) správne a $n = 7$ (9%) nesprávne. Po edukácii odpovedalo $n = 82$ (100 %) správne a $n = 0$ (0 %) nesprávne. V otázke číslo 5 sme sa respondentov pýtali na základné metódy vyšetrenia prostaty. Pred edukáciou odpovedalo $n = 39$ (48 %) správne a $n = 43$ (52 %) nesprávne. Po edukácii odpovedalo $n = 75$ (92 %) správne a $n = 7$ (8 %) nesprávne. V otázke číslo 6 sme sa respondentov pýtali čo spôsobuje včasná rakovina prostaty.

Graf 1 Odpovede na otázku č. 6 pred a po edukačnom procese

Pred edukáciou odpovedalo $n = 19$ (23 %) správne a $n = 63$ (77 %) nesprávne. Po edukácii odpovedalo $n = 63$ (77 %) správne a $n = 19$ (23 %) nesprávne. V otázke číslo 7 sme sa pýtali respondentov na rizikové faktory vzniku rakoviny prostaty. Pred edukáciou odpovedalo $n = 21$ (26 %) správne a $n = 61$ (74 %) nesprávne. Po edukácii odpovedalo $n = 71$ (87 %) správne a $n = 11$ (13 %) nesprávne. V otázke číslo 8 sme sa pýtali respondentov v ktorom veku muž môže prísť na preventívnu urologickú prehliadku v rámci verejného zdravotného poistenia. Pred edukáciou odpovedalo $n = 53$ (65 %) správne a $n = 29$ (35 %) nesprávne. Po edukácii odpovedalo $n = 74$ (90 %) správne a $n = 8$ (10 %) nesprávne.

V otázke číslo 9 sme sa pýtali respondentov na dôvod preventívnej urologickej prehliadky.

Graf 2 Odpovede na otázku č. 9 pred a po edukačnom procese



Pred edukáciou odpovedalo $n = 32$ (39 %) správne a $n = 50$ (61 %) nesprávne. Po edukácii odpovedalo $n = 78$ (95 %) správne a $n = 4$ (5 %) nesprávne. Existujú percentuálne preukázané rozdiely v správnych odpovediach po edukácii. Splnením cieľa C5 môžeme konštatovať, že edukácia bola úspešná.

Vplyv edukácie: z individuálnych edukácii, edukantov $n = 49$ (100 %) absolvovalo preventívnu urologickú prehliadku. Zo skupinových edukácii $n = 9$ (27 %) absolvovalo preventívnu urologickú prehliadku. Výsledky ukazujú na efektívnejšiu individuálnu edukáciu.

Splnený cieľ C3 prehľad preventívnych urologických prehliadok na sledovanej urologickej ambulancii za roky 2010 a 2011 uvádza tabuľka 1.

Tabuľka 1 Prehľad preventívnych urologických prehliadok.

Rok		2010	2011
Počet preventívnych prehliadok spolu, z toho:		177	143
Sledovaní pacienti		84	28
Príznaky	žiadne a ľahké	53	16
	stredné	27	8
	ťažké	4	4
Vyšetrenie po 3 a viac rokoch		13	11
Príznaky	žiadne a ľahké	8	7
	stredné	4	4
	ťažké	1	0
Prvýkrát na urologickom vyšetrení		80	104
Príznaky	žiadne a ľahké	60	60
	stredné	12	32
	ťažké	8	12

V roku 2011 je o 28 % viac mužov, ktorí prišli prvýkrát na urologické vyšetrenie. Môžeme predpokladať, že osвета širokej verejnosti, edukácia, bola úspešná.

Tabuľka 2 Pacienti s diagnózou rakovina prostaty v urologickej ambulancii od roku 2004.

Pacienti s diagnózou rakovina prostaty v urologickej ambulancii od roku 2004									
Rok	Diagnóza "Rakovina prostaty" stanovená v ambulancii Incidencia			Pacient prišiel s diagnózou "Rakovina prostaty"			Spolu		
	Počet	Úmrtosť	Zmena URL amb.	Počet	Úmrtosť	Zmena URL amb.	Počet	Úmrtosť	Zmena URL amb.
2004									
2005	2	1		5	5		7	6	
2006	4			3	2		7	2	
2007	1	1		1	1		2	2	

2008	2			3		2	5		2
2009	3			1			4		
2010	1	1		4			5	1	
2011	9			1			10		
Spolu	22	3		18	8	2	40	11	2

Počet novo stanovených diagnóz rakoviny prostaty v ambulancii v roku 2011 v čase trvania edukačného programu sa síce zvýšil v porovnaní s rokom 2010 1:9, ale z 9 pacientov len jeden bol v lokalizovanom štádiu ochorenia. Tak ako vo svojej štúdiu [6] odporučili v čase zvyšovania počtu výskytu rakoviny prostaty vypracovať komplexný model predchádzania rakoviny a implementovania do praxe, pre lepšiu efektivitu odporučili zapojenie ošetrovateľského personálu. Štúdia [1] potvrdila, že sestry podľa nich hrajú kľúčovú rolu v návrhu, aplikovaní a hodnotení multimediálnej podpory rozhodovania. Poskytujú informácie v klinickom aj domácom prostredí a môžu spätnou väzbou zistiť, že informácie boli správne pochopené a hodnoty zvážené. Našou prácou potvrdzujeme efekt multimediálnej podpory aj význam zhodnotenia odovzdávaných informácií. V štúdiu [9] bolo zistené, že informácie o rakovine prostaty by mali zahŕňať aj rodinu, účastníci ich často označovali ako zdroj ovplyvnenia, okrem nich aj poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. V edukačnom programe sme oslovili okrem širokej verejnosti aj poskytovateľov zdravotnej starostlivosti na odbornom seminári. Vplyvom edukačných aktivít sestry sa za rok trvania edukačného programu zvýšil počet novodiagnostikovaných pacientov na rakovinu prostaty na sledovanej urologickej ambulancii ako nikdy predtým, ale len jeden pacient z nich bol v lokalizovanom, včasnom štádiu ochorenia. Vplyvom edukačného programu za rok sa nedosiahli očakávané výsledky skorého záchytu ochorenia. To dáva podklady dôležitosti pokračovať v edukačných aktivitách.

Záver

Výskyt rakoviny neustále stúpa a veľa ľudí na ňu umiera zbytočne, mnohých je možné zachrániť. Stanovenie diagnózy v skorom štádiu ochorenia má veľký význam pre pacienta, jeho kvalitu ďalšieho života, ale má aj ekonomický benefit. Výsledkom nášho snaženia je čo najviac vylicených, zdravých ľudí, preto na celkové zhodnotenie programu je potrebný čas.

Na základe výsledkov našej práce apelujeme na sestry, aby sa venovali edukačným aktivitám na osvetu závažných ochorení, pretože to verejnosť potrebuje. Len dobre informovaná verejnosť vie zvážiť benefit nad prekážkami. Zdrojom ovplyvnenia sú podporné osoby, ktoré je potrebné zapájať do edukácie. Edukačné aktivity pomôžu vytvárať pozitívny vzťah, dôveru a zvyšujú význam ošetrovateľstva, aby sa edukácia stala uznávanou intervenciou, založenou na dôkazoch, s dostatočnými výsledkami vo výskume, čo prispeje aj k zmene postoja poisťovní k danej problematike.

Literatúra

- [1] ALLEN, J. D., Berry, D.L. 2011. Multi-media support for informed/shared decision –making before and after a cancer diagnosis. In Semin. Oncol. Nurs. ISSN 0749-2081, 2011, roč. 27, č. 3, s. 192–202.
- [2] BOLEDOVIČOVÁ, M., ZRUBCOVÁ, D. a kol. 2009. Sestra a pôrodná asistentka v komunitnej starostlivosti. Nitra : UKF, 2009. 400 s. ISBN 978-80-8094-576-3.
- [3] GRECO, K. 2006. Cancer screening in older adults in an era of genomics and longevity. In Semin. Oncol. Nurs. ISSN 0749-2081, 2006, roč. 22, č. 1, s. 10–19.
- [4] HEIDENREICH, A. et al. 2011. Eau Guidelines pro liečbu karcinomu prostaty. In Urologické listy. ISSN 1214-2085, 2011, roč. 9, č. 2, s. 84-94.
- [5] MAGUROVÁ, D., MAJERNÍKOVÁ, E. 2009. Edukácia a edukačný proces v ošetrovatel'stve. Martin : Osveta, 2009. 155 s. ISBN 978-80-8063-326-4.
- [6] MAJEWSKI, W. D., MAJEWSKA, A. 2007. Views of students of extension nursing studies about cancer prophylaxis. In Ann Acad Med Stetin. ISSN 0304-4602, 2007, roč. 53, č. 3, s. 56–148.
- [7] NEMCOVÁ, J., HLINKOVÁ, E. a kol. 2010. Moderná edukácia v ošetrovatel'stve. Martin: Osveta, 2010. 260 s. ISBN 978-80-8063-321-9.
- [8] NÉMETH, F. a kol. 2009. Geriatria a geriatrické ošetrovatel'stvo. Martin: Osveta, 2009. 24 s, 193 s. ISBN 978-80-8063-314-1.
- [9] OLIVER, J.S. et al. 2011. Benefits, barriers, sources of influence, and prostate cancer screening among rural men. In Public Health Nurs. ISSN 1525-1446, 2011, roč. 28, č. 6, s. 22-515.
- [10] VÍT, V. 2011. Možnosti primárni prevencie karcinomu prostaty – bežná klinická praxe, nereálna fikce nebo blízka budúcnost. In Urologické listy. ISSN 1214-2085, 2011, roč. 9, č. 2, s. 7–11.

Implications of Nurse Education on Early Cancer Diagnostic

Abstract

Objective: *The aim of this Study was to investigate the effects of educational activities of the nurse on the early diagnosis of prostate cancer.*

Methods: *We used the methods of data collection from objective situations – the study of documents, and methods of data collection through subjective statements – questionnaires, interviews. We interviewed the patients treated for prostate cancer to find out how they assess their knowledge about this disease before it is diagnosed, and how many of them were educated about its prevention. Based on the results, we created an educational program to raise awareness of the prostate cancer disease. To compare the knowledge before and after the educational meetings, we used a questionnaire of our own design that contains 9 knowledge and 3 attitudinal*

questions with 5 declared items, expressing an opinion of the educated to the preventive examinations.

Outcomes: *The outcomes of respondents confirmed demonstrable differences in the correct answers and positive changes in attitudes to preventive examinations after the educational process. During the educational program with studying documents in the reviewed Urological Outpatient Clinic, an increased number of preventive examinations was confirmed in patients who were first examined by an urologist, along with an increased number of newly diagnosed prostate cancer diseases, i.e. in the ratio of 9:1 when comparing the year 2011 with 2010. It is the largest incidence of newly diagnosed patients since the foundation of the Outpatient Clinic.*

Conclusion: *Based on the outcomes we confirm the importance of education, and its relevance for the individual and the general public. We recommend the nurses to increase the educational activities in the outpatient practice.*

Key words

Education, nurse, prostate cancer, prevention

Kontaktné údaje

Bc. Viera Lüleiová
Urologická ambulancia, Vráble
e-mail: v.luleiova@gmail.com

Doc. PhDr. Gabriela Vörösová, PhD.
Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre, Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva,
Katedra ošetrovateľstva
e-mail: gvorosova@ukf.sk

Počátky komunitního plánování sociálních služeb v České republice

Petra Formánková

Městský úřad Písek, Odbor sociálních věcí

Externí doktorandka Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích,
Zdravotně sociální fakulty

Abstrakt

Jedním z možných přístupů vytváření plánů rozvoje sociálních služeb na lokální úrovni je využití komunitního plánování jako specifické metody sociální práce. Významnou charakteristikou komunitního plánování je potenciál vytvářet prostor pro participaci veřejnosti a zejména zástupců cílových skupin uživatelů při jednání a rozhodování o podobě místního systému sociálních služeb. Právě přizvání občanů k diskusi o utváření/podobě své komunity již od samotného počátku je to, co činí tuto metodu tak unikátní. U jednoho stolu se setkává tzv. triáda komunitního plánování, tedy zadavatelé dané služby, poskytovatelé těchto služeb a její uživatelé. Přičemž všichni zúčastnění jsou si rovnocennými partnery. Uvedený text se věnuje počátkům a důležitým milníkům vývoje jmenovaného plánování v České republice.

Klíčová slova

Historie komunitního plánování, komunitní plánování, plánování sociálních služeb, sociální služby

Úvod

Text je zaměřen na počátky vývoje jedné z neefektivnějších metod, kterou mohou obce a kraje použít při plánování a realizaci poskytování sociálních služeb. Neboť díky plánování služeb v obcích, městech a městských částech, tedy na nejnižší možné úrovni, lze vytvořit systém služeb podle existujících (a předpokládaných) potřeb, v odpovídající kvalitě a v souladu s místními specifiky. Tzn., že lidé sami se podílejí na plánování toho, o čem se domnívají, že jim vyhovuje a naplňuje jejich potřeby.

Podrobný popis historické geneze plánování sociálních služeb v devadesátých letech minulého století poslouží čtenářům k lepšímu pochopení souvislostí a dnes používané terminologie. Obsahově je pojem komunitní velmi blízký aktuálnímu termínu střednědobý plán rozvoje sociálních služeb. Původ komunitního plánování bývá přisuzován zejména Velké Británii. Britské komunitní plánování probíhá soustavně od 50. let 20. století (www.mind.org.uk). Česká republika se v komunitním plánování začala angažovat až mnohem později (Úlehla, 2002). Poprvé se objevuje v roce 1998 v Ústí nad Labem, které začalo tuto metodu uskutečňovat ve spolupráci s Centrem komunitní práce Ústí nad Labem pro plánování sociálních služeb. Spolupráce Ústí

nad Labem a Centra komunitní práce probíhala zcela z vlastní iniciativy a tedy nezávisle na Ministerstvu práce a sociálních věcí (MPSV) (www.mpsv.cz, 2005).

První úvahy o zpracování dokumentu povahy střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb se objevily při projednávání návrhu zásad zákona o sociální pomoci v Poslanecké sněmovně Parlamentu ČR na jaře roku 1995, tehdy se hovořilo o zpracování sociální analýzy obce, která se měla stát podmínkou pro poskytování státních dotací na sociální aktivity jednotlivých obcí.

Takto zpracovaná sociální analýza obce (resp. města, popř. regionu) měla plnit řadu cílů:

- měla být zdrojem informací, potřebných pro poskytování dotací státu na krytí nákladů sociálních aktivit obcí a zdrojem statistických údajů,
- na základě historických, geografických, demografických, ekonomických a dalších skutečností měla přispět k tvorbě, popř. měla být součástí celkové analýzy obce (města či regionu), která je nezbytným předpokladem pro vytváření dlouhodobější rozvojové strategie,
- měla pomoci nalézt a kvantifikovat ty sociální skupiny, které jsou nejčastěji klienty sociální pomoci a ty skupiny osob, s jejichž způsobem života jsou spojena rizika,
- měla vést ke shromáždění informací o sociálních aktivitách provozovaných na vlastním území, přitom není nezbytné ani možné, aby každá obec disponovala všemi typy sociálních služeb, ale je nezbytné, aby obec byla schopna svého občana o takové službě informovat, event. mu (podle typu služby) napomoci ji zabezpečit nebo zprostředkovat,
- měla upozornit na některé problémy a potřeby, jako je např. dostupnost některých služeb, dopravní obslužnost, a ověřit existenci mechanismů kooperace obce s příslušnými orgány státní správy, s jinými obcemi a nestátními subjekty, popř. měla dát impuls k navázání těchto vztahů (Průša, 2008).

V následujícím období se ukázalo, že charakter takto zpracovaných analýz je podstatně širší než vyjadřoval její název, a proto se začalo hovořit o zpracování sociálně demografické analýzy a prognózy, s takovým označením se bylo možné setkat v rámci návrhu věcného záměru zákona o sociální pomoci na podzim roku 1997, jedna z prvních sociálně demografických analýz a prognóz byla zpracována v rámci projektu Phare „*Optimalizace sítě sociálních služeb v Roudnici nad Labem a jejím okolí*“ (Bareš, 2009; Průša, 2006).

Sociálně demografická analýza a prognóza obce (města) a jejího spádového území měla být zpracována ve třech etapách:

1. provedení demografické analýzy a prognózy obce (města) a jejího spádového území,
2. zpracování SWOT analýzy, v jejímž rámci měla být věnována pozornost zejména zmapování vybavenosti dané obce (města) a jejího spádového území a porovnání zjištěných parametrů s hodnotami vybavenosti okolních regionů

a celostátními hodnotami, zdůvodnění zjištěných odchylek a zmapování neuspokojených potřeb občanů, analýze vazeb sociálních služeb na související, popř. navazující odvětví, pozornost je přitom vhodné věnovat i rozboru aktuálních trendů ve vývoji sociálních služeb v Evropě a v naší zemi,

3. zpracování plánu rozvoje sociálních služeb na základě poznatků zjištěných v předchozích etapách (Průša, 2008).

Projekt „Podpora MPSV při reformě sociálních služeb“

Na počátku roku 1999 bylo rozhodnuto přehodnotit tento systém a v zájmu zajištění ochrany uživatele sociálních služeb eliminovat jeho největší rizika (dostatečná dostupnost sociálních služeb, vytvoření nástrojů státu pro ovlivňování jejich dalšího vývoje). K realizaci tohoto kroku byla využita spolupráce s britskými odborníky. Tj. z hlediska aktivit MPSV v plánování sociálních služeb v České republice byl prakticky prvním významným počinem Česko-britský projekt „*Podpora MPSV při reformě sociálních služeb*“, zahájený v roce 2000. Jeho hlavním cílem bylo ověřit, nakolik tato metoda, běžně uplatňovaná ve Velké Británii, může přispět k efektivnímu poskytování sociálních služeb v českých podmínkách. Projekt byl realizován po dobu tří let ve spolupráci s britským ministerstvem pro mezinárodní rozvoj a sestával ze tří modulů, přičemž první z nich se zaměřoval na komunitní plánování sociálních služeb (Vasková, 2009). Výše zmiňovaný modul probíhal na Písecku jako pilotní program s názvem MOLSA. Odtud byla tato metoda rozšířena na území svazku obcí Milevska. Zkušenosti čerpalo MPSV stejně jako prvotně Ústí nad Labem z Velké Británie, kde byla metoda komunitního plánování již běžně využívána (Vasková., et al, 2001).

Výstupy a zkušenosti z tohoto projektu byly dále využity na vypracování metodických a koncepčních materiálů (vznikla tak např. Bílá kniha sociálních služeb, Operační program Rozvoje lidských zdrojů), při přípravě programového financování či dotačního řízení. Především byly zkušenosti využity k vytvoření vzdělávacího programu, jehož cílem bylo vyškolit zástupce z vybraných měst a rozšířit tak metodu komunitního plánování do dalších obcí republiky (www.mpsv.cz, 2005; Vasková, 2009).

Projekt „Zajištění místní a typové dostupnosti sociálních služeb“

Následně byl v letech 2005–2007 realizován celorepublikový projekt „*Zajištění místní a typové dostupnosti sociálních služeb*“ spolufinancovaný Evropskou unií z Evropského sociálního fondu v rámci Operačního programu Rozvoj lidských zdrojů a vládou České republiky. Cílem projektu bylo zajištění metodicky jednotného přístupu k plánování sociálních služeb na místní a regionální úrovni, vytvoření jednotného a uceleného systému vzdělávání a metodické podpory pro plánování sociálních služeb, zohledňující demografické rozdíly mezi regiony a potřeby uživatelů, zadavatelů, poskytovatelů sociálních služeb a veřejnosti s hlavním důrazem na minimalizaci rizik vzniku sociálního vyloučení, na podporu sociálního začleňování sociálně vyloučených cílových skupin a zároveň přispívá k udržení a návratu osob na trh práce (www.kpjck.cz, 2011).

Projekt realizovaly čtyři organizace, konkrétně: Komunitní plánování o. p. s., Centrum pro komunitní práci, Domov sv. Anežky o. p. s. a Katedra Antropologie Filozofické fakulty ZČU v Plzni. V rámci projektu bylo dosaženo významných výstupů:

- Kritéria kvality plánování sociálních služeb
- Návrh systému metodické podpory plánování sociálních služeb v ČR
- Metodiky pro plánování sociálních služeb
- Vzdělávací program pro plánování rozvoje sociálních služeb (**Úlehla., et al., 2010**).

V rámci projektu bylo mj. vyškoleno 74 krajských vzdělavatelů, kteří byli dál pověřeni vzděláváním obcí v jednotlivých krajích. Mj. byly realizovány závěrečné celorepublikové konference a vytvořen webový portál „*Portál plánování sociálních služeb*“ (www.kpss.cz, 2007).

„*Komunitně plánovat*“ není v České republice doposud ze zákona povinné, je pouze stanoveno jako doporučeníhodná metoda. Poprvé tomu tak bylo v Usnesení vlády č. 824/2004 ze dne 1. září 2004, které komunitní plánování doporučuje jako možný způsob postupu při řešení dostupnosti a kvality jednotlivých druhů veřejných služeb (Usnesení vlády č. 824/2004). Velmi významný byl rovněž zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ukládající nově povinnost MPSV a krajům zpracovávat střednědobé plány rozvoje sociálních služeb (Zákon č. 108/2006 Sb.). Při této činnosti kraje spolupracují s obcemi, zástupci poskytovatelů i zástupci osob, kterým jsou služby poskytovány (www.mpsv.cz, 2010). Ani v tomto zákoně není komunitní plánování explicitně zmíněno či nařízeno, ale jeho formulace nepřímou na metodu komunitního plánování odkazuje. Mimo jiné MPSV ve svém stanovisku uvedlo jako metodu zpracování střednědobých plánů právě komunitní plánování (Zákon č. 108/2006 Sb.).

Obce nemají na rozdíl od krajů podle zákona povinnost plány zpracovávat (tato nerovnoměrnost vznikla při schvalování zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, i když v původním návrhu byla povinnost plánovat i pro obce). Provázanost mezi krajskou a obecní úrovní je nicméně po poslední novelizaci jmenovaného zákona (srpen 2009) podpořena díky zakotvení povinnosti spolupráce obcí s krajem a sdělování relevantních informací ze strany obcí. Kromě toho kraj sleduje a vyhodnocuje plnění plánů s výše jmenovanými subjekty, čímž je zajištěn přenos informací a zapojení do procesu plánování sociálních služeb (www.mpsv.cz, 2010).

Nyní se v České republice v oblasti sociálních služeb komunitně plánuje ve všech krajích a více než v 90 % obcí se statusem s rozšířenou působností, tj. III. typu (buď pro celý správní obvod, nebo jen pro samotnou obec), ale také v širších uskupeních (mikroregiony, svazky obcí). Avšak mezi obcemi s pověřeným obecním úřadem, tj. II. typu, není zatím komunitní plánování příliš hojně rozšířeno (Mužátková, 2010).

Závěr

Závěrem lze zhodnotit, že komunitní plánování od svého zavedení v roce 2000 v České republice urazilo značný kus cesty. Přes velmi kostrbaté začátky a získávání zkušeností v zahraničí (ve Velké Británii) byla hledána cesta, jak tento nástroj uchopit a nastavit

na místní podmínky. V současné době se tato metoda podařila rozšířit na většinu území České republiky. Velký podíl na tom jistě nese již zmiňovaný zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Vzhledem k doporučenému postupu „seskládání“ národního plánu z krajských plánů a krajského z obecních byl díky tomuto zákonu ze strany MPSV „rozjet vlak“ přivádějící na myšlenku komunitně plánovat dnes již všechny kraje, které tento „vlak“ přes realizované projekty dále vypravily do svých obcí (Mužátková, 2010). Dále pak významným nástrojem podpory jsou a v minulých letech byly projekty financované z Evropského sociálního fondu. Metodická podpora obcí probíhá v případě jejich zájmu buď ze strany zaměstnanců příslušných krajských úřadů, nebo externích odborníků.

Literatura

- [1] Bareš, P., Jeřábková, V., Průša, L. *Sociálně demografická analýza Roudnice nad Labem jako obce s rozšířenou působností*. Praha: VÚPSV, 2009. ISBN 978-80-7416-037-0.
- [2] Historie komunitní péče. [on-line]. [cit. 2012-28-08]. Dostupné z: http://www.mind.org.uk/help/research_and_policy/the_history_of_mental_health_and_community_carekey_dates.
- [3] Komunitní plánování: Celorepublikový projekt „Zajištění místní a typové dostupnosti sociálních služeb“. [online]. c2007 [cit. 2012-28-08]. Dostupné z: <http://www.kpss.cz/>.
- [4] MPSV.CZ: Vybrané statistické údaje o financování sociálních služeb a příspěvku na péči. [on-line]. c2010 [cit. 2012-28-08]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/9198/Analyza_fin_SS.pdf.
- [5] MPSV.CZ: Základní informace o komunitním plánování sociálních služeb. [on-line]. c2005 [cit. 2012-28-08]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/858>.
- [6] Mužátková, L. *Komunitní plánování v praxi českých municipalit*. Bakalářská práce. Brno: Masarykova univerzita, Ekonomicko-správní fakulta, 2010; Vedoucí práce: Ing.Neshybová, J.
- [7] Plánování sociálních služeb v Jihočeském kraji. [on-line]. c2011 [cit. 2012-28-08]. Dostupné z: <http://www.kpjek.cz/planovani>.
- [8] Průša, L. *Model optimálního uspořádání sociálních a zdravotních služeb na regionální úrovni*. Praha: VÚPSV, 2006. ISBN 80-87007-36-0.
- [9] Průša, L. *Sociální služby - srovnání ČR a EU*. Praha: Centrum denních služeb, 2008.
- [10] Úlehla, I. *Předpoklady komunitního plánování*. Sociální politika 2002; 28/3: 8-9.
- [11] Úlehla, I., Slabová, K., Mirovská, M. *Návrh systému metodické podpory plánování sociálních služeb v ČR*, 2010.
- [12] Usnesení vlády č. 824/2004, ze dne 1. září 2004.
- [13] Vasková, V. MPSV hodlá i nadále podporovat rozvoj plánování sociálních služeb. *Sociální práce* 2009; 1/9: 4-7.
- [14] Vasková, V., Úlehla, I., Kovář, M. Komunitní plánování jako součást reformy sociálních služeb. *Sociální politika* 2001; 27/11: 8-9.
- [15] Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

The Beginnings of Community Planning of Social Services in the Czech Republic

Abstract

One of the possible approaches to preparing social services development plans at the local level is the use of community planning as a specific method of social work. A significant characteristic of community planning is creating the conditions for participation of the public and namely the representatives of the target user groups in the negotiation and decision-making process concerning the local system of social services. What makes this method so unique is that we invite citizens to discuss the development/form of their community from the very beginning. The so-called triad of community planning meets at the table: the contracting authorities, providers and users of the services. The important thing is that all participants are treated equally. The text describes the beginnings and important milestones in the development of community planning in the Czech Republic.

Key words

History of community planning, community planning, planning of social services, social services

Kontaktní údaje

Mgr. Petra Formánková

Externí doktorandka Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulty, studijního programu Specializace ve zdravotnictví; obor Prevence, náprava a terapie zdravotní a sociální problematiky dětí, dospělých a seniorů.

Tel.: +420 777 297 740

E-mail: Formankova.p@seznam.cz

Edukácia ako integrálna súčasť ošetrovateľskej praxe

Mariana Magerčiaková

Katolícka univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva, Katedra ošetrovateľstva

Abstrakt

Edukácia predstavuje neoddeliteľnú súčasť poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti. V posledných rokoch sa zvyšujú požiadavky na zdravotno-výchovné pôsobenie vykonávané sestrami. Sestry môžu vykonávať prax v nemocniciach, ambulanciách alebo komunitách a realizované ošetrovateľské činnosti môžu využívať aj ako prostriedok na individuálne výchovné pôsobenie, na informovanie a vzdelávanie pacienta. V článku sú prezentované výsledky prieskumu, ktorého cieľom bolo zistiť, aké sú názory sestier na edukáciu ako integrálnu súčasť ošetrovateľskej praxe, a tiež aké sú názory a skúsenosti pacientov v tejto oblasti. Na získanie relevantných údajov bola použitá metóda empirického výskumu – neštandardizovaný dotazník. Prieskumom sme potvrdili dôležitosť edukačnej činnosti sestier nielen z pohľadu samotných sestier, ale aj z pohľadu pacientov. Tiež sme získali názory sestier a pacientov na uplatňovanie, resp. realizáciu edukácie v ošetrovateľskej praxi, ako aj na vplyv poučenia pacientov zo strany sestier na vyššiu spokojnosť pacientov a zvyšovanie kvality ošetrovateľskej starostlivosti.

Kľúčové slová

Edukácia, ošetrovateľská prax, sestra, pacient

Úvod

Edukácia predstavuje neoddeliteľnú súčasť poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti. Posledné roky sa dokonca zvyšujú požiadavky na zdravotno-výchovné pôsobenie vykonávané sestrami. Dnes sa kladie dôraz na zvelaďovanie a uchovávanie zdravia, než na liečbu samu, a preto sa ľudia domáhajú rozšírenia príslušných vedomostí a zručností. Sestry môžu vykonávať prax v nemocniciach, ambulanciách alebo komunitách a realizované ošetrovateľské činnosti môžu využívať aj ako prostriedok na individuálne výchovné pôsobenie, na informovanie a vzdelávanie pacienta, čím povzbudzujú správne postoje a aktívne zapojenie jednotlivcov, spoločenských skupín a komunít, posilňujú ich samostatnosť a zodpovednosť pri zachovávaní svojho zdravia a zdravého spôsobu života (Magerčiaková, 2007).

Jedným z hlavných cieľov edukácie je pomôcť pacientom nájsť nové spôsoby ako žiť, aby sa predišlo ďalšiemu ochoreniu alebo zhoršeniu existujúcej choroby. Dôvodom výučby je pomôcť pacientovi pochopiť realitu a prijať potrebu zmeny. Informácie musia byť odovzdané láskavo, s nádejou a vtedy, keď je pacient pripravený ich počuť.

Ľudia žijú svojím naučeným spôsobom, toto správanie si sami zvolili, aj keď často poznajú následky tejto voľby (Škrľa, Škrlová, 2003).

Materiál a metodika

Cieľom prieskumu bolo zistiť, aké sú názory sestier na edukáciu ako integrálnu súčasť ošetrovateľskej praxe, a tiež aké sú názory a skúsenosti pacientov v tejto oblasti. Na získanie relevantných údajov bola použitá metóda empirického výskumu – neštandardizovaný dotazník vlastnej konštrukcie, a to osobitne pre sestry a osobitne pre pacientov. Vyplnenie obidvoch dotazníkov bolo anonymné a dobrovoľné. Rozdali sme 120 dotazníkov sestrám v zdravotníckych zariadeniach 4 krajov Slovenskej republiky, vrátených bolo 104 dotazníkov. Návratnosť bola 86%. V tých istých zdravotníckych zariadeniach bolo administrovaných 120 dotazníkov pacientom, vrátených bolo 119 dotazníkov, návratnosť teda bola 99%.

Prieskumný súbor sestier tvorili sestry pracujúce v rôznych typoch zdravotníckych zariadení – vo vzorke boli zastúpené sestry zo všeobecnej a špecializovanej ambulantnej zdravotnej starostlivosti, z ústavnej zdravotnej starostlivosti a agentúr domácej ošetrovateľskej starostlivosti. Vzorku pre náš prieskum tvorilo 104 sestier. Sestry boli vo veku od 21 rokov do 50 rokov, priemerný vek respondentov bol 37 rokov. Z celkového počtu respondentov – sestier bolo 102 žien (98%) a 2 muži (2%). Minimálna dĺžka odpracovaných rokov v zdravotníctve bola 4 roky a maximálna 30 rokov. Priemerná dĺžka praxe bola 15 rokov.

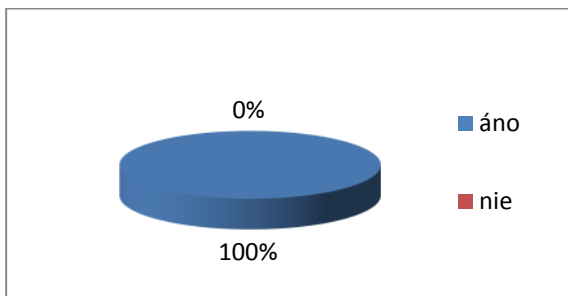
V prieskumnom súbore pacientov bolo 119 respondentov. Vo vzorke boli zastúpení pacienti ošetrovaní v rámci všeobecnej a špecializovanej ambulantnej zdravotnej starostlivosti, ústavnej zdravotnej starostlivosti a agentúr domácej ošetrovateľskej starostlivosti. Z celkového počtu respondentov bolo 77 žien (65%) a 42 mužov (35%). Vekové rozpätie súboru sa pohybovalo od 17 rokov do 83 rokov, pričom priemerný vek respondentov bol 46 rokov.

Výsledky prieskumu

Dotazník pre sestry

Položka dotazníka: Myslíte si, že edukácia pacientov zo strany sestry je dôležitá?

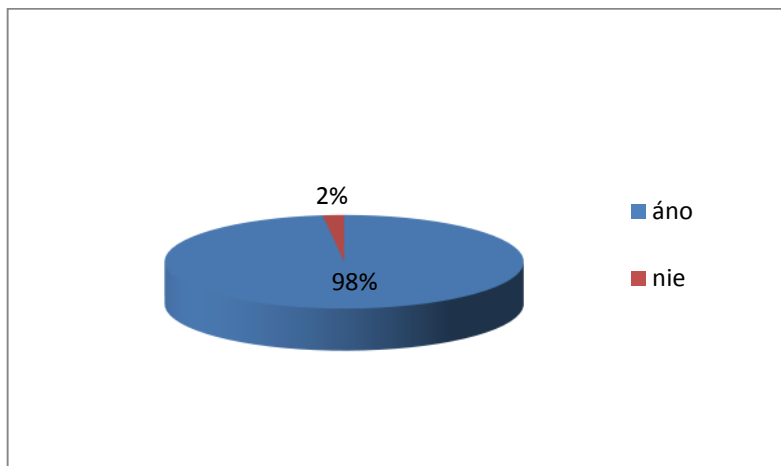
Graf 1 Názory sestier na dôležitosť edukácie



Všetkých 104 sestier, t. j. 100% je presvedčených o dôležitosti edukácie pacientov.

Položka dotazníka: Považujete edukáciu za súčasť svojej práce?

Graf 2 Edukácia ako súčasť práce sestier

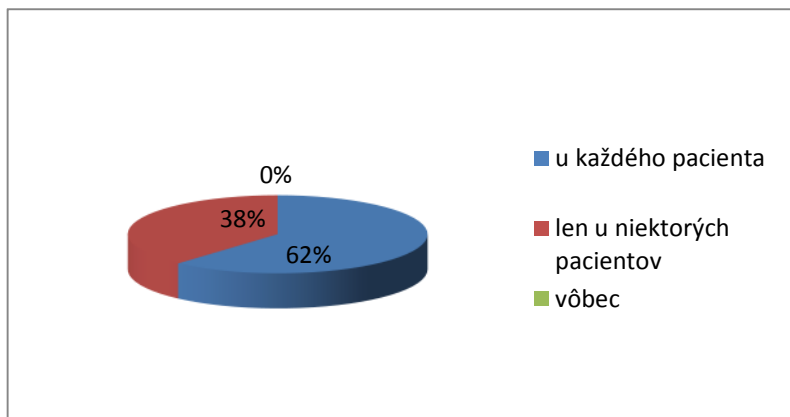


Prevažná väčšina sestier – 102 (98%) považuje edukáciu za súčasť svojej práce, odpoveď „nie“ si zvolili iba 2 sestry (2%).

Položka dotazníka: Edukáciu realizujete:

- u každého pacienta – u každého je potrebná
- len u niektorých pacientov
- vôbec

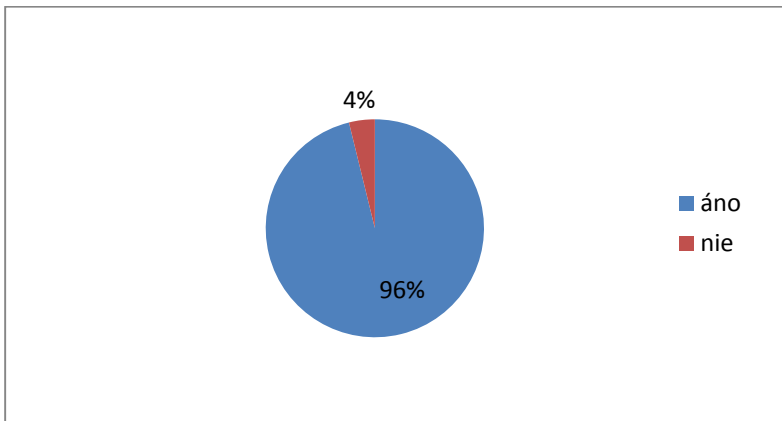
Graf 3 Realizácia edukácie pacientov sestrami



64 sestier (62%) realizuje edukáciu u každého pacienta, 40 sestier (38%) ju realizuje len u niektorých pacientov. Každá sestra sa teda podieľa na edukácii pacientov, nakoľko ani jedna sestra si nezvolila možnosť odpovede „vôbec“.

Položka dotazníka: Boli by ste ochotní rozšíriť si vzdelanie pre zdokonalenie Vašich schopností a zručností pre realizáciu edukácie pacientov?

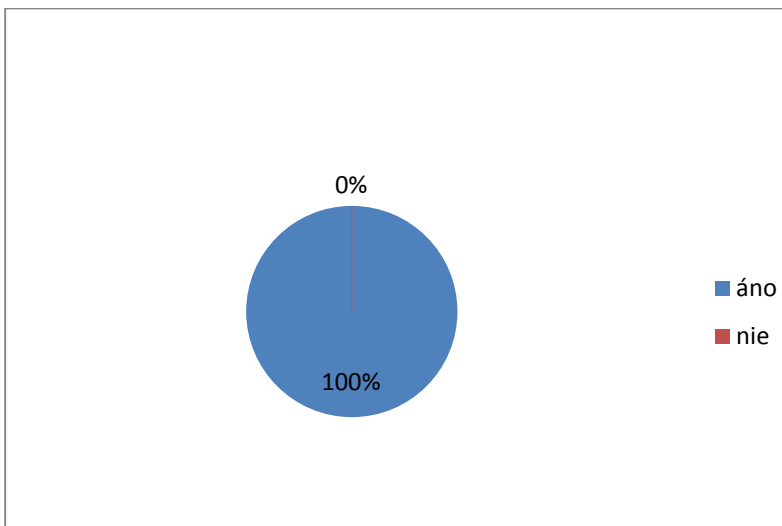
Graf 4 Ochota rozšíriť si vzdelanie pre efektívnejšiu realizáciu edukácie pacientov



100 sestier (96%) prejavilo ochotu vzdelávať sa pre zdokonalenie schopností a zručností pre realizáciu edukácie pacientov, naopak 4 sestry (4%) ochotu vzdelávať sa neprejavili.

Položka dotazníka: Môže podľa Vás edukácia pacientov prispieť k zvýšeniu kvality ošetrovateľskej starostlivosti?

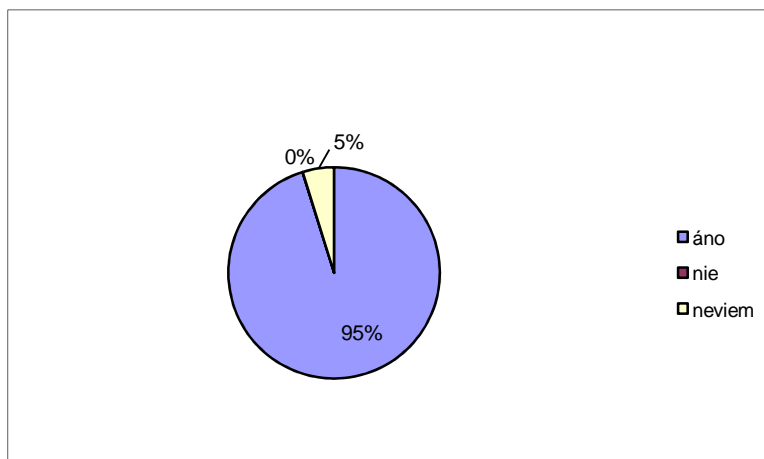
Graf 5 Vplyv edukácie pacientov na zvýšenie kvality ošetrovateľskej starostlivosti



Všetkých 104 sestier (100%) zastáva názor, že edukácia pacientov môže prispieť k zvýšeniu kvality ošetrovateľskej starostlivosti.

Položka dotazníka: Myslíte si, že poučenie a dostatočná informovanosť pacientov zo strany sestier prispieva k vyššej spokojnosti pacientov?

Graf 6 Vplyv edukácie na vyššiu spokojnosť pacientov

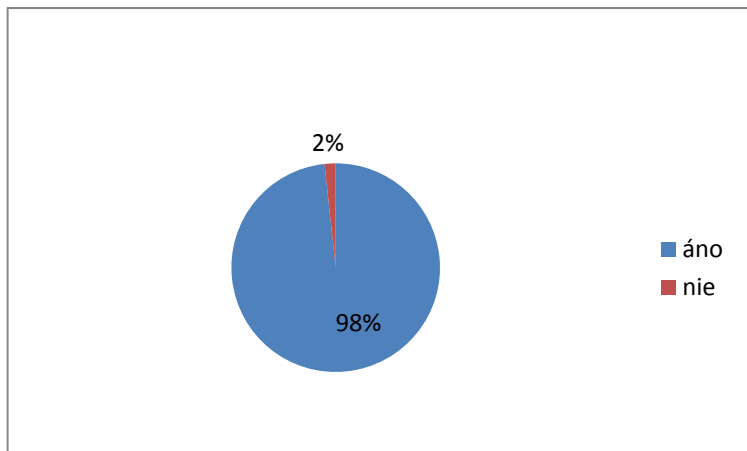


99 sestier (95%) si vybralo v uvedenej položke možnosť odpovede „áno“, 5 sestier (5%) odpovedalo „neviem“.

Dotazník pre pacientov

Položka dotazníka: Myslíte si, že súčasťou Vašej ambulantnej alebo nemocničnej liečby by malo byť poučenie pacientov zo strany sestier (napr. o životospráve, o užívaní liekov a pod.)?

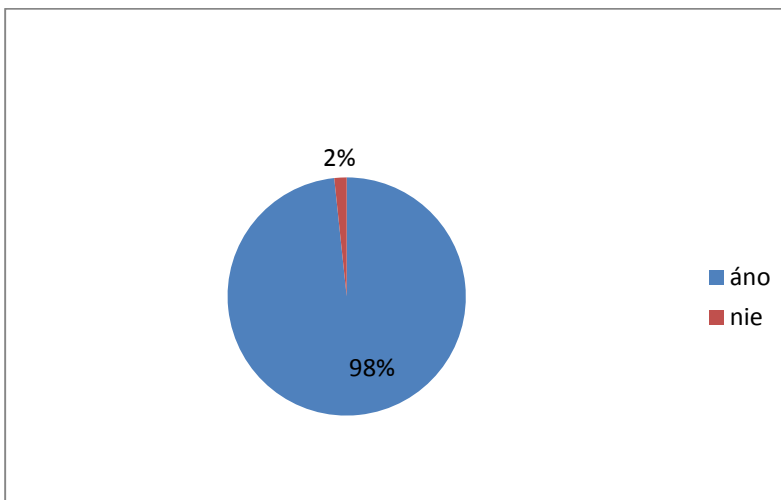
Graf 7 Názory pacientov na edukáciu zo strany sestier ako súčasť ich liečby



117 pacientov (98%) si myslí, že súčasťou ambulantnej alebo nemocničnej liečby by malo byť poučenie pacientov zo strany sestier, zápornú odpoveď označili 2 pacienti (2%).

Položka dotazníka: Je podľa Vás poučenie pacienta zo strany sestry dôležité?

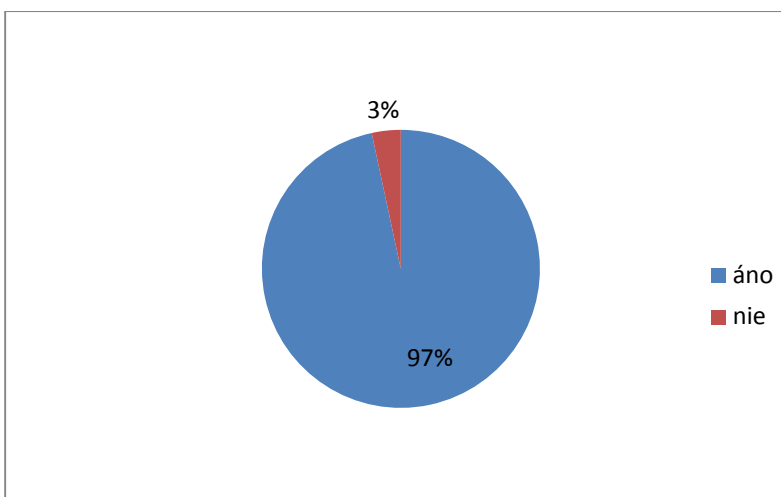
Graf 8 Názory pacientov na dôležitosť edukácie realizovanej sestrami



Podobne ako v predchádzajúcej položke 117 pacientov (98%) uviedlo, že poučenie pacienta zo strany sestry je dôležité, o opaku sú presvedčení 2 pacienti (2%).

Položka dotazníka: Môže poučenie pacienta sestrou prispieť k zlepšeniu zdravotného stavu alebo rýchlejšiemu uzdraveniu?

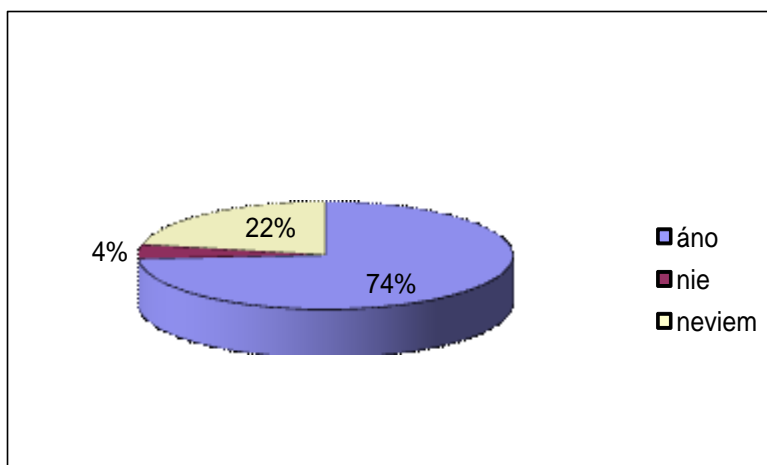
Graf 9 Vplyv edukácie realizovanej sestrou na zlepšenie zdravotného stavu pacienta



Na uvedenú položku odpovedalo 115 respondentov (97%) „áno“, čím uznávajú, že poučenie pacienta sestrou môže prispieť k zlepšeniu zdravotného stavu alebo rýchlejšiemu uzdraveniu. Zápornú odpoveď označili 4 respondenti (3%).

Položka dotazníka: Dodržiavali by ste pokyny zo strany sestry (napr. ohľadom úpravy životosprávy)?

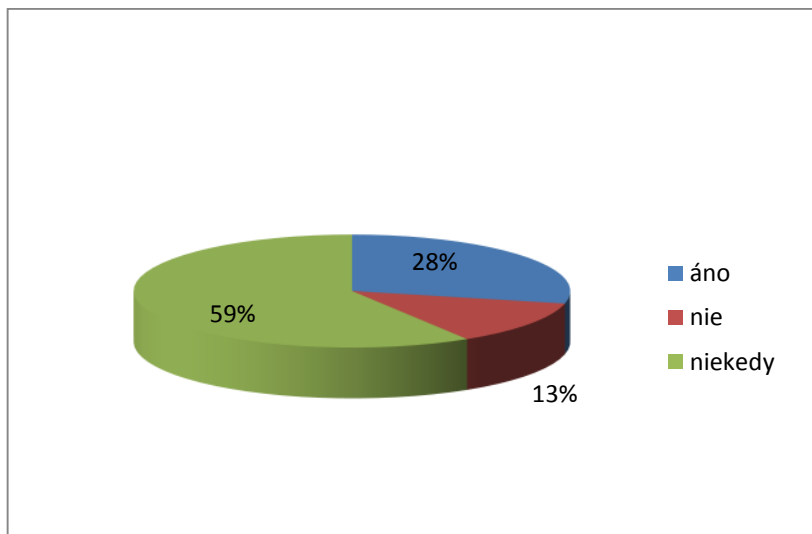
Graf 10 Ochota pacientov dodržiavať pokyny sestry



88 pacientov (74%) je ochotných dodržiavať pokyny a inštrukcie zo strany sestry, 26 pacientov (22%) nie je rozhodnutých, či by dodržiavali inštrukcie sestry a 5 pacienti (4%) by ich nedodržiavali.

Položka dotazníka: Realizujú podľa Vás v súčasnosti sestry v rámci svojej práce poučenie a vzdelávanie pacientov?

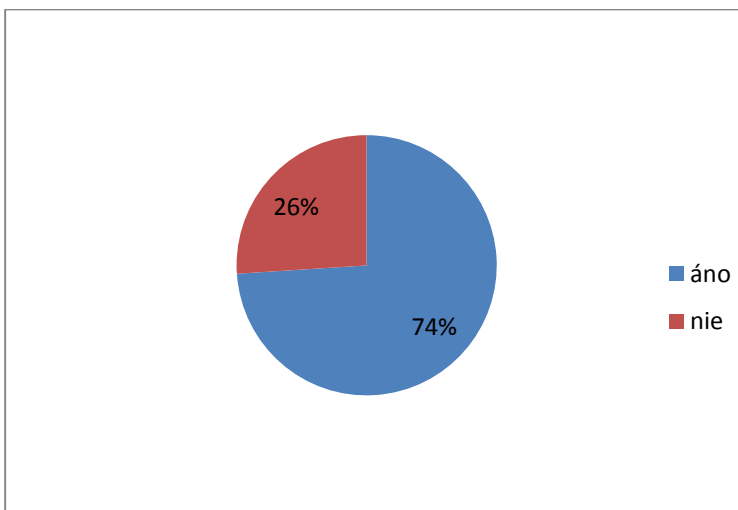
Graf 11 Realizácia edukácie sestrami podľa názoru pacientov



70 pacientov (58%) si myslí, že sestry v súčasnosti v rámci svojej práce realizujú poučenie a vzdelávanie pacientov niekedy, 34 pacientov (29%) označilo odpoveď „áno“, a podľa 15 pacientov (13%) sestry edukáciu nerealizujú.

Položka dotazníka: Stretli ste sa už s tým, že Vás sestra počas liečby alebo pobytu v nemocnici poučila o niečom, čo bolo dôležité pre zlepšenie Vášho zdravotného stavu?

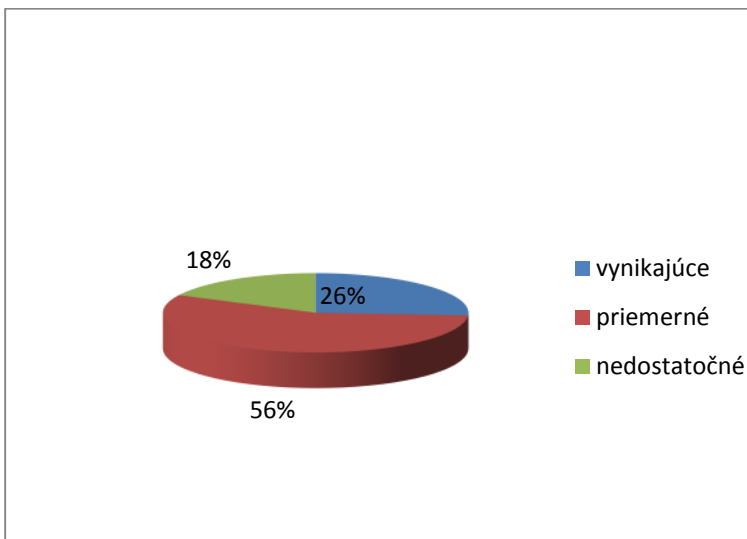
Graf 12 Skúsenosť pacientov s realizáciou edukácie sestrou dôležitou pre zlepšenie zdravotného stavu



88 pacientov (74%) na uvedenú položku odpovedalo, že sa už stretli s tým, že ich sestra počas liečby alebo pobytu v nemocnici poučila o niečom, čo bolo dôležité pre zlepšenie ich zdravotného stavu. 31 pacientov (26%) uviedlo odpoveď „nie“.

Položka dotazníka: Poučenie a informovanosť pacientov zo strany sestier hodnotíte ako:

Graf 13 Hodnotenie edukácie realizovanej sestrami zo strany pacientov



Ako priemerné hodnotí poučenie a informovanosť zo strany sestier 67 pacientov (56%), ako vynikajúce ho označilo 31 pacientov (26%) a nedostatočné 21 pacientov (18%).

Diskusia

Edukácia v práci sestry má svoje nezastupiteľné miesto. Sestry môžu v rámci svojich profesijných činností pôsobiť na široké vrstvy obyvateľstva všetkých vekových kategórií. Edukačná rola sestry je zameraná na utváranie a formovanie uvedomelého a zodpovedného správania a konania jednotlivca, skupiny či komunity v záujme podpory, zachovania a obnovy zdravia.

Aké sú názory sestier na edukáciu ako integrálnu súčasť ošetrovateľskej praxe, a tiež aké sú názory a skúsenosti pacientov v tejto oblasti, sme sa snažili zistiť realizovaným dotazníkovým prieskumom.

Redman (2007) uvádza, že vzdelávanie pacienta je ústrednou súčasťou praxe všetkých zdravotníckych pracovníkov. Je založený na súbore teórií, na výskume a na zručnostiach, ktoré je potrebné sa naučiť a precvičovať. Všetkých 104 sestier (100%) v našom prieskume deklarovalo, že je presvedčených o dôležitosti edukácie pacientov. Prevažná väčšina sestier – 102 (98%) považuje edukáciu za súčasť svojej práce, odpoveď „nie“ si zvolili iba 2 sestry (2%). Edukácia je proces ovplyvňovania správania pacientov a zmeny v ich vedomostiach, postojoch a zručnostiach potrebných na zachovanie alebo zlepšenie zdravia (American Academy of Family Physicians in Rankin et al., 2005). 117 pacientov (98%) v našom prieskume sa vyjadrilo, že súčasťou ambulantnej alebo nemocničnej liečby by malo byť poučenie pacientov zo strany sestier. Rovnako 117 pacientov (98%) uviedlo, že poučenie pacienta zo strany sestry je dôležité.

„Vzdelávanie pacientov je uznávanou nezávislou funkciou ošetrovateľstva aj v podmienkach slovenského zdravotníctva. Registrované sestry sú zodpovedné a majú vzdelávanie pacientov vymedzené zákonom. Edukáciu v ošetrovateľstve ako súčasť ošetrovateľskej praxe potvrdzuje Zákon č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov s účinnosťou od 1. apríla 2004 a Vyhláška MZ SR č. 364/2005 Z. z., ktorou sa určuje rozsah ošetrovateľskej praxe poskytovanej sestrou samostatne a v spolupráci s lekárom a rozsah praxe pôrodnej asistencie poskytovanej pôrodnou asistentkou samostatne a v spolupráci s lekárom“ (Nemcová, 2010, s. 17). Ako uviedli sestry v našom prieskume, 64 (62%) z nich realizuje edukáciu u každého pacienta, 40 sestier (38%) ju realizuje len u niektorých pacientov. Každá sestra sa teda podieľa na edukácii pacientov, nakoľko ani jedna sestra si nezvolila možnosť odpovede „vôbec“. Tiež 70 pacientov (58%) si myslí, že sestry v súčasnosti v rámci svojej práce realizujú poučenie a vzdelávanie pacientov niekedy, 34 pacientov (29%) zastáva názor, že ho realizujú vždy a podľa 15 pacientov (13%) sestry edukáciu nerealizujú. 88 pacientov (74%) sa už stretlo s tým, že ich sestra počas liečby alebo pobytu v nemocnici poučila o niečom, čo bolo dôležité pre zlepšenie ich zdravotného stavu.

Edukačnú rolu sestry však nie je možné vykonávať bez adekvátnej profesionálnej prípravy, pričom úspech sestry-edukátorky závisí od jej osobnostných a vzdelanostných predpokladov (Magerčiaková, 2007). 100 sestier (96%) v nami realizovanom prieskume prejavilo ochotu vzdelávať sa pre zdokonalenie schopností

a zručností pre realizáciu edukácie pacientov, naopak 4 sestry (4%) ochotu vzdelávať sa neprejavili.

Sestra pri edukácii poskytuje informácie, poučenia, skúsenosti, naučené materiály a texty, získané zručnosti, rady a návody. Výsledkom edukácie je zvýšenie a prevzatie zodpovednosti pacienta za vlastné zdravie a nadobudnutie nových vedomostí, zručností a postojov (Magurová, Majerníková, 2009). Výsledky edukácie môžu výrazne ovplyvňovať aj kvalitu poskytovanej ošetrovateľskej, resp. zdravotnej starostlivosti. Všetkých 104 sestier (100%) v našom prieskume zastáva názor, že edukácia pacientov môže prispieť k zvýšeniu kvality ošetrovateľskej starostlivosti. V tejto súvislosti si 99 sestier (95%) myslí, že poučenie a dostatočná informovanosť pacientov zo strany sestier prispieva k vyššej spokojnosti pacientov. Podobne 115 respondentov-pacientov (97%) uznáva, že poučenie pacienta sestrou môže prispieť k zlepšeniu zdravotného stavu alebo rýchlejšiemu uzdraveniu.

Významnou súčasťou edukácie je nielen jej efektívna realizácia, ale aj dodržiavanie pokynov pacientmi. Špecifické správanie pacienta vo vzťahu k dodržiavaniu pokynov a odporúčaní zdravotníckych pracovníkov sa označuje ako adherencia a kompliance (compliance). Označujú schopnosti a ochotu pacienta pochopiť, rešpektovať, dodržiavať a správne realizovať pokyny a odporúčania poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. Týkajú sa všetkých terapeutických, režimových a rehabilitačných opatrení, nielen medikamentózneho terapie (Gurková, Bóriková in Žiaková a kol., 2009). Výsledky nášho prieskumu poukazujú na to, že 88 pacientov (74%) je ochotných dodržiavať pokyny a inštrukcie zo strany sestry, 26 pacientov (22%) nie je rozhodnutých, či by dodržiavali inštrukcie sestry a 5 pacienti (4%) by ich nedodržiavali. S dodržiavaním inštrukcií prezentovaných pacientovi sestrou úzko súvisí aj úroveň jej edukačnej činnosti. Poučenie a informovanosť zo strany sestier hodnotí ako priemerné 67 pacientov (56%), ako vynikajúce 31 pacientov (26%) a nedostatočné 21 pacientov (18%).

Záver

Edukácia realizovaná v ošetrovateľskej praxi sa spája predovšetkým s potrebou učenia. *„Potreba učenia je motívom na získavanie nových informácií a zručností. Jednotlivec vníma medzeru medzi informáciou, vedomosťami, zručnosťami a schopnosťami, ktoré má, a informáciou, vedomosťami a schopnosťami, ktoré sú potrebné na to, aby dokázal zvládnuť určité činnosti, alebo sa postarať sám o seba“* (Bašková, Tomagová in Tomagová, Bóriková a kol., 2008, s. 144). Potrebu učenia, a teda získavania nových teoretických poznatkov alebo praktických zručností, si často uvedomuje sám pacient predovšetkým vo vzťahu ku svojmu zdravotnému stavu. Potrebu učenia alebo potrebu zmeny postojov u pacientov často potvrdia zdravotnícki pracovníci, najmä sestry pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti. Aby mohli byť potreby súvisiace s učením u pacientov adekvátne a efektívne uspokojované, je nevyhnutné apelovať na sestry a motivovať ich k zodpovednému uplatňovaniu všetkých fáz edukačného procesu, čím je možné dosiahnuť efektívnosť plánovaných a následne realizovaných edukačných aktivít. To však nie je možné bez príslušných osobnostných a kvalifikačných predpokladov sestry v spojení s jej erudíciou.

„Edukčný proces v zdravotníckom zariadení má svoje špecifiká. Zdravotnícke zariadenia sa zaoberajú predovšetkým starostlivosťou o zdravie svojich klientov a edukácia by mala byť súčasťou tejto starostlivosti, preto sa musí prispôbiť systému a metódam starostlivosti v zdravotníckom zariadení – mala by byť s nimi v súlade“ (Juřeníková, 2010, s. 21).

Literatúra

- [1] JUŘENÍKOVÁ, P. 2010. *Zásady edukace v ošetrovateľské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010, 80 s. ISBN 978-80-247-2171-2.
- [2] MAGERČIAKOVÁ, M. 2007. *Edukácia v ošetrovateľstve I*. 1. vyd. Ružomberok: Katolícka univerzita, Fakulta zdravotníctva, 2007, 106 s. ISBN 978-80-8084-221-5.
- [3] MAGUROVÁ, D., MAJERNÍKOVÁ, Ľ. 2009. *Edukácia a edukačný proces v ošetrovateľstve*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2009, 155 s. ISBN 978-80-8063-326-4.
- [4] NEMCOVÁ, J., HLINKOVÁ, E. a kol. 2010. *Moderná edukácia v ošetrovateľstve*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2010. 260 s. ISBN 978-80-8063-321-9.
- [5] RANKIN, S. H., STALLINGS, K. D., LONDON, F. 2005. *Patient Education in Health and Illness*. 5th ed. Philadelphia: Lippincott Co., 2005, 368 p. ISBN 978-0-7817-4849-0.
- [6] REDMAN, B. K. 2007. *Patient Education. A Case Study Approach*. 10th ed. St. Louis, Missouri: MOSBY ELSEVIER, 2007, 157 p. ISBN 978-0-323-03905-5.
- [7] ŠKRLA, P., ŠKRLOVÁ, M. 2003. *Kreativní ošetrovateľský management*. 1. vyd. Praha: Advent-Orion, 2003, 477 s. ISBN 80-7172-841-1.
- [8] TOMAGOVÁ, M., BÓRIKOVÁ, I. a kol. 2008. *Potreby v ošetrovateľstve*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2008, 198 s. ISBN 80-8063-270-0.
- [9] ŽIAKOVÁ, K. a kol. 2009. *Ošetrovateľský slovník*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2009, 218 s. ISBN 978-80-8063-315-8.

Education as an Integral Part of Health-Care Routine

Abstract

Education represents an inseparable part of health-care routine. In recent years the requirements of health-care routine combined with educational influence provided by nurses have been increasing. Nurses may work in hospitals, outpatients' departments or communities and practised activities may be used as a tool for individual lecturing, informing and educational influence provided to the patient. The article presents the results of the research aimed at finding out what nurses think about education as an integral part of health-care routine and also what are the opinions and experiences of patients concerning this issue. A tailor-made questionnaire as a method of empirical research was used in order to obtain relevant data. The research has confirmed the importance of educational activities of nurses which was proved not only by nurses but also by patients. We have also obtained opinions of nurses and patients about providing or rather implementation of education in health-care routine as well as about the impact of lecturing provided to patients by nurses on higher satisfaction of patients and increasing of health-care quality.

Key words

Education, health-care routine, nurse, patient

Kontaktné údaje

PhDr. Bc. Mariana Magerčiaková, PhD.
Katolícka univerzita v Ružomberku
Fakulta zdravotníctva
Nám. A. Hlinku 48
034 01 Ružomberok
e-mail: magerciakova@ku.sk

Quality Monitoring in Healthcare Facilities

Małgorzata Nagórska¹, Lada Cetlová²

¹Instytut Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Rzeszowski, Poland

²Department of Health Care Studies, College of Polytechnics Jihlava, Czech Republic

Abstract

In modern inpatient health care facilities, the management (at all levels of control) is assigned to lead and motivate the employees to the best quality and safest medical and nursing care. Basis for improving the quality and safety is the willingness of managers to accept the analysis of the collected data and to follow the obtained results.

Key words

Safety, quality, patient, care

Introduction

First steps in quality assurance have been made in the United States, where in 1910 Ernest Forman stresses the importance of standards for the evaluation of hospital. In 1917, the American College of Surgeons defined 12 standards, which at that time in the U.S. were met only by 89 out of 692 hospitals. In 1926 was issued first printed manual. The World Health Organization has defined the quality of health care in 1966 as a "Summary of the results achieved in the prevention, diagnosis and treatment, which are defined by the needs of population on the basis of medical science and practice" (Gladkij, Heger, Strnad, 1999, p. 12).

"According to recent WHO definition health care quality is defined as the degree of perfection of provided health care in relation to the contemporary level of knowledge and technological development" (Gladkij, Heger, Strnad, 1999, p.13).

Donabedian defines quality health care as "That care which can deliver maximum benefit to the patient's health and when the benefits obtained, compared to costs, are higher in all phases of the therapeutic process" (Gladkij, Heger, Strnad, 1999, p 12).

By Qvretveita's definition the quality of health care means "Ability to meet the needs of those who are dependent on care. It is ability to restore function, to eliminate pain, to prolong productive or meaningful life, to answer questions, to respect for human dignity" (Gladkij, Heger, Strnad, 1999, p 12).

"The level at which the care is provided in accordance with current technical and professional standards" (Gladkij, Heger, Strnad, 1999, p 13).

"Doing the right things the right way" (Gladkij, Heger, Strnad, 1999, p 13).

The definition of quality according to Bennett and Gnoth describes quality as a minimum level of service that an organization decides to offer in order to meet the needs of their patients. At the same time the quality is the degree of consistency the organization can keep while providing pre-defined services. This means that the quality of service or product is derived from the type of the target group (from its expectations, preferences and perceptions) and that maintaining of consistent quality in healthcare depends mainly on the human factor (Seaton, Bennett, 2006).

"Deming and Juran created the industrial models of quality control: Total Quality Management (TQM) and Continuous Quality Improvement (CQI) defining the overall quality of all the services provided in the system. This model of quality control was first used by the Japanese after World War II when they started to produce quality goods at lower prices than the competition" (Mastiliaková, 2003, p 6).

Quality management in healthcare facilities

In 1780 BC or 4000 years ago Chammurabi law codex laid down that if surgeon caused death or loss of sight to free man then his forearm is to be cut off. The quality is defined in negative way because it determines responsibility for consequences. Only free men had right to health care and results were focused at medical procedures (Gladkij, et al., 2003).

International Accreditation Commission

"Ways of providing and quality control of care went from the beginning of the twentieth century through fast qualitative development. From the professional model, through administrative model to industrial model (Total Quality Management (TQM) and Continuous Quality Improvement (CQI)) in which is quality defined as the satisfaction of patient's needs" (Mastiliakova, 2003, p. 5).

JCAHO – Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organisations was established in 1951 in the United States as non-profitable independent governmental organisation which deals with the accreditation of healthcare organisations. Its mission is improvement of healthcare quality in ambulant and primary care, hospice care, laboratories and long-term care facilities (Mastiliakova, 2003).

JCIA – Joint Commission of International Accreditation issued Standards for the international accreditation of hospitals in 1999.

ISO – International Organisation for Standardization is base in Geneva and it is national standardisation (accreditation) institution. Its mission is to create uniform evaluation criteria for the independent certification of providers (goods, services). In 1987 it issued its first set of internationally valid norms. Today is ISO implemented in more than 170 countries worldwide. In the Czech Republic it became known already after the World

War II thanks to the Office for Technical Normalisation, Metrology and National Testing (UNMZ) and Czech normalisation institute (CNI). UNMZ is the organisational part

of Ministry of Industry and Trade of the Czech Republic and its status and responsibility are defined in Legislative Act 20/1993 Coll., on The Organisation of technical normalisation, metrology and national testing. Contemporary CNI is in the Czech Republic only institution which is authorised to issue so called CSN norms (Czech Technical Norms) (Mastiliakova, 2003).

ISQua – The International Society for Quality in Healthcare – promote security of patients and control in the continuous increasing of quality worldwide. It is non-profitable and independent organisation directed by Executive Council which is elected once in two years. Current members of Council are from North America, Europe and Asia (Malloch, Grady, 2010).

QCI – Quality Council of India was established in 1997 as the joint initiative of Indian government. Its goal is to promote trust to Indian products and services and to increase their competitiveness on international markets. It is non-profitable and independent organisation (Aspden, Wolcott, Bootman, Cronenwett, 2007).

NABH – National Accreditation Board for Hospitals and Healthcare Providers is one of QCI committees which create and maintain accreditation program for organisations which provide healthcare (Cullum, Ciliska, Haynes, Marks, 2007).

CCHSA – Canadian Council on Health Services Accreditation (Di Censo, Guyatt, Ciliska, 2005).

Quality Management Systems

Accreditation – represents a formal recognition that a healthcare facility is eligible for providing of high quality and safe health care and has a functional and effective system for performance assessment and for continuous quality improvement. The aim of the accreditation process is to ensure continuous improvement of the quality and safety of health care.

JCAHO/JCIA accreditation – accreditation standards that are implemented in the Czech Republic. JCAHO were created using the international cooperation. The actual accreditation is conducted by international accreditation commission. It also issues the certificate that is valid for three years.

ISO Certification – certification according to ISO 9000 standard means that the facility (almost of any type) manages its procedures in the certified area. ISO 9000: 2000 contains three basic standards: ISO 9000 – the basic standard, ISO 9001 – that specifies requirements for quality management system and ISO 9004 – that defines the improvement of basic level. ISO 9001: 2001 is the basic model for quality control (Nenadál, Látalová, Hercík, 2005).

The system of the European Foundation for Quality Management (EFQM)

European Foundation for Quality Management was founded in 1988 with the support of the European Union (EU). Excellence model comprises of nine basic criteria that describe procedures of leadership, strategy and planning, human resources management, resources, quality system and processes, customer and employee satisfaction, impact on society and business results. Model uses mainly methods of self-assessment and benchmarking (Mastiliaková, 2003).

Quality assessment in health care facilities

With the examination of impacts of hospitals accreditation to perception of parameters of the quality of nursing care by nurses dealt several studies performed in countries such as Lebanon, Jordan, South Africa, Kuwait, Saudi Arabia and India. Majority of research conducted in countries designated as developing may seem surprising, but the performance impact of accreditation on the quality of nursing care can be examined only in countries where accreditation of hospitals do not have any long tradition and are now just starting to do. Attitude to nursing care in those countries is contemporary at a high level and quality of nursing care passed trials conducted by prestigious international accreditation agencies.

With the issue of the perception of the impact of accreditation to the quality of nursing care dealt research conducted in Lebanese hospitals called Impact of hospital accreditation to quality of care: how is it perceived by nurses, which was published in 2008 in the International Journal for Quality in Health Care.

In this research participated 1048 nurses from 59 hospitals. The research objective was to determine if nurses feel the impact of implementation of a national accreditation program to the quality of nursing care. Accreditation was conducted in two waves – the first wave in years 2001 to 2002 and the second in 2004. In this research participated only nurses who already worked in these hospitals before accreditation.

Questionnaire contained nine areas of questions that could be answered using a five-point Likert scale (strongly disagree, disagree, do not know, agree, strongly agree) with respective weights 1, 2, 3, 4 and 5.

The area of quality of care was assessed by average rating of 4.09, the area of management and leadership by average rating of 4.02, area of quality planning by average rating of 4.08, the education by average rating of 4.12, area of evaluation by average rating of 3.41, quality management of care by average rating of 4.12, the area of data management by average rating of 4.15, the area of participation in accreditation by average rating of 4.11 and area of benefits of accreditation by average rating of 4.11.

Improving of the quality of provided care was found in all surveyed areas. Results differed between hospitals with different sizes (for research purposes were hospitals divided to small with less than 100 beds, medium with 100-200 beds and large with more than 200 beds). With the exception of areas of management and leadership were in all areas better results received from small and medium-sized hospitals.

Bibliography

- [1] ASPDEN, P., WOLCOTT, J., BOOTMAN, J., CRONENWETT, L. R. 2007. *Committee on Identifying and Preventing Medication Errors*. Washington (DC): National Academy Press, 2007. 480 p. ISBN13: 978-0-309-10147-9.
- [2] CULLUM, N., CILISKA, D., HAYNES, B., MARKS, S. 2007. *Evidence-based nursing: an introduction*. Michiganská univerzita : Blackwell Pub./BMJ Journals/RCN, 2007. 312 p. ISBN 978-1-4051-597-8.
- [3] DI CENSO, A., GUYATT, G., CILISKA, D. 2005. *Evidence based nursing: a guide to clinical practice*. Philadelphia : Mosby Elsevier, 2005. 600 p. ISBN 13 978-0-323- 02591-1.
- [4] GLADKIJ, I., HEGER, L., STRNAD, L. 1999. *Kvalita zdravotní péče a metody jejího soustavného zlepšování*. 1. vydání. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1999. 183 s. ISBN 80-7013-272-8.
- [5] MASTILIAKOVÁ, D. 2003. *Úvod do ošetrovatelství. Systémový přístup. II. díl*. Praha: Karolinum, 2003. 159 s. ISBN 80-246-0428-0.
- [6] MARX, D., VLČEK, F. 2008. *Národní akreditační standardy pro nemocnice*. Praha: TIGIS, 2008. 91 s. ISBN 978-80-903750-6-2.
- [7] NENADÁL, J., LÁTALOVÁ, K., HERCÍK, P. et al. 2005. *Systém řízení s využitím jednoduchých nástrojů pro malé organizace*. Praha: Národní informační středisko pro podporu jakosti, 2005. 140 s. ISBN 80-02-01767-6.
- [8] SAK. 2010. Akreditace zdravotnických zařízení. [online]. 2010 [cit. 2011-09-09]. Dostupné na <http://www.sakcr.cz/cz-top/sluzby/akreditace/>
- [9] SEATON, A., BENNETT, M. 2006. *The Marketing of Tourism Products: Concepts, Issue and Cases*. London: International Thomson Business Press, 2006. 445 p.

Contact addresses

Mgr. Małgorzata Nagórska
Instytut Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu
ul. Warzywna 1
35-959 Rzeszów
Poland
e-mail: ma.nagorska@gmail.com

Doc. PhDr. Lada Cetlová, PhD.
Department of Health Care Studies
College of Polytechnics Jihlava
Tolstého 16
586 01 Jihlava
Czech Republic
e-mail: l.cetlova@gmail.com

Etické aspekty zdravotnej starostlivosti o starých ľuďí v geriatricii

Iveta Matišáková, Katarína Gerlichová

Fakulta zdravotníctva, Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka v Trenčíne

Abstrakt

V príspevku sa zaoberáme etickými aspektmi v prístupe k starému človeku. Dôležité je, aby prístup zdravotníckych pracovníkov k starým ľuďom bol plnohodnotný. Nestačia im len naučené vedomosti, zručnosti, ale je potrebný aj etický prístup, trpezlivosť, empatia, zachovanie dôstojnosti. Tým dosiahneme, aby starostlivosť o starého človeka bola komplexná, kvalitná a tak sa nám podarí zachovať kvalitu života starého človeka až do posledných chvíľ.

Kľúčové slová

Staroba, geriatrický pacient, starý človek, etické aspekty, kvalita života

Úvod

Starnutie populácie je vysoko aktuálnou témou. Pohľad na súčasnosť a tiež na celé 21. storočie nám naznačuje, že toto storočie bude storočím starých ľuďí. Vypelosť a morálna úroveň spoločnosti závisí aj od toho aký je jej postoj k starým ľuďom. Stretávame sa veľmi často s negatívnym postojom k starobe, k starým ľuďom, s ich nerešpektovaním a aj ponižovaním. Demografické údaje hovoria jasne, že európska aj celosvetová populácia starne a pribúda starých ľuďí, ktorí potrebujú zdravotnú a sociálnu pomoc alebo aspoň jeden typ tejto starostlivosti. Odhaduje sa, že každý tretí človek, ktorý vstúpi do ordinácie praktického lekára alebo vyhľadá sociálnu pomoc, má viac ako 60 rokov. Z uvedeného vyplýva, že sa zdravotnícki pracovníci budú postupne starať o veľký počet starých ľuďí a preto je dôležité, aby si osvojili nielen vedomosti a zručnosti v oblasti geriatricie, ale tiež si vypestovali ľudský a etický postoj k nim.

Etické aspekty v starostlivosti o starých ľuďí v geriatricii

Podobne ako narodenie tak aj starnutie a smrť sú súčasťou života. Zostáva otvorenou otázka, ako starnutie uniesť. Ako prijať do svojho života osamelosť, stratu perspektív, vlastnú bezmocnosť? Ako ho brať ináč než iba ako „súbor ťažkostí“? V čom spočíva múdrosť staroby? Vieme, že samotná dĺžka života o šťastí nerozhoduje, ani ho nezakladá. Chceme žiť dlho, ale nechceme byť starí. Nemáme istotu, či sa dožijeme staroby a pritom sa jej bojíme.

Iba staroba nám ukazuje, čo bolo a nebolo v našom živote podstatné, iba v starobe vidíme, o čo nám kedy išlo, či o seba, o rodinu, o prácu, deti, o lásku či majetok. Starý človek vie, že už nemôže začať znovu. Ide o to, ako sa dokáže so zmenami v starobe a chorobe vyrovnáť, ako to všetko dokáže zvládnuť. Toto obdobie má i svoje prednosti, lebo chybným krokom alebo rozhodnutím sa nemôže pokaziť celý život, pretože už celý život prasto nie je. Staroba je akoby jeseňou života, kedy sa zbiera úroda v prírode i v súši. Starí ľudia napriek všetkému povedanému bývajú bezmocní, roztrasení, zatrpknutí, tvrdohlaví. Preto potrebujú viac trpezlivosti, ohľaduplnosti, láskavosti, vďačnosti. Musíme sa naučiť im pomáhať. Čím viac nájdú uspokojenie v svojej rodine alebo sociálnej skupine, tým účinnejšiu nachádzajú spojitosť a stálosť so svojou minulosťou a pozitívnejšie prežívajú tieto posledné roky života [1].

Žiť znamená starnúť. Staroba je pre mnohých ľudí ťažká, pre iných ľudí je mimoriadne ťažká. Naším cieľom je hľadať, prečo prijať fakt starnutia je pre toľko ľudí ťažkou úlohou [2].

V súvislosti so starnutím populácie na celom svete sa dostávajú pred zdravotníkov nové etické problémy.

Analýza etiky v starobe sa týka jednak etiky vlastnej starostlivosti o starých, potom etiky terminálnej starostlivosti a konečne etiky terminálnej starostlivosti a vlastného zomierania, ako príprava na pokojnú smrť [3]. Podstatou etiky má byť úprimný a hlboký záujem o starých ľudí, pretože sa zrazu nachádzajú v zložitej alebo až hraničnej životnej situácii. Dôležitou súčasťou etického prístupu k starým ľuďom je rešpektovanie ich dôstojnosti, životných hodnôt a duchovného presvedčenia. Z prístupu sestry má vyžarovať tolerancia, úcta a hlboké ľudské porozumenie. Veľmi dôležitým aspektom etického prístupu je trpezlivé vypočutie problémov, úprimná snaha pomôcť ich vyriešiť a prejavy úcty k starobe.

Etika prístupu k starým ľuďom si žiada, aby sestra rešpektovala duševnú aj telesnú krehkosť starých chorých ľudí. Je dôležité si uvedomiť, že narušenie stereotypu, odlúčenie od najbližších, pobyt v nemocnici a zmena stravovacích návykov majú negatívny vplyv na pacientov v staršom veku. Z toho vyplýva, že starostlivosť o geriatrických pacientov kladie na sestry mimoriadne fyzické aj psychické nároky. Nevyhnutný je individuálny prístup, trpezlivosť, empatia. Sestra by mala byť osobnosťou, ktorej starý človek verí a podelí sa s ňou o radosť i trápenie. Je nutné, aby im dala pocítiť, že sú ešte užitoční a majú prečo žiť [4].

Medzi všeobecné etické zásady v starostlivosti o starých ľuď je: zachovať úctu a rešpekt, poskytovať dostatok adekvátnych informácií, pomáhať vhodným spôsobom, rešpektovať pacientove rozhodnutia, zbytočne nekritizovať a neodsudzovať správanie pacienta, pomôcť zachovať bezpečné prostredie.

Nesmieme zabúdať, že staroba je obdobie života, kedy je človek veľmi zraniteľný a preto sestra musí prejavovať dostatočnú dávku trpezlivosti, úcty, lásky, zhovievavosti. Pre starého človeka je akceptovateľná takáto sestra, ktorá mu dokáže pomáhať nezištne a s láskou [5].

Na vytvorenie pozitívneho vzťahu medzi sestrou a geriatrickým pacientom je potrebná vzájomná úcta a rešpekt [6].

V súvislosti s prístupom sestry k starému človeku je dôležité sa zamyslieť nad princípmi etiky v ošetrovateľskej starostlivosti. Diskutabilné je, ktorý zo základných etických princípov je v starostlivosti o geriatrických pacientov naliehavejší.

Princíp benefiencie (dobročinnosti) – aj u pacientov v pokročilom geriatrickom veku je nutné, aby každý zdravotnícky pracovník konal v záujme jeho zdravia a života, pre jeho dobro, podporoval zdravý životný štýl, prevenciu a týmito krokmi udržiaval kvalitu života starého človeka až do posledných chvíľ jeho života.

Princíp non-maleficiencie (neuškodiť inému) – je to princíp spojený s Hippokratovou prísahou a zakazuje úmyselné poškodenie osôb [7]. Vzhľadom na geriatrický vek a jeho špecifiká je potrebné, aby sa pri každom lekárskom alebo ošetrovateľskom výkone postupovalo veľmi opatrne, aby nedošlo k poškodeniu zdravia, aby sa zabránilo zbytočnému psychickému stresu a zachovala sa dôstojnosť pacienta.

Princíp spravodlivosti – starý človek má právo na poskytnutie lekárskej a ošetrovateľskej starostlivosti na základe medicínskych a ošetrovateľských kritérií.

Princíp autonómie (svojprávnosti) – môže byť v starobe ohrozený. Dôležité je rešpektovať pacienta v geriatrickom veku, ak je schopný pochopiť a zvážiť jednotlivé možnosti liečby a je schopný tlmočiť svojmu okoliu určité rozhodnutia, ponechať mu slobodu rozhodovania bez nátlaku alebo prinútenia. Sestra by mala zvážiť schopnosť autonómneho jednania každého starého človeka a motivovať ho k uplatneniu autonómie, ponúknuť mu spoluúčasť pri starostlivosti a možnosť voľby vždy, pokiaľ je to možné.

Závažnou prioritou pri poskytovaní zdravotníckej starostlivosti so zachovaním všetkých etických princípov je **dôstojnosť** starého človeka. K chybám medicíny patrí veľké sústredenie sa na záchranu života a rozpoznanie chorôb, zatiaľ čo paliatívna starostlivosť, ochrana dôstojnosti a zmyslupnosti života sú považované za akýsi prívesok. Pritom práve u krehkých geriatrických pacientov s chronickými ochoreniami je veľakrát dôležitejšie zachovať dôstojnosť a starostlivosť. Rozhodne by zdravotná starostlivosť nemala spôsobovať utrpenie ani ponížovať dôstojnosť.

K častým formám ponížovania dôstojnosti starých ľudí v geriatrickom veku patrí:

- nerešpektovanie pacientovej vôle,
- neprímerané odoberanie kompetencií a kontroly nad dňami,
- nerešpektovanie pacientovho súkromia a jeho autonómie,
- nabádanie pacienta k močeniu do absorpčných plienok,
- odmietanie pomoci k použitiu toalety,
- ponížujúce kŕmenie a umývanie namiesto pomoci k sebaobslužbe,
- anonymizácia pacienta, odnímanie jeho osobitosti,
- infantilizácia starých ľudí vrátane nevhodného oslovovania,
- nedostatočná komunikácia,
- preceňovanie výskytu a závažnosti kognitívneho deficitu,
- všeobecné podceňovanie schopností starého človeka [8].

Záver

V etike a zachovávaní etických princípov je dôležité rešpektovať každého človeka v jeho dôstojnosti, nezávisle od jeho veku, pohlavia, rasy, inteligencie. To platí najmä u geriatrických pacientov, ktorí sú vzhľadom na svoj vek krehkejší a zraniteľnejší a to znamená, že potrebujú viac nášho záujmu, pozornosti, lásky, pomoci, empatie a spolupatričnosti.

Literatúra

- [1] HÁLKA, I.: 1996. In Zborník prednášok *Prvý bratislavský deň ošetrovateľskej etiky*. Bratislava 1996.
- [2] KŘIVOHLAVÝ, J. 2002. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a. s., 2002. 200 s. ISBN 80-247-0179-0.
- [3] ŠOLTÉS, L. 2005. *Etické aspekty starnutia*. In *Geriatría*. ISSN 1335-1850. 2005, roč. XI., č. 2, s. 53.
- [4] RAPČÍKOVÁ, T. 2007. Etické aspekty prístupu sestry ke geriatrickým klientům. In *Sestra*. ISSN 1210-0404. 2007, roč. 17, č. 5, s. 40.
- [5] POLEDNÍKOVÁ, E. et al. 2006. *Geriatrické a gerontologické ošetrovateľstvo*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2006. 216 s. ISBN 80-8063-208-1.
- [6] OTRUBOVÁ, J. 2011. Komunikácia s geriatrickým pacientom. In *Revue medicíny v praxi*. ISSN 1336-202X. 2011. č. 6, s. 43.
- [7] HANZLÍKOVÁ, A. et al. 2004. *Komunitné ošetrovateľstvo*. Martin: Osveta, 2004. 279 s. ISBN 80-8063-155-7.
- [8] KALVACH, Z., ONDERKOVÁ, A. 2006. *Stáří. Pojetí geriarického pacienta a jeho problémů v ošetrovateľské praxi*. Praha: Galén, 2006. 44 s. ISBN 80-7262-455-5.

Ethical Aspects of Elderly Care in Geriatrics

Abstract

In this contribution we are dealing with the ethical aspects of access to the old man. It's important that the health care workers have full approach to elderly people. For them it's not enough, just learned knowledge and skills, but requires ethical approach, patience, empathy, preserving dignity. This will achieve that care for the old man will be comprehensive, quality and so we can keep the quality of life for the old man until the last minute.

Key words

Old Age, geriatric patient, old man, ethical aspects, quality of life

Kontaktné údaje

PhDr. Iveta Matišáková, PhD.

PhDr. Katarína Gerlichová, PhD.

Fakulta zdravotníctva

Trenčianska univerzita A. Dubčeka v Trenčíne

Študentská 2

911 50 Trenčín

e-mail: iveta.matisakova@tnuni.sk

katarina.gerlichova@tnuni.sk

Význam emocionality v ošetrovatel'stve

Ingrid Juhásová, Ľubica Ilievová

Katedra ošetrovatel'stva, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce,
Trnavská univerzita v Trnave, SR

Abstrakt

Pri humanizácii súčasnej medicíny a ošetrovatel'stva patrí popredné miesto sestre ako bezprostrednému článku priamej a komplexnej starostlivosti o chorého. Cieľom príspevku je poskytnúť pohľad na vzťah sestry s pacientom. Pri vytváraní tohto vzťahu je významná práca s emóciami. Emocionalita sestry nemôže byť neutrálna, ale má byť pod kontrolou jej kognitívnej zložky. Medzi emóciami a kogníciami prebieha neustále vzájomné pôsobenie. Základné emócie majú svoj univerzálny výraz, ktorý v sebe zahŕňa vyjadrovanie aktuálneho emocionálneho stavu sestry prostredníctvom jej neverbálnej komunikácie. Odporúčame sestrám využívať emócie ako múdrych radcov, a nie ich vytláčať zo vzťahu sestra – pacient.

Kľúčové slová

Emocionalita, emočná inteligencia, ošetrovatel'stvo, vzťah, sestra, pacient,

Úvod

Sestra poskytujúca ošetrovatel'skú starostlivosť sa zameriava nielen na zdravotné hľadisko, ale aj na emocionálny aspekt starostlivosti (Skilbeck et al., 2003). V profesii sestra hrá podstatnú rolu ľudský vzťah medzi ňou a pacientom. Pacient potrebuje veriť sestre a cítiť ľudský záujem (Smékal, 2002, s. 8). Vzťah sa buduje na základe vzájomnej dôvery a vyjasnenia identít, rolí a očakávaní komunikujúcich, je dôležité, aby sestra od prvého kontaktu s pacientom prezentovala svoj záujem o jeho problémy a ochotu mu pomôcť. Aj keď človek o svojich emóciách nehovorí, jeho okolie väčšinou vie, ako sa cíti. Spočíva to v tom, že všetky základné emócie majú svoj univerzálny výraz, ktorý v sebe zahŕňa vyjadrovanie aktuálneho emocionálneho stavu pomocou tzv. „reči tela“, t.j. celým repertoárom neverbálnej komunikácie. Prejavujú sa vo výraze tváre (mimika), v spôsobe držania tela (kinezika), v zafarbení hlasu i v spracovaní vôbec. Emociogénnym výrazom je i zaujatie určitej vzdialenosti (posturologia), dotyky (haptika) a ďalšie výrazové kľúče (Ekman, 1994 In Hlavatá, 2003, s. 10).

Východiská problematiky

Emocionalita je popisovaná ako zvláštna dimenzia temperamentu. Emocionalita alebo emotivita je chápaná ako citlivosť voči situáciám, ktoré vzbudzujú emócie. Emocionalita ako trvalejšia vlastnosť osobnosti určuje predovšetkým dynamiku prežívania emócií, to zn. citlivosť, hĺbku prežívania, jeho dĺžku v čase doznievania,

častosť, stálosť emócií a primeranosť emočných reakcií v danej situácií. Taktiež emocionalita určuje i vonkajšie prejavy emócií, silu ich výrazu, ale aj sklon k jednej z troch prvotných emócií – radosť, strach a hnev. Emocionalita, to zn. určitými obsahmi vybavený temperament, je surovinou, z ktorej skúsenosti formujú tvar osobnosti. Vývinom sa temperament pretvára v emocionalitu, t.j. v systém emočnej výbavy osobnosti, ktorý je rozhodujúcim činiteľom jej správania (Nakonečný, 1997, s. 90-91). Abramenková (1987) definuje emocionalitu ako vlastnosť človeka, ktorá charakterizuje obsah, kvalitu a dynamiku emócií a citov a popri aktivite je jednou zo základných zložiek temperamentu. Z uvedeného vyplýva, že emocionalitu tvoria emócie a city, ktoré patria do duševných prejavov človeka (In Semanová, Miňová, 2008, s. 8).

Dargová (2002) vysvetľuje pôvod slova emócia z latinského slova „*movere*“, čo znamená, pohybovať sa a predpony „*ex*“, to je „*exmovere*“, čo označuje pohyb smerom von (In Semanová, Miňová, 2008, s. 8). Podobne aj Slaměník (2011, s. 58) tvrdí, že aj keď sú emócie všeobecne chápané ako vnútorné, subjektívne prežívané stavy, samotné slovo, ktoré je latinského pôvodu, vyjadruje pohyb z vnútra von.

City – emócie, pri súčasnej analýze bežnej komunikácie medzi ľuďmi, patria k veľmi častým obsahom komunikácie ako individuálne zážitky (Kováč, 2010, s. 207). Pri akejkolvek interakcii dvoch ľudí dochádza k prenosu nálady z človeka, ktorý prejavuje svoje city výraznejšie, na človeka pasívneho. Niektorí ľudia sú k prevzatiu nálad obzvlášť náchylní. John Cacioppo, sociálny psychofyziológ, hovorí: „*Len malý pohľad na emočný prejav druhého človeka v nás môže vyvolať rovnakú náladu; či už si pritom uvedomujeme jeho výraz tváre, či o tom nemáme ani tušenie. Táto synchronia nálad tiež určuje, aký máme z priebehu rozhovoru pocit; či príjemný alebo nepríjemný*“ (Goleman, 1997, s. 116).

V priebehu dlhého obdobia boli emócie a inteligencia považované za oddelené oblasti. Po roku 1970 sa začal postupne skúmať vplyv emócií na myslenie v súvislosti s extrémnymi prípadmi, akými boli pacienti s depresiou alebo bipolárnou poruchou (Molčanová, Baumgartner, 2008, s. 163-164). Kondáš et al. (2002, s. 45) konštatujú, že medzi emóciami a kogníciami prebieha neustále vzájomné pôsobenie. Kognície indukujú alebo zosilňujú určité city (afekty i nálady) a tie zase spätne vplyvajú na myslenie a vnímanie. V princípe sú racionalita a emotivita funkčne komplementárne a nie protichodné procesy.

Začiatok 20. storočia bol charakterizovaný záujmom o klasickú inteligenciu a vývojom metodík jej skúmania. V roku 1920 definuje Thorndike sociálnu inteligenciu ako schopnosť rozumieť ľuďom a riadiť ich a múdro konať v medziľudských vzťahoch (Molčanová, Baumgartner, 2008, s. 163; Smékal, 2002, s. 312). Prvýkrát sa termín emočnej inteligencie (EI) v angličtine objavuje v roku 1986 v nepublikovanej dizertačnej práci Paynea, v ktorej však chýbalo jej presnejšie vymedzenie. Významný vplyv na vývoj skúmania EI mal H. Gardner, ktorý videl limity starého spôsobu zaoberania sa inteligenciou a popísal teóriu mnohonásobnej inteligencie, ktorej súčasťou sú interpersonálna a intrapersonálna inteligencia (Molčanová, Baumgartner, 2008, s. 164). Väčšia odozva na problematiku EI súvisí s D. Golemanom, ktorý v roku 1995 vydáva knihu Emocionálna inteligencia a popisuje v nej EI ako všemocný

koncept, ktorým je možné vysvetliť úspech a takmer bezproblémové správanie jedinca v živote. Jeho definícia EI znie: „EI zahŕňa spôsobilosti, ako byť schopný motivovať seba samého a odolať frustrácii, kontrolovať impulzy a oddialiť uspokojenie, regulovať nálady a zabrániť distresu, aby ovplyvnil schopnosť myslieť, byť empatický a dúfať.“ (Baumgartner, Molčanová, Chýlová, 2010, s. 186). V rámci teórií EI existujú dva rozdielne prúdy, ktoré buď vymedzujú EI ako schopnosť, alebo emočnú inteligenciu ako črtu (prípadne sa používa označenie zmiešané modely) (Baumgartner, Zacharová, 2009). Toto delenie vychádza z toho, či daný teoretický model spája kognitívne schopnosti a osobnostné črty, alebo nie, ako aj z rozdielneho zamerania na maximálny, verzus typický výkon. Z toho následne vychádzajú aj rôzne spôsoby merania (Baumgartner, Molčanová, Chýlová, 2010, s. 186). Môžeme konštatovať, že hoci existuje niekoľko rôznych definícií EI, môžeme nájsť značné prekryvanie medzi nimi. V jadre každej definície sú zahrnuté schopnosti vnímať svoje vlastné emócie a emócie iných, používať emócie na uľahčenie myslenia, konania, schopnosť pochopiť, jako emócie ovplyvňujú vlastné správanie a správanie druhých, a ako aj schopnosť regulovať vlastné emočné reakcie (Cherniss, 2004, s. 315).

Na vyjadrenie vzťahu sestry – pacient, nie je jednotný názor a ani jednotná terminológia. V odbornej literatúre sa možno stretnúť s výrazmi: terapeutický vzťah, medziľudský vzťah, ktoré sa budujú prostredníctvom dôvery a komunikácie (Juhásová, Ilievová, Baumgartner, 2012, s. 128-129). Pri vytváraní terapeutického vzťahu sestry – pacient je dôležitá práca s emóciami, ale nesie so sebou riziko „vyhorenia“, ak je vzťah dlhodobý alebo intenzívny. Aby sa tomu zabránilo, sestry musia prijať stratégie na ochranu vlastného zdravia (McQueen, 2004, s. 101). Holmanová, Čáp (2008, s. 161) označujú vzťah ako sociálny, konštatujú, že prostredníctvom týchto sociálnych vzťahov a komunikácie sa mnohé ľudské potreby nielen vyjadrujú, ale aj uspokojujú. Sociálne vzťahy majú rôznu emocionálnu väzbu.

Matulníková (2011, s. 24-25) uvádza, že medzi sestrou a pacientom môžu vzniknúť v kontinuu vzťahy, ktoré sa môžu prejaviť ako poskytovanie bezcitnej ošetrovateľskej starostlivosti až po starostlivosť, ktorá je vykonávaná na princípe milosrdenstva. Prezentuje päť typov vzájomných vzťahov medzi sestrou a pacientom.

Typ 1 biocidický – interakciu charakterizuje hnev, zúfalstvo, život ničiaci vzťah, výsledok vedie k poškodzovaniu.

Typ 2 biostatický – vzájomný vzťah medzi sestrou a pacientom je chladný, pacient je považovaný za ľarchu.

Typ 3 biopasívny – vzájomný vzťah je sprevádzaný apatiou.

Typ 4 bioaktívny – vzájomný vzťah medzi sestrou a pacientom je založený na zhovievavosti. Typ 5 biogénny – vzájomný vzťah medzi pacientom a sestrou je založený na veľkorysosti, ústretovosti, milosrdenstve, láskavosti, život je ochraňovaný.

Humanistická psychológia vychádza z princípu, že rastový potenciál človeka sa uvoľňuje vo vzťahu, pričom platí:

Ak môžem vytvoriť vzťah, ktorý je na mojej strane charakterizovaný:

- vrelým akceptovaním a ocenením toho druhého ako jedinečného človeka,
- citlivou schopnosťou vidieť jeho svet a jeho samého tak, ako to vidí on.

Potom ten druhý človek vo vzťahu:

- bude prežívať a rozumieť aj tým aspektom seba samého, ktoré pred tým potláčal,
- zistí, že je integrovanejší,
- bude väčšmi taký, aký si želá byť,
- bude sa väčšmi riadiť sám sebou a bude väčšmi sám sebe dôverovať,
- bude viac človekom, bude jedinečnejší a lepšie bude vedieť vyjadriť seba samého,
- bude prejavovať viac porozumenia voči iným a akceptovať ich,
- bude si vedieť lepšie a vhodnejšie poradiť v živote (Dobšovič, Ilievová, Bekő, 2009, s. 46).

Podľa Moss (2005, s. 15) sú emócie vždy prítomné v práci. Môže sa s nimi pracovať alebo ich potlačiť, t.j. dajú sa výhodne využiť alebo môžu pôsobiť negatívne. Spôsob, akým je to vykonané, a tiež výsledky závisia na emocionálnej znalosti pracovníka, tímu alebo vodcu. Hájek (2007, s. 16) konštatuje, že vytlačaním emócií zo vzťahu je narúšaná nasledujúca dobrá spolupráca sestry s pacientom. Emócie možno potláčať len do určitej miery. Podľa (Špatenkovej, Královej, 2009, s. 22) sestry môžu v rámci vzťahu s pacientom vyjadrovať rôzne pocity. Smiať sa, vyjadriť smútok, alebo keď je sestra v „úzkych“, pokojne to má priznať. Takéto úprimné odhalenie, že má s niečím problém, urobí v očiach pacienta autentickú sestru, nie zlú.

Sestry sú tými, ktoré nielen hovoria o komunikácii, ale aj konajú. Využívaním terapeutickú komunikáciu, majú sestry daný priestor na vysvetľovanie na poskytovanie starostlivosti. Dôraz tohto stráveného času s pacientom by mal byť zameraný na uľahčovanie pacientových individuálnych potrieb, je to prakticky nevyhnutné v rozvíjajúcich sa vzťahoch. Preto je ošetrovateľstvo o pomoci ľuďom o odovzdávaní informácií a emócií medzi sestrou a pacientom, medzi sestrou a ďalšími členmi tímu (McCobe, Timmins, 2006, s. 12). McCobe, Timmins (2006, s. 12) podporujú tento pohľad a zároveň navrhujú, že vývoj pozitívneho vzťahu sestra – pacient je nevyhnutný pre poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti vysokej kvality.

Záver

Ak prijmem význam emocionalitu v ošetrovateľstve, vo vzťahu sestra – pacient, potom sa vynára požiadavka, aby boli vytvorené nové stratégie pre zvýšenie kvality práce sestier, ktoré vychádzajú z poznania ľudskej prirodzenosti.

V rámci EI u sestier by sa preto mala najväčšia pozornosť aktuálne sústrediť na vlastnosti, ako sú iniciatíva, empatia, prispôsobovanie sa, motivácia seba aj druhých. Čím má práca, ktorá je vykonávaná v profesii sestry komplexnejšia, tým väčšiu úlohu zohráva EI. Charakter práce sestier sa vyznačuje nesmiernou komplexnosťou, navyše v podmienkach nášho zdravotníctva sú sestry dlhodobo vystavené turbulenciám (v oblasti vzdelávania, finančného a morálneho ohodnotenia, ekonomickej situácie v zdravotníctve a pod.), ktoré významne ovplyvňujú ich emocionálny stav (Novotná, Šímová, 2009, s. 48).

Vo vzťahu sestry – pacient, chce pacient pocítiť bezpečia, pokoja, porozumenia nevyhľadáva sestru preto, aby sa mohol pohádať, rozrušiť. Tu však je neudržateľné nastaviť masku nevšímavého/apatického odborníka. Preto je kladená požiadavka na opravdivosť a autentickosť reakcií profesionála (Hájek, 2007, s. 60). Hájek (2007, s. 109) odporúča naučiť sa využívať svoje emócie ako múdrych radcov, a nie ich vytláčať zo vzťahu sestry – pacient.

Literatúra

- [1] BAUMGARTNER, F., ZACHAROVÁ, Z. 2009. Emocionálna inteligencia ako schopnosť a jej vzťah k črtovej emocionálnej inteligencii. In *Osobnosť v kontexte kognícií, emocionality a motivácií II: Kniha abstraktov* [elektronický zdroj] 1. vyd., Medzinárodná konferencia, 26.-27. november 2009, Bratislava : FF UK. 2009, s. 17. ISBN 978-80-89236-69-5.
- [2] BAUMGARTNER, F., MOLČANOVÁ, Z., CHYLOVÁ, M. 2010. Emočná inteligencia vo vzťahu ku copingu. In Ruisel, I., Prokopčáková, A. (Eds.) *Kognitívny portrét človeka*. Bratislava : ÚEPsSAV, 2010. ISBN 978-80-88910-29-9, s. 186-204.
- [3] DOBŠOVIČ, L., ILIEVOVÁ, L., BEKŮ, L. 2009. Humanistická psychológia v práci sestry (2. časť). In *Sestra*. ISSN 1335-9444, 5-6. roč. VIII. s. 46-47.
- [4] GOLEMAN, D. 1997. *Emoční inteligence. Proč může být emoční inteligence důležitější než IQ*. Praha : Columbus, 1997. 348 s. ISBN 80-85928-48-5.
- [5] HÁJEK, K. 2007. *Práce s emocemi pro pomáhající profese : tělesně zakotvené prožívání*. 2. vyd. Praha : Portál, 2007. 120 s. ISBN 978-80-7367-346-8.
- [6] HLAVATÁ, P. 2003. Emocionálna inteligencia: teoretické východiská súčasné možnosti jej merania. Diplomová práca. Trnava : TU, 2003.
- [7] HOLMANOVÁ, E., ČÁP, J. 2008. Sociálne potreby. In Tomagová, M., Bóriková, I. (Eds.) *Potreby v ošetrovatelstve*. Martin : Osveta. 2008. 196 s. ISBN 978-80-8063-270-0.
- [8] CHERNISS, C. 2004. Intelligence, emotional. In Spielberg, Ch. (Ed.) *Encyclopedia of Applied Psychology*. Academic Press, Elsevier, 2004. 315-321 s. ISBN 978-0-12-657410-4.
- [9] JUHÁSOVÁ, I., ILIEVOVÁ, L., BAUMGARTNER, F. 2012. In *Diagnóza v ošetrovatelstve – nové trendy v odbore*. Sedliaková Jana, Botíková Andrea (Eds.), Trnava, FZaSP, 2012, ISBN 978-80-8082-524-9, roč.1, s. 128-135.

- [10] KONDÁŠ, O. et al. 2002. *State z klinickej psychológie*. Trnava : Univerzita sv. Cyrila a Metoda, 2002. 262 s. ISBN 80-968191-4-3.
- [11] KOVÁČ, D. 2010. Emócie v kogníciách: Zobudíme šípkovú Ruženku? In Ruisel, I. Prokopčáková, A. (Eds.) *Kognitívny portrét človeka..* Bratislava : ÚEPsSAV, 2010. 205-235 s. ISBN 978-80-88910-29-9.
- [12] MATULNÍKOVÁ, Ľ. 2011. Ošetrovateľstvo ako veda. In Botíková, A. (Ed.) *Manuál pre mentorky v ošetrovateľstve. 2. doplnené a prepracované vyd.* Trnava : Veda. 2011. ISBN 978-80-8082-501-0, s. 16-65.
- [13] McCOBE, C., TIMMINS, F. 2006. *Communication Skills for Nursing practice*. New York : Palgrave Macmillan. 2006. 206 p. ISBN 978 1 403904985 1.
- [14] McQUEEN, A. C. 2004. Emotional intelligence in nursing work. *Journal of Advanced Nursing*, 47: 101–108. doi: 10.1111/j.1365-2648.2004.03069.x.
- [15] MOLČANOVÁ, Z., BAUMGARTNER, F. 2008. Emočná inteligencia – teória, metodológia, možnosti výskumu. In Ruisel, I. et al. (Eds.) *Myslenie – osobnosť – múdrosť*. Bratislava : ÚEPsSAV, 2008. ISBN 978-80-88910-25-1, s. 163-188.
- [16] MOSS, M. T. 2005. *The emotionally intelligent nurse leader*. San Francisco : Published by Jossey-Bass A Wiley Imprint, 2005. 328 pps. ISBN 0-7879-5988-X.
- [17] NAKONEČNÝ, M. 1997. *Psychologie osobnosti. 2. vyd.* Praha : Academia, 1997. 336 s. ISBN 80-200-1289-3.
- [18] NOVOTNÁ, Z., ŠIMOVIČ, Z. 2009. Sestra a emocionálna inteligencia In: *Sestra a lekár v praxi : časopis pre sestry, lekárov a iných zdravotníckych pracovníkov*. ISSN 1335-9444, 2009, roč. VIII, č. 5-6, s. 47-48.
- [19] SEMANOVÁ, E., MIŇOVÁ, M. 2008. *Rozvíjanie emocionality dieťaťa predškolského veku. Kto som ja? Kto si Ty?* Prešov : Rokus, s.r.o. 2008, 80 s. ISBN 978-80-89055-85-2.
- [20] SKILBECK, K. et al. 2003. Emotional support and the role of Clinical Nurse Specialists in Palliative care. *Journal of Adv. Nurs* 43. ISSN 1365-2648, 2003, vol. 43, no. 5, p. 521-530.
- [21] SLAMĚNÍK I. 2011. *Emoce a interpersonální vztahy*. Praha : Grada, 2011. 208 s. ISBN 978-80-247-3311-1.
- [22] SMĚKAL, V. 2002. *Pozvání do psychologie osobnosti. Člověk ve zrcadle vědomí a jednání*. Brno : Barrister & Principal, 2002. 517 s. ISBN 80-85947-80-3.
- [23] ŠPATENKOVÁ, N., KRÁLOVÁ, J. 2009. *Základní otázky komunikace. Komunikace (nejen) pro sestry*. Praha : Galén, 2009. 135 s. ISBN 978-80-7262-599-4.

Significance of Emotionality in Nursing

Abstract

A nurse, as an essential part of direct and comprehensive patient care, plays an important role in the process of humanization of current medicine and nursing. The aim of this paper is to provide an insight into the relationship of a nurse to patients. When establishing this relationship it is important to work with emotions. Emotionality of nurses cannot be neutral, but it should be under the control of the cognitive component. There is a continuous interaction between emotions and cognitions. Basic emotions have their universal expression that includes the expression of a current emotional state of a nurse through a nonverbal communication. We recommend nurses to use emotions as wise counsellors and not to displace them from the nurse-patient relationship.

Key words

Emotion, emotional intelligence, nursing, relationship, nurse, patients

Kontaktná adresa

PhDr. Juhášová Ingrid
Katedra ošetrovatelstva, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce
Trnavská univerzita v Trnave
Univerzitné námestie 1
918 43 Trnava, SR
E-mail: ingrid.juhasova@truni.sk

Evaluation of Quality of Life and Satisfaction with Inpatient Services among Women after Surgical Treatment of Gynaecological Cancers

Monika Cecuła¹, Joanna Trawińska¹, Renata Raś¹,
Edyta Barnaś², Dominika Pasierb², Elżbieta Porada¹,
Andrzej Skreń^{1,2}

¹ Clinical Department of Obstetrics and Gynecology, Rzeszow State Hospital, Rzeszow, Poland

² Institute of Obstetrics and Emergency Medicine, University of Rzeszow, Poland

Abstract

Introduction. Evaluation of quality of life (QOL) is an important element of inpatient care of cancer patients during diagnostic interventions as well as the course of a malignant disease. QOL assessment facilitates the process of planning and organising care, which would be provided by the therapeutic team during cancer treatment in order to meet patient's needs and expectations.

Purpose. The objective of this study was to evaluate quality of life of patients with gynaecological cancers after surgical treatment. Assessment of patient's satisfaction with care received during her hospital stay comprised an additional purpose.

Material and methods. The study group included 80 female patients with diagnosed gynaecological malignancies who received surgical treatment. Respondents were treated in the Specialist Voivodeship Hospital in Rzeszow (Poland) in the Clinic of Gynaecology between January and April 2012. Two different questionnaires were used: EORTC IN-PATSAT 32 and a questionnaire developed by the authors.

Results. Our results show that patient's satisfaction with her hospital stay was assessed as high or medium. Patients evaluated midwives' and gynaecologists' performance as better than general organisation of care in the clinic and hospital. We found that the more frequent hospital stays the greater patient's need for being noticed by medical personnel and receiving information from hospital staff. Patients declared the need for contact with a close friend or relative, especially after the surgery.

Key words

Quality of life, gynaecological cancers, inpatient care

Introduction

Evaluation of quality of life (QOL) in women hospitalised because of gynaecological tumours allows to recognise problems which patients have to cope with during the course of their treatment. Gynaecological neoplasms comprise two groups: malignant and benign, and these neoplasms may develop in any part of the female reproductive system. The following locations of neoplasms are the most common: vulva, vagina, cervix, uterus, ovary, and fallopian tube. Cervical cancer has the greatest incidence rate among gynaecological malignancies and it is the second, after breast cancer, most common malignant disease in women. The incidence of cancer and other malignant tumours is increasing in Poland, therefore the assessment of QOL of women receiving oncologic therapy becomes more significant (Afa-Zajac et al., 2005; Miniszewska et al., 2002; Spaczyński et al., 2008; Jeziorski 2005; Koper 2011; Drozd-Dąbrowska 2005).

Purpose

The objective of this study was to evaluate quality of life of patients with gynaecological cancers after surgical treatment. Assessment of patient's satisfaction with inpatient care comprised an additional purpose.

Material and methods

The study was performed in F. Chopin Specialist Hospital in Rzeszow (Poland) in the Clinic of Gynaecology. The material was collected between January and April 2012. Two different questionnaires were used: the EORTC IN-PATSAT 32 and a questionnaire developed by the authors. The questionnaire prepared by the authors comprised of 24 items asking about demographic parameters, stress, concerns related to the course of a surgery and possibility to contact close friends and relatives. The answers were scaled between 0 and 10 according to the Visual Analogue Scale (VAS). The EORTC IN-PATSAT 32 (EORTC – European Organisation for Research and Treatment of Cancer) is a standardised tool and it aims at gathering information about patient's perception of medical inpatient care. First patients were asked to assess the performance of gynaecologists and nurses/midwives. Then respondents expressed their opinions about general organisation and care provided in the hospital where they stayed.

Eighty women after gynaecological surgeries participated in this study. Before the patient entered the study, she was informed about the objectives and data anonymity and was asked to sign the informed consent. Women filled the questionnaire forms the same day they were discharged from the hospital. Statistical analysis was performed using Statistica 8.0 software.

Results

The mean age of women participating in this study was 52.73 years. Respondents older than 40 and younger than 50 years old comprised the biggest age subgroup.

Participants' educational background was taken into consideration. The period of school education ranged between 8 and 19 years with the mean of 12.5 years. The analysis of demographic data concerning the number of children was performed. We observed significant differences between respondents. Twelve women had no offspring, 68 participants were mothers of two or three, and one patient had 9 children. Respondents assessed their socio-economic condition at the level of 6.9 on average in the scale starting with 0 and ending with 10. Additionally, information about the number of hospital stays was recorded. The mean number of hospitalisations was 3 however present hospital stay was the first, second or third time for the majority of respondents. One women was hospitalised 8 times ant this was the greatest number (tab.1)

Table 1 Study group profile.

Variables	Number (N)	Mean	Median score	Minimum	Maximum	Standard deviation
Age	80	52,7250	52,000	27,000	79,000	12,8811
Period of education (years)	80	12,90625	12,500	8,000	19,000	2,71084
Number of childbirths in the past	80	2,58750	2,000	0,000	9,000	1,93367
Socio-economic condition	80	6,9000	7,000	4,000	10,000	1,53111
Number of hospital stay	80	2,62500	2,000	1,000	8,000	1,63331

We analysed patient's age vs. her need for contact with close friends or relatives. Younger patients expressed significantly stronger wish for contacts with their families during their hospital stay – the greatest need was reported before ($p=0.0210$) and after surgery ($p=0,0405$). Others answers did not obtain statistical significance (tab. 2).

Table 2 Results of Spearman rank correlation analysis between respondent's age and particular elements of QOL

Age vs.	R	p
Extent of disturbance in everyday life as a result of a planned surgery	-0.1	0.4416
Extent of disturbance in family life	-0.1	0.3510
Knowledge about personal health status	0.0	0.7279
Stress level during hospital admission	-0.1	0.4021
Preoperative stress level	0.1	0.4871
Stress due to physical preparation for surgery	0.1	0.3482

Menatl preparation for surgery	0.0	0.8284
Concern about the course of surgery	0.1	0.3416
<i>Need for contact with close relatives/friends before surgery</i>	-0.3	0.0210
<i>Need for contact with close relatives/friends after surgery</i>	-0.2	0.0405
Stress level on the day of surgery	-0.0	0.8793
Pain after surgery	0.0	0.7324
Stress level on the day of hospital discharge	-0.2	0.0687
Stress level related to future self-care at home	-0.2	0.1540
Qulaity of life during hospital stay	-0.1	0.5645

Next, the statistical analysis was performed in order to assess the performance of medical personnel vs. patient's satisfaction with inpatient care. Midwives' technical skills received the highest scores (3.8) as well as their availability and interpersonal skills (3.7). However, in respondents' opinions they didn't spend enough time with the patient (3.3). The average score for midwives was $3,47 \pm 0,32$. As far as gynaecologists' performance was concerned, they received the highest scores for the accuracy and reliability of information about treatment (3.6) and treatment itself as well as further medical care (3.6). However, low scores were recorded for medical consultations/advice as a result of too short period of time spend with the patient and the lack of interest in patient's problems (3.0). The average score for this group was $3,31 \pm 0,32$. When evaluating hospital organisation the highest ratings were recorded for information exchange between hospital staff, cleanliness, and spaciousness of the building (3.3). Respondents assessed their general satisfaction with care as good, the mean score was $3.12 \pm 0,32$ (tab.3.)

Table 3 General assessment of clinicians, nurses/midwives, organisation of inpatient services and hospital.

Variables	Mean	Median score	Minimum	Maximum	Standard deviation
General assessment of clinicians	3,317054	3,363636	2,272727	4,00000	0,329843
General assessment of midwives	3,3475000	3,475000	2,000000	4,090909	0,326971
General assessment organisation of inpatient services and hospital	3,128750	3,128750	2,300000	4,00000	0,324990

We also examined a relation between patient's age and general assessment of hospital staff. It was observed that gynaecologists spent more time with older patients

($p=0.0449$). As far as the relation between the number of hospital stays and information about treatment and medical interventions was concerned, we found that patients who had a history of multiple hospitalisations received more information about all planned therapeutic procedures when compared with women who stayed in the clinic for the first time ($p=0.0425$) (tab.4).

Table 4 Results of Spearman rank correlation analysis between general assessment clinicians, midwives and respondent's age and stay in hospital.

Response options:	R	p
Age of patients and doctor's attention directed to the patient's physical complaints	0,3	0,0225
Age and doctor's note addressed to all patient complaints	0,2	0,0449
Hospital stay and obtain information from treatment from a doctor	0,2	0,0425
Hospital stay and obtain information from treatment from midwives	0,3	0,0132

Discussion

Resection of the reproductive organ due to cancer in the early stage of this disease improves patient's prognosis and recovery chances as the primary disease may be cured. Cancer and its treatment is a great physical and mental burden for most women. The effects of treatment influence patient's subjective feelings and perceptions as well as quality of life. These effects often determine the level of satisfaction with inpatient services. Numerous researchers studied QOL and satisfaction with hospitalisation in various stages of malignant diseases and applied different types of questionnaires. Arora et al. performed a study among 52 patients treated in the Centre of Gynaecological Oncology in Sydney (Australia) using the IN-PATSAT32. They showed that care provided by hospital staff was rated very highly and women were generally satisfied with it in most domains. Gynaecologists received the highest ratings for their professionalism, communication skills, and the frequency of visits. Patients were unsatisfied with hospital food, limited access to the Internet and parking place (Arora et al., 2010). Brédart et al. proved high satisfaction levels with treatment in the Psycho-Oncology Unit, Institute Curie in Paris. The study group comprised of 104 patients who were asked to fill the QLQ-SAT32 questionnaire used to evaluate patient's satisfaction. Their results indicated that clinicians' and nurses' performance received high ratings. Patients were less satisfied with overall organisation of the hospital (Brédart et al., 2005). Jayasekara et al. studied patient overall satisfaction with all aspects of medical care using the tool developed by the European Organisation for Research and Treatment of Cancer i.e. EORTC IN-PATSAT32. They included 343 cancer patients who received the score of 64.5 points when assessing their general satisfaction with medical care. As far as technical skills were concerned, clinicians received the highest ratings (67.8) whereas in patients' opinion nurses' technical skills were poorer; 61.0 points (Jayasekara et al., 2008). In our study overall satisfaction with inpatient care received scores similar to satisfaction i.e. 68. However, nurses' technical

skills were rated highly. Hjörleifsdóttir et al. studied the level of satisfaction with outpatient care among cancer patients undergoing chemo and radiotherapy in Iceland. They had 217 respondents and women comprised 57% of this group. In overall, they measured high levels of satisfaction with the way medical information was communicated to patients, care provided by clinicians and nurses, and hospital organisation. Respondents expressed the greatest satisfaction with nurses' performance and attitudes, then clinicians', and they were least satisfied with inpatient services and hospital organisation (Hjörleifsdóttir et al., 2010). Brédart et al. defined factors, which affected patient satisfaction in oncology. The study was performed in five different European countries and in Asia and included 647 patients. Educational background was taken into account. It was concluded that patients with education higher than the obligatory level but lower than university grade declared lower levels of satisfaction with medical care. When taking into consideration patient's health status, hospitalised patients with an advanced disease were less satisfied with provided medical services (Brédart et al., 2007).

Conclusions

1. Patient's satisfaction with inpatient services reached high and medium levels. Our results indicate that midwives' performance was rated as the best and was followed by clinicians. The lowest scores concerned general organisation of the hospital and the clinic as well as other inpatient services.
2. Stress levels in patients were low on the day of hospital admission but increased with respondent's educational status. The highest level of stress was measured on the day of the surgery. Then it was decreasing. However on the day of hospital discharge women expressed greater stress and anxiety which was related to their concerns regarding self-care at home.
3. The more frequent hospital admissions of a patient the greater her need for attention, being noticed and well informed by clinicians and nurses. Clinicians were willing to pay greater attention and spend more time with older patients.

Practical implications

We conclude that correct identification of factor influencing the satisfaction of patient's may be helpful in individual planning of care for hospitalised patients. For example we showed that the more frequent hospital stays the greater patient's need for being noticed by medical personnel and receiving information from hospital staff. Patients declared the need for contact with a close friend or relative, especially after the surgery. And the future studies should consider wider time frame, not only the period of hospitalisation, but also patient's performance after being discharged from the hospital.

References

- [1] AFA-ZAJĄC.A., MESS, E., GRYBOŚ, M. et al. 2005. *Jakość życia kobiet z chorobą nowotworową narządu rodnoego*. Advances in Clinical and Experimental Medicine. 2005 (14): 151-156.
- [2] ARORA, V., PHILP, S., NATTRESS, K., PATHER, S., DALRYMPLE, C., ATKINSON, K., SMRNOVA, S., COTTERELL, S., CARTER, J. 2010. *Patient satisfaction with inpatient care provided by the Sydney Gynecological Oncology Group*. Patient Related Outcome Measures 2010:1, s. 179-184.
- [3] BRÉDART, A., COENS, C., AARONSON, N., CHIE, W.C., EFFICACE, F., CONROY, T., BLAZEBY, J.M., HAMMERLID, E., COSTANTINI, M., JOLY, F., SCHRAUB, S., SEZER, O., ARRARAS, J.I., RODARY, C., COSTANTINI, A., MEHLITZ, M., RAZAVI, D., BOTTOMLEY, A.; EORTC Quality of Life Group and EORTC Quality of Life Unit. 2007. *Determinants of patient satisfaction in oncology settings from European and Asian countries: preliminary results based on the EORTC IN-PATSAT32 questionnaire*. European Journal of Cancer. 2007, **43(2)**:323-330.
- [4] BRÉDART, A., MIGNOT, V., ROUSSEAU, A., DOLEAULT, S., BEAULOYE, N., ADAM, V., ELIE, C., LEONARD, I., ASSELAIN, B., CONROY, T. 2005. *Cancer patient's satisfaction assessment using the EORTC QLQ-SAT32: comparison between self-assessment and interview response*. Revue depidemiologie et de sante publique. 2005 (53): 31-38.
- [5] Drozd-Dąbrowska, M. 2005. *Quality of life and family factors in patients with advanced stages of cancer*. Annales Academiae Medicae Stetinensis. 2005, 51(2):15-22.
- [6] HJÖRLEIFSDÓTTIR, E., HALLBERG, I.R., GUNNARSDÓTTIR, E.D. 2010. *Satisfaction with care in oncology outpatient clinics: psychometric characteristics of the Icelandic EORTC IN-PATSAT32 version*. Journal of Clinical Nursing. 2010,19(13-14):1784-1794.
- [7] JAYASEKARA, H., RAJAPAKSA, L., BREDART, A. 2008. *Psychometric evaluation of the European Organization for Research and Treatment of Cancer in-patient satisfaction with care questionnaire ('Sinhala' version) for use in a South-Asian setting*. International Journal for Quality in Health Care. 2008, 20(3):221-226.
- [8] JEZIORSKI, A. 2005. *Onkologia. Podręcznik dla pielęgniarek*. Wydawnictwo PZWL, Warszawa. 2005:139-147.
- [9] KOPER, A. 2011. *Pielęgniarstwo onkologiczne. Podręcznik dla studentów medycyny*. Wydawnictwo PZWL, Warszawa. 2011:125-136.
- [10] MINISZEWSKA, J., CHRYSZTOWSKA-JABŁOŃSKA, B. 2002. *Strategie radzenia sobie z chorobą nowotworową a jakość życia*. Psychoonkologia. 2002, 6(4):89-94.
- [11] SPACZYŃSKI, M., KĘDZIA, W., NOWAK-MARKWITZ, E. 2008. *Onkologia ginekologiczna*. [w:] Bręborowicz, G.H. (red.) *Położnictwo i ginekologia*. T.2, Wydawnictwo PZWL, Warszawa. 2008: 805-864.

Contacts for authors

Mgr Dominika Wała
Dr n med. Edyta Barnaś
Instytut Położnictwa i Ratownictwa Medycznego
Ul. Pigońia 6
35-205 Rzeszów, Polska
Tel.: +48 17 8721195

Mgr Monika Cecuła
Mgr Joanna Trawińska
Mgr Renata Raś
Mgr Elżbieta Porada
Prof. Andrzej Skręt
Kliniczny Oddział Ginekologii i Położnictwa
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Fryderyka Chopina
35-055 Rzeszów,
ul. Szopena 2

Komparácia aplikácie špeciálnych terapií v domovoch sociálnych služieb Českej a Slovenskej republiky

Andrea Juhásová

UKF Nitra, Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva, Katedra sociálnej práce a sociálnych vied

Abstrakt

Práca sa zaoberá prieskumom realizácie špeciálnych terapií v domovoch sociálnych služieb – v denných stacionároch pre deti a mládež s postihnutím v Slovenskej a Českej republike. Porovnáva aktuálnu situáciu v oblasti poskytovania vybraných špeciálnych terapií v denných stacionároch v Slovenskej a Českej republike. Zisťuje rozdiely vo variabilite, v personálnych a finančných podmienkach na vykonávanie špeciálnych terapií v denných stacionároch. Uvádza rozdiely v druhoch poskytovaných špeciálnych terapií v denných stacionároch na Slovensku a v Čechách.

Kľúčová slova

Špeciálne terapie, ergoterapia, arteterapia, muzikoterapia, zooterapia

Úvod do vybraných špeciálnych terapií v praxi

Problematika špeciálnych terapií je úzko prepojená s oblasťou ucelenej rehabilitácie ľudí so zdravotným postihnutím, ktorou sa jednotlivé druhy špeciálnych terapií prelínajú a umožňujú rozvíjať klientovi jeho špecifické potreby. V tejto súvislosti sa hovorí samostatne o arteterapii, muzikoterapii, zooterapii, ergoterapii, či iných terapiách. Nie sú definitívne zaradené do žiadnej skupiny. Niektorí autori ich nazývajú ako doplnkové či pomocné terapie. S realizáciou špeciálnych terapií prichádzame do kontaktu v domove sociálnych služieb denného typu pre deti a mládež s postihnutím Socia v Nitre.

Ergoterapeutická prax

Podľa Gútha a kol. [3] samotnú realizáciu ergoterapie koordinuje ergoterapeut, ktorý je v úzkej spolupráci s ostatnými členmi pracovného tímu. Zodpovedá za správne vykonanie ergoterapeutickej činnosti. Je dôležité, aby bol klient motivovaný činnosťou aj vnútorne – musí mať pre neho vlastný zmysel (napr. zhotovenie darčeka).

Hinhausová a Hinhaus [4] vo svojej príručke približujú skúsenosti z Detského centra ARPIDA (České Budějovice, Česká republika), ktoré má bohaté skúsenosti s ergoterapiou. V ergoterapii má svoje miesto metóda samostatných pokusov a omylov a tiež je dôležité vedenie ergoterapeuta – učenie pomocou druhej osoby. Skúsená osoba – ergoterapeut, minimalizuje chaotickú fázu učenia. Dieťa vedené inštruktorom

sa spolieha na neho. Pri svalovom inštruovaní sa odporúča robiť pohyb s dieťaťom (vedieme jeho ruku, upravujeme polohu jeho tela). Dieťa získava svalovú predstavu o pohybe. Toto je vhodné pre deti, ktoré nemôžu samostatne urobiť pohyb a pre deti so zníženým intelektom. Ďalšou metódou inštruovania pohybového výkonu je jeho popis. Tu je dôležitá existencia spojenia medzi slovom a zrakovo pohybovou predstavou. Spomenieme ešte inštruovanie technické, ktoré je špecifickou metódou učenia sa novým pohybovým možnostiam v ergoterapii. Je založené na usmerňovaní a riadení pohybu špeciálnymi pomôckami a upravenými nástrojmi. Pri nacvičovaní pohybu v ergoterapii sa začne predvedením pohybu, potom sa dieťa nabáda, aby ho napodobnilo. V ďalšej fáze potom dieťa samostatným opakovaním, pokusmi a omylmi pohyb zlepšuje. Spätnou väzbou je dosiahnutie či nedosiahnutie úlohy, naplnenie motivácie. Podmienkou je splniteľnosť úlohy vlastnými silami dieťaťa. Práca ergoterapeuta nenesie šablónu, ale je tvorivou prácou s každým dieťaťom.

V DSS Symbia [13] vo Zvolene (SR), sa pri práci s klientom zameriavajú na 4 základné okruhy:

Sebaobsluha – je zameraná na získavanie čo najvyššieho stupňa samostatnosti v jednotlivých činnostiach a na utváranie, rozvíjanie a upevňovanie hygienických a sociálnych návykov. Samoobslužné činnosti sú priamo zakomponované v denných výchovno-vzdelávacích plánoch a patria k prioritám ergoterapie v DSS Symbia.

Upratovacie práce – sú zamerané na cvičenie a vytváranie elementárnych pracovných zručností, rozvíjanie celkovej samostatnosti a presnosti pri práci. Pri upratovacích prácach využívajú dvor DSS Symbia, ktorý ponúka aj pracovné príležitosti akými sú zametanie, odhŕňanie snehu, čistenie dvora a pod.

Práce s technickým materiálom, prírodninami – so zameraním na rozvíjanie manipulačných a konštruktívnych schopností. Klienti sa môžu realizovať v samotných triedach – výzdoba triedy, v keramickej dielni, v tkáčskej dielni.

Práca s výtvarným materiálom prebieha v priestoroch keramickej dielne s pecou na vypaľovanie výrobkov z hliny. Ergoterapeutka pracuje s klientmi individuálnou alebo skupinovou formou. V zariadení je tiež fungujúca tkáčska dielňa s krosnami. Samotnú prácu v tkáčskej dielni má na starosti vychovávateľka – ergoterapeutka.

Podľa Hinthausovej a Hinthausa [4], mnohé pomôcky pre deti s postihnutím sú nenáročné na výrobu a tak si ich môže vyrobiť aj napr. rodič postihnutého dieťaťa. Práve rodičia prichádzajú s novými nápadmi na výrobu týchto pomôcok.

Arteterapeutická prax

Arteterapia podobne ako aj ostatné špeciálne terapie má svoje formy. Podľa Šickovej-Fabrici [14] ju môžeme v zariadení aplikovať formou individuálnou alebo skupinovou. Pri individuálnej arteterapii má klient terapeuta k dispozícii len pre seba, nadväzuje úzky kontakt, vzniká tak intenzívny emocionálny zážitok styku s chápaným človekom. Skupinová arteterapia je náročnejšia forma, hlavne pre arteterapeuta. Má viacero výhod, ale niekedy nie je možné zaradiť dieťa do skupiny pre jeho špecifické problémy.

Uvádzame vplyv arteterapie na vybrané skupiny ľudí s postihnutím podľa vyššie uvedenej autorky:

Arteterapia s ľuďmi s mentálnym postihnutím

Je rozsiahla a rozmanitá ako sú rozmanité aj formy mentálnej retardácie. Hlavným cieľom je kompenzácia intelektových deficitov, poznávacích funkcií, reedukácia, resocializácia a integrácia, rozvoj kreativity, nácvik empatie, sebaovládania jedinca, pomáha chápať javy v súvislostiach. Silný emotívny zážitok sprostredkovaný výtvarnými aktivitami znamená spôsob učenia sa o svete, jeho súvislostiach. Pre túto populáciu sú vhodné telesne orientované techniky, ktoré prebiehajú hmatovo.

„Výtvarné umenie u ľudí s mentálnym postihnutím môže otvárať cesty k prirodzenej spontaneite a tvorivosti, z čoho môže vyplývať nie jeden osobný úžitok. Je nutné starostlivo vyberať vhodné výtvarné médium – napr. voskové farby – ľahko sa využívajú, nelámu sa a dlho vydržia“ (Liebmann, [7]).

Arteterapia s ľuďmi s telesným alebo zmyslovým postihnutím

Je realizovaná v súvislosti s výskytom niektorých osobnostných vývinových špecifík, s ktorými sa môžeme pri práci s ľuďmi s telesným alebo zmyslovým postihnutím stretnúť. Často sa vyskytuje egocentrizmus, precitlivosť na skutočné alebo domnelé narážky na ich vzhlad, výkonnosť alebo pasivita, nízka úroveň sociability. Zvlášť u detí s DMO je schéma vlastného tela narušená. Deti po úraze často nevedia prijať nový obraz svojho tela. Tento zdeformovaný sebaobraz je spôsobený sekundárnym hendikepom. Arteterapia má teda okrem potenciálu rehabilitácie jemnej motoriky (kreslením, maľovaním, modelovaním) aj možnosť kompenzácie sekundárneho hendikepu. Zážitok úspechu je tu prioritou. Arteterapeuti pomáhajú klientom prekonávať pocity menejcennosti. Pomáhajú im naučiť sa prekonávať svoj hendikep, eliminovať emočné napätie, nájsť si zmysel vlastného života. Práca s hlinou ponúka týmto deťom dôležitú hmatovú stimuláciu jemnej motoriky v spolupráci s pohybovou terapiou a muzikoterapiou aj korektívnu skúsenosť s držaním tela. Dôležitý je pocit hrdosti na svoje dielo.

Arteterapia s ľuďmi postihnutých autizmom

Je ovplyvnená absenciou sociálnych vzťahov a narušením verbálnej komunikácie. Telesný kontakt je často odmietaný a v prejavoch dominujú rituály. Výtvarný prejav je charakteristický snahou o kompenzáciu absentujúcej verbálnej komunikácie. Pri modelovaní, ktorému sa v začiatkoch terapie autistické deti bránia, je cieľom hmatová senzibilizácia a možnosť reflexie nahromadených pocitov.

„Autistické deti dokážu často maľovať s udivujúcou technickou zručnosťou“ (Vymětal a kol., [17]).

Muzikoterapeutická prax

Muzikoterapia má mnoho podôb, či už pri práci s jednotlivcom alebo skupinou. Môže mať aktívny alebo receptívny charakter.

Zeileiová [18] uvádza, že muzikoterapia má v súčasnej dobe viaceré smery a perspektívy. Fachner [2] píše o muzikoterapii Nordoffa a Robbinsa, ktorí praktizujú muzikoterapiu s deťmi s mentálnym a telesným postihnutím. Vyzdvihujú a opisujú osobu muzikoterapeuta a ko-terapeuta, ktorý je prostredníkom medzi terapeutom a dieťaťom. Jeho úloha spočíva v podporovaní vzťahov a asistencii pri muzikoterapii. Prispôsobuje terapeutickú izbu špecifickým potrebám detí a vytvára bezpečný terapeutický priestor. Nastavuje situáciu s ohľadom na potreby dieťaťa a špecifické terapeutické zámery.

Pikálek [12] sa zaoberá konkrétnymi možnosťami muzikoterapie s deťmi s mentálnou retardáciou, či iným postihnutím. Uvádza metódu Gertrudy Orff.

Zeileiová [18] sa taktiež zmieňuje o Orffovej muzikoterapii. Táto metóda liečebnopedagogicky orientovanej muzikoterapie je efektívne uplatniteľná v práci s viacnásobne postihnutými deťmi. Kladie dôraz na zapojení všetkých zmyslov detí. Pre úplnosť prehľadu je potrebné uviesť tiež tvorivú muzikoterapiu v rámci pedagogickej muzikoterapie, ktorá podporuje kreativnosť autistických detí, najmä v oblasti komunikácie. Podľa Deckera a kol. [1] sa tento druh muzikoterapie využíva najčastejšie v zariadeniach sociálnych služieb. Ide o tvorivú komunikáciu medzi klientom a terapeutom. Dieťa určuje smer a priebeh terapie.

Muzikoterapia s ľuďmi s mentálnym postihnutím

Ako uvádza Mátejová a Mašura [8] mimoriadne efektívna je aplikácia vokálneho prejavu. Vyplýva to z faktu, že u ľudí s mentálnou retardáciou býva najmenej poškodená oblasť muzikálnych schopností. Veľmi účinné je využitie muzikoterapie s pohybovou zložkou, čím sa aktivizuje celá psychomotorika.

Muzikoterapia u ľudí postihnutých autizmom

Podľa Gútha a kol. [3] je hlavným cieľom dialóg počas stretnutia. Medzi ďalšie ciele patrí: spoznávať neverbálny a verbálny prejav, priestor pre slobodné prejavenie, interakčné hranie s inými, cvičenie jemnej motoriky.

Muzikoterapia u ľudí s telesným postihnutím

Vokálna zložka muzikoterapie – spev má podľa mnohých našich i zahraničných odborníkov u ľudí s telesným postihnutím mimoriadny význam – atmosféra pozitívnej stimulácie.

V súčasnej dobe sa stále viac používa spojenie výtvarného prejavu s hudobným umením – spoločné pôsobenie arteterapie a muzikoterapie figuruje ako významný faktor v liečebno-výchovnom procese. Mátejová a Mašura [8] uvádzajú viaceré spôsoby aplikácie výtvarného umenia pri hudbe: čarbanie – jednoduché nesúvislé stopy ceruzky, muzikomalba – grafické vyjadrenie rytmu hudby čiarou, prstomalba – roztieranie farieb rukou, asociatívny prejav pri hudbe. Špeciálne terapie sa teda môžu rozlične prepájať.

Hipoterapeutická prax

Gúth a kol. [3] podrobne a odborne opisuje praktický výkon hipoterapie (HP), ktorá sa vykonáva v krytej alebo otvorenej jazdiarni. Koňa vedie hipológ po zvolenom teréne, aby mal klient možnosť aktívne reagovať na zmeny ťažiska. Hipoterapia je tímová metóda. Robí ju viacero odborníkov a spája viaceré zložky: medicínsku, psychologickú, pedagogickú, sociologickú a hipologickú. Lekár spolu s rehabilitačným pracovníkom navrhuje liečebný plán hipoterapie. Fyzioterapeut zohráva pri hipoterapii najvýznamnejšiu úlohu, lebo ju prakticky robí. Musí mať absolvovaný základný kurz pre hipoterapeutov, osvojiť si základy jazdenia, teoretické základy. Mal by citlivo korigovať priebeh hipoterapie – polohovanie klienta a spolupracovať s hipológom. Ostatní špecialisti – psychológ, psychoterapeut, sociálny, či špeciálny pedagóg vykonávajú činnosť ako súčasť hipoterapie, v rámci samostatného procesu pedagogicko-psychologického jazdenia alebo pri športovom jazdení. Do tímu patrí aj pomocník, ktorý pomáha klientovi nasadnúť na koňa a zabezpečuje ho proti pádom. Úlohou hipológa (animal-assisted therapy specialist) je pripraviť koňa a viesť ho počas vykonávania hipoterapie.

Podľa Hornáčka a Hollého [5] sa hiporehabilitácia (HR) využíva najčastejšie pri rehabilitácii ťažkých neurologických postihnutí, akými sú napr. detské mozgové obrny. Vykonáva sa väčšinou v DSS. Fyzioterapeut sa zameriava na konkrétny sed. Samotná terapeutická jednotka trvá asi 15 – 20 minút v závislosti od konkrétnej diagnózy. Mala by sa vykonávať minimálne 2 až 3-krát týždenne aspoň 3 mesiace.

Fyzioterapeutka Páleníková [11] zdôrazňuje prísne individuálny prístup ku klientovi s rešpektovaním špecifík postihnutia. Ak sa u klienta prejaví strach z koňa, je potrebné kontaktovať ho najprv s menšími zvieratami, potom sa postupne zaraďuje pohladkanie a čistenie koňa, až kým klient neprekoná počiatkový strach.

Podľa Velemínskeho a kol. [16] pri hipoterapii môžeme využívať prvky rytmizácie dychu, reči, cvikov k zlepšeniu rovnováhy.

Canisterapeutická prax

Canisterapia ako jedna zo špeciálnych terapií sa tiež pomaly dostáva do DSS a pravidelná návšteva psíkov začína byť žiadaná klientmi i personálom. Podľa Kociovej [6] sa canisterapia v oblasti rehabilitácie využíva na polohovanie – podľa diagnózy, uvoľnenie spazmov končatín, úpravu dýchania – dieťa synchronizuje svoj dych s dýchacími pohybmi psa, prehriatie a relaxáciu svalov, nácvik hrubej a jemnej motoriky, zlepšenie komunikácie a spolupráce s okolím.

Canisterapia sa môže aplikovať u ľudí s rozličným postihnutím. Šobora (In: Mičulková a Fejkusová, [9]) potvrdzuje, že: „*Táto terapia má maximálne využitie v denných stacionároch, domovoch, ústavoch sociálnej starostlivosti a rôznych združeniach a spolkoch starajúcich sa o psychicky a telesne postihnutých ľudí, hlavne deti. Je stavaná zatiaľ na dobrovoľnej báze. Ide totiž o činnosť veľmi náročnú i nákladnú*“.

Podľa Tichej (In: Velemínsky a kol., [16]) je nevyhnutné, aby zariadenie, do ktorého canisterapeutický tím prichádza, súhlasilo s touto návštevou a spolupracovalo

so psovodom pri výbere vhodných klientov i pri vlastnej návšteve. Canisterapia, ktorá prebieha v DSS je zaradená medzi konkrétne formy návštevného programu. Kontakt klienta s canisterapeutickým tímom prebieha v pravidelných intervaloch (raz týždenne alebo raz za dva týždne).

Canisterapia s klientom s mentálnym postihnutím

Podľa Tichej (In: Velemínsky a kol., [16]) sa zameriava na podporu psychomotorického vývinu, koordináciu pohybu, stimuláciu, tréning pamäti, rozvoj myslenia, nadväzovanie nových vzťahov a pod. Pri práci s dospelými sa jedná aj o udržanie týchto schopností. Pes tu slúži okrem iného ako motivačný prvok. Pri práci s týmito klientmi sa využívajú veľmi široké možnosti zapojenia psa do programu (ako priameho aktéra v aktivite, motivačný prvok, starostlivosť o živého tvora, objekt na upútanie pozornosti dieťaťa). Výsledky canisterapie sú veľmi individuálne. Pozitívne sa však prejavili či už pri krátkodobej, či kontinuálnej práci.

Canisterapia s klientom s telesným postihnutím

Cieľom je pomáhanie k harmonickému vývinu osobnosti dieťaťa. Dôležité je posúdiť úroveň motoriky klienta a podľa druhu postihnutia canisterapeut stanoví individuálny plán. U osôb s telesným postihnutím sa tiež uplatňuje pes asistenčný.

Ako uvádza Mičulková a Fejkusová [9], ktoré vykonávajú canisterapiu v rozličných zariadeniach, pri canisterapii s deťmi musí byť prítomný rodič, osobný asistent alebo odborný personál. Na začiatku prichádza k zoznámeniu klienta so psom zo vzdialenosti asi 1 metra. Klienta necháme, aby sa rozhodol, či chce psa pohladiť sám, alebo pomocou pasívneho pohybu, kedy je ruka vedená inou osobou. Neskôr môžu nasledovať rozličné techniky, ktoré sa pri canisterapii vykonávajú: práca v skupinkách, polohovanie jednotlivých častí tela, motivačné techniky, techniky k podpore komunikácie.

Podľa Šimanovského a Šimanovskej [15] hlavnou metódou canisterapie je tzv. polohovanie: deti ležia a dotýkajú sa bokom psa, čo prináša hlboké uvoľnenie.

„Canisterapia prebieha v účelovo zariadenej miestnosti, v ktorej sa nachádzajú špeciálne pre túto činnosť vyrobené vankúše a relaxačné podložky. Po zoznámení sa so psom a vysvetlení základných inštrukcií si klient ľahne na posteľ. Canisterapeut uloží canisterapeutického psa ku klientovi a pustí relaxačnú hudbu. Klient sleduje a koncentruje sa na plynulé dýchanie psa, prípadne tlkot srdca“ (Nehilová, [10]). Po tejto koncentrácii a uvoľnení, môžu nasledovať rozličné nácviky činností. V každom zariadení a u každého klienta canisterapia prebieha inak – individuálne, podľa toho čo u neho chceme dosiahnuť.

Materiál a metódy

Výberový súbor tvorili DSS – domovy sociálnych služieb v Slovenskej a Českej republike. Nakoľko zariadení tohto typu je mnoho, pri výbere sme postupovali podľa nasledujúcich kritérií:

- vybrané DSS poskytujú služby pre deti a mládež s postihnutím formou dennej starostlivosti,
- majú zriadenú e-mailovú adresu (nakoľko neexistuje žiadny úplný zoznam zariadení denného typu, kontakty sme nadväzovali cez internet).

Pre Českú republiku sa nám podarilo nájsť celkový zoznam, kde boli uvedené všetky kraje a všetky zariadenia, ktoré poskytujú sociálne služby. Náš prieskumný súbor tvorilo 46 denných stacionárov v Slovenskej republike ($n_1 = 46$) a 53 denných stacionárov v Českej republike ($n_2 = 53$).

Tabuľka 1 Počet denných stacionárov

Denné stacionáre	Počet oslovených zariadení n	Počet zariadení, ktoré odpovedali n_i	Návratnosť v %
Slovensko	46	16	34,8%
Česko	53	20	37,7%
Spolu	99	36	36,4%

Tabuľka vypovedá o percentuálnej úspešnosti komunikácie s oslovenými zariadeniami.

Hlavnou prieskumnou metódou bol dotazník, prostredníctvom ktorého sme zisťovali a sumarizovali informácie z oblasti výskytu špeciálnych terapií a podmienok na ich vykonávanie v denných stacionároch v Slovenskej a Českej republike.

Na otázky dotazníka odpovedali riadiaci alebo sociálni pracovníci daných zariadení.

Výsledky sme spracovávali prostredníctvom tabuliek početností. Základné triedenie sme robili pomocou tzv. čiarkovacej metódy. V súvislosti s jednotlivými prieskumnými otázkami sme uvádzali ich početnosti, percentuálne zastúpenie, či priemery. Primárne sme zohľadňovali komparáciu zariadení v Českej a Slovenskej republike na základe nasledujúcich prieskumných otázok:

O1: Existujú rozdiely vo variabilite poskytovaných špeciálnych terapií vykonávaných v denných stacionároch v Slovenskej a Českej republike?

O2: Existujú rozdiely v personálnych podmienkach na vykonávanie špeciálnych terapií v denných stacionároch v Slovenskej a Českej republike?

O3: Existujú rozdiely vo finančných podmienkach na vykonávanie špeciálnych terapií v denných stacionároch v Slovenskej a Českej republike?

Výsledky a diskusia

Tabuľka 2 Variabilita vykonávaných špeciálnych terapií

Špeciálne terapie	Denné stacionáre - Slovensko		Denné stacionáre - Česko	
	n_i	%	n_i	%
ergoterapia	15	93,8	13	65,0
arteterapia	15	93,8	13	65,0
muzikoterapia	13	81,3	16	80,0
hipoterapia	8	50,0	12	60,0
canisterapia	3	18,8	15	75,0
iná terapia	8	50,0	10	50,0

Rozdiely v niektorých druhoch špeciálnych terapií sa vyskytujú. V denných stacionároch na Slovensku sa najčastejšie vykonáva ergoterapia a arteterapia (15 zariadení), ktoré sa v Čechách vykonávajú v menšom počte zariadení (13 zariadení). V denných stacionároch v Čechách sa najčastejšie vykonáva muzikoterapia (16 zariadení) a na Slovensku sa táto terapia vykonáva percentuálne v rovnakom počte denných stacionárov. Najvýraznejšie rozdiely sú pri canisterapii, ktorá sa v slovenských zariadeniach vykonáva najmenej (3 zariadenia), kým v českých je to druhá najčastejšie vykonávaná špeciálna terapia (15 zariadení). V počte zariadení, ktoré vykonávajú hipoterapiu bol menší rozdiel. Na Slovensku je to 8 zariadení a v Čechách 12 zariadení. Iné terapie sa vykonávajú v oboch republikách zhodne. V poslednej možnosti mali zariadenia voľne vyznačiť, aké iné špeciálne terapie vykonávajú. V zariadeniach na Slovensku najčastejšie uvádzali ako iné terapie: dramaterapiu – 3 zariadenia, snoezelen terapiu – 2 zariadenia, teacch terapiu – 2 zariadenia, biblioterapiu – 2 zariadenia, či terapiu hrou – 2 zariadenia. V Českých zariadeniach to boli: fyzioterapia – 5 zariadení, dramaterapia – 3 zariadenia, snoezelen terapia – 1 zariadenie, či felinoterapia – 1 zariadenie (túto neuviedlo žiadne zo Slovenských zariadení).

Tabuľka 3 Personálne zastúpenie jednotlivých špeciálnych terapií

Terapia		pracovník zariadenia s akreditovaným vzdelaním	certifikovaný pracovník zariadenia	pracovník zariadenia s iným vzdelaním	externý odborník	iné
ergoterapia	SR (n_i 15)	4	3	11	–	–
	ČR (n_i 13)	4	5	6	1	–
arteterapia	SR (n_i 15)	5	2	8	1	–
	ČR	7	3	4	1	1

	(n _i 13)					
muzikoterapia	SR (n _i 13)	2	4	9	3	–
	ČR (n _i 16)	7	4	4	4	1
hipoterapia	SR (n _i 8)	1	3	2	1	2
	ČR (n _i 12)	2	4	–	8	–
canisterapia	SR (n _i 3)	–	1	1	–	1
	ČR (n _i 15)	2	2	–	13	–
iná terapia	SR (n _i 8)	1	1	5	1	1
	ČR (n _i 10)	4	1	3	1	1

Ergoterapiu najčastejšie vykonávajú pracovníci zariadenia s iným vzdelaním v slovenských aj českých denných stacionároch. Arteterapiu v slovenských zariadeniach najčastejšie vykonávajú tiež pracovníci zariadenia s iným vzdelaním, kým v českých zariadeniach to sú zamestnanci s akreditovaným vzdelaním. Pri muzikoterapii aj inej terapii sú výsledky podobné, na Slovensku ich vykonávajú zamestnanci s iným vzdelaním a v Čechách akreditovaní zamestnanci. Hipoterapiu na Slovensku vykonávajú najčastejšie certifikovaní zamestnanci a v Čechách sú to externí odborníci, takto je to aj v prípade canisterapie. V Čechách sa viac uplatňujú externí odborníci.

Tabuľka 4 Čerpanie finančných prostriedkov na špeciálne terapie

Finančné prostriedky	Denné stacionáre - Slovensko		Denné stacionáre - Česko	
	n _i	%	n _i	%
príspevky zo štátu	9	56,3	14	70,0
príspevky od rodičov	5	31,3	13	65,0
príspevky od sponzorov	11	68,8	14	70,0
financie z projektov	8	50,0	10	50,0
samofinancovanie	4	25,0	4	20,0
iné	3	18,8	1	5,0

DSS s denným pobytom na Slovensku a v Čechách zhodne najčastejšie označili, že majú dobré finančné možnosti na vykonávanie špeciálnych terapií. Zhoda bola tiež zaznamenaná v tom, že ani v slovenských ani v českých denných stacionároch neoznačili odpoveď vynikajúce. Na Slovensku bolo jedno zariadenie, ktoré odpovedalo, že má veľmi dobré finančné možnosti, kým v Čechách to boli štyri. České zariadenia častejšie odpovedali, že disponujú nevyhovujúcimi finančnými možnosťami. Za slovenské denné

stacionáre sa vyskytla jedna odpoveď „veľmi zlé“, kým v českých denných stacionároch sa nevyskytla.

Na základe vyššie uvedených výsledkov môžeme odpovedať na prieskumné otázky:

O1: Existujú rozdiely vo variabilite poskytovaných špeciálnych terapií vykonávaných v denných stacionároch v Slovenskej a Českej republike?

Rozdiely vo variabilite poskytovaných špeciálnych terapií vykonávaných v denných stacionároch v Slovenskej a Českej republike existujú. Na Slovensku je najpreferovanejšia ergoterapia a arteterapia, v Čechách muzikoterapia a canisterapia. Ostatné typy špeciálnych terapií (hipoterapia a iné) sú zastúpené s menšími rozdielmi približne rovnako.

O2: Existujú rozdiely v personálnych podmienkach na vykonávanie špeciálnych terapií v denných stacionároch v Slovenskej a Českej republike?

Rozdiely v personálnych podmienkach na vykonávanie špeciálnych terapií v denných stacionároch v Slovenskej a Českej republike existujú. V Českej republike v roli realizátora špeciálnych terapií prevažujú pracovníci zariadenia s akreditovaným vzdelaním, certifikovaní pracovníci zariadenia, alebo externí odborníci. Naproti tomu, v Slovenskej republike sa často v roli vykonávateľa špeciálnej terapie vyskytujú pracovníci zariadenia s iným vzdelaním, aké prináleží výkonu danej činnosti.

O3: Existujú rozdiely vo finančných podmienkach na vykonávanie špeciálnych terapií v denných stacionároch v Slovenskej a Českej republike?

Na základe zistených dát uvázaných vyššie môžeme konštatovať, že rozdiely vo finančných podmienkach na vykonávanie špeciálnych terapií v denných stacionároch v Slovenskej a Českej republike existujú najmä v oblasti čerpania príspevkov zo štátu, od rodičov a od sponzorov v prospech Českej republiky. V tomto ohľade sú zaujímavé vyjadrenia respondentov z Českej i Slovenskej republiky, ktoré sa v celkovom hodnotení financovania nelíšia, keďže zhodne najčastejšie označujú, že majú dobré finančné možnosti na vykonávanie špeciálnych terapií.

Záver

Vo vzťahu k stanoveným čiastkovým cieľom sme zistili rozdiely vo variabilite poskytovaných špeciálnych terapií v zariadeniach v Slovenskej a Českej republike. To súvisí aj so spomínanou problematikou financovania, či prístupu k vzdelávaniu a spolupráci s odborníkmi, najmä v denných stacionároch na Slovensku. Rozdiely sme zaznamenali v druhoch najčastejšie vykonávaných špeciálnych terapií v denných stacionároch na Slovensku a v denných stacionároch v Čechách. V zariadeniach na Slovensku sa najčastejšie vykonáva ergoterapia a arteterapia. V českých zariadeniach sa najčastejšie vykonáva muzikoterapia. Tiež sme zistili, že canisterapia je druhou najčastejšie vykonávanou špeciálnou terapiou v denných stacionároch v Čechách. Na Slovensku je terapiou vykonávanou v najmenšom počte zariadení. Vo vzťahu k frekvencii – pravidelnosti vykonávaných špeciálnych terapií sa vyskytli niektoré menšie rozdiely. Rozdiely sa tiež vyskytli v personálnych podmienkach na vykonávanie špeciálnych terapií. V českých denných stacionároch participuje viac akreditovaných odborníkov na vykonávanie špeciálnych terapií ako v denných

stacionároch na Slovensku. V Čechách sa podieľa pri realizácii špeciálnych terapií viac externých odborníkov ako v zariadeniach na Slovensku. Vo finančných podmienkach na vykonávanie špeciálnych terapií medzi zariadeniami v Slovenskej a Českej republike významné rozdiely neboli.

Je dôležité monitorovať služby zariadení sociálnych služieb a poznať situáciu v Slovenskej, Českej republike, prípadne aj v susedných krajinách. Realizácia špeciálnych terapií v rámci sociálnych a psychologických služieb prispieva k zvyšovaniu kvality života ľudí s postihnutím.

Literatúra

- [1] DECKER, V. a kol., 1996. *Lexikon Musiktherapie*. Bern : Hogrefe, 1996. 574 p. ISBN 978-3-80170-636-4.
- [2] FACHNER, J. 2007. Co-Therapists in Nordoff/Robbins Music Therapy. In *Music Therapy Today* [online]. 2007, vol. 8, p. 39-55 [cit. 2010-03-02]. Dostupné na internete: <<http://musictherapyworld.net>>.
- [3] GÚTH, A. a kol. 2005. *Liečebné metodiky v rehabilitácii pre fyzioterapeutov*. Bratislava : Liečreh Gúth, 2005. 472 s. ISBN 80-88932-16-5.
- [4] HINTHAUSOVÁ, M. – HINTHAUS, L. 1999. *Účast rodičů a pedagogů při ergoterapii dětí se zdravotním postižením*. Praha : Institut pedagogicko-psychologického poradenství ČR, 1999. 27 s.
- [5] HORNÁČEK, K. – HOLLÝ, K. 2006. Hipoterapia, liečba pomocou koňa. In *Humanita plus*. ISSN 1336-2208, 2006, č. 4, s. 1-3.
- [6] KOCIOVÁ, K. *Canisterapia – pomocná terapia pôsobením psa*. [online]. Prešov : Katedra fyzioterapie, Fakulta zdravotníctva Prešovskej univerzity, 32-34 s. [cit. 2009-09-02]. Dostupné na internete: <http://www.unipo.sk/public/media/files/docs/fz_veda/svk/dokument_39_14.pdf>.
- [7] LIEBMANN, M. 2005. *Skupinová arteterapie*. Praha : Portál, 2005. 280 s. ISBN 80-7178-864-3.
- [8] MÁTEJOVÁ, Z. - MAŠURA, S. 1992. *Muzikoterapia v špeciálnej a liečebnej pedagogike*. Bratislava : Slovenské pedagogické nakladateľstvo, 1992. 202 s. ISBN 80-08-00315-4.
- [9] MIČULKOVÁ, O. – FEJKUSOVÁ, H. 2003. *Canisterapie v praxi*. Medzinárodný seminár o zooterapiách. Brno : Sdružení Filia, 2003. 48 s.
- [10] NEHILOVÁ, H. 2006. Canisterapia. In *Pes a mačka*. ISSN 1335-7778, 2006, roč. 5, č. 6, s. 48-49.
- [11] PÁLENÍKOVÁ, A. 2006. Hipoterapia z pohľadu fyzioterapeuta. In *Humanita plus*. ISSN 1336-2208, 2006, č. 4, s. 5.
- [12] PIKÁLEK, Š. 2004. *Výchovná a pracovnorehabilitačná činnosť u ťažko mentálne postihnutých*. Bratislava : Sapientia, 2004. 168 s. ISBN 80-968797-7-4.
- [13] SYMBIA DSS, informačný bulletin, 2009.

- [14] ŠICKOVÁ-FABRICI, J. 2002. *Základy arteterapie*. Praha : Portál, 2002. 176 s. ISBN 80-7178-616-0.
- [15] ŠIMANOVSKÝ, Z. – ŠIMANOVSKÁ, B. 2005. *Hry pro rozvoj zdravé osobnosti*. Praha : Portál, 2005. 160 s. ISBN 80-7367-024-0.
- [16] VELEMÍNSKÝ, M. a kol. 2007. *Zooterapie ve světle objektivních poznatků*. České Budějovice : Dona, 2007. 335 s. ISBN 978-80-7322-109-6.
- [17] VYMĚTAL, J. a kol. 2007. *Speciální psychoterapie 2*. Praha : Grada Publishing, 2007. 400 s. ISBN 978-80-247-1315-1.
- [18] ZELEIOVÁ, J. 2007. *Muzikoterapie: Východiska, koncepty, principy a praxe*. Praha : Portál, 2007. 256 s. ISBN 978-80-7367-237-9.

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

Comparison of a Special Therapies Application in the Institutions of Social Services in Czech and Slovak Republics

Abstract

This paper deals with the implementation of specific therapies research in social care homes - in a day center for children and youth with disabilities in Slovakia and the Czech Republic. Compares the current situation in selected areas to provide special treatments in day centres in Czech and Slovak republics. Detect differences in variability, in personnel conditions and financial conditions for the implementation of specific therapies in day centres. Indicated differences in the types of special treatments provided in day hospitals in Slovakia and the Czech Republic.

Key words

Special therapies, occupational therapy, art therapy, music therapy, animal therapy

Kontaktné údaje

Mgr. Andrea Juhásová, PhD.
UKF Nitra, Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva,
Katedra sociálnej práce a sociálnych vied
Kraskova 1,
949 47 Nitra, Slovenská republika
e-mail: ajuhasova@ukf.sk

Historický vývoj pečovatelské služby v České republice

Petra Formánková

Městský úřad Písek, Odbor sociálních věcí

Externí doktorandka Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích,
Zdravotně sociální fakulty

Abstrakt

Cílem textu je ohlednutí se za historickým vývojem pečovatelské služby, která se zrodila na půdorysu sousedské výpomoci, prošla náročným procesem, který vyústil v moderní sociální službu pracující mnohde se špičkovými technologiemi. Od kdysi hodné sousedky, která zaběhla ohřát oběd a donesla nákup, se pečovatelky liší expertními znalostmi a dovednostmi, mezi nimiž jsou empatie a diplomacie jen zlomkem potřebných předpokladů pro profesní výkon. Uvědomění si hlubokých historických kořenů sociální péče může být silným motivačním prvkem pro pracovníky nejen v terénních sociálních službách. Pro celistvý pohled do historie jsou v příspěvku prolínány informace z oblasti institucionálních služeb, terénních služeb, systému hmotného zabezpečení potřebných i služeb ošetřovatelských a dotýkají se různých cílových skupin.

Klíčová slova

Historie sociální péče, pečovatelská služba, senior, terénní péče

Úvod

Dříve byla péče o seniory a osoby se sníženou soběstačností součástí odpovědnosti v rámci rodinného systému, s automatizací tohoto systému a díky vyšší mobilitě však došlo k oslabení rodinných vazeb, a tím i odpovědnosti, kterou od rodiny částečně převzal stát (De Singly, 1999). Nejprve je to ale církve, která na základě křesťanské lásky k bližnímu poskytuje útočiště a materiální pomoc chudým, starým a nemocným lidem v chudobincích, starobincích a špitálech, které můžeme považovat za předchůdce dnešních rezidenčních zařízení. První špitály založené při farách či klášterech měly spíše azylový charakter (Matoušek, 1999; Kalvach a Janečková, 2004). Teprve později byly zakládány všeobecné nemocnice pro řešení aktuálního zdravotního stavu potřebných. Ve vývoji pomoci seniorům a osobám se sníženou soběstačností můžeme tedy sledovat kladený vývoj od důrazu na pouhé materiální zajištění, k důrazu na zachování hodnoty zdraví vedoucí ke stále složitějším formám zdravotní péče a sociální pomoci, až po současné koncepty kvality života ve stáří (Havrdová et al., 2010).

Období do 1. světové války

Počátky organizované pomoci potřebným sahají na území České republiky až do středověku. Péče o seniory a nemocné osoby byla součástí odpovědnosti v rámci rodinného systému (De Singly, 1999). Nedělejme si však iluze o idylické formě péče. Někteří staří nemocní měli rodinu dysfunkční, někteří ji neměli vůbec. Mnozí z nich se pak propadli na periferii společnosti. Živořili v nedůstojných podmínkách, potulovali se, žebrali. Posléze umírali hladem, podchlazením a ve špíně. Byli viditelným břemenem společnosti a budili stejně tak opovržení, jako soucit. Proto se postupně rozvíjely charitativní formy péče a pomoci, a to především z iniciativy bohatých lidí, a to jak z církevních, tak i laických kruhů (Haškovcová, 2002).

V době raného křesťanství se církevní instituce, které pomáhaly seniorům, nazývaly Gerontotrofium a ty, které pomáhaly chudým, Ptochotrofium. Charitativní pomoc byla jistě vítaná, ale problémem byla její nahodilost a nesoustavnost. Proto byly později zakládány chudobince, starobince a chorobince. Jejich vedení a provoz zajišťovaly kláštery, později pak též městské a obecní rady. Chudobince a sirotčince plnily především azylové funkce. Do útulků tohoto typu přicházeli nemajetní, pocestní, nemocní, senioři, tedy všichni ti, kteří potřebovali střechu nad hlavou, jídlo a základní hygienické zázemí. Teprve později se především chorobince transformovaly na špitály, na jistou formu ošetrovatelských zařízení, kde ovšem byla faktická péče především laická služba trpícímu člověku a měla vysoce humanitní charakter (Haškovcová, 2002). Síť špitálů zakládaných "křesťanskými almužníky" a spravovaných převážně církví byla budována podél nejznámějších středověkých poutních tras, neboť jejich původní funkcí bylo poskytovat střechu nad hlavou zbožným poutníkům. Zejména městské špitály se později zaměřily na péči o chudé a nemocné (Kodymová, 2001). O nemocné pečovaly osoby církevních ošetrovatelských řádů bez jakéhokoliv odborného vzdělání. Péči poskytovaly na základě postupného získávání praktických zkušeností (Mlýnková, 2010).

Vedle této ústavní péče začala ve 13. století vznikat pomoc, která směřovala k potřebným v terénu. Příčinou byla různá nařízení panovníků či rozhodnutí papežů. Jednalo se například o povinnost daných území zajistit ošacení a stravu pro určitý počet potřebných obyvatel. Stávalo se také, že bohatí měšťané zavazovali své dědice povinností péče o chudé a potřebné. Pomoc tedy byla spíše hmotného rázu a napomáhala chudým rodinám v pečování. Rozhodnutí papeže z roku 1292 zakazovalo práci ve špitálech řeholním sestrám. Ty pak své úsilí přesunuly do terénu a začaly poskytovat pomoc nemocným přímo v jejich domácnostech. Na sklonku středověku fungovaly také spolky nábožensky založených žen, které se staraly podobně jako řádové sestry o nemocné, sirotky a seniory. Tyto ženy se nazývaly "bekyně". Jejich činnost stejně jako činnost středověkých špitálů přerušila husitská revoluce. Terénní péče měla v tomto období smíšený charakter od hmotné pomoci přes laickou péči až po jednoduchou ošetrovatelskou péči. Přes veškerý rozsah filantropické činnosti ve středověku zůstávalo nejosvědčenějším prostředkem k získání pomoci tzv. "prošení almužnou" od domu k domu (Vítová, 2010a).

V době renesanční se postupně dostala do popředí nová společenská třída – měšťanstvo. V českých zemích vznikaly měšťanské správy města, které se věnovaly

rozvoji léčebné péče. První nemocnici založili v roce 1484 občané Menšího Města pražského – městský špitál. Ve své době byl velmi moderní s přísnými hygienickými pravidly. Postupně byly měšťanstvem zakládány další špitály, které ale poskytovaly svým svěřencům pouze nouzové ubytování, základní ošetření a stravu, ošacení si museli sami vyžebrot (Kodymová, 2001). Iniciativu v péči o chudé a nemocné přebírali také šlechtici a některá města. Velmi rozšířeným způsobem získání pomoci bylo i nadále žebrání. Městské rady však začaly žebráky dělit na místní a přespolní – těm prvním bylo žebrání na vyhrazených místech povoleno, s ostatními bylo naloženo represivním způsobem. V domácnostech seniorů a nemocných nadále pomáhaly řeholní sestry. Největší díl péče však stále zůstával na rodinách. V období 16. a 17. století byl rozvoj městské péče pozastaven a díky rekatolizaci země, byla posílena moc církve i habsburské monarchie. Rozvoj péče se týkal povětšinou jen ústavních zařízení.

K většímu rozvoji terénní péče dochází až od poloviny 18. století. Došlo k mnoha kvalitativním změnám v oblasti péče o potřebné, např. byly budovány "chudinské ústavy" (Vítová, 2010a). Pečovatelská služba poskytovaná potřebným byla nesmírně náročná a pochopitelně málo placená. Mezi civilními pečovatelkami a ošetřovatelkami byly i osoby poznamenané hanbou a prostitucí, které ošetřovatelskou činnost vykonávaly z donucení. Tímto způsobem např. Marie Terezie snižovala prostituci (Mlýnková, 2010).

Díky rozvoji školství došlo i k velkému rozvoji laické pomoci chudým a jiným potřebným. Za vlády Josefa II. pod vlivem osvícenských reforem ztrácí církve v této oblasti své výhradní postavení. Panovník napřel však své úsilí především do rezidenční formy péče, kde dochází k velkým změnám v rozvoji. Zřizoval mnoho zdravotně sociálních institucí a budoval též nalezince pro opuštěné a nemanželské děti. Významnou regulační funkci v péči o potřebné osoby se stalo tzv. "domovské právo" z roku 1863. Podle něj se v nouzi mohl občan obrátit o pomoc na obec, k níž patřil proto, že se tam narodil. A tato obec byla povinna se postarat o hendikepované, vdovy, sirotky a staré osoby (Vítová, 2010a). Mj. od dob Josefa II., byla podle tzv. farní chudinské ústavy rozvíjena péče o seniory, a to především na bázi chudinského práva. Podle chudinského práva z roku 1868 byla domovská obec povinna se starat o chudé a jiné potřebné občany, tj. poskytnout jim stravu, ošacení, ubytování, opatření v nemoci, ale jen potud, pokud se jim nedostalo pomoci od dobročinných ústavů a nadací. Chudinské i domovské právo bylo mimořádně pokrokové, a to proto, že v nejnútnejší míře zajišťovalo péči o všechny potřebné a neponechávalo ji nahodilé dobročinnosti. Koncepce chudinské péče byla výrazně sociální, protože se snažila odstranit žebratu a almužnictví zavedením tzv. poukázkové soustavy (stravenky, poukázky na šatstvo a podporu). Celý systém péče se postupně stával garantovaný (stát, města, obce) a tedy i institucionalizovaný (Haškovcová, 2002). Forma poskytnuté pomoci byla naturální nebo peněžní. Jednou z forem pomoci bylo umístění do obecní instituce – do starobince, chudobince, nebo zajištění bydlení v obecním domku – pastoušce. Pokud obec neměla dostatečné prostředky pro zajištění péče o potřebné, přecházela finanční povinnost na správní územní jednotky. Převážný podíl péče však zůstával stále v rodině a byl doplněn v nezbytných případech péčí v obecních institucích.

Industrializace v 19. století měla za následek nové patologické jevy. Bída nutila pracovat i děti ve velmi nízkém věku, docházelo k nárůstu tuláctví, žebroty a kriminality. Řešení sociálně patologických jevů začaly nahrazovat soukromoprávní instituce a spolky. Až do konce 19. století měla sociální péče často represivní charakter: umísťování osob do institucí typu chudobinců či donucovacích pracoven bylo často pod tlakem státních orgánů. V té době však dochází k rozvoji laické domácí péče, uplatňují se prvky ošetrovatelské péče, dochází k rozvoji vzdělanosti v oboru ošetrovatelství, v Praze je založena první ošetrovatelská škola. Teprve na počátku 20. století byla náhodná a roztržitá péče o potřebné postupně nahrazována péčí organizovanou. Industrializace však kromě nových podob projevů nouze přinesla i nové formy sociální práce. Významná byla snaha poskytovat pomoc účinněji, individuálněji a více se seznámit s potřebnými. Začalo docházet k posuzování potřebnosti žadatelů o pomoc a tím k stanovení objektivních měřítek pro posuzování (Vítová, 2010a).

Období 1. poloviny 20. století

Vznik samostatného Československa v roce 1918 byl historickým mezníkem i pro sociální péči. Začátky samostatného státu rozhodně nebyly jednoduché. Potýkal se s nedostatečným zásobováním potravinami, byl závislý na dovozu, fungoval přidělový systém. Stát musel provést reorganizaci průmyslu, potýkal se s deflační krizí a zasáhla jej do roku 1930 i celosvětová hospodářská krize. Mladý stát se musel velmi rychle a účinně vyrovnat s množstvím sociálních a sociálně patologických jevů (Vítová, 2010a).

V důsledku 1. světové války zde byla široká skupina potřebných. Jednalo se o válečné veterány, invalidy a také vdovy a sirotky po vojácích, kteří se z války nevrátili, tedy rodiny bez živitele včetně svých starých členů (Kodymová, 2001). Mnoho lidí si z války také neslo následky dlouhodobého hladovění, trpělo podvýživou, mělo sníženou imunitu; hrozilo časté onemocnění tuberkulózou. Širokou skupinou potřebných byli i nemajetní a nezaměstnaní, kteří velmi často přežívali v nelidských podmínkách, provizorních příbytcích a byli ohroženi na zdraví (Vítová, 2010a). Nedostatečné odborné znalosti lékařů i pečujících osob vyvolávaly potřebu lékařské a ošetrovatelské péče (Mlýnková, 2010). Tato situace si vyžádala již systemické řešení zvláště v oblasti chudinství, sociální reformy a rozvoje sociální péče. Sociální péče byla za první republiky zajišťována zčásti veřejnoprávními institucemi a doplňována byla iniciativami soukromými a církevními. Byly zakládány mnohé dobrovolnické organizace s cílem pomoci nemocným, handicapovaným a chudým. V této době vzniklo ministerstvo sociální péče a zákony daly základ veřejné sociální péči a komplexnímu pojetí sociální péče. Začalo fungovat sociální pojištění, které zajistilo zaměstnancům podporu v nemoci, stáří a invaliditě.

Přelomem v novodobé podobě terénní péče a pečovatelské služby bylo založení Československého červeného kříže (ČSČK) v roce 1919. Mezinárodní organizace Červeného kříže byla založena již v roce 1864 v Ženevě a organizovala péči o osoby postižené válkou, hladomory a katastrofickými událostmi (Vítová, 2010a). Bylo to doposud největší humanitární hnutí, jaké kdy svět poznal (Mlýnková, 2010). ČSČK

pod vedením své první předsedkyně Alice Masarykové se zasloužil o vznik pečovatelské služby i domácí ošetřovatelské péče. Členky ČSČK poskytovaly pomoc seniorům v oblasti osobní hygieny, úklidu domácnosti a vaření. Z této výpomoci se postupně vyvinula pečovatelská služba, která byla organizována a poskytována na základě dobrovolnosti. Tato činnost nestátních poskytovatelů péče nebyla nijak financována veřejnou správou, byla proto odkázána na veřejné sbírky a nasazení dobrovolných pracovníků a jejich příznivců (Vítová, 2010a).

S rozvojem sociální a ošetřovatelské péče začala vzrůstat potřeba profesionálních pracovníků, kteří museli získat odborné vzdělání. Státní škola ošetřovatelská již fungovala od roku 1916, Alice Masaryková se pak zasloužila i o rozvoj vzdělávání sociálních pracovníků. Nejdříve šlo o desetitýdenní kurz, později o roční studium na Ženské vyšší škole pro sociální péči. Toto studium bylo později rozšířeno na dva roky a škola přejmenována na Vyšší školu sociální péče, která byla otevřena v roce 1918. Absolventky tohoto vzdělání však neměly jednoduché začátky, veřejnost i úřady nechtěli tuto novou odbornost akceptovat. Později převzala úlohu vzdělávání v sociálně zdravotní oblasti Masarykova státní škola zdravotní a sociální péče v Praze. Střední sociální školy vznikaly pak jako součást odborných škol pro ženská povolání od roku 1926 (Mlýnková, 2010; Vítová, 2010a).

Odbornost pracovníků v sociální péči pak přinesla i rozvoj pečovatelské služby a domácí ošetřovatelské péče. Sociální služby se přestaly orientovat pouze na okamžitou pomoc, ale začaly s preventivním působením a poradenstvím. Prvorepubliková sociální péče dosahovala vysoké úrovně a výrazných úspěchů také díky kvalitním sociálním zákonům.

Období druhé světové války přerušilo fungování dosud vybudovaného systému sociální péče a pomoci i vzdělávání pracovníků v sociálně zdravotních odbornostech. Po německé okupaci byl v roce 1940 rozpuštěn i ČSČK a jeho majetek zabaven, mnoho členů bylo zatčeno a vězněno. Kontinuita terénní péče byla přerušena, mnozí však nadále pomáhali potřebným v ilegality. Pomáhali v oblastech, které byly bombardovány, nebo při epidemii skvrnitého tyfu a v dalších situacích.

V období těsně po druhé světové válce se ještě projevovaly v sociální péči základy dané systémem prvorepublikové sociální politiky. Důležitou roli hrála též předválečná tradice charitativní sociální péče. V tomto období začal poskytování pečovatelské služby znovu zajišťovat převážně ČSČK a další charitativní organizace a spolky v rozsahu výpomoci v domácnosti, vaření a pomoci v oblasti osobní hygieny. ČSČK obnovil i odbornou přípravu ošetřovatelek a samaritánů a působil jak v oblasti sociální, tak zdravotní. Po únorovém politickém převratu v roce 1948 již však ČSČK ztratil svoji samostatnost a nezávislost, byl zařazen mezi společenské organizace a začleněn do jednotné Národní fronty (Vítová, 2010a).

Období 2. poloviny 20. století

Po komunistickém převratu došlo k rozsáhlým změnám v celé společnosti a změnila se i sociální politika. Vládnoucí komunistická strana začala aplikovat model centrálního plánování, které se projevilo v oblasti sociální politiky a sociální péče. Sociální péče

byla plně závislá na státních úřadech, byla jimi organizována i financována. V roce 1948 bylo zrušeno domovské právo a bylo nahrazeno státním občanstvím. V padesátých letech stát rovněž převzal všechny charitativní ústavy a domovy dosud provozované převážně církvemi.

V roce 1952 převzala pečovatelskou službu státní zdravotní správa a omezila ji především na péči o osamělé nemocné občany. Dle nové koncepce z roku 1955 organizování pečovatelské služby a plnění zdravotnických a sociálních úkolů svěřil stát opět ČSČK. Sociální péče byla vnímána jako okrajová a ne příliš potřebná a byla redukována převážně na poskytování peněžních dávek. Podceňování a vytlačování potřeby sociální práce a sociální péče vedlo často k přesměrování této péče do oblastí zdravotnictví. Byla tedy více zdůrazněna oblast ošetrovatelská a zdravotní na úkor oblasti sociální. Koncem padesátých let se již připouštělo, že pečovatelské služby nemohou vykonávat jen národní výbory, ale že je nutné vytvořit soubor vyškolených profesionálních pečovatelek. Přes fungování pečovatelské služby ČSČK i pečovatelek národních výborů zůstávala převážná většina péče o seniory a nesoběstačné osoby na jejich rodinách a na tzv. sousedské výpomoci (Vítová, 2010a).

Již od začátku šedesátých let docházelo ke kritice stávající sociální politiky a následně i stavu sociální péče. Docházelo k znovuoobnovení sociální péče a následně i sociálního školství (Šiklová, 2001). Byly vybudovány jednak zdravotnické, jednak sociální systémy. Péče o seniory a nemocné osoby, byla základně rozdělena na péči zdravotní a sociální. Po jistou dobu toto rozdělení vyhovovalo. Nesporné je, že se teprve v průběhu času ukázalo, že oddělovat zdravotní a sociální péči o potřebné osoby je k neprospěchu věci (Haškovcová, 2002). Pozitivním trendem šedesátých let je větší zájem o seniory, rozvoj geriatrické a gerontologie, začínají se objevovat nové trendy v přístupu k seniorům. To se projevilo i v pečovatelské službě. Připouštělo se již, že například rodiny, kde pracují všichni členové, potřebují pomoc při zajištění péče o své staré a méně soběstačné rodiče. Poptávka po pečovatelských službách stoupala. Od roku 1968 bylo řízení a provádění pečovatelské služby převedeno na odbory sociálního zabezpečení okresních národních výborů.

V sedmdesátých letech byla již pečovatelská služba hodnocena jako společensky významná a důležitá. Bylo již zcela jasně vymezeno, komu se za jakých podmínek poskytují sociální služby. Neboť Ministerstvo práce a sociálních věcí (pod něž již pečovatelská služba spadala) vydalo metodické pokyny k poskytování jmenované služby. Sociálně potřebným občanům, tj. seniorům, osobám se sníženou soběstačností, aj., se poskytovaly tzv. služby doplňkové péče, které se poskytovaly zcela nebo zčásti bezplatně. Pečovatelskou službu vykonávaly pečovatelky dobrovolné i pečovatelky z povolání. Jejím obsahem byl výkon prací spojených s udržováním domácnosti a se základní sanitární a hygienickou péčí. Patřily sem i jednoduché ošetrovatelské úkony (prevence dekubitů, podávání léků), tedy úkony, které dnes vykonává zdravotnický pracovník. Odbor sociálních věcí vedl řízení a vydal rozhodnutí o zavedení pečovatelské služby. V rozhodnutí se uváděl druh a rozsah úkonů, výše úhrady za výkon pečovatelské služby a výše odměny pečovatelky. Činnost pečovatelek řídily a kontrolovaly vrchní sestry pečovatelské služby. Nebylo řešeno povinné odborné vzdělávání pečovatelek. V roce 1976 přišla významná organizační změna v řízení

pečovatelských služeb. Vznikaly tzv. okresní ústavy sociálních služeb a kromě jiných sociálních služeb přebíraly i řízení a provozování služeb pečovatelských. V sedmdesátých letech byla zahájena výstavba domů s pečovatelskou službou, ve kterých musela být po celou pracovní dobu zajištěna pečovatelská služba minimálně jednou pečovatelkou z povolání.

V osmdesátých letech zaznamenala pečovatelská služba nebývalý rozvoj a rozšířil se podstatně počet osob, kterým byla poskytována. Mj. byl již kladen důraz na povinné kvalifikační vzdělávání pečovatelek, povinný byl i tzv. sanitární kurz v rozsahu minimálně 150 hodin. Významně vývoj sociálních služeb ovlivnily nové legislativní normy, a to zákon č. 100/1988 Sb., o sociálních službách, a zákon č. 114/1988 Sb., o působnosti orgánů v sociálním zabezpečení (Vítová, 2010a).

Období po roce 1989

Po sametové revoluci došlo k rychlému návratu ke vzdělávání v sociální práci na vysokoškolské úrovni. Začaly vznikat i vyšší odborné školy sociální. Mj. docházelo k prudkému rozvoji sociálních služeb, ale také k některým negativním momentům v jejich poskytování. Například po revoluci ji čekaly mnohé organizační změny. Často se měnili zřizovatelé, přestávaly fungovat okresní ústavy sociálních služeb, pečovatelské služby se vracely ke zřizovatelům z řad obcí a okresních úřadů. Nově poskytovaly pečovatelskou službu také nestátní neziskové organizace a svoji činnost obnovili rovněž poskytovatelé církevní. Pečovatelská služba byla již nejrozšířenějším druhem terénní sociální služby u nás. A byla již poskytována za plné či částečné úhrady. Nejčastěji poskytovaným úkonem pečovatelské služby byla donáška nebo dovoz obědů.

Po roce 2000 čekal pečovatelské služby další rozvoj a zkvalitňování služeb, mj. rozšíření časové a místní dostupnosti, ale také další změny zřizovatelů. V roce 2001 vznikaly kraje a k 31.12.2002 zanikaly okresní úřady. Se zánikem okresních úřadů tedy muselo docházet ke změnám zřizovatelů. Pečovatelské služby často přešly na obce, ale některé byly předány krajům, a to buď přímo, nebo pod ně přešly v rámci nezrušených okresních ústavů sociálních služeb. Často pak vznikaly rozdíly ve financování těchto služeb. Tam kde pečovatelskou službu financoval kraj, nemusely participovat na financování obce, na jejichž území byla služba poskytována. Poskytovatelé pak netrpělivě sledovali vznik právní normy, která by aktuální stav poskytování sociálních služeb a jejich financování upravovala. Dnem 1. 1. 2007 vstoupil v platnost dlouho očekávaný zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, který zahájil zcela novou epochu poskytování sociálních služeb, včetně pečovatelské služby (Vítová, 2010a).

Pro poskytovatele pečovatelské služby začátek roku 2007 přinesl mnoho změn, se kterými se museli ve velmi krátkém časovém úseku vyrovnat. Neboť měli plnit nové povinnosti ze zákona vyplývající, jako například naplňování standardů kvality sociálních služeb, registrace sociální služby, uzavření pojistné smlouvy pro případ odpovědnosti za škodu způsobenou při poskytování sociálních služeb, zajišťování dostupnosti informací o poskytované službě, smluvní způsob poskytování pečovatelské

služby, nově byly v zákoně ošetřeny i předpoklady pro výkon povolání sociálního pracovníka a pracovníka v sociálních službách a jejich další vzdělávání, aj.

Účinností nového zákona o sociálních službách došlo také k zásadním změnám ve financování sociálních služeb, a tedy i pečovatelské služby. Kromě zavedení příspěvku a péči, kdy je státní dávka poskytována přímo případnému uživateli pečovatelské služby, došlo k dalším změnám. Poskytovatelé pečovatelské služby nově žádají o dotaci na zajištění poskytování sociálních služeb. Dotace ze státního rozpočtu je poskytována prostřednictvím rozpočtů krajů. Financování pečovatelské služby je tedy vícezdrojové.

V rámci společenských změn daných historickým vývojem v České republice se pečovatelská služba dostávala v posledních desetiletích stále častěji do kompetence obcí. Tomuto vývoji přispělo jak rušení okresních úřadů v roce 2002, tak i současná právní úprava sociálních služeb. Vzniklo tak několik modelů pečovatelských služeb v gesci obcí s rozšířenou působností. V posledních letech se ukázalo, že ačkoliv je pečovatelská služba nejrozšířenější a nejžádanější terénní službou, má ještě mnohé rezervy zvláště v místní a časové dostupnosti. To je problémem zvláště ve venkovských lokalitách, kde se stává, že pečovatelská služba v mnohých obcích vůbec neexistuje. Je finančně i organizačně jednodušší poskytovat ji ve větších městech, a to se často děje. Poskytovat pečovatelskou službu na venkově je logisticky a tím i finančně náročnější. Řešením se ukázalo pokrytí těchto území větším poskytovatelem pečovatelské služby, který službu nabízí ve větších městech a zároveň i na venkově. Ideální se jeví pokrytí celých území obcí s rozšířenou působností.

Současné pojetí sociálních služeb, a tedy i pečovatelské služby, je zaměřeno na kvalitu, profesionalitu a individuální přístup k uživatelům, respektování jejich práv a svobodné vůle a prevenci sociálního vyloučení. Pro poskytovatele pečovatelské služby to v praxi znamená nové vymezení této služby jako služby terénní a ambulantní s danými základními činnostmi. Základní činnosti jsou povinnou nabídkou poskytovatele, kterou lze ještě doplnit škálou fakultativních činností, jejichž nabídka dává poskytovateli možnost zvýšit atraktivitu nabízené pečovatelské služby a nabídnout uživatelům dle jejich potřeb další úkony. Vyzkoušeným a vyhledávaným modelem poskytování pečovatelské služby je kombinace nabídky pečovatelské služby s domácí ošetrovatelskou péčí. Neboť mnoho uživatelů pečovatelské služby je zároveň indikováno k ošetrovatelským úkonům a naopak (Vítová, 2010b).

Závěr

Současná podoba poskytování pečovatelské služby je dána dlouhodobým historickým vývojem a kontinuitou poskytování, zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, sociální politikou státu, kvalitním vzděláváním sociálních pracovníků i pracovníků v sociálních službách, ale také čerpáním zahraničních zkušeností. Není náhodou, že právě pečovatelská služba je nejrozšířenější terénní sociální službou u nás. Podobu pečovatelské služby samozřejmě ovlivňují vlastní potřeby jejich uživatelů, kteří si přejí co možná nejvíce a nejdéle setrvat ve svých domácnostech, a demografický vývoj společnosti v České republice. Na vývoj podoby pečovatelské služby se v posledních

letech podílí i komunitní plánování sociálních služeb a tvorba střednědobých plánů rozvoje sociálních služeb jednotlivých krajů.

Literatura

- [1] De Singly, F. *Sociologie současné rodiny*. Praha, Portál, 1999.
- [2] Haškovcová, H. *České ošetřovatelství 10, Manuálek sociální gerontologie*. Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, Brno, 2002.
- [3] Havrdová, Z., et al. *Hodnoty v prostředí sociálních a zdravotních služeb*. Praha, Fakulta humanitních studií UK v Praze, 2010.
- [4] Kalvach, Z., Janečková, H. *Komunitní pojetí služeb pro seniory*. In: Geriatrie a gerontologie. Praha, Grada Avicenum, 2004.
- [5] Kodymová, P. *Domácí tradice sociální práce*. In: Základy sociální práce. Matoušek, O. et al. Praha, Portál, 2001.
- [6] Matoušek, O. *Ústavní péče*. Praha, Slon, 1999.
- [7] Mlýnková, J. *Pečovatelsví I. díl. Učebnice pro obor sociální péče - pečovatelská činnost*. Praha, Grada Publishing, 2010.
- [8] Šiklová, J. *Sociální práce v našem státě od druhé světové války do současnosti*. In: Základy sociální práce. Matoušek, O. et al. Praha, Portál, 2001.
- [9] Vítová, M. *Milníky vývoje terénní péče v ČR do roku 2006*. In: Kolektiv autorů: Pečovatelská služba v České republice, Tábor, 2010a.
- [10] Vítová, M. *Současné koncepty poskytování pečovatelské služby v ČR*. In: Kolektiv autorů. Pečovatelská služba v České republice, Tábor, 2010b.

Historical Development of Nursing Services in the Czech Republic

Abstract

The aim of this text is to look back in the history of the nursing services which were born on the grounds of neighbours' help. There has been a very demanding evolution process which resulted in modern social services, often using the top-of-the-range technologies. Unlike the kind neighbour who popped in to prepare a hot meal and brought the shopping, the modern carers are trained and skilled experts. Empathy and diplomacy are only a fragment of the necessary prerequisites to become a professional. Understanding the deep historical roots of social services might be a deep motivation element for workers, not only in home nursing. To get a general view of the history, the

contribution covers information from the field of institutional care, home care, system of material and social security of people in need of different age groups.

Key words

History of social care, nursing services, senior, home nursing care

Kontaktní údaje

Mgr. Petra Formánková

Externí doktorandka Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulty, studijního programu Specializace ve zdravotnictví; obor Prevence, náprava a terapie zdravotní a sociální problematiky dětí, dospělých a seniorů.

Tel.: +420 777 297 740

E-mail: Formankova.p@seznam.cz

Komplexní přístup v terapii žen s nadváhou a obezitou – účinnost terapie manualizovanou metodikou STOB

Pavla Erbenová¹, Jitka Kopřivová², Miroslav Hanáček¹

¹Vysoká škola Polytechnická Jihlava

²Fakulta sportovních studií Masarykovy univerzity, Brno

Abstrakt

Príspevek prináša vyhodnocení účinnosti a efektu komplexního přístupu (spolupůsobení kognitivně behaviorální psychoterapie a intervenčního pohybového programu) v terapii nadváhy a obezity u probandek, které byly účastnice kurzu STOB a skupiny absolvující pouze totožnou pohybovou intervenci.

Dvanáctitýdenního programu, zaměřeného na snižování hmotnosti v rámci programu STOB, se účastnilo 22 probandek s nadváhou či obezitou. Průměrná hodnota BMI skupin STOB byla 33,77 (± 19,3). Kontrolní skupina 10 probandek se účastnila pouze pohybové intervence stejného obsahu. Průměrná hodnota BMI této skupiny byla 29,99 (± 6,96). Výzkum probíhal od podzimu roku 2009 do podzimu 2011 a je součástí disertační práce.

V příspěvku je zhodnocena účinnost a efekt experimentální skupiny STOB a kontrolní skupiny PI. Sledovanými parametry jsou indexy tělesné hmotnosti.

Získané výsledky prokazují pozitivní vliv komplexního přístupu v terapii žen s nadváhou v rámci programu STOB, tedy spolupůsobení kognitivně behaviorální terapie s pohybovou intervencí a dietním režimem.

Klíčová slova

Obezita, BMI, kognitivně behaviorální terapie

Úvod

Obezitu dnes spojujeme s větami jako „globální epidemie“ či „mor třetího tisíciletí“. Problematika nadbytečných kilogramů trápí především obyvatele vyspělých zemí, kteří společně s vymoženostmi moderního světa získávají jako bonus i nadbytečné kilogramy a zvýšené riziko zdravotních obtíží jako je hypertenze, srdeční onemocnění a diabetes 2. typu.

Způsob života zásadní měrou ovlivňuje zdravotní stav každého jedince. Životní styl se podle Kebzy (1998) podílí na zdravotním stavu z 50-60 %, životní prostředí z 10 %, rodinná zátěž z 10 % a úroveň zdravotní péče z 20 %. Nevhodný životní styl je kauzální pro rozvoj nejčastějších nemocí, jejich následek může vést až k úmrtí.

Ukazuje se, že prevence je výhodná v první řadě z hlediska zdravotního stavu občanů. Dnes se setkáváme s ideou nejen patogenních faktorů, ale i faktorů salutogenních, tedy faktorů podporujících zdraví a posilujících kvalitu života. Soustředěnou pozornost faktoru integrované prevence věnují např. McGinnis a Forge (1993). Ti odhadují, že téměř 50 % všech příčin úmrtí je možno změnit vhodnou formou prevence. Autoři ukazují, že např. 19 % všech úmrtí má v pozadí faktor kouření, 14 % faktor nesprávné diety a malé mobility (Křivohlavý, 2001).

Obezita zvyšuje riziko mortality a je tak po kouření druhou nejčastější příčinou úmrtí, které se dá však předcházet. Stává se onemocněním, které vyžaduje komplexní přístup a komplexní léčbu. Všeobecně lze říci, že všechny osoby s BMI vyšším než 30 jsou vždy indikovány k léčbě (Hainer, 2004).

Adámková (2009) uvádí, že pro snížení zdravotního rizika i úmrtnosti zapříčiněných kardiovaskulárním onemocněním je evidentní již při snížení hmotnosti o 5-10% výchozí hodnoty.

Podle Kleinwächterové a Brázdové (2001) stačí k léčbě nadváhy a obezity I. stupně většinou úprava jídelníčku (**diety**) a zvýšení **pohybové aktivity**. Při vyšším stupni obezity je nezbytná **behaviorální terapie**, tj. psychická opora, spočívající ve změně postojů a chování. V nejtěžších případech obezity, kdy jsou vyčerpány všechny možnosti léčby, bývá často jedinou nadějí na trvalé řešení chirurgický zákrok.

Zda je psychoterapie účinná, je legitimní otázka. Zajímá jak psychoterapeuti, kteří investují do svého vzdělání a profese, tak klienty a případné plátce psychoterapeutické péče (Vybíral, Roubal 2010, s. 45).

Hainer (2011) vyčísluje, že nadváhou nebo obezitou trpí více než miliarda dospělých osob a 10 % dětí. Pokud je použita odlišná klasifikace nadváhy a obezity pro různá etnika, pak počet osob s nadváhou nebo obezitou stoupá na 1,7 miliardy.

Obezita

Svačina a Bretšnajderová (2008) vysvětlují obezitu jako uložení nadměrného množství tuku v organismu.

Málková (2007) upřesňuje pojem „*obezita*“ a hovoří o multifaktoriálně podmíněné metabolické poruše, kdy je nezbytné brát v úvahu osobní geneticky podmíněnou dispozici k hromadění tukových zásob při pozitivní energetické bilanci. Normální obsah tukové tkáně v těle představuje u mužů 10–25 %, u žen bývá dán fyziologicky větší podíl tuku a to 18–30 %. U obézních mužů přesahuje tuk 25 % a u žen 30 % tělesné váhy. S věkem podíl tuku v těle stoupá, u žen nad 50 let je tolerovatelné množství tuku do 35 %.

Podíl tuku v těle můžeme zjistit mnoha postupy. Svačina a Bretšnajderová (2008) vyčíslují ve své publikaci hlavní metody: měřením kožních řas, vážením pod vodou, kdy zjistíme přesnou specifickou hmotnost těla, nebo vyšetření pomocí počítačové tomografie, ultrazvuku nebo takzvanou denzitometrií. Tyto metody bývají široké veřejnosti však běžně nedostupné a vyšetření některou z těchto metod vyžaduje

přítomnost lékaře nebo jiného odborníka. Dnes si však vlastní složení těla lze zjistit přístupnou metodou založenou na vodivosti těla – bioelektrickou impedancí. Adámková (2009) považuje za nejčastěji používané hodnocení obezity pomocí indexu tělesné hmotnosti (body mass indexu – BMI). Jeho nevýhodou je, že nedává představu o rozložení tělesného tuku. Podle Machové (2009) má nejtěsnější vztah tělesná hmotnost k tělesné výšce – se zvětšováním výšky roste i hmotnost.

Přestože zdravotní organizace v čele s WHO (World Health Organisation) bijí na poplach, v každém časopise nalezneme novou dietu, stále vznikají nové fitness a další často velmi netradiční sportovní aktivity (Hurych, 2012), světová populace přesto tloustne a mortalita jako následek civilizačních chorob stále vzrůstá.

Kognitivně-behaviorální přístup k léčbě obezity

Málková (2005) uvádí, že pokud by obezita byla zvýšené množství tukové tkáně, měla by být terapie doménou somatické medicíny a bohužel zatím tomu tak často je. Obezitu je však třeba pojímat komplexněji, protože se jedná také o odlišnost kognicí a emocí obézních, kteří často v důsledku černobílého myšlení prožijí život „*ve jménu hubnutí*“.

Společnost STOB (**ST**op **O**bezitě) uplatňuje kognitivně behaviorální psychoterapii obezity v kurzech snižování nadváhy pro dospělé, které jsou organizovány v 90 městech České republiky. Aktivity společnosti STOB jsou přes dvacet let založeny na metodě kognitivně behaviorální psychoterapie, která byla úspěšně ověřena na mnoha tisících obézních a je i ve světě uznávána za efektivní metodu terapie obezity (Hainer, 2004).

Terapeutický manuál je vodítkem, ve kterém jsou formulovány konceptuální strukturální hranice dané psychoterapie (Addis a Cardemil 2006 in Vybíral & Roubal 2010). Přestože vede terapeuta „krok za krokem“, neměl by být rigidně dodržován a měl by brát v potaz individuálnost terapeuta, skupiny i výběr metod. Vybíral & Roubal (2010, s. 41) dále doplňují, že „*citlivé, flexibilní a tvořivé užívání manuálu může sloužit v psychoterapii dobře*“ a souhrnně píšou o manualizované psychoterapii.

Dle Machové (2009) kognitivně behaviorální skupinová léčba, vede účastníky kurzu k trvalé změně životního stylu a znamená změnu v chování zejména v oblasti stravovacích zvyklostí a pohybové aktivity.

Kognitivně behaviorální terapie vychází z poznatku, že nevhodné stravovací a pohybové návyky jsou naučené a dají se odnaučit. Je však třeba změnit nejen chování, ale i myšlení a emoce, které k nevhodnému chování vedou. K tomu slouží tři klasické modely učení a to klasické podmiňování, operativní podmiňování a kognitivní teorie (Málková, 2007).

Hainer & Málková (2004, s. 238) tvrdí, že „*metodika kognitivně behaviorální terapie vede nejen k redukci váhy, ale má v porovnání s ostatními metodami dobré výsledky i v udržení váhových úbytků*“. To dokládají výzkumem z roku 2002, kdy byl realizován výzkumný záměr 1. LF UK v Praze (č. 111100008) zaměřený na posouzení účinnosti kognitivně behaviorální terapie při léčbě obezity v kurzech snižování nadváhy (bylo vyhodnoceno 536 dotazníků žen). Výzkum byl zaměřen na udržení váhového úbytku

pražských absolventek kurzů v rozmezí 2–7 let od jeho dokončení a prokázal, že efektivita kognitivně behaviorální terapie se neodráží pouze ve váhových úbytcích, ale i ve změně a v udržení stravovacích návyků. K důležitým výsledkům patří udržení získaných změn (tabulka 1).

Tabulka 1 Váhové úbytky a jejich udržení (Hainer & Málková, 2004, s. 237)

	na začátku kurzu	na konci kurzu	v současnosti (po 2–7 letech)
průměrná váha (kg)	86,3	79,9	83,9
průměrné BMI (kg/m ²)	31,2	28,9	30,3
úbytek váhy (kg)	-	6,4	2,4
úbytek v % vstupní váhy	-	7,4	2,8

Metodika výzkumu

Jak uvádí Vybíral & Roubal (2010, s. 544), psychoterapie je dnes zkoumána vícero způsoby. Výzkumy v tomto odvětví se týkají zejména toho, zda psychoterapie funguje (výzkum účinku, efektu), a toho, jak funguje (výzkum procesu).

Příspěvek je kvantitativního charakteru a pomocí matematicko-statistických metod se pokusí prokázat efektivitu komplexního přístupu v terapii žen s nadváhou a obezitou. Výsledky však nebudeme moci zobecnit a jejich platnost bude vtažitelná pouze na zkoumané kurzy, které probíhaly ve stejných podmínkách, pod vedením jednoho terapeuta a především podle manualizované psychoterapie. Všechny hodnoty však doporučujeme brát tedy jako modelování přibližné proporce mezi účinnými faktory pro různé kurzy KBT snižování nadváhy a obezity. Výsledky jsou vhodné pro sledování efektivnosti terapie a srovnání různých zařízení či terapeutů mezi sebou (Vybíral & Roubal 2010).

Testování a měření bylo prováděno po hodině kognitivně behaviorální terapie a před pohybovou intervencí.

Za optimální se považuje snížení tělesné hmotnosti o 0,5 kg do týdne, při těžším stupni obezity maximálně 1 kg za týden (Málková, 2007). K určení věcné významnosti byl tedy stanoven úbytek tělesné hmotnosti 5 kg, kterého bude dosaženo v průběhu kurzu (dvanácti týdnů).

Výzkumný soubor

Výzkumným souborem byla skupina žen s nadváhou a obezitou (určeno pomocí BMI a Bodystatu Guadscan 4000).

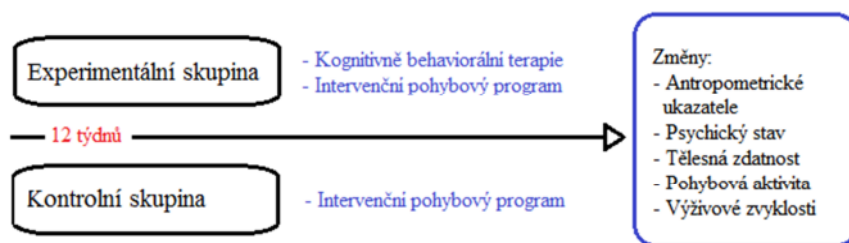
Skupina pro výzkum byla určena stratifikovaným výběrem, kdy relevantními znaky pro výběr probandů byla nadváha či obezita a vlastní dobrovolné rozhodnutí o změně tělesné hmotnosti nebo životního stylu. Skupina probandek byla zvolena podle záměrného výběru, který není tím nejlepším, ale jediným dostupným při našich určených relevantních znacích. Pro kvantitativní zpracování dat byly do výzkumného

souboru zařazeny probandky, které se účastnily alespoň poloviny lekcí. Probandky s menší účastí byly vyřazeny, protože se domníváme, že nízká účast ovlivní efekt kurzu a nebude vypovídající.

Experimentální skupina (STOB) – probandky se účastnily kurz dle metodiky snižování nadváhy, vycházející ze základů kognitivně behaviorální psychoterapie společnosti STOB. Tato skupinová sezení jsou vždy v délce minimálně 60 minut. Skupinová kognitivně behaviorální terapie probíhala jednou týdně po dobu dvanácti týdnů a byla doplněna o intervenční pohybový program. Všechny intervenční cvičební jednotky byly v délce 60 minut a rozdílného aerobního typu.

Kontrolní skupina (PI) – absolventky kurzu STOB, které se účastnily pouze pohybové intervence stejného druhu jako skupina experimentální. Rozsah pohybové intervence byl 60 minut a délka dvanáct týdnů.

Graf 1 Schéma průběhu výzkumu.



Probandky experimentální skupiny byly účastnice tří kurzů STOB v Jihlavě uskutečněných od podzimu 2009 do jara 2011 a probandky kontrolní skupiny byly absolventky některého z předchozích kurzů STOB a v rámci výzkumu se účastnily pohybové intervence na podzim roku 2010 a 2011.

Tabulka 2 Skupiny výzkumu

Termín	Kurzy		Velikost skupiny	Výzkumný vzorek	Věk průměr	BMI průměr
29. 9. - 15. 12. 2009	STOB 1	experimentální skupina 1	10	9	39,8; ± 21,8	33,77; ± 19,3
9. 2. - 27. 4. 2010	STOB 2	experimentální skupina 2	11	4		
1. 2. - 19. 4. 2011	STOB 3	experimentální skupina 3	11	9		
12.10. - 14. 12. 2010	PI 1	kontrolní skupina 1	10	6	39,7; ±16,7	29,99; ±6,96
4. 10. - 20. 12. 2011	PI 2	kontrolní skupina 2	14	4		

Metody sběru dat

Tento experiment využil pro získání dat především antropometrická měření, kdy byly u každého probanda zjištěny údaje o věku, tělesné výšce, tělesné hmotnosti, následně vypočítán index tělesné hmotnosti (BMI), procentuální stanovení tělesného tuku pomocí bioelektrické impedance měřené přístrojem Bodystat Guadscan 4000, jako kontrola stupně obezity.

Metody zpracování dat

Kvantitativní data byla zpracována pomocí programu STATISTICA 10 a Excel. Pro ověření normality dat byl užit Sharpiro-Wilkův test. Na základě výsledků tohoto testu jsme pro statistickou významnost použili T-test pro nezávislé i závislé vzorky na 5% hladině významnosti. Věcnou významnost, která je pro nás z hlediska vyhodnocení výsledků daleko podstatnější, jsme ověřovali dvěma způsoby. Jednak pomocí stanovení absolutní velikosti účinku, při srovnání experimentální (STOB) a kontrolní (PI) skupiny (zde bylo nutné „rozumně“ si stanovit rozdíl průměrů, který je pro nás věcně podstatný, významný), a díky normalitě dat. Dále pomocí koeficientu velikosti účinku Cohena d. Výhodou tohoto koeficientu je především to, že nezáleží na velikosti našeho výběru. Při rozhodování o velikosti účinku jsme se řídili pomocí standardně udávaných limitů pro hodnotu d: pro $d=0,8$ je efekt velký, pro $d=0,5$ je efekt střední a pro $d=0,2$ je efekt malý.

Výsledky

Výsledky porovnávají výstupní a vstupní data experimentální skupiny STOB a kontrolní skupiny PI.

Rozdíl průměrných hodnot BMI u skupiny STOB i PI je 3,78. Index BMI byl zvolen jako lepší určující hodnotitel vyjadřující stupeň tloušťky, který však nezachycuje podíl tuku a beztukové hmoty, avšak hodnotí otylost vzhledem k výšce probandů, která je v průběhu kurzu konstantní.

Za žádoucí se považuje pomalé snížení tělesné hmotnosti o 0,5 kg do týdne, při těžším stupni obezity maximálně 1 kg za týden (Málková, 2007; Machová, 2009). Matematicky by mělo dojít ke snížení tělesné hmotnosti v průběhu kurzu STOB o 6 kg. Metodika STOBu však svou postupností startuje snižování nadbytečných kilogramů až od druhé lekce.

Z hlediska námi stanovené hranice významného rozdílu 5 kg pro změnu BMI je zjištěný rozdíl 3,78 podstatný a ukazuje účinnost intervence u skupiny STOB.

Tabulka 3 BMI hodnoty experimentální skupiny STOB

BMI STOB	Na začátku u kurzu	Na konci kurzu	Celkový úbytek za kurz	Celkový úbytek za kurz v %	Stupeň obezity na začátku kurzu	Stupeň obezity na konci kurzu
Proband 1	39,35	38,00	1,35	3,43%	nadváha	nadváha
Proband 2	43,33	41,16	2,18	5,03%	obezita III. stupně	obezita III. stupně
Proband 3	30,10	28,46	1,64	5,44%	obezita I. stupně	nadváha
Proband 4	32,99	29,43	3,56	10,79%	obezita I. stupně	nadváha
Proband 5	28,54	26,78	1,76	6,16%	nadváha	nadváha
Proband 6	31,44	28,66	2,78	8,84%	obezita I. stupně	nadváha
Proband 7	34,16	32,67	1,49	4,36%	obezita I. stupně	obezita I. stupně
Proband 8	31,03	28,12	2,90	9,36%	obezita I. stupně	nadváha

Proband 9	30,59	29,20	1,39	4,54%	obezita I. stupně	nadváha
Proband 10	36,44	34,21	2,23	6,12%	obezita II. stupně	obezita I. stupně
Proband 11	34,35	32,12	2,23	6,49%	obezita I. stupně	obezita I. stupně
Proband 12	29,15	27,89	1,26	4,32%	nadváha	nadváha
Proband 13	53,07	49,49	3,58	6,75%	obezita III. stupně	obezita III. stupně
Proband 14	37,42	35,35	2,07	5,54%	obezita II. stupně	obezita II. stupně
Proband 15	34,44	32,45	1,99	5,76%	obezita I. stupně	obezita I. stupně
Proband 16	31,00	29,24	1,76	5,68%	obezita I. stupně	nadváha
Proband 17	30,59	29,17	1,43	4,67%	obezita I. stupně	nadváha
Proband 18	37,48	37,14	0,33	0,89%	obezita II. stupně	obezita II. stupně
Proband 19	28,63	27,66	0,97	3,38%	nadváha	nadváha
Proband 20	36,00	35,18	0,81	2,26%	obezita II. stupně	obezita II. stupně
Proband 21	27,18	25,79	1,38	5,08%	nadváha	nadváha
Proband 22	25,58	24,72	0,86	3,34%	nadváha	normální váha
Průměr	33,77	31,95	1,82	5,37%		

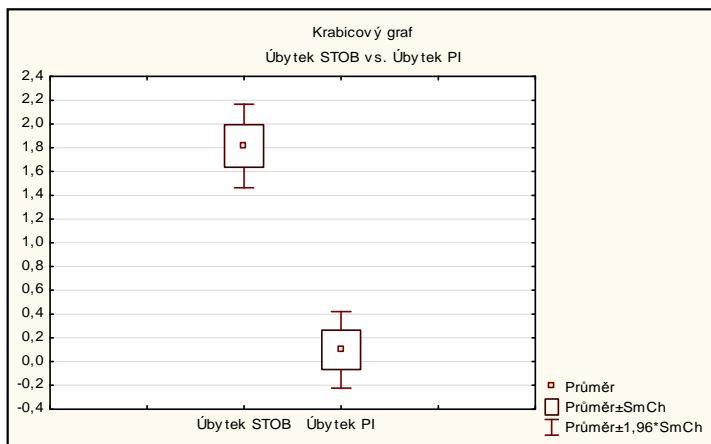
Tabulka 4 BMI kontrolní skupiny PI

BMI Pohybová intervence	Na začátk u kurzu	Na konci kurzu	Celkový úbytek za kurz	Celkový úbytek za kurz v %	Stupeň obezity na začátku kurzu	Stupeň obezity na konci kurzu
Proband 1	36,95	36,72	0,23	0,63%	obezita II. stupně	obezita II. stupně
Proband 2	27,56	26,37	1,20	4,34%	nadváha	nadváha
Proband 3	34,69	35,43	-0,74	-2,14%	obezita I. stupně	obezita II. stupně
Proband 4	30,90	31,05	-0,15	-0,48%	obezita I. stupně	obezita I. stupně
Proband 5	34,86	35,18	-0,32	-0,91%	obezita I. stupně	obezita II. stupně
Proband 6	28,67	28,67	0,00	0,00%	nadváha	nadváha
Proband 7	25,09	24,98	0,11	0,42%	nadváha	nadváha
Proband 8	25,22	25,18	0,03	0,13%	nadváha	nadváha
Proband 9	30,71	30,67	0,04	0,12%	obezita I. stupně	obezita I. stupně
Proband 10	25,25	24,65	0,59	2,36%	nadváha	normální váha
Průměr	29,99	29,89	0,10	0,45%		

K určení velikosti efektu kurzu STOB byly dále porovnány změny hodnot BMI v průběhu programu u kontrolní a experimentální skupiny (celkový úbytek za kurz). Toto porovnání bylo provedeno pomocí Cohenova *d*. Jeho výsledná hodnota 2,26 naznačuje vysokou velikost účinku našeho zásahu na změnu BMI u experimentální skupiny. Tuto hodnotu Cohenova *d* můžeme interpretovat tak, že velikost příznivé změny BMI téměř u 99 % osob skupiny STOB, převažuje nad průměrem změny členů skupiny PI.

Statistická významnost byla určena pomocí t-testu pro nezávislé vzorky. Získaná p-hodnota 0,000002 dokládá, že došlo ke statisticky významné změně hodnot BMI u skupiny STOB (graf 2).

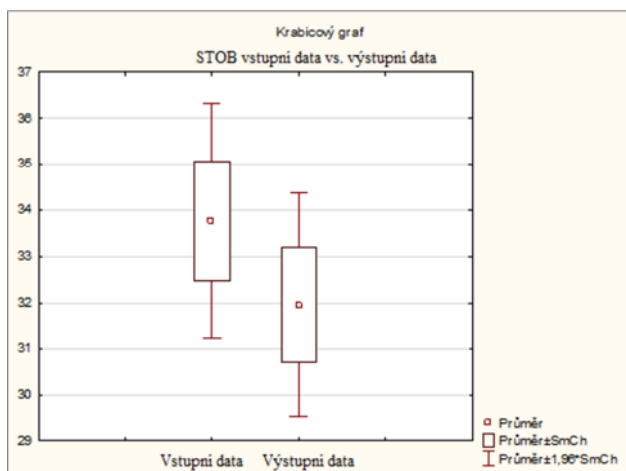
Graf 2 T-test úbytek BMI v průběhu kurzu skupiny STOB a PI



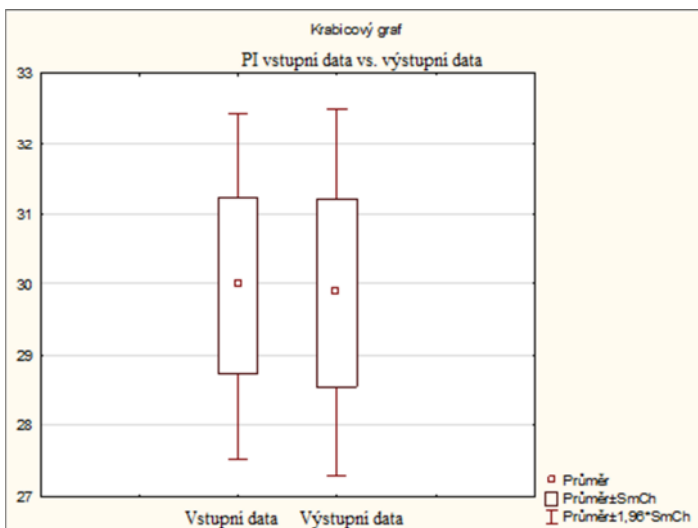
Legenda: STOB = probandí účastníci se kognitivně behaviorální terapie a pohybové intervence; PI = probandí účastníci se pohybové intervence; vertikální osa = úbytek BMI (vstupní a výstupní data).

Porovnání vstupních a výstupních hodnot BMI zvlášť u skupiny STOB a PI nás dovede k podobným závěrům. T-test pro závislé proměnné ukazuje na výrazný rozdíl vstupního a výstupního měření u skupiny STOB (p STOB = 0,000001, graf 3) a na malý rozdíl u skupiny PI (p PI = 0,520197, graf 4).

Graf 3 T-test pro závislé vzorky BMI vstupních a výstupních dat skupiny STOB



Legenda: STOB = probandí účastníci se kognitivně behaviorální terapie a pohybové intervence; vertikální osa = BMI.

Graf 4 T-test pro závislé vzorky BMI vstupních a výstupních dat skupiny PI

Legenda: PI = probandí účastníci se pohybové intervence; vertikální osa = BMI.

Diskuse

Výzkumníci si sami uvědomují, že publikují často závěry s vysokou vnitřní validitou, ale s nízkou validitou externí – tedy že jejich výzkumy byly provedeny na skupinách probandů nereprezentativních pro každodenní psychoterapeutickou praxi (Newman & Costonguay, 1999; Wampold, 2001; Timulák, 2005 in Vybíral & Roubal 2010).

Z tohoto důvodu budeme výsledky vztahovat pro experimentální skupinu v Jihlavě a kontrolní skupinu vedenou stejným lektorem dle metodiky a manuálu STOB.

Účinnost našeho programu je patrná už z rozdílu průměrných hodnot na změně indexu BMI, kdy skupina STOB významně snížila svůj BMI index a to o 5,37 %. U skupiny PI naopak došlo k poměrně malému snížení o 0,45 %, což je změna, o které bychom z hlediska důležitosti mohli mluvit jako o zanedbatelné. Kurz v tomto případě mohl sloužit spíše jako udržovací proces předchozího stavu.

Hodnota velikosti účinku naší intervence pomocí Cohena d prokázala velmi silný efekt působení kurzu STOB oproti kurzu Pohybové Intervence. Tato čísla byla následně potvrzena i dalšími t-testy.

Rozdílnost působení může být právě v absenci působení nejen teorie zaměřené na změnu životního stylu, ale i v osobní působení terapeuta na motivaci probandů a zároveň i v interakci probandů mezi sebou, která je v průběhu pohybové intervence soustředěna pouze na pohybovou aktivitu a na konverzaci v šatně.

Zde se pojem komplexního přístupu rozvíjí do širších souvislostí (přináší i sociální interakci nejen s terapeutem, ale i kohezi skupinové terapie, nové prostředí) a v kontextu s „*ochuzenou*“ pohybovou intervencí ukazuje, že přináší efektivní působení v mnoha sférách, které jsou usnadňující pro zvládnutí změny životního stylu.

Musíme však objektivně hodnotit i výběr probandů do skupiny STOB. Neznalost prostředí, skupinová sezení a ve většině případů první zkušenost s terapií jako takovou zapříčinila, že do výzkumného vzorku skupiny STOB jsme mohli zařadit pouze 31 % probandů (viz tab. 2), kteří splňovali předsevzaté požadavky. Tedy nadváhu a obezitu a účast na alespoň polovině lekcí. Přesný počet zcela odhlášených probandek z osobních či zdravotní důvodů je 2 (20 %), probandky odhlášené kvůli nespokojenosti skupinového sezení 1 (10 %) a probandky se slabou účastí (nedostatečnou pro výzkum) 5 (50 %). Zde můžeme spekulovat o slabé motivaci, nespokojenosti s osobností a vedením terapeuta či nezačlenění se do skupiny. „*Jeden z výzkumů ukázal, že 13 % těch, kdo se objednali na první psychoterapeutické sezení, se na něj vůbec nedostaví a psychoterapii vůbec nezačínají*“ (Vybíral & Roubal, 2010 s. 38). V tomto výzkumu to byly jen 2 probandky, tedy 20 %. Oproti tomu, představa probandek přihlášených na pohybovou intervenci (PI) nepřináší žádné negativní překvapení v podobě osobního odhalování před skupinou, jako tomu může být v průběhu terapie. Představu o náročnosti a průběhu pohybové intervence již měly z předešlé účasti na kurzu STOB. 42 % probandek, které nebyly do výzkumného vzorku PI zařazeny, ve většině případů nesplňovaly požadavek na stupeň obezity, natož nadváhy, ale pohybovaly se v horní hranici pásma normální váhy (7 probandek, 50 %). Proto se domníváme, že tato skupina fungovala v pozitivní pohybové kohezi a primární roli setkávání pro ně plnila potřeba pohybu, který je běžnou součástí týdenního režimu. Proto i efekt snížení tělesné hmotnosti pomocí pohybové intervence, nemusel mít takový účinek, jako na probandky, které jsou v hypokinezi.

Lze tedy předpokládat, že psychoterapie může mít efekt tam, kde proband je připraven se měnit a terapeut s ním umí navázat kvalitní terapeutický vztah. Tuto „dvojkombinaci“ ovlivňuje závažnost klientova trápení, krize nebo vyčerpání (Principe et al. 2006 in Vybíral & Roubal, 2010, s. 35).

Závěr

Zhodnocena byla účinnost a efekt experimentální skupiny STOB a kontrolní skupiny PI. Sledované parametry indexu tělesné hmotnosti byly sníženy u obou skupin. U skupiny PI to však bylo 0,1 a u skupiny STOB o 1,8.

Podařilo se tedy prokázat statisticky i věcně významnou účinnost manualizovaného dvanáctitýdenního kurzu dle metodiky STOB a tedy i vliv komplexního přístupu kognitivně behaviorální terapie na snížení tělesné hmotnosti.

Z výše uvedených poznatků je patrné, že kurz STOB je efektivní. Ale i podle určení výzkumného vzorku, jsou k úspěšnému snížení tělesné hmotnosti i díky této metodice nezbytné další faktory, jako nutnost pravidelnosti pohybové aktivity či vlastní motivace.

Literatura

- [1] ADÁMKOVÁ, V. *Obezita – příčiny, typy, rizika, prevence a léčba*. Vydání 1. Brno: Facta Medica, 2009. ISBN 978-80-904260-5-4.
- [2] HAINER, V. aj. *Základy klinické obezitologie*. Praha: Grada Publishing a.s., 2004. ISBN 80-247-0233-9.
- [3] HAINER, V. aj. *Základy klinické obezitologie*. 2. Přepřacované vydání. Praha: Grada Publishing a.s., 2011. ISBN 978-80-247-3252-7.
- [4] HURYCH, E. Sportovně rekreační aktivity v cestovním ruchu. In J. Vaníček. *Nové trendy v cestovním ruchu*. Jihlava: VŠPJ, 2012. ISBN: 978-80-87035-58-0.
- [5] KLEINWÄCHTEROVÁ, H., BRÁZDOVÁ, Z. *Výživový stav člověka a způsoby jeho zjištění*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. ISBN 80-7013-336-8.
- [6] MACHOVÁ, J., KUBÁTOVÁ, D. *Výchova ke zdraví*. Praha: Grada Publishing a.s., 2009. ISBN 978-80-247-2715-8.
- [7] MÁLKOVÁ, I. *Hubneme s rozumem, zdravě a natrvalo*. Praha: Smart Press, 2007. ISBN 978-80-87049-06-8.
- [8] MÁLKOVÁ, I. Kurzy snižování nadváhy pro děti s rodiči založené na kognitivně behaviorální terapii. [online]. In *Vox pediatrice*. Leden/2005, č. 1. Ročník 5. [cit. 2009-1-10]. Dostupné z: <http://www.detskylekar.cz>
- [9] SVAČINA, Š., BRETŠNAJDROVÁ, A. *Jak na Obezitu a její komplikace*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. ISBN 978-80-247-2395-2.
- [10] KEBZA, V. *Zdravý životní styl*. 1. Vydání. Jihlava: Idea, 1998. 1 nestránkový svazek.
- [11] KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2001. ISBN: 80-7178-774-4.
- [12] VYBÍRAL, Z., ROUBAL, J. *Současná psychoterapie*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-682-7.

A Complex Approach to a Therapy of Overweight and Obese Women – Efficacy of the Therapy Using the STOB Methodology Manual

Abstract

The article displays an evaluation of efficiency and effects of the complex approach (a synergy of the cognitive-behavioural psychotherapy and the intervention programme of physical exercises) in a therapy of the overweight and obesity. There were two groups of probands (women). The first one where the probands participated both in the STOB course and the intervention movement programme and the other one where the participants went through the intervention movement programme only.

22 probands who were overweight or obese participated in a twelve-week programme. An average rate of BMI in the STOB group was 33,77 ($\pm 19,3$). A control group (of 10 probands) participated in an intervention programme only. An average rate of BMI in this group was 29,99 ($\pm 6,96$). The research started in the autumn of 2009 and finished in the autumn of 2011. It was investigated as a part of the dissertation thesis.

The article examines the efficiency and effects seen in the experimental group (the STOB group) and the control group. The examined parameters are the rates of BMI. The results display a positive influence of the complex approach in this kind of therapy (the STOB programme) that mean a synergic effect of the cognitive-behavioural therapy and the intervention movement programme and the diet programme.

Key words

Obesity, BMI, cognitive-behaviour psychotherapy

Kontaktní údaje

Mgr. Pavla Erbenová
Vysoká škola polytechnická Jihlava
Tolstého 16, Jihlava
e-mail: erbenova@vspj.cz

doc. PaedDr. Jitka Kopřivová, CSc.
Fakulta sportovních studií Masarykovy univerzity
Kamenice 5, Brno
e-mail: koprivova@fspj.muni.cz

Mgr. Miroslav Hanáček
Vysoká škola polytechnická Jihlava
Tolstého 16, Jihlava
e-mail: hanacek@vspj.cz

Metodika výuky lyžování na metrových lyžích v rámci lyžařských kurzů VŠPJ

Bohumír Machovec

Katedra sportů VŠPJ

Abstrakt

Součástí výuky sportů na VŠPJ jsou mezi studenty velice populární lyžařské kurzy. V rámci těchto kurzů mají studenti možnost seznámit se s moderními trendy, kterých je v oblasti zimních sportů celá řada. K radikální změně došlo v devadesátých letech minulého století, kdy se na trh prosadil nový typ tzv. carvingové lyže. Společně s ní se začala šířit nová technika „řezaných oblouků“. Bohužel dodnes velké procento lyžařů tuto techniku nezvládá nebo přímo ignoruje. To považujeme za velký nedostatek. Proto se snažíme studentům nabídnout výuku, která jim zvládnutí carvingového lyžování umožní. K výuce využíváme volně prodejných metrových lyží, „shortů“. Ze zpětné vazby můžeme usuzovat, že se nám tato činnost daří a absolventům přináší nové zkušenosti, zážitky a možnosti pohybu na sjezdových lyžích.

Klíčová slova

Carving, supershorties, metodika lyžování, pozitivní transfer

Úvod

V osmdesátých a devadesátých letech minulého století docházelo postupně k mírné stagnaci na trhu s lyžařskými materiály. Naopak se zvyšoval zájem o nové zimní alternativy. Jednou z nich byl snowboarding, který pohltil největší procento dětské a dospívající lyžařské veřejnosti. Sjezdovému lyžování pro širokou veřejnost jako by docházel dech, jako by lyžování nemělo již co nového nabídnout. Chyběl nějaký nový impuls, který by ve větší míře opět přilákal své fanoušky. Právě tím impulsem se mělo stát a dnes již lze s jistotou říct, že se také stalo, carvingové lyžování. Vlivem využití moderních technologií a výroby nových carvingových lyží došlo k obrovskému zvýšení zájmu o sjezdové lyžování. Z hlediska zvýšení pohybové aktivity naší stále lenivější společnosti se jedná jistě o pozitivní jev, který je třeba dále podporovat. Zejména středoškolská a vysokoškolská populace je skupinou potenciálně vysoce ohroženou úbytkem pohybových aktivit (Hurych & Winklerová, 2008). O názoru výrobců, prodejců, provozovatelů a majitelů lyžařských areálů, kterým tato změna na trhu každopádně zvýšila zisky, se také nemusíme dohadovat. Je třeba se ovšem zamyslet nad tím, zda došlo s novými technologiemi, novými parametry a tvary lyží také ke zvýšení úrovně lyžování lyžařské veřejnosti? Vzhledem k tomu, že ovládnutí těchto lyží je na první pohled opravdu daleko jednodušší, než tomu bylo u dřívějších modelů, pořizuje si carvingové lyže širší spektrum veřejnosti nezávisle na svých lyžařských schopnostech a dovednostech. Přestože soudobým trendem je jistá volnost

v přístupu k lyžování jako takovému, přičemž důležité je, aby lyžování především bavilo, byla by škoda nesporných jízdnicích kvalit carvingových lyží nevyužít a bez hnutí brvou nechat lyžaře laiky i na carvingových lyžích dále vesele smýkat.

Cíle a úkoly

Cílem příspěvku je informovat čtenáře o vlastnostech metrových lyží a možnostech jejich využití k průpravě carvingového lyžování. Součástí je také seznámení s metodikou výuky a informace o využití těchto lyží v rámci lyžařských kurzů VŠPJ, šetření efektivnosti výuky a spokojenosti studentů s touto praxí.

Carvingové lyžování

S pojmem carving je spojeno trochu více námahy a snahy nejenom lyžařských instruktorů, ale především samotných lyžařů. Carvingové lyže mají tu vlastnost, že umí zatáčet samy. Není vhodné jim vnucovat vlastní styl jízdy, ideálem je s nimi najít společnou řeč. Je třeba být trpěliví a vnímat to, co lyže umí. Pouze tak lze dosáhnout kýženého úspěchu. Výsledná jízda po hranách lyží bez zbytečných přismýknutí potěší jak samotného lyžaře, tak i oko nezávislého pozorovatele.

Supershorties, shorty

Ideálním průpravným prostředkem a pomůckou k získání základních dovedností důležitých pro „kárvoání“ jsou krátké lyže. Můžeme se setkat s jejich mnoha různými názvy jako např. „supershorties“, „metrovky“, „shorty“, „kraťasy“ či „snowblady“. Jedná se o lyže délky do cca 100cm, s radiem okolo 7–8 m a vázáním snadno nastavitelným na libovolnou skeletovou botu. Pozor na záměnu s tzv. bigfooty, což jsou velmi krátká „prkýnka“ pouze o několik cm delší než je vlastní bota lyžaře. Bývají také značně vykrojené, ale pro nácvik jízdy po hranách jsou nepoužitelné.

V metodickém dopisu „*Materiálové vybavení pro carvingové lyžování*“ pro Svaz lyžařů České republiky vyzdvihuje autor přínos těchto lyží nejen pro začátečníky. „*Výborné pro výuku začátečníků, kteří na nich ztrácejí strach z dlouhých a pro ně těžko ovladatelných lyží, nebo pro rychlé přeučení ze starších technik na carving, ale i lyže pro legraci, zábavu, umožňující kousky jako freestyle snowboard*“ (Štumbauer, 2004, s. 3).

Na webových stránkách lze najít motivační upoutávky směřující k rozšíření metrových lyží ve větší míře do programů lyžařských výcvikových kurzů na všech typech škol:

Proč kraťasy do školy

Zatraktivní celý kurz

Výrazně zvýší bezpečnost výcviku

Zpomalí jízdu, zrychlí výcvik

Drží družstvo pohromadě, zabrání šusování

Poskytnou všem v družstvu stejně dobré podmínky pro nácvik carvingu

Osloví i úplně začátečníky – jsou jedinou alternativou pro děti, které běžně nelyžují

Jeví o ně zájem i snowboardisté

Jsou nejdostupnějším prostředkem, jak naučit žáky carvingový oblouk

Umožní výcvik i na užším, či kratším svahu

Lze je jednoduše přestavět na každou botu

Po výcviku umožní řádění ve funparku [6]

S drtivou většinou těchto sloganů lze pouze souhlasit. Vyzdvihli bychom především:

- Atraktivnost – z motivačního hlediska velice důležitá u všech zájemců bez rozdílu věku.
- Bezpečnost – v případě správné volby vhodného a upraveného terénu a za použití přiměřených metod a jednotlivých cvičebních prvků dochází k minimálnímu počtu úrazů.
- Zrychlení výuky – díky velkému bočnímu krojení (malý rádius) lyže velice rychle reagují a lyžař má prakticky okamžitě zpětnou vazbu, zda to, co se snaží dělat, dělá dobře nebo špatně.
- Rovnováha – délka lyže nutí lyžaře podvědomě udržovat ideální rozložení předozadní rovnováhy, jelikož větší záklon či předklon by okamžitě končil pádem.
- Točivost – krátká lyže s malým radiem „*neumí*“ jezdit větší rychlostí rovně. Lyže plave, má snahu se zaříznou dle terénních nerovností vlevo a hned zase vpravo. Taková jízda je velice nepříjemná a nebezpečná. Jezdec je tak stále nucen jezdit po hranách. Jednoduše řečeno chyby, které dlouhé lyže odpustí a svým způsobem tak kontraproduktivně dovolí jejich nežádoucí fixaci, „*shorty*“ nekompromisně odnaučí.

Metodika

Metodická doporučení

Z metodického hlediska je vhodné se držet již dříve v praxi vyzkoušených a osvědčených pravidel. Zde nabízíme některá v praxi ověřená doporučení:

- Teorie – je důležitá součástí výuky a výcviku, ale je dobré nezatěžovat s ní žáky na kopci více, než je nezbytně nutné. Ideální je seznámit lyžaře se vším, co lze zvládnout teoreticky, v učebně, v suchu a teple. Na svahu potom již pouze připomenou a věnovat se především praxi.
- Výběr terénu – vhodnou volbou terénu lze výcvik urychlit, zpříjemnit a vyvarovat se úrazů. Je třeba si uvědomit, že ne na všech sklonech lze nacvičovat všechny prvky. Rozhodně náročnost terénu není přímo ani nepřímo úměrná náročnosti trénovaného prvku.
- Přiměřenost – s ohledem na věk, schopnosti, zdatnost žáků a pochopitelně na aktuální vlastnosti terénu a klimatických podmínek.
- Náznornost – ukázka-vysvětlení-ukázka, využití videa, všimnout si ostatních lyžařů.
- Zkoušet a jezdit – vlastní jízda je nejlepší škola.

Všechny prvky a všechna cvičení by měla směřovat k osvojení si vlastností lyží, k získání jistoty a pozitivnímu pocitu při vlastní jízdě. Cílem je získání a zdokonalení těch schopností a dovedností, které vedou ke správné carvingové jízdě na „*dlouhých*“ lyžích. Domníváme se, že nejdůležitější z těchto dovedností jsou rovnováha a vlastní jízda po hranách.

- Rovnováha – jak již bylo výše zmíněno, velice důležitým aspektem při jízdě na libovolných lyžích je správné rozložení hmotnosti lyžaře tak, aby jízda byla bezpečná a aby se lyže chovala tak, jak je jí přirozené. Krátké lyže mají zásadní vliv na získání a udržování vhodné předozadní rovnováhy.
- Jízda po hranách – v okamžiku, kdy se nám podaří najít společnou řeč s krátkými lyžemi, naučíme se na nich smýkat co nejméně a drtivou většinu oblouku dokážeme lyže udržet na hraně, máme velkou naději, že se nám toto bude dařit i na carvingových lyžích.

Nazouvání

- Vybrat vhodné místo na nastavení vázání a obouvání do lyží (rovina, závěťtí, sluníčko.). Je-li to reálné, nastavit vázání večer před výukou.
- Zapínat nejprve řemínky, především na prudkém terénu hrozí ujetí lyží („*shorty*“ nemají brzdičky).

Boty

- Povolit přiměřeně horní přezky, aby bota umožnila dostatečný náklon dolních končetin. O tomto je dobré se zmínit již dříve před kurzem, aby si žáci případně mohli opatřit vhodné lyžáky.

Oblečení

- Upozornit žáky na vhodné oblečení. Z důvodu větší pohybové náročnosti jednotlivých cviků jsou studenti často zbytečně zpoceni. Aktuální meteorologické situaci je nutno přizpůsobit vlastní cvičení.
- Větší i menší batohy odložit. Mimo jiné způsobují nežádoucí přetáčení těla lyžařů v obloucích.

Metodika výcviku

Rozcvičení

Terén – rovina

Tuto fázi nelze podceňovat. Je vhodné se řádně protáhnout, abychom v průběhu nácviku jednotlivých prvků mohli využít co největšího rozsahu pohybů a současně se pokusili předejít zbytečným poraněním souvisejících s nedostatečným rozcvičením.

- koloběžky
- honičky
- tahání a tlačení kamarádů
- obraty
- poskoky...

Průpravná cvičení

Terén – mírný sklon s dojezdem do protisvahu

Práce s těžištěm na místě i za jízdy

- snižování a zvyšování těžiště
- posun těžiště vpřed a vzad
- zvedání špiček, patek, celých lyží...

Základní lyžařský postoj

Obrázek 1 Základní lyžařský postoj [1]



Obě lyže jsou v paralelním postavení. Lyže jsou od sebe vzdáleny na šířku pánve. Stojíme na plochách, hmotnost je rovnoměrně rozložena na obou lyžích. Hlezenní, kolenní a kyčelní klouby jsou mírně pokrčené. Trup je v mírném předklonu. Těžiště je v neutrálním postavení. Paže držíme před tělem mírně pokrčené v loketních kloubech ve vzdálenosti o něco větší, než je šíře ramen. Ruce jsou v zorném úhlu. Opakovaně upozorňovat na správný postoj v průběhu jízdy i jednotlivých cvičení.

Získání pocitu hrany

Bruslení: postavení lyže na vnitřní hranu – snížení těžiště – odraz z hrany lyže – přenos těžiště – krátká jízda po ploše jedné lyže. Terén – rovina nebo hodně mírný svah.

Buřtíky: překlápění lyží na vnitřní a vnější hrany lyží (nohy do „X“ a do „O“). Terén – hodně mírný svah.

Vlnovka: překlápění lyží na souhlasné hrany lyží – důležitá je trpělivost, poslouchejte lyže a nechte je dělat, co umí. Terén – hodně mírný svah.

Při nácvičku vlnovky stále kontrolujeme stopu lyží, které zůstávají ve sněhu. Lyže nesmí plavat, stopy po hranách jsou ostré a na šířku pánve lyžaře, oblouk je vyjetý po celé jeho délce, pozor na přismýknutí v průběhu nebo na konci oblouku.

Jízda šikmo svahem

Obrázek 2 Jízda šikmo svahem [1]



- Postavení obou lyží na jejich horní hrany v průběhu jízdy šikmo svahem vkloněním kolen mírně vpřed do středu tvořeného oblouku za současného natočení ramen do protisvahu, pohled směřuje nahoru na sjezdovku – zachování základního lyžařského postavení.
- Zdůraznění postavení vnitřní lyže na její vnější hranu – tlak do malíkové hrany chodidla vyšší nohy tlakem ruky z vnitřní strany do kolena – vnitřní paže směřuje vpřed do směru otáčení, nikdy ne za tělo lyžaře.
- Zalomení pánve – vnější ruka v bok, vnitřní opět ve směru jízdy táhne těžiště vpřed a mírně do směru otáčení.
- Rozjezd po spádnicí – postavením lyží na hrany vyjetí oblouku přes vrstevnici (opět využijeme různé pozice horní poloviny těla a především paží, základní lyžařský postoj, plynulé vyjetí oblouku).

Odšlapování

- Odšlapování ke svahu – odraz z vnitřní hrany nižší lyže (tlak do palcové hrany) – přenos těžiště na vyšší lyži – skluz (tlak do malíkové hrany chodidla) – postupně prodlužovat délku skluzu po vyšší lyži – holubička.
- Odšlapování přes spádnicí – kratší skluz a intenzivní odšlapy – rychlost jízdy regulujeme dle spádu terénu mírou zavření absolvovaných oblouků.

Přechod přes spádnici

- Opakované girlandy šikmo svahem s důrazem na snížení těžiště a současným postavením lyže na hranu (ruce v bok, předpažit poníž) a zvýšení těžiště (předpažit povýš, upažit, vzpažit) při snaze o přehranění lyží.
- Girlandy s postupným vyostřováním do spádnice ve fázi zvýšení těžiště a snahy o přehranění (paže v předpažení mohou opisovat ležatou osmu).
- Po druhé girlandě přechod přes spádnici a vyjetí oblouku do zastavení.

Carvingový oblouk

Následující cvičení směřují k dokonalému zvládnutí carvingového oblouku.

- Zvýrazněná vlnovka – mírně předsuneme budoucí vnitřní lyži a zvýrazníme tlak na hrany lyží – eliminujeme vertikální pohyb těžiště.
- Pěsti mezi kolena – správná šířka stopy.
- Letadlo – paže v upažení rovnoběžně se sklonem terénu – snažíme se o maximální přiklonění pánve ke svahu a zalomení v pase – tlak na vnější hranu vnitřní lyže.

Obrázek 3 Letadlo [1]



Průpravná cvičení ke zvýšení maximálního rozsahu pohybů

Tato cvičení vedou mimo jiné k možnosti uplatnění naučených dovedností u některých dalších alternativ carvingu, jako je např. racecarving nebo funcarving.

- Pokládání vnitřní paže na svah – tlačíme nižší rukou do kolena vnitřní nohy za účelem přenesení váhy na vnitřní lyži – paží uvnitř oblouku se snažíme přiblížit dlaní ke svahu (ruku se snažíme pokládat na úroveň špičky vnitřní lyže) – maximální přiklonění pánve ke svahu – pozor, neuklánět se.
- Pianista – obě paže (dlaně dolů, prsty směřují vpřed) se snažíme předpažit co nejvíce vpřed a do středu tvořeného oblouku – těžiště držíme stále co nejnižší, nezvedáme se, pokrčené nohy provlékáme pod hrudníkem ze strany na stranu.
- Oblouk ke svahu po jedné lyži – při zahájení oblouku ke svahu uděláme holubičku, předkloníme se a přeneseme váhu na vnější hranu vnitřní lyže, současně zanožíme nižší nohu, vyšší paže má potom dostatek prostoru ke kontaktu se svahem –

v konečné fázi oblouku dochází k narovnání těla a přípravě přenosu hmotnosti na budoucí vnitřní lyži.

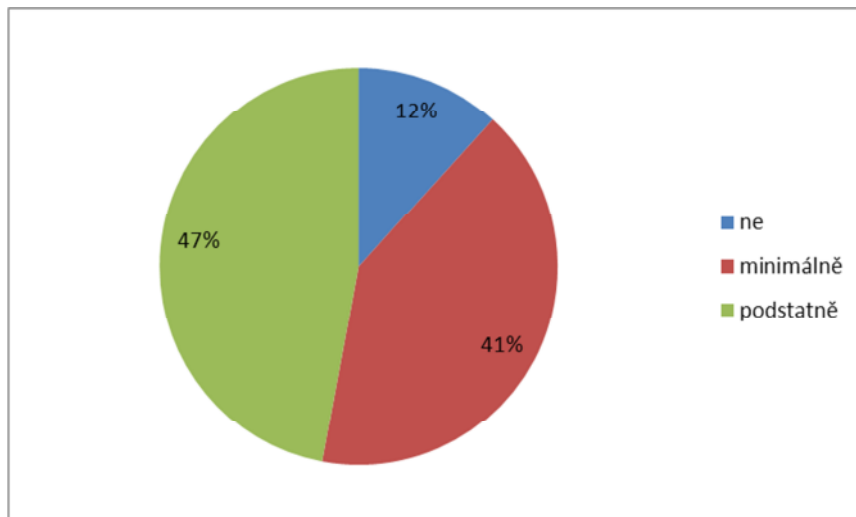
- Přisedávání – na prudším terénu se snažíme při zahájení oblouku přisednout téměř ke svahu – ve fázi ukončení oblouku se odstředivou silou zvedáme do stoje – je vhodné si pomoci vyšší paží, kterou ale musíme položit co nejvíce dopředu ve směru tvořeného oblouku, těžiště držíme co nejvíce vpřed ve směru jízdy a co nejnižší nad terénem. V okamžiku, kdy položíme paži vedle nebo za tělo, dojde k záklonu, přenosu těžiště vzad, přetočení a vykopnutí lyžaře z oblouku.
- Čapí kroky – na mírném svahu překládáme lyže přes sebe tak, abychom vždy v oblouku jeli pouze po vnější hraně vnitřní lyže, vnější noha v zanožení, v okamžiku, kdy vyjíždíme z oblouku, dochází k překročení a přenesení těžiště na druhou nohu.

Využití metrových lyží v rámci lyžařských kurzů VŠPJ

Velice dobré zkušenosti máme s využitím „shortů“ jako průpravného prostředku pro nácvik carvingového oblouku u účastníků z řad studentů VŠPJ. Katedra sportů, která kurzy organizuje, disponuje jak dostatečným počtem metrových lyží, tak kvalitně proškolenými instruktory, kteří dokážou studenty pro tyto lyže nadchnout a na svahu jim své zkušenosti s těmito lyžemi předat. Naším cílem je nabídnout studentům výuku na „shortech“ s ohledem na jejich lyžařské schopnosti a dovednosti v takovém rozsahu, aby pro ně výuka byla přínosná zejména ve smyslu jejich dalšího carvingového lyžování. A je třeba říci, že se nám daří tento cíl s úspěchem naplňovat. Během sedmi let fungování VŠPJ se našich lyžařských kurzů zúčastnilo již téměř 1000 studentů. Všem z nich byla nabídnuta možnost si metrové lyže vyzkoušet, případně absolvovat výuku dle výše uvedené metodiky. Zájem je stále poměrně veliký. Prakticky všichni lyžaři se nakonec na tyto lyže postaví. Spokojenost s dosaženými výsledky a pozitivní transfer získaných dovedností do techniky řezaných oblouků většiny z nich je patrný na první pohled. Také pocity jednotlivých studentů při vlastní výuce a následném sjíždění svahů carvingovou technikou na „dlouhých“ slalomových lyžích jsou většinou pozitivní. To podtrhují výsledky dotazníkového šetření 63 respondentů, kteří absolvovali v rámci kurzu výuku na metrových lyžích. Některé položky dotazníku jsou uvedeny v další části textu.

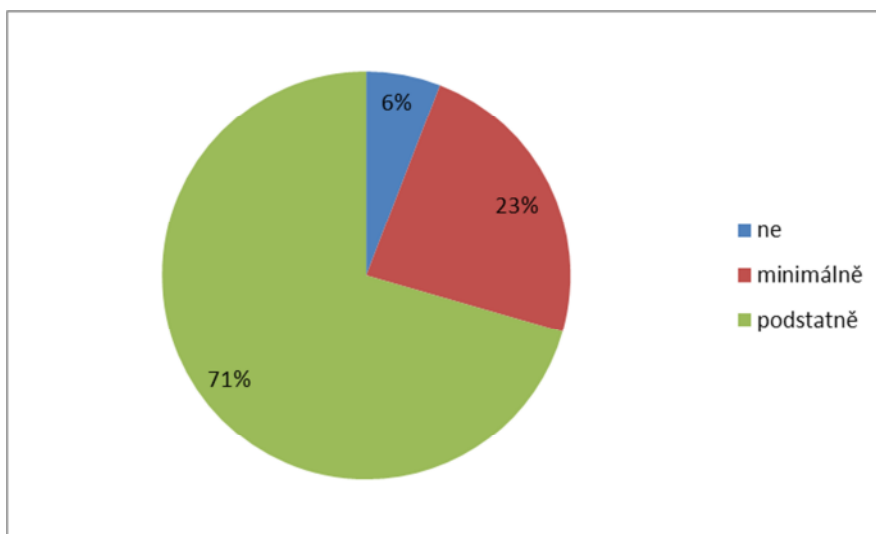
Šetření efektivity výuky

Z hlediska pohybových principů carvingového lyžování je mimo jiné velice důležité v průběhu vedení oblouku udržet dostatečně zatížené lyže na hranách a minimalizovat tak smýkavé pohyby. Tyto dva aspekty si může každý jedinec podle charakteru stopy, které hrany lyží vykreslí do sněhu, jednoduše zkontrolovat a sám si vyhodnotit, jak se mu je daří zvládnout.

Graf 1 Projevil se výcvik na „shortech“ při vedení carvingových lyží po hranách?

Téměř polovina studentů uvádí, že výcvik na „shortech“ se podstatně projevil při pozdější snaze udržet carvingové lyže na hranách. Pouze u 12 % lyžařů se kýžený efekt nedostavil.

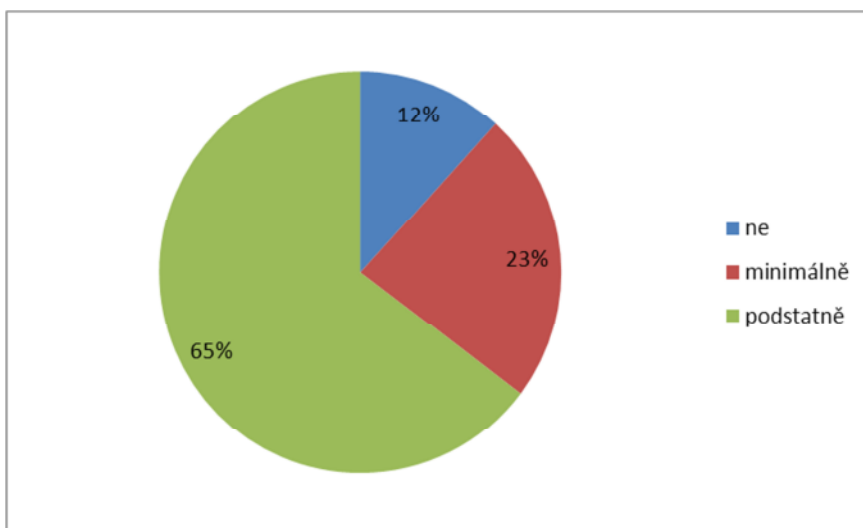
Další sice subjektivní, ale pro každého lyžaře velice důležitý, je pocit jistoty při jízdě na lyžích. Lyžař, který cítí přiměřenou jistotu při jízdě a má své lyže pod kontrolou, se může daleko více soustředit také na ostatní lyžaře pohybujícími se pod ním. Za srážku s těmito účastníky je totiž podle nepsaných lyžařských pravidel zodpovědný právě lyžař jedoucí shora sjezdovky.

Graf 2 Změna pocitu jistoty při jízdě.

Jestliže by měla jakákoliv výuka lyžování směřovat k získání bezpečného a jistého pocitu z jízdy, tak můžeme být spokojeni. Celých 71 % respondentů se vyjádřilo, že díky absolvované výuce se na lyžích cítí podstatně jistěji než před ní.

Dalším důležitým aspektem lyžování je fakt, že technicky dostatečně vybavený lyžař má větší možnost využít plně potenciálu, který v sobě většina carvingových lyží ukrývá. Právě požitek a radost ze správně zvládnuté jízdy, pochopitelně s ohledem na všeobecnou bezpečnost, je jedním z cílů, ke kterým by měl každý lyžař směřovat.

Graf 3 Radost z jízdy.



Také důležitý a očekávaný prožitkový aspekt, který by měl patřit ke každému cílenému pohybu člověka obecně, byl podle výsledků průzkumu naplněn. Celých 65 % studentů si lyžování na „*dlouhých*“ po výuce na „*shortech*“ vychutnávalo podstatně lépe než dosud.

Přesto, že se v našem šetření jedná o převážně subjektivně hodnocená data, výsledky nasvědčují tomu, že výuka na metrových lyžích plní svůj hlavní účel a jako průpravný prvek vede ke zlepšování techniky carvingového lyžování jednotlivých studentů. Také rozšiřuje hranice možností v lyžování, zatraktivňuje výuku a zpestřuje pohyb po sjezdovkách.

Závěr

S metrovými lyžemi mám osobně pouze pozitivní zkušenosti. Využil jsem jich mnohokrát jako instruktor školního lyžování při výuce studentů různých věkových kategorií od žáků základní školy až po vysokoškoláky. Úplní začátečníci velice rychle překonali problémy s rovnováhou a s přechodem přes spádnici a po několika hodinách již sjížděli poměrně bezpečně sjezdovku. Po přechodu na jejich vlastní lyže v závislosti na jejich délce a radiu, byl u většiny patrný daleko větší posun v úrovni lyžování, než u žáků, kteří první kroky absolvovali na „*dlouhých*“ lyžích. Někteří jedinci tak prakticky, bez nutnosti pilovat jízdu v pluhu, velice rychle nastoupili cestu ke carvingu.

Poměrně dobře se krátké lyže osvědčily při přeučování mírně pokročilých i pokročilých lyžařů ze smýkaných na řezané oblouky v rámci doškolování instruktorů lyžování. Pocit jízdy po hranách, správně rozloženého těžiště a dobře vyjetého řezaného oblouku při jízdě na „*metrovkách*“ většinou velice rychle a úspěšně přenesli do carvingového stylu jízdy na svých „*slalomkách*“.

Při výuce dětí - předškoláků, kdy jsem se pohyboval na „shortech“, jsem velice ocenil mobilitu na těchto lyžích. Také zkušenosti s výukou vysokoškoláků jsou, jak již bylo výše uvedeno, vesměs pozitivní.

Jediný zápor těchto lyží snad můžeme spatřovat v absenci bezpečnostního vázání. Především na našich horách nejsou bezpečnostní podmínky z důvodu horší kvality sjezdovek vždy stoprocentní. V hlubším a rozbitém terénu mohou být především pro méně fyzicky vyspělé jedince tyto lyže hůře zvladatelné a mnohdy až nebezpečné. Proto je třeba volbě terénu věnovat při výcviku zvýšenou pozornost.

Ideálním řešením by zajisté bylo vybavení se lyžemi o pár centimetrů delšími, cca 120 cm, ale s bezpečnostním vázáním. Rádus takových lyží se pohybuje také do 10m, jejich točivost je tedy zachována. Díky své délce si lépe poradí s rozbitým terénem sjezdovek zejména v odpoledních hodinách.

Tato varianta je bohužel finančně mnohem náročnější. Také rychlost a variabilita nastavení bezpečnostního vázání je překážkou, díky které dle mého názoru drtivá většina škol zůstane u klasických „*supershorties*“.

Literatura

- [1] ČÁSTKA, K. a kol. *Jak dokonale zvládnout carving*. Praha: Grada, 2005.
- [2] HURYCH, E. & WINKLEROVÁ, M. Vybrané údaje o struktuře pohybové aktivity středoškolské a vysokoškolské populace v regionu Vysočina. *In Sport a kvalita života*, 6. – 7. 11. 2008. Brno: Tiskcentrum, 2008. ISBN 978-80-210-4716-7.
- [3] KUTÁČ, P., NAVRÁTÍKOVÁ, T. *Cvičíme a hrajeme si na lyžích*. Olomouc: Hanex, 2006.
- [4] LUKÁŠEK, M. *Sjezdové lyžování – metodika pro lyžařské kurzy*. [online]. [cit. 2012-10-20]. Dostupné z http://is.muni.cz/do/1499/el/estud/fsps/ps08/sjezd_lyze/web/pages/02_postoj.html
- [5] MUSIL, D., REICHERT, J. *Lyžování od základů k dokonalosti*. Praha: Grada, 2007.
- [6] *Proč kratásky do školy*. [online]. [cit. 2012-10-20]. Dostupné z <http://www.carving-sport.cz/proc-kratasy-do-skoly/t-310/>
- [7] ŠTUMBAUER, J. *Materiálové vybavení pro carvingové lyžování*. [online]. [cit. 2012-10-22]. Dostupné z http://www.banda.cz/webs/s/snowblade-academy/usr_files/file/metodicky-dopis-lyzovani.pdf

Methods of Teaching Skiing in "Shorties" within the Winter Courses of The College of Polytechnics Jihlava

Abstract

Teaching sports at The College of Polytechnics Jihlava contains also some winter ski courses which are very popular among our students. The students have opportunities to meet some modern trends there which belong to the contemporary world of winter sports. A very rapid change happened in the end of the 1990s when a new type of skis – "carving skis" – appeared at the sport markets. This kind of skis brought a new skiing skill – carving curves. However, quite a high number of the skiers doesn't handle this technique yet, or they ignore it completely. We consider it as a great disadvantage and that is why we offer our students some practical lessons which can help them to improve their skiing abilities. For these reasons we use an easily available item, one-meter long skis, so called "shorties". We got a feedback which displays a great success of this teaching process. Skiing this way brings new experiences and new possibilities how to move on ski slopes.

Key words

Carving, supershorties, methods of teaching skiing, a positive transfer

Kontaktní údaje

Mgr. Bohumír Machovec, Ph.D.
Vysoká škola polytechnická Jihlava
Tolstého 16, Jihlava
e-mail: machovec@vspj.cz

LOGOS POLYTECHNIKOS

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

Časopis vychází 4x ročně v nákladu 150 výtisků

Šéfredaktor: doc. PhDr. Martin Hemelík, Ph.D.

Odpovědný redaktor tohoto čísla:

doc. PhDr. Lada Cetlová, PhD.

Editor: Bc. Magda Malenová (komunikace s autory a recenzenty)

Technické zpracování: Petr Ház

Web editor: Jitka Kalabusová

Redakční rada:

doc. PhDr. Ladislav Benyovszky, CSc., prof. PhDr. Ivan Blecha, CSc.,

doc. Mgr. Ing. Martin Dlouhý, Dr., prof. Ing. Tomáš Dostál, DrSc.,

Ing. Jiří Dušek, Ph.D., prof. RNDr. Ivan Holoubek, CSc., Mgr. Petr Chládek, Ph.D.,

prof. PhDr. Ivo Jirásek, Ph.D., prof. Ing. Bohumil Minařík, CSc.,

doc. PhDr. Ján Pavlík, doc. PhDr. Karel Pstružina, CSc.,

prof. MUDr. Aleš Roztočil, CSc., prof. Ing. Jan Váchal, CSc.

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

Zasílání příspěvků

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

Adresa redakce:

Vysoká škola polytechnická Jihlava, Tolstého 16, 586 01 Jihlava

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

Vydání: březen 2013

© Vysoká škola polytechnická Jihlava

RECENZENTI ČÍSLA 1/2013

(DO ELEKTRONICKÉHO VYDÁNÍ DOPLNĚNO 15. 3. 2016)

Mgr. Eva Becisová (Fakultní nemocnice Královské Vinohrady)
doc., MUDr. Ján Bielik, CSc. (Trenčianská univerzita Alexandra Dubčeka v Trenčíne)
Mgr. Radka Červená (Psychiatrická nemocnice Havlíčkův Brod)
Mgr. Jana Číhalová (OA, SZŠ a SOŠS Jihlava)
Mgr. Zdeňka Dobešová (Masarykova univerzita v Brně)
MUDr. Jozef Filka, CSc. (Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích)
Mgr. Stanislava Hanlová (Vyšší odborná škola zdravotnická a Střední zdravotnická škola, Praha)
Mgr. Jaroslava Knížková (Psychiatrická nemocnice Havlíčkův Brod)
Doc. PhDr. Jaroslav Kořa (Pražská vysoká škola psychosociálních studií)
Mgr. Blanka Krovová (SZŠ a VOŠZ Havlíčkův Brod)
MUDr. Eva Musilová, PhD. (Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave)
Mgr. Taťána Navrátková (Univerzita Palackého v Olomouci)
PhDr. Nikoleta Poliaková, PhD. (Trenčianská univerzita Alexandra Dubčeka v Trenčíne)
Mgr. Bohumil Půža, Ph.D. (Univerzita Hradec Králové)
Doc. PhDr. Adriana Repková, PhD. (Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave)
prof. RNDr. Jarmila Riegerová, CSc. (Masarykova univerzita v Brně)
Mgr. Mária Semanišinová (Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre)
Mgr. Jan Schuster, Ph.D. (Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích)
PhDr. Andrea Solgajová, PhD. (Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre)
PhDr. Darina Šimovcová, PhD. (Trenčianská univerzita Alexandra Dubčeka v Trenčíne)
Mgr. Irena Točíková (OA, SZŠ a SOŠS Jihlava)
PhDr. Marie Trešlová, Ph.D. (Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích)
PhDr. Michaela Vicánová, PhD. (Katolícká univerzita v Ružomberku)
Mgr. Alena Zdražilová (Psychiatrická nemocnice Havlíčkův Brod)