

2022

ROČNÍK 13

ČÍSLO 1

LOGOS POLYTECHNIKOS

V Š P

J

Vysoká škola
polytechnická
Jihlava

Vážené čtenářky, vážení čtenáři,

do rukou se Vám dostává další vydání časopisu Logos Polytechnikos zaměřené na zdravotnické nelékařské profese. Toto číslo obsahuje články z oblasti ošetřovatelství, porodní asistence a sociální práce. Nahlédnout můžete do problematiky pádů pacientů, problematiky pacientů s tělesným znevýhodněním, dále do intenzivní péče a do mnoha dalších oblastí. Věříme, že Vás Logos Polytechnikos zaujme a jeho prostřednictvím budete mít jedinečnou příležitost seznámit se s nejnovějšími trendy v nelékařských zdravotnických profesích.

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

OBSAH / CONTENTS

5

HODNOCENÍ RIZIKA PÁDU POMOCÍ SARC-F U PACIENTŮ 60 +

ASSESSMENT OF THE RISK OF FALLS BY SARC-F TOOL IN PATIENTS IN THE AGE 60 +

Jitka Doležalová, Jan Neugebauer, Valérie Tóthová

18

VNÍMÁNÍ SVÉHO ZDRAVÍ - POHLED PACIENTŮ S TĚLESNÝM ZNEVÝHODNĚNÍM

PERCEPTION OF THE HEALTH – THE VIEW OF PATIENTS WITH PHYSICAL DISABILITIES

Jan Neugebauer, Valérie Tóthová, Jitka Doležalová

27

VLIV SOCIÁLNÍHO PROSTŘEDÍ NA SEBEREALIZACI DOSPÍVAJÍCÍ MLÁDEŽE

INFLUENCE OF SOCIAL ENVIRONMENT ON SELF-FULFILMENT OF ADOLESCENTS

Jiří Tůma, Jiří Růžička

45

VÝPOMOC STUDENTŮ FZS UPCE V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH BĚHEM PANDEMIE COVID-19 V KONTEXTU INSTITUTU PRACOVNÍ POVINNOSTI

EMPLOYMENT OF FZS UPCE STUDENTS IN SOCIAL SERVICES DURING THE COVID-19 PANDEMIC IN THE CONTEXT OF THE INSTITUTE OF WORK DUTY

Adéla Michková, Zdeněk Čermák

58

TRANSKULTURNÍ OŠETŘOVATELSTVÍ SE ZAMĚŘENÍM NA PACIENTY S VYZNÁNÍM ISLÁMU

TRANSCULTURAL NURSING WITH FOCUS ON ISLAMIC PATIENTS

Valerie Brabcová, Martin Krause

66

SPECIFIKA PŘI POSKYTOVÁNÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U PACIENTŮ S PRAVOSLAVNÝM VYZNÁNÍM

SPECIFICS OF NURSING CARE FOR ORTHODOX PATIENTS

Tereza Kupčíková, Martin Krause

73

SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE O PERIFERNÍ ŽILNÍ KATÉTR DLE EVIDENCE BASED NURSING

SPECIFICS OF PERIPHERAL VENOUS CATHETER CARE ACCORDING TO EVIDENCE BASED NURSING

Barbora Stachová, Martin Krause

82

VYUŽITIE NARATÍVNEJ TERAPIE V OŠETROVATEĽSKOM PROCESE U PACIENTA S DEPRESÍVNOU PORUCHOU

THE USE OF NARRATIVE THERAPY IN THE NURSING PROCESS IN A PATIENT WITH DEPRESSIVE DISORDER

Marek Rabinčák

91

SKÚSENOSTI SESTIER PRI POSKYTOVANÍ OŠETROVATEĽSKEJ STAROSTLIVOSTI PACIENTOM INÝCH ETNÍK NA SLOVENSKU

EXPERIENCE OF NURSES IN PROVIDING NURSING CARE TO PATIENTS OF OTHER ETHNIC GROUPS IN SLOVAKIA

Mária Popovičová

OBSAH / CONTENTS

102

PÉČE PORODNÍ ASISTENTKY O ŽENU S OVARIÁLNÍM HYPERSTIMULAČNÍM SYNDROMEM

MIDWIFERY CARE OF A WOMAN WITH OVARIAN HYPERSTIMULATION SYNDROME

Dušková Sabina, Kolářová Klára

111

HODNOCENÍ STAVU VĚDOMÍ U NEMOCNÝCH V INTENZIVNÍ PÉČI

ASSESSMENT OF CONSCIOUS STATE OF PATIENTS IN INTENSIVE CARE

Halatová Michaela, Haluzíková Jana

HODNOCENÍ RIZIKA PÁDU POMOCÍ SARC-F U PACIENTŮ 60 +

JITKA DOLEŽALOVÁ
JAN NEUGEBAUER
VALÉRIE TÓTHOVÁ
JIHOČESKÁ UNIVERZITA
V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH



ABSTRAKT

Pacienti ve věku 60 let a více jsou podle klasifikačních systémů používaných v ošetřovatelství hodnoceni jako riziková v oblasti prevence pádů. Mezi evidované faktory patří věk, poruchy chůze, poruchy rovnováhy, užívání více než čtyř léčivých přípravků, poruchy kognitivních funkcí a používání kompenzačních pomůcek. Vhodným nástrojem pro hodnocení základních faktorů je SARC-F, který se zaměřuje na důležité domény.

Naše studie má charakter průřezového kvantitativního výzkumu za použití techniky nestandardizovaného a standardizovaného dotazníku. Výzkumný soubor obsahoval 500 pacientů ve věku 60 let a více vybíraných podle předem stanovených kritérií. Celá studie včetně úvodní pilotáže byla zpracovávána v programech SASD a SPSS a statisticky vyhodnocena.

SARC-F je vhodně nastavený nástroj pro efektivní hodnocení faktorů podílejících se na riziku pádu. Pro pacienty ve věkové skupině 60 let a více je nejvíce náročné vystoupení deseti schodů či jednoho patra a chůze se zátěží. V oblasti hodnocení chůze přes místnost a postavení ze židle nebývají přítomné obtíže nebo pouze v menší míře.

Z výsledků našeho výzkumu doporučujeme implementovat krátký a efektivní nástroj SARC-F do standardního hodnocení rizika pádů u pacientů ve věkové skupině 60 let a více.

KLÍČOVÁ SLOVA:

pacienti starší 60 let, riziko pádu, hodnotící nástroje, SARC-F, nemocniční zařízení

ÚVOD

HODNOCENÍ RIZIKA PÁDU

V ošetrovatelské klinické praxi se aktuálně hodnotí riziko vzniku pádu jako standardní postup při příjmu pacientů a u rizikové skupiny se tento proces opakuje i několikrát měsíčně / týdně (LeLaurin, Shorr, 2019; Bloomfield et al., 2020). Prakticky vždy by se mělo hodnocení provádět při jakékoliv změně vědomí či kognitivních funkcí, nutrice, mobility aktivity nebo zlepšení i zhoršení celkového zdravotního stavu (LeLaurin, Shorr, 2019). Incidence pádů v nemocničních zařízeních v posledních letech klesá, zejména z důvodu zvýšené edukace zdravotnického personálu v této oblasti a zainteresování hodnotících nástrojů do ošetrovatelské praxe (Malmstrom et al., 2016).

Aktuálně se v České republice používají nástroje standardizované nástroje Morse Fall Scale (MFS), Conley Scale (CS), Tinetti test (TT) a nestandardizované nástroje, interně zaměřené na potřeby jednotlivých zdravotních zařízení či konkrétních oddělení, na kterých jsou tyto nestandardizované nástroje používány (Neugebauer et al., 2021). Použití těchto nástrojů se zpravidla vždy zaměřuje na hodnocení rizikových faktorů, které se přímo podílejí na zvyšování rizika pádů. Mezi nejčastější faktory patří: věk, snížené vědomí, porucha kognitivních funkcí, porucha mobility, používání kompenzačních pomůcek a užívání některých typů léčivých přípravků (Bloomfield et al., 2020; Neugebauer, Tóthová, 2019; Doležalová, Tóthová, 2019). V souvislosti s hodnocením faktorů se také klade důraz na záznam předchozích pádů v anamnéze. Ze standardizovaných nástrojů používaných v české i zahraniční klinické praxi jsou evidovány zejména faktory zaměřující se na fyzické zdraví, psychické zdraví a ostatní faktory. Aktuálně velice oblíbený hodnotící nástroj MFS se zaměřuje především na přítomnost pádu v anamnéze, sekundární diagnózu, kompenzační pomůcky, přítomnost heparinové zátky, chůze a psychický stav. Oproti tomu Conley scale obsahuje více položek systematicky utříděné do tří domén – anamnéza, vyšetření a přímé dotazování. Oblast anamnézy se zaměřuje na DDD (demence, dezorientace a deprese), věk, pád v anamnéze, pobyt prvních 24 hodin, zrakový či sluchový problém a užívání léků (Guzzo et al., 2015). Oblast vyšetření mapuje soběstačnost a schopnost spolupráce a přímým dotazem hodnotíme přítomnost závratí a noční nucení na močení. Pro české prostředí byl tento hodnotící nástroj přeložen v roce 2006, avšak jeho využití je vzhledem k poli hodnocených oblastí stále aktuální. Posledním využívaným hodnotícím nástrojem je Tinetti test, který se skládá ze dvou testů – chůze a rovnováha (Neugebauer et al., 2021). Testy jsou bodovány od 0 do 2 bodů, přičemž se zvyšujícím počtem bodů klesá riziko pádu. Samotný test rovnováhy se zaměřuje na rovnováhu sedu, vstávání, rovnováhu ve stoji, se zavřenými očima a při otočení. Test chůze pak hodnotí samotný proces se zaměřením na zahájení, délku a výšku kroku, symetrii a plynulost kroku, trajektorii a šířku kroku. Testy se vyhodnocují každý samostatně (rovnováha max. 16 b, chůze max. 12 b) nebo dohromady (max. 28 b) (Kegelmeyer et al., 2007; Curcio et al., 2016).

Podle Světové zdravotnické organizace (WHO), jsou pády jednou z nejčastějších příčin poranění, která mohou končit fatálně. Ačkoliv se incidence pádů globálně snižuje, každý rok zemře přes 684 000 lidí, zejména tedy v rozvojových zemích a zdravotnických zařízeních, ve kterých nejsou faktory podílející se na riziku pádů eliminovány (WHO, 2021). Nejrizikovější skupinou jsou lidé starší 60 let, u kterých bývají pády spojeny s rozsáhlými zlomeninami, vykloubením, krevními ztrátami, nutnostmi operací a v mnoha případech i se smrtí (Morley, 2012; LeLaurin, Shorr, 2019). Věk je tedy jedním ze základních faktorů, neboť např. ve Spojených státech amerických (USA) je každoročně zaznamenáváno 20–30 % případů pádů osob starších 60 let, které vede k úrazům jako jsou zlomeniny nebo traumata hlavy (WHO 2021). Další skupinou jsou děti, které jsou spontánní a v určitých vývojových obdobích velice zvědavé. V mnoha případech bývají děti hospitalizováni s úrazy hlavy, komocemi nebo kontuzemi (Schellenberg et al., 2019).

Mezi další faktory patří např. práce ve výškách, požívání alkoholu, sociodemografické podmínky (v případě rozvojových zemí nebo místo bydliště v rizikové lokalitě), mateřství v mladém věku, špatně nastavená medikace, přidružená onemocnění (neurologické deficity, kardiologické obtíže a další znevýhodňující stavy), fyzická neaktivita a poruchy rovnováhy, špatný zrak, sluch a kognitivní funkce, nevhodné či nebezpečně zařízené prostředí (zejména u lidí s poruchou chůze, rovnováhy a zraku) a pobyt v institucích s nízkým počtem personálu zajišťující přímou obslužnou péči (WHO, 2021; LeLaurin, Shorr, 2019).

METODIKA

CÍL A DESIGN STUDIE

Naše studie má design průřezové kvantitativní studie za využití kombinace techniky nestandardizovaného a standardizovaného dotazníkového šetření.

Hlavním cílem bylo analyzovat riziko pádu pomocí standardizovaného nástroje SARC-F a mapování dalších přidružených faktorů u pacientů ve věkové skupině 60 let a více.

Na základě rešeršní strategie jsme se domnívali, že v Jihočeském kraji České republiky je možné využít nástroj SARC-F k efektivnímu mapování rizika pádů. Dále jsme se domnívali, že pacienti budou ve zvýšeném riziku pádů, vzhledem k věkovému vymezení naší studie. Pilotní verze dotazníků byla testována v červnu 2019 a hlavní sběr dat probíhal v období červenec–září 2019.

POUŽITÝ NÁSTROJ

Pro účely našeho výzkumu byl konstruován dotazník, který se skládal ze standardizované části SARC-F, inspirovaný autory Malmstrom a Morley (2013) a nestandardizované části. Nestandardizovaný dotazník byl konstruován na základě dostupných informací z tuzemské i zahraniční literatury. Obsahoval 2 oblasti – demografické údaje a hodnotící arch s možností zaznamenat poznámky pro výzkumníky.

Standardizovaná část hodnotila pět oblastí – chůze se zátěží (přibližně 5 kg), chůze přes místnost, postavení ze židle, vystoupení deseti schodů nebo jednoho patra a počet pádů za poslední rok. Ve všech hodnocených doménách byla zjišťována míra obtíží při plnění jednotlivých úkonů. Bodové hodnocení se pohybuje v rozmezí 0–10 bodů, přičemž 4–10 značí riziko sarkopenie / zvýšené riziko pádů. Každá jednotlivá doména byla hodnocena v rozmezí 0–2, přičemž byly obtíže evidovány v bodovém score 0 (žádné obtíže) 1 (mírné obtíže), 2 (používání kompenzačních pomůcek či naprosto neschopen).

Oblast demografických údajů obsahovala údaje o pohlaví, věku a etnickém původu, tento základ vycházel z komplexního nástroje RGA (Rapid Geriatric Assessment) jehož součástí je i nástroj SARC-F. (viz tabulka 1).

Do studie byly zařazeny pouze kompletně vyplněné dotazníky od pacientů, které splňovaly kritéria pro zařazení do výzkumu (viz výzkumný soubor).

VÝZKUMNÝ SOUBOR

Výzkumný soubor byl z důvodu reprezentativnosti a možné generalizaci výsledků stanoven na 500 pacientů ve věku 60 let a více. Celkem byly do studie zařazeny data od 500 pacientů z Jihočeského kraje. Na výzkumu participovali muži i ženy v různých věkových kategoriích (viz tabulka 1).

Pro účast na výzkumu musely osoby splňovat následující kritéria: [1] být aktuálně hospitalizováni nebo v období max. 1 týden po hospitalizaci ve zdravotnickém zařízení; [2] splňovat věkové rozmezí 60 let a více; [3] být příjemci domácí ošetrovatelské péče.

Všichni pacienti byli v úvodu informováni s cílem studie, s interpretací údajů a s přijatými zásadami o ochraně osobních informací a nakládání s daty.

ANALÝZA DAT

Analýza a vyhodnocení dat probíhalo pomocí programu SASD a SPSS. Všechny dotazníky byly po obsahové kontrole získaných údajů zadávány do matice programu SASD a po ukončení sběru dat statisticky vyhodnoceny.

Pro každou doménu byly vypočítány absolutní a relativní hodnoty, průměrné hodnoty, modus, medián, rozptyl, směrodatná odchylka, rozpětí a intervalové odhady pro rozptyl a střední hodnoty 0,05.

VÝSLEDKY A DISKUSE

V souvislosti s diskutovanou problematikou byly, pro lepší přehlednost, výsledky kategorizovány do dvou částí zaměřující se na absolutní a relativní hodnoty (tabulka 1) a střední hodnoty (tabulka 2).

Tabulka 1: Charakteristika výzkumného vzorku

Věk	Absolutní hodnota	Relativní hodnota
65 a méně	19	3,8 %
66–70	153	30,6 %
71–75	116	23,2 %
76–80	106	21,2 %
81–85	71	14,2 %
86–90	24	4,8 %
90 a více	11	2,2 %
Etnický původ	Absolutní hodnota	Relativní hodnota
Čech	428	85,9 %
Slovák	45	9,1 %
Rom	15	3,0 %
Ukrajinec	10	2,0 %
Vietnamec	0	0 %
Pohlaví	Absolutní hodnota	Relativní hodnota
Žena	280	56,1 %
Muž	220	43,9 %

Z výsledků přehledu absolutních a relativních četností můžeme pozorovat početnější zastoupení pacientů 66–80 let v kategorii věk, Českého zastoupení v kategorii etnického původu a prakticky početně vyrovnané zastoupení v rámci kategorie pohlaví.

Tabulka 2: Střední hodnoty charakteristických údajů

Charakteristické údaje	Průměr	Modus	Medián	Směrodatná odchylka
Věk	75	68	71	6,66
Pohlaví	-	Žena	Žena	0,50
Etnický původ	-	Čech	Čech	0,59

Interpretované výsledky poukazují na nečetnější zastoupení žen s českým původem ve věku 75 let.

HODNOCENÍ PACIENTŮ POMOCÍ STANDARDIZOVANÉHO NÁSTROJE SARC-F

Pro hodnotící nástroj SARC-F byly vypočítány střední hodnoty (tabulka 3) a frekvenční přehled absolutních četností (tabulka 4) s deskriptivními údaji absolutních i relativních hodnotách jednotlivých domén, které byly pro lepší ilustraci graficky znázorněny (obrázek 1).

Tabulka 3: Přehled středních hodnot hodnocených domén SARC-F

Charakteristické údaje	Průměr	Modus	Medián	Směrodatná odchylka
Chůze se zátěží	1,12	2	1	0,79
Chůze přes místnost	0,73	0	0	0,81
Postavení ze židle	0,67	0	1	0,72
Vystoupení deseti schodů nebo jednoho patra	1,14	2	1	0,80
Počet pádů za poslední rok	0,33	0	0	0,53

Z výsledků uvedených v tabulce 1 můžeme pozorovat průměrnou přítomnost mírných obtíží ve všech hodnocených oblastech. Nejvíce problematické je pro osoby 60 let a více vystoupení deseti schodů nebo jednoho patra a chůze se zátěží. Oproti tomu je z této tabulky také evidentní nízký počet pádů u této skupiny lidí za poslední rok.

Tabulka 4: Absolutní četnost hodnocených domén SARC-F

Domény sledované v SARC – F	0	1	2
Chůze se zátěží	129	178	193
Chůze přes místnost	251	132	117
Postavení ze židle	238	188	74
Vystoupení deseti schodů nebo jednoho patra	128	170	202
Počet pádů za poslední rok	342	143	15

Tabulka 4 poskytuje pohled do absolutní četnosti v hodnocení domén SARC-F. Z této tabulky lze pozorovat rozložení problematických oblastí, přičemž v oblasti postavení ze židle a chůze přes místnost mají osoby mírné obtíže nebo žádné. V oblasti chůze ze zátěží a vystoupení deseti schodů či jednoho patra pak volí spíše opačnou odpověď – výkon provedou s použitím kompenzační pomůcky nebo jej nejsou schopni provést.

Chůze se zátěží hodnotí osoby ve věku 60 let a více ve 25,8 % (n = 129) jako bezproblémovou, v 35,6 % (n = 178) jako obtížnou a v 38,6 % (n = 193) jako extrémně náročnou aktivitu, ke které jsou nuceni použít kompenzační pomůcky nebo jsou naprosto neschopni tuto aktivitu vykonat.

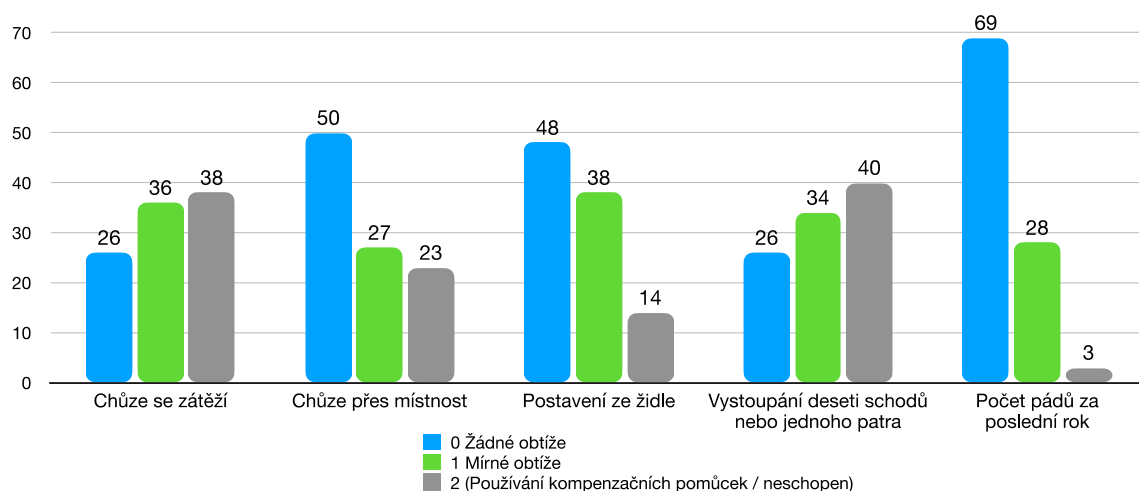
Chůze přes místnost je hodnocena v 50,2 % (n = 251) jako bezproblémová, v 26,4 % (n = 132) jako obtížná a v 23,4 % (n = 117) jako extrémně náročná aktivita, ke které jsou nuceni použít kompenzační pomůcky nebo jsou naprosto neschopni tuto aktivitu vykonat.

Postavení ze židle je hodnoceno ve 47,6 % (n = 238) jako bezproblémové, ve 37,6 % (n = 188) jako obtížné a ve 14,4 % (n = 74) jako extrémně náročná aktivita, ke které jsou nuceni použít kompenzační pomůcky nebo jsou naprosto neschopni tuto aktivitu vykonat.

Vystoupení deseti schodů nebo jednoho patra je hodnoceno ve 25,6 % (n = 128) jako bezproblémové, ve 34 % (n = 170) jako obtížné a ve 40,4 % (n = 202) jako extrémně náročná aktivita, ke které jsou nuceni použít kompenzační pomůcky nebo jsou naprosto neschopni tuto aktivitu vykonat.

V doméně hodnocení rizika pádu za poslední rok uvedlo 68,5 % (n = 342) osob, že za poslední rok je počet pádů roven nule, 28,4 % (n = 143) za poslední rok zaznamenali 1–3 pády a 3 % (n = 15) zaznamenali za poslední rok 4 a více pádů.

Obrázek 1: Přehled relativních četností hodnocených domén SARC-F



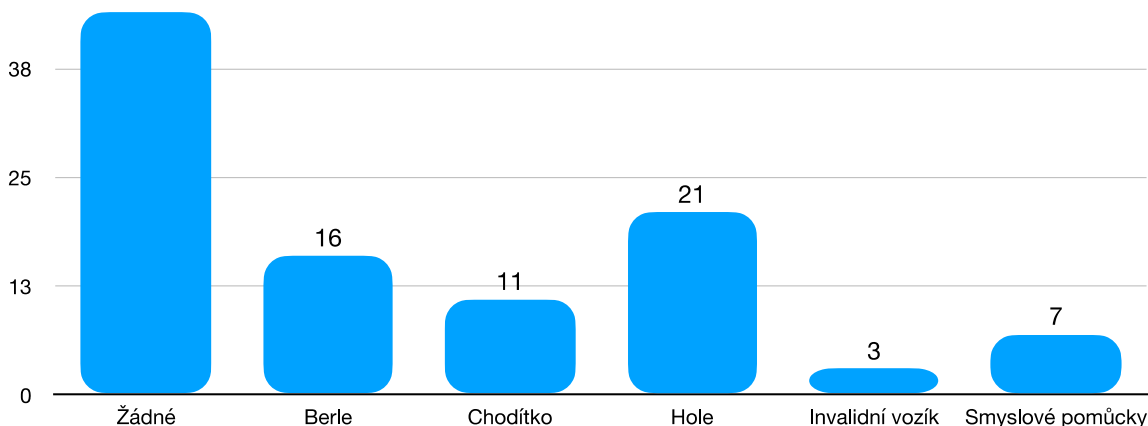
Zdroj: vlastní výzkum

V obrázku 1 můžete pozorovat relativní četnost jednotlivých odpovědí. Vysoké hodnoty, jsou patrné zejména v oblasti žádných obtíží v doméně chůze přes místnost a postavení ze židle.

NESTANDARDIZOVANÁ ČÁST

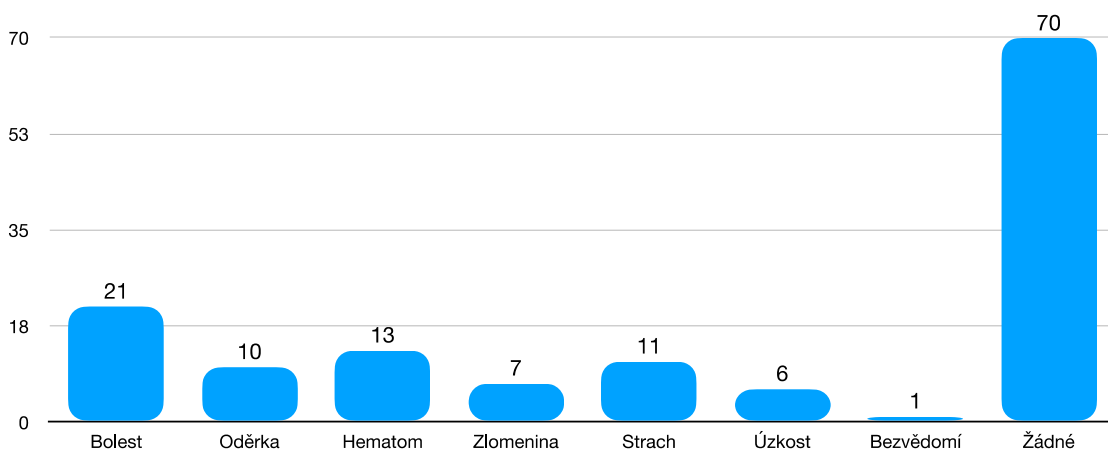
Nestandardizovaná část dotazníkového šetření se zaměřovala zejména na typ pomůcek, které jsou v běžném životě respondentů používány a na následky pádů. První část, používání kompenzačních pomůcek, byla vyhodnocena za pomoci kategorizování odpovědí do šesti kategorií – berle, chodítko, hole, invalidní vozík, smyslové pomůcky a žádné. Relevantní četnost odpovědí byla graficky znázorněna v obrázku 2. Následky pádů byly kategorizovány do devíti kategorií – bolest, odřenina, hematom, fraktura, strach, úzkost, bezvědomí a žádné. Relativní četnost odpovědí byla graficky znázorněna v obrázku 3.

Obrázek 2: Relativní četnost používání kompenzačních pomůcek



V klinické praxi pacienti ve věku 60 let a více převážně nepoužívají pro pohyb a koordinaci žádné pomůcky (44 %, n = 220). Mezi kompenzační pomůcky, které v každodenním životě používají, patří berle (16 %, n = 80), chodítko (11 %, n = 58), hole (21 %, n = 104), invalidní vozík (3 %, n = 12) a smyslové pomůcky (7 %, n = 35).

Obrázek 2: Relativní četnost používání kompenzačních pomůcek



Obrázek 3 poukazuje na následky pádů u osob 60 let a více. Ve většině případů pády nezpůsobují žádné následky. Pokud jsou evidovány následky, jedná se ve 20,9 % (n = 104) o bolest, ve 13,3 % (n = 66) o hematom, v 11 % (n = 55) o strach, v 10 % (n = 50) o oděrku, v 7,4 % (n = 37) o zlomeninu, v 5,8 % (n = 29) o úzkost a v 0,8 % (n = 4) o bezvědomí.

DISKUSE

Pro účely naší studie byl stanoven jeden hlavní cíl, kterým bylo analyzovat riziko pádu pomocí standardizovaného nástroje SARC-F a mapování dalších přidružených faktorů, které se podílejí na incidenci pádů u pacientů ve věkové skupině 60 let a více.

SARC-F je považován za moderní nástroj pro hodnocení sarkopenie, primárně pro starší jedince. Nguyen et al. (2020) se ve své studii zaměřili na hodnocení validity a reliability tohoto nástroje pro hodnocení sarkopenie u vietnamské populace. Autoři považují tento nástroj za velice citlivý i specifický a doporučují jej pro využití v klinické praxi. Hodnocení sarkopenie velice úzce souvisí s rizikem pádů a autoři považují SARC-F za vhodně zvolený nástroj pro evidenci a monitoraci rizikových faktorů. Krzymińska-Siemaszko et al. (2020) také potvrzují, že se jedná o vysoce citlivý nástroj s vysokou validitou i reliabilitou. Autoři nástroj zkoumali v Polském prostředí a podporují názory, že lze uplatit hodnocení jako evidenci a monitoraci faktorů a zvýšit tak preventivní opatření v boji proti pádům. Naše výsledky korespondují s názory autorů a považujeme SARC-F stupnici pro hodnocení křehkosti za velice validní i pro hodnocení faktorů podílejících se na incidenci pádů.

Výsledky našeho šetření poukazují na používání kompenzačních pomůcek, poruchy koordinace a poruchy chůze jako hlavní faktory podílejících se na riziku pádu. Vaishya a Vaish (2020) podporují naše výsledky a doplňují pole faktorů o závislost na druhém člověku a socioekonomické poměry. Doležalová a Tóthová (2019) doporučují využít hodnotící nástroje, které se přímo zaměřují na zmíněné domény. Mimo to pak doporučují zahrnout do hodnocení také historii pádů, užívání více než čtyř léčebných přípravků

nebo psychoaktivních látek, přítomnost deprese, incontinance a dalších onemocnění jako je artritida, diabetes mellitus nebo chronická bolest. V případě využití hodnotících nástrojů se doporučuje vycházet z primárních příčin a zaměřit se na celkový styl chůze včetně kognitivních funkcí a koncentrace pacienta. V rámci diskuse o faktorech podílejících se na incidenci pádu nesmíme opomenout věk, který zde hraje důležitou roli. Z mnoha empirických výzkumů bylo potvrzeno, že s rostoucím věkem slábne opěrný i svalový systém, dochází ke zmenšení koncentrační kapacity člověka a zhoršení kognitivních funkcí a jakýkoliv úraz nebo poškození struktury či funkce pohybového systému může mít fatální následky. Vaishya a Vaish (2020) považují za nejčastější důsledky pádů poranění hlavy a fraktury velkých kostí a kloubů. Tento stav může vážně poškodit nejen postiženou osobu, ale také prodloužit délku hospitalizace a vést k rozvoji sekundárních komplikací, jako je vznik dekubitů, rozvoj imobilizačního syndromu, rozvoj artrózy, omezená flexibilita kloubů, atrofie svalů apod. Výsledky našeho šetření poukazují na psychické i fyzické důsledky pádů, které bývají závislé na předchozích zkušenostech, věku, a již přítomných důsledků. Příkladem může být pacient, který při finálních fázích léčby primárního onemocnění (např. rozvratu vnitřního prostředí) dojde k předčasné vertikalizaci a pacient upadne. V tomto případě dojde k bolestivému zranění a fraktury stehenní kosti. K léčbě primárního onemocnění nyní přidáváme léčbu fraktury a bolesti. Vzhledem k imobilitě pacienta dochází také k rychlejší atrofii svalů, vzniku a rozvoji dekubitů, snížení motivovanosti pacienta a rozvoji psychických problémů. Po dokončení léčby bude pacient z negativní zkušenosti celkově ovlivněn a z oblasti tělesné se postižení přesouvá do oblasti psychické. V této rovině pacienti pociťují zejména strach, úzkost a v některých případech i zlobu a zoufalství. Byun et al. (2020) tento názor sdílí a doporučuje zakomponovat psychologické intervence a mentální podporu všem pacientům, kteří mají vlivem rozvoje onemocnění nebo přítomných komplikací negativní zkušenosti. V tomto případě je potřeba upozornit pacienty na možnost využití kompenzačních pomůcek, které dopomohou v rizikových oblastech. Za velice efektivní je také zvážit úpravu prostředí v oblasti bydlení, práce a okolí, ve kterém se pacient pohybuje tak, aby byla co možná nejvíce podporována jeho soběstačnost.

ZÁVĚR

O soby ve věku 60 let a více jsou rizikovou skupinou v oblasti hodnocení rizika pádů. Pro účely naší studie byl vybrán hodnotící nástroj SARC-F k testování v klinické praxi. Výsledky hovoří o vysoké validitě nástroje a při testování pacientů dochází k přehledné a efektivní monitoraci stavu pacienta – chůze, postoje a dalších jednotlivých úkonů. Sestra tak může evidovat rizikové aktivity, ke kterým může pacientům doporučit využít kompenzační pomůcky.

Pacienti ve věku 60 let a více nemývají ve většině případů žádné komplikace. Mezi další dopady patří bolest, strach, hematom, oděrka či bezvědomí. Všechny tyto negativní aspekty je potřebné již v období hospitalizace řešit a efektivně stanovit a flexibilně upravovat ošetřovatelské intervence.

SARC-F byl vyhodnocen jako dostatečně validní nástroj pro hodnocení rizika pádů u pacientů 60 let a více.

Tento projekt je podporován Grantovou agenturou Jihočeské University v Českých Budějovicích (projekt registrovaný jako: GAJU 058/2018/s)

POUŽITÉ ZDROJE

- [1] BLOOMFIELD, K., LAU, M., CONNOLLY, M. J. 2020. Fall risk factor assessment and secondary prevention in the older old. *N Z Med J.* 133 (1519): 24–31. ISSN 0301-6331
- [2] BYUN, M., KIM, J., KIM M. 2020. Physical and Psychological Factors Affecting Falls in Older Patients with Arthritis. *Int J Environ Res Public Health.* 17 (3): 1098. Doi: 10.3390/ijerph17031098
- [3] CURCIO, F. et al. 2016. Tinetti mobility test is related to muscle mass and strength in non-institutionalized elderly people. *Age.* 38 (5-6): 525 – 533. Doi: 10.1007/s11357-016-9935-9
- [4] DOLEŽALOVÁ, J., TÓTHOVÁ, V. 2019. Vybrané nástroje pro hodnocení geriatrické křehkosti. *Geriatric a Gerontologie.* 8 (3): 125 – 129. ISSN 1803-6597
- [5] GUZZO, A. S. et al. 2015. Conley Scale: assessment of a fall risk prevention tool in a General Hospital. *J Prev Med Hyg.* 56 (2): 77-87. ISSN 1121-2233
- [6] KEGELMEYER, D. A. et al. 2007. Reliability and validity of the Tinetti Mobility Test for individuals with Parkinson disease. *Physical Therapy.* 87 (10): 1369 – 1378. ISSN 0031-9023
- [7] KRZYMIŃSKA-SIEMASZKO, R. et al. 2020. Polish version of SARC-F to assess sarcopenia in older adults: An examination of reliability and validity. *Plos One.* 15 (12): 0233011. Doi: 10.1371/journal.pone.0233001
- [8] LELAURIN, J. H., SHORR, R. I. 2019. Preventing Falls in Hospitalized Patients: State of the Science. *Clin. Geriatr. Med.* 35 (2): 273–283. Doi: 10.1016/j.cger.2019.01.007
- [9] MALMSTROM, T. K., et al. 2016. SARC-F: a symptom score to predict persons with sarcopenia at risk for poor functional outcomes. *J Cachexia Sarcopenia Muscle.* 7 (1): 28-36. Doi: 10.1002/jcsm.12048
- [10] MALMSTROM, T. K., MORLEY, JE. 2013. SARC-F: a simple questionnaire to rapidly diagnose sarcopenia. *J Am Med Dir Assoc.* 14 (8): 531-532. Doi: 10.1016/j.jamda.2013.05.018
- [11] MORLEY, J. E. 2012. Sarcopenia in the elderly. *Fam Pract.* 29 (1): 44–48. Doi: 10.1093/fampra/cm063
- [12] NEUGEBAUER, J., TÓTHOVÁ, V. 2019. Tělesné znevýhodnění v ošetrovatelské praxis – využití vybraných nástrojů k monitoraci potřeb pacientů s tělesným znevýhodněním. *Kontakt.* 21 (4): 344-351. Doi: 10.32725/kont.2019.032

- [13] NEUGEBAUER, J., TÓTHOVÁ, V., DOLEŽALOVÁ, J. 2021. Use of Standardized and Non-Standardized Tools for Measuring the Risk of Falls and Independence in Clinical Practice. *Int J Environ Res Public Health*. 18 (6): 3226. Doi: 10.3390/ijerph18063226
- [14] NGUYEN, T. N. et al. 2020. Reliability and Validity of SARC-F Questionnaire to Assess Sarcopenia Among Vietnamese Geriatric Patients. *Clin Interv Aging*. 9 (15): 879-886. Doi: 10.2147/CIA.S254397
- [15] SCHELLENBERG, M. et al. 2019. Falls in the Bathroom: A Mechanism of Injury for All Ages. *J Surg Res*. 234 (1): 283–286. Doi: 10.1016./j.jss.2018.09.044
- [16] VAISHYA, R., VAISH, A. 2020. Falls in Older Adults are Serious. *Indian J Orthop*. 54 (1): 69–74. Doi: 10.1007/s43465-019-00037-x

ASSESSMENT OF THE RISK OF FALLS BY SARC-F TOOL IN PATIENTS IN THE AGE 60 +



ABSTRACT

Patients aged 60 years and older are assessed as at risk in the field of fall prevention according to the classification systems used in nursing. Factors recorded include age, gait disturbances, balance disorders, use of more than four drugs, cognitive impairment, and use of compensatory aids. A suitable tool for the assessment of basic factors is SARC-F, which focuses on important domains.

Our study has the character of cross-sectional quantitative research using the technique of non-standardized and standardized questionnaire. The research group included 500 patients aged 60 years and older selected according to predetermined criteria. The entire study, including the initial pilot, was processed in the SASD and SPSS programs and statistically evaluated.

SARC-F is a well-designed tool for the effective assessment of factors contributing to the risk of falls. For patients in the age group of 60 years and more, the most challenging is climbing ten steps or one floor and walking with a load. There are no difficulties or only to a lesser extent in the area of evaluation of walking through the room and standing from a chair.

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

Mgr. Jitka Doležalová
Jihočeská univerzita v Českých
Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Ústav ošetřovatelství, porodní
asistence a neodkladné péče
U Výstaviště 26, 370 11 České
Budějovice
e-mail: dolezj08@zsf.jcu.cz

Mgr. Jan Neugebauer
Jihočeská univerzita v Českých
Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Ústav ošetřovatelství, porodní
asistence a neodkladné péče
U Výstaviště 26, 370 11 České
Budějovice
e-mail: Neugebauer@zsf.jcu.cz

prof. PhDr. Valérie Tóthová, Ph.D.
Jihočeská univerzita v Českých
Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Ústav ošetřovatelství, porodní
asistence a neodkladné péče
U Výstaviště 26, 370 11 České
Budějovice
e-mail: Tothova@zsf.jcu.cz

From the results of our research, we recommend implementing a short and effective SARC-F tool in a standard fall risk assessment for patients aged 60 years and older.

KEYWORDS:

Patient aged 60 years and older, risk of fall, Assessment tools, hospital, home care

VNÍMÁNÍ SVÉHO ZDRAVÍ - POHLED PACIENTŮ S TĚLESNÝM ZNEVÝHODNĚNÍM

JAN NEUGEBAUER
VALÉRIE TÓTHOVÁ
JITKA DOLEŽALOVÁ
JIHOČESKÁ UNIVERZITA
V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH

ABSTRAKT

Vlastní zdraví je v aktuální době řazeno na jedno z předních míst v hierarchii hodnot. Vnímání a hodnocení zdraví se liší v rámci jednotlivých kultur a subkultur i dalších přidružených faktorů jako je pohlaví, věk, vzdělání nebo aktuální akutní či chronické onemocnění. V případě, že je u pacientů přítomné chronické onemocnění nebo ireverzibilní znevýhodnění, prakticky vždy je ovlivněno vnímání svého zdraví z pozitivního na negativní. Při hodnocení této abstraktní hodnoty je doporučeno využívat specifické nástroje zaměřené na fyzické a psychické zdraví, tělesný vzhled a informovanost.

Naše studie má charakter průřezového kvantitativního výzkumu za použití techniky nestandardizovaného dotazníku. Výzkumný soubor obsahoval 214 pacientů s tělesným znevýhodněním vybíraných podle předem stanovených kritérií. Celá studie včetně úvodní pilotáže byla zpracovávána v programech SASD a SPSS a statisticky vyhodnocena.

Pacienti veškeré sledované proměnné hodnotí průměrně a nejvíce informací získávají z internetových stránek a od lékaře na příslušném oddělení. Poskytovaná péče v ČR je respondenty hodnocena také průměrně.

Vnímání svého zdraví vychází z druhu tělesného znevýhodnění, míry znevýhodnění a tělesného vzhledu. Pacienti s malformacemi a deformacemi jsou mnohdy v majoritní skupině diskriminováni a všechny námi sledované aspekty se podílí na vnímání kvality života u pacientů s tělesným znevýhodněním.

KLÍČOVÁ SLOVA:

tělesné znevýhodnění, tělesný vzhled, vnímání zdraví, informovanost, kvalita života

ÚVOD

VNÍMÁNÍ SVÉHO ZDRAVÍ

Ve všech kulturách i subkulturách bylo a je zdraví kladeno na přední místo v hierarchii hodnot, neboť z celkového tělesného zdraví pramení také subjektivní pocit spokojenosti, štěstí, harmonie a plnohodnotného uplatnění ve společnosti (Yalcin et al., 2018). Vnímání a hodnocení zdraví se liší v rámci jednotlivých sociálních skupin, které sdružují stejné zájmy, pohlaví, věk, vzdělání, onemocnění nebo přijaté kompenzační mechanismy k úpravě jejich životního stylu (Goodwin, Engstrom, 2002; Hallert et al., 2003; Pilewska-Kozak et al., 2020).

Vnímání zdraví u mladších a zdravých osob bývá pozitivní, avšak tato hodnota bývá spíše abstraktní a obecná. Do jisté míry je vnímána jako samozřejmost pro mladší věkové období a také osoby s nižší úrovní vzdělání mají myšlení podobně nastavené (Henchoz et al., 2008; Singletary et al., 2014). Ačkoliv je zdraví bráno jako výsledek interakce člověka s prostředím, významnou roli sehraává životní styl, který je řazen mezi klíčové determinanty zdraví (Kargakou et al., 2017). Vliv jednotlivých faktorů se u různých skupin onemocnění liší, avšak i přes zdánlivou specificky zaměřenou povahu celkového konceptu, je zdraví pojmem komplexní povahy. Přijetí holistického přístupu v ošetrovatelské péči pak napomáhá v řešení všech aspektů zdraví, podporuje jej a preventivně působí proti vzniku dalších onemocnění či komplikací spojených s aktuálním stavem člověka (Jasemi et al., 2017).

Chronická onemocnění či ireverzibilní znevýhodnění vždy ovlivňuje vnímání zdraví pacienta zejména z důvodu, že jsou tito jedinci omezeni oproti obvyklým možnostem (Adrián-Arrieta et al., 2018). Do jaké míry je vnímání svého zdraví negativně ovlivněno je závislé na druhu a míře dalších onemocnění a osobnosti člověka. Znevýhodnění je proto považováno za funkčně významné chronické zdravotní omezení člověka a jedná se o dlouhodobě nepříznivý stav vnímání subjektivního vnímání svého zdraví (McClintock et al., 2016).

HODNOCENÍ SVÉHO ZDRAVÍ

Sebehodnocení je nejjednodušší, avšak velice dobře subjektivně ovlivnitelná možnost, jak efektivně pracovat se svým zdravím a hierarchií hodnot (Weerdestein et al., 2019). V případě pacientů s různým typem znevýhodnění se doporučuje využití specifických hodnotících nástrojů (škál/ dotazníků), které se zaměřují na fyzické zdraví, psychické zdraví, tělesný vzhled a čerpání informací (Neugebauer, Tóthová, 2019).

Fyzické zdraví bývá velice často ovlivněno právě omezením ve funkční rovině pohybového aparátu a zpravidla bývá vnímáno jako příčina celkového stavu i vnímání zdraví (Kapsal et al., 2019). Velice úzce souvisí také s mentálním zdravím, které bývá vlivem přijímaných

opatření a evidencí všech limitací vnímáno také negativně (Kapsal et al., 2019; Tough et al., 2017). V mnoha případech dochází až k vyústění depresivních stavů u pacientů, kteří mají ireverzibilní změny na pohybovém aparátu (např. po transversální míšní lézi nebo amputaci dolních končetin). V těchto extrémních případech, zejména pak v raných fázích (např. po sdělení diagnózy nebo po operačním výkonu) bývá zdraví vnímáno ve velice extrémních hodnotách – buďto jako naprosto prioritní nebo jako absolutně podřadné. V každém případě je vždy důležitá důsledná psychologická intervence, motivace a podpora od ošetrovatelského personálu.

METODIKA

CÍL A DESIGN STUDIE

Naše studie má design průřezové kvantitativní studie za využití techniky nestandardizovaného dotazníkového šetření sběru dat.

Hlavním cílem studie bylo zjistit, jak vnímají pacienti s tělesným znevýhodněním své psychické a fyzické zdraví, a jak je ovlivněno vnímání kvality života tělesným vzhledem i samotným zdravím.

Domnívali jsme se, že veškeré sledované aspekty ovlivňují kvalitu života pacientů s tělesným znevýhodněním.

Pilotní verze dotazníků byla testována v červnu 2019 a hlavní sběr dat probíhal v období červenec–září 2019.

POUŽITÝ NÁSTROJ

Nestandardizovaný dotazník byl konstruován na základě dostupných informací z tuzemské i zahraniční literatury. Obsahoval 2 oblasti – demografické údaje a hodnotící arch s možností zaznamenat poznámky pro výzkumníky.

Oblast demografických údajů obsahovala údaje o pohlaví, věku a vzdělání pacienta (viz tabulka 1). Hodnotící arch obsahoval pro každou hodnocenou oblast stupnici od 1 do 10. Pacienti s tělesným znevýhodněním měli vyznačit subjektivně vnímanou hodnotu pro každou oblast (viz tabulka 2). Do studie byly zařazeny pouze kompletně vyplněné dotazníky.

VÝZKUMNÝ SOUBOR

Výzkumný soubor byl tvořen 214 pacienty s tělesným znevýhodněním se základním, středoškolským, vyšším odborným i vysokoškolským vzděláním. Studie se účastnili muži i ženy ve věkovém rozmezí 16–39 let (viz tabulka 1).

Pro účast na výzkumu musely osoby s tělesným znevýhodněním splňovat následující kritéria: [1] být hospitalizován nebo v období max. 1 týden po hospitalizaci ve zdravotnickém zařízení; [2] být aktuálně reverzibilně či ireverzibilně tělesně znevýhodněn; [3] nesmí být přítomnost kognitivních poruch a jiných psychopatologických stavů, které by mohli ovlivnit výpověď pacientů.

Všichni pacienti byli v úvodu informováni s cílem studie, s interpretací údajů a s přijatými zásadami o ochraně osobních informací a nakládání s daty.

ANALÝZA DAT

Analýza a vyhodnocení dat probíhalo pomocí programu SASD a SPSS. Všechny dotazníky byly po obsahové kontrole získaných údajů zadávány do matice programu SASD a po ukončení sběru dat statisticky vyhodnoceny.

Pro každou doménu byly vypočítány absolutní a relativní hodnoty, průměrné hodnoty, modus, medián, rozptyl, směrodatná odchylka, rozpětí a intervalové odhady pro rozptyl a střední hodnoty 0,05.

Výsledky a diskuse

Tabulka 1: Charakteristika výzkumného vzorku

Věk	Absolutní hodnota	Relativní hodnota
16–20	17	7,9 %
21–25	80	33,1 %
26–30	94	43,9 %
31–35	22	10,3 %
36–39	1	0,5 %
Vzdělání		
Základní	6	2,8 %
Vyučen bez maturity	57	26,6 %
Vyučen s maturitou	18	8,4 %
Středoškolské s maturitou	108	50,5 %
Vyšší odborné	15	7 %
Vysokoškolské	10	4,7 %
Pohlaví		
Žena	79	36,9 %
Muž	135	63,1 %

Tabulka 2: Sebereflexe vybraných aspektů pacienty

Sledovaná proměnná	Průměr	Modus	Medián	Směrodatná odchylka
Fyzické zdraví	4,7	8	4	2,37
Psychické zdraví	6,4	6	5	2,56
Tělesný vzhled	4	6	4	1,87
Aktuální kvalita života	5,4	4	4	1,48
Přístup k informacím	6,6	9	7	2,65
Čerpání informací	1 (internet)	1 (internet)	2 (lékař)	1,03
Hodnocení péče	5,7	5	6	1,27

V tabulce jsou uvedeny absolutní hodnoty respondentů. Hodnoty se pohybují v rozmezí 1–10, přičemž hodnota 1 značí nejvyšší možnou spokojenost, hodnota 10 značí nejnižší možnou spokojenost (neplatí pro oblast „čerpání informací“, kde respondenti vybírali z konkrétních odpovědí).

FYZICKÉ A PSYCHICKÉ ZDRAVÍ

Pacienti s tělesným znevýhodněním své fyzické a psychické zdraví hodnotí spíše průměrně. Obě hodnocené položky spolu korespondují, zejména z důvodu, že fyzické limitace se projektují do psychického zdraví. Z této perspektivy může ošetřovatelský personál přijímat specifické intervence, které podpoří psychický i fyzický stav pacienta, ovšem v souladu s aktuálním zdravotním stavem pacienta. Vždy je vhodné u takto specifických pacientů využívat respektu k lidské individualitě a autonomii a pro hodnocení oblastí můžeme využít i specifické hodnotící nástroje, které se ve světě používají, např. World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0), World Health Organization Quality of Life (WHOQOL), Washington group Short Set (WG-SS) nebo Model Disability Survey – Brief version (MDS-BV) (Neugebauer, Tóthová, 2019).

Kapsal et al. (2019) uvádí, že je pro pacienty s tělesným znevýhodněním velice důležitá rehabilitace, která bývá i klíčová při terapii psychického zdraví. Včasná rehabilitace zmírňuje důsledky poškození a působí preventivně proti rozvoji komplikací, které bývají pro pacienta více demotivující. Samotná rehabilitace by měla být vedena pod dozorem speciality a v nemocničním zařízení by měla obsahovat základní nácvik soběstačnosti v denních aktivitách, sebeobsluhu, manipulaci v lůžku, nácvik hygienické péče, oblékání, stravování, mobilitu mimo lůžko, správný postup při vertikalizaci a další aktivity. Gane et al. (2018) považuje za důležité opakování činností a správný výběr kompenzačních pomůcek, díky kterým mohou pacienti opět nabýt psychické pohody, zejména přesune se jeho zdravotní stav z úplné závislosti na ošetřovatelském personálu (např. bezprostředně po operaci) k úplné nezávislosti.

Pacienti s tělesným znevýhodněním hodnotí svou kvalitu života průměrně až negativně. Hodnocení je ovlivněno mírou a druhem znevýhodnění, délkou hospitalizace a časem, po který je pacient omezen.

Typickým příkladem je sportovec, který je po úraze míchy hospitalizován na jednotce intenzivní péče traumatologického oddělení. Tento pacient může mít podle typu tělesného omezení (kvadruplegie, paraplegie) značně negativně ovlivněné vnímání svého zdraví, a i kvalita života bude hodnocena negativně. V průběhu hospitalizace se pacient setkává se zdravotnickým personálem, který ho edukuje a kompenzaci zdravotního stavu se přesouvá na standardní oddělení, kde provádí rehabilitaci, vertikalizaci, nácvik aktivit denního života apod. S odstupem času bude tento pacient mít opět jiné vnímání svého zdraví i kvality života (Marquez et al., 2020).

Kvalita života je také spojena s vnímáním tělesného vzhledu. Výsledky naší studie poukazují, že pacienti s tělesným znevýhodněním vnímají svůj vzhled spíše pozitivně až neutrálně. Opět lze diskutovat o možných malformacích či deformacích končetin, které vedou k extrémně negativnímu vnímání tělesného vzhledu i kvality života (Sun et al., 2018). Negativní vnímání přímo souvisí s předsudky a „nálepkováním“ lidí, kteří se odlišují od majoritní společnosti a pacienti s tímto typem tělesného znevýhodnění pak bývají terčem posměchu. I proto se radí do společné kooperace jak fyzické a psychické zdraví, tak vnímání tělesného vzhledu a projekce do kvality života (Neugebauer, Bártlová, 2019).

INFORMOVANOST

Celkový postup, rehabilitace a negativní či pozitivní vnímání všech zmíněných domén je ovlivněna informovaností pacientů. Existuje mnoho popsanych případů, kdy jsou pacienti do konce jejich života odkázáni na pomoc druhých a odmítají vykonávat své oblíbené zájmy z důvodu nedostatečné informovanosti o kompenzačních pomůckách a skupinách sdružující osoby se stejným typem onemocnění či znevýhodnění (Jaarsma et al., 2019). Z výsledků naší studie pacienti hodnotí přístup k informacím průměrně a nejvíce informací o svém stavu a přijímaných intervencích načerpali z webových stránek, od lékaře a ošetřovatelského personálu a rodiny. Někteří respondenti také uvedli, že dávají přednost knižním publikacím, které vydávají jednotlivé spolky zaměřující se na konkrétní typ znevýhodnění.

V tomto případě je vhodnou ošetřovatelskou intervencí podpořit kritické myšlení a diskutovat s pacientem o získaných informacích. Jako dostatečně erudovaný ošetřovatelský personál by sestry na oddělení měly být schopny poskytovat profesionální pohled na celou problematiku, a nesmyslné informace, které by mohli pacienta negativně ovlivnit v procesu terapie, by měly vyvrátit.

ZÁVĚR

Pacienti s tělesným znevýhodněním vnímají fyzické i psychické zdraví spíše průměrně, stejně tak kvalitu života, tělesný vzhled i přístup k informacím. Nejvíce informací získávají z webových stránek organizací sdružující pacienty s podobným typem onemocnění nebo znevýhodnění.

Vnímání svého zdraví vychází také z druhu tělesného znevýhodnění a tělesného vzhledu. Pacienti s malformacemi, deformacemi, po amputacích nebo úrazech jsou často majoritní skupinou sociálně diskriminováni a důsledky se projektují jako negativní vnímání svého zdraví.

Všechny sledované aspekty se podílí na celkové interpretaci kvality života u pacientů s tělesným znevýhodněním. Celkově hodnotí pacienti poskytovanou péči v České republice jako průměrnou.

Tento projekt je podporován Grantovou agenturou Jihočeské University v Českých Budějovicích (projekt registrovaný jako: GAJU 058/2018/s).

POUŽITÉ ZDROJE

- [1] ADRIÁN-ARRIETA, L. a CASAS-FERNÁNDEZ DE TEJERINA, J. M. 2018. Autopercepción de enfermedad en pacientes con enfermedades crónicas. *Medicina de Familia. SEMERGEN*. 44(5), 335-341. doi:10.1016/j.semerg.2017.10.001
- [2] GANE, E. M., MCPHAIL, S. M., HATTON, A. L., PANIZZA, B. J. a O'LEARY, S. P. 2018. The relationship between physical impairments, quality of life and disability of the neck and upper limb in patients following neck dissection. *Journal of Cancer Survivorship*. 12(5), 619-631. doi:10.1007/s11764-018-0697-5
- [3] GOODWIN, R. a ENGSTROM, G. 2002. Personality and the perception of health in the general population. *Psychological Medicine*. 32(2), 325-332. doi:10.1017/S0033291701005104
- [4] HALLERT, C., SANDLUND, O., BROQVIST, M. 2003. Perceptions of health-related quality of life of men and women living with coeliac disease. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 17(3), 301-307. doi:10.1046/j.1471-6712.2003.00228.x
- [5] HENCHOZ, K., CAVALLI, S., GIRARDIN, M. 2008. Health perception and health status in advanced old age: A paradox of association. *Journal of Aging Studies*. 22(3), 282-290. doi:10.1016/j.jaging.2007.03.002
- [6] JAARSMA, E. A., HASLETT, D., SMITH, B. 2019. Improving Communication of Information About Physical Activity Opportunities for People With Disabilities. *Adapted Physical Activity Quarterly*. 36(2), 185-201. doi:10.1123/apaq.2018-0020
- [7] JASEMI, M., VALIZADEH, L., ZAMANZADEH, V., KEOGH, B. 2017. A concept analysis of holistic care by hybrid model. *Indian Journal of Palliative Care*. 23(1). doi:10.4103/0973-1075.197960

- [8] KAPSAL, N. J., DICKE, T., MORIN, A. J. S., VASCONCELLOS, D., MAÏANO, Ch., LEE, J., LONSDALE, Ch. 2019. Effects of Physical Activity on the Physical and Psychosocial Health of Youth With Intellectual Disabilities: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Physical Activity and Health*. 16(12), 1187-1195. doi:10.1123/jpah.2018-0675
- [9] KARGAKOU, A., SACHLAS, A., LYRAKOS, G., ZYGA, S., TSIRONI, M., ROJAS GIL, A. P. 2017. Does Health Perception, Dietary Habits and Lifestyle Effect Optimism? A Quantitative and Qualitative Study. VLAMOS, Panayiotis, ed. *GeNeDis 2016*. s. 49-61. *Advances in Experimental Medicine and Biology*. doi:10.1007/978-3-319-56246-9_4
- [10] MARQUEZ, D. X., AGUIÑAGA, S., VÁSQUEZ, P. M., CONROY, D. E., ERICKSON, K. I., HILLMAN, CH., STILLMAN, CH. M., BALLARD, R. M., SHEPPARD, B. B., PETRUZZELLO, S. J., KING, A. C., POWELL, K. E. 2020. A systematic review of physical activity and quality of life and well-being. *Translational Behavioral Medicine*. 10(5), 1098-1109. doi:10.1093/tbm/ibz198
- [11] MCCLINTOCK DE VRIES, H. F., BARG, F. K., KATZ, S. P., STINEMAN, M. G. KRUEGER, A., COLLETTI, P. M., BOELLSTORFF, T., BOGNER, H. R. 2016. Health care experiences and perceptions among people with and without disabilities. *Disability and Health Journal*. 9(1), 74-82. doi:10.1016/j.dhjo.2015.08.007
- [12] PILEWSKA-KOZAK, A. B., PAŁUCKA, K., ŁEPECKA-KLUSEK, C., STADNICKA, G., JUREK, K., DOBROWOLSKA, B. B. 2020. Perception of health, health behaviours and the use of prophylactic examinations in postmenopausal women. *BMC Women's Health*. 20(1). doi:10.1186/s12905-020-00931-9
- [13] SINGLETARY, J. H., BARTLE, C. L., SVIRYDZENKA, N., SUTER-GIORGINI, N. M., CASHMORE, A. M., DOGRA, N. 2014. Young people's perceptions of mental and physical health in the context of general wellbeing. *Health Education Journal*. 74(3), 257-269. doi:10.1177/0017896914533219
- [14] SUN, H., SHANG, H. T., HE, L. S., DING, M. CH., SU, Z. P., SHI, Y. L. 2018. Assessing the Quality of Life in Patients With Dentofacial Deformities Before and After Orthognathic Surgery. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. 76(10), 2192-2201. doi:10.1016/j.joms.2018.03.026
- [15] TOUGH, H., SIEGRIST, J., FEKETE, CH. 2017. Social relationships, mental health and wellbeing in physical disability: a systematic review. *BMC Public Health*. 17(1). doi:10.1186/s12889-017-4308-6zc
- [16] WEERDESTEIJN, K. H. N., SCHAAFSTMA, F. G., LOUWERSE, I., HUYSMANS, M. A., VAN DER BEEK, A. J., ANEMA, J. R. 2019. Does self-perceived health correlate with physician-assessed functional limitations in medical work disability assessments? *Journal of Psychosomatic Research*. 125. doi:10.1016/j.jpsychores.2019.109792
- [17] YALCIN, B. M., PIRDAL, H., KARAKOC, E. V., SAHIN, E. M., OZTURK, O., UNAL, M. 2018. General health perception, depression and quality of life in geriatric grandmothers providing care for grandchildren. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 79, 108-115. doi:10.1016/j.archger.2018.08.009

PERCEPTION OF THE HEALTH – THE VIEW OF PATIENTS WITH PHYSICAL DISABILITIES



ABSTRACT

At this time, the own health is ranked at the top of the hierarchy of values. Health perceptions and assessments is different across cultures and subcultures, as well other associated factors such as gender, age, education, or current acute or chronic illness. If patients have a chronic illness or irreversible disability, the perception of their health is almost affected from positive to negative point of view. For assess this abstract value, it is recommended to use specific tools focused on physical and mental health, physical appearance, and awareness.

Our study has the character of a cross-sectional quantitative research study using the technique of non-standardized questionnaire. The research group included 214 patients with physical disability selected according to predetermined criteria. All study, including the initial pilot study, was processed, and statistically evaluated in the SASD and SPSS programs.

Patients assess all monitored variables as average, and they obtain the most information from websites and physicians on hospitalized ward. The care provided in the Czech Republic is evaluated by respondents on average as well.

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

Mgr. Jan Neugebauer
Jihočeská univerzita v Českých
Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Ústav ošetřovatelství, porodní asistence
a neodkladné péče
U Výstaviště 26, 370 11 České Budějovice
e-mail: Neugebauer@zsf.jcu.cz

prof. PhDr. Valérie Tóthová, Ph.D.
Jihočeská univerzita v Českých
Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Ústav ošetřovatelství, porodní asistence
a neodkladné péče
U Výstaviště 26, 370 11 České Budějovice
e-mail: Tothova@zsf.jcu.cz

Mgr. Jitka Doležalová
Jihočeská univerzita v Českých
Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Ústav ošetřovatelství, porodní asistence
a neodkladné péče
U Výstaviště 26, 370 11 České Budějovice
e-mail: Dolezj08@zsf.jcu.cz

The perception of own health is based on the type of physical disability, the degree of physical disability and physical appearance. Patients with malformations and deformities are often discriminated against in the majority group, and all aspects we monitor contribute to the perception of quality of life in patients with physical disabilities.

KEYWORDS:

physical disability, physical appearance, perception of own health, awareness, quality of life

VLIV SOCIÁLNÍHO PROSTŘEDÍ NA SEBEREALIZACI DOSPÍVAJÍCÍ MLÁDEŽE



ABSTRAKT

Dospívání a vliv sociálního prostředí celkově získalo pozornost jako významný objekt pro studium současných sociálních trendů. Nárůst sociálních problémů mládeže se projevuje na celostátní i místní úrovni, což dává zájmu o tuto problematiku význam. Cílem výzkumu bylo zjištění vlivu sociálního prostředí na seberealizaci u dospívající mládeže. Výběrový soubor tvořilo 268 respondentů ve věku 15–20 let různého druhu vzdělání Střední odborné školy (SOŠ) a Středního odborného učiliště (SOU) Kaplice v okrese Český Krumlov. Výzkum probíhal v období roku 2021, kterému předcházela předvýzkum. Za pomoci kvantitativního výzkumu metodou dotazníkového šetření byl proveden sběr dat, kdy nestandardizovaný dotazník měl 25 otázek. Byly stanoveny výzkumné otázky, které zjišťovaly skutečnosti: S kým trávíte nejvíce volného času? Z jakého zdroje se nejčastěji informujete o nabídce volnočasových aktivit? Za jakým účelem používáte internet? K ověření hypotéz H1 Vliv sociálního prostředí souvisí se seberealizací dospívající mládeže. H2 Vzdělání souvisí se seberealizací dospívající mládeže. Ve výzkumu bylo využito statistického vyhodnocení chi-kvadrát testu s 95% ($\alpha = 0,05$) spolehlivostí. Závislost dvou slovních proměnných na míru těsnosti byla ověřena pomocí Cramerova kontingenčního

JIŘÍ TŮMA
JIŘÍ RŮŽIČKA
VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICTVÍ
A SOCIÁLNÍ PRÁCE SV. ALŽBETY

STŘEDNÍ ODBORNÁ ŠKOLA
A STŘEDNÍ ODBORNÉ UČILIŠTĚ
KAPLICE

koeficientu. V diskusi bylo odpovězeno na výzkumné otázky i hypotézy, kde byla provedena komparace. Ovlivňujícím sociálním činitelem při seberealizaci dospívající mládeže jsou nejvíce přátelé. Dále výsledky výzkumu ukazují, že škola se podílí malým vlivem při volbě volnočasových aktivit. Tento údaj je do jisté míry alarmující. Na základě provedeného výzkumu byla H1 verifikována. Studenti SOŠ preferují volnočasové aktivity z oblasti kulturně-estetické a SOU preferují nabídku aktivit spíše z oblasti sportovní, i když provedený výzkum neprokázal tuto souvislost. Na základě provedeného výzkumu byla H2 falsifikována. Mládež dává přednost trávení více volného času s vrstevníky, kamarády a partnery než s rodinou. Informace o volnočasových aktivitách, potom čerpají od přátel. Stoupá důležitost internetu, mobilních telefonů a sociálních sítí v životě dětí a mládeže, které využívají tyto nástroje více a často lépe než jejich rodiče.

KLÍČOVÁ SLOVA:

dospívání, sociální prostředí,
středoškolská mládež, seberealizace,
volný čas

ÚVOD

Volný čas vědci obvykle považují za svobodně vybraný a příjemně strávený čas činnostmi, které jsou prováděny způsobem dle vlastního uvážení. Dospívání je v této souvislosti volně definováno jako druhé desetiletí života, jako vývojové období, kdy roste autonomie osobnosti, které je podporováno nezávislým rozhodováním. Volný čas neustále nutí odborníky, zvláště psychology a výzkumníky, aby dále a hlouběji studovali širší spektrum důvodů a příčin účasti jedinců na konkrétních volnočasových aktivitách. Dospívání v souvislosti s využíváním volného času v posledních desetiletích celkově získalo pozornost jako významný objekt pro studium sociálních trendů. Nárůst sociálních problémů mládeže se projevuje na celostátní i místní úrovni což dává zájmu o tuto problematiku podstatný význam. Podle osobnosti člověka se na životní situace můžeme dívat pozitivně, ale i negativně. Stejným způsobem lze pohlížet na rozdělení dne, tedy i na volný čas a seberealizaci dopívající mládeže (Nowak, 2021). Volný čas a volnočasové aktivity dětí a mládeže mají svá specifika. V těchto obdobích sociální ontogeneze se utváří hodnotový systém jedince, hledají se cesty jeho uplatňování a objektivizaci reálným chováním a činnostmi. Dynamizaci hodnotového systému a jeho promítnutí do sociálního časoprostoru můžeme považovat za základ utváření životního stylu. Jeho významnou součástí je způsob trávení volného času. Životní styl je sice typický pro danou životní etapu, ale obsahuje základy celoživotního stylu, který se podle jednotlivých životních etap dále modifikuje. Utváření komplexu aktivit každého jedince a v souhrnu potom i celé společnosti, probíhá v daných společenských a kulturních podmínkách. Jedná se o dvě skupiny determinujících faktorů. Objektívni faktory vycházející z cílů, potřeb a stavu společnosti a faktory subjektivní, které vycházejí z potřeb a záměrů jedince. Seberealizace a originalita je typický způsob uspořádání činností, jednání mladých lidí, vztahů, vědomí hodnot, norem a věcného prostředí ve společnosti, které je integrací životních způsobů jedince. Na převládajícím životní stylu závisí prestiž vzdělání, postoj veřejnosti ke škole aj. Životní způsob zahrnuje charakter jedincem vykonávaných činností, používaných postupů a množství času, který je činností věnován. Je určen materiálními podmínkami, osobností člověka, charakterem a ve společnosti převažujícím životním stylem. Životní způsob rodiny silně ovlivňuje postoj žáků ke škole a vzdělávání a tím i průběh a výsledky edukačního procesu. Životní styl je souhrn životních forem, které jedinec aktivně prosazuje. Pojem životní způsob je považován za obecnější pojem než pojem životní styl (Matoušek et al, 2020). Životní styl významných činností a vztahů, životních projevů a zvyklostí typických, charakteristických pro určitý subjekt tj. jedince či skupinu eventuálně i společenství či společnost coby konkrétního nositele životního způsobu života. Životní styl jednotlivce je ve značné míře konzistentní životní způsob jednotlivce, jehož jednotlivé části si navzájem odpovídají, jsou ve vzájemném vztahu, vycházejí z jednotného základu, mají společné jádro, resp. určitou jednotící linii, tj. jednotný styl, který se jako červená linie prolíná všemi podstatnými činnostmi, vztahy, zvyklostmi apod., nositele životního stylu. Na základě uvedených definic lze usoudit, že pojmy životní způsob a životní styl je možné považovat za synonyma. Je-li životní způsob vymezen jako systém činností a vztahů, životních projevů typických pro jedince pak to předpokládá, že prvky životního

způsobu jsou vnitřně uspořádané a konzistentní, což znamená, že je ve způsobu života vše propojené. O problému životního způsobu a životního stylu lze pochopitelně hovořit v rovině filozofické, sociologické, psychologické apod. Naším cílem je však tento obecný, různě nazíraný problém vztáhnout ke smyslu seberealizace dospívající mládeže a vlivu sociálního prostředí.

SOCIÁLNÍ PROSTŘEDÍ A JEHO VLIV NA DOSPÍVAJÍCÍ MLÁDEŽ

Jak víme, vývoj je do značné míry determinován sociálním prostředím. To platí pro vývoj každého organismu a pro jakýkoli systém, který se vyvíjí, třeba i pro naši planetu. Vlastně bychom ani nemohli říct, co je vývoj, kdybychom vynechali vliv sociálního prostředí. Ve vývoji člověka a jeho psychiky hraje tedy sociální prostředí samozřejmě také svou roli. Přitom však musíme zvláště zdůraznit úlohu toho prostředí, kterým je pro mladého člověka společnost (Říčan, 2021). Dospívající mládež považuje školu za užitečnou instituci, kde se s menší pravděpodobností zapletou do riskantních a životu nebezpečných činností. Někteří mladí lidé cítí sounáležitost se školou v jiných než studijních souvislostech. Mohou být uznávanými členy sportovního družstva nebo se účastnit některého školního programu. Pokud má dospívající mládež tuto jistotu, je mnohem méně pravděpodobné, že se bude chovat riskantně. Chrání ho vědomí, že patří ke své škole (Boyce, 2019). Význam sociálního prostředí v procesu utváření osobnosti je hodnocen v různých názorech a teoriích. Od extrémních pohledů, které jednoznačně spatřují všechny předpoklady formování osobnosti v dědičnosti až po ty, které naopak vidí narozeného člověka jako nepopsanou desku, na kterou teprve život, vliv sociálního prostředí i výchova vyrývají určité dráhy a zanechávají stopy. Podíl na tom, v jakou osobnost se člověk rozvine, jak žije a jedná je i ze současných pohledů v zásadě záležitostí otevřenou. Víme tedy, že celý proces utváření osobnosti, je záležitostí velmi složitou, a proto není ani jednoduché jednoznačně rozřešit otázku, co je v tomto procesu rozhodující. V sociálním prostředí, se realizuje působení různých činitelů, které umožňují organismu žít, vyvíjet se a rozmnožovat (viz tab. 1). Máme-li na mysli život člověka, společnosti, pak v tom případě vystupují do popředí vedle základních přírodních faktorů podmínky kulturní a společenské, prostředí člověka zahrnuje vedle hmotných předmětů nezbytnými vztahy, tedy vedle materiálního systému i systémem duchovním, tj. prvky jako věda, umění, morálka apod. Sociální prostředí jako jistý vymezený prostor obsahuje podněty nezbytné pro rozvoj osobnosti. Tato okolnost se objevuje ve většině definic a v oblasti společenských věd. Sociální prostředí lze tedy vymezit jako tu část světa, s níž je člověk ve vzájemném působení, tj. na děti a mládež působí svými podněty, ovlivňuje jeho vývoj a on na tyto podněty reaguje, přizpůsobuje se a také aktivně svou prací mění (Höhne, Paloncyová, Žáčková, 2021).

Tabulka 1: Vliv typologie sociálního prostředí na jednotlivé složky osobnosti

KRITÉRIUM	TYP SOCIÁLNÍHO PROSTŘEDÍ
Z hlediska výchovné stimulace a výchovné inhibice	<p>Prostředí podnětově chudé – způsobuje, že dítě je méně rozvité, s chudšími představami, s méně vyvinutým abstraktivním myšlením, pohybově nekultivované, citově ploché.</p> <p>Prostředí podnětově přesycené – vede k přetěžování dítěte, jeho neurotizaci.</p> <p>Prostředí podnětově jednostranné – stimulace se týká jen jedné složky osobnosti dítěte, zbývající složky jsou zanedbávány.</p> <p>Prostředí podnětově vadné – obsahuje prvky výchovně nežádoucí (předsudky, pověry, negativní city aj.).</p>
Z hlediska působení prostředí na jednotlivé složky osobnosti	<p>Prostředí z hlediska formování rozumové složky osobnosti, při jehož kvalitativním hodnocení se bere v úvahu druh, hustota a vývojová přiměřenost podnětů.</p> <p>Prostředí z hlediska formování emotivní složky osobnosti:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Chudé emoční prostředí – dítě v něm vyrůstající je citově nevyvinuté, navenek chladné, citově chudé, apatické. • Nadměrně bohaté emoční prostředí – nepřiměřenost citových podnětů vede dítě ke zlostejnění, unavenosti a nakonec k citové labilitě a neurotizaci. • Jednostranná emoční sféra – dítě je citově jednostranné. • Závadné emoční prostředí – převaha nežádoucích emočních stavů má za následek vznik nežádoucích citových reakcí u dítěte. • Prostředí z hlediska formování fyziopsychických mechanismů: Nedostatečně rozvinuté návykové soustavy rodin (často i elementárních návyků hygienických a společenských). • Nadměrně rozvinuté návykové soustavy, zejména v oblasti návyků společenských (vedou k výchově dětí nepřiměřeně přepěstěných, zatížených formalitami).

Zdroj: Blatný et al., 2020.

LOKÁLNÍ PROSTŘEDÍ A VOLNÝ ČAS

Lokální prostředí lze vymezit jako místně a sociálně ohraničené teritorium, v němž člověk žije (Lerner, 2014). Z hlediska volného času je relevantní vymezit rozlišení dvou typů: městského a venkovského prostředí. Tato dvě prostředí mají výrazný vliv na to, jak lidé, kteří zde bydlí, případně také chodí do školy či zaměstnání, mohou trávit svůj volný čas. Zvláště ve velkých městech je bohatší nabídka a snazší dostupnost volnočasových aktivit. Děti a mládež zde mají větší výběr zájmových kroužků, volnočasových organizací a kulturních událostí. Za jednu z podstatných příčin vzniku negativního trávení volného času je považována anonymita života a snížená bezpečnost ve městech (Tůma, 2018).

Lokální prostředí v sobě obsahuje mix geografických, environmentálních a sociálních faktorů, které mají přímý i nepřímý vliv na utváření osobnosti člověka. Každý z nás je ovlivňován přítomností města nebo venkova, specifickými vztahy v dané lokalitě, kulturními specifiky, přírodními podmínkami, životním prostředím zdevastovaným či relativně neporušeným. Toto prostředí vytváří kulisu, v níž se odehrává náš vývoj, naše výchova, ale disponuje i rysy, jež mají významný formotvorný charakter pro dospívající mládež a vliv na její seberealizaci (Laca, Laca, 2020).

SIGNIFIKANTNÍ ZNAKY LOKÁLNÍHO PROSTŘEDÍ:

- malá rozloha (umožňující prožít fyzickou blízkost a fakticky realizovat vzájemné kontakty);
- relativní izolace od okolí (resp. geografické ohraničení, které umožňuje lokalitu určit a odlišit od ostatní krajiny);
- bezprostřední osobní kontakty všech členů společenství (prožitek susedství, příbuznosti, vzájemného obeznámení);
- značná stejnorodost, příbuznost či podobnost (majetková, profesní, etnická, kulturní, náboženská);
- identické tradice (vazba na historické kořeny, podobné zvykové normy, kulturní zvyklosti, společné rituály, shody v kalendáři společenských událostí (Škoviera, 2021)).

Volnočasovým aktivitám slouží dnes trvalá obnova a adaptace jednotlivých zařízení i celých areálů určených ještě relativně nedávno k jiným, zejména výrobním účelům. Někdy se na jejich původních místech realizuje nová výstavba nebo se inovuje využití jejich prostoru. Také tento trend se rozvíjí již několik desetiletí. Umožňuje zastaralé objekty funkčně i vzhledově modernizovat, existující kapacity zachovávat i pro současné využití a historické tradice spojovat s aktuálními potřebami. I tyto přístupy se uskutečňují v širokém měřítku. Prostor a prostory volnočasových aktivit se rozšiřují a aktivitami ožívají také příměstské oblasti, které byly původně venkovem. V posledních dvou stoletích se však městu přiblížily, začlenily se do jeho organismu a dnes jsou jeho nedílnou součástí (Jirásek, 2019).

SEBEREALIZACE DOSPÍVAJÍCÍ MLÁDEŽE

Pojetí volného času jako zbytkové součásti lidského času se v současnosti právem přestalo uplatňovat. Naopak se ověřují a rozvíjejí jeho všestranné možnosti podporující kulturní orientaci jedince, rozvoj jeho sportovních a uměleckých zájmů, manuální aktivity nebo vytváření sociálních vztahů a hodnotového zaměření. Výzkum volnočasových aktivit dospívající mládeže mezi 15 a 20 roky v posledních dvou desetiletích věnoval pozornost zejména jejich obsahu a frekvenci, vývoji v závislosti na věku, generačnímu posunu, intergenerační kontinuitě, uplatnění médií a sociální podmíněnosti volnočasových orientací (Mišovič, Vacek, 2019). Vyplynuly z něj závěry, že s věkem roste rozsah těchto aktivit: rozsah četby novin a časopisů, poslech rozhlasu, veřejně prospěšná činnost,

vedlejší výdělečné aktivity, pomoc při stavbě údržbě domu, bytu a chalupy, ruční práce. S věkem naopak klesal rozsah těchto aktivit (hudební, dramatická a výtvarná činnost, turistika, studium, chov zvířat, hry a využívání hracích automatů, sběratelství, povídání si s kamarády a přáteli, psaní deníku a dopisů). Zájem o tyto aktivity do určitého věku rostl a pak ustupoval. Návštěva kina, poslech hudby, návštěva koncertů populární hudby, diskoték, restaurací a kaváren, schůzky s partnerem, večírky, odpočinek a nicnedělání, sledování filmů. Pokles zájmu se projevil v různých obdobích vývoje mladých lidí, některých již v 15–16 letech, u jiných až v 18–20 letech. Frekvence těchto činností naproti tomu do určitého věku klesala a poté rostla četba knih, domácí práce (Tůma, 2018).

METODOLOGIE

Cílem výzkumu bylo zjištění vlivu sociálního prostředí na seberealizaci u dospívající mládeže. Výběrový soubor tvořilo 268 respondentů obou pohlaví ve věku 15–20 let různého druhu vzdělání SOŠ (Střední odborná škola: obchodní akademie, bezpečnostní služby) a SOU (Střední odborné učiliště: kuchař-číšník, opravář motorových vozidel, opravář zemědělských strojů, skladník-operátor) Kaplice v okrese Český Krumlov. Výzkum probíhal v období roku 2021, kterému předcházela předvýzkum o 50 respondentech. Za pomoci kvantitativního výzkumu metodou dotazníkového šetření byl proveden sběr dat, kdy nestandardizovaný dotazník měl 25 otázek.

K ověření hypotéz:

H1 Vliv sociálního prostředí souvisí se seberealizací dospívající mládeže.

H2 Vzdělání souvisí se seberealizací dospívající mládeže.

Ve výzkumu bylo využito statistického vyhodnocení chi-kvadrát testu s 95% ($\alpha = 0,05$) spolehlivostí. Závislost dvou slovních proměnných na míru těsnosti byla ověřena pomocí Cramerova kontingenčního koeficientu (Neubauer, Sedlačík, Kříž, 2016).

Dále byly stanoveny výzkumné otázky, které zjišťovaly skutečnosti:

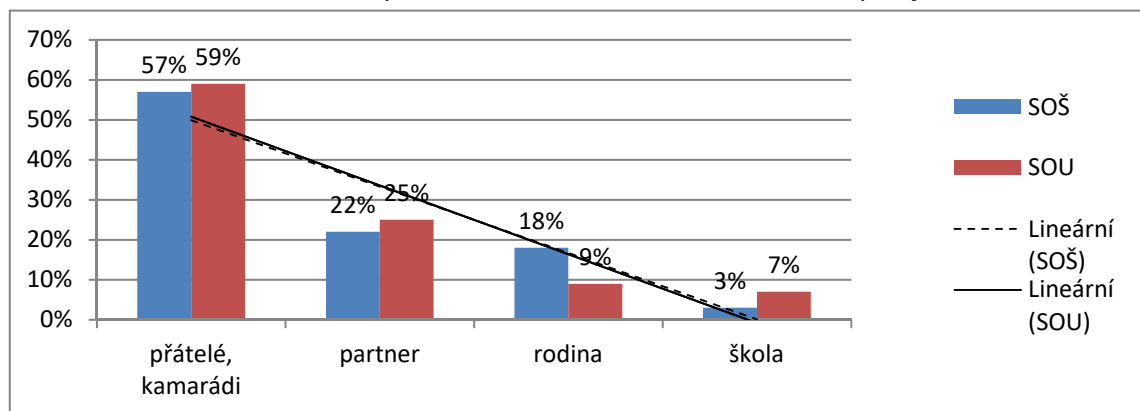
VO 1 S kým trávíte nejvíce volného času?

VO 2 Z jakého zdroje se nejčastěji informujete o nabídce volnočasových aktivit?

VO 3 Za jakým účelem používáte internet?

VÝSLEDKY

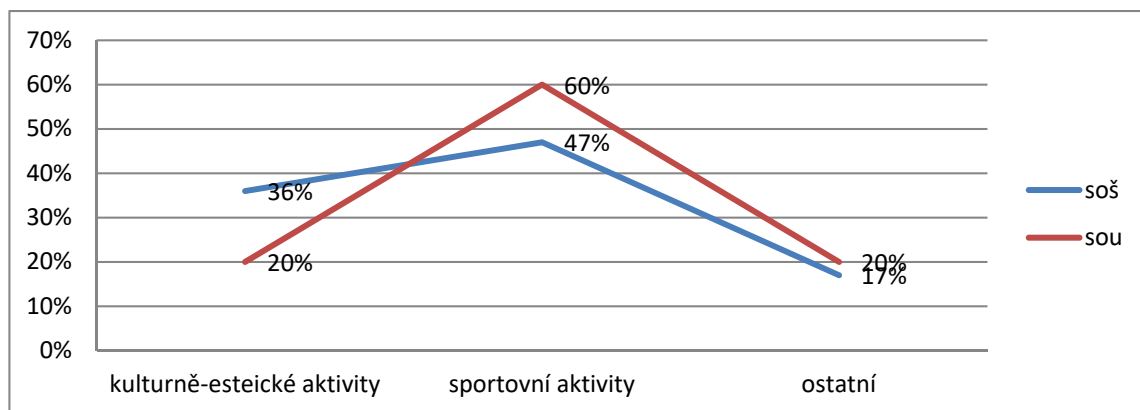
Graf 1: Vliv sociálního prostředí souvisí se seberealizací dospívající mládeže



Zdroj: vlastní výzkum, 2021.

Prostřednictvím χ^2 testu se podařilo na hladině významnosti s 95% spolehlivostí ($\alpha = 0,05$) na základě pozorovaných dat, zamítnout nulovou hypotézu ve prospěch alternativní (Zich, Roubal, 2014). Lze tedy říci, že vliv sociálního prostředí ovlivňuje seberealizaci dospívající mládeže (viz graf 1). Hodnota testové statistiky $\chi^2 = 7,81$ při 3 stupních volnosti, kdy $G < 5,99$. Hodnota testového kritéria $G = 4,8260$. Hypotéza H1 byla verifikována. Provedeným Cramérovým kontingenčním koeficientem při hodnotě 0,1553, lze tedy zároveň říci, že se jedná o slabou asoiační vazbu.

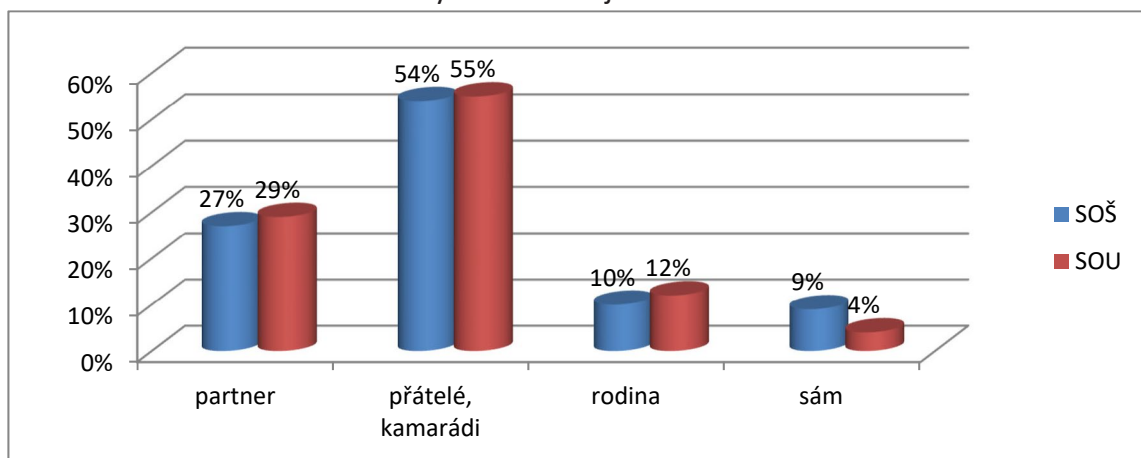
Graf 2: Vzdělání souvisí se seberealizací dospívající mládeže



Zdroj: vlastní výzkum, 2021.

Prostřednictvím χ^2 testu se nepodařilo na hladině významnosti s 95% spolehlivostí ($\alpha = 0,05$), na základě pozorovaných dat zamítnout nulovou hypotézu ve prospěch alternativní. Lze tedy říci, že vzdělání nesouvisí se seberealizací dospívající mládeže (viz graf 2). Hodnota testové statistiky $\chi^2 = 5,99$ při 2 stupních volnosti, kdy $G > 5,99$. Hodnota testového kritéria $G = 6,3941$. Hypotéza H2 byla falsifikována. Provedeným Cramérovým kontingenčním koeficientem při hodnotě 0,0126, lze tedy zároveň říci, že se jedná o slabou asoiační vazbu.

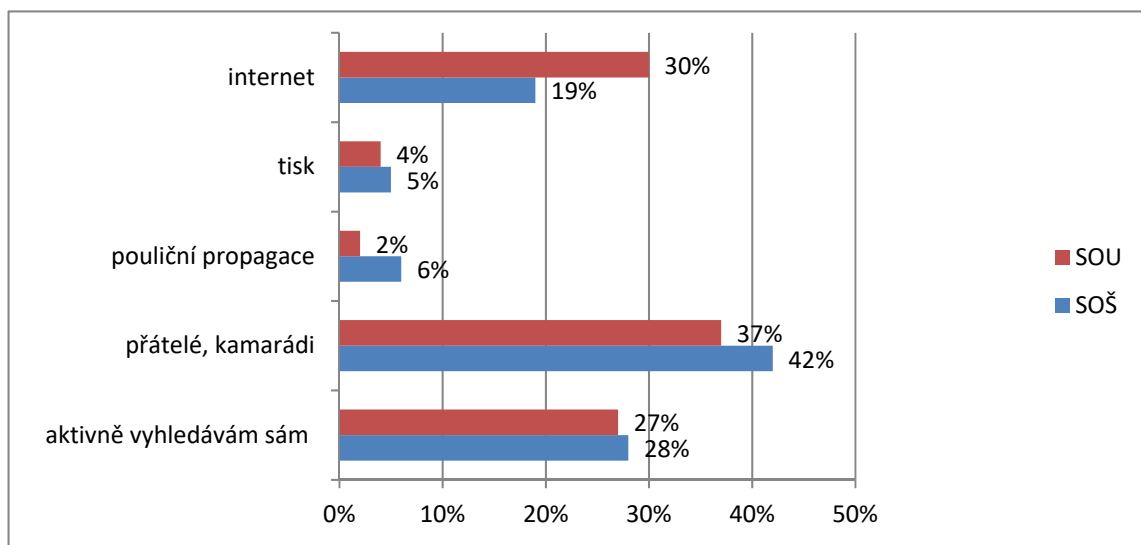
Graf 3: S kým trávíte nejvíce volného času?



Zdroj: vlastní výzkum, 2021.

Jak můžeme vidět na grafu 3, nejčastějším společníkem ve volném čase jsou přátelé 55 %, dále pak partner z 29 %. Až v dalekém závěsu za těmito nejbližšími jsou členové rodiny kolem 12 %. Volba, s kým tráví dospívající mládež volný čas, je především odrazem přirozeného vývoje jedince a nárůstem jeho autonomie. Jedinec vlivem této vývojové fáze dává přednost trávení více volného času s vrstevníky, kamarády a partnery než s rodinou.

Graf 4: Z jakého zdroje se nejčastěji informujete o nabídce volnočasových aktivit?

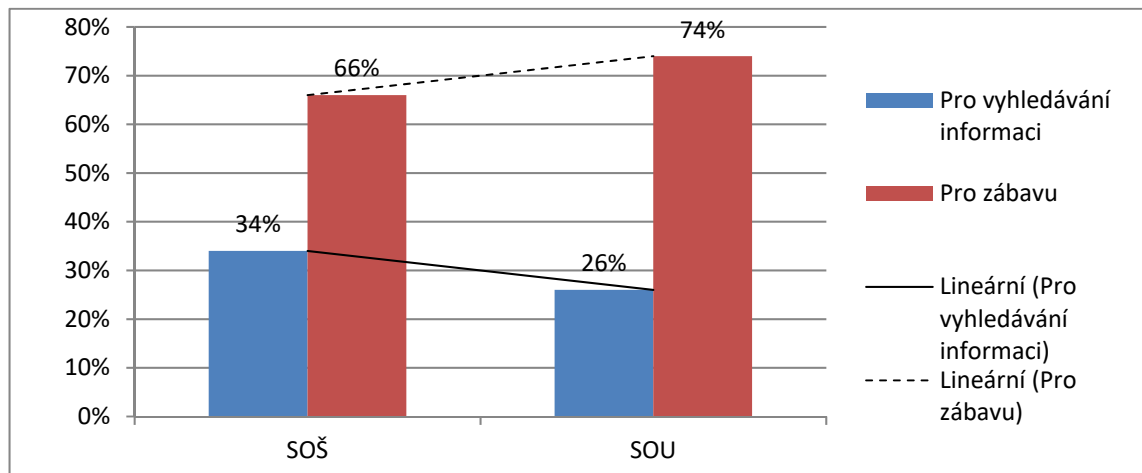


Zdroj: vlastní výzkum, 2021.

Způsob, jakým se lze informovat o nabídce volnočasových aktivit vhodných pro dospívající mládež je bezpochyby nespočet. Jedním z cílů našeho výzkumu bylo zjištění, jaký způsob mladé lidi oslovuje nejvíce nebo je nejvíce mládeží vyhledáván a přináší efektivně žádané informace. Pro daný účel bylo vybráno pět možných zdrojů, které jsou podle našich

předpokladů nejvíce využívány ke zjišťování dostupných volnočasových aktivit (viz graf 4). Největším sociálním prostředím jsou pro dospívající mládež opět kamarádi a to ze 42 %.

Graf 5: Za jakým účelem používáte internet?



Zdroj: vlastní výzkum, 2021.

Dospívající mládež ve světě prostoupeném nejmodernější technikou se bez obav se s ní dokáže vypořádat. Jak je patrné z grafu 5, tak až 66 % SOŠ nevyužívá internet pro cílené vyhledávání informací, ale spíše pro zábavu. Tento způsob využití internetu zvolilo také ze 74 % dotazovaných studentů odborných učilišť. Jak ukazuje lineární zobrazení u studentů SOŠ, spíše převládá vyhledávání informací z 34 % na internetu než u studentů SOU z 26 %.

DISKUSE

ODPOVĚDI NA HYPOTÉZY

H1 Vliv sociálního prostředí souvisí se seberealizací dospívající mládeže.

Z grafu 1 plyne, že ovlivňujícím sociálním činitelem při seberealizaci dospívající mládeže jsou nejvíce přátelé. Takto odpovědělo 57 % studentů SOŠ a 59 % SOU. Dále výsledky výzkumu ukazují, že škola se podílí svým vlivem při volbě volnočasových aktivit pouhými 3–7 %. Tento údaj je do jisté míry alarmující. Vzhledem k možnostem, kterými jsou vzdělávací instituce vybaveny je třeba tento údaj nebrat na lehkou váhu. Morální vliv škol je zcela jistě významný a měl by být patrný i v pomoci při rozhodování mladého člověka na rozcestí tohoto druhu, a to minimálně v míře poskytnuté proinformovanosti mládeže doporučujícího charakteru. Na základě provedeného výzkumu byla H1 verifikována.

H2 Vzdělání souvisí se seberealizací dospívající mládeže.

Rozdíly mezi druhy potencionálně vítaných nabídek volnočasových aktivit můžeme vidět v grafu 2, kde je přehledně znázorněn tento podíl s ohledem na vzdělávací zařízení, které respondenti navštěvují. Jak můžeme vidět na výše uvedené prezentaci výsledků výzkumu, nejčastější vítanou nabídkou skupiny studentů SOŠ je činnost z kulturně estetické oblasti, a to 36 %. Studenti SOU by vítali více volnočasové aktivity sportovní, a to 60 %. Nabídku volnočasových aktivit ze sportovní oblasti by oproti předchozím výsledkům preferovalo pouhých 47 % u SOŠ. Z tohoto zjištění jasně vyplývá, že studenti SOŠ preferují volnočasové aktivity z oblasti kulturně estetické a SOU preferují nabídku aktivit spíše z oblasti sportovní, i když provedený výzkum neprokázal tuto souvislost. Na základě provedeného výzkumu byla H2 falsifikována.

ODPOVĚDI NA VÝZKUMNÉ OTÁZKY

VO1 S kým trávíte nejvíce volného času?

Jak uvádí graf 3, kontakt s vrstevníky je jednou z jejich základních potřeb. V žádném případě se nejedná o důkaz nízkého vztahového zázemí v rodině. Většinu jedinců naplňuje sdílení zážitků se svými vrstevníky. Výrazným impulzem pro vyhledávání této společnosti je komparace vnímání věcí a jevů, případně navození pocitu sounáležitosti a jisté sebereflexe v podobě posouzení příslušnosti k určité sociální normě. Skupina vrstevníků poskytuje dospívajícímu příležitost k získání zkušeností v interakci a komunikaci s osobami, které jsou mu rovny, ne nadřazeny jako rodič a učitelé. Na případné utváření osobnosti mládeže má také vliv i celé sociální pozadí a prostředí. Mladí lidé vyrostou a dospějí až příliš rychle, ale dobrá zpráva je, že v životě dětí vždy zůstává místo pro rodiče. Rodiče nikdy nebudou zbyteční. Dospívající, kteří dle nezávislých výzkumů trávili více času s členy rodiny a méně času s vrstevníky, prokázali méně problémového chování. V porovnání s ostatními problémovými je to necelých 20 %. Také adolescenti, kteří svěřují své osobní problémy dospělým, nikoli vrstevníkům, vykazovali nižší tendenci k problémovému chování a mají účast pouhých 14 % ze všech problémových adolescentů. Výsledky tedy jednoznačně podporují vztah mezi rodinným sociálním prostředím a problémovým chováním.

VO2 Z jakého zdroje se nejčastěji informujete o nabídce volnočasových aktivit?

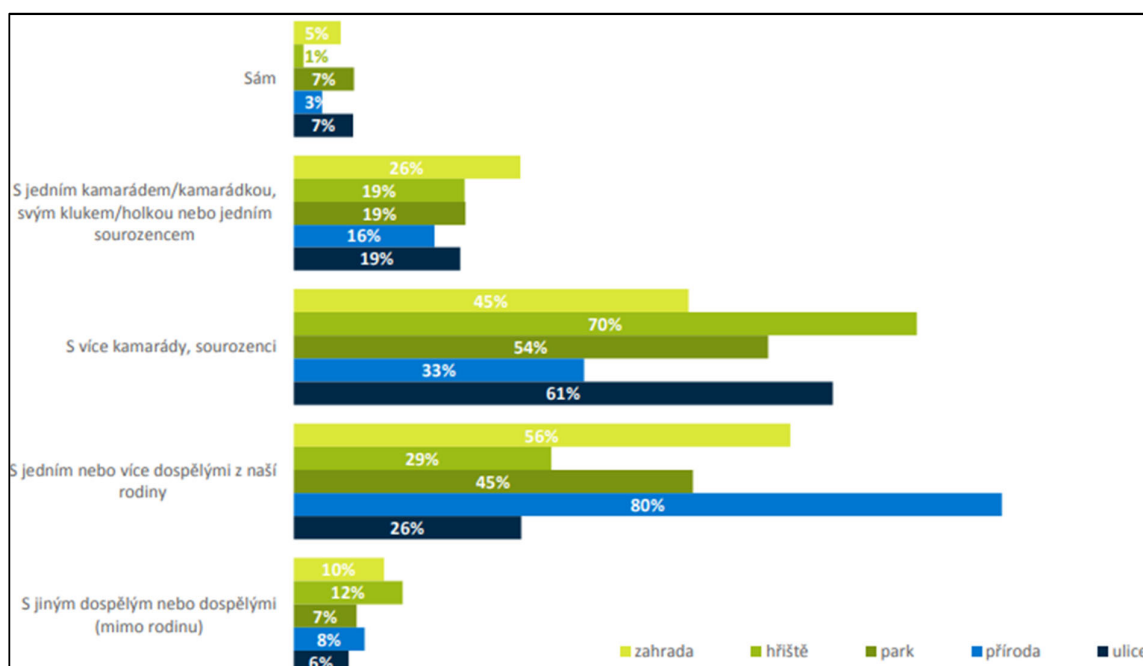
Jak vidíme ve výše uvedeném grafu číslo 4, je nejvyužívanějším způsobem, reference od přátel. Tuto možnost využívá 42 % studentů odborných škol a 37 % studentů odborných učilišť. Nejméně využívanou formou získávání informací o možných nabízených volnočasových aktivitách je tisk a pouliční propagace, a to opravdu v řádech jednotek procent v úhrnu obou skupin 6 %.

VO3 Za jakým účelem používáte internet?

Doslova fenoménem naší doby je internet. Přístup k nejrůznějším datům na internetu je prakticky omezen jen technickými možnostmi a zájmem uživatele. Jedná se o nepřeborné možnosti druhů poznávání světa a druhů zábavy. Dnes je internet již nepostradatelnou součástí našeho života a zůstává jen na každém z nás, jak tento nástroj použijeme (viz graf 5). Stoupá důležitost internetu a dalších sociálních komunikačních nástrojů v životě dětí a mládeže. Dalo by se bez obav říci, že se dnes svou podobou internet stal z jedním nejdůležitějším socializačním nástrojem. Čím je dítě starší, tím spíše se internetu, na rozdíl od televize, nechce vzdát. Mnozí adolescenti si s nejnovějšími počítačovými technologiemi rozumějí lépe než jejich rodiče.

KOMPARACE S JINÝMI VÝZKUMY DOMA A V ZAHRANIČÍ

Graf 6: S kým děti tráví čas venku?

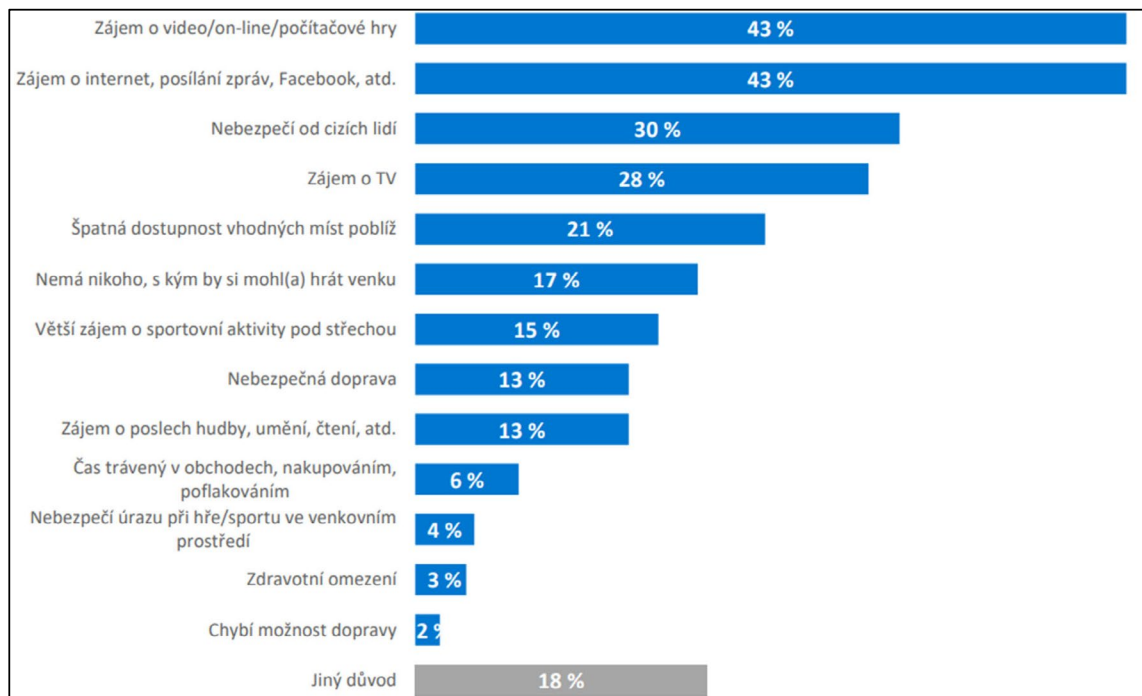


Zdroj: České děti venku: Reprezentativní výzkum, kde a jak tráví děti svůj čas, 2019. s. 44.

Výzkum se zaměřoval na analýzu způsobů trávení volného času dětí ve věku 7–15 let a podrobně se věnoval popisu trávení volného času venku. Kolik času mu děti věnují. Kde, kdy, jak a s kým tráví děti venku svůj čas. Velikost vzorku byla 1515 respondentů ve věku 7–15 let, sběr dat probíhal prostřednictvím samovypňovacího dotazníku vyplňovaného na internetu (CAWI). Výzkum byl reprezentativní pro populaci ČR 7–15 let dle věku a pohlaví dítěte a kraje, velikosti místa bydliště. Dále (viz graf 6) děti ve volném čase nejvíce tráví s kamarády, a to nejvíce na hřišti 70 % nebo na ulici 61 %. Ve srovnání stejné

hledisko z našeho výzkumu (viz graf 1, 3). Informovanost o volnočasových aktivitách, potom vychází z grafu 4.

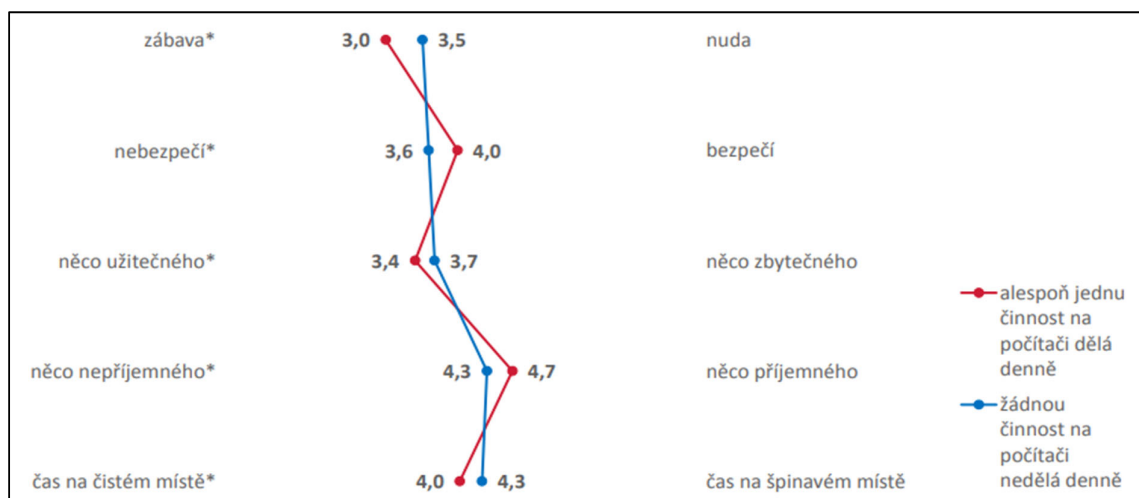
Graf 7: Za jakým účelem používáte internet?



Zdroj: České děti venku: Reprezentativní výzkum, kde a jak tráví děti svůj čas, 2019. s. 51.

Jak ukazuje graf 7 zájem je nejvíce o počítačové hry a posílání zpráv, Facebook a jiné sociální sítě shodně ze 43 %, což potvrdil i náš provedený výzkum (viz graf 5). Vliv času tráveného u médií jako je televize, počítač, chytrý telefon nebo hudební přehrávač na množství času stráveného venku potvrzují i výsledky tohoto výzkumu. Podle nich děti, které tráví více času u obrazovek, jsou v průměru o 83 minut týdně méně na zahradách a o 67 minut týdně méně v přírodě.

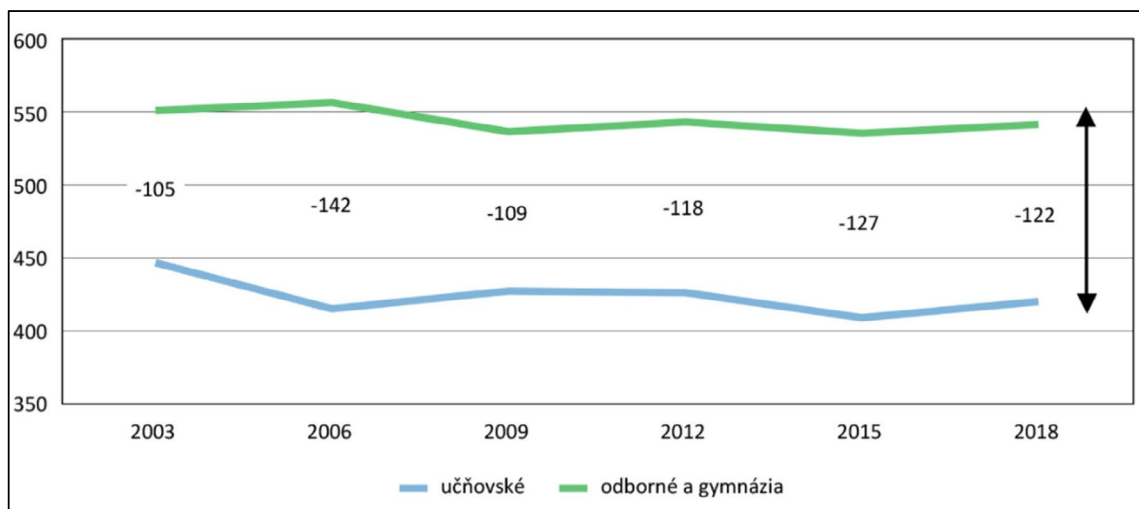
Graf 8: Jak mládež vnímá čas strávený podle činností na počítači.



Zdroj: České děti venku: Reprezentativní výzkum, kde a jak tráví děti svůj čas, 2019. s. 107.

V grafu 8 je navíc znázorněno, jak mládež vnímá čas podle činností na počítači na škále 1 až 7, kde alespoň jednu činnost na počítači dělá denně, což považují za něco příjemného, užitečného, v bezpečí, zábavného a na čistém místě.

Graf 9: Průměrné výsledky studentů učňovského vzdělávání a zbylých odborných škol a gymnázií

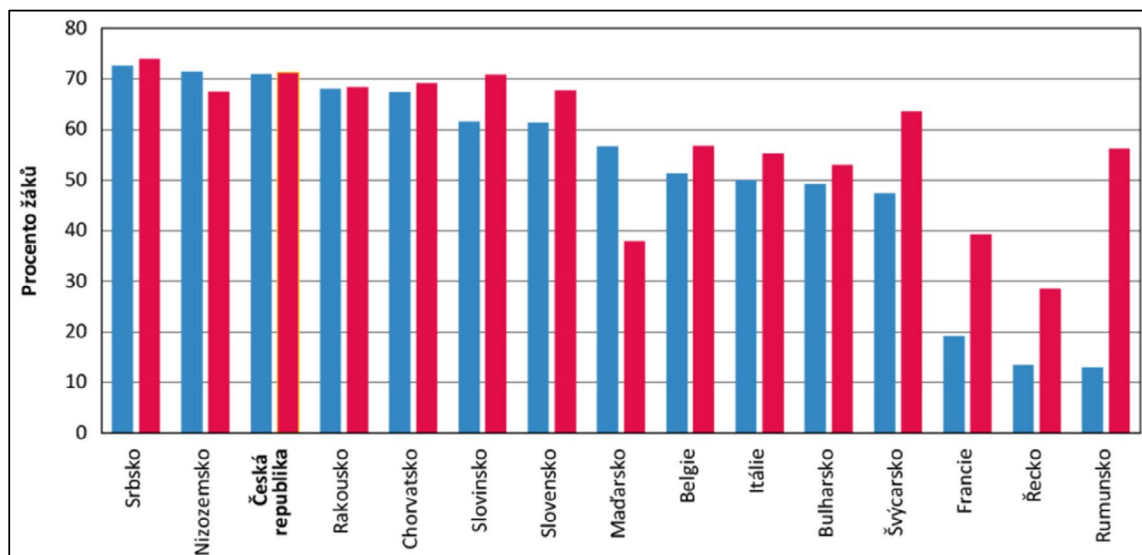


Zdroj: Společenský status učňovského vzdělávání v České republice: vývoj posledních 15 let a srovnání se zahraničím, 2021. s. 35.

Střední odborné školy a gymnázia vykazují lepší průměrné studijní výsledky než studenti středních učňovských škol (viz graf 9). To naznačuje i graf 5, kde studenti SOŠ z 34 %

vyžívají více internet pro vyhledávání informací než jen pro zábavu. Celkově výběrový soubor činil 2300–3900 studentů, dle roku testování v posledních 15 letech.

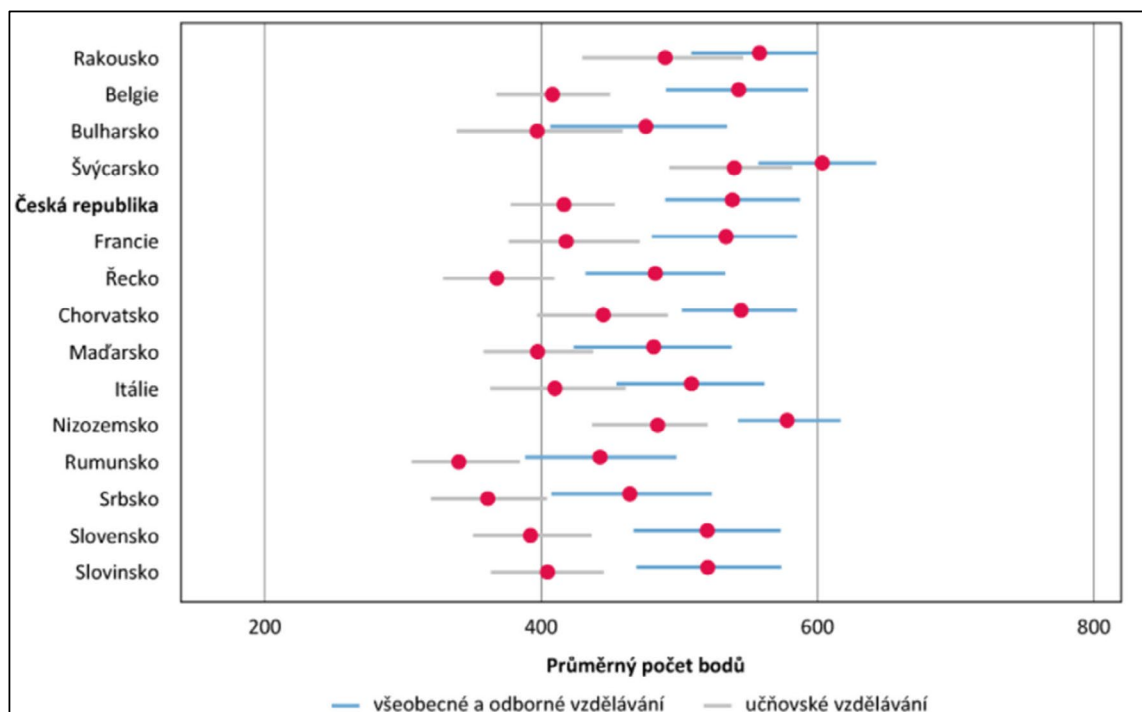
Graf 10: Podíl studentů ve středním odborném (modře) a učňovském vzdělávání (červeně).



Zdroj: Eurostat, 2018. s. 36.

Jak vykazuje graf 10, z 15 zkoumaných zemí jsme za Srbskem a Nizozemskem na třetím místě v podílu studentů SOU a SOŠ, což do budoucna signalizuje zaplnění učňovských a středních odborných škol v České republice a jejich dobrých schopností a kvalit (viz graf 11).

Graf 11: Rozdíly v mediánových gramotnostech studentů učňovského vzdělávání a zbylých odborných škol a gymnázií.



Zdroj: Sleicher, 2019. Mezinárodní šetření PISA. s. 36.

ZÁVĚR

Jak vyplynulo z výzkumu je zřejmé, že vliv sociálního prostředí souvisí se seberealizací dospívající mládeže, kde je zejména v popředí vrstevnická skupina a její obliba. Je tedy nutné více se věnovat volnočasovým aktivitám, vrstevnickým vztahům a jejich významu. Vylepšit složku školního prostředí a obohatit jí o různé složky sociální strategie s cílem stanovit realistické, prosociální normy, vytvořit pozitivní image pro školu a posílit tím výsledky studentů ve formách socializace uvnitř i mimo školu. Celkově se snažit zlepšit školní klima, například experimentální snahou, aby administrátoři ve své škole identifikovali oblasti, které je třeba zlepšit, a vypracovali strategie pro zlepšení klimatu. Delegovat více účasti a kompetencí studentům (školní management, spolupráce mládeže na správě školy, práce ve školních klubech aj.). Dnešní společnost dospívajících je dle zjištěných výsledků orientovaná zejména na materiální hodnoty, konzumní způsob života za pomoci internetu a sociálních sítí, mobilních telefonů bez větších mentálních přesahů do kulturní a etické části života. Je třeba stále hledat, ověřovat a v konkrétních místních podmínkách uplatňovat nové metody a inovace v rámci celkového přístupu školy a spolupráce rodiny. Z naší komparace vyplývá snaha studovat smysluplné obory pro další uplatnění v daném regionu či pokračování mládeže na vysokých školách. Dále vyplynulo, že atraktivita učňovského vzdělávání je pro studenty na velmi nízké úrovni.

Některé podniky si sami vychovávají budoucí zaměstnance, již v průběhu jejich studia v podobě poskytování stipendií (v okrese Český Krumlov je to firma Engl aj.). Je zásadní, aby se dospívající cítili jistí ve svých pocitech a myšlenkách, protože to, čím procházejí, je skutečnou součástí jejich života. Citlivost vůči dospívajícím a skutečnost, že jsou vystaveni celé řadě emocí, je důležitým krokem v porozumění jejich přechodu (hněv, zmatek, žárlivost, nekompatibilní postoje, nechuť k rodičům nebo starším, utajení, vysoká potřeba soukromí atd.). Je jen málo příkladů emocí nebo pocitů, které nemají. Problémové chování vyplývá z jejich neschopnosti náležitě se vypořádat s intenzitou těchto emocí, které vyplývají často z nedostatečně pestré aktivity ve škole či volném čase.

POUŽITÉ ZDROJE

- [1] BLATNÝ, M. et al. 2020. *Osobní pohoda a osobnost v celoživotní perspektivě*. Praha: Academia. ISBN 978-80-200-3064-1.
- [2] BOYCE, W. T. 2019. *The orchid and the dandelion*. New York: Alfred A. Knopf. ISBN 978-1-101-94656-5.
- [3] *České děti venku: Reprezentativní výzkum, kde a jak tráví děti svůj čas*. 2019. [online]. [cit. 16.9.2019]. Dostupné z: <https://znv.npi.cz/2019/09/16/ceske-deti-venku-reprezentativni-vyzkum-kde-a-jak-travi-deti-svuj-cas/>.
- [4] Eurostat. 2018. [online]. [cit. 17.3.2018]. Dostupné z: <https://idea.cerge-ei.cz/studies/spolecensky-status-ucnovskeho-vzdelavani-v-ceske-republice-vyvoj-poslednich-15-let-a-srovnani-se-zahranicim>.
- [5] HÖHNE, S., PALONCYOVÁ, J., ŽÁČKOVÁ, L. 2021. *Metodika indikátorů komplexního výzkumu o situaci rodin s dětmi*. Praha: VÚPSV. ISBN 978-80-7416-408-8.
- [6] JIRÁSEK, I. 2019. *Zážitková pedagogika*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1485-4.
- [7] KORBEL, V., MÜNICH, D. 2021. *Společenský status učňovského vzdělávání v České republice: vývoj posledních 15 let a srovnání se zahraničím*. Praha: Národohospodářský ústav AV ČR. ISBN 978-80-7344-570-6.
- [8] LACA, P., LACA, S. 2020. *Koncept filozofie a etiky v sociální práci*. Příbram: Ústav sv. Jana Nepomuka Neumana. ISBN 978-80-88206-20-0.
- [9] LERNER, R. M. 2014. *The developmental science of adolescence: history through autobiography*. New York: Psychology Press. ISBN 978-18-487-2931-5.
- [10] MATOUŠEK, O. et al. 2020. *Dítě traumatizované v blízkých vztazích*. 2. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1707-7.
- [11] MIŠOVIČ, J., VACEK, L. 2019. *Generační vnímání života naší společnosti*. Praha: Petrklíč. ISBN 978-80-7229-703-0.
- [12] NEUBAUER, J., SEDLAČÍK, M., KŘÍŽ, O. 2016. *Základy statistiky: aplikace v technických a ekonomických oborech*. 2. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5786-5.
- [13] NOWAK, B. 2021. Negligence in the education of children whose parents are serving a custodial sentence. In *Logos polytechnikos*. Jihlava: Vysoká škola polytechnická, č. 2, roč. 12, s. 230-247. ISSN 1804-3682.

- [14] ŘÍČAN, P. 2021. *Cesta životem: vývojová psychologie*. 4. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1783-1.
- [15] SLEICHER, A. 2019. *PISA. Insights and interpretations*. OECD: Publishing. [online]. [cit. 1.7.2019]. Dostupné z: <https://idea.cerge-ei.cz/studies/spolecensky-status-ucnovskeho-vzdelavani-v-ceske-republice-vyvoj-poslednich-15-let-a-srovnani-se-zahranicim>.
- [16] ŠKOVIERA, A. 2021. *Metody resocializační výchovy*. Pardubice: Univerzita Pardubice. ISBN 978-80-7560-347-0.
- [17] TŮMA, J. 2018. *Pedagogika volného času*. Praha: Vysoká škola tělesné výchovy a sportu PALESTRA. ISBN 978-80-87723-43-2.
- [18] ZICH, F., ROUBAL, O. 2014. *Úvod do sociologického výzkumu*. 2. vyd. Praha: Vysoká škola finanční a správní. ISBN 978-80-7408-093-7.

INFLUENCE OF SOCIAL ENVIRONMENT ON SELF-FULFILMENT OF ADOLESCENTS

ABSTRACT

Adolescence and the influence of the social environment have generally gained attention as an important object for the study of current social trends. The increase in the social problems of young people is reflected at the national and local levels, which gives interest in this issue. The aim of the research was to determine the influence of the social environment on self-realization in adolescents. The sample consisted of 268 respondents aged 15-20 of various types of education at the Secondary Vocational School (SOŠ) and the Secondary Vocational School (SOU) Kaplice in the Český Krumlov district. The research took place in the period of 2021, which was preceded by preliminary research. With the help of quantitative research by the method of questionnaire survey, data collection was performed, when the non-standardized questionnaire had 25 questions. Fact-finding research questions have been identified: Who do you spend most of your free time with? From what source do you most often find out about the offer of leisure activities? For what purpose do you use the Internet? To verify hypotheses H1 The influence of the social environment is related to the self-realization of adolescents. H2 Education is related to the self-realization of adolescents. The research used a statistical evaluation of the chi-square test with 95% ($\alpha = 0.05$) reliability. The dependence of two word variables on the degree of tightness was verified using Cramer's contingency coefficient. In the discussion, research questions and hypotheses were answered, where a comparison was made. The most influential social factors in the self-realization of adolescents are friends.

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

doc. PhDr. Jiří Tůma, Ph.D.
Vysoká škola zdravotnictví a sociální práce sv. Alžbety
Detašované pracoviště Praha
Katedra sociální práce
Roháčova 1305/66, 130 00 Praha 3 – Žižkov

Střední odborná škola a Střední odborné učiliště Kaplice
Pohorská 86 a Linecká 368, 382 41
Kaplice
e-mail: jirituma@centrum.cz

Mgr. Jiří Růžička
Vysoká škola zdravotnictví a sociální práce sv. Alžbety
Detašované pracoviště Praha
Katedra sociální práce
Roháčova 1305/66, 130 00 Praha 3 – Žižkov
e-mail: ragazzo@centrum.cz

Furthermore, the results of the research show that the school has little influence in the choice of leisure activities. This is somewhat alarming. Based on the performed research, H1 was verified. Secondary school students prefer leisure activities in the field of cultural-aesthetic and SOU prefer the offer of activities in the field of sports, although the research has not proved this connection. Based on the research, H2 was falsified. Young people prefer to spend more free time with peers, friends and partners than with family. Information about leisure activities, then draw from friends. The importance of the Internet, mobile phones and social networks is growing in the lives of children and young people, who use these tools more and often better than their parents.

KEYWORDS:

adolescence, social environment, secondary school youth, self - fulfilment, leisure time

VÝPOMOC STUDENTŮ FZS UPCE V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH BĚHEM PANDEMIE COVID-19 V KONTEXTU INSTITUTU PRACOVNÍ POVINNOSTI

ADÉLA MICHKOVÁ
ZDENĚK ČERMÁK
UNIVERZITA PARDUBICE

ABSTRAKT

Pracovní povinnost studentů zdravotních a sociálních oborů byla nedílnou součástí opatření, která v loňském i letošním roce opakovaně přijímala vláda v důsledku pandemie COVID-19 k tomu, aby poskytovatelé zdravotních a sociálních služeb dokázali lépe zvládat situace spojené s karanténními úbytky personálu v přímé péči stejně tak jako s nárustem pacientů – klientů, kteří museli být v důsledku nákazy izolováni a často vyžadovali specializovanou ošetrovatelskou a sociální péči.

Náš příspěvek předkládá část výsledků výzkumu, který byl na FZS UPCE k tomuto tématu realizován. Příspěvek představuje míru a formu zapojení studentů do výpomoci vč. rozsahu využití institutu pracovní povinnosti, a sleduje, jak studenti hodnotili informace, které jim byly o výpomoci a pracovní povinnosti poskytovány.

Výzkumný design byl kvantitativní, kdy jsme využili možnosti online sběru dat dotazníkem vlastním tvorby. Výzkumný soubor byl tvořen studenty nelékařských zdravotnických oborů, jichž se v r. 2020 týkala pracovní povinnost ve vybraných sociálních službách (n = 286).

Získané výsledky mohou přispět k diskuzi nad zapojením studentů do výpomoci v obdobných krizových situacích v budoucnosti.

KLÍČOVÁ SLOVA:

COVID-19, nelékařský zdravotnický personál, sociální služby

ÚVOD

Pandemie COVID-19 již více než 18 měsíců významně zasahuje a i dále zasahovat bude jak do života jednotlivců a rodin, tak do fungování všech institucí a do běhu společnosti obecně. Zátěž, kterou kladla a stále klade na pomáhající profese, není srovnatelná s žádnou jinou situací z posledních let. Z těchto pomáhajících profesionálů pak během všech jejích vln nesou největší díl zátěže zdravotníci a pečující profese ve zdravotnických zařízeních a sociálních službách. Jednou z cest, jak tuto zátěž zmírnit, bylo i zapojení mladých lidí, studujících vybrané obory v rámci pomáhajících profesí, do zajištění chodu těchto zařízení a služeb.

Tento text popisuje rámeček, charakter a rozsah výpomoci studentů v sociálních službách. Věnuje se také subjektivnímu pohledu studentů na tuto výpomoc a na informace, které o ní v jednotlivých obdobích měli. Výzkum, z něhož čerpáme, je samostatným segmentem rozsáhlejšího výzkumu, který se věnoval souhrnně nejrůznějším aspektům zapojení studentů Fakulty zdravotnických studií Univerzity Pardubice (dále jen FZS UPCE) do výpomoci ve zdravotnictví a v sociálních službách v r. 2020.

V roce 2020 byla výpomoc studentů v sociálních službách realizována dvěma způsoby, a to buď individuálními dohodami mezi poskytovateli sociálních služeb a studenty v rámci pracovních vztahů dle Zákona č. 435/2004 Sb., a nebo v rámci institutu tzv. pracovní povinnosti, která byla ukotvena v Zákoně č. 240/2000 Sb. (krizový zákon), na nějž navazovala příslušná usnesení vlády. Mechanismus realizace pracovní povinnosti byl pak pro sociální služby dále rozpracován v Doporučeném postupu MPSV č. 5/2020, resp. č. 15/2020 (pro podzimní období). Tímto postupem ministerstvouložilo sociálním službám povinnost poskytovat součinnost při monitoraci personálního obsazení vybraných sociálních služeb. Podle tohoto postupu měly sociální služby hlásit personální výpadky způsobené nákazou COVID-19 Krajským úřadům a hlavnímu městu Praha. Krajské úřady a hlavní město Praha si měly od vysokých škol vyžádat seznamy studentů, kterých se dotýkala pracovní povinnost podle aktuálně platných vládních usnesení, a následně měli hejtmani a primátor hlavního města Praha rozhodnout pracovním příkazem o zařazení studentů do vybraných sociálních služeb, čímž měl být vyřešen personální výpadek. V tabulce č. 1 předkládáme přehled vládních usnesení, okruh služeb a studentů, kterých se tato opatření týkala.

Tabulka č. 1: Přehled usnesení vlády k pracovní povinnosti studentů v sociálních službách

Usnesení vlády ze dne 13. března 2020 č. 207 Pracovní povinnost v zařízeních sociálních služeb	Studenti připravující se na výkon povolání podle § 110 odst. 4 písm. a) a b) zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, a studentům středních škol v oborech vzdělání podle přílohy č. 4 vyhlášky č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.
Usnesení vlády ze dne 12. října 2020 č. 1023 Pracovní povinnost ve zdravotních službách a vybraných pobytových sociálních službách	Studenti připravující se na výkon lékařského a nelékařského zdravotnického povolání v souladu se zákonem č. 95/2004 Sb. a 94/2004Sb. Zejména poslední ročníky.
Usnesení vlády ze dne 12. října 2020 č. 1027 Pracovní povinnost v sociálních službách a zařízeních pro děti vyžadující okamžitou pomoc (ZDVOP)	Stejně jako usnesení 207/2020 mimo studenty právních oborů.

Jak uvádí Kopecký (2021), výše uvedený postup uplatnění pracovní povinnosti byl pro poskytovatele i studenty značně nekomfortní. Komplikací dle něj byla přílišná stručnost zákonné úpravy v krizovém zákoně, zmatek a turbulence ve vládních opatřeních (například v situaci, kdy vláda nařídila pracovní povinnost studentům práva či psychologie, kteří nejsou ani vzdáleně připravováni na poskytování přímé péče), nejednotná praxe krajů v nařizování pracovní povinnosti ve zdravotních a sociálních službách a především upozorňuje na to, že vyhlášení pracovní povinnosti v takovém rozsahu, který byl realizován po dobu trvání pandemie, jde proti smyslu v té době platného krizového zákona, který předpokládal maximálně lokální využití krátkodobých forem pracovní povinnosti. V praxi se tedy ukázalo, že jako efektivnější a častěji využívanější formou výpomoci byla výpomoc dobrovolná na základě dohod o provedení práce. To se potvrdilo nejen v sociálních, ale také ve zdravotnických službách, kdy ke 4. 11. 2020 pracovalo ve zdravotnických službách 3291 mediků a z toho 895 na základě pracovního příkazu (Marx, 2020).

METODIKA VÝZKUMU

Cílem příspěvku je nabídnout odpovědi na dva okruhy otázek vztahující se k zapojení studentů nelékařských zdravotnických profesí (dále jen NLZP) studovaných na FZS UPCE do výpomoci v sociálních službách během pandemie COVID-19: a) V jakém rozsahu a jakým způsobem byli studenti v r. 2020 zapojeni do výpomoci v sociálních službách? b) Jak tito studenti vnímali a hodnotili poskytované informace o potřebě zapojení do výpomoci?

První okruh otázek byl zacílen na “tvrdá” data týkající se faktického zapojení studentů v sociálních službách během uvedeného období, ať už šlo o jejich počet, objem odpracovaného času, obsazované pozice či vykonávané činnosti. Druhý okruh otázek byl věnován subjektivnímu hodnocení informací poskytovaných studentům o možnosti výpomoci / pracovní povinnosti. Zajímalo nás nejen to, z jakých zdrojů informace čerpali a nakolik je považovali za přiměřené, ale i to, zda pro ně byly srozumitelné a zda studenti odlišovali, jaký “režim zapojení” se na ně vztahuje (tj. nařízená pracovní povinnost vs. dobrovolná výpomoc).

Samotnému výzkumnému šetření realizovanému napříč všemi bakalářskými studijními programy studovanými na FZS UPCE (tj. Porodní asistentka, Radiologický asistent, Všeobecná sestra, Zdravotně-sociální pracovník a Zdravotnický záchranář) předcházela předvýzkum ve formě 3 rozsáhlých kvalitativně zpracovaných rozhovorů se studenty různých studovaných oborů zapojenými do výpomoci, z nichž byly následně generovány oblasti zkoumání, mezi nimiž samostatný kompaktní celek tvořila dvojice výše uvedených výzkumných otázek.

Pro následné výzkumné šetření byl zvolen kvantitativní design a byl vytvořen online dotazník vlastní konstrukce, který byl studentům distribuován ve dvou vlnách, vždy po ukončení platnosti mimořádného opatření týkajícího se nařízené pracovní povinnosti v jarním a následně v podzimním období r. 2020. Před distribucí byl dotazník pilotně ověřován a na základě tohoto ověření byla původní verze aktualizována.

Dotazník byl zpracován a data byla ukládána v online výzkumném nástroji LimeSurvey, následné zpracování dat proběhlo v programu SPSS Statistic 24.

S žádostí o zapojení do výzkumu byli osloveni studenti všech bakalářských oborů v denní formě studia, u nichž se nařízená pracovní povinnost v sociálních službách týkala alespoň jednoho z ročníků. Z celkového počtu 712 oslovených studentů (základní soubor) se do výzkumného šetření zapojilo a dotazník platně vyplnilo 286 z nich, tj. návratnost činila 40,17 %. Ve výzkumném souboru byli zastoupeni studenti všech tří ročníků všech výše uvedených studijních programů (viz tab. č. 2). Vzhledem k povaze výzkumu nebyly další demografické charakteristiky výzkumného souboru sledovány.

Tabulka č. 2: Struktura výzkumného souboru

Studijní program	1. roč.	2. roč.	3. roč.	Celkem
Porodní asistentka	12	19	11	42
Radiologický asistent	12	20	9	41
Všeobecná sestra	31	21	29	81
Zdravotně-sociální pracovník	23	17	19	59
Zdravotnický záchranář	24	20	19	63
Celkem	102	97	87	287

VÝSLEDKY A DISKUZE

Jak již bylo zmíněno v úvodu, institut pracovní povinnosti byl nastaven nejednotně nejen v jednotlivých obdobích jeho vyhlášení, ale také rozdílně pro zdravotnická zařízení a rozdílně pro sociální služby. Studenti NLZP, na něž dopadala pracovní povinnost ve vybraných sociálních službách, byli současně povoláni k pracovní povinnosti do zdravotnických zařízení. Specifickou skupinou byli pak studenti oboru zdravotně-sociální pracovník, na které se v obou sledovaných obdobích současně vztahovala dvě různá usnesení vlády a to usnesení č. 207/2020 a současně 220/2020 v jarním období a následně usnesení č. 1023/2020 a č. 1027/2020 v podzimním období, přičemž nebylo známo, jak řešit situaci u studentů/tek, kteří by byli zároveň povoláni do sociálních i zdravotních služeb.

Do některé z forem výpomoci ve zdravotnických zařízeních či sociálních službách se zapojilo 195 studentů, tj. 68,20 % výzkumného souboru, přičemž jen 56 studentů, tj. 19,58 % výzkumného souboru působilo v sociálních službách. Jak je patrné z tab. č. 3, výpomoc byla v sociálních službách směřována většinou do pobytových služeb, zatímco terénní služby byly touto výpomocí studentů saturovány výrazně méně.

Tabulka č. 3: Služby

Služby	Absolutní četnost	Relativní četnost
Nezapojili se do výpomoci	91	31,82 %
Zdravotnické služby	139	48,60 %
Pobytové sociální služby pro osoby se sníženou soběstačností	42	14,69 %
Terénní služby pro osoby se sníženou soběstačností	5	1,75 %
Služby pro osoby bez přístřeší	2	0,70 %
Jiné	7	2,45 %
Celkem	286	100%

Uvedená disproporce ve výpomoci v pobytových a terénních službách je tak výrazná, že si ji dovoluujeme nabídnout k diskuzi, ačkoliv tato studie (ani jiné dostupné zdroje) k ní nepřináší podrobnější data. Podle našeho názoru může být situace spojená s nízkou mírou výpomoci studentů v terénních službách dána tím, že zapracovat studenta v terénu může být pro poskytovatele složitější než v zařízení pobytového typu, kde by mohl pracovat pod dohledem kmenového personálu. Problematická je také otázka důvěry klienta k poskytovateli, jehož zaměstnance pouští do prostředí svého obydlí, komplikované by mohlo také být vykazování fakturovatelných úkonů za poskytovanou péči poskytovatelem, který ji realizuje prostřednictvím studenta s nařízenou pracovní povinností (a nikoliv svého zaměstnance, s nímž má uzavřen pracovní poměr). Na druhou stranu terénní, stejně tak jako pobytové služby byly zasaženy karanténími opatřeními na straně kmenového personálu, což vedlo například u pečovatelských služeb v řadě případů k omezení poskytovaných služeb na méně než je zákonné minimum a to v souladu s Doporučeným postupem MPSV 3/2020. Tuto situaci vnímáme jako zvláště závažnou s ohledem na možnosti a potřeby neformálních pečujících, kteří museli “suplovat” část péče, kterou pro jejich blízké běžně obstarávaly právě pečovatelské služby (spolu s dalšími nároky, které na ně byly kladeny). MPSV k tomuto vydalo doporučení č. 16/2020. V rámci tohoto doporučení zavedlo pro terénní služby sociální péče covidový semafor a uložilo sociálním pracovníkům na obcích povinnost monitorovat případné omezení služeb jednotlivých pečovatelských služeb v jejich správním obvodu a zároveň také povinnost poskytovat neformálním pečujícím poradenství v oblasti saturování výpadku služby (nejčastěji doporučením využití služeb jiného poskytovatele na přechodnou dobu).

U podsouboru studentů, kteří se do výpomoci zapojili (ať už v sociálních službách či zdravotnických zařízeních), jsme sledovali, na jakém smluvním základě bylo toto zapojení realizováno. Z tab. č. 4 je patrné, že jednoznačně dominuje pracovní smlouva či dohoda o pracích konaných mimo pracovní poměr, tj. dohoda o provedení práce či dohoda o pracovní činnosti. Jednalo se tedy o činnost v rámci pracovně-právního vztahu mezi konkrétním studentem a konkrétním zařízením či službou. Dle získaných dat studenti strávili výpomocí v průměru 251 hod. Ve srovnání s mediky například 2. Lékařské fakultě Univerzity Karlovy se jedná o podobný výsledek. Zde se do výpomoci zapojilo 320 mediků z nich 20 na základě pracovního příkazu. Zbylí se účastnili na základě pracovně-právních vztahů (Marx, 2020).

Tabulka č. 4: Na základě čeho byla výpomoc realizována

Typ spolupráce	Absolutní četnost	Relativní četnost
Jiné	2	1,03 %
Na základě dobrovolnické smlouvy	5	2,56 %
Na základě pracovní smlouvy/DPP/DPČ	159	81,54 %
Na základě smlouvy o odborné praxi	18	9,23 %
Na základě vydaného rozhodnutí o nařízení pracovní povinnosti	11	5,64 %
Celkem	195	100 %

V sociálních službách vypomáhající studenti (n = 56) byli nejčastěji přijímáni na pozici pracovníka v sociálních službách (57,1 %), dále pak na pozici praktické sestry (ti, kteří měli odpovídající vzdělání; 12,5 %) a nižšího zdravotnického personálu (10,7 %). Ostatní pozice (pomocný personál, aktivizační pracovník aj.) se objevovaly ojediněle. Uvedeným pozicím odpovídala i převažující náplň práce při výpomoci, kterou byla zcela jednoznačně přímá obslužná péče (viz. tabulka č. 5). S ohledem na převládající náplň práce zapojených studentů do výpomoci považujeme za nutné podotknout, že institut nařízené pracovní povinnosti podle usnesení zmíněných v tabulce č. 1 postrádal věcný smysl a do jisté míry mohl být pro klienty sociálních služeb i ohrožující. Studenti například oborů sociální pedagogika, veřejná správa, speciální pedagogika, psychologie, sociální práce, ale i v případě našich studentů zdravotně-sociální práce nejsou v rámci studijních plánů ani z pohledu zákonných kompetencí připravováni na výkon přímé péče ani nezískávají kompetence pracovníka v sociálních službách na rozdíl například od mediků, kteří po 4 semestrech studia získávají kompetence k výkonu povolání Ošetřovatel (srov. Zákon č. 108/2006 Sb., Zákon č. 94/2004 Sb.). Realita vládních usnesení byla tedy taková, že jejich prostřednictvím byla nařízena pracovní povinnost nekvalifikovaným studentům často z nepříbuzných oborů s ohledem na charakter vykonávané činnosti přímo na pracovištích. S vědomím toho Fakulta zdravotnických studií, Univerzity Pardubice realizovala kurz základních ošetřovatelských dovedností pro studenty programu Zdravotně-sociální pracovník. Podobné kurzy např. pro mediky, ale i laickou veřejnost organizoval také Český Červený kříž v rámci 8 h kurzu s názvem „Minikurz péče o seniory a nemocné“.

Tabulka č. 5: Vykonávané činnosti

Typ činnosti (více možných odpovědí)	Absolutní četnost	Relativní četnost
Přímá obslužná péče	41	73,21 %
Ošetřovatelské úkony	21	37,50 %
Činnosti spojené se sociálním poradenstvím	15	26,78 %
Vstupní monitoring (měření teploty, dotazování)	13	23,21 %
Pomocné práce, nekvalifikovaná činnost	12	21,43 %

Z dat získaných výzkumem vyplývá, že institut nařízené pracovní povinnosti hrál v saturaci zdravotních a sociálních služeb pracovníky z řad studentů pouze okrajovou roli. Ze studentů, kteří se do výpomoci reálně zapojili, jich pouze 11 (tj. 5,6 % souboru) nastoupilo na základě rozhodnutí o nařízení pracovní povinnosti (viz tab. č. 4).

Ani při zprostředkování kontaktu konkrétního zařízení s konkrétním studentem neměl nařízený mechanismus pravděpodobně zvlášť výrazný efekt. Krajské úřady v regionech, v nichž působili respondenti, se do zprostředkování výpomoci zapojovaly minimálně či se zpožděním, resp. pokud již studenty oslovily, tak často ty, kteří již byli ve výpomoci zapojeni především díky vlastní iniciativě či díky spolupráci navázané se zařízeními již dříve. Konkrétně data ukazují toto: do výpomoci bylo zapojeno 195 studentů, vyhlášená

pracovní povinnost se vztahovala na 96 z nich (viz kap. Metodika), osloveno krajským úřadem bylo 36 studentů, z nichž 30 již v době oslovení někde vypomáhalo, pouze 6 studentů nastoupilo pracovní povinnost na základě povolání krajským úřadem (a dalších 5 pak mělo nařízenou pracovní povinnost, ale kontaktovalo je přímo konkrétní zařízení).

Tabulka č. 6: Způsob kontaktování student - zařízení

Způsob oslovení	Absolutní četnost	Relativní četnost
Aktivně jsem toto zařízení oslovil/a	62	31,79 %
Byl/a jsem osloven/a přímo zařízením	24	12,31 %
Se zařízením jsem byl/a v kontaktu již dříve	73	37,44 %
Zprostředkováno jinou institucí (oslovil mě Krajský úřad, Magistrát...)	6	3,08 %
Zprostředkováno školou	30	15,38 %
Celkem	195	100,0 %

Vyhlášení nouzového stavu bylo doprovázeno nejen nařízením pracovní povinnosti, ale i mnoha dalšími opatřeními, a informace o vývoji pandemie a aktuálních nařízeních dočasně ovládly mediální prostor. V souvislosti s výpomocí se jeví jako klíčové, zda studenti obdrželi včas informace o možnosti a potřebě zapojení do výpomoci, příp. o tom, že právě jich se týká vyhlášená pracovní povinnost, a informace s tím související (např. aktuální režim výuky či řešení absence na online výuce z důvodu výpomoci).

Výzkum ukazuje, že studenti byli poměrně dobře saturováni informacemi. Převážná většina studentů (85,73 %) správně uvedla, zda se na jejich konkrétní osobu vztahuje či nevztahuje pracovní povinnost (s ohledem na studovaný obor a ročník studia). Tři čtvrtiny studentů uváděly, že tyto informace jim poskytla škola; zbylá čtvrtina pak čerpala informace z médií. Studenti, kteří zaznamenali informace pouze z médií, subjektivně hodnotili jejich kvalitu hůře než studenti, kteří zaznamenali informace poskytnuté školou (mailem, vyvěšením na intranetu apod.). Kriticky hodnotili především srozumitelnost informací o pracovní povinnosti.

Pro podzimní období (druhá etapa šetření – viz kap Metodika) byl dotazník rozšířen o několik otázek týkajících se informací o aktuálních možnostech výpomoci (nejen pracovní povinnosti pro studenty, kterých se týkala) a dále o oblast podpory ze strany školy (subjektivní vnímání studenty). Data ukazují, že informace o možnostech výpomoci studentům rovněž zprostředkovávala především škola (uvedlo 65,9 % respondentů), dále pak sledovali poptávku v médiích a na sociálních sítích (43,2 %); čtvrtina studentů uvedla oba tyto zdroje. Pouze 5,3 % respondentů uvedlo, že neměli k dispozici žádné informace o možnostech výpomoci. Subjektivně hodnotili studenti přiměřenost velmi dobře, a to jak v případě informací ze školy (za přiměřené považovalo informace 90,2 % respondentů), tak z médií a sociálních sítí (87,5 % respondentů).

Spolu s informacemi škola poskytovala studentům rovněž podporu v zapojení do výpomoci. Odpověď “rozhodně ano” či “spíše ano” na dotaz, zda je dle jejich názoru škola podporovala v zapojení do výpomoci, uvedlo souhrnně 72,6 % studentů (viz tab. č. 7).

Tabulka č. 7: Subjektivní vnímání podpory ze strany školy

Škola mne podporovala ve výpomoci	Absolutní četnost	Relativní četnost
Nedokážu posoudit	31	11,78 %
Rozhodně ano	56	21,29 %
Spíše ano	135	51,34 %
Spíše ne	33	12,55 %
Rozhodně ne	8	3,04 %
Celkem	263	100 %

Na konkrétní kroky školy, které vnímali jako podpůrné či které považovali za překážku v zapojení do výpomoci, byli studenti dotazováni otevřenými otázkami. K podpůrným krokům se vyjádřilo 114 respondentů. Z následné analýzy jejich odpovědí vzešlo 5 základních kategorií, v nichž respondenti podporu školy vnímali. Nejvýznamněji podporu studenti pocítovali v oblasti plnění studijních povinností (zmíněno 40x), kde vnímali vstřícnost vyučujících při úpravách rozvrhů a posunech termínů, stejně tak oceňovali úpravu formálních nároků pro splnění konkrétních předmětů. Další významnou kategorií bylo výše již zmíněné zprostředkovávání informací o aktuální situaci a poptávkách po výpomoci (zmíněno 32x). Část studentů oceňovala pochopení a individuální podporu vyjadřovanou konkrétními pedagogy (uváděli jmenovitě) jak během výuky, tak při konzultacích či e-mailové komunikaci (25x). Pozitivně studenti rovněž hodnotili ochotu pedagogů poskytovat materiály ke studiu v alternativních podobách (nahrávky přednášek, prezentace, webináře...; zmíněno 22x) a jako podporu a motivaci současně vnímali možnost propojit výpomoc a výkon povinné odborné praxe (14x).

Kroky školy, které vnímali jako překážku při zapojení do výpomoci, formulovalo 95 studentů. Stejně jako u podpory, i zde byla nejčastějším tématem oblast plnění studijních povinností. 65 studentů reflektovalo nepřiměřenost požadavků některých vyučujících (především ve smyslu neomluvení neúčasti na výuce v době, kdy vypomáhali) a náročnost rozvrhu, 14 respondentů hodnotilo jako neadekvátní podmínky splnění předmětu (vypracování seminárních prací za absenci apod.) či nepřizpůsobení termínů zkoušek jejich možnostem. 10 studentů sdílelo negativní zkušenost s nedostatkem studijních materiálů poskytovaných pedagogy a neochotou pedagogů nahrávat online přednášky pro pozdější použití. Komplikace spojené s plněním podmínek odborné praxe vnímalo jako překážku ze strany školy 11 studentů a 9 studentů označilo jako překážku ne-podporu ze strany některých vyučujících (nezájem, neochota, neocenění, nedůvěra).

U obou položek, tj. u podpory i překážek, byly odpovědi rozloženy v celém spektru respondentů, nelze říct, že by některé z nich byly navázány na konkrétní podsoubor respondentů dle studovaného oboru či ročníku. Zatímco v kladných hodnoceních byla zmiňována fakulta jako celek a vyzdvižována jména konkrétních pedagogů (od koho vnímali podporu), v kritických připomínkách studenti zdůrazňovali, že šlo o “některé” pedagogy, jmenovitě však neuváděli. V jejich výpovědích se však vyskytovaly konkrétní výroky těchto kritizovaných vyučujících (reprodukováno respondentem). Tento trend jsme u kladných vyjádření nezaznamenali.

ZÁVĚR

Cílem našeho příspěvku bylo přinést odpovědi na dvě výzkumné otázky. V kontextu první otázky “V jakém rozsahu a jakým způsobem byli studenti v r. 2020 zapojeni do výpomoci v sociálních službách?” Náš výzkum přinesl informace o tom, že studenti Fakulty zdravotnických studií, Univerzity Pardubice byli z větší části zapojeni do zdravotních služeb. V sociálních službách vypomáhalo necelých 20 % studentů, kteří se zapojili do výzkumu. V charakteru služeb, ve kterém studenti vypomáhali převládaly pobytové služby sociální péče. Převážná část studentů se zapojila do výpomoci na základě dobrovolné dohody s konkrétním poskytovatelem sociálních nebo zdravotních služeb, a to na základě dohod konaných mimo pracovní poměr. Na základě pracovního příkazu bylo do výpomoci zapojených necelých 6 % respondentů. Převážná část úkonů, kterou studenti ve službách prováděli, byly úkony spojené s poskytováním přímé péče nebo ošetrovatelských úkonů. S ohledem na to jsme upozornili na problematické zapojení nekvalifikovaných studentů z oborů jako sociální práce, v našem případě zdravotně-sociální práce, ale také sociální nebo speciální pedagogika, kteří narozdíl od mediků nebo studentek ošetrovatelství nejsou v rámci studijních plánů připravováni na poskytování přímé péče nebo ošetrovatelských úkonů.

V kontextu druhé výzkumné otázky “Jak tyto studenti vnímali a hodnotili poskytované informace o potřebě zapojení do výpomoci?” náš výzkum přinesl informace o tom, že studenti byli dobře informováni o tom, zda se na ně vztahuje pracovní povinnost. Jejich vlastní aktivita však předběhla systém a většina studentů sama oslovila služby, do kterých následně nastoupila na výpomoc nebo již s těmito službami byla v předchozím kontaktu. Nezastupitelnou roli ve zprostředkování informací hrála také škola či média. Přiměřenost poskytovaných informací hodnotili studenti adekvátně. V rámci výzkumu také hodnotili také podporu ze strany školy. V odpovědích na otevřené otázky se vyjadřovali především tak, že za podporu považovali vstřícnost a pochopení vyučujících, flexibilní poskytování studijních materiálů, možných změn v atestacích, ale také právě zprostředkování informací o možnostech zapojení do výpomoci. Pokud se jednalo o překážky na straně školy, která znesnadňovala studentům možnost jejich zapojení do výpomoci, jednalo se nejčastěji o neochotu vyučujících omlouvat absenci ev. její nahrazování zpracováním seminární práce. Ojedinele se objevovali potíže s plněním praxe atp.

Závěrem našeho příspěvku bychom rádi sdělili, že náš výzkum má jeden podstatný limit, kterým je fakt, že se realizoval pouze mezi studenty Fakulty zdravotnických studií, Univerzity Pardubice, i tak jsme ale přesvědčeni o tom, že mohl přinést cenné informace o tom, s jakou realitou se studenti při poskytování výpomoci v sociálních službách mohli setkat, a to obzvláště ti, kteří nejsou primárně připravováni pro poskytování ošetrovatelské péče (v našem případě studenti programu Zdravotně-sociální pracovník). Za zásadní zjištění považujeme také fakt, že nejen náš výzkum, ale i data z jiných pracovišť poukazují na to, že praxe si tzv. umí pomoci v případě nouzové situace sama, o čemž svědčí zejména poměrové zastoupení nařízené pracovní povinnosti a sjednaných dohod mimo pracovní poměr. Ochoty studentů nastoupit na výpomoc dobrovolně bez pracovního příkazu v tak složité době jakou nyní stále všichni prožíváme si velmi ceníme.

POUŽITÉ ZDROJE

- [1] ČESKÁ REPUBLIKA, 2000. Zákon č. 240/2000 Sb.: Zákon o krizovém řízení a o změně některých zákonů (krizový zákon). In: . Praha: Poslanecká sněmovna ČR, 73/2000, číslo 2000. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2000-240>
- [2] ČESKÁ REPUBLIKA, 2004. Zákon č. 435/2004 Sb.: Zákon o zaměstnanosti. In: . Praha: Poslanecká sněmovna ČR, 143/2004. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-435>
- [3] ČESKÁ REPUBLIKA, 2004. Zákon č. 95/2004 Sb.: Zákon o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních). In: . Praha: Poslanecká sněmovna ČR, 30/2004. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-95>
- [4] ČESKÁ REPUBLIKA, 2004. Zákon č. 96/2004 Sb.: Zákon o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních). In: . Praha: Poslanecká sněmovna ČR, 30/2004. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-96>
- [5] ČESKÁ REPUBLIKA, 2006. Zákon č. 108/2006 Sb.: Zákon o sociálních službách. In: . Praha: Poslanecká sněmovna ČR, 37/2006. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>
- [6] ČESKÁ REPUBLIKA, 2020. Doporučený postup č. 15/2020: PRO REALIZACI ULOŽENÍ PRACOVNÍ POVINNOSTI STUDENTŮM PRO ZAJIŠTĚNÍ POSKYTOVÁNÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB A POSKYTOVÁNÍ PÉČE V ZAŘÍZENÍCH PRO DĚTI VYŽADUJÍCÍ OKAMŽITOU POMOC (ZDVOP). In: . Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí. Dostupné také z: https://www.mpsv.cz/documents/20142/1443715/Doporu%C4%8Den%C3%BD+postup+%C4%8D.+15_Pracovn%C3%AD+povinnost+student%C5%AF.pdf
- [7] ČESKÁ REPUBLIKA, 2020. Doporučený postup č. 16/2020: Doporučení pro sociální pracovníky krajských a obecních úřadů při podpoře neformálně pečujících v situaci pandemie COVID-19. In: . Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí. Dostupné také z: https://www.mpsv.cz/documents/20142/1443715/Doporu%C4%8Den%C3%BD+postup+%C4%8D.+16_2020_

EMPLOYMENT OF FZS UPCE STUDENTS IN SOCIAL SERVICES DURING THE COVID-19 PANDEMIC IN THE CONTEXT OF THE INSTITUTE OF WORK DUTY



ABSTRACT

The work duty of students, who are studying medical or social work study programme, was one of the steps taken by the government last year during COVID-19 pandemic. The aim was to enable health and social service providers to manage situations related to quarantine staff redundancies as well as the increase of patients - clients who had to be isolated and often required specialized health and social care.

Our paper presents part of the results of research that was carried out at FZS UPCE on this topic. The paper presents the extent and form of participation of students in help, incl. the extent of the use of the institute of work duty and monitors how students evaluated the information provided to them about help and work duty.

The research design was quantitative, we used the online questionnaire. The research group consisted of students of medical or social work study programmes (n = 286).

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

Mgr. Adéla Michková Ph.D.
Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Průmyslová 395, 532 10 Pardubice 2
e-mail: adela.michkova@upce.cz

PhDr. Mgr. Zdeněk Čermák
Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Průmyslová 395, 532 10 Pardubice 2
e-mail: zdenek.cermak@upce.cz

The obtained results can contribute to the discussion of the participation of students in helping in similar critical situations in the future.

KEYWORDS:

COVID-19, medical staff, social services

TRANSKULTURNÍ OŠETŘOVATELSTVÍ SE ZAMĚŘENÍM NA PACIENTY S VYZNÁNÍM ISLÁMU

VALERIE BRABCOVÁ
TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI

MARTIN KRAUSE
JIHOČESKÁ UNIVERZITA
V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ,
O. P. S.



ABSTRAKT

Se stále rostoucí migrací stoupá častěji počet pacientů z různých kultur. Na základě toho se transkulturní ošetřovatelství dostává do povědomí zdravotnických záchranářů i všech zdravotnických pracovníků. Je tak možné, že se vlivem globalizace bude zdravotnický personál čím dál tím více shledávat nejen s pacienty z celého světa, ale i s pacienty, kteří například přejali zvyky z jiných kultur. Příkladem může být právě náboženství islámu, kdy je možné shledat se s muslimskými pacienty jak z cizích států, tak i s místními konvertity. Článek je zpracován dle modelu kulturně ohleduplné a uzpůsobené péče od Joyce Newman Gigerové a Ruth Elaine Davidhizarové. Výzkum byl realizován kvalitativní metodou s využitím polostrukturovaného rozhovoru. Cílem výzkumu bylo popsat specifika náboženství islámu a zjistit specifika pacientů s vyznáním islámu v oblasti vyznání víry a v oblasti stravování. Dále byly zjišťovány jejich zkušenosti a požadavky v souvislosti s hospitalizací. Sběr dat byl ukončen po dosažení teoretické saturace. Zjištěná data by mohla vést ke zlepšení kulturně kompetentní péče u pacientů s vyznáním islámu.

KLÍČOVÁ SLOVA:

islám, muslimský pacient, transkulturní ošetřovatelství, kultura, zdravotnický záchranář

ÚVOD

Stále se zvyšující migrace patří mezi velmi aktuální témata. Při poskytování zdravotní péče je tak nutné zohlednit i různé kulturní aspekty, které mají v komplexní péči o pacienta nezastupitelný význam. I proto je dnes transkulturní ošetřovatelství zařazeno do vzdělávání zdravotnických pracovníků. V rámci transkulturalismu lze vidět vzájemnou interakci mezi majoritní a minoritní společností. Kultury se vzájemně prolínají, jednotlivá etnika se ovlivňují a přebírají od sebe zvyky a prvky jiných kultur (Podrazilová et al., 2016). Koncepční rámec modelu Gigerové a Davidhizarové tvoří 6 fenoménů, které jsou důležité pro poskytování vhodné a citlivé péče. Člověk je vnímán jako kulturně svébytný jedinec, který reaguje na vlivy z vnitřního i vnějšího prostředí. Hlavní složky modelu tvoří komunikace, prostor, sociální začlenění, pojetí času, vliv prostředí a výchovy a biologické odlišnosti (Tóthová a Olišarová, 2017).

Islám je přísně monoteistické náboženství, které vychází z promluv proroka Muhammada, od jehož života se věrouka odvíjí (Hájek a Bahbouh, 2016). Duchovní dílo islámu, které obsahuje boží zjevení seslané Muhammadovi, se nazývá korán (Hillenbrandová, 2017).

V islámské kultuře není zvykem podávání rukou a frekvence dotyků by měla být omezena na nezbytně nutné minimum. Zároveň není vhodné mluvit o rodinných a intimních záležitostech, o těhotenství a běžných fyziologických funkcích, jako je například vylučování, tělesné výměšky a podobně. Je kladen přísný důraz na rozdíl mezi levou a pravou rukou. Pravá ruka je určena k podávání pouze čistých věcí, naopak levá ruka slouží k podání věcí nečistých (Kutnohorská, 2013). Jednotlivé stupně ortodoxie se u muslimů značně liší (na příklad zemí původu). To znamená, že se i liší jejich tolerance v procesu odhalení nutných partií při ošetření. Tato problematika je zvláště významná při vyšetření ženy muslimky mužem, a to i v přednemocniční péči. U ortodoxnějších muslimů je vhodné vzít v úvahu variantu, že poklepové, poslechové i palpační vyšetření břicha a hrudníku může být vyžadováno provádět přes oděv (Hájek a Bahbouh, 2016). Při ošetřování muslimského pacienta je kladen velký důraz především na respektování intimního zázemí, které je pro pacienty zásadní. Zároveň je vhodné zajistit klidné místo pro vykonávání modliteb (Tóthová et al, 2012). Nikdy by se nemělo procházet před modlícím člověkem, je to bráno jako hrubá urážka. Zdravotnický personál by se neměl dotýkat žádných modlitebních artefaktů jako je modlitební kobereček či korán (Dingová–Šliková, Vrabelová, Lidická, 2018). Muslimové věří, že každý má předurčený svůj čas. Dle koránu by se o smrti mělo mluvit a připravovat se na ni každý den. Islámské učení říká, že smrt by měla být pokojná. Bolest a utrpení by měly být sníženy na minimum (Kutnohorská, 2013).

V některých muslimských zemích se spousta věřících řídí různými pověrami. Ty se mimo dalších týkají např. šťastných a nešťastných dnů. Každý den v týdnu má svou charakteristiku. Pro zdravotnického záchranáře je důležité si uvědomit, že tzv. šťastné a nešťastné dny mohou ovlivnit chování jedince a mohou mít význam pro plánování některých výkonů (Kutnohorská, 2013). Pro muslimy je významným obdobím třicetidenní půst, který každý

rok připadá na devátý měsíc lunárního kalendáře. Pro muslimy je hlavním cílem ramadánu zlepšit fyzický a duševní stav, a posílit tak jejich vztah s bohem (Grindrod a Alsabbagh, 2017).

Velký význam v islámu má pět základních pilířů náboženství. Spolu s tradicí se považují za nejdůležitější známku příslušnosti k muslimské víře. Jedná se o vyznání víry, modlitbu, almužnu, půst a pouť do Mekky (Kropáček, 2011). Každý den je prováděno pět hlavních modliteb. Provádějí se v určitých časech čelem ke Kaabě, která se nachází v Mekce (Janda, 2010). Důležitým zvykem je pro muslimy rituální očista, která je významně spojená s modlitbou (Hillenbrandová, 2017). Islám odmítá vše, co by mohlo opovrhovat rozumem a uměle jej ovlivňovat. Proto je zakázáno užívání látek ovlivňujících rozum, tzn. alkoholu či jiných návykových látek (Hájek a Bahbouh, 2016). Většina přístupů k omezení stravy i nápojů vychází přímo z koránu či prorocké tradice. Jídlo, které je povoleno konzumovat, se nazývá halal (Mendel, 2018). Jídlo, které je zakázáno, se označuje jako haram. Za nečisté, a tedy zakázané se považuje maso vepřové, zvířecí krev a maso ze zvířete uhynulého přirozenou smrtí (Mendel, 2018). Cílem kulturně kompetentní péče je naplnit potřeby pacienta do takové míry, aby neměl důvod nespolupracovat, a bylo tak možné poskytnout odpovídající komplexní péči. Tato problematika má své zastoupení při práci zdravotnického záchranáře jak v terénu, tak i v nemocnici (Olišarová, Tóthová, Toumová, 2017).

METODIKA VÝZKUMU

Výzkum je zpracován kvalitativní metodou výzkumu s využitím polostrukturovaného rozhovoru. Rozhovor obsahoval 24 otevřených otázek, na které odpovídalo celkem osm respondentů s vyznáním islámu. Sběr dat byl ukončen po dosažení teoretické saturace. Kritéria pro výběr respondentů byla, aby hovořili českým jazykem a aby byli v předchozím období hospitalizovaní v nemocnici. Respondenti byli různého původu včetně konvertitů původem z České republiky. Respondenti byli nejprve osloveni formou sociálních sítí nebo přímo během vykonávání autorčinou odborné praxe. Rozhovory byly následně uskutečňovány formou videohovorů nebo formou osobní schůzky. Každý rozhovor byl elektronicky zaznamenán. Všechny rozhovory byly následně doslovně přepsány do Microsoft Office Word. Všichni respondenti poskytli písemný souhlas s účastí ve výzkumu a s následným zpracováním získaných informací. Pro přehlednou analýzu výzkumných dat a pro zachování anonymity byla respondentům přidělena náhodná čísla. Výsledná data byla vyhodnocena metodou tužka-papír a následně byla kódována a rozdělena do jednotlivých kategorií, ke kterým byla vytvořena schémata. Schémata byla vytvořena ve speciálním programu pro tvorbu diagramů. Výzkumná část byla realizována od června do července 2021. Výzkum navazuje na výzkum Brendlové (2020).

VÝSLEDKY A DISKUSE

V rámci realizace výzkumu byla nejprve zjišťována specifika pacientů s vyznáním islámu v oblasti vyznání víry. Na základě provedeného výzkumu bylo zjištěno, že respondenti vykonávají pět povinných denních modliteb a že před každou modlitbou vykonávají rituální očistu stejně tak, jak uvádí Tóthová et al. (2012). Tuto skutečnost potvrdil také jiný výzkum (Brendlová a Krause, 2020). Respondenti ale často nedodržují přesně stanovené časy pro modlitby. Janda (2010) uvádí, že by modlitby měly probíhat v mešitě. Výzkum ale ukázal, že vzhledem k horší dostupnosti mešit a i kvůli časovým možnostem, respondenti mešitu navštěvují spíše výjimečně. Výzkum rovněž ukázal, že se respondenti snaží platit nějakou formu náboženské daně, o které informují i Hájek a Bahbouh (2016). Respondenti ji ale praktikují spíše formou charity, což vyplynulo i z jiného výzkumu (Brendlová a Krause, 2020). Dále bylo zjištěno, že všichni respondenti vnímají měsíc ramadán jako období, kdy se snaží posílit svůj vztah s bohem a kdy se snaží zlepšovat sebe sama stejně tak, jak uvádí Grindrod a Alsabbagh (2017). Respondenti dále uvedli, že drží půst stejně tak, jak uvádí Kropáček (2011). Mendel (2018) uvádí, že každý dospělý zdravý muslim, který má finanční možnosti, je povinen vykonat alespoň jednou za život velkou pouť do Mekky. Totéž potvrdili i respondenti, z čehož někteří prozatím vykonali alespoň malou pouť. Respondenti uvedli, že zatím velkou pouť nevykonali většinou z důvodů velké finanční náročnosti. Respondentka, která již velkou pouť do Mekky vykonala, potvrdila tvrzení ostatních respondentů o finanční i fyzické náročnosti. V rámci zjišťování dalších specifik vyznání víry bylo většinou uvedeno zahalování. Respondentky praktikující zahalování potvrdily, že se zahalují dobrovolně a z vlastního přesvědčení, jak to uvádějí i Čeněk, Smolík, Vykoukalová (2016).

Dále byly zjišťovány zkušenosti respondentů s hospitalizací a jejich požadavky během hospitalizace. Na základě výzkumného šetření bylo zjištěno, že respondenti mají všeobecně dobrou zkušenost s hospitalizací a minimálně se shledali s kulturně neohledupnými chováními, které rozebírají i Olišarová, Tóthová, Toumová (2017). V rámci přístupu zdravotnického personálu respondenti někdy zmiňovali, že jim personál připadal neochotný a působil nepříjemně, ale neměli pocit, že by to bylo kvůli jejich vyznání. Zde je vhodné zmínit, že respondenti personálu nesdělovali skutečnost, že jsou muslimského vyznání. Linhartová, Janků, Topinka (2015), Tóthová et al. (2012) či Hájek a Bahbouh (2016) uvádí mnoho skutečností, které mohou muslimští pacienti během hospitalizace požadovat nebo naopak odmítnout. Na základě provedeného výzkumu ale bylo zjištěno, že respondenti by v případě nouze žádný z výkonů neodmítli, což prokázal i další výzkum (Brendlová a Krause, 2020). Respondenti dále uváděli, že když by nebyla možnost volby, netrvali by na ošetřování od osoby opačného pohlaví, ačkoliv v případě možnosti by to preferovali. Zde je vidět, že se respondenti velmi snaží přizpůsobit se místním podmínkám. Sami ale upozornili, že u muslimů z jiných částí světa to může být jinak. Jedna z respondentek k tomu uvedla: *„Já třeba jako česká konvertitka budu mít pravděpodobně úplně jiný priority a potřeby během hospitalizace, než třeba muslimka z Pákistánu. Často tak kulturní specifika převážej nad specifikama tý víry. Já osobně jsem*

zastáncem toho vybrat si hlavně zkušeného a kvalitního lékaře a na pohlaví mi v tomhle nesejde.“ Další respondent k problematice uvedl: *„Důležitý je prostě zachovat sebe, i když je to občas proti pravidlům. Člověk musí přemýšlet podle té situace, nic z toho, co je daný není fixní.“* Respondenti rovněž odpověděli, že během hospitalizace nemají žádné speciální požadavky kromě požadavků na stravu a dodržování intimity, o kterých informuje i Kutnohorská (2013). K podobnému výsledku došli i Brendlová a Krause (2020). Bylo zjištěno, že během hospitalizace respondenti žádali o možnost vegetariánské stravy, nebo alespoň stravy bez vepřového masa. Někteří pak využili možnosti jídla z vlastního zdroje. Tóthová et al. (2012) upozornila, že je vhodné zajistit klidné místo pro možnost vykonávání modliteb. Výzkum ukázal, že by tuto možnost respondenti velmi ocenili, ale netrvají na ní. Dle jejich zkušeností buď modlitby během hospitalizace přizpůsobili prostoru a svému zdravotnímu stavu, nebo modlitby nepraktikovali vůbec. Linhartová, Janků, Topinka (2015) uvedli, že je vhodné pacienty muslimského vyznání předem informovat o složení léku. Výzkum ukázal, že se respondenti o složení léku zajímají a byli by vděční za možnost zvolit jinou alternativu v případě, že lék obsahuje nevhodné složky. Pokud by ale alternativa nebyla, lék by si respondenti přesto vzali. Respondenti jako požadavek na zdravotnický personál uváděli hlavně profesionalitu, úctu a zájem o jejich potřeby. Dále byla s respondenty řešena otázka hospitalizace v období ramadánu. Touto problematikou se zabývají i Abolaban a Al-Moujahed (2017), kteří upozorňují na fakt, že pacienti s vyznáním islámu mohou i přes zdravotní obtíže chtít dodržovat půst. Respondenti uvedli, že pokud by to jejich zdravotní stav umožnil, půst by opravdu rádi drželi, ale jednotně se shodli na tom, že pokud by je půst mohl ohrozit, odložili by ho na později a podstoupili by všechny potřebné výkony, včetně užívání léčivých přípravků.

Posledním cílem bylo zjistit specifika respondentů v oblasti stravování. Stejně jak uvádí Mendel (2018) i respondenti uvedli, že striktně nekonzumují vepřové maso včetně všech jeho součástí a všeobecně preferují halal, ačkoliv je to mimo muslimské státy hůře dostupné. Jak Olišarová, Tóthová, Toumová (2017) tak i Kutnohorská (2013) uvádí, že pro muslimy platí zákaz konzumovat alkohol, vepřové maso a maso zvířat, která nebyla rituálně poražena. Tento fakt výzkum částečně vyvrátil. Někteřím respondentům nevádí konzumovat jiné druhy masa zvířat, která nebyla rituálně poražena. Hájek a Bahbouh (2016) dále rozebírali stravu během ramadánu. Uvedli, že po západu slunce nastává období, kdy je vše povoleno. Cílem ale není vynahrazovat si celodenní půst a jíst se má jen to, co je nutné k udržení života a zdraví. Výzkum prokázal, že se respondenti s touto myšlenkou ztotožňují. Poslední otázkou byly zjišťovány požadavky respondentů na stravu v nemocnici. Respondenti by uvítali, kdyby měli možnost zvolit si vegetariánskou stravu a v případě nevyhovující stravy mít možnost, zajistit si jídlo z vlastního zdroje. To potvrdil i článek od Attum et al. (2020), kde je doporučeno zajistit výživnou stravu, nebo přistoupit k možnosti stravy z domova.

ZÁVĚR

V rámci transkulturní společnosti je důležité uvědomit si, že dochází k přijímání zvyků a tradic různých kultur. Je tak možné setkat se s pacienty, kteří nejsou cizinci, a i přesto z nejrůznějších důvodů k islámu konvertovali. Jejich potřeby tak mohou být jiné, ale rozhodně nejsou zanedbatelné. Pro zajištění komfortu jak pro pacienty, tak i pro zdravotnický personál je důležité, aby se zdravotničtí pracovníci sami aktivně zajímali o potřeby pacientů a informovali se o nich i v dostupných zdrojích. Jednou z variant, jak napomoci komunikaci mezi muslimským pacientem a zdravotnickým záchranářem, je možnost odkázat například na stránky Ministerstva zdravotnictví České republiky, kde je možné nalézt různé verze komunikačních karet. Ty slouží k usnadnění komunikace s pacientem a pomáhají překlenout jazykovou bariéru, která by mohla vést k potencionálnímu ohrožení zdraví pacienta. Z výzkumu vyplynulo, že je možné shledat se ze strany pacientů s upozadováním vlastních duchovních potřeb, aby nedocházelo z jejich strany ke komplikování práce zdravotnickým pracovníkům. Je důležité pacienty informovat o tom, že je možné pokusit se jejich potřebám vyhovět. Je tedy vhodné pacientům doporučit, aby aktivně komunikovali se zdravotnickým personálem a aby upozorňovali na svoje potřeby. V případě muslimského pacienta je velmi důležité zaměřit se na požadavky týkající se stravy. Pobyt v nemocnici by pacientům ulehčila možnost zvolit si stravu buď vegetariánskou, nebo vhodně sestavený jídelníček neobsahující vepřové maso, včetně výrobků z něj jako sádlo, vepřové kůže či želatina. Je vhodné zjistit, jak se pacient staví k problematice ošetřování opačným pohlavím, aktivně s ním probírat nadcházející postupy péče a nabízet různé alternativy v případě nevyhovění jeho potřeb. Dále lze doporučit aktivní vzdělávání zdravotnických pracovníků v rámci jednotlivých institucí, případně vytvoření jednoduchých posterů se základními potřebami a možnostmi, jak jim vyhovět.

POUŽITÉ ZDROJE

- [1] ABOLABAN, H., AL-MOUJAHED, A. 2017. Muslim patients in Ramadan: a review for primary care physicians. *Avicenna Journal of Medicine*. 7(3), 81–87. DOI 10.4103/ajm.AJM_76_17.
- [2] ATTUM, B. et al. 2020. Cultural Competence in the Care of Muslim Patients and Their Families. NATIONAL CENTER FOR BIOTECHNOLOGY INFORMATION. *National Center for Biotechnology Information* [online]. Bethesda: NCBI, [cit. 20201203]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499933/>.
- [3] BRENDLOVÁ, A., KRAUSE, M. 2020. Specifika poskytování ošetrovatelské péče u pacientů s vyznáním islámu. *Logos polytechnikos*. 11(2), 118–124. ISSN 24647551.
- [4] ČENĚK, J., SMOLÍK, J., VYKOUKALOVÁ, Z. 2016. *Interkulturní psychologie: vybrané kapitoly*. Praha: Grada. ISBN 978802-4754-147.
- [5] DINGOVÁ ŠLIKOVÁ, M., VRABELOVÁ, L., LIDICKÁ, L. 2018. *Základy ošetrovatelství a ošetrovatelských postupů pro zdravotnické záchranáře*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0717-0.
- [6] GRINDROD, K., ALSABBAGH, W. 2017. Managing medications during Ramadan fasting. *Canadian pharmacists journal*. 150(3), 146–149. DOI 10.1177/1715163517700840.
- [7] JANDA, R. 2010. *Islám – náboženství, historie a budoucnost*. Brno: Jota. ISBN 978-80-7217-628-1.
- [8] KROPÁČEK, L. 2011. *Duchovní cesty islámu*. Praha: Vyšehrad. ISBN 9788070219256.
- [9] KUTNOHORSKÁ, J. 2013. *Multikulturní ošetrovatelství pro praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4413-1.
- [10] HÁJEK, M., BAHBOUH, Ch. 2016. *Muslimský pacient: principy diagnostiky, terapie a komunikace*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5631-8.
- [11] HILLENBRANDOVÁ, C. 2017. *Islám*. Praha: Paseka. ISBN 978-80-7432-685-1.
- [12] LINHARTOVÁ, L., JANKŮ, T., TOPINKA, D. 2015. Multikulturní ošetrovatelství: péče o muslimské pacienty. *Florence*. 11(11), 28–31. ISSN 1801-464X.
- [13] MENDEL, M. 2016. *Muslimové a jejich svět: o víře, zvyklostech a smýšlení vyznavačů islámu*. Praha: Dingir. ISBN 978-80-86779-42-3.
- [14] OLÍŠAROVÁ, V., TÓTHOVÁ, V., TOUMOVÁ, K. 2017. *Teoretická a filozofická východiska problematiky menšin v ošetrovatelské péči*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. ISBN 978 80 7394-674-6.
- [15] PODRAZILOVÁ, P. et al. 2016. *Teorie ošetrovatelství: skripta pro bakalářské studijní obory*. Liberec: Technická univerzita v Liberci, ISBN 978-80-7494-297-6.
- [16] TÓTHOVÁ, V. et al. 2012. *Kulturně kompetentní péče u vybraných minoritních skupin*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-645-6.
- [17] TÓTHOVÁ, V., OLÍŠAROVÁ, V. eds. 2017. *Využití koncepčních modelů v práci sester v klinickém a komunitním ošetrovatelství*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. ISBN 978-80-7422-630-4.

TRANSCULTURAL NURSING WITH FOCUS ON ISLAMIC PATIENTS



ABSTRACT

With ever-increasing migration, the number of patients from different cultures is rising more frequently. On this basis, transcultural nursing comes to the attention of paramedics and all medical professionals. It is possible, that as a result of globalisation, medical staff will increasingly find themselves not only with patients from all over the world, but also with patients who have, for example, adopted customs from other cultures. One example is the religion of islam, where muslim patients from both foreign states and local converts can be reunited. The article is based on a model of culturally considerate and tailored care by Joyce Newman Giger and Ruth Elaine Davidhizar. The research was carried out using a qualitative method using a semi structured interview. The aim of the research was to describe the specifics of islam's religion and to find out the specifics of islam patients in the area of religion and diet culture. Furthermore, their experience and requirements in relation to hospitalisation were investigated. Data collection was ended after achieving theoretical saturation. The collected data could lead to improvements in culturally competent care for islamic patients.

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

Bc. Valerie Brabcová
Technická univerzita v Liberci
Fakulta zdravotnických studií
Studentská 1402/2 , 416 17 Liberec
e-mail: valerie.brabcova@centrum.cz

Mgr. Martin Krause, Ph.D.
Jihočeská univerzita v Českých
Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Ústav ošetrovatelství, porodní
asistence a neodkladné péče
J. Boreckého 1167/27, 370 11 České
Budějovice

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s.
Duškova 7, 150 00 Praha 5

e-mail: krause@zsf.jcu.cz

KEYWORDS:

islam, muslim patient, transcultural
nursing, culture, paramedic

SPECIFIKA PŘI POSKYTOVÁNÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U PACIENTŮ S PRAVOSLAVNÝM VYZNÁNÍM

TEREZA KUPČÍKOVÁ
TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI

MARTIN KRAUSE
JIHOČESKÁ UNIVERZITA
V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ,
O. P. S.

ABSTRAKT

Při poskytování ošetrovatelské péče u pacientů s pravoslavným vyznáním lze využít Model kulturně ohleduplné a uzpůsobené péče, který byl vytvořen Joyce Newman Giger a Ruth Davidhizar. Model slouží k usnadnění hodnocení a poskytování ošetrovatelské péče a zefektivňuje kvalitu péče o pacienty odlišných etnik. Kulturně svébytný jedinec je dle modelu hodnocen z hlediska šesti kulturních fenoménů. Hlavním cílem výzkumu bylo zjistit specifika u pacientů s pravoslavným vyznáním v oblasti vyznávání víry, stravování, hospitalizace a zkušenosti s poskytnutou ošetrovatelskou péčí. Výzkum byl realizován kvalitativní metodou za pomoci polostrukturovaných rozhovorů. Rozhovorů se zúčastnilo celkem osm respondentů, kteří vyznávají pravoslavnou víru a žijí v České republice. Výzkum přinesl zajímavá zjištění, na které je důležité se při poskytování ošetrovatelské péče zaměřit.

KLÍČOVÁ SLOVA:

ošetrovatelská péče, pravoslaví,
transkulturní ošetrovatelství, víra,
všeobecná sestra

ÚVOD

V dnešní době, v globalizovaném a pohyblivém světě, se různé kultury, které dříve žily odděleně, často setkávají. Jednotlivec má právo na vlastní kulturu, avšak tato kultura je neustále konfrontována kulturou migrantů. Náboženství obecně je vztah člověka k něčemu vyššímu v co věří, tzv. transcendentní skutečnosti (Zassiedko, 2019). Pravoslaví je staroslověnským překladem z řeckého slova orthodoxia, jež vzniklo spojením dvou: slovo orthé (tj. pravdivý) a doxa (tj. sláva). Učení vymezuje rozdíl mezi Pravoslavnou církví a ostatními křesťanskými vyznáními. Nykl (2013) popisuje ortodoxní církve jako církve křesťanskou, která je složena z patnácti území a tvoří pravoslavné společenství. Pravoslavné náboženství je monoteistické, což znamená, že věřící uctívají pouze jednoho Boha, a vychází z judaismu. Největšími skupinami křesťanství jsou církve římskokatolická, protestantská i pravoslavná, a patří mezi světová náboženství. Pravoslaví patří mezi nejpočetnější skupiny křesťanství, které existuje v řadě vyznání a mnoha odlišných spiritualit, a je jedním z nejvíce rozšířených náboženství na světě (Harries, 2010). Na území České republiky a Slovenské republiky pravoslavná církve není cizím útvarem. Naše slovanské předky oslovila důrazně cyrilometodějskou misí v 9. století. Novodobé počátky se u nás ale datují do druhé poloviny 19. století. V České republice se pravoslavná církve dělí na dvě eparchie, a to na eparchii pražskou, kde sídlí arcibiskup, a olomoucko-brněnskou. Vrcholným představitelem celé místní církve je metropolita, kterým je zde tradičně volen jeden z arcibiskupů (Luptáková, 2016).

Základ modelu, vytvořený J. N. Giger a R. Davidhizar, stojí na kulturně svébytném jedinci, který je hodnocen dle šesti fenoménů, tj. komunikace, prostor, sociální začlenění, pojetí času, vliv prostředí a výchovy a biologické odlišnosti. Spiritualita pravoslavných věřících je založena na Bibli a tradici. Každý křesťan věří v Boha, který se zjevil v Kristu. Zásadními prvky křesťanské spirituality je víra v Ježíše Krista jako spasitele, víra v Otce, Syna a Ducha svatého, tedy v Boží trojici (Bates, 2015). Při komunikaci s pravoslavným pacientem je důležitý oční kontakt. Úsměvy u pacientů nejsou příliš časté. Pravoslavní věřící nejsou nijak zvlášť emocionálně otevření. Naproti tomu je běžná gestikulace. Typické je pro pravoslavné pacienty slušné chování. Pravoslavný věřící během nemoci a hospitalizace čerpá duchovní sílu z modliteb při komunikaci s Bohem (Zacharová, 2016). Pravoslavná církve nepřijala gregoriánskou reformu kalendáře a stále používá kalendář juliánský. Pravoslavný církevní kalendář se sestává ze dvou kalendářních kruhů, tzn. z kalendária pevného a pohyblivého. Pravoslavný církevní rok začíná 1. září. Pevné kalendárium určuje, které svátky a památky svatých připadají na předem dané datum. Pohyblivé kalendárium určuje, kdy se slaví svátky, jejichž datum se každý rok mění. Jsou to svátky s datem určeným vzdáleností od Paschy tj. Velikonoce, které připadají každý rok na jiné datum. Mezi biologické odlišnosti patří zejména stravování v období půstu a věnování se modlitbám. Posty jsou dny dobrovolného zdržení se masitých pokrmů. Jsou praktikovány v každém náboženství a jejich smyslem je ovládnutí těla a mysli (Vondrušková, 2015). To znamená, že jsou zakázány mléčné výrobky, maso, máslo a vejce. Povolena není ani konzumace alkoholu (Úlehlová, 2011).

Pravoslavní věřící se řídí Desaterem přikázání. Desatero přikázání nebo-li dekalog (z řeckého slova deka, tzn. deset a logos, tzn. slovo) jsou Boží příkazy, kterými Bůh směřuje křesťany pro způsob života (Beneš, 2020). Tradiční modlitební pomůckou je růženec (Pitter, 2019). Zdraví je pro pravoslavné křesťany velice důležité a je jimi bráno jako dar od Boha. Zdraví je pravoslavnými bráno z holistického hlediska. K navrácení zdraví nemocní využívají modliteb a preferují domácí péči a ošetrovatelství (Susa, 2016). Pravoslavní mluví o svém zdraví velice otevřeně a rádi (Mikeš, 2010).

METODIKA VÝZKUMU

Výzkum je zpracován kvalitativní metodou výzkumu. Sběr dat byl zprostředkován technikou polostrukturovaných rozhovorů. Rozhovor byl zaměřený na pravoslavné pacienty žijící v České republice. Rozhovor obsahoval 25 otevřených otázek. S každým z respondentů byla sjednána schůzka. Sběr dat byl ukončen po dosažení teoretické saturace. Výzkum byl realizován během června a července 2021. Respondentům byl předložen informovaný souhlas s poskytnutím rozhovorů a se zpracováním získaných informací. Rozhovory byly nahrávány na diktafon a poté následně přepsány v programu Microsoft Office Word. Analýza sběru dat proběhla technikou tužka-papír. Data byla kódována, kategorizována a následně byla tříděna do jednotlivých schémat dle stanovených kategorií. Pro výběr respondentů bylo stanoveno základní kritérium vyznávání pravoslavné víry a pobyt na území České republiky.

VÝSLEDKY A DISKUZE

Výzkumem byla zjišťována specifika v oblasti víry, stravování, hospitalizace a zkušenosti s poskytováním ošetrovatelské péče. Na základě výzkumného šetření bylo v oblasti víry zjištěno, že respondenti R1 až R8 byli vedeni k víře rodinou od dětství. Respondentka R5 byla k víře vedena prarodiči, ale nevěnovala jí tolik pozornosti. Na střední škole se rozhodla k víře vrátit. Přesná odpověď R5 zněla „*Když jsme se s rodiči přestěhovali do České republiky, měla jsem spoustu práce se naučit českému jazyku a zapadnout. Na víru jsem zapoměla. Na střední škole, až jsem našla sebe, jsem se k ní vrátila.*“ Respondenti R1 až R8 dále uvedli, že jako způsob vyznávání víry využívají dodržování tradic a svátků, a také docházení do kostela na mše, jako uvádí i Baudišová (2019). Respondenti R1 až R8 uvedli, že k vnímání času využívají Gregoriánský kalendář, což se neshodovalo s tím, co uvádí Pitter (2019), který tvrdí, že pravoslavná církev a její věřící gregoriánský kalendář nepřijali.

V oblasti stravování bylo na základě výzkumu zjištěno, že respondenti R1, R2, R4, R5, R7, a R8 dodržují pravidelně půsty spojené s pravoslavnou vírou, jak uvádí také Baudišová (2019). Nejčastěji se jedná o Velikonoce a Vánoce. Vondrušková (2015) uvádí, že Velikonoční půst je nejvýznamnější. Během půstu se dodržují zvláštní specifika, např. vynechání masových pokrmů, mléčných výrobků, odmítání alkoholu, jak potvrdil tento výzkum, a toto uvádí také Vondrušková (2015). Respondenti R1 až R8 také uvedli, že si

z dětství pamatují na společné rodinné stolování. Respondenti R2, R3, R6, R8 uvádí, že si tradici drží dodnes. Respondenti R1 až R8 také uvedli, že dodržují pravidelný pitný režim a nejčastěji pijí vodu a bylinné čaje. Smith (2017) uvádí, že během půstu je povolena pít pouze čistá voda. To, co uvádí Pitter (2019) výzkum nepotvrdil ani nevyvrátil.

Další výzkumnou oblastí byla specifika pravoslavných pacientů v případě hospitalizace. Na základě analýzy rozhovorů bylo zjištěno, že respondenti R1 až R8 preferují pozitivní personál a přejí si, aby všeobecné sestry byly pracovité a milé. V případě hospitalizace by na oblast stravování měla většina respondentů požadavky. Jednalo se např. o dodržování zásad v období půstu, případně konzumaci odlehčené stravy. Během výzkumu bylo zjištěno, že pravoslavní věřící se na své zdraví snaží opravdu dbát a zdravotnickému personálu věří. Respondentka R8 odpověděla „*Jsem toho názoru, že lékaři a sestřičky ví nejlépe, co zrovna v dobu hospitalizace potřebuji. Mám akorát alergii na lepek, což mně lehce omezuje, ale vše se dá nějakým způsobem nahradit, a vše ostatní jím*“. Dále respondenti R1, R3, R4, R6 a R8 odpověděli, že není ošetrovatelský nebo lékařský výkon, který by nepodstoupili pro záchranu svého života. Respondenti R4 a R7 odpověděli, že vyžadovali návštěvu duchovního. Někteří respondenti si s sebou k hospitalizaci berou ikonu nebo kříž k vystavení. To se potvrdilo i během výzkumu, kdy respondenti R5 a R7 odpověděli, že by si s sebou k hospitalizaci vzali symbol k vystavení. Výzkum tedy potvrdil to, co uvádí Svatošová (2012), že zdravotnický personál by měl respektovat tuto možnost pravoslavných pacientů. Olišarová (2017) uvádí, že pravoslavní věřící mohou požadovat návštěvu duchovního během hospitalizace. Nejčastěji to je za úkolem pomazání, které přináší duševní uzdravení a posílnění. Návštěvu duchovního by požadovali dle výzkumného šetření respondenti R4 a R7. R7 řekl „*Za špatných okolností bych byl rád, kdyby mně mohl navštívit kněz*“.

Výzkumnou oblastí se zkušenostmi s poskytováním ošetrovatelské péče bylo zjištěno, že respondenti R1 až R8 mají pozitivní zkušenosti s nemocniční péčí v České republice. R8 odpověděla, že nemá na ošetrovatelky, lékaře ani všeobecné sestry jedinou výtku. R2 se k otázce vyjádřila také pozitivně „*S nemocniční péčí v České republice mám dobré zkušenosti. Byla jsem hospitalizována před čtyřmi roky z důvodu gynekologického ošetření. Sestřičky byly milé, vstřícné, pracovité. Oddělení bylo čisté, uklizené*“.

Na závěr rozhovoru byli respondenti tázáni na doplňující informace, ve kterých byl zjišťován jejich postoj k užívání antikoncepce a postoj k interrupci. Respondenti R2, R3, R6 a R8 odpověděli, že k užívání antikoncepce mají pozitivní postoj, respondenti R1, R4 a R7 uvedli, že mají k užívání antikoncepce neutrální postoj. R7 řekl „*Nejspíš nejsem proti, ale nepamatuji si, že by má žena, sestra nebo matka antikoncepci braly. Tahle otázka hodně závisí na výchově*“. Pouze respondentka R5 vyjádřila negativní postoj z hlediska své víry. Tóthová (2012) uvádí, že pravoslavní věřící preferují antikoncepci spíše nehormonální. Dříve byla antikoncepce zcela neuznávána. Žádný z respondentů nevyjádřil neutrální postoj k interrupci. K interrupci by svolili respondenti pouze v ojedinělých případech jako např. znásilnění, stejně jak uvádí Mikeš (2010) a shoduje se s tím i Ventura (2015).

Odpověď R5 byla „*Interrupce by měla být povolena v pouze krajních případech nouze jako například znásilnění*“.

ZÁVĚR

Traskultuní ošetřovatelství vychází především z respektování kulturních odlišností. Ošetřující personál má na základě studia transkulturního ošetřovatelství získat potřebné znalosti a dovednosti pro řádnou ucelenou ošetřovatelskou péči v praxi a pro respektování odlišných kultur. Jelikož pacient je vnímán z holistického hlediska jako celek, je důležité se zaměřit na všechny aspekty při poskytování ošetřovatelské péče. V dnešní době se různé kultury, které dříve žily odděleně, často setkávají. Za základě zjištěných výsledků lze doporučit věnovat velkou pozornost a dostatek času studiu transkulturního ošetřovatelství každé z minorit. Dále lze doporučit nezanedbávat výuku cizích jazyků, a případně využívat komunikační karty, které jsou volně dostupné na stránkách MZČR (MZČR, 2016).

POUŽITÉ ZDROJE

- [1] BATES, M. W. 2015. *The birth of the Trinity: Jesus, God and spirit in New Testament and early Christian interpretations of the Old Testament*. New York: Oxford University press. ISBN 978-0-19-872956-3.
- [2] BENEŠ, J. 2020. *Desatero přikázání*. Praha: Advent-Orion. ISBN 978-80-7172-599-2.
- [3] HARRIES, R., MAYR-HARTING, H. 2010. *Dva tisíce let křesťanství*. Brno: Centrum pro studium demokracie a kultury. ISBN 978-80-7325-221-2.
- [4] KUTNOHORSKÁ, J. 2013. *Multikulturní ošetřovatelství pro praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4413-1.
- [5] LUPTÁKOVÁ, M., CHRÁST, O., KARPOV, I. 2016. *Pravoslavné Česko: Orthodox Czechia = Pravoslavnaja Čechija*. Červený Kostelec: Pavel Mervart. ISBN 978-80-7465-208-0.
- [6] MIKEŠ, O. 2010. *Náboženství moudrosti: doktrína: příspěvek k univerzálnímu náboženství budoucnosti*. Praha: Unitaria. ISBN 978-80-86105-58-1.
- [7] MZČR. 2016. *Komunikační karty pro pacienty cizince a zdravotníky* [online]. Praha: MZČR [cit. 2018-08-20]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz>.
- [8] NYKL, H. 2013. *Náboženství v Ruské kultuře*. Červený Kostelec: Pavel Mervart. ISBN 978-80-746-5078-9.
- [9] PITTER, P. 2019. *Slovo Boží dětem: pro rodinu i nedělní školu*. Praha: Kalich. ISBN 978-80-7017-248-3.
- [10] SUSA, Z. 2016. *Tělo a duše ve zdraví a nemoci*. 3. vyd. Středokluky: Zdeněk Susa. ISBN 978-80-88084-06-8.
- [11] ÚLEHLOVÁ-TILSCHOVÁ, M. 2011. *Česká strava lidová*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-421-6.
- [12] VONDRUŠKOVÁ, A. 2015. *Český lidový a církevní rok*. Brno: MOBA. ISBN 978-80243-677.
- [13] ZACHAROVÁ, E. 2016. *Komunikace v ošetřovatelské praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0156-6.
- [14] ZASSIEDKO, R. 2019. *Sociokulturní a náboženská specifika menšin*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. ISBN 978-80-7394-740-8.

SPECIFICS OF NURSING CARE FOR ORTHODOX PATIENTS



ABSTRACT

The the Transcultural Assessment Model of Giger and Davidzar, which was created by Joyce Newman Giger and Ruth Davidhizar can be used to applied to a minority with an Orthodox religion. Model postulates that each individual is culturally unique and should be assessed according to six cultural phenomens. Communication, Space, Social organization, Time and Enviromental control. The main goal of my bachelor thesis is to explore the specifics of nursing care of Orthodox patients. The research was realized by a qualitative research method using the technique of semi-structured interviews with eight Orthodox respondents. The research found out thats important focused on whole nursing care.

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

Tereza Kupčíková
Technická univerzita v Liberci
Fakulta zdravotnických studií
Studentská 1402/2 , 416 17 Liberec
e-mail: tereza.kupcikova@tul.cz

Mgr. Martin Krause, Ph.D.
Jihočeská univerzita v Českých
Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Ústav ošetřovatelství, porodní
asistence a neodkladné péče
J. Boreckého 1167/27, 370 11 České
Budějovice
e-mail: krause@zsf.jcu.cz

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s.
Duškova 7, 150 00 Praha 5

KEYWORDS:

nursing care, orthodoxy, transculture,
faith, general nurse

SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE O PERIFERNÍ ŽILNÍ KATÉTR DLE EVIDENCE BASED NURSING

BARBORA STACHOVÁ
TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI

MARTIN KRAUSE
JIHOČESKÁ UNIVERZITA
V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ,
O. P. S.

ABSTRAKT

Péče o periferní žilní katétr patří k jedné z nejdůležitější a nejčastěji prováděné ošetrovatelské intervenci všeobecné sestry a zdravotnického záchranáře. Všeobecná sestra a zdravotnický záchranář by měli mít znalosti o specifikách ošetrovatelské péče o periferní žilní katétr a periferní žilní katétr by měli ošetřovat dle nejnovějších vědeckých poznatků v rámci Evidence Based Nursing. Aplikace vědeckých důkazů do klinické praxe může napomoci k předcházení případným komplikacím i dalším nežádoucím událostem a zajistit poskytování kvalitní a bezpečné péče o pacienty. Výzkum se zabývá zjištěním znalostí studentů studijního oboru Všeobecná sestra a Zdravotnický záchranář o specifikách ošetrovatelské péče před, během a po zavedení periferního žilního katétru, respektive se zaměřuje na znalosti o jednotlivých zásadách ošetření apod. Výzkum je realizován kvantitativní metodou výzkumu s využitím techniky dotazníku. Výzkumem byly zjištěny některé problémové oblasti, zejména znalosti o použití dezinfekce na bezjehlový vstup, hodnotící škály, nakládání s ostrým odpadem či výměnu krytí. Naopak méně problematické oblasti byly zjištěny ve znalostech o místě zavedení periferního žilního katétru, velikostech kanyl či použití rukavic.

KLÍČOVÁ SLOVA:

ošetrovatelská péče, ošetrovatelství založené na důkazech, periferní žilní katétr, student, všeobecná sestra

ÚVOD

Ošetřovatelství založené na důkazech (Evidence Based Nursing, EBN) se poprvé objevuje zejména v anglicky mluvících zemích např. v Kanadě, USA, Austrálii a Velké Británii koncem 90. let 20. století v souvislosti s rozvojem medicíny založené na důkazech. Koncept medicíny a ošetřovatelství založené na důkazech se od té doby neustále vyvíjí vzhledem k novým technologiím, poznatkům výzkumů a materiálům používaných ve zdravotnictví. Postupné zavádění a realizace praxe založené na důkazech (Evidence Based Practice, EBP) přinesla zvýšení kvality péče o pacienta. K jeho progresivnímu vývoji došlo zejména společně s nástupem vysokoškolsky vzdělaných sester (Jarošová a Zeleníková, 2014).

Periferní žilní katétr je invazivní vstup do krevního řečiště a používá se zejména ke krátkodobé léčbě u pacienta. Indikací k zavedení periferního žilního vstupu u pacientů je infuzní terapie, transfuze krve, parenterální aplikace léků, aplikace parenterální výživy, ale také je možné prostřednictvím periferního žilního katétru odebrat krev (Charvát et al., 2016). Cílem ošetřovatelské péče při aplikaci infuzní terapie nebo podávání krevních derivátů či farmak je poskytnout pacientovi kvalitní a odbornou péči, spojenou se zavedením a následným užíváním periferního žilního katétru. Při dodržení doporučených postupů je předpoklad minimálního výskytu komplikací (MZČR, 2020). Specifika ošetřovatelská péče o periferní žilní katétr souvisí především s individuálním výběrem katétru, jeho zavedením, dodržováním doporučených postupů při jeho ošetřování a v neposlední řadě také odstranění, jak uvádí MZČR (2020) či Společnost pro porty a permanentní katetry (2016).

Zajištění žilního vstupu je možné pouze, pokud je dobře viditelná nebo palpačně zjištělná povrchová žíla. Pokud není žíla viditelná a nelze ji palpačně nalézt, je nutné zvolit jiný přístup do krevního řečiště, jako například centrální žilní vstup, periferní implantované centrální kanyly nebo implantovaný podkožní port. Periferní žilní katétr se používá pouze pro podávání roztoků nebo léků s pH 5–9 a osmolalitou pod 600 mosm/l. Periferní žilní katétr není vhodný pro podávání dráždivých léků z důvodu nebezpečí nekrózy nebo poranění tkáně při úniku podávané látky ze žíly do okolní tkáně (Gorski a Phillips, 2018).

Péče o periferní žilní katétr patří bezpochyby k jedné z nejdůležitějších a nejčastěji aplikovaných dovedností každé všeobecné sestry. Kromě výše zmiňovaného výběru místa a zavedení katétru do krevního řečiště je neméně důležitá účinná dezinfekce a aseptický postup, který není mnohdy dodržen.

METODIKA VÝZKUMU

Cílem výzkumu bylo zjistit znalosti studentů o specifikách ošetřovatelské péče před, během a po zavedení periferního žilního katétru dle Evidence Based Nursing. Výzkum byl realizován kvantitativní metodou prostřednictvím nestandardizovaného

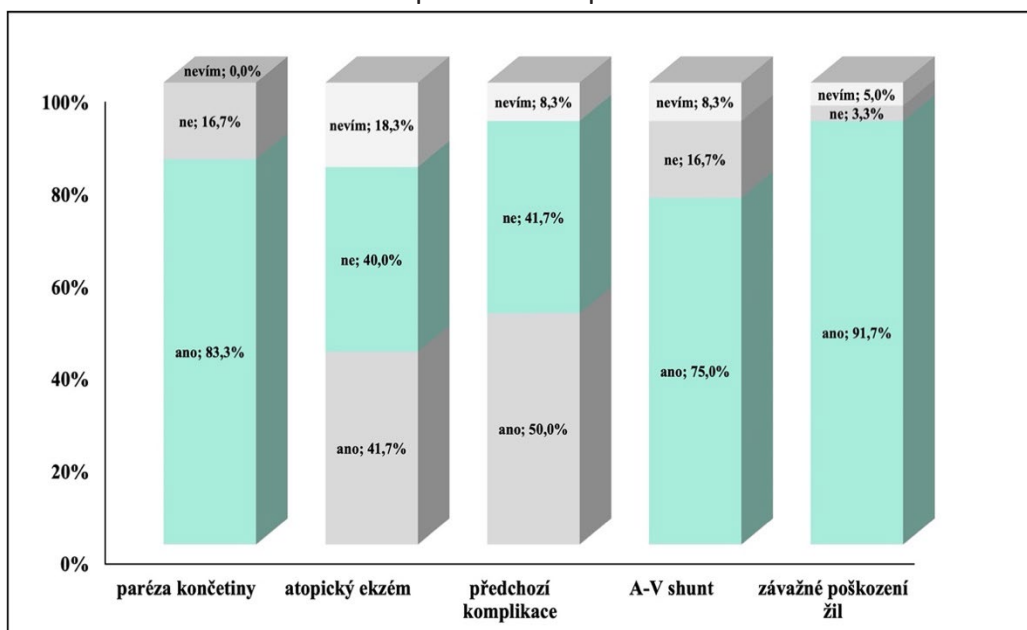
online dotazníku na vybrané fakultě realizující studijní program Ošetrovatelství, studijní obor Všeobecná sestra a studijní program Specializace ve zdravotnictví, studijní obor Zdravotnický záchranář. Jako respondenti byli vybráni studenti studijního oboru Všeobecná sestra a Zdravotnický záchranář. Jedná se pouze o studenty prezenčního studia 2. a 3. ročníků. Toto kritérium bylo stanovené kvůli skutečnosti, že ošetrovatelská péče o periferní žilní katétr je náplní výuky 1. ročníků.

Před zahájením výzkumu byl realizován předvýzkum s využitím 10 respondentů. Na základě provedení předvýzkumu byl dotazník ověřen a využit pro vlastní výzkumné šetření. Vlastní výzkum probíhal v období od ledna do března 2021. Výzkum byl realizován pomocí online nestandardizovaného dotazníku z důvodu epidemiologické situace v České republice. Před provedením výzkumného šetření byl získán souhlas vedení příslušné fakulty. Dotazník měl celkem 27 otázek z toho dvě otázky byly identifikační (studijní obor a studovaný ročník). U všech respondentů byla zachována naprostá anonymita a vyplnění dotazníku bylo zcela dobrovolné. Výzkumu se celkem zúčastnilo 60 (100,0 %) respondentů, kdy 30 (50,0 %) studentů studovalo studijní obor Všeobecná sestra a 30 (50,0 %) studentů studovalo studijní obor Zdravotnický záchranář.

VÝSLEDKY A DISKUZE

Prvním cílem výzkumu bylo zjistit, zda studenti mají znalosti o specifikách ošetrovatelské péče před zavedením periferního žilního katétru dle Evidence Based Nursing. Z dat získaných pomocí dotazníkového šetření vyplývá, že 71,1 % studentů má znalosti o specifikách ošetrovatelské péče před zavedením periferního žilního katétru dle Evidence Based Nursing. V první části dotazníku se ukázala jako nejvíce problematická otázka č. 5, kdy jsme se studentů dotazovali, jaký je nejvhodnější způsob odstranění ochlupení. 49 (81,7 %) respondentů odpovědělo, že nejvhodnějším způsobem odstranění ochlupení je oholení. Dle nejnovějších standardů MZČR (2020) je však nejvhodnějším způsobem odstranění ochlupení ostříháním, aby se zamezilo vzniku drobných poranění způsobených oholením, a tím také možnosti vzniku infekce. Pouze 6 (10,0 %) studentů zvolilo správnou variantu, tedy, že nejvhodnější způsob odstranění ochlupení je ostříháním. Naopak velmi pozitivní výsledek měla otázka č. 3, a to v jakém místě je nejvhodnější zavést periferní žilní katétr. Studenti nejčastěji odpovídali, že nejvhodnějším místem pro zavedení periferního žilního katétru je předloktí, a to 51 (85,0 %) respondentů. Vhodným umístění periferního žilního katétru lze předejít mnoha komplikacím, například zalomení katétru nebo zánětlivé reakci (MZČR, 2020). Zajímavá byla také otázka č. 4, kdy studenti určovali, zda se jedná či nejedná o kontraindikaci pro zavedení periferního žilního katétru (viz Graf 1).

Graf 1: Kontraindikace pro zavedení periferního žilního katétru



Druhým cílem výzkumu bylo zjistit, zda studenti mají znalosti o specifikách ošetrovatelské péče během zavádění periferního žilního katétru dle Evidence Based Nursing. V této části dotazníku jsme se zaměřili na otázku č. 16, tedy jaká dezinfekce se využije při dezinfekci bezjehlového vstupu. 26 (43,3 %) studentů odpovědělo dezinfekcí na kůži například Cutasept F, ale dle standardů MZČR (2020) je nejvhodnější způsob dezinfekce bezjehlového vstupu dezinfekcí na povrchy, ale tuto variantu zvolilo pouze 16 (26,7 %) respondentů. Dále 8 (13,3 %) studentů by zvolilo dezinfekci na sliznice například Octenisan a 10 (16,7 %) studentů zvolilo variantu nevím. Volba nevhodné dezinfekce by mohla mít vliv na množství mikroorganismů, které mohou zůstat na povrchu bezjehlové spojky, a tím mohou způsobit infekci (MZČR, 2020). V otázce č. 13 jsme se respondentů dotazovali, jak se provede dezinfekce místa vpichu před zavedením periferního žilního katétru. 39 (65,0 %) respondentů odpovědělo, že by místo zavedení katétru dezinfikovali shora dolů. Dle MZČR (2020) je však nejvhodnějším způsobem dezinfekce směrem od středu. Tuto variantu zvolilo pouze 18 (30,0 %) studentů. Správným provedením dezinfekce se nejlépe předchází možným nežádoucím komplikacím v podobě infekce (MZČR, 2020).

V otázce č. 9 jsme se studentů dotazovali na použití rukavic při zavádění periferního žilního katétru. 56 (93,3 %) respondentů odpovědělo, že rukavice použije vždy při zavádění, 4 (6,7 %) respondentů uvedli, že rukavice je nutné použít pouze při styku s krví. Oproti tomu při výzkumu Černohorské (2012) byli respondenti rovněž dotázáni, zda používají rukavice při zavádění periferního žilního katétru a 74 (88,1 %) respondentů uvedlo, že rukavice používají, 4 (4,8 %) respondenti uvedli že rukavice nepoužívají a 6 (7,1 %) respondentů uvedlo, že rukavice používají jen občas. Použitím rukavic při zavádění periferního žilního katétru však všeobecná sestra chrání nejen pacienta, ale také sebe, před krví přenosnými nemocemi. Otázka č. 10 byla zaměřena na dobu expozice u dezinfekce na bázi alkoholu. Studenti v počtu 25 (43,3 %) nejčastěji volili správnou variantu, že dezinfekce na bázi

alkoholu musí působit minimálně 15 vteřin. Dále ale 13 (20,0 %) studentů zvolilo variantu minimálně 10 vteřin a stejně tak 13 (20,0 %) studentů zvolilo variantu minimálně 20 vteřin. Nedodržení doby expozice u dezinfekce by mohlo vést k reziduu mikroorganismů na povrchu kůže a tím způsobit infekci. Dodržení doby expozice dezinfekčního prostředku bylo také problematické i v rámci výzkumu zaměřeného na dezinfekci předmětů a ploch (Krause, Dolák, 2021). Důležité je i upozornit, že informace o době expozice jsou výrobcem vždy uvedeny na obalu dezinfekce nebo v příbalovém letáku a osoby provádějící dezinfekci by podle návodu výrobce měly postupovat (MZČR, 2020).

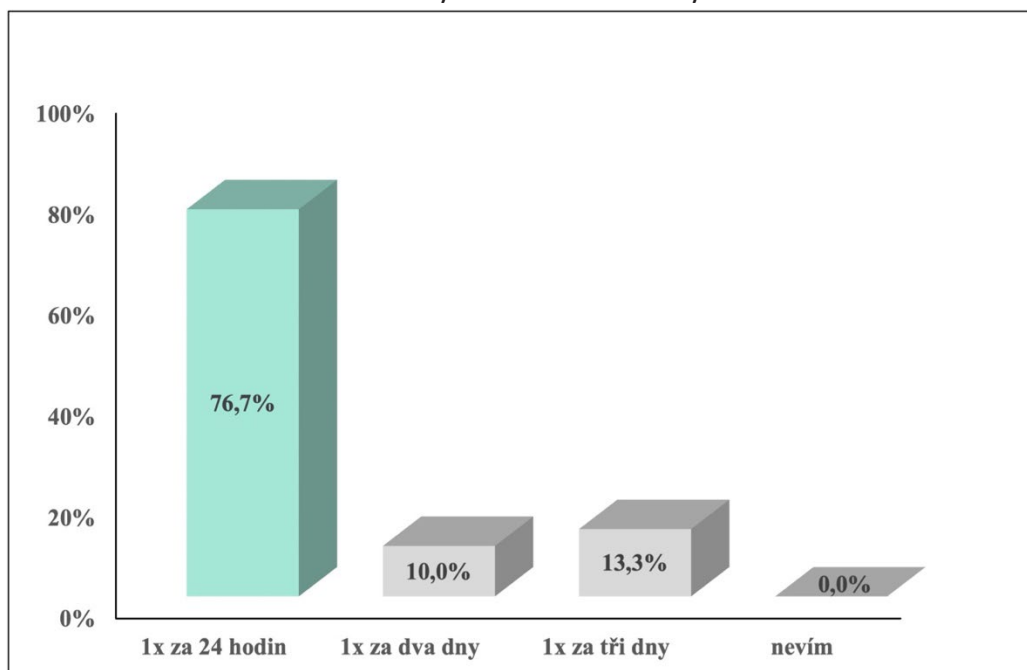
Otázka č. 12 řešila hygienickou dezinfekci rukou před aplikací periferního žilního katétru. Správnou dobu působení dezinfekce zná 45 (75,0 %) studentů, což je pozitivní zjištění. V otázce č. 17 jsme zjišťovali, zda studenti vědí, jaká je nevhodnější poloha pro pacienta při zavádění periferního žilního katétru. Správnou odpověď, tedy že nevhodnější poloha pro pacienta při zavádění periferního žilního katétru je poloha v leže s mírně zvednutou hlavou, jak uvádí Vytejková (2015), zvolilo 31 (51,7 %) respondentů. Polohu v sedě s oporou zad zvolilo 26 (43,3 %) respondentů. Poloha v leže je pro pacienta vhodnější z důvodu větší stability. Poloha v sedě s oporou zad by u pacienta při kolapsu mohlo dojít k pádu, čemuž se polohou v leže snažíme předejít (Vytejková, 2015).

Třetím cílem tohoto výzkumu bylo zjistit, zda studenti mají znalosti o specifikách ošetrovatelské péče po zavedení periferního žilního katétru dle Evidence Based Nursing. Z výzkumného šetření vyplývá, že 61,5 % studentů má znalosti o specifikách ošetrovatelské péče po zavedení periferního žilního katétru dle Evidence Based Nursing. V poslední části dotazníku byla z hlediska výsledků nejproblémovější otázka č. 22, tedy jak často je nutné kontrolovat místo zavedení periferního žilního katétru u pacienta, který je orientován při aplikaci nedráždivé a nonvezikantní infuze. Dle Sedlářové et al. (2016) by se místo zavedení katétru mělo kontrolovat každé 4 hodiny, kdy tuto variantu správně uvedlo 5 (8,3 %) studentů. Výzkumem bylo zjištěno, že 49 (81,7 %) studentů uvedlo každých šest hodin a 4 (6,7 %) studenti zvolili variantu každé dvě hodiny. Pravidelnými kontrolami místa vpichu periferního žilního katétru lze předejít komplikacím, jako je například paravazace aplikované látky a včasné rozpoznání infekce. Orientovaný a edukovaný pacient většinou na případné komplikace všeobecnou sestru sám upozorní (Sedlářová et al., 2016). Již méně problematické byly otázky č. 20 a 21. Otázka č. 21 řešila, jak často je nutné měnit spojovací hadičku. Bylo zjištěno, že 18 (30,0 %) respondentů zvolilo variantu jednou za dva dny, 16 (26,7 %) respondentů vybralo správnou variantu jednou za čtyři dny, 9 (15,0 %) respondentů zvolilo odpověď jednou za osm dní a 17 (28,3 %) respondentů uvedlo variantu nevím. Pravidelnou výměnou spojovací hadičky lze také předejít možným komplikacím v podobě infekce, ale také například komplikacím způsobeným opotřebením materiálu, jako je například zalomení a podobně (MZČR, 2020).

Otázka č. 20 byla zaměřena na výměnu krytí z polyuretanového filmu. Nejvíce respondentů uvedlo, že výměna krytí by se měla uskutečnit 1x za tři až čtyři dny, tedy 41 (68,3 %) respondentů. Naopak pouze 17 (28,3 %) respondentů zvolilo správnou

variantu 1x za pět až sedm dní, jak uvádí MZČR (2020). Ve výzkumu Černohorské (2012) je uvedeno, že respondenti odpovídali z celkového počtu 84 (100,0 %) nejčastěji, že krytí z polyuretanového filmu se mění po 72 hodinách 74 (88,1 %). Dle nejnovějších doporučených postupů MZČR (2020) je však možné, pokud výrobce na obalu neuvede jinak a krytí není nijak znečištěno či poškozeno, ponechat ho pět až sedm dní. U výměny krytí z netkané textilie jsou výsledky podobné jako ve výzkumu Černohorské (2012), kde odpovědělo 82 (97,6 %) respondentů, že krytí z netkané textilie je nutné měnit každých 24 hodin. V našem výzkumu uvedlo 46 (76,7 %) studentů stejně (viz Graf 2), jako v již zmíněném výzkumu Černohorské (2012), že krytí z netkané textilie je nutné měnit každých 24 hodin.

Graf 2: Výměna textilního krytí



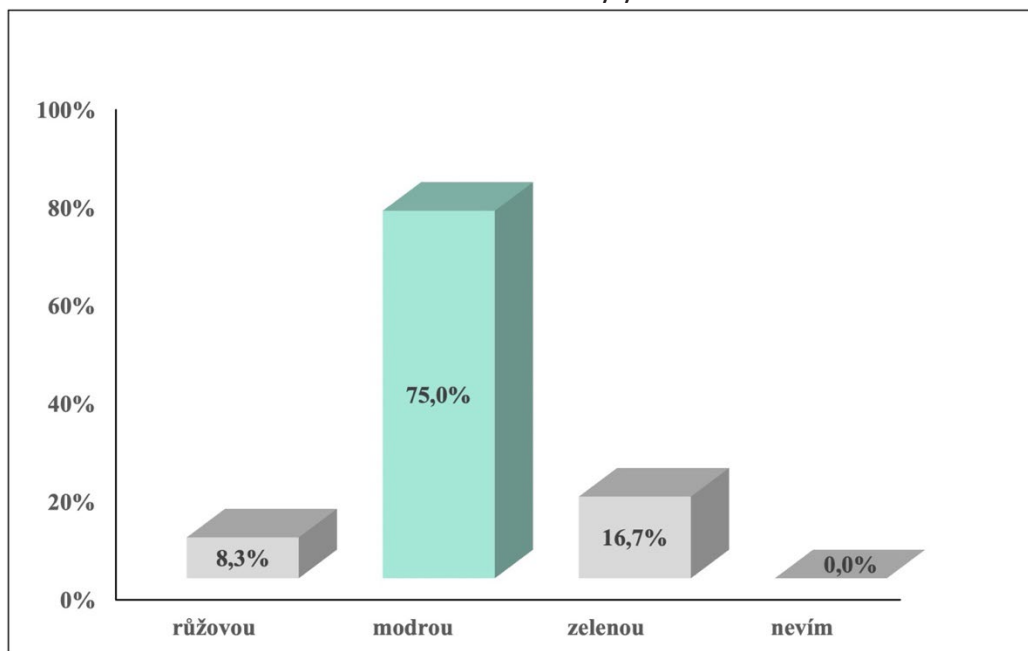
Problémovou oblastí byla otázka č. 18, tedy jakým způsobem se provádí likvidace kovového zavaděče katétru. Nesprávně uvedlo 30 (50,0 %) studentů, že kovový zavaděč se může odložit do emitní misky a lze ho zlikvidovat později. Správnou odpověď, tedy že kovový zavaděč kanyly lze zlikvidovat pouze do nádoby na ostrý odpad, zvolilo 21 (35,0 %) studentů. Dále 9 (15,0 %) studentů odpovědělo, že na způsobu likvidace kovového zavaděče kanyly nezáleží. Ve výzkumu Černohorské (2012), respondenti odpovídali, že kovový zavaděč kanyly se likviduje do kontejneru na ostrý odpad v počtu 83 (98,8 %) a pouze 1 (1,2 %) respondent odpověděl, že kovový zavaděč kanyly se může zlikvidovat do emitní misky. Výsledek této otázky v dotazníkovém šetření nebyl uspokojivý a bylo by vhodné této problematice věnovat větší pozornost. Kovový zavaděč lze zlikvidovat pouze do nádoby na ostrý odpad, aby se předešlo poraněním o ostrý kovový hrot a tím pádem se předešlo šíření krví přenosných nemocí. Tímto způsobem likvidace všeobecná sestra chrání hlavně svoje zdraví (Charvát, 2013).

Dále jsme i zjišťovali, zda studenti znají jednotlivé hodnotící škály využívané v souvislosti se zavedením periferního žilního katétru. Bylo zjištěno, že 26 (43,3 %) respondentů zná VIP (Visual Infusion Phlebitis Scale) skóre, dále 25 (41,7 %) respondentů zná INS (Infiltration Scale) a 33 (55,0 %) respondentů zná klasifikaci tíže flebitis dle Maddona. Naopak Černohorská (2012) ve svém výzkumu uvádí, že pouze 32 (38,1 %) respondentů zná hodnotící škálu dle Maddona a 52 (61,9 %) respondentů ji naopak nezná.

Také jsme zjišťovali, zda studenti znají příznaky paravazace. Ze získaných dat vyplývá, že 28 (46,7 %) respondentů zná příznaky paravazace. Mezi příznaky paravazace dle Sedlářové et al. (2016) patří otok, prosáknutí skrz krytí, pálení a bolest v místě vpichu. Studenti by tyto příznaky měli znát, aby včas zastavili aplikaci infuze či léčiva a nedošlo tak k dalšímu úniku tekutiny mimo žílu a poškození okolní tkáně (Sedlářová et al., 2016).

Zajímavou oblastí byla i analýza otázek, které se zaměřovaly na označení velikosti periferních žilních katétrů. Analýzou bylo zjištěno, že 52 (86,7 %) respondentů správně přiřadilo růžovou kanylu k velikosti 20G či 45 (75,0 %) respondentů správně přiřadilo modrou kanylu k velikosti 22G (viz Graf 3). Výsledky této otázky svědčí o tom, že studenti mají dobrý přehled ve velikostech kanyl pro zavedení periferního žilního katétru.

Graf 3: Velikost kanyly 22G



ZÁVĚR

Péče o periferní žilní katétr je velmi důležitou součástí poskytování kvalitní ošetrovatelské péče pacientům. V současné době existují nejrůznější doporučení, která by se měla dodržovat v péči o zavedený periferní žilní katétr, kdy jednotlivá doporučení je zapotřebí aplikovat do klinické praxe. Důležitou součástí péče o periferní žilní katétr je již vzdělávání studentů, tak aby poznatky získané studiem mohli aplikovat v podmínkách poskytovatelů zdravotních služeb. Výzkumem byly zjištěny v některých oblastech problémové znalosti, kdy na tyto oblasti je důležité se v rámci vzdělávání zaměřit a eliminovat je. Mentoři klinické praxe by zároveň měli studenty v rámci odborné praxe zapojit do činností spojených s péčí o periferní žilní katétr, včetně přípravy pomůcek, přes zavedení periferního žilního katétru, až po jeho odstranění a řešení případných komplikací.

POUŽITÉ ZDROJE

- [1] ČERNOHORSKÁ, J. 2012. *Ošetřování periferních žilních vstupů*. Praha: 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy. Bakalářská práce.
- [2] MZČR. 2020. Metodický návod – zavedení a péče o periferní žilní katétr In: *Věstník MZČR*. Částka 5, s. 11–20. ISSN 1211-0868.
- [3] CHARVÁT, J. 2013. Dlouhodobé cévní vstupy: současná situace v ČR. *Medical Tribune*. 23(1), 1–2. ISSN 1214–8911.
- [4] CHARVÁT, J. 2016. *Žilní vstupy: dlouhodobé a střednědobé*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5621-9.
- [5] GORSKI, L. A., PHILLIPS, L. D. 2018. *Phillips manual of I.V. therapeutics: evidence-based infusion therapy*. 7th ed. Philadelphia: F.A. Davis Company. ISBN 978-0-8036-6704-4.
- [6] JAROŠOVÁ, D., ZELENÍKOVÁ, R. 2014. *Ošetrovatelství založené na důkazech: Evidence Based Nursing*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5345-4.
- [7] KRAUSE, M., DOLÁK, F. 2021. Znalosti sester o dezinfekci vybraných předmětů a ploch při poskytování zdravotních služeb. *Praktický lékař*. 101(2), 112–117. ISSN 0032-6739.
- [8] SEDLÁŘOVÁ, P. et al. 2016. Hodnocení místa vpichu u periferních žilních katétrů. *Florence*. 12(4), s. 30–31. ISSN 1801-464X.
- [9] SPPK. 2016. *Doporučení společnosti pro porty a permanentní katétrů*. [on-line]. SPPK, [cit. 2020-01-01]. Dostupné také na: http://www.sppk.eu/?page_id=488
- [10] VYTEJČKOVÁ, R. et al. 2015. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné III*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3421-7.

SPECIFICS OF PERIPHERAL VENOUS CATHETER CARE ACCORDING TO EVIDENCE BASED NURSING



ABSTRACT

Peripheral venous catheter care is one of the most important and most frequently performed nursing interventions of the general nurse and paramedic. The general nurse and paramedic should have knowledge of the specifics of nursing care for peripheral venous catheters, and peripheral venous catheters should be nursed according to the latest scientific knowledge in Evidence Based Nursing. The application of scientific evidence to clinical practice can help prevent potential complications and other adverse incidents and ensure the provision of quality and safe patient care. The research deals with the knowledge of students of the field of study General Nurse and Paramedic about the specifics of nursing care before, during and after the introduction of a peripheral venous catheter, respectively focuses on knowledge of the principles of treatment, etc. The research identified some problem areas, in particular knowledge of the use of disinfection for needleless entry, rating scales, sharp waste management and replacement of covers. On the contrary, less problematic areas were found in the knowledge about the place of insertion of the peripheral venous catheter, the size of the cannulas or the use of gloves.

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

Bc. Barbora Stachová
Technická univerzita v Liberci
Fakulta zdravotnických studií
Studentská 1402/2 , 416 17 Liberec
e-mail: barunka.stachova@email.cz

Mgr. Martin Krause, Ph.D.
Jihočeská univerzita v Českých
Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Ústav ošetřovatelství, porodní
asistence a neodkladné péče
J. Boreckého 1167/27, 370 11 České
Budějovice
e-mail: krause@zsf.czu.cz

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s.
Duškova 7, 150 00 Praha 5

KEYWORDS:

evidence based nursing, general nurse,
nursing care, peripheral venous catheter,
student

VYUŽITIE NARATÍVNEJ TERAPIE V OŠETROVATEĽSKOM PROCESE U PACIENTA S DEPRESÍVNOU PORUCHOU

MAREK RABINČÁK
PSYCHIATRICKÁ NEMOCNICA
MICHALOVCE, N.O.

ABSTRAKT

Východiska: Prevalencia depresívnej poruchy predstavuje 4,3 % a celosvetovo patrí medzi najväčšie príčiny postihnutia jedinca, najmä žien. Jediní trpiaci depresiou majú značné problémy s každodenným fungovaním v osobných, rodinných, sociálnych, vzdelávacích, profesijných alebo aj iných oblastiach. Moderná komplexná psychiatrická liečba vyžaduje spoluprácu multiprofesionálneho tímu vrátane sestier špecialistiek v ošetrovateľskej starostlivosti v psychiatrii.

Cieľ: Kazuistikou poukazujeme a približujeme vplyv a význam systemickej naratívnej terapie pod vedením sestry s pokročilou praxou a terapeutickým vycvikom u vybraného pacienta, samotný priebeh a výsledné hodnotenie. Metódy: Prostredníctvom prípadovej štúdie interpretujeme a analyzujeme naratívnu terapiu v rámci štyroch sedení u 44 ročného muža.

Výsledky: Pootvorenie a umožnenie pohľadu prostredníctvom naratívnej terapie na to, čo bolo dané do úzadia má väčšiu silu pre zmenu a zvýšenie potenciálu samotného príbehovtvorcu poriešiť alebo zvládnuť jeho životnú situáciu a tým posilniť svoje "JA".

Záver: Cez naratívny pohľad a myslenie je možné vyťažiť to dobré a mocné aj z príbehov v úzadí, vedieť sa odpútať od všeobecných práv a tvrdení. Významnou oblasťou je zapojenie jedinečnej osobnosti príbehovtorcu, ktorá má ako keby vlastný patent (autorstvo) na vytváranie - pretváranie - zmenu, vie formovať ďalšie fungovanie vo svete príbehu, ktorý sa neskôr odzrkadlí aj v samotnej kvalite života.

KLÍČOVÁ SLOVA:

depresia, psychiatrické ošetrovateľstvo, naratívna terapia, rola sestry

ÚVOD

Depresia je veľmi rozšírená duševná porucha, ktorá je spojená s vysokou mierou chorobnosti a funkčného poškodenia. K hlavným príznakom patria zhoršenie nálady, sklúčenosť, strata radosti, emocionálna prázdnota, vôľová slabosť, strata záujmov. Môže sa objaviť sebadopceňovanie, pocity bezcennosti až zúfalstvo, úzkosť sprevádzaná nepokojom, problémy s koncentráciou aj suicidálne myšlienky. Typické sú aj viaceré až početné somatické ťažkosti, poruchy spánku, bolesti, nechutenstvo, strata hmotnosti a strata libida (Hautzinger, 2000). Psychoterapeutická liečba znižuje množstvo relapsov a recidív, redukuje reziduálnu symptomatiku, zlepšuje interpersonálne fungovanie, zlepšuje sociálnu a pracovnú adaptáciu, zlepšuje adhérenciu k liečbe, zlepšuje komorbidity (Raboch et al., 2014). Naratívna terapia je forma poradenstva, ktorá vníma ľudí oddelene od ich problémov. To umožňuje jedincom získať odstup od problému. Takéto videnie im v skutočnosti môže pomôcť alebo chrániť viac, ako by im problémy mali aj naďalej škodiť (Psychology today, 2021). Naratívny prístup využíva pozitívnu moc príbehu, ktorá svojou podmanivosťou formuje ľudskú skúsenosť a napĺňa ju, rozvíja spoluprácu pomáhajúceho a klienta, ktorá umožňuje vrátiť klientovi autorstvo jeho dominantného životného príbehu, ktoré bolo doposiaľ zatienené trápením a bolesťou (ISZ, 2020). Naratívny terapeut v rovine dekonštrukcie odhaľuje spôsob, akým jedinec spracováva svoju vlastnú skúsenosť, zotročuje jej komplexitu svojimi preferenciami (Strnad, Nejedlá, 2014), prostredníctvom dekonštruktívnych otázok jedincom pomáhame rozbaľiť ich príbehy alebo sa na ne pozrieť z iného pohľadu tak, aby vyšlo najavo, akým spôsobom boli príbehy utvárané (Freedman, Combs, 2009). V rovine externalizácie dochádza k oddeleniu problému od jedinca. Externalizujeme nielen problémový príbeh ale aj predsudky osoby, ktoré stoja s individuálnym problémovým príbehom, tak i metanaráciu z ktorej individuálny predsudok čerpá silu a energiu presvedčivosti (Strnad, Nejedlá, 2014). Podľa Linhovej (2021) externalizujúci rozhovor v naratívnom prístupe je zameraný na oddelenie problému od klienta, problém sa personifikuje, odhalia sa jeho tyranizujúce úmysly voči klientovi, odhaľovanie jeho „slabých miest“, podporuje sa kompetencia jedinca brániť sa a bojovať proti problému a rozvíjanie fantázií o tom, čo možno očakávať do budúcnosti od takého silného a kompetentného jedinca. S touto novou perspektívou sa jednotlivci cítia viac oprávnení robiť zmeny vo svojich myšlienkových vzorcoch a správaniach a „prepísať“ svoj životný príbeh do budúcnosti, ktorý odráža, kto sú, čo sú schopní a aký je ich účel, oddelený od svojich problémov (Psychology today, 2021). V naratívnej terapii môžeme pocítiť dvojitý dôraz a dvojakú optiku pohľadu na to, čo je to príbeh a podľa toho tiež na to ako s ním pracovať. Príbeh je vnímaný ako niečo určitého v pamäťovej databáze jedinca, ako taký je uzatvorený a završený. Naratívny terapeut zvonku intervenuje poukazovaním na nezrovnalosti v logike problémového rozprávania (Strnad, Nejedlá, 2014).

Cieľom príspevku je priblížiť a popísať využitie naratívnej terapie u pacienta s depresívnou poruchou, ktorú aplikovala sestra s pokročilou praxou, špecializáciou v odbore ošetrovateľská starostlivosť v psychiatrii a výcvikom v naratívnej systemickej terapii.

METODIKA

Kritériom na zaradenie participanta do naratívnej systemickej terapie je jeho ochota spolupráce, dohodnutá zákazka a harmonogram stretnutí. Participant celkovo absolvoval štyri terapeutické sedenia, každé terapeutické sedenie bolo zaznamenané na audio-video médium s následnou analýzou a interpretáciou naratívnej systemickej terapie. Súčasťou terapeutických stretnutí bolo aj realizovanie poznámok terapeutom. Následná analýza priniesla internalizované verzie pacientovej pravdy a jej interpretáciu, ktorá sa prejavila jeho vlastným jazykom v určitom sociálnom a kognitívnom kontexte.

KAZUISTIKA Z NARATÍVNEJ SYSTEMICKEJ TERAPIE S PACIENTOM.

POSÚDENIE Z HĽADISKA ANAMNESTICKÝCH ÚDAJOV

Ide o 44 ročného pacienta v psychiatrickej starostlivosti v ústavnom zariadení. Pacient prekonal bežné detské ochorenia, predtým zdravý, neliečil sa na žiadne závažné ochorenia. Taktiež neuvádza žiadne operácie. V roku 2008 mal zástavu srdca s následnou kardiopulmonálnou resuscitáciou, 4 krát defibrilácia, v tom istom roku menený kardiostimulátor, iné somatické choroby neudáva. EPI paroxizmy a úrazy hlavy neguje. Evidovaný u ambulantného psychiatra od roku 2009. Opakovaná hospitalizácia na psychiatrii. **Rodinná anamnéza:** bez neuropsychiatrickej záťaže, pochádza z úplnej rodiny, obaja rodičia žijú, má súrodenca, ktorý je zdravý. **Sociálna anamnéza:** pacient je ženatý, má tri deti, z toho dve školopovinné. Býva v bytovom dome, toho času je na invalidnom dôchodku, je vyučený stolár, ukončená SOU bez maturity, vojenskú službu absolvoval, vodičský preukaz vlastní, trestaný nebol, zbraň nevlastní. Pracoval v stavebnej firme v Čechách. Životný štýl: pacient hodnotí, že do prekonania zástavy srdca bol dobrý, zo záľub aktívne športoval, bol horolezcom, mal veľa energie. Po prekonaní zástavy sa všetko zmenilo, nič nemôže robiť, je iba doma, nikde nechodí, zo škodlivín fajčí, alkohol a iné drogy neguje. **Lekárske diagnózy:** F06.3 Organická afektívna porucha, F61 Zmiešaná a iná porucha osobnosti, stp. prim. fibrilácii komôr s obehovou a respiračnou zástavou, stp. KPR. V súčasnosti je na invalidnom dôchodku, dispenzarizovaný u ambulantného psychiatra a kardiológa. **Ošetrovateľské diagnózy:** P109 Smútok, P103 Zmenený psychický stav, E103 Nedostatok vedomostí, P112 Úzkosť.

KATAMNÉZA

Pacient prijatý na psychiatrické oddelenie z dôvodu opakovaného zhoršovania psychického stavu popri ambulantnej liečbe. Uvádza, že dôvodom terajšieho stavu je jeho prekonanie zástavy srdca a implantácia kardiostimulátora. Do tohto obdobia hodnotí svoj život ako dobre fungujúci s bežnými problémami ako každý iný človek. Mal dobrý vzťah s manželkou a deťmi. Taktiež veľmi dobre vychádzal aj s najbližšou rodinou. Bol považovaný za človeka, ktorý všetko zvládne samostatne a načas. Nepotreboval pomoc, bol úplne samostatný človek, na ktorého sa dalo spoľahnúť. Bol zamestnaný vo svojom

odbore, pracoval doma aj v zahraničí, poslednýkrát v Čechách. Bol živiteľom rodiny, chcel aby jeho najbližší mali všetko čo potrebujú, preto pracoval aj v zahraničí, keďže doma nemal pre svoju prácu až tak dobré podmienky. Jeho problémy sa začali **“kopiť”** po zhoršení somatického stavu a prekonaní zástavy srdca. K somatickým problémom sa pridružili postupne aj psychické problémy, ktoré sa postupne stupňovali. Vzhľadom k tomu, že ambulantná liečba je opakovane nedostačujúca, musí byť hospitalizovaný na psychiatrii. Aktuálna hospitalizácia pre zhoršenie depresívnej symptomatiky, v popredí smutné naladenie, nechúť do života, neschopnosť prežívať radosť, pocitová vyprahnutosť, nedostatok pevnej vôle, nechúť k jedlu, nedostatočný a nekvalitný spánok, pesimistické výhľady do budúcnosti, pocit vnútornej nervozity, ktorá sa nedá kontrolovať, zabúdanie. Pacient pôsobí navonok v komunite spolupacientov veľmi introvertne, nekomunikuje samostatne, nezdieľa svoje prežívanie, odpovedá len na cielene otázky. Avšak pri individuálnom pohovore a rozprávaní svojho životného príbehu komunikuje otvorene a úprimne. Hovoril o tom, ako sa mu zmenil život, aké má pocity, čo prežíva a čo ho trápi. Jeho želaním a prioritou je opäť žiť kvalitný život, pretože doteraz sa neadaptoval a nestotožnil s tým ako žije teraz, čo všetko sa mu stalo a ako to zasiahlo jeho život či už rodinný, pracovný alebo sociálny. Všetku vinu pripisuje kardiostimulátoru, tomu pripisuje hlavný problém jeho súčasného fungovania.

ANALÝZA A INTERPRETÁCIA NARATÍVNEJ PRÁCE

šlo o opakovanú hospitalizáciu, v našom zariadení v poradí štvrtú, na doporučenie ambulantného psychiatra pre zhoršenie depresívnej symptomatiky. Po stabilizácii akútneho stavu ochorenia biologickými metódami, najmä psychofarmakologickými preparátmi, dochádzalo postupne k zlepšeniu compliance pacienta a redukcii akútnych symptómov pri základnom ochorení. Po zlepšení spolupráce pacient verbalizoval akúsi **“nespokojnosť samého so sebou”**. Chcel by pre seba ešte niečo urobiť, avšak nevie kto by mu vedel pomôcť. Je presvedčený, že za aktuálnym stavom je jeho kardiostimulátor a ročné obdobie zima. U pacienta sme pozorovali, že aj napriek pravidelnému užívaniu liekov pretrváva nespokojnosť s dosiahnutým efektom liečby. Dotazoval sa na nejaké **“iné metódy”**, ktoré by mu mohli pomôcť. Tento priestor bol využitý a poskytnutý na aplikáciu naratívnej terapie. Pacient v minulosti podstúpil psychologické pohovory a individuálnu psychoterapiu avšak naratívny prístup doteraz pacient nepodstúpil a bola to pre neho niečo nové. Pri naratívnej práci pracujeme s **krajinou udalostí** a **krajinou významov**, tak ako ju opisuje samotný pacient. V rámci sedení bolo potrebné určiť a zdefinovať problém na ktorom budeme pracovať a s tým spojená zákazka pre prácu prostredníctvom naratívnej terapie. Nachádzame tu **krajinu udalosti**, ktorou je pre pacienta obdobie, kedy došlo k rapidnej zmene jeho zdravotného stavu. Ide o zástavu srdca s následnou resutitáciou a v neskoršom období aj implantácia kardiostimulátora. Táto krajina udalosti má **pre pacienta** určitý **význam**, ktorý mu pripisuje a taktiež je to aj zároveň **dominantný príbeh**, ktorým aktuálne žije a ktorý ho ovplyvňuje. V súvislosti s týmto dominantným príbehom si pacient vykonštruoval aj **svoje presvedčenia**, ktoré ho momentálne riadia, on sa s nimi porovnáva a podľa toho hodnotí svoje fungovanie. Aj napriek tomu, že mu to nikto nepovedal on si to myslí a verí tomu: **“všetko je strašné - všetko je zlé - všetko**

je iné - nič nerobím". Ukázalo sa, že pacient menoval viacero oblastí, ktoré pomenoval svojím jazykom ako **"nálada - zima je problém - osobná zmena"**. I keď na prvé počutie sa pozdávalo, že máme zadaný jasný problém postupným dotazovaním a rozborom prostredníctvom dekonštrukcie a externalizácie sme prešli aj do problému **"bojím sa - môj život sa zmenil - všetko sa utratilo"**. Pacient taktiež udával, že nič sa mu nechce, to mu povedala aj manželka, že nič nerobí. Na naše otázky, "čo je to všetko? - čo znamená stále? - povedal Vám to niekto?", tak nachádzame aj **sparkling moment**, že predsa urobil a zrekonštruoval spáľňu vo svojom byte svojpomocne.

Dekonštrukcia pomáha ľuďom rozbaľiť ich životné problémy alebo sa na nich pozrieť z iného uhľa pohľadu tak, aby sa ukázalo akým spôsobom boli príbehy utvárané. Takmer celá dekonštrukcia sa odohráva v rámci externalizačných rozhovorov prostredníctvom otázok kladených terapeutom (Freedman, Combs, 2009).

Na túto skutočnosť pacient dospel sám prostredníctvom naratívneho prístupu. Je to vlastne prienik alternatívneho príbehu cez dominantný. Takáto forma poznania bola pre pacienta až zaražujúcim poznáním, ako keby to nechcel počuť, pretože ostal pri tomto uvedomení si ticho, sebauvedomenie mu narušilo jeho aktuálne presvedčenia v dominantnom príbehu, ktorým žije a to je "že všetko je zlé, nič nerobím a mám nechúť k robote".

Ďalším problémom, ktorému sme sa venovali a ktorý pacient úvodom pomenoval je **"ide zima, mám strach - bojím sa všetkého"**. Začiatok problému pacient generalizoval na všetko, metódou dekonštrukcie sme sa postupne pripravovali k poznaniu že pacient **má strach** nie zo zimy ako takej, ale z presvedčenia, že má implantovaný kardiostimulátor. Cielene sme sa dopytovali aj v kontexte tohto problému, použili sme otázky **"stalo sa že Vás problém nechromil? O čo problému ide? Stalo sa, že to bolo niekedy aj ináč?"**

Jeho aktuálne presvedčenie na sedení, že **"nemôže riadiť vozidlo, pretože má kardiostimulátor a ublíži svojim deťom"**. Aj pri riešení tohto problému sme použili otázky na dekonštrukciu z oblasti: **vzťah osoby a problém - ako životné situácie vplyvajú na problém - dotazy a presvedčenia na život**. Takto formulovanými otázkami sme dospeli k poznaniu a zároveň nachádzame **"sparkling moment"**, pacient predsa už skúšal riadiť vozidlo a všetko dopadlo v poriadku, že to jeho **presvedčenie** nie je platné a istým spôsobom narušil opäť svoj dominantný príbeh spojený z kardiostimulátorom.

Po terapeutických stretnutiach pacient začal verbalizovať **"mám sa lepšie, som sa aj vyrozprával, v dnešnej dobe na Vás nikto nemá čas"**.

DISKUSIA

S amotnú terapiu depresívnych porúch je potrebné s pacientom prediskutovať, a to s ohľadom na závažnosť a typ aktuálnej symptomatiky. Súčasťou diskurzu s pacientom má byť motivácia k liečbe, oboznámenie s konceptom ochorenia

a podpora i upevnenie kompliance (Benkert, Hippus, 2002). Liečba má byť etapovitá a komplexná, terapeutické možnosti môžeme rozdeliť podľa hlavných mechanizmov ich pôsobenia na biologické metódy, ku ktorým patrí farmakoterapia a iné biologické metódy a psychoterapeutické postupy (Kolibáš, 2010). Podiel sestry na psychoterapii sa odvíja od jej vzdelania a skúseností v tejto oblasti, sestry so psychoterapeutickou prípravou sa zúčastňujú skupinovej psychoterapie, podieľa sa na krízovej intervencii (Novotná, 2014). Naša klinická skúsenosť opisuje sestru v roly terapeuta s využívaním metód naratívnej terapie v komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti u pacienta s depresívnou poruchou. Naratívna terapia je zameraná na cieľ, aplikácia naratívnej terapie je relatívne novým prístupom, v našich klinických podmienkach málo aplikovaným oproti tradičnejším prístupom a relatívne metódou málo skúmanou. Monk, Winslade, Crocket a Epton (1997) konštatujú, že primárnym cieľom naratívnej terapie je vytvoriť spojenectvo s jedincom, ktoré získava, povzbudzuje a podporuje schopnosti zlepšovať vzťahy k sebe samému a k ostatným. Cieľom naratívnej terapie je odmietnuť vnímať ľudí ako problémy a pomôcť im, aby sa videli oddelene od problémov. White a Epton (1990) uvádzajú, že akonáhle človek vidí problém oddelene od jeho identity, vytvorila sa príležitosť na zmenu. Táto zmena môže mať formu odlišného správania, odporu alebo protestovania proti problému alebo vyjednávania o vzťahu k problému inými spôsobmi. Ciele naratívnej terapie jedinečne ovplyvňujú terapeutický proces. Výskum realizovaný Lopes et al. (2014) zistil signifikantné symptomatické zníženie depresívnych príznakov pri použití naratívnej terapie rovnako ako pri použití kognitívno-behaviorálnej terapie. Výsledky výskumníkov Seo et al. (2015) potvrdili, že naratívna terapia s emocionálnym prístupom môže byť užitočnou stratégiou ošetrovateľskej intervencie u ľudí s depresiou so zameraním na pozitívne skúsenosti a ako pomoc u depresívnych pacientov pri rozvíjaní pozitívnej identity prostredníctvom vytvárania pozitívnych životných príbehov. Shakeri et al. (2020) realizovali výskum a konštatujú, že skupinová naratívna terapia znížila príznaky depresie a úzkosti u pacientov so závislosťou od amfetamínu. Beaudion et al. (2016) výskumným projektom naratívnej terapie preukázali významné zvýšenie sebauvedomenia, sociálneho povedomia (empatie) a zodpovedného rozhodovania v porovnaní s kontrolnou skupinou. Ďalej konštatujú a podporujú záver, že naratívna terapia ponúka účinné postupy na rozvoj sociálnych a emocionálnych zručností detí.

Pomoc jedincom s komplexným systémom potrieb s prítomnými problémami nie je vec jednorázová, nie stále ide až o tak jednoduchú činnosť i odbornú predovšetkým preto, lebo každý z nás pozerá na predostretý problém svojimi očami, skúsenosťami, názormi, naučenými myšlienkami a naučeným či prevzatým spôsobom ako "by sme mali vyriešiť", respektíve vedieť sa správať či reagovať v určitých situáciách, aj tých problémových. Podľa Denborougha (2014) naše životy a ich cesty nie sú zakotvené v kameni, ale sú formované príbehom. Spôsoby, akými chápeme a zdieľame príbehy našich životov, sú preto rozdiel. V období plne rozvinutej depresívnej poruchy, má jedinec častokrát pocit, že je na konci so silami a nevie ako ďalej, vyhľadá odbornú pomoc s vierou, že jeho stav sa zmení k lepšiemu. V takých situáciách častokrát jedinci so svojím problémom nevedia efektívne naložiť, nevidia v sebe potenciál a majú pocit, že to nezvládnu. Jednotlivé obdobia a chápanie človeka je v pohybe i z pohľadu historického. Každá životná etapa prináša

určitý pohľad, ktorému sa jedinec prispôsobuje, či už sú to normy, konvencie, názory, kultúra a iné. Ak dôjde k odchýlke od "normálu" jedinca čelí hodnoteniu. Predložená klinická skúsenosť poukazuje na skutočnosť, že v novodobom ponímaní človeka je jedinec chápaný ako príbehovorca svojho vlastného "Ja". Samotné "Ja" je odrazom prežitého, pochopeného a následne interpretovaného vlastným jazykom. Samotný príbehovorca prežíva svoj príbeh rozdielne i pokiaľ ide o príbeh totožný, nakoľko ide o jeho vlastnú tvorivú oblasť. A prečo to je z pohľadu sestry s určitým psychoterapeutickým výcvikom dôležité? Jedinec, ktorý uviazne vo svojom príbehu niekedy po vplyvom dominantného príbehu nevidí to, čo sa odohráva pomimo neho, nepripisuje tomu žiaden význam i keď niekedy to, čo sa deje v pozadí príbehu je efektívne, silné i zabudnuté pre samého príbehovorca. Častokrát pootvorenie a umožnenie pohľadu na to, čo bolo dané do úzadia má väčšiu silu pre zmenu a zvýšení potenciálu samotného príbehovorca poriešiť alebo zvládnuť jeho životnú situáciu a tým posilniť svoje "JA".

Pokiaľ ide o prerozprávania a prepisovanie príbehov nášho života, je skutočný rozdiel v tom, ako hovoríme o problémoch v našom živote. Ak sa domnievame, že sme problémom a že s nami nie je niečo v poriadku, je veľmi ťažké konať. Jediné, čo môžeme urobiť, je zakročiť proti problému (Denborough, 2014).

ZÁVER

Cez naratívny pohľad a myslenie je možné práve vyťažiť to dobré a mocné aj z príbehov v úzadí, vedieť sa odpútať od všeobecných práv a tvrdení. Významnou oblasťou je zapojenie jedinečnej osobnosti príbehovorca, ktorá má ako keby vlastný patent (autorstvo) na vytváranie - pretváranie - zmenu, vie formovať ďalšie fungovanie vo svete príbehu, ktorý sa neskôr odzrkadlí aj v samotnej kvalite života.

NÁVRHY A ODPORÚČANIA PRE PRAX

- integrovať do ošetrovateľského vzdelávania sestier v ošetrovateľskej starostlivosti v psychiatrii určitú psychoterapeutickú prípravu,
- využívať v ošetrovateľskej starostlivosti individuálny prístup a rozvíjať psychoterapeutické pôsobenie sestier na pacienta,
- realizovať vedecko výskumnú činnosť v oblasti psychoterapie v kontexte ošetrovateľstva.

POUŽITÉ ZDROJE

- [1] BEAUDION, M.N. et al. 2016. The Effectiveness of Narrative Therapy With Children's Social and Emotional Skill Development: An Empirical Study of 813 Problem-Solving Stories. In *Journal of Systemic Therapies*. 2016; 35(3): 42-59. doi: <https://doi.org/10.1521/jsyt.2016.35.3.42>.
- [2] BENKERT, O. - HIPPIUS, H. 2002. *Príručka psychiatrickej farmakoterapie*. 1. vyd. Trenčín : Vydavateľstvo F, 2002. 585 s. ISBN 80-88952-17-0.

- [3] DENBOROUGH, D. 2014. *Retelling the Stories of our lives. Everyday Narrative Therapy to Draw Inspiration and Transform Experience*. 1. ed. New York: W.W. Norton & Company. Inc. 310 p. ISBN 978-0-393-70815-8.
- [4] FREEDMAN, J. - COMBS, G. 2009. *Naratívni psychoterapie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2009. 320 s. ISBN 978-80-7367-549-3.
- [5] HAUTZINGER, M. 2000. *Depresia*. 1. vyd. Trenčín : Vydavateľstvo F, 2000. 8ž s. ISBN 80-88952-05-0.
- [6] ISZ. *Výcvik naratívnej terapie*. [online]. 2020, [cit. 2021-02-04]. Dostupné z: <https://www.isz.sk/Narativny.htm>
- [7] KOLIBÁŠ, E. 2010. *Príručka klinickej psychiatrie*. 1. vyd. Nové Zámky : Psychoprof, 2010. 304 s. ISBN 978-80-89322-05-3.
- [8] LINHOVÁ, E. 2021. *Použitie externalizácie v terapii fóbie*. [online]. 2021, [cit. 2021-02-04]. Dostupné z: <https://www.isz.sk/ukazka1.htm>.
- [9] LOPES, R. T. et al. 2014. Narrative Therapy vs. Cognitive-Behavioral Therapy for moderate depression: Empirical evidence from a controlled clinical trial. In *Psychotherapy Research*. 2014; 26(6): 662-674. doi: 10.1080/10503307.2013.874052.
- [10] MONK, C., WINSLADE, J., CROCKET, K., EPSTON, D. 1997. *Narrative therapy in practice, the archaeology of hope*. San Francisco: Jossey-Bass.
- [11] NOVOTNÁ, B. 2014. *Psychoterapie a psychoterapeutický prístup*. In PETR, T. - MARKOVÁ, E. a kol. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada Publishing. 2014. s. 116-123. ISBN 978-80-247-4236-6.
- [12] PSYCHOLOGY TODAY, 2021. Narrative Therapy. [online]. 2021, [cit. 2021-02-04]. Dostupné z: <https://www.psychologytoday.com/us/therapy-types/narrative-therapy>.
- [13] RABOCH, J. et al. 2014. *Psychiatrie: Doporučené postupy psychiatrické péče IV*. 1 vyd. Praha : Česká lékařská společnost J.E. Purkyně, 2014. 208 s. ISBN 978-80-260-5792-5
- [14] SEO, M. et al. 2015. Narrative therapy with an emotional approach for people with depression: Improved symptom and cognitive-emotional outcomes. In *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2015; 22(6): 379-389.
- [15] SHAKERI, J. et al. 2020. Effectiveness of Group Narrative Therapy on Depression, Quality of Life, and Anxiety in People with Amphetamine Addiction: A Randomized Clinical Trial. In *Iran J Med Sci*. 2020; 45(2): 91–99. doi: 10.30476/IJMS.2019.45829.
- [16] STRNÁD, V. - NEJEDLÁ, A. 2014. *Základy naratívni terapie a naratívneho koučinku*. Praha: Portál. 152 s. ISBN 978-80-262-0729-0.
- [17] WHITE, M., EPSON, D. 1990. *Narrative means to therapeutic ends*. New York: Norton.

THE USE OF NARRATIVE THERAPY IN THE NURSING PROCESS IN A PATIENT WITH DEPRESSIVE DISORDER

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

PhDr. Marek Rabinčák, PhD., MPH
Psychiatrická nemocnica Michalovce,
n.o.
Akútne psychiatrické oddelenie 2
Andreja Hrehovčíka 1, 071 01
Michalovce
Slovenská republika
e-mail: marek.rabincak@gmail.com

ABSTRACT

Background: The prevalence of depressive disorder is 4.3% in the world and is one of the leading causes of disability, especially in women. Individuals suffering from depression have significant problems with their daily functioning in personal, family, social, educational, professional or other areas. Modern comprehensive psychiatric treatment requires the cooperation of a multi-professional team, including nurses specializing in nursing care in psychiatry.

Objective: We point out and approach the impact and importance of systemic narrative therapy under the guidance of a nurse with advanced practice and therapeutic training in a selected patient, and also we point out to the process and the resulting evaluation.

Methods: Through the case studying, we interpret and analyze the narrative therapy in four sessions for a 44 years old man.
Results: Opening and enabling the view through narrative therapy of what has been put in the background has more power to change and increase the potential of the storyteller himself to solve or manage his life situation and thus strengthen his "SELF".

Conclusion: Through a narrative view and thinking, it is possible to extract the good and powerful from the stories in the background, to know how to detach oneself from universal rights and claims. An important area is the involvement of the unique personality of the storyteller, who has his own patent (authorship) to create - transform - change, can shape further functioning in the world of the story, which will later be reflected in the quality of life itself.

KEYWORDS:

depression, psychiatric nursing, narrative therapy, role of nurse

SKÚSENOSTI SESTIER PRI POSKYTOVANÍ OŠETROVATEĽSKEJ STAROSTLIVOSTI PACIENTOM INÝCH ETNÍK NA SLOVENSKU

MÁRIA POPOVIČOVÁ
VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNÍCTVA
A SOCIÁLNEJ PRÁCE SV. ALŽBETY

ABSTRAKT

Úvod: Hlavným pilierom multikultúrneho ošetrovateľstva je naplniť potreby ľudí tak citlivo, aby človek keď sa stane pacientom nemal dôvod odmietiť spoluprácu či pociťoval nespokojnosť. Vzhľadom k tomu sme sa vo výskume zamerali ošetrovateľskej starostlivosti pacientom iných etník.

Cieľ: Zisťovali sme skúsenosti sestier pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti pacientom iných etník.

Materiál a metodika: Pre získanie potrebných informácií sme využili existujúcu dostupnú odbornú literatúru a neštandardizovaný dotazník. Výskum bol realizovaný v nemocniciach na lôžkových oddeleniach. Respondentmi výskumu bolo 110 sestier. Na overenie hypotéz vo výskume bol použitý Chíkvadrat test.

Výsledky: Z výsledkov výskumu vyplýva, že ovládanie cudzieho jazyka výrazne ovplyvňuje poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti pacientom iného etniká. Profesionálne mladšie sestry majú väčší záujem prehĺbiť si vedomosti v oblasti ošetrovania etník.

Záver: Pri ošetrovaní týchto pacientov treba mať na pamäti, že pacient inej kultúry nemusí vnímať starostlivosť ako skutočnú starostlivosť a jeho očakávania nemusia byť naplnené ak zdravotníci nerozlišujú kultúrne špecifické potreby.

KLÍČOVÁ SLOVA:

multikultúrne ošetrovateľstvo,
špecifiká etní, sestra, pacient

ÚVOD

„Teraz keď sme sa naučili lietať v povetrí ako vtáci a potápať sa ako ryby, zostáva nám už len jedinú naučiť - sa žiť na zemi ako ľudia.“ (George Bernard Shaw)

S polunaživanie s ľuďmi inej národnosti, kultúry či etniká sa musíme neustále učiť lebo len tak môžeme ich kultúre porozumieť. V súvislosti s multikultúrnou spoločnosťou sa do popredia stále viac dostáva aj multikultúrna ošetrovateľská starostlivosť. Hlavným pilierom multikultúrneho ošetrovateľstva je naplniť potreby ľudí tak citlivo, aby človek keď sa stane pacientom nemal dôvod odmietajú spoluprácu či pociťoval nespokojnosť. Spokojnosť môže byť ovplyvňovaná viacerými faktormi, kde môžeme zaradiť jednak osobnostné charakteristiky človeka, jeho súčasný zdravotný a psychický stav a jednak sociálne prostredie, z ktorého človek pochádza ako i jeho sociálne väzby s rodinnými príslušníkmi a širším sociálnym prostredím (Barkasi, 2020). V neposlednom rade aj hľadaním cesty jeden k druhému, tolerovaním a akceptovaním jeden druhého. Sestra k tomu môže prispieť svojim prosociálnym správaním, ktorého základom je motivácia pomôcť iným ľuďom, pričom je definované ako správanie prospešné iným ľuďom, kedy sa človek správa prosociálne, ak vníma a rozumie potrebám či túžbam iných ľudí (Barkasi, Leczová, 2019). Vychádzajúc z týchto faktov vyplýva nutnosť vedieť, poznať a správne pochopiť iné kultúry, etniká, národnosti aby sme zabezpečili správnu ošetrovateľskú starostlivosť. Ak nemáme záujem zistiť o to prečo je pre nás niekto „iný“ nemôžeme byť vnímaví na jeho potreby a každá z kultúr nám môže niečo ponúknuť ale aj sama niečo prijať (Kutnohorská, 2013).

ETNICKÉ ZASTÚPENIE SLOVENSKA

Na území Slovenska ani v minulosti ani v súčasnosti nežijú len Slováci. Slovensko patrí medzi etnicky najrozmanitejšie krajiny strednej Európy. Zo štatistík vyplýva, že až 10 % obyvateľstva tvoria národnostné menšiny. Neoficiálne štatistiky udávajú až 20 % (Bartolová, 2011). Za rok 2016 naďalej zostáva najpočetnejšou menšinou maďarská a po nej nasleduje rómska. Na treťom mieste je česká menšina. Ostatné menšiny ako spomínaná ukrajinská, ruská, chorvátska, nemecká, vietnamská nedosahujú ani 1 %. K menšine židovskej, sliezkej a gréckej sa hlási menej ako 0,1 % obyvateľstva (MVS, 2018). Naša krajina bola donedávna krajinou z ktorej sa skôr migrovalo z rôznych dôvodov do cudziny. Zmeny nastali po vstupe Slovenska do Európskej únie a schengenského priestoru. Medzinárodná organizácia pre migráciu (ďalej IOM) uvádza, že v rokoch 2004–2008 bol nárast cudzincov v našom štáte druhý najvyšší spomedzi všetkých členských štátov EÚ. K 31.12.2017 cudzinci tvorili 1,9 % populácie Slovenska ich počet pomaly narastá. Len za jeden rok nastal nárast v počte cudzincov v našej republike o 12 %. Migrácia obyvateľstva ako taká je súčasťou dejín ľudskej spoločnosti a treba s ňou počítať aj v budúcnosti. IOM odhaduje k 31.12.2017 počet medzinárodných migrantov vo svete na 258 miliónov. Po vstupe SR do EÚ počet cudzincov podľa štatistického úradu SR u nás narástol štvornásobne. Najviac ľudí pochádza z krajín Európskej únie a to hlavne Českej republiky, Maďarska, Rumunska, Poľska, Nemecka, Talianska a Rakúska. Z krajín

mimo Európskej únie to boli občania z Ukrajiny, Srbska, Vietnamu, Číny, Kórei, a Ruskej federácie. Nelegálnou migráciou do na naše územie za rok 2017 prišlo 2706 cudzincov. Počet žiadateľov o azyl sa za posledné roky stabilizoval na niekoľko stoviek ročne. O azyl žiadali najčastejšie občania Afganistanu, Iraku, Vietnamu a Sýrie udáva IOM (2018).

ŠPECIFIKÁ MULTIKULTÚRNEJ OŠETROVATEĽSKEJ STAROSTLIVOSTI

Sesterská práca je veľmi náročná z hľadiska prípravy aj konkrétneho profesionálneho výkonu. Veľký význam v zdravotníckej práci je kladený na dodržiavanie žiaducich foriem vo vzťahu k pacientom, ale aj k spolupracovníkom. Veľmi dôležitý je kontakt medzi sestrou a klientom. Od sestry sú vyžadované nielen správne komunikačné zručnosti, ale aj schopnosť empatie, postreh a pohotovosť (Babečka, Višňovcová, 2021). Priposkytovanie multikultúrnej starostlivosti, je treba zohľadniť etnické a kultúrne hodnoty pacienta, jeho názory, praktiky k vlastnému zdraviu a k poskytovanej zdravotnej starostlivosti. Na tieto účely by mala poslúžiť špeciálna dokumentácia. Tá by mala obsahovať základné údaje ako: etnicitu, jazyk, náboženstvo a duchovné potreby, model rodiny, stravovacie návyky, názory na zdravie a zdravotné praktiky. *Ľudia daného etniká či kultúrnej skupiny nemusia ovládať jazyk krajiny v ktorej momentálne žijú alebo sa nachádzajú. Ak sa dostanú do nemocničného zariadenia nie sú schopní dohovoriť sa pre neznalosť jazyka. Cudzinci od nás nečakajú, že sa naučíme ich jazyk postačí však aj to že, použijeme signály reči tela ich kultúry aj tým dokážeme, že si vážime ich kultúru.* Ľudia v cudzom prostredí a zvlášť chorý sú veľmi citlivý na neverbálne prejavy. Preto je nutné uvedomiť si, že pri ošetrovaní pacientov inej kultúry treba pamätať na neverbálnu komunikáciu a venovať jej zvýšenú pozornosť (Plevová, 2011). Okrem týchto základných požiadaviek hrá v efektívnej multikultúrnej komunikácii veľkú úlohu aj počúvanie, a to predovšetkým aktívne počúvanie. Neefektívna komunikácia môže viesť k tomu, že zdravotnícky tím vníma a nazerá na situáciu rozdielne, čo môže mať fatálne dôsledky (Plisková, Snopek 2018). Špecifiká vo výživa a stravovacích návykochsa výrazne líšia v závislosti od etnickej skupiny. Je všeobecne známe, že pre Ázijcov je typickou potravinou ryža a pre Talianov cestoviny. Pre Hinduistov je nepredstaviteľné jesť hovädzie mäso, keďže kravu považujú za posvätné zviera tak nejedia ani produkty z nej. U židov je známe, že dodržiavajú tzv. košrut jedia len „košér“ potraviny. Vyznávači islamu jedlo delia na halal, čo znamená dovolené a haram na nedovolené potraviny (Nemcová, 2010). Pri ošetrovaní rómskeho etnika je potrebné aby sestra brala ohľad na identitu rómskeho pacienta. To znamená Róm medzi pacientmi musí ostať naďalej sám sebou a uchovať vlastnú identitu to znamená jazyk, gesta, vlastné hodnoty a spiritualitu (Vansač, Belovičová, 2019). Táto kultúrna rozmanitosť je základným znakom života ľudí. Viera a duchovné presvedčenie človeka môže mať väčší význam v čase ochorenia, ako v inom období života, preto je poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti pacientom s iných kultúr náročne. Z tohto dôvodu je potrebná efektívna spolupráca sestier s iným zdravotníckym personálom vyžadujúce profesionálne a psychologické prístupy (Snopek 2017).

CIEĽ VÝSKUMU

S narastajúcim kultúrnym vedomím pacientov v zdravotnej starostlivosti narastajú aj očakávania pacientov. To si žiada od zdravotníkov znalosť rôznych kultúr, ktoré sa môžu meniť v súvislosti s tým a akými pacientmi najčastejšie prichádzajú do kontaktu. K tomu neodmysliteľne patrí aj rešpektovanie kultúrnych odlišností etník ku ktorým patria tradície, zvyky, rituály, jazyk ale aj spiritualita. Každá spoločnosť má svoje kultúrne špecifiká. Ak chceme ponúknuť multikultúrnú a etickú starostlivosť musíme sa orientovať aj v tomto smere čo nám prináša osobné benefity v profesii. Vo výskume sme sa zamerali naskúsenosti sestier pri poskytovaní starostlivosti pacientom iných etník.

SÚBOR A METODIKA

Výskumný súbor tvorilo 110 sestier pracujúce v dvojsmennej prevádzke. Výsledky boli štatisticky spracované v programe Microsoft Excel do tabuľkovej formy. Získane údaje boli spracované, kódované a zadané do tabuliek vytvorených v programe Microsoft Excel. Hypotézy sme overovali pomocou Chi kvadrant testu na základe stanovenia hladiny významnosti $p = 0,05$. Všetky získané výsledky prezentujeme slovné a v tabuľkách. Vo všetkých skúmaných hypotézach zisťujeme rozdiel medzi premennými preto bol použitý Chi kvadrant test.

VÝSLEDKY

Tabuľka 1: Vek sestier

Vek sestier	počet (n)	percentá (%)
do 30 rokov	23	20,91
od 31 do 45 rokov	39	35,45
od 46 do 55 rokov	37	33,64
nad 55 rokov	11	10,00
Spolu	110	100,00

Z celkového počtu 110 (100,00 %) respondentov najpočetnejšiu vekovú kategóriu tvorili sestry vo veku od 31 do 45 rokov. V tomto vekovom intervale bolo 39 sestier, čo predstavuje 35,45 % všetkých respondentov. Druhou najpočetnejšou bola veková kategória od 46 do 55 rokov. K nej sa prihlásilo 37, to je 33,64 % sestier. Vekovú kategóriu do 30 rokov zastupovalo 23 (20,91 %) sestier. Najmenej početná bola kategória sestier nad 55 rokov. Tá predstavovala v našej prieskumnej vzorke 10 % (11) opýtaných.

Tabulka 2: Dĺžka praxe sestier v zdravotníctve

Dĺžka praxe sestier v zdravotníctve	počet (n)	percentá (%)
do 5 rokov	20	18,18
od 6 do 15 rokov	30	27,27
od 16 do 25 rokov	24	21,82
nad 25 rokov	36	32,73
Spolu	110	100,00

Najpočetnejšiu kategóriu tvorili sestry s počtom rokov praxe v zdravotníctve nad 25 rokov, a to 36 (32,73 %) sestier. Druhú najpočetnejšiu kategóriu od 6 do 15 rokov praxe zastupovalo 30 (27,27 %) sestier. Dĺžku praxe v zdravotníctve od 16 do 25 rokov uvádzalo 24 (21,82 %) sestier. Najmenej početnú kategóriu do 5 rokov praxe zastupovalo 20, teda 18,18 % sestier.

Tabulka 3: Vzdelanie sestier

Vzdelanie sestier	počet (n)	percentá (%)
Stredoškolské	41	37,27
vyššie odborné – VOV	14	12,73
vysokoškolské I. stupňa	37	33,64
vysokoškolské II. stupňa	18	16,36
spolu	110	100,00

Najpočetnejšiu skupinu tvorili sestry so stredoškolským vzdelaním v zastúpení 41 (37,27 %). Druhou najpočetnejšou skupinou boli sestry s vysokoškolským vzdelaním I. stupňa, s počtom 37 (33,64 %). Vysokoškolské vzdelanie II. stupňa malo 18 (16,36 %) sestier. Najmenej početnú skupinu tvorili sestry s vyšším odborným vzdelaním, a to v počte 14 (12,73 %).

HYPOTÉZA 1

Sestry so znalosťou cudzieho jazyka budú uvádzať lepšiu pripravenosť poskytovať starostlivosť pacientom iných etník ako sestry s neznalosťou cudzieho jazyka.

Tabulka 4: Jazykové znalosti sestier verzus pripravenosť poskytovať starostlivosť pacientom iných etník

Pozorované početnosti O (observed)	Pripravené	nepripravené	Spolu
majú jazykové znalosti	56	28	84
nemajú jazykové znalosti	7	19	26
Spolu	63	47	110

Očakávané početnosti E (expected)	Pripravené	nepripravené	Spolu
majú jazykové znalosti	48,11	35,89	84
nemajú jazykové znalosti	14,89	11,11	26
Spolu	63	47	110

Hraničný Chí kvadrát pri zvolenej signifikancii a vypočítaných stupňoch voľnosti je podľa tabuliek 3,84. Nakoľko vypočítaný Chí kvadrát ($\chi^2 = 12,80$) spadá za túto hranicu, na hladine signifikancie $\alpha = 0,05$ zamietame nulovú hypotézu, prijímame alternatívnu hypotézu a tvrdíme, že sestry so znalosťou cudzieho jazyka sú lepšie pripravené na poskytovanie starostlivosti pacientom iných etník ako sestry s neznalosťou cudzieho jazyka.

HYPOTÉZA 2

Sestry so stredoškolským vzdelaním budú uvádzať ako najväčšiu prekážku v starostlivosti o pacienta iného etnika komunikačnú bariéru, na rozdiel od sestier s vysokoškolským vzdelaním, ktoré budú uvádzať iný charakter prekážok v starostlivosti o pacienta iného etnika.

Tabulka 5: Vzdelanie sestier verzus charakter uvádzaných prekážok v starostlivosti o pacienta iného etnika

Pozorované početnosti O (observed)	komunikačná bariéra	iné prekážky	Spolu
stredoškolské vzdelanie	40	15	55
vysokoškolské vzdelanie	34	21	55
Spolu	74	36	110
Očakávané početnosti E (expected)	komunikačná bariéra	iné prekážky	Spolu
stredoškolské vzdelanie	37	18	55
vysokoškolské vzdelanie	37	18	55
Spolu	74	36	110

Počet stupňov voľnosti $df = 1$, hraničný Chí kvadrát pri zvolenej signifikancii je 3,84. Nakoľko vypočítaný Chí kvadrát ($\chi^2 = 1,48$) je menší, na hladine signifikancie $\alpha = 0,05$ nezamietame nulovú hypotézu. Testovanie potvrdilo, že neexistuje štatisticky významný rozdiel medzi charakterom uvádzaných prekážok v starostlivosti o pacienta iného etnika a vzdelanostnou úrovňou sestier.

HYPOTÉZA 3

Profesionálne mladšie sestry prejavujú väčší záujem o vzdelávacie aktivity zamerané na ošetrovanie osôb rozličných etník, ako profesionálne staršie sestry.

Tabulka 6: Dĺžka praxe sestier verzus záujem o vzdelávacie aktivity zamerané na ošetrovanie osôb rozličných etník

Pozorované početnosti O (observed)	majú záujem	nemajú záujem	Spolu
profesionálne mladšie sestry	43	7	50
profesionálne staršie sestry	25	35	60
Spolu	68	42	110
Očakávané početnosti E (expected)	majú záujem	nemajú záujem	Spolu
profesionálne mladšie sestry	30,91	19,09	50
profesionálne staršie sestry	37,09	22,91	60
Spolu	68	42	110

Hraničný Chí kvadrát pri zvolenej signifikancii a vypočítaných stupňoch voľnosti je podľa tabuliek 3,84. Nakoľko vypočítaný Chí kvadrát ($\chi^2 = 22,71$) spadá za túto hranicu, na hladine signifikancie $\alpha = 0,05$ zamietame nulovú hypotézu a prijímame alternatívnu hypotézu. Testovanie potvrdilo, že profesionálne mladšie sestry prejavujú väčší záujem o vzdelávacie aktivity zamerané na ošetrovanie osôb rozličných etník, ako profesionálne staršie sestry.

HYPOTÉZA 4

Uspokojovanie psychosociálnych potrieb u pacientov rôznych etník považujú sestry za náročnejšie ako uspokojovanie biologických potrieb.

Tabulka 7: Náročnosť uspokojovania potrieb a vybrané potreby

Náročnosť uspokojovania potrieb a vybrané potreby	Pearsonov korelačný koeficient (r)	P-hodnota
biologické potreby	0,214	0,010
psychické potreby	0,915	0,011
sociálne potreby	0,812	0,013

Z tabuľky je zrejmé, že najsilnejšia pozitívna závislosť je medzi psychickými potrebami a náročnosťou ich uspokojovania $r = 0,915$. Potvrďuje to aj P-hodnota testu súvislosti $p = 0,011$, ktorá je menšia ako zvolená hladina významnosti (0,05). Silná pozitívna závislosť sa potvrdila medzi sociálnymi potrebami a náročnosťou ich uspokojovania

$r = 0,812$. P-hodnota testu súvislosti $p = 0,013$ je menšia ako zvolená hladina významnosti (0,05). Z hodnoty Pearsonovho koeficientu $r = 0,214$ a P-hodnoty testu súvislosti $p = 0,010$, ktorá je menšia ako zvolená hladina významnosti (0,05), môžeme konštatovať, že medzi biologickými potrebami a náročnosťou ich uspokojovania je malá korelácia. Testovanie potvrdilo, že uspokojovanie psychosociálnych potrieb u pacientov rôznych etník je náročnejšie ako uspokojovanie biologických potrieb.

DISKUSIA

Všade na svete existujú ľudia ktorí sú presvedčení o tom, že práve ich kultúra, normy a hodnoty sú správne a pravdivé. No tieto zvyky, normy alebo hodnoty nemajú byť hodnotené podľa jednej kultúry. Základným východiskom etiky je jedinečnosť a dôstojnosť ľudského života. (Babečka, Višňovcová, 2021). Je preto potrebné učiť sa tolerancii ktorá je v súčasnom svete nevyhnutná. Snažiť sa pochopiť, spoznať a tolerovať všetky etnické skupiny s ktorými sa stretneme a poskytovať tak vhodnú, účinnú a individuálnu ošetrovateľskú starostlivosť. Kvalita poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti je založená na uspokojovaní potrieb pacienta a to si vyžaduje personál s dostatočnými vedomosťami a zručnosťami. Cieľom výskumu bolo zmapovať pripravenosť sestier poskytovať túto špecifickú starostlivosť pacientom iných etník. V demografickej časti sme skúmali vek respondentov, z celkového počtu 110 respondentov čo predstavuje 100 % najväčšiu skupinu tvorili respondenti vo veku od 31–45 rokov 35,45 %. Môžeme konštatovať, že prevládajú respondenti v strednom veku. V otázke o dĺžke praxe najpočetnejšiu skupinu tvorili respondenti s praxou nad 25 rokov 32,73 %. Vo vzdelaní prevládajú sestry so stredoškolským vzdelaním v zastúpení 37,27 %. V položke aký cudzí jazyk sestry ovládajú počet odpovedí spolu bolo 167 (100, 00 %), keďže respondenti mohli v tejto otázke označiť viac možností. Najvyššia frekvencia bola zaznamenaná u možnosti ovládanie anglického jazyka 23,95 %. Ovládanie maďarského jazyka udáva 22,75 %, nemeckého jazyka 18,56 %, ruského jazyka 17,96 % , iný jazyk konkrétne poľsky a francúzsky bol značený 1respondentom 1,20 %. V možnosti žiadny cudzí jazyk bolo zaznamenaných 26 odpovedí 15,57 %. Scholtzová (2011) vo svojom výskume popisuje, že až 58,75% respondentov uvádza ovládanie cudzieho jazyka. Výskumom sa potvrdilo, že sestry so znalosťou cudzieho jazyka sú lepšie pripravené na poskytovanie starostlivosti pacientom iných etník ako sestry s neznalosťou cudzieho jazyka. Ovládanie cudzieho jazyka má pre sestry význam pre lepšie uplatnenie na trhu práce. Taktiež sme testovali, či profesionálne mladšie sestry prejavujú väčší záujem o vzdelávacie aktivity zamerané na ošetrovanie osôb rozličných etník, ako profesionálne staršie sestry. Tento predpoklad sa nám potvrdil, že mladšie sestry prejavujú väčší záujem o vzdelávacie aktivity zamerané na ošetrovanie osôb rozličných etník. Túžbu prehĺbiť si vedomosti a vyššiu odbornú prípravu o problematike špecifik iných kultúr a etník vyjadrili aj respondenti vo výskume Cang- Wongovej (2009). Testovaním sme zistili, že uspokojovanie psychosociálnych potrieb u pacientov rôznych etník je náročnejšie ako uspokojovanie biologických potrieb. Slovensko nepatrí ku krajinám ktoré majú dlhodobé skúsenosti s poskytovaním transkultúrnej starostlivosti ako napríklad Amerika alebo Veľká Británia. Nárast v oblasti rozširovania elektronickej komunikácie, kultúrneho vedomia, migrácia, záujem o ľudské

práva a adekvátnu ošetrovateľskú starostlivosť a obhajovanie kultúrnych práv menšín deklarujú dôležitosť implementovať transkultúrnu starostlivosť do ošetrovateľskej praxe.

Na základe výskumu navrhujeme niekoľko odporúčaní pre manažment zdravotníckych zariadení:

- motivovať sestry študovať cudzie jazyky napríklad úhradou polovice nákladov a sprostredkovať kurzy cudzieho jazyka, aby sa odstránila jazyková bariéra
- usporadúvať školenia a semináre so zameraním na multikultúrnu starostlivosť
- bolo by vhodné mať v nemocnici k dispozícii tlmočníka
- vypracovať na každé oddelenie brožúrky, manuály alebo piktogramy v cudzom jazyku podľa etník a kultúr s ktorými sestry najčastejšie prichádzajú do kontaktu týkajúce sa špecifik ošetrovateľskej starostlivosti

ZÁVER

V súčasnom svete je naša spoločnosť multikultúrna a čoraz častejšie ju možno vidieť aj našich nemocniach. Napriek tomu, že problematike multikultúrneho a transkultúrneho ošetrovateľstva sa v súčasnosti venujú aj učebné osnovy došli sme k záveru, že teoretická pripravenosť sestier nie je dostačujúca. Pri ošetrovaní týchto pacientov treba mať na pamäti, že pacient inej kultúry nemusí vnímať starostlivosť ako skutočnú starostlivosť a jeho očakávania nemusia byť naplnené ak zdravotníci nerozlišujú kultúrne špecifické potreby. Profesionálne staršie sestry občas majú pocit, že ich skúsenosti ich oprávňujú k tomu, aby rozhodli čo je pre pacienta najvhodnejšie a takýmto spôsobom poskytovali ošetrovateľskú starostlivosť. Našou úlohou nebolo podrobne opísať danú tému, ale skôr priviesť sestry k tomu aby sa zamysleli nad svojimi postojmi a zhodnotili a posúdili to, ako sú schopné poskytovať multikultúrnu starostlivosť.

POUŽITÉ ZDROJE

- [1] BABEČKA J., VIŠŇOVCOVÁ, E. 2021. Špecifiká komunikácie sestry s klientmi s mentálnym postihnutím. ZBORNÍK ZO VII. MEDZINÁRODNEJ VEDECKEJ KONFERENCIE – ONLINE PRAX ZALOŽENÁ NA DÔKAZOCH V POMÁHAJÚCICH PROFESIÁCH Michalovce 13. November 2020. Vydavateľstvo: Collegium Humanum – Szkoła Główna Menedżerska ul. Moniuszki 1a, 00-014 Warszawa, Polska. ISBN: 978-83-958245-2-4. s. 139 – 146.
- [2] BABEČKA, J., VIŠŇOVCOVÁ, E. 2021. Faktory ovplyvňujúce ošetrovateľskú starostlivosť o seniora v terminálnom štádiu ochorenia. In: Zdravotnícke štúdie. Vedecko - odborný recenzovaný časopis Fakulty zdravotníctva Katolíckej univerzity v Ružomberku: Vyd.: Verbum . XIII. roč. 2021, č. 1, s. 3-6, ISSN 1337-723X.
- [3] BARKASI, D. 2020. Spokojnosť respondentov s poskytovanými službami. In Zborník vedeckých prác z inštitucionálneho projektu VŠZaSP, BA, DP Michalovce 1/2019, 2020. Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, Slovenská spoločnosť praktickej obezitológie SSPO. ISBN 978-80-8132-223-5, s. 171 – 189.

- [4] BARKASI, D. – LECZOVÁ, D. 2019. Motivácia k voľbe študijného odboru študentov pomáhajúcich profesií. 1. vyd. Michalovce :Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, n. o. v Bratislave, Ústav bl. Metoda Dominika Trčku v Michalovciach, 2019. 90 s. ISBN: 978-80-8132-210-5.
- [5] BARTALOVÁ, J. 2011. Vybrané kapitoly z etiky v dialógu kultúr. Nitra: Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre Filozofická fakulta, 2011. 120 s.
- [6] BRANDTOVÁ, M. 2018. Špecifiká ošetrovateľskej starostlivosti o pacientovíných etník.Diplomová práca. Prešov :Katedra ošetrovateľstva, 2018. 77 s.
- [7] CANG-WONG, C. 2009. Nursing Responses to Transcultural Encounters: What Nurses Draw on When Faced with a Patient from Another Culture. In The Permanente Journal, 2009, Vol. 13, No.3, p. 31-37.
- [8] KUTNOHORSKÁ, J. 2013. Multikultúrní ošetrovatelství pro praxi. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2013. 160 s. disorders: A preliminary analysis of efficacy compared to a standard cognitive behavioral program. International Journal of Human Computer Studies. 69,602-613. DOI:10.1016/j.ijhcs.2011.06.002
- [9] [9]MVSR. Azyl a migrácia. Štatistiky. 2018 [online]. 2018. [citované 2020-19-09]. Dostupné na: [<https://www.minv.sk/?statistiky-20>].
- [10] [10] NEMCOVÁ, J. – HLINKOVÁ, E. a kol. 2010. Moderná edukácia v ošetrovateľstve. Martin :Osveta, 2010. 259 s.
- [11] [11] PLEVOVÁ, I. a kol. 2011. Ošetrovatelství II. Praha: Grada Publishing a.s., 2011. 224 s.
- [12] [12] PLISKOVÁ, B. SNOPEK. 2018. Rozvoj klíčových kompetencí student ve zdravotnické problematice. Zlín: Univerzita Tomáše Bative Zlíně, Fakulta humanitních studií, 2018, s.104, [cit. 2021-12-23]. Dostupné z: <https://digilib.k.utb.cz/handle/10563/43761>. ISBN 9788074547768.
- [13] [13] SNOPEK, Petr. 2017. The importance of motivation in the care for patient safter HIP. In: ICCSBS 2017 – The Annual International Conference on Cognitive - Social, and Behavioural Sciences [online]. Brno: Future Academy, 2017, s. 97-102. [cit. 2021-12-25]. ISSN 2357-1330. Dostupné z: <http://www.futureacademy.org.uk/publication/EpSBS/icCSBs2017CzechRepublic>.
- [14] [14] SCHOLTZOVÁ, E. 2011. Znalosti všeobecných sestier pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti jedincom rôznych etník :Diplomová práca. Brno:Katedra ošetrovateľstva, 2011. 80 s.
- [15] [15] VANSÁČ, P., BELOVIČOVÁ, M. The importance of dialogue and respecting anthropological and cultural aspects in the evangelisation of Roma, Acta Missiologica, ISSN 2453-7160. vol. 13, no. 2, 2019

EXPERIENCE OF NURSES IN PROVIDING NURSING CARE TO PATIENTS OF OTHER ETHNIC GROUPS IN SLOVAKIA

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

doc. PhDr. Mária Popovičová, PhD.
Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety
Inštitút bl. Metoda Trčku, Michalovce
Partizánska 23, 071 01 Michalovce
Slovenská republika
e-mail: maria.popovic911@gmail.com

ABSTRACT

Introduction: The main pillar of multicultural nursing is to meet the needs of people so sensitively that when a person becomes a patient he has no reason to refuse to cooperate or feel dissatisfied. Due to this, we focused our research on nursing care for patients of other ethnicities.

Objectives: We investigated the experience of nurses in providing nursing care to patients of other ethnicities.

Material and methods: To obtain the necessary information, we used the existing available literature and a non-standardized questionnaire. The research was carried out in hospitals in inpatient wards. The respondents of the research were 110 nurses. The Chi square test was used to verify the hypotheses in the research.

Results: The results of the research show that the command of a foreign language significantly influences the provision of nursing care to patients of other ethnic groups. Professional younger nurses are more interested in deepening their knowledge in the field of ethnic treatment.

Conclusion: When treating these patients, it should be borne in mind that a patient of another culture may not perceive care as real care and his or her expectations may not be met if health professionals do not distinguish between culturally specific needs.

KEYWORDS:

multicultural nursing, specifics of ethnicity, nurse, patient

PÉČE PORODNÍ ASISTENTKY O ŽENU S OVARIÁLNÍM HYPERSTIMULAČNÍM SYNDROMEM

DUŠKOVÁ SABINA
KOLÁŘOVÁ KLÁRA
UNIVERZITA PARDUBICE



ABSTRAKT

Článek předkládá teoretické poznatky o problematice ovariálního hyperstimulačního syndromu (OHSS) se zaměřením na péči porodní asistentky v rámci mezioborové spolupráce při komplikaci stimulace ovulace. Dále prezentuje kazuistiku u ženy s OHSS.

KLÍČOVÁ SLOVA:

kazuistika, asistovaná reprodukce, ovariální hyperstimulační syndrom, IVF, terapie, ošetrovatelská péče v porodní asistenci

ÚVOD

Ovariální hyperstimulační syndrom (OHSS) je potenciálně závažnou iatrogení komplikací suprafyziologické ovariální stimulace, vyskytující se nejčastěji u metod asistované reprodukce, kdy jsou vaječníky stimulovány za účelem podpory růstu většího množství ovariálních folikulů a tím zvýšení počtu oocytů dostupných k odběru (Mathur a Tan, s. 257, 2014). Incidence OHSS se podle literárních zdrojů výrazně liší. Nejčastěji je uváděna v rozmezí 0,5–5 % a u žen se zatíženou anamnézou dokonce až 10 %. Výskyt OHSS je obtížné odhadnout pro nedostatek přesných všeobecně uznávaných diagnostických kritérií (Li a kol., s. 1, 2021). Patogeneze OHSS nebyla dosud jasně vysvětlena. Společný konsenzus ukazuje, že OHSS je způsoben nadměrnou sekrecí vazoaktivních agens, konkrétně vaskulárního endoteliálního růstového faktoru (VEGF), který je indukován endo- a exogenním vlivem lidského choriogonotropinu (hCG). VEGF způsobuje přesun tekutiny z intravaskulárního prostoru do tzv. “třetího prostoru”. Zvýšení vaskulární permeability a hromadění tekutiny, nejčastěji v dutině břišní, se projevuje ascitem, méně často se tvoří pleurální a perikardiální výpotek (Guo a kol., 2016, s. 1). OHSS lze dělit podle vzniku příznaků na časný a pozdní. “Časný” OHSS vzniká do 7 dnů po injekční aplikaci hCG a je spojen s nadměrnou ovariální odpovědí. „Pozdní“ OHSS se obvykle projevuje 10 nebo více dnů po aplikaci hCG a následném embryotransferu. Je tedy výsledkem působení endogenního hCG u již těhotné ženy. Pozdní OHSS má delší a závažnější průběh ve srovnání s časnou formou (RCOG, 2016, s. 7).

Diagnóza OHSS je stanovena na základě klinického vyšetření. Významné postavení v diagnostice má ultrasonografie (Mittal a kol., 2015, s. 222). Příznaky OHSS nejsou specifické a pro tento stav neexistují žádné diagnostické testy. Je tedy třeba dbát na to, aby byla vyloučena jiná závažná onemocnění, která se mohou projevovat podobným způsobem, ale vyžadují velmi odlišný management. Je zapotřebí pečlivé posouzení zkušeným lékařem, spolu s laboratorní kontrolou krevního obrazu, sérových elektrolytů a osmolality, dále ultrazvukového vyšetření a v indikovaných případech využití zobrazovacích metod břicha. V laboratorním vyšetření je hlavním diagnostickým kritériem OHSS kombinace zvýšeného hematokritu a snížené osmolality sera. Je třeba zohlednit, že OHSS sám o sobě není běžně spojen se silnou bolestí, horečkou nebo známkami peritoneálního dráždění. Přítomnost těchto klinických projevů by měla vést k důkladnému klinickému vyšetření a k vyloučení jiných patologických stavů. Důležitá je diagnostická diferenciací od pánevní infekce, pánevního abscesu, apendicitidy, torze ovaria či ruptury cysty, perforace střeva a mimoděložního těhotenství (RCOG, 2016, s. 7-8).

Ovariální hyperstimulační syndrom je klasifikován do čtyř stupňů viz Tabulka 1 níže (Roztočil a kol., 2011, s. 1771). Klinický stav se odvíjí od patofyziologie OHSS a spektrum přítomných projevů se liší v závislosti na jeho závažnosti (Gebriel, Hamoda a Mathur, 2018, s. 98).

Tabulka 1: Rozdělení závažnosti OHSS dle Golana (1989)

OHSS	Průměr ovaríí	Stupeň	Nález
mírný	< 10 cm	1	abdominální distenze a diskomfort nauzea, zvracení, průjem
střední	10-12 cm	2	výše uvedené + ultrazvukem prokázaný ascites
těžký	> 12	3	výše uvedené + klinické známky ascitu či hydrothoraxu (dyspnoe)
kritický	> 12	4	jako stupeň 3, ale závažnější hemokoncentrace, hyperkoagulace, poruchy elektrolytového metabolismu, oligurie až počínající renální selhání

Rizikovým faktorem pro vznik OHSS je syndrom polycystických vaječnicků (PCOS), OHSS v anamnéze, nízký věk ženy, nízký index tělesné hmotnosti (BMI) a vysoký počet antrálních folikulů (AFC). Mezi další rizikové faktory patří alergie, vysoké hladiny antimülleriánského hormonu (AMH), vysoké dávky gonadotropinů a vysoké hladiny estradiolu (E2) v séru. V těchto případech musí být dávka podaných folikulostimulačních preparátů nižší než obvykle (Rob a kol., 2019, s. 210; Sun a kol., 2021, s. 2).

Strategie prevence OHSS jsou primární a sekundární povahy. Primární prevence identifikuje míru rizika u jednotlivých žen na základě přítomnosti rizikových faktorů. Ženy jsou následně zařazeny do skupiny s žádným, nízkým či vysokým rizikem vzniku OHSS a jsou jim individualizovány léčebné režimy. Sekundární prevence se naopak zaměřuje na metody, které lze využít u žen s nadměrnou ovariální odpovědí na stimulaci během cyklu a jejím cílem je zabránit progresi OHSS (Smith, Osianlis a Vollenhoven, 2015, s. 3). Při stimulaci rizikových pacientek je nutné zvolit vhodnou dávku FSH určenou ke stimulaci, v některých případech je však volba ideální dávky problematická a dochází tak k nedostatečné stimulaci folikulů či v opačném případě k jejich mnohočetnému růstu. Vzniku hyperstimulace lze předejít navozením ovulace antagonisty gonadoliberinu (GnRH) namísto podání hCG, které vede rozvoji OHSS. Krajním řešením je pak nepodání léků k indukci ovulace a zrušení cyklu (Rob a kol., 2019, s. 210).

Terapie OHSS je symptomatická a závisí na jeho závažnosti, komplikacích, přítomnosti či nepřítomnosti gravidity. Léčba zahrnuje korekci elektrolytické dysbalance, hemodynamických změn, dysfunkce jater, respiračních projevů, hypoglobulinémie, tromboembolické příhody, torze adnex a neurologických komplikací (Namavar Jahromi a kol., 2018, s. 252). U mírných stupňů se volí režimová opatření, jako je klidový režim, dostatečný příjem tekutin, při bolestech jsou doporučena vhodná analgetika. Žena by měla konzumovat stravu bohatou na bílkoviny nebo užívat bílkovinné přípravky. Ambulantně mohou být aplikovány roztoky s albuminem a lékař na ultrazvuku sleduje stav ovaríí. Žena by měla podstoupit vyšetření u lékaře každých 48 hodin. V závažnějších stádiích je nutná

hospitalizace. Denně se provádí kontrola vitálních funkcí, laboratorní odběry, monitoruje se příjem a výdej tekutin a sledují známky přítomnosti ascitu v dutině břišní. Při poruše jaterních funkcí žena užívá hepatoprotektiva. Standardně se podává subkutánně profylaktická dávka nízkomolekulárního heparinu. Hradí se ztráty intravazálního objemu, zejména krystaloidy. V případě výrazného ascitu a dechových obtíží se provádí punkce a evakuace ascitu pod ultrazvukovou kontrolou. Úleva je okamžitá, avšak ascites má tendenci recidivovat a punkce se mnohdy musí provádět opakovaně. V případě závažných forem se pátrá po přítomnosti fluidothoraxu. Vzhledem k úniku tekutin do třetího prostoru se podávají koloidní roztoky či albumin. U závažných a kritických stavů je žena monitorována na JIP. (Grossman a kol., 2010, s. 5; Hubka a kol., 2021, s. 125 126; Nouri a kol., 2014, s. 7).

KAZUISTIKA A PÉČE PORODNÍ ASISTENTKY

Pěťadvacetiletá pacientka 1. den po odsátí oocytů přichází na naše oddělení pro zhoršující progresi bolestí v oblasti hypogastria, nevolnost a dušnost.

Na základě klinického stavu byla pacientka indikována k přijetí a k hospitalizaci pro časný ovariální hyperstimulační syndrom. Z anamnézy pacientky: zdráva; z gynekologické anamnézy: menarche ve 13 letech, nuligravida, oligomenorhea, syndrom polycystických ovárií. Poslední 3 roky se léčila pro primární sterilitu, během které podstoupila 3 pokusy intrauterinní inseminace (IUI) a nyní se jednalo o 1. cyklus in vitro fertilizace (IVF).

Při příjmu byla pacientka kardiopulmonálně kompenzovaná, mírně dušná, břicho prohmatné bez známek peritoneálního dráždění. Při vstupním vyšetření měla pacientka tělesnou hmotnost 62 kg a obvod břicha 76 cm. Bylo provedeno kompletní gynekologické vyšetření s UZ nálezem polycystických bilaterálně zvětšených ovárií 10 x 10 cm s malým množstvím volné tekutiny kolem dělohy. Dále bylo provedeno kompletní laboratorní vyšetření krve s hematokritem (HCT) 39 %, hemoglobinem (Hb) 141 g/l, leukocytózou 18x10⁹/l. Biochemické vyšetření krve se v dané době pohybovalo ve fyziologických hodnotách. Na základě klinického stavu a vyšetření se jednalo o OHSS II. stupně.

Pacientka byla hospitalizována na standardním oddělení, kde byla zahájena infusní terapie (krystaloidy a koloidy) s denní kontrolou příjmu a výdeje tekutin, aplikace nízkomolekulárního heparinu v profylaktické dávce a antiemetická terapie. Během hospitalizace bylo prováděno měření tělesné hmotnosti a obvodu břicha. Od druhého dne došlo ke zhoršení klinického stavu pacientky, kdy byla progresí bolestí v podbříšku provázené nauzeou a průjmovitou stolicí. Čtvrtý den hospitalizace byl proveden kontrolní UZ malé pánve a břicha s nálezem volné tekutiny v epigastriu s největší vzdáleností 8 cm. Stav byl překlasiifikována na OHSS III. stupně. Týž den byla v krevním vyšetření patrná hypoalbuminémie (34,6 g/l) a hypoproteinémie (celk. bílkovina 54,1 g/l) a naznačena mírná hemokoncentrace (46 %). U pacientky byla pozitivní tekutinová bilance a výrazné zvýšení tělesné hmotnosti a obvodu břicha (viz Tabulka 2). Na základě subjektivních

obtíží a přítomnosti ascitu bylo indikováno provedení transabdominální punkce ascitu (aspirováno bylo 2100 ml tekutiny), po které se subjektivní a objektivní stav pacientky zlepšil. V následujících dnech pokračovala infusní terapie s ohledem na bilanci tekutin. Během tohoto období docházelo k postupnému zlepšení stavu a k úpravě diurézy (viz Tabulka 3). Vzhledem k přítomnosti středně závažného OHSS nebyl proveden plánovaný embryotransfer. Devátý den hospitalizace byla zřetelná úprava hematologických a biochemických parametrů krve. Tělesná hmotnost a obvod břicha dokazovaly úpravu diurézy a přesun tekutin z „třetího prostoru“ do krevního řečiště. Pacientka byla propuštěna do domácí péče v dobrém klinickém stavu desátý den hospitalizace a plánovaný embryotransfer byl proveden za 1 měsíc od hospitalizace.

Tabulka 2: Bilance tekutin 1.–4. den hospitalizace

	1. den	2. den	3.den	4.den
příjem (ml)	2250	2800	3000	2800
výdej (ml)	800	1500	250	200
bilance (ml)	+ 1450	+1300	+ 2750	+ 2600

Tabulka 3: Bilance tekutin 5.–9. den hospitalizace

	5. den	6. den	7. den	8. den	9. den
příjem (ml)	3200	2900	2750	2450	1800
výdej (ml)	600 ml (+2100 ml ascitu 4. den)	2500	2500	2500	2200
bilance (ml)	+ 500	+ 400	+ 250	- 50	- 400

Porodní asistentka provedla administrativní příjem a uložila klientku na pokoj. PA dále provedla odběry krve dle ordinace lékaře, zajistila zavedení periferního žilního katedru pro možnost aplikace infusních roztoků. Pro možnost monitoringu množství a koncentrace moče byl zaveden permanentní močový katétr. Porodní asistentka informovala klientku o farmakologických i nefarmakologických možnostech tišení bolesti a aplikovala antiemetika dle ordinace lékaře. V rámci prevence tromboembolické nemoci byly užity kompresní punčochy a denně aplikován LMWH. PA plnila ordinace lékaře a pravidelně edukovala o prevenci komplikací, včetně poučení o dodržování klidového režimu. V průběhu celé hospitalizace byly denně monitorovány a zaznamenávány fyziologické funkce, tělesná hmotnost, bilance tekutin a obvod břicha (pomocí krejčovského metru). Nedílnou součástí práce PA byla psychická podpora klientky a pečlivá edukace, která vedla ke zmírnění strachu a úzkosti ze stávající situace.

DISKUZE

Diagnostika ovariálního hyperstimulačního syndromu není vzhledem k anamnéze ovariální stimulace obtížná.

Vzhledem k nejasné patofyziologii a příčině tohoto onemocnění je léčba ve většině případů symptomatická. (Nelson, 2015, str. 61) V rámci prevence OHSS je žádoucí včasná dispenzarizace žen s predisponujícími faktory. Rizikovou skupinu představují mladší pacientky (pod 30 let), ženy, které mají v anamnéze syndrom polycystických ovarií (PCOS) a předchozí OHSS. (Delvinge, 2002, str. 559). Dalšími rizikovými faktory jsou nízká tělesná hmotnost a vysoká hladina ovariální rezervy (tzv. antimulériánského hormonu), která úzce souvisí s predikcí ovariální odpovědi na stimulaci exogenními gonadotropiny. (Razzaghi, 2016, str. 1497) Pro stimulaci u těchto skupin pacientek existují postupy, díky kterým je možné užitím optimálního stimulačního protokolu výrazně eliminovat riziko rozvoje závažného OHSS.

Terapie OHSS je odlišná vzhledem ke stupni závažnosti onemocnění a případné graviditě. V léčbě mírné až střední formy se uplatňuje klidový režim, dostatečný příjem tekutin, v případě potřeby aplikace analgetik a antiemetik. (Nelson, 2015, str. 61)

Kazuistika popisuje pacientku s diagnózou ovariálního hyperstimulačního syndromu. Anamnéza prokázala vysokou prevalenci rizikových faktorů pro vznik OHSS. Před ovariální stimulací by bylo vhodné tyto predispozice zohlednit a individualizovat stimulační protokol.

Z kazuistiky by zároveň mělo vyplynout doporučení pro péči PA o ženu s OHSS během hospitalizace.

ZÁVĚR

OHSS představuje komplikaci spojenou s metodami IVF. Ve většině případů je prognóza příznivá a léčba symptomatická. V péči o neplodné ženy je důležité znát rizikové faktory pro OHSS a IVF terapii optimalizovat s cílem snížení rizika vzniku OHSS u těchto žen.

POUŽITÉ ZDROJE

- [1] DELVIGNE, A., ROZENBERG, S. 2002. Epidemiology and prevention of ovarian hyperstimulation syndrome (OHSS): a review. *Hum Reprod Update*. 8, s. 559–77.
- [2] DE GEYTER, C., CALHAZ-JORGE, C., KUPKA, M. S., WYNS, C., MOCANU, E., MOTRENKO, T. et al. 2018. ART in Europe, 2014: results generated from European registries by ESHRE: the European IVF-Monitoring Consortium (EIM) for the European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE). *Hum Reprod*. 33, s. 1586–601.

- [3] GEBRIL, A., HAMODA, H., MATHUR, R. 2018. Outpatient management of severe ovarian hyperstimulation syndrome: a systematic review and a review of existing guidelines. *Human Fertility*. 21(2), s. 98-105.
- [4] GROSSMAN, L. C., MICHALIKIS, K. G., BROWNE, H., PAYSON, M. D., SEGARS, J.H. 2010. The pathophysiology of ovarian hyperstimulation syndrome: an unrecognized compartment syndrome. *Fertility and sterility*. 94(4), s. 1392–1398.
- [5] GUO, J. L., ZHANG, D. D., ZHAO, Y., ZHANG, D., ZHANG, X. M., ZHOU, C. Q., YAO, S. Z. 2016. Pharmacologic Interventions in Preventing Ovarian Hyperstimulation Syndrome: A Systematic Review and Network Meta-Analysis. *Scientific reports*. 6, s. 19093.
- [6] HUBKA, P., VIŠŇOVÁ, H., SEHNAL, B., LINCOVÁ, M., ZIKÁN, M. 2021. Current possibilities in the prevention and therapy of ovarian hyperstimulation syndrome. *Česká gynekologie*. 86(2), s. 124-127.
- [7] LI, S., QIAN, Y., PEI, Y., WU, K., LU, S. 2021. Coagulation and Fibrinolysis Biomarkers as Potential Indicators for the Diagnosis and Classification of Ovarian Hyperstimulation Syndrome. *Frontiers in medicine*. 8, s. 720342.
- [8] MATHUR, R. S., TAN, B.K. 2014. British Fertility Society Policy and Practice Committee: Prevention of Ovarian Hyperstimulation Syndrome. *Human Fertility*. 17(4), s. 257–268.
- [9] MITTAL, K., KOTICHA, R., DEY, A. K., ANANDPARA, K., AGRAWAL, R., SARVOTHAMAN, M. P., THAKKAR, H. 2015. Radiological illustration of spontaneous ovarian hyperstimulation syndrome. *Polish journal of radiology*. 80, s. 217-227.
- [10] MOOLHUIJSEN L. M. E., VISSER, J. A. 2020. Anti-Müllerian Hormone and Ovarian Reserve: Update on Assessing Ovarian Function. *J Clin Endocrinol Metab*. 105(11), s. 3361–73.
- [11] NAMAVAR JAHROMI, B., PARSANEZHAD, M.E. SHOMALI, Z., BAKSHAI, P., ALBORZI, M., MOIN VAZIRI, N., ANVAR, Z. 2018. Ovarian Hyperstimulation Syndrome: A Narrative Review of Its Pathophysiology, Risk Factors, Prevention, Classification, and Management. *Iranian journal of medical sciences*, 43(3), s. 248–260.
- [12] NELSON S. M., 2017. Prevention and management of ovarian hyperstimulation syndrome. *Thromb Res*. 151, s. 61-64.
- [13] NOURI, K., TEMPFER, C. B., LENART, C., WINDISCHBAUER, L., WALCH, K., PROMBERGER, R., OTT, J. 2014. Predictive factors for recovery time in patients suffering from severe OHSS. *Reproductive biology and endocrinology*. 12, s. 59.
- [14] RAZZAGHI, H., TINKER, S. C., HERRING, A. H., HOWARDS, P. P., WALLER, D. K., JOHNSON, C. Y., et al. 2016. Impact of missing data for body mass index in an epidemiologic study. *Matern Child Health J*. 2016; 20, s. 1497–1505.
- [15] ROB, L., MARTAN, A., VENTRUBA, P. 2019. *Gynekologie*. 3. dopl. a přepr. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-426-2.
- [16] SCHIRMER, D. A., KULKARNI, A. D., ZHANG, Y., KAWWASS, J. F., BOULETt, S. L., KISSIN, D. M. 2020. Ovarian hyperstimulation syndrome after assisted reproductive technologies: trends, predictors, and pregnancy outcomes. *Fertil Steril*. 114(3), s. 567-578.

- [17] SMITH, V., OSIANLIS, T., VOLLENHOVEN, B. 2015. Prevention of Ovarian Hyperstimulation Syndrome: A Review. *Obstetrics and gynecology international*. vol. 2015, s. 10.
- [18] SUN, B., MA, Y., LI, L., HU, L., WANG, F., ZHANG, Y., DAI, S., Sun, Y. 2021. Factors Associated with Ovarian Hyperstimulation Syndrome (OHSS) Severity in Women With Polycystic Ovary Syndrome Undergoing IVF/ICSI. *Frontiers in endocrinology*. 11, s. 615957.
- [19] TUMMON, I., L. GAVRILOVA-JORDAN, L., ALLEMAND, M. C., SESSION, D. 2015. Polycystic ovaries and ovarian hyperstimulation syndrome: a systematic review. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 84, s. 611–616.

MIDWIFERY CARE OF A WOMAN WITH OVARIAN HYPERSTIMULATION SYNDROME



KONTAKTNÍ ÚDAJE:

Mgr. Sabina Dušková
Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Katedra porodní asistence a zdravotně
sociální péče
Průmyslová 395, 530 03 Pardubice
IV-Pardubičky
e-mail: sabina.duskova@upce.cz

Mgr. et Mgr. Klára Kolářová
Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Katedra porodní asistence a zdravotně
sociální péče
Průmyslová 395, 530 03 Pardubice
IV-Pardubičky
e-mail: klara.kolarova@upce.cz

ABSTRACT

This article presents theoretical knowledge on the issue of ovarian hyperstimulation syndrome (OHSS) with a focus on the care of midwives in interdisciplinary cooperation in the management of ovarian hyperstimulation. It also presents a case report of a patient with OHSS.

KEYWORDS:

case report, assisted reproduction, ovarian hyperstimulation syndrome, IVF, therapy, midwifery care

HODNOCENÍ STAVU VĚDOMÍ U NEMOCNÝCH V INTENZIVNÍ PÉČI

HALATOVÁ MICHAELA
NEMOCNICE FRÝDEK-MÍSTEK

HALUZÍKOVÁ JANA
SLEZSKÁ UNIVERZITA V OPAVĚ

ABSTRAKT

Úvod: Delirium je převládající formou akutní mozkové dysfunkce, která se objevuje u kriticky nemocných. Pro diagnostiku deliria u nemocných na akutních odděleních, bylo vyvinuto několik metod. Nejčastěji používanou metodou pro hodnocení akutní zmatenosti na jednotkách intenzivní péče představuje test CAM ICU.

Cílem práce bylo vyhodnotit výskyt delirantních stavů na vybraných jednotkách intenzivní péče.

Metodika: Byl použit test CAM-ICU. V první fázi zhodnotí stav vědomí sestru u respondenta škálou RASS, která obsahuje 10 individuálních kategorií. V druhé fázi pokračuje test CAM ICU, který obsahuje čtyři znaky. Analýza výsledků dotazníkového šetření byla provedena programem Microsoft Word a Microsoft Excel. Byla použita popisná statistika, data jsou vyjádřena v absolutní a relativní četnosti.

Výsledky a závěr: Test byl potvrzen u 51 nemocných (42,5%). Stav vědomí byl hodnocen pomocí škály RASS. Hodnocení RASS +1 mělo 49 (40,8%) respondentů. Sledovali jsme výskyt deliria, kdy převažovali muži 76 (63,3%) a žen bylo 44 (36,7%). Halucinace byla potvrzena u 42 nemocných (35%). Získané výsledky nám potvrzují, že včasná detekce deliria umožní včasnou a rychlou léčbu a může snížit vážné důsledky pro nemocného.

KLÍČOVÁ SLOVA:

CAM-ICU, delirium, halucinace, intenzivní péče, psychotropní látky, RASS

ÚVOD

Delirium je převládající formou akutní mozkové dysfunkce, která se objevuje u kriticky nemocných. Navzdory zvýšeného počtu a souvislosti se zvýšenou morbiditou a mortalitou. Delirium zůstává na akutních odděleních nedostatečně diagnostikovaným a ani standardní klinické vyšetření nemá dokonalou přesnost pro diagnózu. Pro diagnostiku deliria u nemocných na akutních odděleních, bylo vyvinuto několik metod.

Nejčastěji používanou metodou pro hodnocení akutní zmatenosti na jednotkách intenzivní péče představuje test CAMICU. Od validace tohoto testu tyto nástroje byly přeloženy v několika jazycích a byly také využívány v klinické praxi. Studie však ukazují různé výsledky, týkající se jejich přesnosti pro určení deliria, což může mnohdy ovlivnit výskyt tohoto klinického stavu a zavádění okamžitých jak preventivních tak i terapeutických opatření.

Kvalitativní poruchy vědomí Ševčík a kol. (2014) definuje jako stav, kdy není zasažena vigilita, ale obsah a kvalita vědomí. Projevuje se zejména amentním a delirantním stavem. Mezi hlavní příznaky patří porucha pozornosti a ukládací schopnosti paměti. Dalšími symptomy jsou dále poruchy myšlení a jednání, poruchy paměti, emotivity, psychomotoriky, narušení biorytmu spánku, poruchy chování s neurologickými projevy (agnózie, afázie, tremor, epileptické záchvaty) a vegetativních dysfunkcí. Při narůstajících symptomech může kvalitativní porucha vědomí kolísat od lehčích poruch až po těžký stav. Delirium řadíme mezi organicky podmíněnou psychickou poruchu. Charakteristickým znakem této poruchy jsou trvalé nebo dočasné poruchy mozkových funkcí jedince, na jejichž vzniku se podílejí jak psychické, tak i sociální faktory.

Na vzniku delirantních stavů se podílí somatická příčina, která spouští mechanismy deliria. Delirantní stavy nepodmíněné alkoholem – tzv. akutní stavy zmatenosti, se nejčastěji vyskytují u lidí ve vysokém věku. Typickým příznakem pro delirium je zejména porucha vědomí a pozornosti. Nejčastěji se delirantní stavy objevují v souvislosti s demencí, intoxikací, onemocněním krevního oběhu, srdce apod. Podstatnou roli při vzniku deliria hrají také mozková traumata a neúrazové poškození mozku jedince. Delirantní stav jedince je nejčastěji diagnostikován na základě neurologického a somatického nálezu, CT a EEG vyšetření, anamnézy a dále na základě laboratorního vyšetření (funkce štítné žlázy, funkce jater a ledvin, parametrů vodního a elektrolytového metabolismu, krevního obrazu). Součástí léčby deliria je léčba základního onemocnění a symptomatická léčba. Mezi léky první volby patří neuroleptika a dále jsou užívány například benzodiazepiny či klomethiazol (Kadaňka, 2010).

Klinické zkušenosti a výzkumy ukázaly, že delirium může být i ve fázi chronické a může mít pro nemocné trvalé následky. U starších lidí může delirium iniciovat nebo také být zásadním prvkem ve shluku událostí, které vedou k progresivnímu funkčnímu úpadku,

ztrátě soběstačnosti, institucionalizaci a nakonec i smrti. Delirium postihuje přibližně 14–56 % všech hospitalizovaných nemocných starší věkové kategorie nad 65 let (Tulebaev, et al., 2011).

Rozlišujeme tři základní typy delirantních stavů dle klinického obrazu. Prvním typem je hypoaktivní delirium, které se vyskytuje především u starších nemocných, vyznačuje se zmateností, někdy letargií a poruchou pozornosti. Druhým typem je hyperaktivní delirium, které vzniká nejčastěji na toxickém podkladě projevující se psychomotorickým neklidem, agitovaností, změnou nálad, častým výskytem poruch vnímání (halucinace a iluze) a myšlení (bludy). Třetím typem je smíšený typ delirií, vyznačuje se střídáním hypoaktivních a hyperaktivních projevů až u 55 % nemocných, je to nejčastěji se vyskytující forma (Lukáš et al, 2015).

V klinické praxi lze pro diagnostiku deliria využít českou verzi testu pro hodnocení deliria v rámci intenzivní péče – tzv. CAMICU (*The Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit*). Tento test byl adaptován na základě nejpoužívanějšího standardizovaného nástroje, který využívali odborníci mimo psychiatrii, určeného pro detekování deliria. Česká verze tohoto testu se nachází na internetových stránkách ICU Delirium and Cognitive Impairment Study Group. Test je uživatelsky snadno proveditelný, jednoduchý a nepotřebuje verbální odpověď pacienta, ten odpovídá nonverbálně pomocí předem domluvených signálů s významem „ano“ nebo „ne“ (Košťálová, 2011).

Vyšetření na základě tohoto testu trvá přibližně tři až pět minut, je jednoduché a může být prováděno u postele nemocného. Příklady z praktického využití aplikace CAMICU potvrdily u nemocných s cévní mozkovou příhodou, že test může být po předchozím zaučení administrován sestrami i zdravotnickým pracovníkem s lékařským či nelékařským vzděláním, bez nutnosti erudice v oblasti neuropsychologického testování. Jestliže jsou naplněna kritéria pro proveditelnost tohoto testu (tzn. možnost snadné komunikace s nemocným, nepřítomnost hlubší kvantitativní poruchy vědomí), je možné jej použít i u kriticky nemocného nebo u nemocného, který je připojen na umělou plicní ventilaci. Česká validovaná verze CAMICU má vysokou specifitu a senzitivitu ve srovnání se schizofrenií, depresí či demencí. Hodnocení deliria prostřednictvím testu CAMICU je prováděno dvoustupňově: v prvním kroku je hodnocen stupeň agitovanosti a bdělosti (vigility) prostřednictvím validované škály RASS (*The Richmond Agitation and Sedation Scale*), v druhém kroku je hodnocena přítomnost deliria. Východiskem jsou kritéria deliria, která byla stanovena Americkou psychiatrickou asociací. Tato škála je konstruována takovým způsobem, že pozitiva deliria jsou závislá na výskytu okamžitého nástupu změny vědomí, nebo psychickém stavu či jejich fluktuace. Zrakovým či sluchovým testem jsou detekovány poruchy pozornosti. Dále je sledována přítomnost dezorganizace myšlení jedince nebo narušení aktuální úrovně psychomotorické aktivity či bdělosti nemocného, odpovídající hodnotě RASS, která je jiná než „0“. Test CAMICU patří mezi vhodné screeningové nástroje, které dokážou detekovat delirium v akutní intenzivní péči. Problematickým se stává především testování nemocných s afázií, s narušeným porozuměním (Košťálová, 2011).

Richmond agitation sedation scale (RASS) využívá 10 stupňové škály rozdělené do tří oblastí. První popisuje úroveň úzkosti či neklidu v bodovém rozmezí +4 až +1. Hodnota 0 odpovídá klidnému a pozornému stavu nemocného a hodnoty -1 až -5 odpovídají úrovni sedace. (Sessler, 2002). Škála byla vytvořena v Richmondu ve Virginii za spolupráce lékařů, farmakologů a sester pracujících v intenzivní péči. Byla u ní prokázána velká spolehlivost hodnocení dospělých nemocných.

Cílem práce bylo vyhodnotit výskyt delirantních stavů na vybraných jednotkách intenzivní péče. Dílčími cíli bylo zjistit, na kterém akutním oddělení je nejvyšší výskyt deliria, vyhodnotit pomocí škály RASS stav vědomí, zmapovat výskyt příznaků deliria u mužů a žen a výskyt halucinace.

METODIKA

Pro průzkumné šetření byl zvolen kvantitativní výzkum formou pozorování respondentů. K zjištění informací byl zvolen nástroj CAMICU na vyhodnocení delirantních stavů s doplňujícími identifikacemi respondenta. Nezbytnou součástí bylo samotné zaškolení sester, které realizovaly pozorování u vybraných respondentů, tzn. s kolísavým stavem vědomí.

Výzkumné šetření bylo anonymní, hodnotící škála (test) je složen ze dvou částí. První část obsahuje identifikační údaje respondenta. Druhá část je zaměřena na vlastní hodnocení stavu vědomí. V první fázi zhodnotí stav vědomí sestra u respondenta škálou RASS, která obsahuje 10 individuálních kategorií rovnoměrně od horní, plusové části agitovanosti po spodní, minusovou část sedace, přičemž bod 0 značí bdělý stav. V druhé fázi pokračuje test CAMICU, který obsahuje čtyři znaky. Prvním znakem je rychlý nástup změny vědomí nebo jeho kolísavý průběh (pokud ANO výsledek je pozitivní). Druhý znak zhodnotí přítomnost poruchy pozornosti ve zrakové či sluchové verzi. Začíná sluchovou fází v identifikaci 10 hlásek předčítaných postupně za sebou pomocí stisku ruky. Maximum dosažených bodů je 10, za abnormální je považováno skóre < 8. Pokud respondent není schopen absolvovat sluchovou verzi, je výsledek nejednoznačný, pokračuje se zrakovou verzí. Třetím znakem je přítomnost poruchy myšlení, která je zjišťována dvěma kroky, prvním krokem otázky s možností odpovědi ano/ne a druhým krokem je pokyn vztyčení jednotlivých prstů. Sčítá se skóre z obou kroků, maximum je 4 + 1 = 5 bodů, abnormální je (< 4 z 5 možných bodů). Čtvrtým znakem je porucha vigily, která je dána hodnotou aktuálního RASS skóre jinou než 0. Pokud je pozitivní znak 1. a zároveň 2., a buďto 3., nebo 4 vyjde celkové zhodnocení testu CAM-ICU pozitivní na delirium.

Kritériem výzkumu byl kolísavý stav vědomí, věk 20–80 let, respondenti museli být hospitalizováni na anesteziologicko - resuscitačním oddělení (ARO) anebo jednotce intenzivní péče (JIP).

CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU

Průzkumné šetření bylo realizováno v průběhu čtyř měsíců. Z hospitalizovaných nemocných bylo do studie zařazeno 125, po podrobné analýze vyplněných hodnotících škál, bylo 5 vyřazeno z důvodu chybného vyplnění. Vyhodnoceno je 120 škál tj. 100 %.

Základním souborem respondentů byli muži a ženy ve věku 20–89 let. Tito respondenti byli hospitalizováni na anesteziologickoresuscitačním oddělení, interní a chirurgické jednotce intenzivní péče ve zdravotnickém zařízení v Moravskoslezském kraji. Celkem bylo testováno 120 respondentů. Průzkumné šetření bylo schváleno náměstkyní pro ošetřovatelskou péči daného zdravotnického zařízení.

STATISTICKÉ ZPRACOVÁNÍ

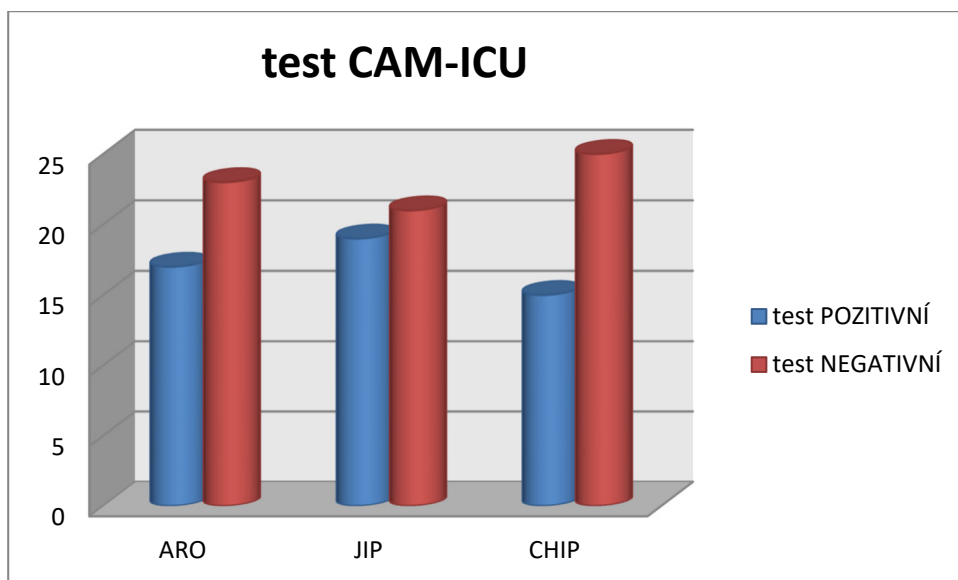
Analýza výsledků dotazníkového šetření byla provedena programem Microsoft Word a Microsoft Excel. Byla použita popisná statistika, data jsou vyjádřena v absolutní a relativní četnosti.

ANALÝZA VÝSLEDKŮ

Zcelkového počtu 120 hospitalizovaných nemocných na akutních odděleních bylo 44 žen (36,7 %) a 76 mužů (63,3 %). Průměrný věk respondentů byl 59 let. Nejvíce respondentů bylo hospitalizováno do 1 týdne 40 (33,33 %), v období 24 týdnů 60 (50,00 %) a do 5 týdnů 20 (16,67 %) pacientů (graf 1). Na každém sledovaném pracovišti (ARO, interní JIP a chirurgická JIP) bylo sledováno 40 nemocných.

V grafu 1 jsou uvedeny výsledky testu CAM-ICU. Největší počet pozitivních testů CAMICU byl na interní JIP u 19 pacientů (15,8 %), druhý nejvyšší počet pozitivních testů se objevil na ARO 17 (14,2 %) a nejmenší počet pozitivních testů CAMICU byl na chirurgické JIP 15 (12,5 %). Test byl potvrzen u 51 nemocných (42,5 %). Graf 1.

Graf 1: Výsledky testu CAM-ICU na ARO a JIP



Tabulka 1: Hodnocení stavu vědomí pomocí škály RASS

-5		-4		-3		-2		-1		+1		+2		+3		+4	
n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
0	0	0	0	2	1,6	12	10	18	15	49	40,8	17	14,2	14	11,7	8	6,7

V tabulce 1 je uveden přehled hodnocení stavu vědomí pomocí škály RASS. Hodnocení RASS +1 mělo 49 (40,8 %) respondentů.

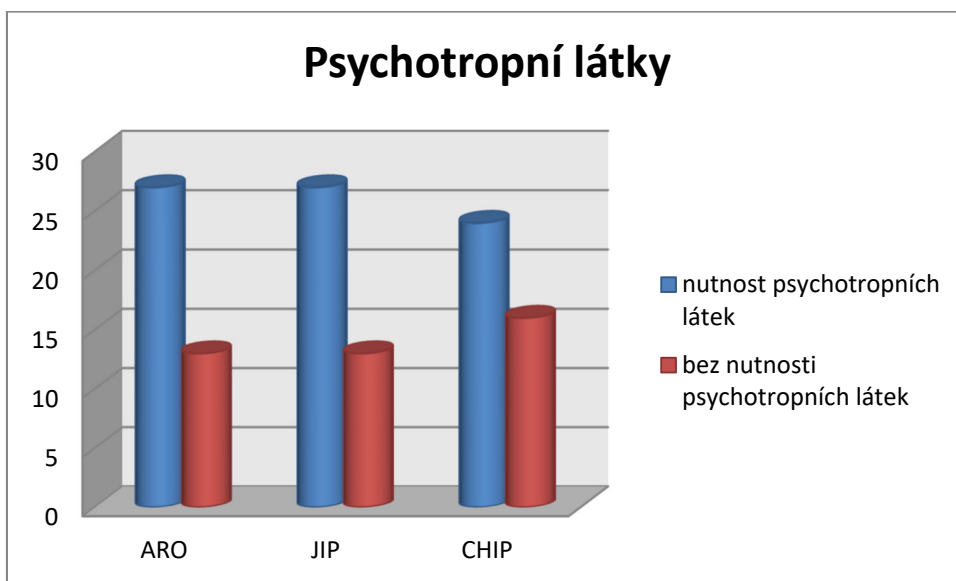
Dále jsme sledovaly výskyt deliria, kdy převažovali muži 76 (63,3 %) a žen bylo 44 (36,7 %). Halucinace byla potvrzena u 42 nemocných (35 %).

Nutnost použít omezovací prostředky byla u 41 nemocných (34,0 %). Největší počet nemocných 15 (12,5 %) s nutností použití omezovacích prostředků na ARO, na chirurgické JIP 14 (11,7 %) a interní JIP 12 (10,0 %).

Zajištěné dýchací cesty byly u 20 respondentů (24 %). Z toho na ARO bylo 13 (10,8 %), interní JIP 4 (3,4 %) a chirurgická JIP 3 (2,5 %) nemocných.

Přehled o podávání psychotropních látek je uveden v grafu 2. Psychotropní látky byly aplikovány u 78 (65,0 %) nemocných. Z toho na interní JIP 27 (22,5 %), ARO 27 (22,5 %) a na chirurgické JIP 24 (20,00%) nemocných.

Graf 2: Podávání psychotropních látek na sledovaných pracovištích



DISKUZE

Zahraniční studie uvádějí, že téměř u třetiny nemocných na jednotkách intenzivní péče se vyvine delirium, které je následně spojeno s problémy s řízením sedace, analgezie, se zvýšenou dobou umělé plicní ventilace, délkou pobytu na JIP, v nemocnici. S tím je spojena dlouhodobá hospitalizace a riziko úmrtí (Chanques et al, 2018).

V rámci tohoto průzkumu jsme z vyhodnocených dat prokázaly, že diagnostika delirantních stavů u nemocných na akutních odděleních představuje velký nedostatek. Hospitalizování nemocní s kolísavým stavem vědomí v intenzivní péči byli hodnoceni pomocí testů (škály) CAMICU. Pomocí testovací škály jsme zjistily, že u 42,5 % respondentů byl delirantní stav potvrzen. Výsledky našeho výzkumu jsou obdobné s výsledky studie Mitášové a kol. (2010) a Chanquese et al (2018), kteří uvádějí 38 %. Průměrný věk sledovaných respondentů byl 59 let. Grandi et al (2012) uvádějí test CAM-ICU negativní u nemocných s průměrným věkem 57 let. Pozitiva testu byla prokázána u respondentů s průměrným věkem 63 let. Zjistily jsme, že na sledovaných pracovištích u nemocných s kolísavým stavem byl častější výskyt deliria u mužů. Koga et al (2015) vyhodnocovali výskyt deliria u 82 nemocných a delirium bylo diagnostikováno u 22 % mužů.

Stupeň agitovanosti a bdělosti jsme hodnotily pomocí škály RASS, kdy nejvíce nemocných mělo hodnotu +1. Tato hodnota vyjadřuje, že nemocní mají projevy úzkosti, jejich pohyby nejsou prudké nebo agresivní. Naše výsledky se liší s výsledky studie Guenthera et al. (2010), kteří použili test CAMICU a uvádějí, že delirium se vyskytuje zejména u nemocných s hodnocením RASS 3 až -1, kdy pozitiva CAM-ICU byla u 37 % nemocných. Pozitiva testů u nemocných s RASS +1 až +4 byla hodnocena u 9 %. Naopak studie Chanquese et al (2018) uvádí RASS 0 (78 %).

U sledovaných respondentů s kolísavým stavem vědomí byla potvrzena halucinace u 42 nemocných (35 %). Gutturmsen (2014) uvádí 42,9 %.

Výzkum prokázal nutnost umělé plicní ventilace. Podpořit nebo zcela nahradit dýchací úsilí nemocného potřebovalo 24 % nemocných, naše výsledky jsou podobné s výsledky Chanquese et al (2018), kteří uvádějí 21 %.

Nutnost použití omezovacích prostředků pro ochranu delirantních pacientů a jejich okolí byla zaznamenána nejčastěji na anesteziologicko- resuscitačním oddělení. Sledovaly jsme užívání omezovacích prostředků, které mají významný etický rozměr. Ty mají zajistit bezpečnost pacienta nikoliv usnadnit práci personálu nebo potrestat nemocného. Použití omezovacích prostředků je považováno za krajní řešení a měli bychom k němu přistoupit až jsou ostatní možnosti vyčerpány. Při použití omezovacích prostředků musí být definován důvod, pro který je omezení indikováno a omezovací prostředek se aplikuje v případech, kdy hrozí bezprostřední ohrožení zdraví nemocného a je vysoce pravděpodobné, že dojde ke zhoršení jeho zdravotního stavu nebude-li omezovacích prostředků použito. Dohnalová (2011) uvádí, že k omezovacím prostředkům řadíme terapeutická a preventivní opatření např. připoutání nemocného k lůžku, parenterální podání psychofarmak bez souhlasu nemocného aj. Psychotropní látky ovlivňují psychiku a duševní procesy. V léčbě duševních nemocí se podávají anxiolytika, antidepresiva, neuroleptika aj.

Pro Českou republiku validizovala českou verzi dotazníku CAM-ICU Mitášová. Incidence deliria v intenzivní péči dosahuje až 62 %. Delirium je nezávislým prediktorem delšího pobytu v nemocnici a zvýšené 6ti měsíční mortality (Mitášová 2010).

Delirium negativně ovlivňuje nejen nemocného, pro ošetřující personál je velkou fyzickou a psychickou zátěží. Sestry, které jsou nejvíce v kontaktu s nemocným, mohou sledovat chování nemocného a včas delirium identifikovat. Test CAM-ICU byl v řadě zahraničních studií zkoumán a zdůrazněn jako účinný hodnotící nástroj pro včasnou detekci deliria u nemocných na JIP. Chanques et al (2018) uvádí, že k uvedené problematice je dostatek literatury, přesto existují mezery v literatuře, které se týkají komunikačních dovedností, nedostatek specializovaného vzdělání, odborné přípravy, časových možností u ošetřujícího personálu pro testování CAM-ICU. Sestry, které jsou v této problematice důkladně proškoleny, mohou včas odhalit a identifikovat delirium, informovat lékaře, který vyhodnotí celou situaci a zahájí léčbu.

V mnohých nemocnicích není využívána žádná škála k vyhodnocování těchto závažných stavů i přes skutečnost, že delirium je závažnou komplikací hospitalizovaných pacientů nejen v intenzivní péči, ale i u nemocných na standardních odděleních. Dochází tak k neadekvátní ošetrovatelské péči a především k nesprávné diagnostice a léčbě. Zdravotnický personál má minimální přehled o dostupných hodnotících testech pro diagnostiku delirantních stavů.

V průběhu našeho výzkumu se sestry naučily pracovat s protokolem CAMICU, který je časově nenáročný a vhodný pro použití v intenzivní péči. Bylo by vhodné o této problematice dále informovat podrobněji, zejména ošetřující personál, který přichází do kontaktu s hospitalizovanými pacienty nejčastěji.

ZÁVĚR

Prevalence deliria je velkým problémem pro sestry pečující o nemocné na JIP. Výskyt deliria negativně ovlivňuje nejen nemocného. Přestože jsou rizikové faktory deliria dobře známy, lze tomuto stavu předejít u mnoha nemocných na JIP. Praktické použití testu prokázalo jeho krátké vyplnění (10 minut), je vhodný pro sestry, které nejsou specialistkami v neuropsychologickém testování u kriticky nemocných. Je vhodným nástrojem pro detekci deliria v intenzivní péči. Včasná detekce deliria umožní včasnou a rychlou léčbu a může snížit vážné důsledky pro nemocného.

POUŽITÉ ZDROJE

- [1] DOHNALOVÁ, H. 2011. Problematika užívání omezovacích prostředků ve zdravotnických zařízeních a v ústavech poskytujících sociální služby. *Med.pro praxi*. 2011, 8, 2. s. 86-88.
- [2] GRANDI, C. et al. 2012. Comparison of CAMICU and ICDSC for the detection of delirium in critically ill patients focusing on relevant clinical outcomes) [online]. Brazílie, 2012 [cit. 20171010]. Dostupné z: https://ac.elscdn.com/S0883944111002176/1s2.0S0883944111002176main.pdf?_tid=76e5f324b95c11e7844f00000a-ab0f27&acdnat=1508919424_5edd48776bbb09c51915d5b92a2d67d8.
- [3] GUENTHER, U. et al. 2010. and Reliability of the CAMICU Flowsheet to diagnose delirium in surgical ICU patients [online]. Německo, 2010 [cit. 20171010]. Dostupné z: https://ac.elscdn.com/S0883944109002299/1s2.0S0883944109002299main.pdf?_tid=530ee9c0b82a11e798ed00000aacb360&acdnat=1508787938_a29a8134b758625b02b49f34a292d34b.
- [4] GUTTORMSON, J., L. 2014. Releasing a lot of poisons from my mind”: Patients’ delusional memories of intensive care patients [online]. USA, 2014 [cit. 20171010]. Dostupné z: https://ac.els-cdn.com/S0147956314001150/1-s2.0-S0147956314001150-main.pdf?_tid=99236d38-ceef-11e7-9ece-00000aabb0f6b&acdnat=1511291592_310f0ab-40d5a3bc7fd7a9b5da0e6f713.
- [5] CHANQUES, G., WESLEY, E., E, GARNIER, O. et al. 2014. The 2014 updated version of the confusion assessment method for the intensive care unit compared to the 5th version of the diagnostic and statistical manual of mental disorders and other current methods used by intensivists [online]. *Intensive Care*. 2018 [cit. 20200404]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s13613-018-0377-7>.
- [6] KADAŇKA, Z., BEDNAŘÍK, J. 2010. *Učebnice speciální neurologie*. Brno: Masarykova univerzita, 2010. ISBN 9788021053205.

- [7] KOGA, Y. et al. Reliability and validity assessment of the Japanese version of the Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAMICU) [online]. Japonsko, 2015 [cit. 20171010]. Dostupné z: https://ac.elscdn.com/S0964339714000895/1s2.0S0964339714000895main.pdf?_tid=48931e0eb95a-11e7bb920000aacb361&acdnat=1508918487_acff9674b6a24b5911742d-86dd783311.
- [8] KOŠŤÁLOVÁ, M. 2011. *Screening deliria: The Confusion Assesment Method for the Intensive Care Unit (CAM ICUcz)* [online]. Brno: CEITEC MU, 2011 [cit. 20171010]. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/neu/2011/92/03.pdf>.
- [9] LUKÁŠ, K. et al. 2015. *Chorobné znaky a příznaky: Diferenciální diagnostika*. Praha: Grada, 2015. ISBN 9788024750675.
- [10] MITÁŠOVÁ, A. et al. 2010. Standardizace české verze The Confusion Assessment Method for the intensive care unit (CAM-ICUcz). *Česk Slov Neurol N*. 2010, roč. 73, č. 3, s. 258-266. ISSN 1210-7859.
- [11] SESSLER, C. et al. 2014. The richmond agitation-sedationscale: Validity and reliability i adult intensive care unit patents. *Am J of Respiratory and clinical care medicine* 2002. [on line] <<http://ajrccm.atsjournal.org/content/166/10/1338.full> [citováno 2020-04-04].
- [12] ŠEVČÍK, P. et al. *Intenzivní medicína*. Praha: Galén, 2014. ISBN 9788074920660.
- [13] TULEBAEV, S., R. et al. 2011. Delirium in elderly adults: diagnosis, prevention and treatment [online]. *Nat Rev Neurol*, 2011 [cit. 20171010]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3065676/>.

ASSESSMENT OF CONSCIOUS STATE OF PATIENTS IN INTENSIVE CARE



KONTAKTNÍ ÚDAJE:

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

Bc. Michaela Halatová
Nemocnice Frýdek-Místek
Jednotka intenzivní péče
E. Krásnohorské 321,
738 01 Frýdek-Místek
e-mail: halatova1@seznam.cz

ABSTRACT

Introduction: Delirium is the predominant form of acute brain dysfunction that occurs in critically ill patients. Several methods have been developed to diagnose delirium in patients in acute wards. The most commonly used method for assessing acute confusion in intensive care units is the CAM ICU test.

The aim of the work was to evaluate the occurrence of delirious states in selected intensive care units.

Methodology: The CAM-ICU test was used. In the first phase, the nurse evaluates the respondent's state of consciousness with the RASS scale, which contains 10 individual categories. In the second phase, the CAM ICU test, which contains four characters, continues. The analysis of the results of the questionnaire survey was performed by Microsoft Word and Microsoft Excel. Descriptive statistics were used, data are expressed in absolute and relative frequency.

Results and conclusion: The test was confirmed in 51 patients (42.5%). The state of consciousness was assessed using the RASS scale. 49 (40.8%) respondents had the RASS +1 evaluation. We followed the incidence of delirium, with 76 (63.3%) men and 44 (36.7%) women predominating. Hallucinations were confirmed in 42 patients (35%). The obtained results confirm that early detection of delirium will allow early and rapid treatment and can reduce the serious consequences for the patient.

KEYWORDS:

CAM-ICU, delirium, hallucinations, intensive care, psychotropic substances, RASS



LOGOS POLYTECHNIKOS

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

V letech 2010 - 2018 vycházel časopis 4x ročně.

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

Šéfredaktor: doc. Ing. Zdeněk Horák, Ph.D.

Odpovědný redaktor čísla:

PhDr. Vlasta Dvořáková, PhD.

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

Technické zpracování: Lukáš Mikula

Web editor: Bc. Zuzana Mařková

Redakční rada:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Zasílání příspěvků

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

Adresa redakce:

Vysoká škola polytechnická Jihlava, Tolstého 16, 586 01 Jihlava

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

Vydání: 30. dubna 2022

© Vysoká škola polytechnická Jihlava

ISSN 2464-7551 (ONLINE)

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

RECENZENTI ČÍSLA 3/2021

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

Mgr. Marie Dočekalová (Vysoká škola polytechnická Jihlava)

Mgr. Marie Froňková (Vysoká škola zdravotnická, o. p. s.)

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

PhDr. Adéla Holubová (DiaPodi care s.r.o.)

PhDr. Elena Janiczeková, PhD. (Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave)

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

doc. PhDr. Ľuba Pavelová, PhD. (Vysoká škola polytechnická Jihlava)

Mgr. Kateřina Pokorná (Vysoká škola polytechnická Jihlava)

Mgr. Michaela Přibíková (Vysoká škola zdravotnická, o. p. s.)

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

doc. PhDr. Mária Šupínová, PhD. (Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave)

doc. PhDr. Milan Tomka, PhD. (Vysoká škola polytechnická Jihlava)