OŠETŘOVATELSKÉ PERSPEKTIVY

Ústav ošetřovatelství

I. | 2018

1

ISSN 2570-785X (Print)
ISSN 2571-0702 (Online)

SLEZSKÁ UNIVERZITA
FAKULTA VEŘEJNÝCH POLITIK V OPAVĚ

SLEZSKÁ UNIVERZITA
FAKULTA VEŘEJNÝCH POLITIK V OPAVĚ

OŠETŘOVATELSKÉ PERSPEKTIVY

2018

Slezská univerzita v Opavě
Fakulta veřejných politik v Opavě

SILESIAN
UNIVERSITY
FACULTY OF PUBLIC
POLICIES IN OPAVA

NURSING PERSPECTIVES

2018

Silesian University in Opava
Faculty of Public Policies in Opava

Ošetřovatelské perspektivy
2018, roč. 1, č. 1

Členové redakční rady
Yvetta VRUBLOVÁ (Opava) – šéfredaktorka redakční rady
Lada CETLOVÁ (Jihlava), Martina CICHÁ (Olomouc), Mirosława FELSMANN (Bydgoszcz), Andy GIBBS (Glasgow), Jana HALUZÍKOVÁ (Opava), Kamil JANIŠ (Opava), Daniel JIRKOVSKÝ (Praha), Igor KARNJUŠ (Izola), David KORPAS (Opava), Rastislav MAĎAR (Ostrava), Radovan MALÝ (Hradec Králové), Ilona MAURITZOVÁ (Plzeň), Beata Maria NOWAK (Częstochowa), Tatiana RAPČÍKOVÁ (Banská Bystrica), Kateřina RATISLAVOVÁ (Plzeň), Libuše SMOLÍKOVÁ (Praha), Martina ŠOCHMANOVÁ (Praha), Gabriela VÖRÖSOVÁ (Nitra)

Členové výkonné redakce
Jana HALUZÍKOVÁ (Opava) – předsedkyně výkonné redakce
Roman ADAMCZYK (Opava) – výkonný redaktor
Zuzana HLUBKOVÁ (Opava) – výkonná redaktorka
Lucie CHMELAŘOVÁ (Opava) – technická redaktorka

Online verze časopisu je k dispozici na následujícím webu
osp.slu.cz

Vydavatel
Slezská univerzita v Opavě, Fakulta veřejných politik v Opavě
Bezručovo nám. 885/14, 746 01 Opava, Česká republika

Identifikační číslo organizace
47813059

Vychází dvakrát ročně.

Grafické zpracování a tisk
X-MEDIA servis, s.r.o.
U Cementárny 1171/11, 703 00 Ostrava-Vítkovice, Česká republika

© Fakulta veřejných politik v Opavě, Slezská univerzita v Opavě, 2018

Evidenční číslo Ministerstva kultury České republiky
E 23014

ISSN 2570-785X (Print)
ISSN 2571-0702 (Online)

OBSAH

EDITORIAL 9

TEORETICKÉ, OBECNÉ A ETICKO-FILOZOFICKÉ STUDIE, PŘEHLEDOVÉ PRÁCE

ETIKA A ZDRAVOTNÍCKA ETIKA AKO ZÁKLAD PROFESIONALITY ZDRAVOTNÍCKYCH PRACOVNÍKOV
Tatiana Rapčíková 13

HAPTIKA JAKO VÝZNAMNÝ TERAPEUTICKO-ETICKÝ FENOMÉN NEFARMAKOLOGICKÉ LÉČBY BOLESTI
Michaela Harabišová, Tatiana Rapčíková 21

EMPIRICKÁ ŠETŘENÍ A PŮVODNÍ VÝZKUMY

SEBEPOŠKOZOVÁNÍ ADOLESCENTŮ JAKO EDUKAČNÍ PROBLÉM
Jiřina Hosáková, Zuzana Hlubková, Martina Hypšová 31

SEXUÁLNÍ DYSFUNKCE U MUŽŮ S LÉČENOU HYPERTENZÍ
Bohdana Břegová 39

COMPLIANCE RODIČŮ A DĚTÍ S ASTMA BRONCHIALE PŘI DODRŽOVÁNÍ REŽIMOVÝCH OPATŘENÍ
Anna Matysová, Pavlína Rabasová 47

ZVLÁDANIE ZÁŤAŽE U DIALYZOVANÝCH PACIENTOV
Andrea Solgajová, Tomáš Sollár, Dana Zrubcová, Gabriela Vörösová, Miroslava Líšková 63

OTÁZKY KLINICKÉ PRAXE

PODEZŘENÍ NA TÝRÁNÍ DÍTĚTE – POSTUP POSKYTOVATELŮ ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB (PŘÍPADOVÁ STUDIE)
Renata Korečková, Lada Cetlová 77

KLINICKÁ PRAXE OČIMA MENTORŮ A STUDENTŮ OBORU VŠEOBECNÁ SESTRA
Yvetta Vrublová 81

INTERDISCIPLINÁRNÍ PROBLEMATIKA – PSYCHOLOGIE V OŠETŘOVATELSTVÍ, TECHNIKA A OŠETŘOVATELSTVÍ AJ.

PSYCHOSOMATIKA, HOLISTICKÝ PŘÍSTUP A OŠETŘOVATELSKÁ PRAXE
Kateřina Ratislavová, Monika Bednářová 89

RECENZE A KRÁTKÁ SDĚLENÍ

RECENZE KNIHY OŠETŘOVATELSTVÍ V GYNEKOLOGII A PORODNICTVÍ
Yvetta Vrublová 99

RECENZE KNIHY KOMUNIKACE S PACIENTEM V INTENZIVNÍ PÉČI
Yvetta Vrublová 101

RECENZE KNIHY PŘÍPRAVA NA POROD: FYZICKÁ A PSYCHICKÁ PROFYLAXE
Yvetta Vrublová 103

RECENZE KNIHY MANAŽMENT PRE NELEKÁRSKE ŠTUDIJNÉ PROGRAMY
Jana Haluzíková 105

POKYNY PRO AUTORY 107

Vážené kolegyně, vážení kolegové,

do rukou se vám dostává první číslo nově vzniklého odborného časopisu s názvem ***Ošetřovatelské perspektivy,*** který je určen pro pracovníky napříč nelékařskými obory. Možná si právě říkáte, proč další odborný časopis pro nelékařské obory, když je v České republice několik dostupných, velmi dobře prosperujících periodik, které se zabývají stejnou oblastí. Sami však z praxe víme, jaký bývá problém, zejména pro mladé začínající autory v těchto odborných časopisech publikovat. Z uvedeného důvodu bychom rádi na trh přidali nový časopis, který bude určen nejen vědeckým pracovníkům, ale také začínajícím kolegům a odborníkům z klinické praxe. Redakční rada tohoto časopisu si klade za cíl prezentovat empirická šetření, zkušenosti z klinické praxe, teoretické a eticko-filozofické studie, přehledové práce včetně interdisciplinární problematiky napříč zdravotnickými obory. Do prvního čísla jsme vybrali dvě eticko-filozofické studie, čtyři empirická šetření, dva příspěvky z klinické praxe a jeden příspěvek z interdisciplinární problematiky. V tomto čísle jsou také uveřejněny čtyři recenze odborných knih, které mohou být využity jak ve výuce pregraduální, tak postgraduální.

V současné době jsme svědky měnících se požadavkům na vzdělávání vybraných zdravotnických profesí, které z nás většina vnímá jako méně aktivizující. Doufáme však, že nám zůstane vnitřní potřeba se nadále vzdělávat a předávat si vzájemně zajímavé odborné poznatky.

Věříme, že si tento časopis najde své místo mezi zdravotníky v rámci celoživotního vzdělávání. Budeme velmi rádi, pokud nám věnujete přízeň a zejména pokud Vy sami či Vaši studenti budou v tomto časopise mít zájem publikovat.

doc. PhDr. Yvetta Vrublová, Ph.D.
šéfredaktorka redakční rady

TEORETICKÉ, OBECNÉ A ETICKO-FILOZOFICKÉ STUDIE, PŘEHLEDOVÉ PRÁCE

ETIKA A ZDRAVOTNÍCKA ETIKA AKO ZÁKLAD PROFESIONALITY ZDRAVOTNÍCKYCH PRACOVNÍKOV

ETHICS AND HEALTHCARE ETHICS AS THE BASIS FOR THE EXPERTISE OF HEALTHCARE WORKERS

Tatiana Rapčíková[1]

Abstrakt

Etika a morálne zásady súvisia s každou oblasťou života spoločnosti. V súčasnosti zaznamenávame nárast záujmu o etické otázky aj v rôznych spoločenských odvetviach, zdravotníctvo nevynímajúc. Zdravotnícka etika je profesijnou etikou zameranou na riešenie rôznorodých problémov, ktoré prináša zdravotnícka prax. Bez implementovania princípov zdravotníckej etiky do zdravotníckych zariadení nie je možné realizovať humánnu zdravotnú starostlivosť o pacientov.

Kľúčové slová

etika, zdravotnícka etika, zdravotnícky pracovník, zdravotná starostlivosť, pacient

Abstract

Ethics and moral principles occur in every area of social life. Nowadays, an increase of interest in ethical issues in various social areas was recorded, not excluding healthcare. Healthcare ethics is a professional ethics focused on solving various issues, ranging in healthcare practice. To conduct humanistic healthcare for patients in healthcare facilities, it is inevitable to implement principles of healthcare ethics.

Keywords

ethics, healthcare ethics, healthcare worker, healthcare, patient

[1] Katedra ošetrovateľstva, Fakulta zdravotníctva so sídlom v Banskej Bystrici, Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave

ÚVOD

V situáciách, keď dôjde ku poškodeniu zdravia, resp. k ohrozeniu života, sa jedinec neraz ocitá v nemocničnom prostredí, pretože potrebuje odbornú pomoc realizovanú zdravotníckymi profesionálmi. Práve v profesii zdravotníka, ktorá patrí medzi pomáhajúce profesie, sú nevyhnutnosťou a cennou devízou aj morálne vlastnosti a morálne postoje voči prijímateľom zdravotnej starostlivosti – pacientom. Nielen vedomosti, resp. odborné zručnosti, ale predovšetkým etický prístup zdravotníckych pracovníkov ku pacientom je známkou ich skutočnej profesionality.
Zdravotnícka etika je súčasťou celospoločenskej etiky. Správanie a konanie zdravotníckych pracovníkov je nielen citlivo vnímané, ale aj citlivo posudzované a interpretované laickou verejnosťou. Občania čoraz viac aktívne participujú na rozhodnutiach, ktoré súvisia s ich zdravotným stavom a stávajú sa partnermi nielen lekárov, ale aj iných zdravotníckych pracovníkov. Nevyhnutnou súčasťou tohto partnerstva je implementovanie etických noriem, princípov a podpornej komunikácie do vzťahu medzi pacientom a zdravotníckym pracovníkom.

ETIKA V KONTEXTE SPOLOČNOSTI

V súčasnosti sa pojem etika a jeho rôzne varianty stali jednými z najfrekventovanejších pojmov. Etika, etický prístup či morálne zásady súvisia s každou oblasťou života spoločnosti a v dnešnej dobe takmer všade zaznamenávame a neraz aj osobne pociťujeme ich deficit.
Podobný názor prezentujú i autori Bošmanský a Lacko (2007, s. 10), ktorí konštatujú, že „etika sa stala predmetom všeobecného záujmu. Je odpoveďou na reálne ohrozenie ľudstva rozpadom mravného poriadku. To je jeden z najdôležitejších dôvodov, prečo sa začalo po nej volať".
„Etika predstavuje umenie žiť, je najpraktickejšia a najdôležitejšia zo všetkých ľudských činností" (Heřmanová et al., 2012, s. 15).
Vácha (2012a, s. 15; 2012b, s. 39) vníma etiku ako disciplínu, ktorá „je najmenej od dôb Aristotela nepretržite reflektovaná, má svoju vlastnú architektúru a pravidlá". Podľa neho „nie je vhodné konštatovať, že etika je slušnosť" či „každý intuitívne vie, čo je etické konanie".
„Etika sa zaoberá spôsobmi správania a konania, ktoré určujú činnosť jednotlivcov v spoločnosti. Usiluje sa nájsť odpovede na otázku, ako má človek konať vo vzťahu k sebe, k okoliu a k iným ľuďom" (Knezović, 2010, s. 67).
Junas (2008, s. 26) vidí v etike „hlavný regulátor morálky, ľudského myslenia a správania, ktorý má základy priamo v prvopočiatkoch vytvárania vzťahov medzi ľuďmi. Súčasná etika sa vypracovala na špecifickú vedu, ktorá pri pokračujúcej diferenciácii hlavných sociálnych prvkov reguluje ľudský život. Určuje postoje členov spoločnosti i v jednotlivých povolaniach".

Podľa Jankovského (2003) je etika „filozofickou vedou o správnom spôsobe života, ktorá vychádza z racionálnych prístupov a snaží sa nájsť, poprípade i zdôvodniť spoločné a všeobecné základy, na ktorých morálka, ako predmet etiky stojí". Venovať pozornosť etike bez jej priameho prepojenia s morálkou je prakticky nemožné.
Aj podľa Nemčekovej (1998, s. 370) „etika je jednou z ciest poznávania morálnych javov, teoreticko-vedeckým odhaľovaním morálnych aspektov ľudského života, rozpoznávaním a vyjadrením hodnotových súdov o tom, čo je dobro a zlo, povinnosť, zodpovednosť, spravodlivosť. Zaoberá sa problémami ciest a procesov, v ktorých sa u človeka vytvára morálna určenosť a sebaurčenie, ako aj tým, čo človek má alebo nemá konať".
Niet sporu o tom, že i v odbornej diskusii sa čoraz častejšou a naliehavejšou témou stáva v súčasnosti aj etika. Z tohto dôvodu právom zaznamenávame nárast odborného potenciálu etiky a záujmu o ňu, ako o teoretickú disciplínu, a zároveň aj o jej implementovanie do praktického života. Niet oblasti, do ktorej by etika nezasahovala. Spájame ju s mnohými oblasťami spoločenského života, politikou, podnikaním alebo športom, ale aj s reklamou či internetom. Je všadeprítomná, rovnako v každodennom živote jednotlivca, ako aj v živote sociálnych skupín, podnikateľských subjektov či organizácií. Tam, kde ju nachádzame (a mnohokrát si to ani neuvedomujeme), vnímame situáciu pozitívne, a kde jej niet, pociťujeme isté vákuum (Guitcheva, 2011).
Vo vyššie uvedených charakteristikách rezonuje celospoločenská potreba etiky, ktorá podľa mnohých má potenciál zmeniť a „poľudštiť" dnešnú konzumnú spoločnosť.
Plne sa stotožňujeme s konštatovaním Fobela (2011, s. 20), podľa ktorého „skromná investícia do etiky sa v konečnom dôsledku stáva konkurenčnou výhodou, ale aj celospoločenskou nutnosťou. Odborník na etiku sa tak môže stať aktérom spoločenských zmien a prospešnou profesiou". Fobel (2012, s. 11–12) pokladá „za reálnu skutočnosť, že spoločnosť vníma etiku citlivo", avšak oprávnene dodáva, „že len s deklarovaním etiky nevystačíme. Chýba výraznejšia odvaha presadzovať systémové a profesionálne zjednotené riešenia. Nielen vo významných firmách pôsobiacich na Slovensku (mobilní operátori, farmaceutické spoločnosti), ale aj vo vyšších územných celkoch, etických komisiách (zdravotníctve, školstve, ale aj nezávislých organizáciách s etickým poslaním) sa etická odbornosť a špecializácia taktiež podceňuje. Trend znižovania kredibility etiky je často spôsobený nekompetentnosťou a profesionálnou etickou negramotnosťou. Aj mnohé slovenské organizácie deklarujú etické správanie, ale bez skutočnej etickej politiky, prijímajú skôr formálne a nekvalifikovane etické kódexy, ktoré namiesto toho, aby sa stali nástrojom riadenia etiky a zvyšovania jej dôveryhodnosti a rozvoja, stávajú sa len reziduálnou normou".
Vadíková (2011, s. 117) deklaruje, že „je dôležité prijať aplikovanie etiky v osobnom svedomí ako tvárnu črtu identity, čo predpokladá zachovanie integrity osoby v rozhodovacom procese".
Daná skutočnosť má nespochybniteľný význam pre výkon povolania v každom odvetví, ale v práci zdravotníckeho pracovníka rezonuje s ešte väčšou intenzitou. Dôvodom je i to, že život a zdravie sú hodnoty, ktorých význam je nevyčísliteľný, a adekvátny etický prístup k pacientom je neoddeliteľnou súčasťou týchto hodnôt.

ZDRAVOTNÍCKA ETIKA AKO PROFESIJNÁ ETIKA

Dnes, a to ešte naliehavejšie ako v minulosti, platí, že byť ľudským, je predovšetkým byť zodpovedným, a to vo všetkých rovinách. Teda byť zodpovedným k sebe samému, k okolitému svetu a najmä k ostatným ľuďom. Všetkých týchto rovín sa úplne prirodzene dotýka i činnosť v rámci pomáhajúcich profesií, to znamená profesií, pre ktoré je typická práca s ľuďmi, t. j. i pre zdravotníckych pracovníkov. Práve u nich očakávame úplne spontánne prosociálne a empatické správanie, konanie rešpektujúce prospech iných osôb, ochotu pomôcť druhému, schopnosť vnímať a riešiť problémy druhých a presadzovanie spoločensky prospešných cieľov. Z uvedených charakteristík je zrejmé, že ide o samotnú podstatu pomáhajúcich profesií, o základné profesionálne dispozície či dokonca povinnosti (Jankovský, 2003, s. 9).

Profesijná etika aplikuje všeobecné etické ustanovenia (tzv. etický kódex) na konkrétnu profesionálnu činnosť. V súvislosti so zdravotníctvom, v ktorom etika zohráva osobitnú úlohu, môžeme hovoriť o etike lekára, sestry a podobne. Etika v zdravotníctve stvárňuje osobnosť lekára a nelekárskych zdravotníckych pracovníkov v ponímaní svojho objektu – pacienta, a vôbec človeka, ako aj seba samého, a dokonca reprezentuje i celú medicínu a zdravotníctvo v jeho najľudskejšom zmysle a obsahu (Javůrková a Raudenská, 2011, s. 119–120; Junas, 2008, s. 26). Podľa Junasa (2008, s. 29) „profesijná zdravotnícka etika je popri odbornosti najmocnejším zdrojom práce, a to nielen lekára, ale aj ostatných zdravotníckych pracovníkov, je reprezentantkou zdravotníckeho povolania".

Hlavnou úlohou zdravotníckej etiky, ako aplikovanej etiky, je riešenie rôznorodých problémov a náročných situácií, ktoré prináša zdravotnícka prax a v epicentre ktorých stojí chorý človek. Počiatky rozvoja tohto druhu etiky siahajú do obdobia staroveku, ale v postkomunistických krajinách sa jej rozvoj začína najmä začiatkom 90. rokov 20. storočia.

V odbornej zdravotníckej literatúre sa stretávame s viacerými definíciami a vymedzeniami predmetu zdravotníckej etiky.

Podľa Haškovcovej (2000, s. 10) „je označenie zdravotnícka etika praktické. Môžeme síce namietať, že nejde o etickú problematiku týkajúcu sa zdravotníctva ako systému, ale uvedený pojem je možné prijať, lebo sa snaží o odlíšenie voči pojmu lekárska etika".

„Zdravotnícka etika je etika normatívna a musí vychádzať z vopred daných, jednoznačných a pevných zásad súvisiacich s vnútornou mravnosťou medicíny. Bez nich by sa celá stavba zdravotníckej etiky, budovaná po tisícročia, mohla zrútiť" (Munzarová, 2005, s. 12).

Podľa Opatrnej (2008, s. 23) zdravotnícka etika „vymedzuje povinnosti zdravotníckych pracovníkov voči pacientom, kolegom i verejnosti formou kódexov a etických odporúčaní. Jej predmetom sú teda normatívne predpisy a odporúčania s etickým obsahom, ktorými sa riadia jedinci v profesii zdravotníka".

Medzi zdravotníckou a medicínskou etikou nemôžu byť a ani nie sú signifikantné rozdiely. Medicínska etika, ako súčasť zdravotníckej etiky, sleduje rovnaký cieľ – zdravie a blaho chorých, na zabezpečovaní ktorého sa podieľajú tak lekári, ako aj ostatní zdravotnícki pracovníci. Paralelám medzi lekárskou etikou a etikou charakteristickou pre pracovníkov nelekárskych zdravotníckych odborov sa venuje česká lekárka-bioetička Marta Munzaro-

vá (2005), ktorá nevidí dôvod k tomu, aby etika lekárov bola odlišná od etiky iných zdravotníckych pracovníkov, resp. aby tejto etike bola nejakým spôsobom nadradená. Etika nelekárskych zdravotníckych pracovníkov má vychádzať z rovnakej tradície a z rovnakého vzťahu ako lekárska etika a za najdôležitejší atribút vzťahu k pacientom považuje vzťah založený na deklarovaní úcty k chorému človeku. Bez tejto úcty by akákoľvek lekárska alebo zdravotnícka etika prestala byť etikou a medicína by prestala byť medicínou.

Etika všetkých zdravotníckych pracovníkov vychádza zo vzťahu medzi človekom pomáhajúcim a človekom trpiacim, zo vzťahu medzi človekom, ktorý nielen uzdravuje, ale aj realizuje starostlivosť o pacientov, a to aj u tých, u ktorých už niet nádeje na záchranu života a tých, ktorí sa mu zverujú vo svojej núdzi a trápení a ktorí mu veria. Z uvedeného vyplýva, že lekárska a zdravotnícka etika sú takto jednoznačne a jasne prepojené a nie je, resp. nemôže byť medzi nimi podstatnejších rozdielov.

Lekárska etika je považovaná za humanistický základ medicíny, ktorý je hlboko zakorenený v Hippokratovej prísahe. Pre jednotlivé medicínske odbory je typická nezávislosť vyžadujúca si adekvátny medicínsky výcvik, ktorý je podmienkou priblíženia sa ku kľúčovým otázkam v etike prostredníctvom voľného dialógu medzi lekármi navzájom a medzi lekárskymi a nelekárskymi zdravotníckymi pracovníkmi. Uvedený spôsob napredovania nie je jednoduchý, pretože etika prestáva existovať, resp. stagnuje, keď prináša morálne istoty. Etika by jednoducho mala vytvárať pochybnosť. A nie je pochybnosť pohnútkou k akémukoľvek vedeckému pokroku (Lalumiere, 1993, s. 9)?

V súvislosti s rozvojom zdravotníckej etiky nemožno nespomenúť **bioetiku** ako jednu z disciplín aplikovanej etiky. Dôvodom je i to, že bioetické otázky rezonujú v súčasnom svete a zdravotníctve so značnou naliehavosťou. Medzi zdravotníckou etikou a bioetikou existujú úzke paralely a v epicentre ich záujmu sú mnohokrát identické etické problémy.

Bioetika označuje nielen etickú problematiku lekárskej praxe, ale aj výskumu, a to najmä v odboroch, ktoré podmieňujú výkon lekárskej praxe (biológia, biofyzika, chémia, farmácia a pod.). Pojem bioetika je nadradený pojmu lekárska etika. Súčasné požívanie a zamieňanie týchto pojmov je nesprávne, pretože nejde o synonymá (Haškovcová, 2000, s. 10). Bošmanský a Lacko (2007, s. 8) sa stotožňujú s názorom Haškovcovej, keď uvádzajú, že „bežne používaný pojem bioetika je nadradený pojmu lekárska etika a predstavuje filozofickú náuku o podstate a konaní dobra pre človeka a celú prírodu. Bioetika sa nevenuje len skúmaniu problémov pri praktickom výkone lekárskej praxe, ale tiež vo výskume, a to najmä v tých oblastiach, ktoré podmieňujú výkon lekárskej praxe (biológia, biofyzika, chémia, farmácia a pod.)“.

Aj podľa Munzarovej (2005, s. 16–17) „sa dnes čoraz častejšie stretávame s pojmom bioetika používaným ako synonymum lekárskej etiky, čo nie je správne. Bioetika je však širší odbor ako lekárska etika, reflektuje pokroky i v biologických vedách a snaží sa zjednotiť aj požiadavky vychádzajúce z iných humanitných disciplín“.

I z vyššie uvedených konštatovaní môžeme usudzovať, že stanovisko odborníkov k danému problému nie je uniformné. Náš postoj sa zhoduje s názormi tých expertov na zdravotnícku etiku, ktorí deklarujú, že predmet a obsahové zameranie bioetiky a lekárskej etiky je nutné posudzovať individuálne.

ZÁVER

I napriek tomu, že terminologické vymedzenie zdravotníckej, resp. medicínskej etiky či bioetiky nie je vždy jednoznačné, môžeme konštatovať, že v epicentre ich záujmu je vždy problematika ľudského života ako najvyššie proklamovanej hodnoty.
Aké je však morálne ocenenie práce protagonistov implementovania etických noriem do zdravotníckej praxe, t. j. zdravotníckych pracovníkov, spoločnosťou a tými, ktorí sú bezprostredne odkázaní na ich starostlivosť?
Odpoveď na danú otázku nemôže dať žiadna veda. Odpoveď na danú otázku dáva každý zdravotnícky pracovník sám, a to prostredníctvom profesionálne realizovanej zdravotnej starostlivosti založenej na vysokom morálnom kredite i na určitom stupni altruizmu.
Profesia zdravotníckeho pracovníka patrí medzi profesie, ktorých finančné docenenie nebude nikdy dostatočné. Spoločným znakom týchto profesií je to, že vždy viac dávajú ako dostávajú. To by si mal uvedomiť každý, ktorý sa rozhodol život zasvätiť nielen lekárskej vede, ale aj pomoci každému, kto ju potrebuje.

Literatúra

BOŠMANSKÝ, K. a LACKO, A. *Človek z pohľadu pastorálnej medicíny a bioetiky.* Ružomberok: Fakulta zdravotníctva Katolíckej univerzity, 2007. ISBN 978-80-8084-149-2.

FOBEL, P. Aplikovaná etika v súčasnosti a možnosti etickej expertízy. In: FOBELOVÁ, D. *Aplikovaná etika a profesionálna prax*. Banská Bystrica: Univerzita Mateja Bela, Fakulta humanitných vied, 2011, s. 11–21. ISBN 978-80-557-0217-9.

FOBEL, P. Spoločenský význam a profesionálne poslanie etického poradenstva. In: FOBEL, P. et al. *Etika & Poradenstvo & Prax*. Banská Bystrica: Univerzita Mateja Bela, Fakulta humanitných vied, 2012, s. 8–25. ISBN 978-80-557-0385-5.

GUITCHEVA, G. Akademická etika, jej podstata a špecifiká. In: GUITCHEVA, G. et al. *Akademická etika: tvorba a implementácia etického kódexu*. Banská Bystrica: Univerzita Mateja Bela, Fakulta humanitných vied, 2011, s. 9–36. ISBN 978-80-557-0215-5.

HAŠKOVCOVÁ, H. *Manuálek o etice pro zdravotní sestry*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2000. ISBN 80-7013-310-4.

HEŘMANOVÁ, J. et al. *Etika v ošetřovatelské praxi*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3469-9.

JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*. Praha: Triton, 2003. ISBN 80-7254-329-6.

JAVŮRKOVÁ, A. a RAUDENSKÁ, J. Etické aspekty lékařské profese. In: RAUDENSKÁ, J. a JAVŮRKOVÁ, A. *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-2223-8.

JUNAS, J. História lekárskej etiky. In: ŠOLTÉS, L. a PULLMANN, R. *Vybrané kapitoly z medicínskej etiky*. Martin: Osveta, 2008, s. 26–30. ISBN 978-80-8063-287-8.

KNEZOVIĆ, R. Filozofické koncepcie etiky pre pomáhajúce profesie. In: RALBOVSKÁ, R. a KNEZOVIĆ, R. *Etické aspekty práce pomáhajících profesí v oblasti zdravotnictví a sociální péče*. Praha: Evropské vzdělávací centrum, 2010, s. 67–69. ISBN 978-80-87386-13-2.

LALUMIERE, C. Message from the secretary general of the council of Europe to the participants in the regional CSFR – Poland – Hungary symposium on medical ethics. In: GLASA, J., ed. *Contemporary Problems of Medical Ethics in Central Europe*. Bratislava: Institute of Medical Ethics & Bioethics, 1993, p. 9. ISBN 80-88743-01-X.

MUNZAROVÁ, M. *Zdravotnická etika od A do Z*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1024-2.

NEMČEKOVÁ, M. Niektoré teoretické problémy profesiovej etiky v medicíne a ošetrovateľstve. *Filozofia*. 1998, roč. 53, č. 6, s. 366–375. ISSN 0046-385X.

OPATRNÁ, M. *Etické problémy v onkologii*. Praha: Mladá fronta, 2008. ISBN 978-80-204-1876-0.

VADÍKOVÁ, K. M. Svedomie a aplikovanie etiky v profesionálnej praxi. In: FOBELOVÁ, D. et al. *Aplikovaná etika a profesionálna prax*. Banská Bystrica: Univerzita Mateja Bela, Fakulta humanitných vied, 2011, s. 116–122. ISBN 978-80-557-0217-9.

VÁCHA, M. Úvod do (bio)etiky. In: VÁCHA, M., KÖNIGOVÁ, R. a MAUER, M. *Základy moderní lékařské etiky*. Praha: Portál, 2012a, s. 15–24. ISBN 978-80-7367-780-0.

VÁCHA, M. Základní etické teorie. In: VÁCHA, M., KÖNIGOVÁ, R. a MAUER, M. *Základy moderní lékařské etiky*. Praha: Portál, 2012b, s. 27–42. ISBN 978-80-7367-780-0.

Kontakt

doc. PhDr. Tatiana Rapčíková, PhD.
Fakulta zdravotníctva so sídlom v Banskej Bystrici, SZU v Bratislave
Katedra ošetrovateľstva
Sládkovičova 21, 974 05 Banská Bystrica, Slovenská republika
tatiana.rapcikova@szu.sk

HAPTIKA JAKO VÝZNAMNÝ TERAPEUTICKO-ETICKÝ FENOMÉN NEFARMAKOLOGICKÉ LÉČBY BOLESTI

HAPTICS AS A SIGNIFICANT THERAPEUTIC-ETHICAL PHENOMENON OF NON-PHARMACOLOGICAL PAIN TREATMENT

Michaela Harabišová[1], Tatiana Rapčíková[2]

Abstrakt

Bolest je nejstarší a nejznámější příznak obranného mechanismu lidského těla. V průběhu staletí se řada lékařů a badatelů snažila o pochopení principů jejího vzniku a vedení dospěje k závěrům, které k léčbě bolesti využíváme dodnes. Autorky poukazují na skutečnost holistické dimenze percepce bolesti, která je promítána i do vnitřního světa nemocného člověka. Nositelem hmatatelné úlevy od bolesti se v nemocničním prostředí stává především zdravotník v poskytnutí široké roviny léčby nejen farmakologické, ale i nefarmakologické, kde zaujímá významné místo haptika. Příspěvek je apelem k akceptaci a pochopení konceptu haptiky, coby významného terapeutického fenoménu v procesu nefarmakologické terapie bolesti. Nesporně důležitý je i její etický aspekt spočívající ve schopnosti úzké interakce mezi zdravotnickým pracovníkem a pacientem, navozující pocit štěstí jako kategorie nejvyššího dobra pro člověka. Cílem příspěvku je poukázat i na to, že implementace haptiky do zdravotní péče, v součinnosti s respektováním individuálních teritoriálních okruhů nemocného člověka, přispívá k efektivnějšímu naplnění jak terapeutického, tak i ošetřovatelského procesu v dimenzi léčby bolesti.

Klíčová slova

haptika, bolest, zdravotnický pracovník, pacient, terapeutický, etický

[1] Katedra etiky a aplikovanej etiky, Filozofická fakulta, Univerzita Mateja Bela v Banskej Bystrici

[2] Katedra ošetrovateľstva, Fakulta zdravotníctva so sídlom v Banskej Bystrici, Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave

Abstract

Pain has been the oldest and most well-known sign of the human body's defence mechanism. Over the centuries, a number of physicians and scholars have sought to understand the principles of its origin and knowledge, reaching the conclusions used in pain treatment which we are still using today. The authors point to the reality of the holistic dimension concerning perception of pain, also projected into the inner world of a sick man. In the hospital environment, a healthcare professional becomes the most important bearer of tangible pain relief in providing a broad level of treatment, not only in the pharmacological but also in non-pharmacological way, where the haptics occupies a significant place. The report is an appeal to the acceptance and understanding of the haptics concept representing a significant therapeutic phenomenon in the non-pharmacological pain therapy process. Undoubtedly, its ethical aspect based on the ability of a close interaction between the health worker and the patient, has also been important, which induces the feeling of happiness as the category of the highest well-being for man. The aim of the paper is to point out that integration of haptics into health care, in close touch with respecting the individual territories of the sick person, contributes to a more effective fulfilment of both the therapeutic and the nursing processes in the pain management dimensions.

Keywords

haptics, pain, healthcare worker, patient, therapeutic, ethical

---

ÚVOD

Bolest je přirozenou, avšak i obávanou součástí léčebného procesu. Je signálem toho, že v lidském organismu se něco děje, kdy představuje jednu z nejdůležitějších pohnutek, na základě které pacient vyhledává odbornou, a to nejčastěji lékařskou pomoc. Bolest zároveň patří mezi nejvýznamnější maladaptační projevy výrazně determinující prožívání a chování nemocného člověka. Přestože existující moderní terapeutické postupy dokážou výrazně eliminovat utrpení jedinců spojené s akutní či chronickou bolestí, tato i v současnosti představuje nejčastější důvod žádosti pacientů o aktivní eutanázii v zemích, kde je legalizovaná. Bolest znamená subjektivní zkušenost s utrpením a je ne jen odbornou, ale i morální povinností zdravotnických pracovníků využít všechny terapeutické postupy pomáhající ji eliminovat. Nemáme na mysli jen farmaka představující nejběžnější způsob tlumení bolesti, ale i alternativní terapeutické postupy, respektive jeden z nejúčinnějších terapeutických postupů neverbální komunikace – haptiku.

BOLEST

Bolest (dolor), jako nejstarší a nejznámější příznak obranného mechanismu lidského těla, který nás upozorňuje na poranění či nemoc, sahá do hluboké historie mladší doby kamenné, do doby kouzelníků a šamanů léčících pomocí různých rituálů a nadpřirozených temných sil (Pejšová, 2013, s. 12).
Náhledy rozmanitých alternativ tlumení bolesti jsou patrné v nejrůznějších historických dokumentech monitorujících průběh jednotlivých kulturních období existence lidské společnosti. Například okolo roku 2 600 př. n. l. se Číňané zmiňují o existenci dvou protichůdných sil – jinu a jangu, které se stávají základem dnešní algeziologické techniky, tzv. akupunktury. V součinnosti s Hippokratovým sdělením z období starověkého Řecka: „Divinum est opus sedare dolorem" – „Božské je mírnit bolest", vedla v průběhu staletí řadou lékařů a badatelů aplikovaná snaha pochopení principů vzniku a vedení bolesti k závěrům, které k léčbě bolesti využíváme dodnes (Podsedníčková et al., 2005, s. 3).
Dle International Association for the Study of Pain (IASP – Mezinárodní společnost pro studium bolesti) bolest představuje nepříjemný smyslový a pocitový zážitek multidimenzionálního rázu, který je ve spojení se skutečným nebo potenciálním poškozením tkáně, anebo je v termínech takového poškození popisován (Pavlíček, 2009, s. 41). Bolest, hluboce uvědomovaná a holisticky vnímaná, není však jen tělesnou obtíží, ale promítá se i do vnitřního světa nemocného člověka, kdy ve svých důsledcích může zpochybňovat vnitřní jistoty a v dimenzi dlouhodobé, ve své podstatě „sui genesis", pak může být i zásahem do mezilidských vztahů. Vnímání její intenzity je vždy subjektivní a souvisí s aktuálním psychickým stavem nemocného člověka. Nositelem hmatatelné úlevy od bolesti, při vzájemném vztahu úcty, respektu a porozumění, se stává zdravotník a zdravotní péče v široké rovině léčby farmakologické i nefarmakologické. Významným, často zautomatizovaným a dostatečně neuvědomovaným fenoménem v multidimenzionálním procesu terapie nefarmakologické je jednoznačně haptika, resp. léčebný dotek.

HAPTIKA A HAPTONOMIE

Haptika (z řeckého slova „haptein" – dotýkat) je uskutečňována prostřednictvím doteků a ve svých jednotlivých polohách patří k základním a pravděpodobně nejprimitivnějším formám interpersonální komunikace, jejíž jednotlivé dotekové dimenze mají jasný, srozumitelný a dominantní význam (Pokorná, 2010, s. 24; Kristová, 2009, s. 40). Doteky jsou základním inventářem všech savců, jsou nedílnou součástí každodenního života, zdrojem jistoty, bezpečí a zvláště v době nemoci též ujištěním, že nejsme sami (Gulášová et al., 2012, s. 26). Doteková komunikace v rámci zdravotní péče je dvoudimenzionální. Jedna dimenze je náplní medicínských a ošetřovatelských intervencí a má charakter tzv. funkčních doteků s maximálním respektem intimity pacienta, tu druhou tvoří tzv. doteky terapeutické, jejichž snahou je podpora a uklidnění pacienta (Jeglová, 2011, s. 17).

Využití doteku, jako alternativní metody v terapeutické a ošetřovatelské péči, dlouho nebylo tematizováno. Jeho hloubku přitom již v roce 1945 odkryl holandský vědec a lékař Frans Veldman (1921–2010), jenž je považován za zakladatele tzv. **haptonomie**, tedy komunikace dotekem, kterou označil za „vědu afektivity", tedy emocionální reaktivity člověka. Jeho stimulem byla osobní účast při dramatických událostech druhé světové války, především pak autentická zkušenost a fascinace uklidňujícím efektem doteku u umírajících vojáků. Veldmanova haptonomie si klade za cíl prostřednictvím doteku zvýšit kvalitu osobní interakce a navození pocitu citového bezpečí, což vede ke zlepšení zdravotního stavu člověka ve všech jeho dimenzích (CIRDH, © 2012). V současnosti je především aplikována v rovině prenatální haptonomie, tedy dotekové komunikace přes břišní stěnu matky s jejím ještě nenarozeným dítětem.

TERAPEUTICKO-ETICKÝ ROZMĚR HAPTIKY

Samotný terapeutický dotek představuje v rovině terapie proces, při kterém se ruce zdravotnického pracovníka používají pro eliminaci bolesti a usnadnění hojení. Tato terapie byla představena v roce 1970 v USA Dolores Krieger, PhD., RN – dnes už emeritní profesorkou ošetřovatelství na Univerzity of Connecticut a prezidentkou Theosofické americké a mezinárodní společnosti. Therapeutic Touch ®, tedy terapeutický dotek, je v USA považován za celostní terapii, která je založena na vědeckém zkoumání a jejímž cílem je úmyslné a laskavé využití univerzální tělesné energie na podporu rovnováhy a pohody ve všech aspektech jednotlivce (Zaza et al., 1999, s. 105). Dle Kriegerové jsou kořeny terapeutického doteku, jako neinvazivní ošetřovatelské intervence, odvozené z pradávných léčebných postupů, kdy tento jemný způsob léčby vedoucí k harmonizaci tělesných energií jde svou podstatou v součinnosti s reflexologií, což je americká varianta akupresury, kterou vynalezl ve 20. letech 20. století W. H. Fitzgerald. Prostřednictvím dotekového léčebného působení dochází ke snížení bolesti a úzkosti, k celkové relaxaci a aktivaci vlastního pacientova imunologického systému s následnou stimulací samoléčivých sil (Krieger, 2012, s. 154).

Na pozitivní vliv aplikace terapeutického doteku v ošetřovatelské péči poukazuje řada nadnárodních studií, a to především v nefarmakologické rovině léčby onkologických onemocnění, kdy rovněž poukazují na potřebu nadále zkoumat netradiční terapeutické modality s primárním cílem přispění k maximální eliminaci bolesti a dalších průvodních jevů onkologických onemocnění. K nim řadící se terapeutický dotek považují tyto studie za životaschopnou alternativu k doplnění standardní léčby rakoviny (Jackson et al., 2008, s. 113). Mezi takovéto studie se řadí např. explorativní studie již z roku 1998 zkoumající účinek verbálního dialogu a terapeutického doteku na předoperační a pooperační průběh u pacientů po operaci rakoviny prsu.

Na uvedenou studii rovněž navazují a pozitivní výsledky klíčové úlohy doteku v jeho širokém spektru v léčbě bolesti potvrzují i zkoumání z roku 2004 realizované Dr. Kelly s kolektivem z William Paterson University ve Wayne (Kelly et al., 2004, s. 627; Sama-

rel et al., 1998). Studie Ústavu ošetřovatelství na Tarbiat Modares University v Teheránu (Irán) z roku 2008 se záměrem analýzy efektu terapeutického doteku u onkologicky nemocných pacientů podstupujících chemoterapii, kde závislými proměnnými byly bolest a únava, taktéž potvrdila a zdůraznila naléhavou potřebu porozumět nefarmakologické intervenční dotekové terapii na podporu komfortu u pacientů s onkologickým onemocněním (Aghabati, Mohammadi a Pour Esmaiel, 2010). Signifikantnost doteku ve své publikaci „Symptom og meining. Modeme psykosomatisk tankegang" (z norského originálu) dokládá i významný norský odborník z oblasti klinické psychologie, psychosomatiky, psychoterapie a medicíny, profesor Asbjorn O. Faleide se svými spolupracovníky. Prostřednictvím výzkumných prací analyzuje různé alternativy psychoterapie, kdy výraznou pozornost věnuje využití doteku, který napomáhá obnovit přirozený tok životní energie, vitalitu a sebeurčení jednotlivce (Morovicsová, 2011).

Terapeutický vliv doteků je známý ve všech kulturách, stejně jako ničivý vliv jejich nedostatku, o to více vyvstávající v rovině terminálních stádií nevyléčitelných onemocnění. Na nemocného člověka ante finem je nutno pohlížet jako na multidimenzionální entitu, v součinnosti s vysokou úrovní komunikační profesionality, osobní zralosti a autoregulace. Projev maximální možné míry empatie ze strany zdravotníků v součinnosti s vytvořením atmosféry důvěry, respektu a úcty nemá žádný jednoznačný manuál, vyžaduje především dobrou vůli a lásku. Tyto důležité determinanty umožňují, aby se součástí interakce s nemocným, a to především s umírajícím člověkem stala snaha o využití nedílné haptické složky neverbální komunikace. V posledních chvílích umírajícího člověka se ruce sester stávají médiem umožňujícím důležitý kontakt s okolním světem, proto v rámci respektu je důležité citlivě, někdy zblízka a někdy více zpovzdálí, vycítit individuální dotekové potřeby člověka, které mohou být jak žádoucí, tak mohou působit i rušivě. Ono zvládnutí umění laskavého porozumění přání blízkosti, pochopení jedinečnosti, důstojnosti, hodnoty a posvátnosti lidského života, jsou jednoznačnými atributy filozofie sesterské péče, která plně potvrzuje smysl našeho života a v konečném důsledku i jeho konečnost (Beňadiková a Rapčíková, 2009, s. 28; Křivohlavý, 2002, s. 142). Laskavý dotek spojený s respektováním důstojnosti člověka za každých okolností zároveň představuje determinující aspekt implementace etiky do každodenní zdravotnické praxe. Jako zdravotníci máme velké privilegium, neboť můžeme dotekem, tou univerzální valutou v lidských vztazích, v člověku upevňovat to nejcennější co v životě má, jeho zdraví.

Touha dotýkat se je základní lidskou vlastností a potřebou, která je patrná ve všech životních etapách člověka. Všichni se potřebujeme dotýkat a být dotýkáni, pustit někoho do své blízkosti. Osvojení si haptických komunikačních dovedností je u zdravotnických pracovníků velmi potřebné, neboť bez jakékoliv efektivní komunikace mezi pacientem a zdravotníkem nedochází k adekvátnímu naplnění terapeutického a ošetřovatelského procesu. Jestliže chceme našim nemocným poskytnout maximum z toho, co dnešní moderní ošetřovatelství ve světě umí a zná, pak by se akceptace a pochopení konceptu haptiky, co by významného přispění v procesu nefarmakologické terapie bolesti, rozhodně mohla stát primárním krokem k její následné aplikaci v léčebné a ošetřovatelské praxi.

ZÁVĚR

Mnozí ideologové vytvářející obraz tzv. „nového člověka" v minulosti razili, a i dnes razí heslo, že pokrok spočívá v přetavování nízkých lidských pudů ve vyšší hodnoty, včetně neustálé snahy regulovat svůj přirozený základ. K uvedenému můžeme zařadit i odkaz Rortyho spočívající v uvědomění si skutečnosti existence nadindividuality lásky v rovině přirozeného a výchovou zdokonaleného citu k druhému člověku. Jeho chápání a pojetí solidarity, jako empatie směrem k druhým lidem, kultivuje naši schopnost vnímat právě bolest (Višňovský, 2008, s. 620). I Jean Jacques Rousseau poukazuje na skutečnost, že se rodíme jako citliví lidé, jejichž bytostným určením je uvědomování si vlastních pocitů s následnou schopností naší volby (Lalíková, 2008, s. 223). V daném kontextu v průběhu života v sobě aktivujeme spousty různých vnitřních programů, které vědomě i nevědomě používáme v běžném životě. Dovolíme-li si uvědomit jejich obsahy, pak ty nepotřebné začnou ztrácet na síle a my se budeme postupně zbavovat různých omezení. Lépe pak pochopíme ušlechtilost záměru laskavého doteku, který je projevem jednoznačných altruistických atributů – soustředěné pozornosti zdravotníka na straně jedné a citu lásky k člověku na straně druhé.

Poděkování

Článek vydán v součinnosti s grantovou úlohou VEGA č. 1/0187/16.

Literatura

AGHABATI, N., MOHAMMADI, E. and POUR ESMAIEL, Z. The Effect of Therapeutic Touch on Pain and Fatigue of Cancer Patients Undergoing Chemotherapy. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine* [online]. 2010, vol. 7, no. 3, p. 375–381. [cit. 27. 1. 2017]. ISSN 1741-4288. Dostupné z: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2887328/.

BEŇADIKOVÁ, D. a RAPČÍKOVÁ, T. Sestra jako poskytovatelka ošetřovatelské péče a její postavení ve zdravotnickém týmu. *Sestra*. 2009, roč. 19, č. 12, s. 28–30. ISSN 1210-0404.

Centre international de recherche et de développement de l'haptonomie [CIRDH]. *Bienvenue sur le site du CIRDH Frans Veldman*. [online]. CIRDH: © 2012. [cit. 29. 10. 2016]. Dostupné z: http://www.haptonomie.org/fr/.

GULÁŠOVÁ, I. et al. Prostředky neverbální komunikace. *Sestra*. 2012, roč. 22, č. 5, s. 26–27. ISSN 1210-0404.

JACKSON, E. et al. Does Therapeutic Touch Help Reduce Pain and Anxiety in Patients With Cancer?. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 2008, vol. 12, no. 1, p. 113–120. ISSN 1092-1095.

JEGLOVÁ, L. *Nonverbální komunikace sester s pacienty*. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta: 2011. Vedoucí práce P. SCHOLZ.

KELLY, A. E. et al. Therapeutic Touch, Quiet Time, and Dialogue: Perceptions of Women With Breast Cancer. *Oncology Nursing Forum*. 2004, vol. 31, no. 3, p. 625–631. ISSN 0190-535X.

KRIEGER, D. *Therapeutic Touch*. Bielefeld: Kamphausen, 2012. ISBN 978-3-89901-627-7.

KRISTOVÁ, J. *Komunikácia v ošetrovateľstve*. Martin: Osveta, 2009. ISBN 80-8063-160-3.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002. ISBN 80-247-0179-0.

LALÍKOVÁ, E. Novoveké etické teórie zmluvy. In: REMIŠOVÁ, A. *Dejiny etického myslenia v Európe a USA*. Bratislava: Kalligram, 2008, s. 190–230. ISBN 978-80-8101-103-0.

MOROVICSOVÁ, E. Vliv psychiky na zdraví. *Česká a slovenská psychiatrie*. 2011, roč. 107, č. 4, s. 245. [cit. 27. 1. 2017]. ISSN 1212-0383. Dostupné z: http://www.cspsychiatr.cz/detail.php?stat=722.

PAVLÍČEK, P. Léčba bolesti. *Sestra*. 2009, roč. 19, č. 2, s. 41–43. ISSN 1210-0404.

PEJŠOVÁ, A. *Bolest a její možnosti léčby v přednemocniční neodkladné péči*. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta: 2013. Vedoucí práce J. NEUMANNOVÁ ŠTECHOVÁ.

PODSEDNÍČKOVÁ, J. et al. Historie a současnost léčby bolesti. *Zdravotnické noviny*. 2005, roč. 54, č. 50, s. 2–7. ISSN 1805-2355.

POKORNÁ, A. *Efektivní komunikační techniky v ošetřovatelství*. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2010. ISBN 978-80-7013-524-2.

SAMAREL, N. et al. Effects of dialogue and therapeutic touch on preoperative and postoperative experiences of breast cancer surgery: an exploratory study. *Oncology Nursing Forum* [online]. 1998, vol. 25, no. 8, p. 1369–1376. [cit. 20. 1. 2017]. ISSN 1538-0688. Dostupné z: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9766290.

VIŠŇOVSKÝ, E. Etika pragmatizmu. In: REMIŠOVÁ, A. *Dejiny etického myslenia v Európe a USA*. Bratislava: Kalligram, 2008, s. 595–625. ISBN 978-80-8101-103-0.

ZAZA, C. et al. Health care professionals' familiarity with non-pharmacological strategies for managing cancer pain. *Psycho-oncology*. 1999, vol. 8, no. 2, p. 99–111. ISSN 1099-1611.

Kontakt

Mgr. Michaela Harabišová
Filozofická fakulta, Univerzita Mateja Bela v Banskej Bystrici
Katedra etiky a aplikovanej etiky
Tajovského 51, 974 01 Banská Bystrica, Slovenská republika
harabisova.m@seznam.cz

EMPIRICKÁ ŠETŘENÍ A PŮVODNÍ VÝZKUMY

SEBEPOŠKOZOVÁNÍ ADOLESCENTŮ JAKO EDUKAČNÍ PROBLÉM

SELF-HARM IN ADOLESCENTS AS AN EDUCATIONAL PROBLEM

Jiřina Hosáková[1], Zuzana Hlubková[1], Martina Hypšová[1]

Abstrakt

Článek je zaměřen na problematiku sebepoškozování u dospívajících. Sebepoškozování je častější u dospívajících a mladých dospělých, než se původně předpokládalo. Může být symptomem závažných poruch duševního zdraví, může ale být i součástí kulturní „normy".
Cíl: Cílem šetření bylo zmapovat nejčastěji se vyskytující příčiny sebepoškozování a identifikovat způsoby sebepoškozování u adolescentů.
Metodika: Pro sběr dat byla zvolená kvalitativní metoda individuálních rozhovorů s rodiči dětí hospitalizovaných po sebepoškození.
Výsledky a diskuze: Obsahovou analýzou realizovaných rozhovorů byly jako významné rizikové faktory zjištěny neúplná rodina a rodina, kde žil adolescent ve společné domácnosti s biologickou matkou a nevlastním otcem. Preferovaným způsobem sebepoškozování bylo řezání ostrým předmětem, vyskytlo se i pálení cigaretou a intoxikace kombinací farmak a alkoholu. Většina rodičů nestimulovala své dítě, aby zvážilo vyhledání odborné péče.
Závěr: Výsledky šetření poukázaly na rizika podporující sebepoškozování adolescentů a nejčastější způsoby sebepoškozování. Hodnocení odborníkem v oblasti duševního zdraví může pomoci při identifikaci a léčbě základních příčin sebepoškozování.

Klíčová slova

sebepoškozování, adolescent, rodič, edukace, sestra

[1] Ústav ošetřovatelství, Fakulta veřejných politik v Opavě, Slezská univerzita v Opavě

Abstract

Our article concerns self-harm in adolescents. Self-harm is more common in adolescent and young adult populations than previously thought. It can present to professionals as a symptom of major mental health disturbance or it can form part of a cultural "norm".
Aim: The main aim of our research was to describe the most common causes and methods of self-harm in adolescents.
Methods: We chose a qualitative research approach and used individual interviews with parents of children hospitalized after self-harm as a method of data collection.
Results and Discussion: Through the content analysis of conducted interviews, the incomplete family and the family where the adolescent lived in a joint household with a biological mother and a foster father were identified as significant risk factors. A preferred way of self-harm was cutting with a sharp object, cigarette burning and drug-alcohol intoxication. Most parents didn't stimulate their child to consider to seek professional care.
Conclusion: The results of our survey highlight the risks of self-harm to adolescents and the most common forms of self-harm. Evaluation by a mental health professional may assist in identifying and treating the underlying causes of self-injury.

Keywords

self-harm, adolescent, parent, education, nurse

ÚVOD

Sebepoškozování je způsob chování, který se často vyskytuje u dětí mentálně postižených nebo s kombinovanými vadami. Stále častější je ale jeho výskyt u dospívajících bez těchto postižení. Rozsívalová (2015) upozorňuje na skutečnost, že výskyt záměrného sebepoškozování v populaci se prokazatelně zvyšuje od 90. let 20. století. Peterson et al. (2008) uvádí, že jedna třetina až polovina adolescentů v USA praktikuje nějaké sebepoškozující techniky. Wood (2009) odhaduje, že v Anglii a Walesu dochází každoročně k sebepoškození u přibližně 25 000 dospívajících. Sebepoškozování probíhá ve většině případů skrytě a jeho odhalení bývá náhodné a pro blízké překvapující.
Vymezení pojmu sebepoškozování je v literatuře poměrně nejednotné. Například Kocourková (in Koutek a Kocourková, 2007, s. 73) definuje sebepoškozování jako: *„termín, který je nejčastěji spojován s vědomým, záměrným, často opakovaným sebepoškozováním (sebezraňováním) bez vědomé suicidální motivace, v němž dochází k narušení tělesné integrity, bez závažného letálního dosahu.*" Platznerová (2009, s. 7) sebepoškozující

chování definuje jako *„komplexní autoagresivní chování, které na rozdíl od sebevraždy, nemá fatální následky, jehož cílem není smrt, a které lze naopak nejlépe chápat jako maladaptivní odpověď na jinak nezvl*ádnutý akutní a chronický stres."
Sebepoškozování patří mezi závažné problémy, které by neměly být přehlíženy nebo podceňovány. Tento způsob chování vždy upozorňuje na psychický diskomfort jedince. U některých adolescentů je sebepoškozování projevem odmítání hodnot rodičů, způsobem prosazování své individuality nebo prokazování své sounáležitosti s určitou společenskou skupinou. Jiní si sebepoškozováním vymáhají pozornost nebo vyjadřují svou beznaděj a bezcennost (Wood, 2009). Pro většinu adolescentů, kteří si ublížili, je to způsob, jak se vyrovnat s bolestivými emocemi, myšlenkami nebo vzpomínkami, a ne pokusem o ukončení jejich života. Fyzická bolest sebepoškozování může poskytnout úlevu od těchto negativních a pro dospívajícího zatěžujících emocí. Riziko nespočívá pouze v tělesném poškození, ale opakovaně byla prokázala i souvislost mezi tímto jevem a suicidálními tendencemi. Například Kidger et al. (2012) sledoval výskyt tohoto jevu u 4 810 adolescentů a zjistil, že 905 z oslovených má zkušenost se sebepoškozením a 25,3 % respondentů uvedlo jako hlavní důvod přání skoncovat se životem.

CÍL PRÁCE

Cílem kvalitativního výzkumu bylo na základě analýzy rozhovorů s rodiči zmapovat nejčastěji se vyskytující příčiny sebepoškozování a identifikovat způsoby sebepoškozování u dětí.

SOUBOR

Vzorek respondentů byl sestaven z rodičů dětí, které byly hospitalizovány na dětském oddělení lůžkové psychiatrie pro sebepoškození. Výběr respondentů byl záměrný a oslovenými byli rodiče splňující zařazovací kritérium, což bylo rodič dítěte se sebepoškozením v anamnéze bydlící ve společné domácnosti. Pro šetření bylo osloveno celkem 14 rodičů hospitalizovaných dětí, 4 rodiče účast odmítli. Vlastního šetření se tedy zúčastnilo 10 rodičů ochotných ke spolupráci. Jednotliví respondenti sledovaného vzorku byli označeni jako R1–R10.

METODIKA

Pro vlastní sběr dat byla zvolená kvalitativní metoda individuálních rozhovorů. Oslovení volně hovořili o zkušenostech se sebepoškozováním dítěte, z důvodu upřesnění byly pokládány i doplňující otázky. Průběh jednotlivých rozhovorů byl vždy zaznamenán na diktafon a poté přepsán do písemné podoby. Získaná data byla analyzována a zpracována metodou barvení textu s následným definováním významných kategorií na základě jejich tématické podobnosti.

VÝSLEDKY

Všechny respondentky byly ženy – matky dívek se sebepoškozením v anamnéze. Sledovaný vzorek tvořilo celkem 10 dívek ve věku 13 až 17 let. Pouze jedna dívka vyrůstala v rodině s biologickými rodiči, čtyři dívky bydlely s matkou, případně s matkou a sourozenci. Čtyři dívky žily ve společné domácnosti s matkou a jejím přítelem, případně novým partnerem. Jedna matka odmítla rodinné poměry blíže specifikovat.

Příčiny sebepoškozování

Následná analýza dat ukázala, že rodiče ve většině případů měli minimálně povrchní povědomí o důvodu sebepoškozování svých dcer. Ve dvou případech viděly matky příčinu sebepoškození v nechuti dívek být se svým otcem, který žil mimo rodinu a sebepoškození bylo možností, jak se nechtěnému kontaktu vyhnout. Například R3 řekla, že: *„vlastně volala o pomoc, chtěla jít ku mě, chtěla teda zpátky k matce a já jsem na to asi nějakým způsobem nijak nereagovala."* Podobně situaci popsala i R8: *„dceru si bere manžel jeden krát za měsíc na víkend, ale nechce k němu, dělá vždycky scény a vykřikovala, že si teda něco udělá, já jsem tomu nevěnovala až* do teďka nějakou pozornost." Ve dvou případech spatřovaly matky v sebepoškození dcer formu citového vydírání, kdy si dívky tímto způsobem vynucovaly intenzivnější péči. R10 uvedla, že: *„je to demonstrativní, aby mě nějak takhle vystrašila nebo něco."* Dvě respondentky uvedly jako příčinu sebepoškození u dcer konflikty s jejich kamarády nebo s partnery matek ve společné domácnosti, což výstižně popsala matka R7: *„s nevlastním otcem se nesnášela, nerozuměli si, nemohli najít k sobě nějak cestu, cítila se pořád taková nějaká ubližovaná, méněcenná."* Ve výpovědích byly jako důvody sebepoškození dále zmíněny v jednom případě i šikana ve škole, kdy dítě nezapadlo do nového kolektivu, dále pocit samoty a smutku a nezvládání školních povinností. V jednom případě bylo pravděpodobnou příčinou i somatické onemocnění a nadváha, kdy matka R5 uvedla: *„dceři zjistili diabetes, to ji snížilo sebevědomí. Nemá kamarády, je uzavřená, málo společenská, nevyhledává vůbec přátelé. Je nesoustředěná, ve škole má špatné známky."*

Způsoby sebepoškozování

Analýzou dat byly dále identifikovány nejčastěji se vyskytující způsoby sebepoškozování u daného vzorku. U devíti dívek z deseti matky zaznamenaly sebepoškození opakovaně, trvalo několik měsíců až let. Matka R2 například sdělila, že: *„dcera má momentálně šestnáct let a zhruba v těch čtrnácti letech jsem si všimla vlastně takových dr*ápanců, škrábanců na obou rukou." Pouze u jedné byl zjištěn jednorázový incident.

Osm z deseti dívek volilo pro sebepoškození řezání nebo škrábání ostrým předmětem, nejčastěji žiletkou, ale i špendlíkem či kružítkem. Dále se u sledovaných dívek vyskytla v jednom případě opakovaná intoxikace léky v kombinaci s alkoholem a řezáním a v jednom případě opakované pálení cigaretami. V jednom případě došlo pouze jednorázově k požití Sava. Sebepoškození ostrými předměty dívky prováděly nejčastěji na rukách a to v 8 případech, na nohách v 5 případech, ve dvou případech se vyskytlo řezání v oblasti

břicha. Za klasickou lze považovat výpověď matky R5, která uvedla: *„sebepoškozuje se žiletkami na holeni, hlavně na rukou, pažích, předloktích, na nohou taky, stehna, kolem kotníků."* Zároveň matky opakovaně udávaly, že si sebe poškození všimly náhodou, neboť dívky poškozená místa kryla oblečením. R4 sdělila, že: *„většinou vždycky to udělá někde o samotě, kde se zavře do pokoje, nedělá to v žádném případě přede mnou, to zjistím vždycky až už to je vlastně a prostě ona s tím ani nejde mi to ukázat, to fakt zjistím až po třeba i nějaké době, že se, jo, že má nějaké řezné rány."*
Matka R4, jejíž dcera kombinovala řezání s nadužíváním léků a alkoholu, sdělila: *„za střízliva to nikdy neudělala tady toto* (myšleno pořezání), *prostě vždycky předchází nějaký omámení, prostě nějaký alkohol nebo třeba v kombinaci s práškama. Zjistila jsem, že mi nějaké léky chybí, protože je mám spočítané a věděla jsem, že to kombinovala s alkoholem."*

DISKUSE

Sebepoškozování dospívajících dětí je závažným problémem, vyskytujícím se převážně u dívek. Například Rozsívalová (2015) zmiňuje 60% výskyt sebepoškozování u adolescentů, kteří jsou v péči psychiatra. Arnoldová (in Kriegelová, 2008) na základě vlastního šetření uvádí, že 44 % pacientů se začalo sebepoškozovat již v období adolescence. Empirická data pro naše šetření byla získána individuálními rozhovory, kdy matky dětí hovořily o zkušenostech s jejich sebepoškozováním. Analýzou získaných dat jsme dospěli k závěru, že častým problémem dospívající z našeho vzorku je psychicky zvládnou vlastní dospívání a neschopnost udržovat kvalitní mezilidské vztahy. Vysvětlením těchto problémů může být problematické rodinné prostředí, neboť pouze jedna z dívek žila v úplné rodině s biologickými rodiči, ostatních devět žilo buď pouze s matkou nebo s matkou a jejím novým partnerem. Podle Kriegelové (2008) je pro zdravý psychický vývoj dítěte nezbytná chvála, podpora a zainteresovanost rodičů. Analýza získaných rozhovorů však poukázala na častou absenci těchto jevů, neboť samy matky udávaly, že nemají s dcerami blízký vztah, nerozumí jim a vlastně nevědí, jak by mohly být pro své děti prospěšné. Matky projevily ochotu spolupracovat se zdravotnickým zařízením, pokud se již dítě v péči zdravotníků po sebepoškození ocitlo. Opakovaně však udávaly, že dítě k lékaři jít nechtělo a ony ho nenutily, ani nehledaly jinou možnost pomoci, což poukázalo na nízkou úroveň znalostí o problému a jeho podceňování.
Na základě analýzy provedených rozhovorů bylo jako nejčastější způsob sebepoškozování identifikováno řezání, případně kombinace více způsobů. Jde pravděpodobně o obecně rozšířený způsob, neboť použití ostrých předmětů bylo opakovaně popsáno i v literatuře. Stejný výsledek uvádí např. Hawton et al. (2002), který zmiňuje kombinaci několika metod sebepoškozování a to u 75 % jedinců. Podobné jsou i závěry Suttonové (in Kriegelová, 2008), která monitorovala navíc i nástroje používané k sebepoškozování a jako jednoznačně preferované označila žiletky. Tato autorka dále upozorňuje, že ve chvíli krize je dítě schopno použít jakýkoliv předmět s ostrou hranou bez jakékoliv preference. Naše šetření bylo realizováno u malého vzorku respondentů a jeho závěry lze považovat

spíš za informativní. I u tohoto malého vzorku však byly identifikované oblasti k dalšímu zkoumání. Jako žádoucí se jeví aktivní vyhledávání symptomů sebepoškozování se u dospívajících z neúplných rodin. Vhodné by bylo zmonitorovat i úroveň znalostí o daném problému jak u adolescentů, tak rodičů, na základě čehož by mohly být definována témata prevence. Zároveň by bylo vhodné zjistit nejúčinnější způsoby preventivních opatření. Málo probádán je i vliv medií na zvyšující se počet poškozujících se jedinců. Peterson et al. (2008) upozorňuje, že na internetu lze nelézt internetové stránky a diskuzní fóra poskytující nejen informace na toto téma, ale i povzbuzují sebepoškozující chování. V kompetencích sester je provádění edukace. Role sestry v klinické praxi může spočívat jak v předávání obecných informací o sebepoškozování, tak v cíleném vyhledávání a oslovování rizikových adolescentů. Může se tedy podílet na včasném záchytu problému, poskytnout potřebné informace o možnostech pomoci a tak se podílet na účinném řešení situace.

ZÁVĚR

Sebepoškozování adolescentů je závažným problém se vzrůstající tendencí. Důvody bývají různé, častým je ale volání o pomoc, kdy dítě není schopno reagovat a řešit zátěžovou situaci jiným způsobem než sebepoškozením. Za rizikový faktor lze považovat neuspokojivé rodinné prostředí, kdy dítě vyrůstá v neúplné nebo nefungující rodině. Analýzou dat bylo zjištěno, že rodiče se sice o sebepoškozování dítěte dozvěděli náhodně, ale i když o potížích věděli několik měsíců nebo i málo let, pokud dítě odmítalo vyhledat odbornou péči, nenutili ho. Zároveň nenašli způsob, jak být dítěti oporou a spoléhali hlavně na pomoc profesionálu. Zde se nabízí prostor pro edukaci veřejnosti o řešeném problému, na které se mohou v rámci svých kompetencí podílet i všeobecné sestry.

Literatura

HAWTON, K., RODHAM, K., EVANS, E. and WEATHERALL, R. Deliberate self harm in adolescents: self report survey in schools in England. *BMJ* [online]. 2002, vol. 325, p. 1207–1211. [cit. 2. 8. 2017]. ISSN 1756-1833. Dostupné z: http://www.bmj.com/content/325/7374/1207.short.

KIDGER, J., HERON, J., LEWIS, G., EVANS, J. and GUNNELL, D. Adolescent self-harm and suicidal thoughts in the ALSPAC cohort: a self-report survey in England. *BMC Psychiatry* [online]. 2012, vol. 12. [cit. 2. 8. 2017]. ISSN 1471-244X. Dostupné z: https://bmcpsychiatry.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1471-244X-12-69?site=bmcpsychiatry.biomedcentral.com.

KOUTEK, J. a KOCOURKOVÁ, J. *Sebevražedné chování: současné poznatky o suicidalitě a její specifika u dětí a dospívajících*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-349-9.

KRIEGELOVÁ, M. *Záměrné sebepoškozování v dětství a adolescenci*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2333-4.

PETERSON, J., FREEDENTHAL, S., SHELDON, C. and ANDERSEN, R. Nonsuicidal Self injury in Adolescents. *Psychiatry (Edgmont)* [online]. 2008, vol. 5, no. 11, p. 20–26. [cit. 2. 8. 2017]. ISSN 1555-5194. Dostupné z: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2695720/.

PLATZNEROVÁ, A. *Sebepoškozování: aktuální přehled diagnostiky, prevence a léčby*. Praha: Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-606-9.

ROZSÍVALOVÁ, E. Sebepoškozování v dětství a dospívání. *Pediatrie pro praxi* [online]. 2015, roč. 16, č. 6, s. 392–394. [cit. 2. 8. 2017]. ISSN 1803-5264. Dostupné z: http://www.pediatriepropraxi.cz/pdfs/ped/2015/06/08.pdf.

WOOD, A. Self-harm in adolescents. *Advances in Psychiatric Treatment* [online]. 2009, vol. 15, no. 6, p. 434–441. [cit. 2. 8. 2017]. ISSN 2056-4686. Dostupné z: http://apt.rcpsych.org/content/15/6/434.

Kontakt

Mgr. Jiřina Hosáková, Ph.D.
Fakulta veřejných politik v Opavě, Slezská univerzita v Opavě
Ústav ošetřovatelství
Bezručovo nám. 885/14, 746 01 Opava, Česká republika
jirina.hosakova@fvp.slu.cz

SEXUÁLNÍ DYSFUNKCE U MUŽŮ S LÉČENOU HYPERTENZÍ

SEXUAL DYSFUNCTION IN MALES TREATED FOR HYPERTENSION

Bohdana Břegová[1]

Abstrakt

Sexuální dysfunkce jsou velmi častou komplikací u kardiovaskulárních onemocnění. Mezi nejčastější mužské sexuální dysfunkce patří erektilní dysfunkce. Příčiny erektilní dysfunkce jsou psychogenní, organické nebo smíšené. Hypertenze a také její léčba může mít vliv na přítomnost sexuální dysfunkce, která má dopad na kvalitu života. Cílem výzkumu bylo zjistit výskyt sexuálních dysfunkcí u mužů s léčenou arteriální hypertenzí.
Metodika a soubor: Ve výzkumu byla použita standardizovaná škála Arizonská škála sexuálních funkcí – ASEX. Výzkumný soubor tvořilo 118 mužů, 72 (61 %) respondentů, kteří se léčili s hypertenzí a 46 (39 %) zdravých respondentů.
Výsledky: U mužů s léčenou hypertenzí byla nalezena významná souvislost v dosažení orgasmu a dále v oblasti sexuální aktivity v porovnání s kontrolní skupinou, a to zejména u léčby betablokátory a diuretiky.
Závěr: Hypertenzní choroba u mužů může mít vliv na sexuální problémy a naopak přítomnost sexuálních dysfunkcí může upozornit na tichou formu hypertenze. Významnou roli může sehrát všeobecná sestra, která v rámci ošetřovatelského posouzení a ošetřovatelské anamnézy může na tyto problémy upozornit a následně ve spolupráci s lékařem a pacientem navrhnout řešení.

Klíčová slova

sexuální dysfunkce, hypertenze, orgasmus, sexuální aktivita

[1] Interní klinika, Fakultní nemocnice Ostrava

Abstract

Sexual dysfunction is a very common complication of cardiovascular disease. The most common male sexual dysfunction is erectile dysfunction. The causes of erectile dysfunction are psychogenic, organic or mixed. Hypertension and its treatment can affect the presence of sexual dysfunction that affects the quality of life. The aim of the research was to determine the incidence of sexual dysfunctions in men with treatment for arterial hypertension.
Methodology and sample: The Arizona's range of sexual functions – ASEX standardized scale was used in the research. The survey consisted of 118 men, 72 (61 %) respondents who were treated with hypertension and 46 (39 %) healthy respondents.
Results: In men with treated hypertension, a significant correlation was found between achieving orgasm and sex activity compared to the control group. Especially in the treatment by beta-blockers and diuretics.
Conclusion: Hypertensive disease in men may affect sexual problems and the presence of sexual dysfunctions may indicate a silent form of hypertension. An important role may be played by a nurse who, during a nursing history, can raise these issues and, in collaboration with a doctor and a patient, suggest a solution.

Keywords

sexual dysfunction, hypertension, orgasm, sexual activity

ÚVOD

Lidská sexualita a kvalita sexuálního prožitku je dána složitým komplexem psychosomatických interakcí. Všechny tyto aspekty mají značně proměnlivou povahu a jsou modifikovány celou řadou faktorů převážně emočního rázu. Adekvátní fyziologické funkce pohlavních orgánů jsou základními předpoklady ke spokojenému sexuálnímu životu. Poruchy erekce či ejakulace se nevyskytují jako samostatná mužská porucha, ale jako problém, který komplikuje sexualitu celého páru. Díky úzké provázanosti a komplementaritě mužské a ženské sexuality se problémy mužů automaticky přenáší na jejich partnerky a naopak (Pastor, 2014, s. 302). Muži hodnotí svůj sexuální život podle různých aspektů. Mezi nejdůležitější patří počet a frekvence pohlavních styků, adekvátní erekce, délka refrakterní fáze a také schopnost uspokojit partnerku. Přestože je pro mužskou sexualitu typická velká variabilita a individuální charakter prožitků, dobrá erekce je pro kvalitní sex nezbytná. V odborném tisku je publikována spojitost erektilní dysfunkce a antihypertenzní terapie u kardiovaskulárních onemocnění (Steinke, 2010) a vysokou incidenci kardiovaskulárních chorob a hledání léčby u pacientů se sexuální dysfunkcí.

Cílem výzkumu bylo zjistit výskyt sexuálních dysfunkcí u mužů s léčebnou arteriální hypertenzí. V rámci výzkumu byly stanoveny dvě hypotézy.

METODIKA

Výzkumný soubor tvořily dvě skupiny mužů, první čítala 72 (61 %) respondentů léčených s arteriální hypertenzí a druhá kontrolní skupina se skládala ze 46 zdravých respondentů (39 %) bez chronické medikace. Celkem celý soubor tvořilo 118 mužů. U sledované skupiny byla stanovena tato kritéria: léčba arteriální hypertenze (dle mezinárodní klasifikace I 10) minimálně 1 rok, věkové rozmezí 25–75 let, bez komunikační bariéry, souhlas s účastí ve výzkumném šetření. U kontrolní skupiny byla stanovena tato kritéria: zdravý muž bez chronické medikace, věkové rozmezí 25–75 let, bez komunikační bariéry, souhlas s účastí (Tab. 1, 2). V rámci nadefinovaného výzkumného šetření byla s cíli a metodikou seznámena Etická komise FNO, která souhlasila s provedením výzkumu.
Jako nástroj výzkumu byla použita škála Arizonská škála ASEX, která se využívá při hodnocení vlivu léčby na sexuální funkce. Tato pětibodová škála slouží k měření komponentů sexuality, které nejvíce interferují s farmakologickou léčbou: zájem o sex, snadnost dosažení sexuálního vzrušení, schopnost orgasmu, dosažení a udržení erekce/lubrikace a sexuálního uspokojení (Žourková, 2004, s. 482–485).

Tab. 1 Charakteristika souboru mužů včetně kontrolní skupiny

	N	%
Hypertenze diagnostikována před 1–4 roky	23	19,49
Hypertenze diagnostikována před 5–10 lety	24	20,34
Hypertenze diagnostikována před více jak 10 lety	25	21,19
Celkem léčených mužů s hypertenzí	**72**	**61,00**
Kontrolní skupina	46	38,98
Celkem všech sledovaných mužů	118	100,00

Tab. 2 Charakteristika souboru mužů z hlediska věkové kategorie a doby léčby hypertenze v absolutních číslech

Věková kategorie	N-1	N-2	N-3
18–29 let	2	0	0
30–44 let	10	8	5
45–59 let	10	13	14
60–75 let	1	3	6
Celkem	**23**	**24**	**25**

Tab. 3 Charakteristika souboru léčených mužů s hypertenzí z hlediska zastoupení lékových skupin a výskytu sexuálních dysfunkcí ve škále ASEX

Léková skupina	N
Diuretika	12
Betablokátory	16
Blokátory kalciových kanálů	13
89 Inhibitory ACE	6
Blokátory receptorů angiotensinu II	5
Celkem mužů s přítomnou sexuální dysfunkcí	**52**

VÝSLEDKY

Celkově se u mužů ve sledované skupině s léčenou hypertenzí vyskytovaly sexuální dysfunkce v 52 případech (72 %), naproti tomu v kontrolní skupině se sexuální dysfunkce vyskytly u 12 mužů (26 %).
Následným srovnáním a statistickým zpracováním dat (Pearson's chi^2) jsme zjistili, že u respondentů, kteří užívali antihypertenzní terapii nebyla zjištěna významná souvislost kromě blokátorů kalciových kanálů, kdy hladina ($p = 0,000$) byla vypočítaná hladina statisticky významná. U léčby diuretiky hladina významnosti vyšla jako těsně nevýznamná ($p = 0,058$).
Další významné rozdíly byly zjištěny na základě Wilcoxonova testu pro neparametrická data v dosažení orgasmu, muži s hypertenzí měli problém s dosažením orgasmu v porovnání s kontrolní skupinou zdravých mužů ($p = 0,0272$).
V porovnání současné sexuální aktivity léčených respondentů v partnerském svazku s kontrolní skupinou zdravých respondentů v partnerském svazku, byl nalezen statisticky významný rozdíl ($p = 0,039$) ve prospěch vyšší sexuální apetence u zdravých mužů.
Celkově z uvedeného kvantitativního výzkumu můžeme vyvodit závěry pro sledovaný soubor, kdy byla nalezena významná souvislost v oblasti farmakologické léčby betablokátory, v dosažení orgasmu a v sexuální apetenci.

DISKUSE

K monitorování sexuálních dysfunkcí je vhodné používat validizované škály a dotazníky, případně strukturovaný rozhovor. (Žourková, 2007, s. 10). Sexuální poruchy se během života vyskytnou u 30 % mužů. (Barbieri, 2010, s. 488). V populaci se prevalence odhaduje na 40 % (Caisová, 2005, s. 297). Prevalence sexuálních dysfunkcí je u celkové populace zastoupena až v 53 % (Viigimaa et al., 2011, s. 403), kdy se očekává jejich zvyšující se výskyt ve vyšších věkových dekádách (Viigimaa et al., 2011, s. 404). Přední čeští sexuolo-

gové potvrzují, že výskyt sexuálních dysfunkcí pozitivně koreluje s věkem. V české populaci byly zjištěny sexuální dysfunkce během života u 19 % mužů. (Zvěřina, 2010, s. 340; Žourková, 2011, s. 1574).
Antihypertenziva jsou nejčastěji diskutována v souvislosti s negativním působením na sexualitu v rámci erektilní dysfunkce, ejakulace a poklesu sexuální apetence. Velká metaanalýza Transcend, ProFess a Ontarget z let 2005–2010, která se zabývala problémem vlivu léčiv na erektilní dysfunkci, ukázala, že pouze thiazidová diuretika a starší, zejména neselektivní betablokátory, navozují poruchy erekce (Baumhakel et al., 2011; in Bultas a Karetová, 2014, s. 281). Také studie The Treatment of Midl Hypertension potvrdila negativní vliv betablokátorů a diuretik na erektilní dysfunkci, prevalence erektilní dysfunkce byla 15 % (Doumas a Douma, 2006, s. 271). Nejrizikovější jsou betablokátory, diuretika a alfa 2 centrální agonisté receptorů, tyto léčiva mají příznivý vliv na potenci, ale blokují ejakulaci (Šrámková, 2013, s. 24). Betablokátory se obecně považují za jednu z nečastějších příčin léky vyvolané erektilní dysfunkce (Lue, 2000; in Morgentaler, 2004). Nejnebezpečnější jsou v tomto směru kromě betablokátorů i thiazidová diuretika, metyldopa podle autorů (DeBusk et al., 2000; Jackson et al., 1999; in Meluzín, 2006, s. 561; Pohanka a Starka, 2011; in Zámečník, 2014) a alfa 2 centrální agonisté receptorů (Pohanka a Starka, 2011; in Zámečník, 2014). Několik randomizovaných studií, které pomocí IEFF zkoumaly vliv antihypertenzní terapie na erektilní dysfunkci, potvrdilo, že diuretika, betablokátory způsobují erektilní dysfunkci, zejména při užívání této kombinace farmakologických skupin (Baum, 2004; Manolis a Doumas, 2012).

ZÁVĚR

Kvalitu života může zhoršovat stav, kdy v rámci stárnutí a chronických onemocnění může docházet k sexuálním dysfunkcím. Výzkum byl zaměřen na sexuální dysfunkce u mužů s ohledem na léčenou arteriální hypertenzi. Hypertenzní choroba může mít vliv na sexuální problémy a naopak přítomnost sexuálních dysfunkcí může upozornit na tichou formu hypertenze. V uvedené problematice může sehrát významnou roli všeobecná setra, která v rámci ošetřovatelského posouzení a ošetřovatelské anamnézy může na tyto problémy upozornit a ve spolupráci s lékařem a pacientem najít řešení.
V rámci ošetřovatelského plánu navrhujeme tyto vybrané intervence sestry:

- poskytnout dostatek soukromí,
- vytvořit klidnou a otevřenou atmosféru pro odebrání anamnézy, empaticky a pečlivě pacienta vyslechnout,
- odebrat sexuální historii neboli anamnézu, názory pacienta k vlastní sexualitě,
- autorka Steinke (2011) navrhuje pomocí otázek zaměřených na sexualitu identifikovat problému a my dodáváme použít škálu ASEX,
- zhodnotit sexuální dysfunkce, potencionální vliv medikamentů pomocí škály ASEX,
- zjistit užívání léčiv, alkoholu,

- zabývat se efektem léčby onemocnění na sexuální funkce, zhodnotit efektivnost farmakologické a nefarmakologické léčby,
- monitorovat vliv léčiv, které způsobují sexuální dysfunkci (Bašková, 2008, s. 106),
- vysvětlit potřebné informace klientovi, provést edukaci o možném vlivu antihypertenzivní terapie, léčiv na sexuální funkce,
- sledovat stres, úzkost, deprese z důvodu výskytu sexuálních dysfunkcí (Steinke, 2011, s. 752–757),
- podporovat pacienta v diskuzi o sexualitě (Steinke, 2011, s. 760) i s partnerem,
- ověřit si kulturní a náboženské hodnoty, které mohou ovlivnit vnímání a prožívání vlastní sexuality,
- nabídnout možnost poradny, konzultace, v rámci posílení zdraví nabídnout psychoterapii,
- informovat o náhradních formách sexuálního styku, alternativních způsobech sexuálního uspokojení a vyjádření sexuality (dotyky, polibky, objímání, hlazení, používání sexuálních pomůcek) (Bašková, 2008, s. 106),
- poskytnout pro bližší informovanost písemné materiály, kontakty odborníky, podpůrné skupiny (Bašková, 2008, s. 106),
- informovat lékaře,
- provést zápis do zdravotnické dokumentace.

Literatura

BARBIERI, R. L. Sexuality. In: REECE, E. A. and BARBIERI, R. L. *Obstetrics and Gynecology: The Essentials of Clinical Care* [online]. Stuttgart: Thieme, 2010. ISBN 978-3-13-143951-2. Dostupné z: https://www.thieme-connect.de/products/ebooks/book/10.1055/b-002-85473.

BAŠKOVÁ, M. Sexuálne potreby. In: TOMAGOVÁ, M., BÓRIKOVÁ, I. et al. *Potreby v ošetrovateľstve*. Martin: Osveta, 2008, s. 101–107. ISBN 978-80-8063-270-0.

BAUM, N. Benign Hyperplasia, Erectile Dysfunction and Hypertension. *Clinical Geriatrics*. 2004, vol. 12, no. 5, p. 30–32. ISSN 1095-1598.

BULTAS, J. a KARETOVÁ, D. Farmakoterapie erektilní dysfunkce – kde jsme a kam směřujeme. *Kardiologická revue – Interní medicína*. 2014, roč. 16, č. 4, s. 281–287. ISSN 1803-6597.

CAISOVÁ, D. Sexuálne poruchy v ambulancii praktického lekára. *Via practica* [online]. 2005, roč. 2, č. 7–8, s. 294–297. [cit. 6. 10. 2011]. ISSN 1336-4790. Dostupné z: http://www.solen.sk/pdf/Caisova.pdf.

DOUMAS, M. and DOUMA, S. Sexual Dysfunction in Essential Hypertension: Myth or Reality?. *Journal of Clinical Hypertension* [online]. 2006, vol. 8, no. 4, p. 269–274. [cit. 8. 10. 2012]. ISSN 1524-6175. Dostupné z: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1524-6175.2006.04708.x/pdf.

MANOLIS, A. and DOUMAS, M. Antihypertensive Treatment and Sexual Dysfunction. *Current Hypertension Reports* [online]. 2012, vol. 14, no. 4, p. 285–292. [cit. 6. 2. 2013]. ISSN 1522-6417. Dostupné z: http://svmi.web.ve/wh/intertips/TIP-CARDIOLOGIA3.pdf.

MELUZÍN, J. Kardiovaskulární bezpečnost sexuální aktivity a sildenafilu. *Farmakoterapie*. 2006, roč. 2, č. 5, s. 559–562. ISSN 1801-1209.

MORGENTALER, A. 66-Year-Old Man With Sexual Dysfunction. *Journal of the American Medical Association*. 2004, vol. 291, no. 24, p. 2994–3003. ISSN 1538-3598.

PASTOR, Z. Mužské sexuální dysfunkce jako párový problém. *Kardiologická revue – Interní medicína*. 2014, roč. 16, č. 4, s. 302–305. ISSN 1803-6597.

STEINKE, E. E. Sexual Dysfunction. In: ACKLEY, B. J. and LADWIG, G. B. *Nursing Diagnosis Handbook: An Evidence-Based Guide to Planning Care*. Missouri: Mosby, 2011, p. 752–765. ISBN 978-0-323-07150-5.

STEINKE, E. E. Sexual Dysfunction in Women With Cardiovascular Disease: What Do We Know?. *Journal of Cardiovascular Nursing*. 2010, vol. 25, no. 2, p. 151–158. ISSN 0889-4655.

ŠRÁMKOVÁ, T. *Poruchy sexuality u somaticky nemocných a jejich léčba*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4453-7.

VIIGIMAA, M., DOUMAS, M., VLACHOPOULOS, C., ANYFANTI, P., WOLF, J., NARKIEWICZ, K. and MANCIA, G. Hypertension and sexual dysfunction: time to act. *Journal of Hypertension*. 2011, vol. 29, no. 2, p. 403–407. ISSN 0263-6352.

ZÁMEČNÍK, L. Urologické příčiny erektilní dysfunkce. *Kardiologická revue – Interní medicína*. 2014, roč. 16, č. 4, s. 295–297. ISSN 1803-6597.

ZVĚŘINA, J. Sexuální dysfunkce. In: WEISS, P. et al., eds. *Sexuologie*. Praha: Grada, 2010, s. 340–363. ISBN 978-80-247-2492-8.

ŽOURKOVÁ, A. Antidepresiva v léčbě sexuálních dysfunkcí u žen. *Ambulantná terapia*. 2007, roč. 5, č. 1, s. 10–12. ISSN 1336-6750.

ŽOURKOVÁ, A. Dotazníky a škály k měření sexuálních funkcí. *Česká a slovenská psychiatrie*. 2004, roč. 100, č. 8, s. 481–486. ISSN 1212-0383.

ŽOURKOVÁ, A. Sexuální dysfunkce. In: SOUČEK, M. *Vnitřní lékařství*. Praha: Grada, 2011, s. 1572–1577. ISBN 978-80-247-2110-1.

Kontakt

Mgr. Bohdana Břegová, Ph.D., MBA
Fakultní nemocnice Ostrava, Interní klinika
17. listopadu 1790/5, 708 52 Ostrava-Poruba, Česká republika
bohdana.bregova@fno.cz

COMPLIANCE RODIČŮ A DĚTÍ S ASTMA BRONCHIALE PŘI DODRŽOVÁNÍ REŽIMOVÝCH OPATŘENÍ

COMPLIANCE OF PARENTS AND CHILDREN WITH BRONCHIAL ASTHMA DURING OBSERVANCE OF REGIMEN MEASURES

Anna Matysová[1], Pavlína Rabasová[1]

Abstrakt

Úvod: Průduškové astma u dětí zasahuje dýchací cesty a je charakterizováno vleklým neinfekčním zánětem průduškové stěny. Při včasné diagnóze a dostatečné compliance dítěte i rodiče je prognóza onemocnění a kvalita života dítěte uspokojivá.
Cíl: Cílem výzkumného šetření bylo zmapovat compliance rodičů a dětí s astma bronchiale při dodržování režimových opatření.
Metodika: Pro výzkumné šetření byla zvolena metoda kvalitativního výzkumu. Ke zjištění dat byl použit polostrukturovaný rozhovor na základě zvolených okruhů týkající se dané problematiky.
Výsledky: Dostatečná compliance vyžaduje znalosti rodiče v péči o astmatické dítě. Výsledky výzkumného šetření ukázaly spokojenost s edukací, od které se odvíjí samotná compliance. Z výzkumného šetření vyplynulo, že největší přítěží pro astmatické dítě je pravidelná medikace. U jednotlivých respondentů byly zjištěny nedostatky v oblasti compliance vyskytující se individuálně v odlišných situacích. Ukázalo se, že hlavní zásluhou správné spolupráce při léčebném režimu je komunikace mezi sestrou, lékařem a pacientem či rodinným příslušníkem.
Závěr: Compliance při dodržování režimových opatření je individuální záležitostí každého nemocného či jeho rodiny. Každé nemocné dítě má jiné potřeby a rozdílně nastavenou terapii. To, co pro jedno dítě může být v terapii přínosem, pro druhé dítě může být přítěží. Výsledky práce mohou také přispět k lepšímu pochopení vedení života astmatického dítěte a jeho rodiny.

Klíčová slova

Astma bronchiale, dítě, rodič, compliance, režimová opatření

[1] Ústav ošetřovatelství, Fakulta veřejných politik v Opavě, Slezská univerzita v Opavě

Abstract

Introduction: Among children bronchial asthma affects the airways and it is characterised by a protracted inflammation of the bronchial wall, of which the inflammation is not infectious. With an early diagnosis and sufficient child and parent compliance the disease prognosis and life quality are satisfying.
Aim: The aim of the research investigation is to map the compliance of parent and child with bronchial asthma during observance of regimen measures.
Methodology: A qualitative research method was chosen for the exploratory survey. To determine the data the semi-structured interview was chosen based on selected topics engaged in this field.
Results: Sufficient compliance requires knowledge of a parent in the care of an asthmatic child. The results of the research method showed a high satisfaction with education, which determines the actual compliance. The research showed that the greatest burden a child has is regular medication. It also showed individual deficiencies and risks of non-compliance occurring rarely in particular situations. The work proved that the main merit of proper cooperation in the treatment regimen is communication between the nurse, doctor, patient and the family member.
Conclusion: Compliance during observance of the regimen measures is an individual patient matter or for his or her family. Each child patient will have different needs and diverse therapy settings. What is beneficial for one child could be harmful for another child. The work results may contribute to a better understanding of living of an asthmatic child and their family.

Keywords

Bronchial asthma, child, parent, compliance, regimen measures

---

ÚVOD

Mechanismus astma bronchiale je spojen s vyvoláním zánětu stěny dýchacích cest. Po kontaktu organismu s určitými podněty dochází k zúžení dýchacích stěn a dojde k vyvolání záchvatovité dušnosti (Kašák et al., 2013; Schad a Haufs, 2008; Navrátil et al., 2008). Dalšími klíčovými respiračními symptomy při onemocnění dýchacích cest jsou suchý kašel a kašel s expektorací. V některých případech se může objevit i cyanóza (Kolek at al., 2014).
V dětském věku patří astma k nejčastějším chronickým onemocněním (Kašák et al., 2013; Schad a Haufs, 2008). Na základě klinického postupu se stále více zdůrazňují základní

rozlišnosti v příznacích onemocnění, které jsou závislé na věku, spouštěcích faktorech a průběhu samotného onemocnění. Astma je v dětském věku ve většině případů způsobeno alergií, projevující se alergickou rýmou, ekzémem. K vyvolávajícím faktorům astmatu patří virová onemocnění. Okolo 5. roku života dítěte dochází k spontánní remisi (Kašák et al., 2013; Pohunek a Svobodová, 2007). U dětí předškolního věku je pro určení závažnosti astmatu podstatný průběh uplynulého roku. Prognóza astmatu je příznivá v případě, jsou-li patrné symptomy v souvislosti s infekcí dýchacích cest, a mezi symptomatickými epizodami zcela vymizí. Jedná se tak o astma vyvolané virovou infekcí. V případě, že symptomy přetrvávají nebo je astma v souvislosti s alergickou senzibilitou, je možno očekávat trvalé problémy i v následujícím průběhu života, je tedy nutno přistoupit k léčbě aktivně. Chronické potíže lze rovněž očekávat u dětí, u kterých se první obstrukční problémy objeví už kolem třetího roku života a později. U dětí tohoto věku jsou různé důvody, které způsobí obstrukční projevy, a v podstatě je zde malá souvislost s astmatem. U dětí školního věku jsou obstrukční příznaky skoro vždy vyvolány astmatem. Podstatnou roli zde mají sezonní výkyvy teplot v souvislosti s intenzitou vystavení různým alergenům (stres, cigaretový kouř, polékové astma). V tomto věku je také jasný případný výskyt alergické senzibilace. Potíže, které jsou vyvolané virovou infekcí, zde nemají velké zastoupení. Virová infekce i tak může vyvolat akutní potíže. Mohou se vyskytnout i jiné druhy alergické reakce jako alergický zánět spojivek nebo alergická rýma. Děti v tomto věku lze plnohodnotně vyšetřit na základě jejich větší spolupráce, je možno provést spirometrii a bronchomotorické testy. Průběh onemocnění a příznaky u dětí této věkové skupiny připomínají astma dospělého pacienta. Mezi rizikové skupiny se řadí i děti nízkého věku jako jsou kojenci a malé děti do věku tří let. Důvodem je menší průsvit dýchacích cest, a tím stoupá riziko vzniku hypoxie a respiračního selhání. Významnou roli zde hrají respirační viry způsobující bronchitidu a průduškovou obstrukci. Tyto záněty průdušek bývají doprovázeny subferiliemi a jinými symptomy, které jsou totožné s bronchialní obstrukcí jiné etiologie. U těchto dětí se rychleji rozvíjejí akutní stavy a jejich intenzita je mnohem prudší než u dětí starších. Proto je velmi důležité sledovat jakékoli potíže. Nástup obtížného dýchání, které dítě unaví a vyčerpá, signalizuje závažný stav (Pohunek a Svobodová, 2007; Beránková, 2011).

Příznaky vyskytující se u astmatu se mohou někdy podobat příznakům jiných onemocnění dýchacích cest. Astmatické symptomy se však pravidelně opakují. Některé astmatické projevy mohou zaznamenat i samotní pacienti. Jedná se o dušnost a dýchavičnost vyskytující se při záchvatech. Především v noci se mohou vyskytnout prudké ataky kašle s vykašláním hlenu (Schad a Haufs, 2008). Častým příznakem je i kašel ráno po probuzení. Suchý dávivý kašel se u dětí může vyskytnout i v souvislosti s fyzickou zátěží, intenzivním pláčem nebo křikem. Na základě těchto symptomů je možné diagnostikovat astma během tělesné výchovy ve škole, nebo při hře se zvýšenou fyzickou námahou u dětí v mateřské škole. Stav dušnosti a kašle obvykle omezí dítě při hře či fyzické aktivitě. V takovém případě může být viditelné i zatahování jugula a mezižebří. Při výskytu akutního vzplanutí astmatu se kromě dušnosti může objevit hypoxie a také může dojít ke vzniku cyanózy. Ačkoli při astmatu se obstrukce zvýrazňuje ve výdechu, většina nemocných uvádí spí-

še pocit omezení při nádechu. V době obstrukce, při poslechovém nálezu, je slyšitelné prodloužené expirium s přítomností pískotů a vrzotů při dýchání, avšak absence těchto doprovázejících jevů astma nevylučuje. Jako rizikový faktor pro vznik astmatu u dětí je považován atopický ekzém. U poloviny dětí trpících atopickým ekzémem, se později vyskytne astma bronchiale (Pohunek a Svobodová, 2007; Vávrová, 2014).
Jako nejtěžší stupeň astmatu je označován status astmaticus. Jedná se o stav, kdy astmatický záchvat trvá déle než 24 hodin, a to i po podání léků. Prvním varovným příznakem při těžkém záchvatu astmatu, který by mohl přejít do status astmaticus, je ztišení doprovodných zvuků při dýchání. Přechod z astmatického záchvatu do astmatického stavu je plynulý. Při stavu status astmaticus se objevuje velmi těžká dušnost, při níž nemocný může upadnout do bezvědomí, proto bývá status astmaticus často zaměňován za epileptický záchvat (Schad a Haufs, 2008). Stanovení diagnózy astma bronchiale bývá doživotní diagnózou, proto je důslednost při volbě vyšetřovacích metod velmi významná (Teřl et al., 2015).
Astma bronchiale patří mezi onemocnění, které nemocného doprovází téměř celý život. Důležitou roli v péči o astmatické dítě tvoří jeho rodina a její postoj k onemocnění. Aby byl dítěti zajištěn určitý komfort a předešlo se komplikacím, je nutno dodržovat řadu režimových opatření. Odpovídající terapie a dodržení doporučených opatření může dítěti s astmatem pomoci. Je však důležitá spolupráce jak rodiče, tak samotného dítěte. Proto je nezbytné neustále rodiče i děti podporovat v jejich vytrvalosti a v případě zjištěných nedostatků nabídnout pomocnou ruku (Matysová, 2017).

CÍL

Cílem výzkumného šetření bylo zmapovat compliance rodičů a dětí s astma bronchiale při dodržování režimových opatření během léčebného procesu.

METODIKA

Design

Výzkumné šetření bylo realizováno prostřednictvím polostrukturovaného rozhovoru. Výběr metody byl zvolen pro individuální a citlivé pochopení vytýčených problémů.

Soubor

Kritériem výběru byl rodič (matka/otec) dítěte s onemocněním astma bronchiale a dítě s onemocněním astma bronchiale. Výběr dětí, které se zúčastnily výzkumného šetření, byl ovlivněn mnoha faktory. Z důvodu předpokládané nespolupráce či obtížného získání dat nebyly do výzkumu zařazeny děti mladší šest let. Výběr dítěte ovlivnila i další kritéria, bylo pohlíženo na vzdálenost bydliště respondentů od alergologické ambulance. Dalším předpokladem pro výběr respondentů bylo období zjištění diagnózy astma bronchiale.

Do výzkumu nebyly zařazeny maminky s dětmi, u kterých bylo diagnostikováno astma bronchiale před čtyřmi lety a méně. Na základě těchto faktorů byl věk dětí vymezen na 9–15 let. Celkový výzkumný soubor tvořilo 6 matek a 5 dětí s diagnózou astma bronchiale. Záchyt této diagnózy byl u všech dětských respondentů v předškolním věku. Výzkumného šetření se zúčastnily matky s dětmi v odlišném věku. Děti byly věkově staré: devět let (1 dítě – dítě nezúčastněno výzkumného šetření, jen rodič), jedenáct let (1 dítě), dvanáct let (2 děti) a třináct let (2 děti). Jednalo se o děti, s kterými maminky celoročně navštěvovaly alergologickou a imunologickou ambulanci. Všechny děti měly včetně diagnózy astma bronchiale také polyvalentní alergii, která v souvislosti s astmatem hraje významnou roli, především roli spouštěče.

Sběr dat

Výzkum byl uskutečněn prostřednictvím rozhovorů s dětmi s astma bronchiale a jejich matkami. Výběr respondentů byl konzultován s vedoucím lékařem alergologické a imunologické ambulance. Jednalo se tedy o výběr záměrný. Při výzkumném šetření byl rozhovor s každým rodičem veden individuálně v denní místnosti stacionáře alergologické ambulance. Následně byly individuálně vedeny rozhovory s jeho dítětem s časovým odstupem 4–10 dní. Rozhovory s dětmi probíhaly pouze v přítomnosti rodiče. Jedno z dětí nebylo na přání rodičů podrobeno rozhovoru.

Analýza dat

Data byla získána na základě polostrukturovaného rozhovoru. Po ukončení získávání dat následovala jejich transkripce. Přepis získaných audionahrávek byl proveden doslovně. Přepisována byla jen mluvená slova respondentů bez doprovázejících mimoslovních projevů. Po ukončení transkripce následovala kategorizace jednotlivých výpovědí. Cílem bylo získané údaje zredukovat a identifikovat významné skutečnosti mezi jednotlivými výpověďmi. Výpovědi dětí byly použity pouze jako doplňující materiál pro vzájemnou komparaci mezi výpovědí rodiče a výpovědí dítěte.

VÝSLEDKY

Období před stanovením diagnózy

Během výzkumného šetření byly v rozhovorech analyzovány vnímané potíže v dimenzi fyzické, psychické a socio-kulturní před stanovením diagnózy. Z výpovědí respondentů v oblasti fyzických potíží před stanovením diagnózy se všechny maminky shodly na vysoké nemocnosti a častých infekcích dýchacích cest u svých dětí. Objektivizujícím faktorem byla častá terapie antibiotiky, dušnost během zvýšené fyzické námahy a potíže s dýcháním při inverzním počasí. V oblasti psychických potíží před stanovením diagnózy zaznamenaly respondentky v malé míře úzkost a pocit samoty z důvodu větší absence v mateřské škole a nemožnosti vykonávat aktivity společně s vrstevníky. V některých případech se děti dle svého rodiče jevily více uzavřené a tiché. U žádného z dětí však nebyly

rodičem zaznamenány výrazné psychické změny v chování dítěte, psychické potíže či jiné problémy, které by onemocnění zhoršily. Při hodnocení potíží v oblasti socio-kulturní, uváděly respondentky zejména vysokou absenci v mateřské škole, omezení či ukončení sportovních aktivit a zájmových kroužků.

Období stanovení diagnózy

Pro identifikaci reakcí rodičů na stanovení diagnózy byly analyzovány pocity a emoce rodičů. Respondentky uváděly zejména pocity strachu o dítě, nejistotu rodiče, výčitky rodiče, ale také pocity úlevy po objektivizaci onemocnění a stanovení diagnózy: *„…Já, abych vám pravdu řekla, jsem byla ráda, že se vůbec něco zjistilo a věděli jsme, kde je problém, protože my jsme nevěděli, proč má ty infekce, proč je nemocná … takže když už jsme znali příčinu, tak se to podchytilo a trochu jsem se uklidnila…"*. Z výpovědí maminek lze usuzovat, že pro některé je konečné stanovení diagnózy „uklidňující" zjištění. Naopak pro vybrané maminky to byla od lékaře nepříjemná zpráva.

V otázkách týkajících se edukace se respondentky shodovaly na důležitosti poskytované edukace rodičům i dětem. S postupujícím věkem byly dle respondentek děti vnímavější k poskytovaným informacím. Děti uváděly jako nejčastěji vnímaný problém s onemocněním dodržování medikace, výběr vhodných potravin a volbu fyzické aktivity.

Jedním z cílů výzkumného šetření bylo také zmapovat u rodičů a dětí dodržování doporučených režimových opatření. Zejména v oblastech: dodržení medikace, fyzická aktivita, sociální život dítěte, psychická podpora (podpora rodiny), prediktory terapie a dodržení opatření a faktory ovlivňující non-compliance.

V kategorii *dodržení medikace* se téměř všechny maminky i děti vyjadřují k důležitosti pravidelné medikace. Ve většině výpovědích se maminky shodují na zlepšení stavu, a to díky terapii léky. Výpovědi jsou jednoznačné i u dětí. Všechny děti uvádějí, že medikace jim pomáhá: *„…Myslím si, že kdybych léky nebrala, hlavně foukátka, tak bych nepřežila…"*. Z výpovědí respondentek je také zřejmé, že ony i děti znají názvy léků a jejich dávkování a v případě potřeby i užití SOS léků.

V oblasti týkající se fyzické aktivity astmatického dítěte lze usuzovat z výpovědí respondentů, že ne vždy fyzická aktivita astmatickému dítěti škodí. Při nastavení terapie a odstupu času se děti mohly ke svým aktivitám – koníčkům vrátit. Lze předpokládat vliv správně užívané medikace a dodržení dalších opatření, které jsou u každého pacienta individuální. Z některých výpovědí dětí je patrné, že i samotné děti si uvědomují důležitost dodržení omezení fyzické aktivity: *„…Kromě tělocviku žádnou zvýšenou zátěž nemívám. Nesmím…"*. Každé dítě vnímá fyzickou aktivitu a přistupuje k ní s ohledem na jeho zdravotní stav.

Sociální život dítěte nebyl významně narušen. Všechny dotazované maminky uvedly, že absence jejich dětí ve srovnání s minulostí, tedy před zahájením léčby, se zlepšila. Některé maminky také uvedly, že jejich děti byly v lázeňské péči, kde se mohly více socializovat mezi děti se stejnou diagnózou či podobnými problémy. Po stabilizaci zdravotního stavu se u dětí obnovil zájem o sportovní aktivity či koníčky. Samotné děti uvedly snížení absence ve škole. Většina dětí byla schopna mluvit o svém onemocnění se svými kamarády či spolužá-

ky: *„…Kamarádům jsem to řekl normálně, ve škole mezi řečí. Vzali to v pohodě, myslím, že někteří mají i stejné potíže …"*. Naopak jedno dítě uvedlo, že se bálo posměchu: *„…Jako je fakt, že o tom moc nemluvím, protože se zase bojím, že to budou brát špatně a budou si myslet, že se lituju. Spíše držím jazyk za zuby..."*. V průběhu terapie nebylo dle respondentek nutné dětem poskytovat odbornou psychologickou podporu. Dle dětí byla pro ně největší a nejdůležitější psychologickou intervencí podpora a zájem rodičů.
Dodržení režimových opatření, kam patří i pravidelná medikace, se ukázalo jako jeden z hlavních důvodů zlepšení stavu dětí. Kompenzace zdravotního stavu a celkové zlepšení je jedním z ukazatelů úspěšnosti dodržování opatření a správné compliance. Téměř všechny maminky hodnotí zdravotní stav jejich dětí jako „lepší." I samotné děti ve svých výpovědích uvádí, že se cítí lépe. Faktory ovlivňující non-compliance jsou zcela individuální. Kromě medikace je léčebný plán s edukací přizpůsoben individuálním potřebám každého dítěte. Celkově se maminky shodly, že k porušení režimových opatření, které mají dodržovat, dochází. Děti uvedly jako porušení opatření: zapomenutí užít medikaci a nedodržení změny ve fyzické aktivitě.

Dopad onemocnění na život rodiny

Cílem výzkumného šetření bylo také zmapovat dopady onemocnění na život rodiny z pohledu rodičů a dětí. Z uvedených výpovědí maminek lze usoudit, že astma na jejich děti dopad má. Maminky se shodly na určitém režimu, které dítě musí dodržovat. Uvedly, že jejich děti se musely stát dříve zodpovědnější. Výpovědi dětí byly rozdílné, přesto si děti své onemocnění uvědomují: *„…Neznám ten pocit nemít astma..."*. Většina dětí však uvedla jako zásadní změnu užívání léků a omezení koníčků. Dle maminek děti pochopily závažnost svého onemocnění až v pozdějším věku. Z reakcí dotazovaných maminek lze usuzovat, že astma jako onemocnění dítěte je velký zásah do života samotného rodiče. Časté návštěvy lékaře, hospitalizace, vyšší nemocnost dětí a lázeňská péče může být problémem u pracujícího rodiče. V některých případech se může jednat až o ztrátu zaměstnání. Dle výpovědí maminek byla adaptace na onemocnění jejich dětí dlouhá. Postupem času se s onemocněním svého dítěte sžily. Důležitým faktorem pro ztotožnění se s onemocněním dítěte je dle maminek podpora lékaře: *„…Pochopila jsem, že je důležitá důvěra k lékaři, protože mu svěřujete své dítě do péče…"*.

DISKUZE

Přibližně 300 milionů obyvatel naší planety trpí onemocněním astma bronchiale. Globální výskyt astmatu se pohybuje mezi 1–18 % populace. Astma se řadí mezi jedno z chronických onemocnění, které má častý výskyt s prevalencí 10–15 % a to především v ekonomicky vyspělých zemích. V dětské populaci výskyt bronchiálního astmatu stále roste, hlavně vůči alergenům, především ve věku 6–7 let. V České republice je přibližná prevalence astmatu odhadována na téměř 8 % celé populace tj. přibližně 800 000 obyvatel, u dětí se tento údaj pohybuje v rozmezí vyšším a to 12–15 %. Za jeden kalendářní

rok se stanoví diagnóza astma bronchiale u 30 000 obyvatel, z toho dvě třetiny osob tvoří děti. Studie, které se zaměřovaly na dětské astma, potvrdily větší prevalenci u chlapců (Kašák et al., 2008; Pohunek a Svobodová, 2007). Podle Státního zdravotnického ústavu (SZÚ) byl v roce 2015 vymezen výskyt alergických onemocnění včetně astma bronchiale a jiných dýchacích potíží u dětí v Moravskoslezském kraji. Z výsledků této analýzy vyplynul výskyt astmatu u 11,2 % dětí z celkového počtu 7 519 dětí (SZÚ, 2016).

Výsledky celosvětové studie ISAAC (International Study of Asthma and Allergy in Children) nabízejí nejdetailnější analýzu dětského astmatu. Studie potvrdila velmi vysokou prevalenci u dětí ve školním věku (6–7 let a 13–14 let). Výsledky studie odhalily i odlišnosti mezi jednotlivými zeměpisnými oblastmi ve světě. V Evropě jsou také rozdíly mezi východními a západními zeměmi a mezi oblastmi jižními a severními. Jako pomůcka k měření nemocnosti dětského astmatu slouží absence dítěte ve vyučování během školní docházky. U 42,7 % astmatických dětí byla zjištěna nepřítomnost dítěte ve vyučování, ve stejné analýze uvedlo 38,2 % dětí symptomy astmatu během dne a 28 % dětí vyrušení astmatem ze spánku. Byla prokázána i nedostatečná terapie, a to z důvodu, že 26 % dětí bylo léčeno inhalačními kortikosteroidy, přestože u 49,5 % byly zjištěny symptomy, které odpovídaly přetrvávajícímu astmatu (Pohunek a Svobodová, 2007).

Zvratem v péči o pacienty trpící astma bronchiale bylo v roce 1992 zřízení organizace Globální iniciativa pro astma (GINA, Global Initiative for Asthma). V České republice byla zřízena národní organizace Česká iniciativa pro astma (ČIPA) v březnu v roce 1996. V roce 2012, díky vzájemné kooperaci odborníků v oboru pneumologie a dětské alergologie, vznikl dokument International Consensus ON pediatric asthma (ICON) (Pohunek a Svobodová, 2007; Hoňková et al., 2014). V roce 1996 ČIPA zahájila činnost v Praze. Významnou roli hrály tři lékařské odborné společnosti České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně. Jedná se o Společnost alergologie a klinické imunologie, Společnost fyziologie a patologie dýchání a Společnost ftizeologie a pneumologie. Na odborné aktivitě ČIPA se podílí i lékaři dalších odvětví, například pediatrie. Od roku 2002 patří pod ČIPA i Česká pylová informační služba. Světový den astmatu spadá na první květnový týden, během něhož jsou pořádána odborná sympozia pro lékaře. Kromě programu pro lékaře jsou organizována i regionální setkání zdravotníků s pacienty nebo laickou veřejností. Od roku 2001 organizuje ČIPA formy vzdělávání pro sestry, které pracují v ambulancích, zaměřené na problematiku astma. Většina alergických onemocnění se poprvé objeví v dětském věku, proto se předpokládá, že zhoršení stavu nastane během školní docházky. Provedené výzkumy prokázaly, že většina škol na takové situace není připravena, a proto byly vytvořeny projekty k řešení této problematiky (Kašák et al., 2013). *„Základním přínosem ČIPA je sjednocení názorů na péči o astma v ČR a implementace celosvětových doporučení do široké medicínské praxe i do reálného života pacientů s astmatem"* (Kašák et al., 2013, s. 89).

Dalšími podobnými organizacemi jsou ČAS (Česká asociace sester) a ČARO (Česká aliance proti respiračním nemocem). ČARO je sesterská aktivní instituce, která podporuje i diskuze na téma praktických aspektů edukační a ošetřovatelské péče v kontextu s respiračním nemocněním. ČIPA je dnes součástí GINA a aktivně spolupracuje s aktivitami EFA

(Evropská federace sdružení astmatiků, alergiků a v dnešní době i nemocných s CHOPN). GINA vznikla za podpory Světové zdravotnické organizace (WHO) v roce 1992. Na jejím vzniku se podílel i Institut pro výzkum nemocí srdce, plic a krve (NHLBI, National Heart, Lung and Blood Institut). GINA má za cíl představení a objasnění uznaných strategií při terapii a léčbě astmatu. Hlavní strategií GINA je cílená efektivní terapie, která se projevuje tím, že léčba nemá žádné vedlejší účinky, s absencí astmatických příznaků během noci, dne nebo jejich minimální výskyt. Dalšími znaky úspěšné terapie je minimální omezení pacienta v jeho každodenním životě, snížení spotřeby SOS léků a absence stavů, které vyžadují zásah lékařské rychlé pomoci. Součástí organizace GINA je i pediatrická problematika, která zahrnuje celosvětový dokument v péči o astmatické dítě. Tento dokument vznikl na základě dvou kontinentálních organizací: Evropská akademie alergologie a klinické imunologie (EAACI) a Americká akademie alergie astmatu a imunologie (AAAAI). Tyto organizace se podílí na vzniku pracovního týmu odborníků. Českou republiku zastupoval doc. MUDr. P. Pohunek CSc., který je spoluautorem dokumentu – Diagnosis and treatment of asthma in childhood: a Practall concensus report (Bacharier et al., 2008). Tento dokument obsahuje základní části zaměřující se na dětskou problematiku astma: anamnéza onemocnění, faktory definující fenotypy astmatu, patofyziologie, diagnostika, terapie a monitoring onemocnění (Kašák et al., 2013; Schad a Haufs, 2008; Petrů, 2008). U dětí dochází k postupnému vývoji organismu spojeného s dozráváním dýchacích cest a imunitního systému. Vzhledem k této skutečnosti je astma u dětí specifické svou etiopatogenezí a svými symptomy. Proto u dětí s onemocněním astma bronchiale nelze aplikovat stejné terapeutické postupy a doporučení, která jsou určena pro dospělé jedince. Z uvedeného důvodu je nutné převzít právě diagnostické a léčebné postupy, které jsou určeny jen pro dětskou populaci s astmatem. Souhrnný dokument ICON byl publikován v magazínu Allergy. Cílem tohoto dokumentu je sjednotit světová a národní doporučení, která byla dosud publikována. Tato doporučení se zabývají výskytem astmatu v dětství a jednoznačně vymezují podstatné a důležité informace. ICON se snaží realizovat doporučené postupy a jejich použití v klinické praxi (Hoňková et al., 2014).

Nedílnou součástí péče o astmatické dítě ve vztahu s compliance je efektivní edukace. Ta by měla začít při prvním setkání dítěte s lékařem. Edukace je dlouhodobý, nepřetržitý a v podstatě nikdy nekončící proces, na kterém by se měl podílet každý zdravotník, přicházející s nemocným do kontaktu. Lékař i všeobecná sestra se v edukaci vzájemně doplňují a informace se kontinuálně prolínají. Proto je nutné považovat poskytnuté informace od lékaře a zároveň i od sestry za významné. Vedle informací, jako jsou znalosti postupu terapie, režimových opatření, je neméně důležitá i edukace o aplikaci léků inhalační cestou. V ČR byl proveden výzkum ve 44 pneumologických a alergologických ambulancích, byla zjištěna chybovost v používání inhalační techniky. Opakovaná kontrola, jak pacient či rodič zvládá techniku použití inhalátoru, je velmi důležitá. Součástí edukace je nemocného s jeho rodinou motivovat. Současná léčba astmatiků umožňuje vést plnohodnotný život s různým stupněm omezení. Často zapomínanou součástí edukace je písemný pokyn pro naléhavé situace a také podání informací o zdravotním stavu dítěte škole, kterou navštěvuje. Tyto informace by měly vysvětlit první pomoc při astmatickém záchvatu, nebo

jiných stavech, které se ve škole mohou vyskytnout. Zákonní zástupci jsou povinni tyto informace škole poskytnout. Veškeré potřebné informace, které by měla škola znát, si rodiče vyžádají od ošetřujícího lékaře dítěte. Compliance znamená, že pacient je ochoten řídit se instrukcemi a radami lékařů. Výsledkem nedostatečné compliance je absence domluvených kontrol při dispenzarizaci. Uvádějí se dva hlavní důvody nedostatečné compliance. Může se jednat o situaci, kdy pacient nebo rodič nerozumí instrukcím a pokynům, nemůže tedy spolupracovat, i když má zájem. Druhou možností je, že nemocný či rodič instrukcím rozumí, ale nerespektuje je. U některých pacientů míra compliance závisí na vnímání svého zdraví. V období tzv. „klidu", kdy nemocný při chronickém onemocnění nemá potíže, obvykle míra compliance klesá. Compliance je ovlivněna také složitým podáváním léků, užíváním několika medikamentů ve stejnou dobu a dlouhým čekáním na jejich účinek. Snížená míra spolupráce ze strany pacienta se může objevit také v souvislosti s dlouhými a nevyhovujícími termíny návštěvy lékaře, ať už pro nemocného, či jeho doprovod (Kašák et al., 2013; Baštecká et al., 2003; Petrů et al., 2012).

Everard et al. (2015) ve své studii nachází problém v nedostatku edukačního, věkově vhodného materiálu pro děti. Tato globální studie, která proběhla ve 31 zemích, prokázala významné rozdíly v dostupnosti edukačního materiálu a zdůrazňuje potřebu vyvinout nové a věku jasně dané příslušné materiály. Domnívá se, že poskytnutí těchto materiálů podpoří lepší léčení a compliance při léčbě dětského astmatu. V budoucnu by tyto materiály měly být k dispozici v elektronické podobě např. jako mobilní aplikace.

Dětské průduškové astma je onemocnění, které dítě doprovází celé jeho dětství. Při onemocnění astma bronchiale v dětském věku, jako při jiných chronických onemocněních, je velmi důležitá spolupráce se zdravotním týmem, který pečuje o nemocné dítě. Neméně podstatná je spolupráce samotného rodiče, od které se odvíjí i spolupráce dítěte. Dle Baštecké et al. (2003) přibližně jedna třetina pacientů či příbuzných zpochybňuje lékařova doporučení a terapii při onemocnění. Bylo doloženo, že 50 % pacientů-astmatiků užívá antiastmatika dle doporučení lékaře. Při nedostatečné spolupráci dítěte i rodiče, klesá i kvalita života astmatického dítěte. Dětské astma má výrazný dopad nejen na samotného dětského pacienta, ale i na ostatní členy rodiny a celkově na její chod. Astma může dítě ovlivnit v mnoha směrech například z hlediska zapojení do kolektivu přátel při činnosti, při studijních výsledcích i po psychické stránce. Onemocnění má dopad také na rodinu dítěte, což se může projevit na pracovní výkonnosti rodičů nebo také na jejich psychickém stavu. V některých případech může astma narušit fungování rodiny jako skupiny. Onemocnění dítěte může rodiče ovlivnit na ekonomickém postavení. Rodina může být celkově omezena po stránce společenských aktivit. Salajka (2006) uvádí, že často řešenými a debatovanými problémy, které jsou u rodičů a jejich chronicky nemocných dětí a také možnými příčinami nepříznivého fungováni rodiny, jsou nečekaně vysoké finance spojené s terapií. Problematická může také být časově náročná každodenní péče o nemocné dítě, nejistota v průběhu nemoci a její vývoj i samotné doprovázející potíže astmatického dítěte (Baštecká et al., 2003; Salajka, 2006).

Z výsledků našeho výzkumného šetření vyplývá, že prvotním prediktorem úspěšné terapie je medikamentózní terapie, při níž je důležitá spolupráce rodiče i dítěte. Většina

rodičů se shoduje na dodržování pokynů a rad lékaře a terapii neupravuje bez vědomí odborníka. Samotné děti se v průzkumném šetření shodují, že dochází k zapomenutí užít medikaci, jako důvod uvádějí málo času a spěch. Vella et al. (2014) ve své studii poukazuje na důležitost dodržení předepsané terapie u dětí s astmatem. Autor došel k závěru, že míra dodržování terapie je uspokojivá, i když vzorek tvořili i rodiče non-compliance, kteří nepovažovali terapii za nutnou a dítěti terapii upravili z důvodu lepšícího se stavu. Také Mirsadraee et al. (2012) se ve své studii zaměřuje na důvody, které vyústily v nespolupráci během terapie. Uvádí, že příčiny nespolupráce při terapii tvořily obavy rodiče ze vzniku lékové závislosti, ale také vysoké výdaje za užívané léky.

Z výsledků studie autorů Al-Muhsen et al. (2015) vyplývá, že většina pacientů nemá dostatečné znalosti o svém onemocnění a nejsou důkladně poučeni o správném užívání léků. Následkem nedostatečné edukace jsou častější návštěvy na pohotovosti z důvodu zhoršení stavu. Naopak studie autorů Delgado et al. (2014) poukazuje na fakt, že i když jsou využity edukační materiály a provedena edukace, neznamená to dostatečnou a uspokojivou compliance. Zahraniční výzkum ukázal, že 92,3 % rodičů uvedlo jako nejlepší zdroj informací lékaře, 23 % uvedlo jako zdroj média. Naopak z výsledků našeho výzkumného šetření bylo zjištěno, že rodiče byli poučeni ošetřujícím lékařem nebo sestrou na alergologické ambulanci a s edukací uvádí spokojenost. Také bylo zjištěno, že edukace od lékaře rodičům i dětem dostačuje. Jen malá část rodičů uvedla vyhledávání informací v médiích.

Lepší kvalita života dětí s astma bronchiale v souvislosti s rodinným prostředím byla doložena ve výzkumu autorů Santos et al. (2012), kde se autoři zaměřují na vztahy v rodině dětí a mladistvých s astma bronchiale. Výsledky poukazují, že rodina a její tradice mohou být možným zdrojem pro rozvoj pozitivního rodinného prostředí a atmosféry, což může mít vliv na zlepšení zdravotního stavu, blaha dítěte s astmatem a také sžití se s onemocněním. Výsledky našeho výzkumného šetření ukazují, že podpora rodiny hraje velmi významnou roli. Každá matka v průzkumném šetření uvedla jako vhodnou podporu a psychologickou pomoc pro své astmatické dítě právě rodinné prostředí, především sebe – rodiče. Tímto ze strany rodiče byla prokázána snaha zachovat co největší komfort dítěte, nebylo zapotřebí vyhledávat pomoc dalšího odborníka, například psychologa.

Výsledky naší práce také poukazují na zajímavá zjištění v oblasti fyzické aktivity. Větší část oslovených maminek neuvedla fyzickou zátěž jako primární příčinu potíží astmatického dítěte a to na základě užívání pravidelné medikace. Ke stejnému závěru dospěl také Yüksel et al. (2009), který prováděl studii, jež měla vyhodnotit účinky pravidelného cvičení a vliv cvičení na kvalitu života a plicní funkci u astmatických dětí. Z výsledků zahraniční studie je zřejmé, že pravidelné vhodné cvičení a pohyb dítěte by mělo být zařazeno do obvyklého léčebného režimu u dětí s astmatem, stále za předpokladu správné compliance v souvislosti s užíváním medikace. Willeboordse et al. (2016) studoval souvislost mezi onemocněním astma bronchiale, nadváhou a fyzickou aktivitou. Závěrem jeho průzkumu byl výskyt snížené fyzické aktivity, bez ohledu na to, zda dítě trpí chronickým onemocněním dýchacích cest či obezitou. Lze tedy konstatovat, že nízká fyzická aktivita se nemusí vyskytovat jen u dětí s astmatem, ale i u ostatních dětí – neastmatiků, např. obézních.

Křivohlavý (2002) rozděluje dodržování rad a doporučení lékaře do určitých modelů, které lze identifikovat i v našem výzkumu. Z analyzovaných výsledků našeho výzkumného šetření většina respondentů uplatňuje tzv. *model učení*. V modelu učení je důležitá přítomnost kladného nebo negativního výsledku toho, co pacient či jeho rodina dělá. Pokud je výsledek pro klienta kladný a pozitivní, pacient bude opakovaně dělat to, co dělal. Lze poukázat například na dodržení pravidelné medikace. I když pravidelná medikace byla uvedena jako přítěž a je opomíjena, i přesto si rodič uvědomuje její důležitost. Pravidelná medikace byla uvedena jako ukazatel úspěšné terapie. V případě dodržení pravidelné medikace, kdy nemocný zaznamená kladný výsledek své compliance mluvíme o *modelu posilování*. Compliance tedy přináší nemocnému nejen pocit důležitosti, ale i pocit nutnosti dodržování režimových opatření. Jestliže je naopak výsledek pacienta a jeho aktivity negativní či záporný, hovoříme o *neposilování* až vyhasínání toho, co by klient měl dodržovat. Pokud by pravidelná medikace pro dítě nebyla přínosem a nebylo by vidět zlepšení stavu, došlo by k rezignaci compliance dítěte i rodiče. Jako určitou formu posilování může pacient vnímat pochvalu a podporu za příkladnou compliance od lékaře či sestry. Z výsledků analyzovaných studií lze také konstatovat, že compliance rodičů a jejich astmatických dětí je velmi individuální. Záleží na postoji rodiče k onemocnění a od toho se odvíjí postoj dítěte k jeho nemoci.

Limitace studie

Za limitaci tohoto výzkumného šetření lze považovat neoslovení většího počtu respondentů a neprovedení výzkumu prostřednictvím jiných metodologických přístupů, například pozorováním, v delším časovém úseku. Výsledky výzkumného šetření poskytují pouze informativní náhled na vybranou problematiku. Výsledky této práce považujeme pouze za vstupní předvýzkum v námi sledované oblasti.

ZÁVĚR

Po vyhodnocení výsledků výzkumného šetření lze potvrdit nepostradatelnou roli compliance dítěte a rodiče při dodržování režimových opatření při onemocnění astma bronchiále. Téměř u každého chronického onemocnění je nutné dodržovat určitá opatření. Zvláště u dětského onemocnění je podpora a spolupráce rodiny nesmírně důležitá. Na základě zjištěných výsledků lze konstatovat, že medikamentózní terapie je jedním z hlavních ukazatelů zlepšení stavu dítěte. Pravidelná medikace a její správné užívání má zásadní význam a vliv na další omezení dítěte. Pokud je dítě po zdravotní stránce astmatu kompenzováno a medikace je správně nastavena, dítě se může vrátit k dřívějším aktivitám, které muselo omezit či jich zanechat. Aby pacient mohl spolupracovat a podílet se na léčebném režimu je nutná efektivní edukace, kterou lze považovat za nezbytnou součást léčebného programu.

Etické aspekty a konflikt zájmů

Autoři prohlašují, že studie nemá žádný konflikt zájmů.

Autorský podíl

Koncepce a design (AM, PR), sběr dat (AM), analýza a interpretace dat (AM, PR), zpracování návrhu rukopisu (PR, AM), supervize (PR), kritické korekce rukopisu (PR, AM).

Literatura

AL-MUHSEN, S. et al. Poor asthma education and medication compliance are associated with increased emergency department visits by asthmatic children. *Annals of Thoracic Medicine* [online]. 2015, vol. 10, no. 2, p. 123–131. [cit. 18. 10. 2016]. ISSN 1998-3557. Dostupné z: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25829964.

BACHARIER, L. B. et al. Diagnosis and treatment of asthma in childhood: a Practall consensus report. *Allergy* [online]. 2008, vol. 63, no. 1, p. 5–34. [cit. 9. 12. 2017]. ISSN 1398-9995. Dostupné z: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18053013.

BAŠTECKÁ, B. et al. *Klinická psychologie v praxi*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-735-3.

BERÁNKOVÁ, K. Aktuální pohled na léčbu astmatu u dětí nejnižších věkových skupin. *Pediatrie pro praxi* [online]. 2011, roč. 12, č. 5, s. 306–308. [cit. 4. 12. 2017]. ISSN 1803-5264. Dostupné z: https://www.pediatriepropraxi.cz/artkey/ped-201105-0004_Aktualni_pohled_na_lecbu_astmatu_u_deti_nejnizsich_vekovych_skupin.php.

DELGADO, E. M. et al. Parental Asthma Education and Risks for Non-Adherence to Pediatric Asthma Treatments. *Pediatric Emergency Care* [online]. 2014, vol. 30, no. 11, p. 782–787. [cit. 19. 1. 2016]. ISSN 1535-1815. Dostupné z: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25343734.

EVERARD, M. L. et al. Asthma education material for children and their families; a global survey of current resources. *World Allergy Organization Journal* [online]. 2015, vol. 8. [cit. 19. 1. 2016]. ISSN 1939-4551. Dostupné z: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26681996.

HOŇKOVÁ, L. et al. ICON – souhrn nejnovějších doporučení v managementu průduškového astmatu u dětí. *Československá pediatrie* [online]. 2014, roč. 69, č. 1, s. 21–28. [cit. 13. 10. 2016]. ISSN 1805-4501. Dostupné z: http://www.prolekare.cz/cesko-slovenska-pediatrie-clanek/icon-souhrn-nejnovejsich-doporuceni-v-managementu-pruduskoveho-astmatu-u-deti-48760.

KAŠÁK, V. et al. *Asthma bronchiale: průvodce ošetřujícího lékaře*. Praha: Maxdorf, 2013. ISBN 978-80-7345-325-1.

KAŠÁK, V. et al. *Naléhavé stavy v pneumologii*. Praha: Maxdorf, 2008. ISBN 978-80-7345-158-5.

KOLEK, V. et al. *Pneumologie*. Praha: Maxdorf, 2014. ISBN 978-80-7345-387-9.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002. ISBN 80-247-0179-0.

MATYSOVÁ, A. *Compliance rodičů a dětí s astma bronchiale při dodržování režimových opatření*. Opava: Slezská univerzita v Opavě, Fakulta veřejných politik v Opavě: 2017. Vedoucí práce P. RABASOVÁ.

MIRSADRAEE, R. et al. Evalution of factors contributed in nonadherence to medication therapy in children asthma. *Iranian journal of allergy, asthma, and imunology* [online]. 2012, vol. 11, no. 1, p. 23–27. [cit. 26. 8. 2016]. ISSN 1735-5249. Dostupné z: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22427473.

NAVRÁTIL, L. et al. *Vnitřní lékařství pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2319-8.

PETRŮ, V. Co víme o dětském astmatu?. *Pediatrie pro praxi* [online]. 2008, roč. 9, č. 3, s. 148–152. [cit. 4. 12. 2017]. ISSN 1803-5264. Dostupné z: https://www.pediatriepropraxi.cz/artkey/ped-200803-0002_Co_vime_o_detskem_astmatu.php.

PETRŮ, V. et al. *Dětská alergologie*. Praha: Mladá Fronta, 2012. ISBN 978-80-204-2584-3.

POHUNEK, P. a SVOBODOVÁ, T. *Průduškové astma v dětském věku: průvodce ošetřujícího lékaře*. Praha: Maxdorf, 2007. ISBN 978-80-7345-118-9.

SALAJKA, F. *Hodnocení kvality života u nemocných s bronchiální obstrukcí*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1306-3.

SANTOS, S. et al. Quality of Life and Adjustment in Youths with Asthma: The Contributions of Family Rituals and the Family Environment. *Family Process* [online]. 2012, vol. 51, no. 4, p. 557–569. [cit. 18. 10. 2016]. ISSN 1545-5300. Dostupné z: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23230985.

SCHAD, O. a HAUFS, A. *Astma: prevence a vhodná péče: zdraví a současnost*. Praha: Olympia, 2008. ISBN 978-80-7376-111-0.

SZÚ [Státní zdravotní ústav]. *Alergická onemocnění v Moravskoslezském kraji v roce 2015* [online]. Praha: 2016. Dostupné z: http://www.szu.cz/uploads/documents/chzp/odborne_zpravy/Zprava_MSK_2016.pdf.

TEŘL, M. et al. *Doporučený postup diagnostiky a léčby bronchiálního astmatu*. Semily: Geum, 2015. ISBN 978-80-87969-08-3.

VÁVROVÁ, H. Nová doporučení v diagnostice a léčbě astmatu v dětském věku. *Pediatrie pro praxi* [online]. 2014, roč. 15, č. 2, s. 76–78. [cit. 4. 12. 2017]. ISSN 1803-5264. Dostupné z: https://www.pediatriepropraxi.cz/artkey/ped-201402-0005_Nova_doporuceni_v_diagnostice_a_lecbe_astmatu_v_detskem_veku.php.

VELLA, C. et al. An audit of compliance of inhaled steroid medication in Maltese asthmatic children. A comparison between 2008 and 2014. *Malta Medical Journal* [online]. 2014, vol. 26, no. 2, p. 25–28. [cit. 26. 8. 2016]. ISSN 1813-3339. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/285997958_An_audit_of_compliance_of_inhaled_steroid_medication_in_Maltese_asthmatic_children_A_comparison_between_2008_and_2014.

WILLEBOORDSE, M. et al. Associations between asthma, overweight and physical activity in children: a cross-sectional study. *BMC Public Health* [online]. 2016, vol. 16. [cit. 18. 10. 2016]. ISSN 1471-2458. Dostupné z: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27587091.

YÜKSEL, H. et al. Effects of physical exercise on quality of life, pulmonary function and symptom score in children with asthma. *Asthma Allergy Immunology* [online]. 2009, vol. 7, no. 1, p. 58–65. [cit. 13. 10. 2016]. ISSN 1308-9234. Dostupné z: http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=29&sid=5e1e6c6b-a638-41b4-ba53-cadd92a82f26%40sessionmgr4006&hid=4209.

Kontakt

Bc. Anna Matysová
Fakulta veřejných politik v Opavě, Slezská univerzita v Opavě
Ústav ošetřovatelství
Bezručovo nám. 885/14, 746 01 Opava, Česká republika
matysovaanna@seznam.cz

Mgr. Pavlína Rabasová, Ph.D.
Fakulta veřejných politik v Opavě, Slezská univerzita v Opavě
Ústav ošetřovatelství
Bezručovo nám. 885/14, 746 01 Opava, Česká republika
pavlina.rabasova@fvp.slu.cz

ZVLÁDANIE ZÁŤAŽE U DIALYZOVANÝCH PACIENTOV

COPING STRATEGIES OF DIALYZED PATIENTS

Andrea Solgajová[1], Tomáš Sollár[2], Dana Zrubcová[1], Gabriela Vörösová[1], Miroslava Líšková[1]

Abstrakt

Kumulácia veľkého množstva stresorov u pacientov zaradených do dialyzačného programu a obavy z budúcnosti predstavujú intenzívnu stresovú situáciu, ktorá si vyžaduje pripravenosť a odolnosť človeka na zvládnutie tejto situácie. Cieľom práce bolo zistiť, ktoré stratégie zvládania záťaže preferujú pacienti s hemodialýzou, porovnať rozdiely podľa pohlavia a zistiť vzťah medzi preferovanými stratégiami zvládania záťaže, vekom a dĺžkou dialyzačnej liečby. Ide o prierezový dizajn výskumu. Metódou zberu dát bol dotazník Brief Cope. Výberový súbor tvorilo 30 respondentov/pacientov zaradených do dialyzačného programu. Zistili sme, že najpoužívanejšou stratégiou zvládania záťaže u pacientov s hemodialýzou bola akceptácia (adaptívna stratégia). Celkovo ženy využívali všetky stratégie zvládania záťaže viac ako muži. Štatisticky významný rozdiel bol zistený iba v stratégii Ventilovanie (maladaptívna stratégia) viac preferovanej u žien. Preferovanie stratégie Humor (adaptívna stratégia) vykazovalo vzťah s kratšie trvajúcou dialyzačnou liečbou. Pohlavie a dĺžka dialyzačnej liečby môžu ovplyvňovať typ preferovaných stratégií zvládania záťaže u pacientov s hemodialýzou. Poznanie týchto faktorov treba zohľadňovať v individualizovanej starostlivosti o pacienta s hemodialýzou pre dosiahnutie optimálnych výsledkov u pacienta.

Kľúčové slová

záťaž, hemodialýza, Brief Cope, stratégie zvládania záťaže

Abstract

The accumulation of a large number of stressors in dialysis patients and fear of future represent an intense stressful situation that requires readiness and resilience to cope with

[1] Katedra ošetrovateľstva, Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva, Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre

[2] Ústav aplikovanej psychológie, Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva, Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre

this situation. The aim of the work was to find out which coping strategies are preferred in patients with hemodialysis, to compare gender differences and to find out relationships between coping strategies, age and duration of dialysis treatment. Cross-section research design was used. The Brief Cope questionnaire was used as data collection method. The sample of 30 respondents/patients enrolled in the dialysis program. We found that the most commonly used coping strategy in patients with hemodialysis was Acceptance (adaptive strategy). Overall, women used all of the coping strategies more than men. A statistically significant difference was found in the Ventilation strategy (maladaptive strategy) more preferred among women. The preference for the Humor strategy (adaptive strategy) has been associated with shorter duration of dialytic treatment. The gender and duration of dialysis treatment may affect the type of preferred coping strategies in patients with hemodialysis. Knowledge of these factors should be taken into account in the individualized care of a patient with hemodialysis to achieve optimal outcome in the patient.

Keywords

load, hemodialysis, Brief Cope, coping strategies

ÚVOD

Chronická renálna insuficiencia je charakterizovaná ako ochorenie, pri ktorom pôsobia súbežne viaceré somatické a psycho-sociálne stresory (Logan, Pelletier-Hibbert a Hodgins, 2006). Patria k nim nepredvídateľnosť priebehu ochorenia, čakanie a obavy z úspešnosti transplantačnej terapie, anticipácia možných invalidizujúcich komplikácií, vedomie celoživotného dodržiavania režimových opatrení, závislosť na prístroji obmedzujúca v denných aktivitách (Yeh a Chou, 2007; Gurková a Michnáčová, 2008). Znojová a Sulková (2001) popisujú u pacientov s chronickou renálnou insuficienciou prítomnosť somatických stresorov a psycho-sociálnych stresorov (únava, stuhnutosť kĺbov, kŕče, nevoľnosť, svrbenie, časová náročnosť liečby, obmedzenie fyzických aktivít, obmedzenie príjmu tekutín a jedla, obmedzenie spoločenského života a možnosti rekreácie, závislosť od lekárov a sestier, pokles sexuálnej aktivity a mnohé iné). V celkovom počte ide až o tridsaťjeden stresorov (Znojová a Sulková, 2001), pričom za najhoršie hodnotené stresory považujú pacienti s hemodialýzou únavu, obmedzenie príjmu tekutín, zasahovanie do rekreačných a spoločenských aktivít (Logan, Pelletier-Hibbert a Hodgins, 2006). Všetky stresory predstavujú nadlimitnú záťaž, s ktorou jedinec bojuje každý deň.
Podľa zistení Cristóvão (1999) pacienti s hemodialýzou prežívajú vysokú úroveň stresu, a psychosociálne stresory považujú za rovnako problematické ako stresory somatické. Dialyzovaní pacienti musia riešiť a zvládať rôzne aspekty svojej choroby (Parvan et al., 2015).

Kumulácia veľkého množstva stresorov a obavy z budúcnosti predstavujú intenzívnu stresovú situáciu. Stresová situácia sa charakterizuje ako stav, kde je miera intenzity stresovej situácie vyššia ako schopnosť človeka danú situáciu zvládnuť. Schopnosť človeka adaptovať sa na pôsobiace stresory, resp. na stresovú situáciu je považovaná za rovnocennú k prežitiu (Pasquali, Arnold a DeBasio, 1989) a za jeden z predpokladov udržiavania a adherencie pacienta v starostlivosti, a tým aj efektívnosti liečby (Gurková a Michnáčová, 2008). Variabilita vnímania stresu môže byť ovplyvnená viacerými faktormi ako napríklad osobnosťou, osobnými zdrojmi, celkovým psychologickým prežívaním a kultúrnym presvedčením (Cukor et al., 2007).
Pojmu zvládanie záťaže sa venuje pozornosť aj v oblasti ošetrovateľskej praxe už niekoľko rokov a v rôznych situáciách, pričom v rámci klasifikačného systému NANDA International (NANDA I) je ošetrovateľská diagnóza Neefektívne zvládanie záťaže (00069), ktorú Herdman a Kamitsuru (2014, s. 295) charakterizujú ako *„neschopnosť správne vyhodnocovať stresory, nesprávny výber reakcií, a/alebo neschopnosť využívať dostupné zdroje"*.
Neefektívne zvládanie záťaže u pacientov s hemodialýzou vykazuje vzájomný vzťah s nízkou kvalitou života, častými komplikáciami a vyššou úmrtnosťou (Kalantar-Zadeh et al., 2001; Knight et al., 2003). Identifikácia neefektívnych stratégií zvládania záťaže a voľba správnych rozhodnutí v starostlivosti pre podporu efektívnych stratégií môže prispieť k dosiahnutiu efektívnej a dlhodobej adherencie pacientov. Voľba stratégií zvládania záťaže môže úzko súvisieť aj s niektorými demografickými (Logan, Pelletier-Hibbert a Hodgins, 2006; Harwood, Wilson a Sontrop, 2011), či klinickými faktormi (Harwood et al., 2009; Parvan et al., 2015). Poznanie týchto faktorov v spojitosti s preferenciou určitých stratégií zvládania záťaže je dôležité pre vytvorenie a implementovanie edukačných a podporných aktivít ako základ pre dosiahnutie optimálnych výsledkov u pacienta (Harwood, Wilson a Sontrop, 2011).

CIEĽ PRÁCE

Cieľom výskumu bolo zistiť, ktoré stratégie zvládania záťaže využívajú pacienti s hemodialýzou, porovnať rozdiely podľa pohlavia a zistiť vzťah medzi preferovanými stratégiami zvládania záťaže, vekom a dĺžkou dialyzačnej liečby.

METODIKA

Pre hodnotenie preferovaných stratégií zvládania záťaže bol použitý sebavýpoveďový dotazník Brief Cope (Carver, 1997). Ide o skrátenú verziu dotazníka COPE. Dotazník obsahuje 28 položiek rozdelených do 14 subškál, ktoré predstavujú stratégie zvládania záťaže. K stratégiám zameraným na problém radíme aktívne zvládanie, plánovanie, inštrumentálnu oporu, k stratégiám zameraným na emócie patrí emocionálna opora, pozitívne preformulovanie, popieranie, akceptácia, viera a humor. Stratégie zamerané na

únik predstavujú ventilovanie, sebarozptýlenie, stiahnutie sa, užívanie návykových látok a sebaobviňovanie. Zvládanie zamerané na problém a emócie predstavujú stratégie adaptívne a zvládanie zamerané na únik predstavuje stratégiu maladaptívnu. Položky sa hodnotia na štvorstupňovej stupnici: 1 – nikdy, 2 – len výnimočne, 3 – často, 4 – vždy, pričom respondenti vyjadrujú, ako sa v záťažových situáciách správali za posledných 6 mesiacov. Pre účely výskumu bola použitá slovenská verzia škály odporučená psychológom, ktorá býva bežne používaná v klinickej praxi.

Výberový súbor tvorilo pacientov zaradených do dialyzačného programu z toho 16 (53,3 %) mužov a 14 (46,7 %) žien. Zaraďujúcimi kritériami boli: vek nad 18 rokov, doba trvania liečby minimálne 1 rok, frekvencia hemodialýzy minimálne 3krát do týždňa, ochota spolupracovať a informovaný súhlas respondenta s výskumom. Vylučujúcimi kritériami boli: pridružené onkologické ochorenie, akútne a chronické komplikácie vyplývajúce z polymorbidity alebo liečby. Vek respondentov sa pohyboval od 32 do 85 rokov (M_{vek} = 61,07; SD_{vek} = 13,26), s priemernou dĺžkou dialyzačnej liečby 6,13 roka (SD = 4,95). Išlo o prierezový dizajn výskumu. Výskum bol realizovaný vo Fakultnej nemocnici v Nitre na Internej klinike a v dialyzačnom stredisku v Šahách Nephro s.r.o., od októbra 2016 do decembra 2016 po schválení etickou komisiou.

Pre spracovanie výsledkov bol použitý štatistický program IBM SPSS 24.0. Výsledky sme hodnotili pomocou deskriptívnych štatistík priemernej hodnoty a smerodajnej odchýlky. Rozdiely sme posudzovali Studentovým t-testom pre dva nezávislé výbery a vzťahy sme skúmali Pearsonovým koeficientom súčinovej korelácie.

VÝSLEDKY

Najpoužívanejšou stratégiou zvládania záťaže u pacientov s hemodialýzou je Akceptácia (AM = 6,3). Ďalšie tri najviac preferované stratégie sú Aktívne zvládanie (AM = 4,9), Viera (AM = 4,8) a Sebarozptýlenie (AM = 4,6). Najmenej preferované stratégie sú Stiahnutie sa (AM = 3,5), Popieranie (AM = 3,6) a Užívanie návykových látok (AM = 3,8) (Tab. 1).

Tab. 1 Stratégie zvládania záťaže u pacientov s hemodialýzou

	Min	Max	AM	SD
Sebarozptýlenie	2	8	4,60	1,79
Aktívne zvládanie	2	8	4,93	1,66
Popieranie	2	8	3,60	1,83
Užívanie návykových látok	2	8	3,83	1,70
Emocionálna sociálna opora	2	8	4,20	1,65
Inštrumentálna sociálna opora	2	8	4,47	1,57
Stiahnutie sa	2	7	3,50	1,46

	Min	Max	AM	SD
Ventilovanie	2	6	3,83	1,12
Pozitívne preformulovanie	2	6	4,17	1,29
Plánovanie	2	8	4,47	2,01
Humor	2	8	3,83	1,80
Akceptácia	3	8	6,30	1,71
Viera	2	8	4,79	2,34
Sebaobviňovanie	2	8	3,73	1,55

Pri porovnaní preferovaných stratégií zvládania záťaže u pacientov s hemodialýzou podľa pohlavia sme okrem jednej stratégie nezistili štatisticky významné rozdiely. V stratégii Ventilovanie sme zistili štatisticky významný rozdiel (p = 0,013) s preferenciou využívania u žien. Väčšinu stratégií používajú vo väčšej miere ženy, avšak rozdiely nie sú štatisticky významné (Tab. 2).

Tab. 2 Rozdiely v stratégiách zvládania záťaže u pacientov s hemodialýzou podľa pohlavia

	Muži (n = 16)		Ženy (n = 14)			
	AM	SD	AM	SD	t	p
Sebarozptýlenie	4,19	1,47	5,07	2,06	1,37	,182
Aktívne zvládanie	4,81	1,76	5,07	1,59	0,42	,678
Popieranie	3,19	1,33	4,07	2,23	1,34	,192
Užívanie návykových látok	4,06	1,84	3,57	1,55	0,78	,441
Emocionálna sociálna opora	3,81	1,64	4,64	1,60	1,40	,173
Inštrumentálna sociálna opora	4,19	1,64	4,79	1,48	1,04	,306
Stiahnutie sa	3,38	1,36	3,64	1,60	0,50	,624
Ventilovanie	**3,38**	**1,09**	**4,36**	**0,93**	**2,64**	**,013**
Pozitívne preformulovanie	3,88	1,15	4,50	1,40	1,34	,190
Plánovanie	4,56	2,06	4,36	2,02	0,27	,786
Humor	3,88	1,75	3,79	1,93	0,13	,895
Akceptácia	6,13	1,82	6,50	1,61	0,60	,557
Viera	4,50	2,42	5,15	2,27	0,74	,463
Sebaobviňovanie	3,44	1,55	4,07	1,54	1,12	,272

Pri skúmaní vzťahu stratégií zvládania záťaže a veku a dĺžky dialyzačnej liečby sme zistili, že iba stratégia Humor súvisí s dĺžkou dialyzačnej liečby. Vzťah poukazuje na väčšie využívanie tejto stratégie u pacientov s kratšie trvajúcou dialyzačnou liečbou (r = -0,41). Vek súvisí so stratégiou Viera na hranici štatistickej významnosti (r = 0,33; p < 0,1). Viac využívajú stratégiu starší pacienti.

Tab. 3 Vzťah medzi stratégiami zvládania záťaže u pacientov s hemodialýzou, veku a dĺžky dialyzačnej liečby

	Vek	Dĺžka liečby
Sebarozptýlenie	-,068	,014
Aktívne zvládanie	-,133	-,137
Popieranie	,061	-,142
Užívanie návykových látok	,216	,040
Emocionálna sociálna opora	,178	,094
Inštrumentálna sociálna opora	,045	,058
Stiahnutie sa	-,087	,163
Ventilovanie	,252	-,046
Pozitívne preformulovanie	,270	,169
Plánovanie	-,265	-,110
Humor	-,073	**-,407***
Akceptácia	-,038	,093
Viera	**,331**	,217
Sebaobviňovanie	,170	,063

Pozn.: * p < ,05

DISKUSIA

V rámci výskumu sme sa zamerali na hodnotenie stratégií zvládania záťaže, ktoré sú charakterizované ako návykové, transsituačné, relatívne konzistentné vzorce spracovania a zvládania na behaviorálnej, kognitívnej alebo zážitkovej úrovni, ktoré človek používa pri stretávaní sa so stresormi (Bratská, 2001). Lazarus a Folkman (1984) popisujú dve formy stratégií zvládania záťaže: zvládanie zamerané na problém (človek sa zameriava na situáciu, pričom má (konštruktívnu) snahu hľadať spôsoby ako ju zmeniť, prípadne sa jej v budúcnosti vyhnúť) a zvládanie orientované na emócie (kedy sa človek zameriava na zmiernenie prežívaných emócií, ktoré vznikli v dôsledku stresu).
Zistili sme, že najviac preferovanou stratégiou zvládania záťaže u pacientov s hemodialýzou bola Akceptácia. Ide o zvládanie orientované na emócie, kedy sa človek zameriava

na zmiernenie prežívaných emócií, ktoré vznikli v dôsledku stresu, pričom k zmene situácie nemusí dôjsť (Lazarus a Folkman, 1984).

Výsledky naznačujú, že pacienti pre zvládanie záťažovej situácie v najväčšej miere využívajú adaptívnu formu zvládania. Maladapatívne formy zvládania záťaže (Stiahnutie sa, Užívanie návykových látok) boli u pacientov zastúpené ako najmenej preferované. Autorky Gurková a Michnáčová (2008), ktoré rovnako skúmali zvládanie záťaže u pacientov s hemodialýzou (n = 45) zistili, že najčastejšie využívanou stratégiou bola tiež Akceptácia. Ďalej uvádzajú, že maladaptívne (neefektívne) stratégie boli využívané v menšej miere.

Podľa vyjadrenia autorov Livneh, Antonak a Gerhardt (2000) je typické, že pacienti s chronickým ochorením využívajú na zvládanie záťažových situácií adaptívne stratégie, a ich zvládanie je efektívne, nakoľko sa dostávajú do viac špecifických situácií v dôsledku samotného ochorenia.

Zvládanie záťaže v skupine pacientov s hemodialýzou oproti bežnej verejnosti je iné. Najviac preferovanou stratégiou zvládania záťaže u vysokoškolských študentov bola podľa autora Baumgartnera (2010) Plánovanie, t.j. zvládanie zamerané na problém.

Naše zistenia podporujú aj tvrdenia autorov Yeh a Chou (2007), ktorí uvádzajú, že pacienti s hemodialýzou využívajú menej často stratégie zamerané na problém. Najviac preferovanými stratégiami boli podľa ich zistení najmä stratégie orientované na emócie a vyhýbavé správanie. Rovnako autor Cristóvão (1999) vyjadruje, že u pacientov s hemodialýzou prevláda zvládanie orientované na emócie. Všeobecne je pre dialyzovaných pacientov typické využívanie stratégií zvládania orientovaných na emócie (Parvan et al., 2015), pacienti s hemodialýzou dokonca využívajú všetky stratégie zvládania záťaže vo vyššej miere ako pacienti s peritoneálnou dialýzou.

Ďalšou oblasťou skúmanie bolo zistiť rozdiely v preferovaných stratégiách zvládania záťaže u pacientov s hemodialýzou podľa pohlavia. Viacerí autori (Lazarus a Folkman, 1984; Výrost et al., 1995) popisujú rozdiely vo zvládaní záťaže u mužov a žien. Zistenia autorov Harwood, Wilson a Sontrop (2011) naznačujú, že u pacientov s chronickým ochorením obličiek je stres rovnako vnímaný mužmi aj ženami, ale ženy využívajú stratégie zvládania záťaže častejšie ako muži bez ohľadu na vek, či vzdelanie.

Zistili sme, že väčšina stratégií je vo vyššej miere zastúpená u žien, ale štatisticky významný rozdiel medzi mužmi a ženami sme zistili iba s využívaním stratégie Ventilovanie. Ženy túto stratégiu využívajú častejšie ako muži, pričom ide o stratégiu zameranú na únik, tzn. maladaptívne (neefektívne) zvládanie záťažovej situácie.

Sepešiová (2014) uvádza, že u dialyzovaných pacientov nie sú výrazné rozdiely medzi mužmi a ženami pri otázkach týkajúcich sa vyrovnania s chorobou. Podľa zistení Gurkovej a Michnáčovej (2008) z aspektu pohlavia boli zistené signifikantné rozdiely v troch stratégiách – Viera, Ventilovanie a Sebaobviňovanie. Naše zistenia podporujú tieto tvrdenia. Ženy v porovnaní s mužmi častejšie ventilujú svoje emócie (napríklad otvorenejšie prejavujú svoje pocity).

Poslednou oblasťou skúmania bola problematika zvládania záťaže a preferovaných stratégií vo vzťahu s vekom a dĺžkou dialyzačnej liečby. Harwood, Wilson a Sontrop (2011) naznačujú v aspekte faktora veku, že u mladších pacientov (< 65 rokov) s hemodialýzou

je popisovaná vyššia miera stresu ako u starších pacientov, možno najviac z dôvodu prítomnosti iných existenčných stresorov (strata zamestnania, finančné problémy, problém so zabezpečením starostlivosti o deti).
Zistili sme, že stratégia Viera vykazovala s vekom vzťah na hranici štatistickej významnosti. Túto stratégiu využívajú najmä starší pacienti, pričom ide o stratégiu orientovanú na emócie (adaptívne zvládanie). Ostatné stratégie nevykazovali vzťah s vekom. Logan, Pelletier-Hibbert a Hodgins (2006) u pacientov s hemodialýzou uvádza, že neboli zistené štatisticky významné rozdiely podľa veku. Podľa zistení Gurkovej a Michnáčovej (2008) starší pacienti s hemodialýzou využívali viac stratégiu Sebaobviňovanie.
V aspekte dĺžky trvania dialyzačnej liečby je známe, že čím je ochorenie a liečba dlhšia, tým viac stratégií zvládania záťaže pacienti využívajú (Klang, Björvell a Cronqvist, 1996). Ohľadom dĺžky dialyzačnej liečby sme zistili, že iba jedna zo stratégií zvládania záťaže, stratégia Humor súvisí s dĺžkou dialyzačnej liečby. Humor je stratégia orientovaná na emócie (adaptívne zvládanie). Vzťah naznačuje na väčšie využívanie tejto stratégie u pacientov s kratšie trvajúcou dialyzačnou liečbou. Gurková a Michnáčová (2008) rovnako svojimi zisteniami nepotvrdili rozdiely vo využívaní stratégií zvládania záťaže vzhľadom na čas od zaradenia do dialyzačnej liečby. Znojová a Sulková (2001) uvádzajú, že pokiaľ ide o psychosociálny stres, neprejavujú sa rozdiely medzi krátko a dlhodobo dialyzovanými pacientmi. Dopad ochorenia na prežívanie pacienta a jeho sociálnu zaangažovanosť, má skôr univerzálny charakter a nerozlišuje dlhodobo a krátkodobo dialyzovaných.

ZÁVER

Naše zistenia celkovo naznačujú, že pacienti vo väčšej miere využívajú na zvládnutie stresovej situácie v kontexte s chorobou adaptívne formy stratégie pre efektívne zvládnutie stresovej situácie. Rozdiely v stratégiách zvládania podľa pohlavia a vzťahy s vekom a dĺžkou dialyzačnej liečby boli len minimálne, pričom poznanie týchto faktorov je dôležité pre vytvorenie a implementovanie edukačných a podporných aktivít ako základ pre intervenčné postupy pre využívanie adaptívnych stratégií. Za limity výskumu považujeme veľkosť súboru a hodnotenie stratégií bez kontextu hodnotenia úrovne stresu, čo odporúčame najmä pre budúce výskumy. Vhodné by bolo i posúdenie vplyvu iných demografických faktorov ako aj komorbidity na úroveň vnímaného stresu a voľbu preferovaných stratégií zvládania záťaže u pacientov s hemodialýzou. Špecifikovaním využívania stratégií z hľadiska rôznych faktorov by sme mohli prispieť k lepšiemu porozumeniu prežívania pacientov pri zvládaní ich náročnej situácie a tým k možnosti nastavenia efektívnejšej individualizácii starostlivosti.

Poděkování

Príspevok bol podporený projektom VEGA číslo 1/0438/16.

Literatúra

BAUMGARTNER, F. Stratégie zvládania vo vzťahu k psychologickej osobnej pohode v súbore vysokoškolákov. In: BLATNÝ, M. et al., eds. *Sociální procesy a osobnost 2009: sborník příspěvků*. Brno: Psychologický ústav AV ČR, 2010, s. 13–22. ISBN 978-80-86174-15-0.

BRATSKÁ, M. *Zisky a straty v záťažových situáciách alebo príprava na život*. Bratislava: Trade Leas, 2001. ISBN 80-7094-292-4.

CARVER, C. S. You want to measure coping but your protocol's too long: consider the brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*. 1997, vol. 4, no. 1, p. 92–100. ISSN 0160-7715.

CRISTÓVÃO, F. Stress, coping and quality of life among chronic haemodialysis patients. *Journal of Renal Care*. 1999, vol. 25, no. 4, p. 35–39. ISSN 1755-6678.

CUKOR, D., COHEN, S. D., PETERSON, R. A. and KIMMEL, P. L. Psychosocial aspects of chronic disease: ESRD as a paradigmatic illness. *Journal of the American Society of Nephrology*. 2007, vol. 18, no. 12, p. 3042–3055. ISSN 1046-6673.

GURKOVÁ, E. a MICHNÁČOVÁ, A. Zvládanie záťažových situácií u dialyzovaných pacientov. *Profese online*. 2008, roč. 1, č. 1, s. 45–55. ISSN 1803-4330.

HARWOOD, L., WILSON, B., LOCKING-CUSOLITO, H., SONTROP, J. and SPITTAL, J. Stressors and coping in individuals with chronic kidney disease. *Nephrology Nursing Journal*. 2009, vol. 36, no. 3, p. 265–301. ISSN 1526-744X.

HARWOOD, L., WILSON, B. and SONTROP, J. Sociodemographic differences in stressful experience and coping amongst adults with chronic kidney disease. *Journal of Advanced Nursing*. 2011, vol. 67, no. 8, p. 1779–1789. ISSN 1365-2648.

HERDMAN, T. H. and KAMITSURU, S., eds. *NANDA International. Nursing Diagnoses: Definitions and Classification 2015–2017*. Oxford: Wiley-Blackwell, 2014. ISBN 978-111-891493-9.

KALANTAR-ZADEH, K., KOPPLE, J. D., BLOCK, G. and HUMPHREYS, M. H. Association among SF36 quality of life measures and nutrition, hospitalization, and mortality in haemodialysis. *Journal of the American Society of Nephrology*. 2001, vol. 12, no. 12, p. 2797–2806. ISSN 1046-6673.

KLANG, B., BJÖRVELL, H. and CRONQVIST, A. Patients with chronic renal failure and their ability to cope. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 1996, vol. 10, no. 2, p. 89–95. ISSN 1471-6712.

KNIGHT, E. L., OFSTHUN, N., TENG, M., LAZARUS, J. M. and CURHAN, G. C. The association between mental health, physical function, and haemodialysis mortality. *Kidney International*. 2003, vol. 63, no. 5, p. 1843–1851. ISSN 0085-2538.

LAZARUS, R. S. and FOLKMAN, S. Coping and adaptation. In: GENTRY, W. D., ed. *Handbook of Behavioral medicine*. New York: Springer, 1984, p. 282–305. ISBN 978-0-89862-636-0.

LIVNEH, H., ANTONAK, R. F. and GERHARDT, J. Multidimensional investigation of the structure of coping among people with amputations. *Psychosomatics*. 2000, vol. 41, no. 3, p. 235–244. ISSN 0033-3182.

LOGAN, S. M., PELLETIER-HIBBERT, M. and HODGINS, M. Stressors and coping of in-hospital haemodialysis patients aged 65 years and over. *Journal of Advanced Nursing*. 2006, vol. 56, no. 4, p. 382–391. ISSN 1365-2648.

PARVAN, K., AHANGAR, R., HOSSEINI, F. A., ABDOLLAHZADEH, F., GHOJAZADEH, M. and JASEMI, M. Coping methods to stress among patients on hemodialysis and peritoneal dialysis. *Saudi Journal of Kidney Diseases and Transplantation*. 2015, vol. 26, no. 2, p. 255–262. ISSN 1319-2442.

PASQUALI, E. A., ARNOLD, H. M. and DE BASIO, N. *Mental health nursing: a holistic approach*. St. Louis: Mosby, 1989. ISBN 0-8016-3578-0.

SEPEŠIOVÁ, J. Stres u dialyzovaných pacientov. *Sestra*. 2014, roč. 24, č. 3–4, s. 46–49. ISSN 1210-0404.

VÝROST, J., LOVAŠ, L., BAUMGARTNER, F., BOLFÍKOVÁ, E., FRANKOVSKÝ, M. and HADUŠOVSKÁ, S. Possibilities of empirical classifications of demanding life situations. *Studia Psychologica*. 1995, vol. 37, no. 2, p. 93–106. ISSN 0039-3320.

YEH, S. C. and CHOU, H. C. Coping strategies and stressors in patients with hemodialysis. *Psychosomatic Medicine*. 2007, vol. 69, no. 2, p. 182–190. ISSN 1534-7796.

ZNOJOVÁ, M. a SULKOVÁ, S. Hodnocení stresu u dialyzovaných pacientů. *Časopis lékařů českých*. 2001, roč. 4, č. 4, s. 108–111. ISSN 0008-7335.

Kontakt

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

OTÁZKY KLINICKÉ PRAXE

PODEZŘENÍ NA TÝRÁNÍ DÍTĚTE – POSTUP POSKYTOVATELŮ ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB (PŘÍPADOVÁ STUDIE)

SUSPECTED CHILD ABUSE – PROCEDURES BY HEALTH CARE PROVIDERS (A CASE STUDY)

Renata Korečková[1], Lada Cetlová[2]

Abstrakt

Předložená případová studie se zabývá problematikou týrání dítěte a představuje postup poskytovatelů zdravotnických služeb. Jde o konkrétní případ a nástin postupu při péči o postižené děvčátko.

Klíčová slova

týrání, dítě, péče, postup

Abstract

The presented case study deals with the issue of child abuse and represents the procedure of health service providers. This is a specific case and an outline of the procedure of care for a disabled girl.

Keywords

torture, child, care, procedure

[1] Nemocnice Havlíčkův Brod, příspěvková organizace

[2] Katedra zdravotnických studií, Vysoká škola polytechnická Jihlava

Operační středisko zdravotnické záchranné služby přijímá v podvečerních hodinách tísňovou výzvu. Volající muž sděluje, že jeho družka způsobila zranění batoleti a žádá pro ně ošetření. S ohledem na nedostatečnou spolupráci volajícího není možné zjistit podrobnosti o stavu dítěte, operátorce se podaří odebrat pouze údaje pro lokalizaci, načež vysílá na místo posádku RLP (lékař a záchranář).

Po příjezdu na místo lékař zjišťuje, že se jedná o dvouletou holčičku. Děvčátko má na tváři a skráni hematom tvořený pruhy, připomínající nápadně obrys dospělé ruky. Otec (muž, který si výjezd vyžádal) navíc sděluje, že jej děvčátku způsobila jeho družka, která je matkou dítěte. Ta však jakoukoli spolupráci odmítá, nedovolí zdravotníkům dítě svléci ani vyšetřit, razantně odmítá možnost transportu do nemocnice, vystupuje agresivně. Lékař bez dalších pokusů o vyšetření dítěte neprodleně přistupuje k přivolání Policie ČR prostřednictvím operačního střediska. Otec se drží v pozadí, do situace nezasahuje.

Za účasti policistů přenáší záchranář děvčátko do sanitního vozidla, lékař rodičům nabízí možnost dítě doprovodit. Oznamuje jim, že dítě bude převezeno na dětské oddělení nemocnice k vyšetření a patrně k hospitalizaci, a to i přes nesouhlas matky, neboť je naplněna podmínka zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách[3], konkrétně § 38 odst. 2, podle nějž je možné přistoupit k hospitalizaci dítěte bez souhlasu zákonného zástupce, pokud zde existuje podezření na týrání. Matka po krátké úvaze nastupuje do vozidla. Policie opouští místo výjezdu.

Dítě je převezeno do nemocnice. Lékař záchranné služby předává na centrálním příjmu nemocnice záznam o výjezdu s uvedením informace, že konstatoval podezření na týrání dítěte. Pediatr provádí za přítomnosti dvou sester vstupní vyšetření. Zjišťuje, že dítěti byla před dvěma měsíci na dětské ambulanci ošetřena rozsáhlá popálenina zad, která se dobře hojí. Děvčátko se křečovitě drží matky, která odmítá sdělit jakékoli informace. Po delší debatě matka přistupuje na to, že dítě svlékne, avšak dovoluje pouze vyšetření ve své náruči. Pediatr konstatuje četné pohmožděniny různého stáří a velikosti, matka odmítá vysvětlit jejich původ. Pediatr zaznamenává podezření na týrání dítěte do zdravotnické dokumentace a o tomto zjištění matku na místě informuje s tím, že dítě bude hospitalizováno k observaci. Záznam o provedeném vyšetření dítěte podepisují kromě lékaře i obě přítomné sestry. Vzápětí přijíždějí dva příslušníci policie na základě informace od záchranné služby a pořizují fotodokumentaci dívčiných poranění. Matka s tím vyslovuje svůj souhlas. Obě tyto skutečnosti jsou zaznamenány do zdravotnické dokumentace.

Jakmile je dokončen příjem dítěte na oddělení, pediatr ihned plní zákonnou povinnost a kontaktuje orgán sociálně-právní ochrany dětí (zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, § 10 odst. 4)[4]. Matka odmítá udělit souhlas s hospitalizací dítěte, pediatr

[3] Veškeré uvedené právní předpisy jsou citovány ve znění pozdějších změn, dle právního stavu ke dni 20. 5. 2017.

[4] Uvedené ustanovení výslovně uvádí, že v případech, kdy dítě je ohroženo týráním, není možné dovolávat se povinné mlčenlivosti ve smyslu § 51 zákona o zdravotních službách – jedná se tedy o jeden z průlomů do povinné mlčenlivosti zdravotnických pracovníků.

tudíž po konzultaci s právníkem nemocnice připravuje oznámení o nedobrovolné hospitalizaci, adresované soudu (příslušným je soud, v jehož obvodu se nemocnice nachází – § 66 zákona č. 292/2013 Sb., o zvláštních řízeních soudních)[5].

Matka odmítá při příjmu jakoukoli součinnost, není tedy formálně hospitalizována. Setrvává však u lůžka dítěte. V průběhu noci přijíždí do nemocnice otec dítěte. Po rozhovoru s matkou uděluje otec písemný souhlas s hospitalizací dítěte. Hospitalizace tedy nakonec není soudu nahlášena, neboť souhlas byl získán do 24 hodin. Druhý den matka přistupuje na částečnou spolupráci s personálem a je přijata na oddělení.

Během hospitalizace činí ošetřující lékař opakovaně záznam do zdravotnické dokumentace o chování matky vůči dítěti, o projevech dítěte, zaznamenává detaily interakcí, které mohou doplnit obraz vzájemných vztahů (matka dítě prudce plácla přes ruku, opakovaně spící dítě budí apod.) i projevy dítěte (v přítomnosti matky klidné, hraje si, nevykazuje nestandardní chování, ale nápadně se brání jakémukoli vyšetření).

Během třetího dne hospitalizace je dítě odneseno na ošetřovnu. Za účasti lékařky, sestry, zástupkyně OSPOD a soudního vykonavatele je matce odebráno a na základě předběžného opatření soudu, které bylo vydáno na podnět OSPOD, svěřeno do pěstounské péče na přechodnou dobu.

Matka je o tomto kroku informována až následně a je požádána o odchod z oddělení. Opakuje se agresivní chování vůči personálu, ale situaci se podaří zvládnout.

Během dalšího dne přichází e-mailová stížnost od otce děvčátka a v dalších dnech pak další e-maily. Otec navíc přichází podat stížnost ústně na ředitelství nemocnice, je s ním tedy sepsán zápis a je informován o lhůtě k vyřízení stížnosti dle zákona o zdravotních službách. Jelikož příliv e-mailů s uváděním dalších podrobností nepolevuje, vyrozumívá právník nemocnice stěžovatele, že obdrží jedinou písemnou odpověď, a to v zákonné lhůtě třiceti dnů ve smyslu § 93 odst. 3 písm. b) zákona o zdravotních službách.

Stížnosti jsou založeny na tvrzení, že zprávy o poraněních dítěte jsou lživé, že hematomy způsobil děvčátku lékař při příjmu do nemocnice, a to úmyslně, aby děvčátko mohlo být rodině odebráno a mohlo s ním být „dále obchodováno". Stěžovatel se dále domáhá navrácení oblíbené hračky dítěte a jídla vneseného na oddělení; tyto věci jsou mu obratem vydány. Dále poukazuje na necitlivé jednání vůči družce a na psychickou újmu dítěte, které bylo zbaveno své rodiny. Vyhrožuje medializací případu, uvádí, že učinil různá podání na státní zastupitelství, na Unicef apod.

---

[5] Všem lůžkovým zařízením notoricky známé ustanovení § 40 zákona o zdravotních službách ukládá oznamovat soudu pouze hospitalizace podle § 38 odst. 1 písm. b) a c), tedy, hrubě zjednodušeno, hospitalizace, kde neudělení souhlasu vyplývá z duševní poruchy, intoxikace nebo ze zdravotního stavu. Případ hospitalizace dítěte, u nějž bylo konstatováno podezření na týrání a bylo hospitalizováno bez souhlasu zákonného zástupce, zde výslovně zahrnut není. Již zmiňovaný zákon o zvláštních řízeních soudních však uvádí v § 75, že oznamovací povinnost má zdravotní ústav (rozuměj poskytovatel zdravotních služeb) při převzetí každého, kdo v něm byl umístěn bez svého písemného souhlasu. Evidentně se tedy tato povinnost týká i situace, kdy je proti vůli zákonného zástupce hospitalizováno dítě v souvislosti výše popsané. V druhé druhé větě zmíněného § 40 zákona o zdravotních službách je ostatně stanoveno, že hlášení soudu podléhá i situace, kdy zákonný zástupce svůj souhlas s hospitalizací dodatečně odejme. Máli tedy nemocnice hlásit soudu odnětí souhlasu, je plně v logice věci, když hlásí i jeho počáteční neudělení (a bylo by vhodné v tomto duchu text zákona upravit).

Nemocnice vyřizuje stížnost v horizontu týdne, a to zamítavě. V odpovědi se uvádí, že v zájmu dítěte splnila nemocnice svou zákonnou povinnost a poté pouze poskytla vyžádanou součinnost příslušným orgánům veřejné moci. Obvinění lékaře je odmítnuto s poukazem na policejní fotodokumentaci, z níž musí být zjevné, že zranění jsou staršího data a nemohla být způsobena při příjmu. Hematom na tváři navíc popisuje již záchranná služba, která přijela na podnět otce. S doručením odpovědi korespondenční aktivita stěžovatele polevuje, na poslední e-mail reaguje nemocnice sdělením, že veškeré v něm uvedené skutečnosti již byly předmětem šetření a že další podání nebudou vyřízena.

Literatura

ČESKO. Zákon č. 292/2013 Sb., o zvláštních řízeních soudních. In: *Sbírka zákonů*. 12. 9. 2013. ISSN 1211-1244.

ČESKO. Zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí. In: *Sbírka zákonů*. 9. 12. 1999. ISSN 1211-1244.

ČESKO. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). In: *Sbírka zákonů*. 6. 11. 2011. ISSN 1211-1244.

Kontakt

JUDr. Renata Korečková
Nemocnice Havlíčkův Brod, příspěvková organizace
Husova 2624, 580 22 Havlíčkův Brod, Česká republika
renata.koreckova@onhb.cz

KLINICKÁ PRAXE OČIMA MENTORŮ A STUDENTŮ OBORU VŠEOBECNÁ SESTRA

CLINICAL PRACTICE FROM THE VIEWPOINT OF MENTORS AND NURSING STUDENTS

Yvetta Vrublová[1]

Abstrakt

Studium ošetřovatelství klade vysoké nároky na kvalitu a odbornost výuky. Odborná praxe patří mezi základní pilíře studia oboru všeobecná sestra. Při výuce odborné praxe spolupracují mentoři odborné výuky. Jejich postavení hraje významnou roli. Také pro studenty je tato situace odlišná. Nespolupracují v dané chvíli s vyučujícím, ale právě s odborníkem z praxe. Tato skutečnost s sebou přináší různé podněty. Cílem této práce je jejich analýza z pohledu mentorů a také z pohledu studentů. Jak mentoři, tak studenti poukazují na některé problémy, které se během praxe vyskytují a které je nutno řešit. Tyto podněty se týkají zejména etického přístupu, způsobu komunikace a dodržování standardů včetně studijního plánu.

Klíčová slova

mentor, student, klinická praxe

Abstract

Nursing studies place high requirements on the quality and proficiency of education. Professional work experience is one of the basics during the study of the subject field "general nurse". Clinical mentors participate in students' placements. Their position is quite important and this situation is different for students too. At the specific moment they don't cooperate with a teacher but with a practitioner of a work experience. This fact

[1] Ústav ošetřovatelství, Fakulta veřejných politik v Opavě, Slezská univerzita v Opavě

brings different inducements. The goal of this work is their analysis from the viewpoint of mentors and also from the viewpoint of students. Both mentors and students point out to some problems that occur during the work experience and that have to be solved. These inducements are mainly about ethical attitudes, the way of communication and the observance of norms including the educational plan.

Keywords

mentor, student, clinical practice

ÚVOD

Praktická výuka vybraných klinických předmětů je nosnou součástí efektivního výchovně vzdělávacího procesu budoucích zdravotnických pracovníků oboru všeobecná sestra. Tato výuka navazuje na odborné přednášky z konkrétních lékařských disciplín. Vzhledem k tomu, aby uvedená výuka systematicky a cíleně navazovala na získané vědomosti, jeví se jako žádoucí upevnit získané vědomosti praktickou výukou přímo na klinickém pracovišti u pacienta. Jde o ucelený proces, který vede ke zkvalitnění vědomostí s názornou možností aplikace do praxe. Náplň práce mentora vyžaduje několikaletou zkušenost na jednotlivém pracovišti, odbornou znalost autonomních a kooperativních činností sestry na pracovišti, využívání nových poznatků v oboru ošetřovatelství a především vlastní přesvědčení o významu této role. Mentor odborně vede studenta oboru ošetřovatelství při praktické aplikaci získaných vědomostí a dovedností do praxe. Cílem práce mentora je tedy snadnější a rychlejší zařazení vzdělávaného do složitého systému, tím, že řídí jeho učení, rozvíjí jeho schopnosti a dovednosti, aby mohl využít svůj potenciál a je mu oporou ve všech situacích (Medlíková, 2013). Počet studentů na jednoho mentora se pohybuje od 1–3. Student na začátku studia obdrží seznam odborných pracovišť, která jsou nutná ke splnění odborné praxe. V případě oboru všeobecná sestra jde o tato pracoviště:

- Léčebna dlouhodobě nemocných
- Ambulance privátního lékaře pro děti, dorost a dospělé
- Interní oddělení
- Chirurgické oddělení
- Oddělení dětského lékařství
- Oddělení neurologie, neurochirurgie
- Oční oddělení, Kožní oddělení, ORL, Stomatologie, Kardiochirurgie, Urologie
- Onkologické oddělení

METODIKA

Jednalo se o kvalitativní šetření, ve kterém byl v rámci zjišťování informací použit řízený rozhovor jak s mentory odborné praxe, tak se studenty. Průzkumu se zúčastnilo 75 studentů oboru všeobecná sestra (2.–3. ročník) a celkem 18 mentorů odborné praxe. Rozhovor obsahoval celkem čtyři základní otázky pro mentory a tři otázky pro studenty.

VÝSLEDKY

Výsledky otázek určené pro mentory odborné praxe:

1. *Spolupráce se studenty* – v tomto případě všech 18 mentorů udávalo spolupráci velmi dobrou, studenti podle mentorů téměř vždy projevují zájem o práci, o možnost zdokonalit si závislé ošetřovatelské intervence. Aktivně se zapojují do ošetřovatelského procesu. Pouze v ojedinělých případech se vykytuje vyhýbáním se určitým intervencím (hygienická péče, pomoc při vyprazdňování).
2. *Spolupráce se zdravotnickým týmem* – pokud se jednalo mentory, kteří jsou součástí zdravotnického týmu daného odborného oddělení byla tato spolupráce klasifikovaná jako výborná, v případech, kdy mentor (učitel odborné praxe) nebyl touto součástí, docházelo k pocitu ze strany mentora jako cizího elementu na oddělení (např. sledování dodržování standardů) a tím k méně efektivní komunikaci. Tento problém se však při častém pobytu mentora na oddělení téměř eliminoval.
3. *Znalost kompetencí mentora* – všichni mentoři byli poučeni o svých kompetencích, nikdo z nich neudával výraznější problémy. Z důvodu zodpovědnosti by většina z nich uvítala vyšší finanční ohodnocení či snížení pracovního úvazku.
4. *Spolupráce s garantem a vyučujícími vzdělávací instituce* – spolupráce je kontinuální, dochází k osobnímu setkání a projednání vyskytujících se problémů. Mentoři uvádějí potřebu dalšího vzdělávání zejména z oboru pedagogiky a psychologie.

Výsledky rozhovoru se studenty:

1. *Vstřícnost mentora* – studenti charakterizovali vstřícnost mentorů podle oddělení, kde probíhala či probíhá jejich odborná praxe. V celkovém pohledu byla udávaná spokojenost, pouze v některých konkrétních případech dochází k neefektivní komunikaci studenta a mentora. Zejména šlo o direktivní přístup ze strany mentora, neadekvátní oslovování studentů (žákyňka), tykání studentům, devalvační přístup.
2. *Odborná erudice mentora* – v tomto případě byla u všech studentů charakterizovaná jako středně vysoká až vysoká. V některých případech byla uváděna přílišná liberálnost mentora jak k některým studentům, tak ke zdravotnickému týmu (omlouvání, nedodržování standardů, žovialita, nevhodné chování před pacienty – např. k lékaři, volání jménem, tykání, hlasitý smích, hlasité hovory o proběhlé volné aktivitě aj.).
3. *Spolupráce se zdravotnickým týmem* – tato otázka dopadla nejhůře, neboť studenti si téměř ve všech případech stěžovali na nevhodné chování některých členů

ošetřovatelského týmu k jejich osobě – nejčastěji šlo o ošetřovatelky, které měly tendence přidělovat jim své výkony. V nízkém počtu šlo také o některé sestry, které se dle výpovědí neadekvátně chovají ke studentům – direktivní příkazy, tykání, vysílání z oddělení s různými pochůzkami, přidělování své práce, minimální možnost procvičování závislých činností (odběry biologického materiálu, podávání injekcí atd). U přístupu bylo konstatováno, že někteří lékaři je přehlíží, neznají jejich studijní obor, nemají dostatek trpělivosti vysvětlit jim některé postupy, nebo akceptovat jejich pomalejší pracovní tempo.

DISKUSE

S předložené analýzy vyplývá, že základním problémem při klinické praxe studentů je neefektivní komunikace, direktivní přístup, v některých případech příliš liberální postoj mentora ke studentům a také v mnoha situacích nedostatečná týmová práce pracovníků, kteří stále ještě pohlíží na studenty jako pomocnou sílu. V tomto případě se jeví jako velmi žádoucí a adekvátní vytvořit dostatek prostoru na evalvaci jak z pohledu studentů, mentorů, tak z pohledu hlavního garanta odborné praxe v rámci konkrétního zdravotnického zařízení a garanta odborné praxe za vzdělavatele. Jako velmi pozitivní se v tomto případě jeví možnost dalšího vzdělávání mentorů odborné praxe v oblasti pedagogiky, psychologie a zdravotnické etiky.

Vzhledem k tomu, že nemoc zasahuje člověka více než jakákoliv jiná životní situace, je vztah zdravotníků k pacientům mimořádně křehký a zranitelný, a nároky na jejich jednání mimořádně vysoké. Tento vztah je předem závislý na schopnostech zdravotníka empaticky reagovat při jednání s pacientem, s vědomím toho, že nemocný (člověk ve stavu nouze) se může chovat jakkoli (díky mimořádné situaci, v níž se octl), zatímco on, zdravotník, se musí chovat eticky za všech okolností (Goldmann a Cichá, 2004, s. 60). Na plnění tohoto náročného úkolu se mentor odborné praxe svým výchovným působením na studenty významně podílí, a proto se od něj automaticky očekává, že bude sám eticky vybaven.

Z pohledu mentorů jsou vnímány jako hlavní výhody přímého vedení studenta efektivnější komunikace mezi studentem a personálem, rychlejší adaptaci na oddělení a vyšší motivaci studenta k práci. Nevýhodou je méně času, než který by chtěly mentorky studentům věnovat, zejména z toho důvodu, že musí zastávat svoji vlastní práci (Ulihancová, 2014).

Podle Holcové (2012) se zkušenosti a představy o mentorech u studentů liší, někteří oceňují práci s mentorem, jiní dávají přednost práci se sestrami bez mentora nebo učitelkám odborné praxe. Nejvíce studenti u mentorů oceňují odbornost, trpělivost a komunikativnost. Dle zjištění Kramné (2012), se více studentů při ukončení studia cítilo připraveno pro praxi, proti menšímu množství, kteří se cítili méně připraveni. Z pohledu vnímání povolání sestry bylo zjištěno, že všichni dotázaní si vybrali tento obor na základě touhy pomáhat lidem nebo na základě doporučení svých blízkých pracujících ve zdravotnictví. Také mzdové ohodnocení hraje významnou roli při rozhodnutí zůstat u profese sestry, podle dostupných údajů se nezdá studentům dostatečná (Kramná, 2012; Poluhová, 2010).

ZÁVĚR

Jak již bylo uvedeno klinická praxe praxe má nezastupitelné a velmi významné místo ve výchovně vzdělávacím procesu budoucích zdravotnických pracovníků – oboru všeobecná sestra. Dále může sehrát pozitivní vliv týkající se zájmu nastoupit po ukončení vzdělávání do daného zdravotnického zařízení, což je v některých případech poskytovatelem klinické praxe podceněno. Z tohoto důvodu je nutné přistupovat k odborné praxi velmi zodpovědně a dostatečně apelovat na všechny zdravotnické pracovníky, kteří jsou ve styku se studenty tohoto oboru. Velmi důležitá je profesionální a motivační komunikace, jejíž součástí je aktivní naslouchání, které je žádoucí zejména u pomáhajících profesí (Moss, 2017). Významné místo zde zastává také dostatečná motivace jednotlivých studentů, kteří by v odborné praxi měli vidět možnost získání dalších velmi důležitých vědomostí a ne pouze splnění cíle – v tomto případě počet hodin a příslušné odborné pracoviště. Jde o velmi dlouhou cestu, kterou lze zdolat pouze zájmem mentorů a studentů a jejich efektivní komunikací.

Literatura

GOLDMANN, R. a CICHÁ, M. *Etika zdravotní a sociální práce*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta, 2004. ISBN 80-244-0907-0.

HOLCOVÁ, J. *Postoj studentů ošetřovatelství a porodní asistence k mentorovi*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta, Ústav antropologie a zdravovědy: 2012. Vedoucí práce V. VRÁNOVÁ.

KRAMNÁ, E. *Představy žáků středních zdravotnických škol o jejich budoucím povolání*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta, Katedra antropologie a zdravovědy: 2012. Vedoucí práce H. HEIDEROVÁ.

MEDLÍKOVÁ, O. *Lektorské dovednosti: manuál úspěšného lektora*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4336-3.

MOSS, B. *Communication Skills in Health and Social Care*. London: Sage Publications, 2017. ISBN 978-1-5264-0132-8.

POLUHOVÁ, A. *Postavení zdravotnických asistentů z pohledu současných žáků a absolventů SZŠ*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta, Katedra antropologie a zdravovědy: 2010. Vedoucí práce L. KREJČOVSKÝ.

ULIHANCOVÁ, N. *Kompetence mentora v odborné praxi*. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií: 2014. Vedoucí práce V. BERKOVÁ.

Kontakt

doc. PhDr. Yvetta Vrublová, Ph.D.
Fakulta veřejných politik v Opavě, Slezská univerzita v Opavě
Ústav ošetřovatelství
Bezručovo nám. 885/14, 746 01 Opava, Česká republika
yvetta.vrublova@fvp.slu.cz

INTERDISCIPLINÁRNÍ PROBLEMATIKA – PSYCHOLOGIE V OŠETŘOVATELSTVÍ, TECHNIKA A OŠETŘOVATELSTVÍ AJ.

PSYCHOSOMATIKA, HOLISTICKÝ PŘÍSTUP A OŠETŘOVATELSKÁ PRAXE

PSYCHOSOMATICS, HOLISTIC APPROACH AND HEALTHCARE PRACTICE

Kateřina Ratislavová[1], Monika Bednářová[2]

Abstrakt

Východiska: Psychosomatický pohled na zdraví a nemoc vychází z toho, že tělesné a psychické prožitky spolu úzce souvisí. Holistická péče pomáhá jedinci nacházet význam zdraví i zkušenosti s nemocí, přistupuje k jedinci jako k celistvé jedinečné bytosti.
Cíl: Práce si klade za cíl provést analýzu úrovně teoretických znalostí nelékařských zdravotnických pracovníků z oblasti psychosomatiky a holistické péče a zjistit, zda těchto znalostí prakticky využívají v rámci psychologického přístupu k pacientům při ošetřovatelské péči.
Metody: Kvantitativní šetření dotazníkovou formou proběhlo v roce 2017 ve fakultní nemocnici na vzorku 339 respondentů.
Výsledky a diskuze: Zjistili jsme, že úroveň znalostí našich respondentů o psychosomatických onemocněních a holistické péči byla dobrá. Zároveň však uvedlo jen 43 % respondentů, že má dostatek informací z oblasti psychosomatiky a holistické péče. Zájem o prohloubení vědomostí v oblasti psychosomatiky a psychoterapie v ošetřovatelské péči mělo 73 % dotazovaných. Zajímavým zjištěním bylo, že čím více zdravotníci věděli o psychosomatických onemocněních a o psychoterapeutickém přístupu k nemocným, tím větší byl jejich zájem o další vzdělávání v této oblasti.
Závěry: Psychoterapeutický přístup sester k pacientům je velmi důležitým momentem, který pomáhá naplňovat cíle holistické péče a který ovlivňuje účinnost a úspěšnost léčebného postupu. Podle našeho výzkumu mají zdravotníci zájem o prohlubování znalostí a dovedností z této oblasti.

Klíčová slova

znalosti, sestra, holistická péče, psychosomatika, psychoterapeutický přístup

[1] Katedra ošetřovatelství a porodní asistence, Fakulta zdravotnických studií, Západočeská univerzita v Plzni
[2] Anesteziologicko-resuscitační oddělení, Fakultní nemocnice v Plzni

Abstract

Background: The psychosomatic perspective on health and illness is based on the close relationship between physical and psychological experiences. Holistic care helps individuals find meaning of experiences with health as well as illness, and approaches individuals as whole, unique beings.
Objective: This work aims to analyse the level of theoretical knowledge of psychosomatics and holistic care among non-medical healthcare professionals and to determine whether they apply this knowledge in practice as part of the psychological approach to patients in healthcare.
Methods: In 2017, a quantitative questionnaire survey was completed on a sample of 339 respondents working in a faculty hospital.
Results and discussion: We found that there is good level of knowledge of psychosomatic illnesses and holistic care among our respondents. However, only 43 % of respondents stated that they have enough information about psychosomatics and holistic care. 73 % of the respondents were interested in deepening their knowledge related to psychosomatics and psychotherapy in healthcare. Interestingly, we found that the more the healthcare professionals knew about psychosomatic illnesses and psychotherapeutic approach to patients, the greater their interest in further education in this field was.
Conclusions: The psychotherapeutic approach of nurses towards patients is a very important feature that helps fulfil the objectives of holistic care and influences the efficiency and success of treatment. According to our research, healthcare professionals are interested in increasing their knowledge and skills in this area.

Keywords

knowledge, nurse, holistic care, psychosomatics, psychotherapeutic approach

ÚVOD

Tělo a psychika člověka jsou vzájemně propojeny, jsou v neustálé interakci. Jsou to dva systémy, které se navzájem ovlivňují, a proto porucha jednoho znamená nerovnováhu nebo poruchu druhého a opačně. Pojem „psychosomatika" se používá v různých významech. Může jít o psychosomatický postoj k nemocnému člověku, k diagnostice a léčbě pacienta jako bytosti bio-psycho-sociální. Pak zahrnuje problém zpracování zkušenosti s organickým onemocněním a jeho sociálních důsledků. Nebo se jako „psychosomatická" označují některá onemocnění, která se projevují tělesnými symptomy, ale nenajde se organická příčina jejich vzniku. V těchto případech je často možné najít psychosociální stresory nebo problémy s jejich zpracováním, které se podílejí na etiologii onemocnění

(Hašto, 2006). Některé nemoci jsou označovány jako psychosomatózy v užším slova smyslu. Tzv. integrativní psychosomatika považuje každé onemocnění za psychosomatické. Každá lidská choroba vzniká v kontextu s určitou biografií a existenciální situací (Danzer, 2001). Psychosomatika pohlíží na člověka jako na integrální bytost s jeho bio-eko-psycho-sociálními a duchovními potřebami. Tento psychosomatický přístup k pacientovi je obsažen i v holistickém přístupu v ošetřovatelství.

Holistická ošetřovatelská péče klade důraz na sebepéči, smysluplnost, přítomnost a terapeutickou úlohu self. Holistická péče zahrnuje filosofický pohled na svět, který směřuje k propojenosti těla, duše, emocí, energií, spirituality, mezilidských vztahů, společnosti, kultury a prostředí (Dossey a Keegan, 2013). Tento přístup oceňuje jedinečnost každého člověka bez ohledu na to, kdo nebo čím je. Holistická péče pomáhá jedinci nacházet význam zdraví i zkušenosti s nemocí. Holistický přístup k pacientovi má své principy: Každý jedinec je schopen rozvíjet a zlepšovat své znalosti a dovednosti, měnit své chování vůči sobě i ostatním; Každý člověk je zodpovědný za svůj dobrý zdravotní stav, uzdravování a péči o sebe; Má svá práva a svobodu volby; Péče je zaměřená na jedince, ne na nemoc nebo zranění; Vztah mezi zdravotníky a pacienty jsou partnerské a podněcují ke spolupráci (Papathanasiou, Sklavou a Kourkouta, 2013).

Při holistické péči o pacienta využívá zdravotník mimo jiné i psychologické prostředky, kterými působí na psychiku člověka. Léčebné působení psychologickými prostředky nazýváme psychoterapií. Sestra nemůže nahradit psychologa nebo psychoterapeuta, ale může využívat psychoterapeutických metod tak, aby pozitivně ovlivnila subjektivní prožívání pacienta a tím i průběh jeho onemocnění.

CÍL PRÁCE

Na základě stanoveného problému jsme uskutečnili výzkum, jehož cílem bylo provést analýzu úrovně teoretických znalostí nelékařských zdravotnických pracovníků (dále jen NELZP) z oblasti psychosomatiky a holistické péče a zjistit, zda těchto znalostí prakticky využívají v rámci psychologického přístupu k pacientům při ošetřovatelské péči. Dílčími cíli bylo zjistit, zda se liší znalosti u NELZP ze standardních lůžkových oddělení a z oddělení intenzívní péče, u NELZP středního odborného vzdělání a vyššího odborného a vysokoškolského vzdělání, u NELZP s maximálně desetiletou praxí a praxí vyšší než 10 let. Zajímalo nás také, zda ve znalostech psychosomatických souvislostí a psychoterapeutických technik u NELZP se zájmem o další vzdělávání v této oblasti a u NELZP, kteří zájem o vzdělávání nemají, bude statisticky významný rozdíl.

METODIKA

Výzkumné šetření jsme realizovali pomocí explorační metody nestandardizovaného dotazníku v jedné fakultní nemocnici. Výzkumný soubor tvořili NELZP (všeobecné sestry,

zdravotničtí asistenti a zdravotničtí záchranáři) lůžkových oddělení a klinik standardní i intenzívní péče. Anonymní dotazník jsme systematicky strukturovali tak, aby bylo možné podle reakcí respondentů otestovat zadané hypotézy a odpovědět na cílové otázky. Teoretické znalosti psychosomatiky a psychoterapeutických intervencí byly posuzovány pomocí vědomostních otázek, které byly bodově hodnoceny. Celkem bylo rozdáno 493 dotazníků, z nich bylo zcela vyplněných a vhodných pro statistické zpracování 339 dotazníků. Ke statistickému zpracování jsme využili program Microsoft Office Excel 2007 a k testování hypotéz jsme použily T-test o shodě středních hodnot.

VÝSLEDKY

Z celkového počtu 339 respondentů, kteří se na našem výzkumu podíleli, jich 56 % pracovalo na standardních lůžkových odděleních a 44 % na lůžkách akutní a intenzívní péče. Průměrný věk respondentů byl 36,8 let. Jako nejvyšší dosažené vzdělání uvedlo 36 % respondentů střední zdravotnickou školu, 18 % vyšší odbornou školu zdravotnickou a 46 % respondentů má vysokoškolské vzdělání. Praxi ve zdravotnictví do 5 let uvedlo 24 % respondentů, praxi od 6 do 10 let 17 % respondentů, 11 až 15 let praxe mělo 14 %, 16 až 20 let praxe 16 % dotazovaných NELZP a odpracováno více než 21 let ve zdravotnictví mělo 29 % našich respondentů. Zjistili jsme, že znalosti našich respondentů o psychosomatických nemocech v užším slova smyslu jsou dobré (průměrně zodpověděli naši respondenti 73 % znalostních otázek). Podprůměrné znalosti o psychosomatice mělo 48 % respondentů. Nebyl potvrzen statisticky významný rozdíl v těchto znalostech mezi respondenty ze standardních oddělení a z oddělení intenzívní péče ($p = 0,188$).

Po vyhodnocení znalostního testu, který se týkal holistické péče, jsme zjistili, že teoretické znalosti dotazovaných o poskytování holistické péče jsou výborné (průměrně zodpověděli naši respondenti 85 % znalostních otázek). Podprůměrné znalosti o holistické péči má jen 16 % našich respondentů. Nebyl potvrzen statisticky významný rozdíl ve znalostech z oblasti holistické péče mezi respondenty středního odborného a vyššího a vysokoškolského vzdělání ($p = 0,550$).

Dále jsme zjišťovali znalost psychoterapeutických intervencí, které mohou NELZP ve své práci využívat. Celkem 30, 7 % dotazovaných má podprůměrné znalosti psychoterapeutických intervencí. Průměrně zodpověděli respondenti v tomto testu 75 % otázek. Nebyl potvrzen statisticky významný rozdíl ve znalostech psychoterapeutických intervencí mezi respondenty s praxí ve zdravotnictví do 10 let a s praxí vyšší než 10 let ($p = 0,137$).

Zaměřili jsme se i na aplikaci vědomostí o psychoterapeutickém přístupu do praxe. Při analýze jednotlivých odpovědí jsme zjistily, že jen 4 % dotazovaných má pocit, že věnuje málo času rozhovoru s pacientem. To, že při ošetřovatelské péči se zaměřují i na uspokojování emocionálních, kognitivních a duchovních potřeb pacienta, uvedlo 93 % respondentů. Většina dotazovaných uvedla, že při péči o pacienty využívá empatii a aktivní naslouchání. Že využívání psychoterapeutického přístupu v praxi nemá žádnou nevýhodu, si myslí 45 % dotazovaných.

Celkově uvedlo jen 43 % respondentů, že má dostatek informací z oblasti psychosomatiky a holistické péče. Zájem o prohloubení vědomostí v oblasti psychosomatiky a psychoterapie v ošetřovatelské péči má 73 % dotazovaných. Zjistili jsme statisticky významný rozdíl ve znalostech psychosomatiky a psychoterapeutických intervencí mezi respondenty se zájmem o další vzdělávání v této oblasti a mezi respondenty, kteří se vzdělávat nechtějí ($p < 0{,}001$). Zájemci o další vzdělávání v oblasti psychosomatiky a psychoterapeutických technik mají statisticky významně lepší výsledky ve znalostech této problematiky než respondenti, kteří o prohloubení znalostí nemají zájem.

DISKUZE

V našem výzkumu jsme se zabývali problematikou znalostí NELZP z oblasti psychosomatiky a zaměřily jsme se zejména na holistický přístup a jeho využívání při ošetřovatelské péči. Zjistili jsme, že znalosti o psychosomatických onemocněních v užším slova smyslu jsou u NELZP dobré. Lepší znalosti však vykazovali naši respondenti v oblasti holistické péče, což je logické. Sestry mají mezi ostatními zdravotnickými profesionály výjimečné postavení a prioritu právě v poskytování holistické péče (Mastiliaková, 2007). Tóthová (2006) uvádí, že sestra by měla využívat holistický přístup už při prvním setkání s pacientem a při získávání primárních informací pro plánování ošetřovatelského procesu zaměřeného na biologické, emocionální, duchovní, sociální a kognitivní potřeby. Holistický přístup zahrnuje péči o fyzické symptomy nemoci, ale také je zaměřen na to, jak jedinec nemoc kognitivně vnímá, emočně se s ní vyrovnává, jak nemoc ovlivňuje rodinné a sociální vztahy, ekonomické zdroje, hodnotový systém klienta, jeho kulturní a spirituální potřeby a jaký význam má tato zkušenost pro život jedince (Dossey a Keegan, 2013).
Podle výsledků našeho výzkumu má 69,3 % respondentů dobré znalosti o psychoterapeutických metodách a využívá je v praxi. Minibergerová a Dušek (2006) považují za důležité poskytovat pacientovi psychologickou podporu, využít empatie a vcítit se do prožívání pacienta, přistupovat k němu tak, aby nabyl dojmu, že není se svým trápením sám. Taktéž i rozhovory o negativních emocích mohou eliminovat jejich negativní důsledky. Raudenská a Javůrková (2011) vidí cíl psychologického přístupu k nemocnému v porozumění jeho individuality, v jeho psychologickém vedení a podpoře pocitu bezpečí. Dotazovaní uvedli, že se při péči o pacienta využívají empatii a naslouchání a věnují dostatek času pro rozhovor s pacientem. Všechny tyto psychologické prostředky jsou základem pro budování vztahu s pacientem. Psychologické intervence zdravotníků přesahují hranice psychoterapie, protože jejich cílem není čistě jen vyřešit duševní problémy, ale usilují o podporu zdraví a duševní pohody (Ayers a De Visser, 2015). Cílem psychoterapeutického přístupu k pacientovi je vrátit nemocnému jeho důstojnost, sebeúctu a respekt, vytvořit atmosféru spolupráce, aby se pacient mohl v co největší míře aktivně podílet na procesu léčby (Jičínská, 2007).
Přesto, že jsme zjistili, že znalosti dotazovaných o psychosomatických onemocněních a celostním přístupu k pacientům jsou dobré, sami dotazovaní v 57 % případů uvedli,

že nemají v této oblasti dostatek informací. Velmi pozitivním výsledkem bylo, že celkem 73 % respondentů mělo zájem o prohloubení vědomostí v oblasti psychosomatiky a psychoterapie. Tyto oblasti se tedy nezůstávají již v periferii zájmu zdravotníků. Vzdělání nebo výcvik NELZP v psychoterapii může vést ke zvýšení profesionality a kvalitě komplexní holistické péče o pacienty. Honzák (2016) považuje psychoterapeutickou práci sestry jako velmi významný moment v ošetřovatelské péči. Zdá se být velmi důležité podporovat psychosomatické poznání ve zdravotnické praxi, výzkumu i v systému zdravotní péče. Nicméně, základem je holistické myšlení o mysli a těle ve společnosti (Deter, 2008).
Limity našeho výzkumu vidíme v malém vzorku respondentů, využití nestandardizovaného dotazníku a sběru dat pouze v jedné nemocnici. Na základě toho výsledky není možné zevšeobecňovat na všechny NELZP.

ZÁVĚR

Cílem našeho šetření bylo provést analýzu úrovně teoretických znalostí nelékařských zdravotnických pracovníků z oblasti psychosomatiky a holistické péče a zjistit, zda těchto znalostí prakticky využívají v rámci psychologického přístupu k pacientům při ošetřovatelské péči. Zjistili jsme, že úroveň znalostí našich respondentů byla dobrá. Zajímavým zjištěním bylo, že čím více zdravotníci věděli o psychosomatických onemocněních a o psychoterapeutickém přístupu k nemocným, tím větší byl jejich zájem o další vzdělávání v této oblasti. Sestra je integrální součást léčebného plánu a její psychoterapeutická práce v ošetřovatelské péči má velký význam. Psychoterapeutický přístup sester je velmi důležitým momentem, který ovlivňuje účinnost a úspěšnost léčebného postupu, a proto by bylo velkým přínosem vzdělávání v oboru psychoterapie, kterým by sestry získaly teoretické odborné znalosti i praktické dovednosti z této oblasti.

Literatura

AYERS, S. a DE VISSER, R. *Psychologie v medicíně*. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5230-3.

DANZER, G. *Psychosomatika: celostný pohled na zdraví těla i duše*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-456-7.

DETER, H. C. Towards a new strategy to implement psychosomatic knowledge in medical practice. *BioPsychoSocial Medicine*. 2008, vol. 2. ISSN 1751-0759.

DOSSEY, B. M. and KEEGAN, L. *Holistic nursing: A Handbook for Practice*. Burlington: Jones & Bartlett Learning, 2013. ISBN 978-1-4496-5175-6.

HAŠTO, J. Psychosomatický pacient – ako mu porozumieme?. *Via practica*. 2006, roč. 3, č. 1, s. 28–32. ISSN 1336-4790.

HONZÁK, R. Je změna možná? Terapeutická smlouva a některé prvky edukace. *Psychosom: časopis pro psychosomatickou a psychoterapeutickou medicínu*. 2016, roč. 14, č. 1–2, s. 47–54. ISSN 2336-7741.

JIČÍNSKÁ, K. Vzdělávání v psychoterapii a psychoterapeutickém přístupu. *Sestra*. 2007, roč. 17, č. 11, s. 16. ISSN 1210-0404.

MASTILIAKOVÁ, D. *Holistické přístupy v péči o zdraví*. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2007. ISBN 978-80-7013-457-3.

MINIBERGEROVÁ, L. a DUŠEK, J. *Vybrané kapitoly z psychologie a medicíny pro zdravotníky pracující se seniory*. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. ISBN 80-7013-436-4.

PAPATHANASIOU, I., SKLAVOU, M. and KOURKOUTA, L. Holistic nursing care: theories and perspectives. *American Journal of Nursing Science*. 2013, vol. 2, no. 1, p. 1–5. ISSN 2328-5745.

RAUDENSKÁ, J. a JAVŮRKOVÁ, A. *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-2223-8.

TÓTHOVÁ, V. Zhodnocení zdravotního stavu klienta/pacienta v ošetřovatelském procesu. *Florence*. 2006, roč. 2, č. 5, s. 44–47. ISSN 1801-464X.

Kontakt

Mgr. Kateřina Ratislavová, Ph.D.
Fakulta zdravotnických studií, Západočeská univerzita v Plzni
Katedra ošetřovatelství a porodní asistence
Husova 664/11, 301 00 Plzeň 3, Česká republika
ratislav@kos.zcu.cz

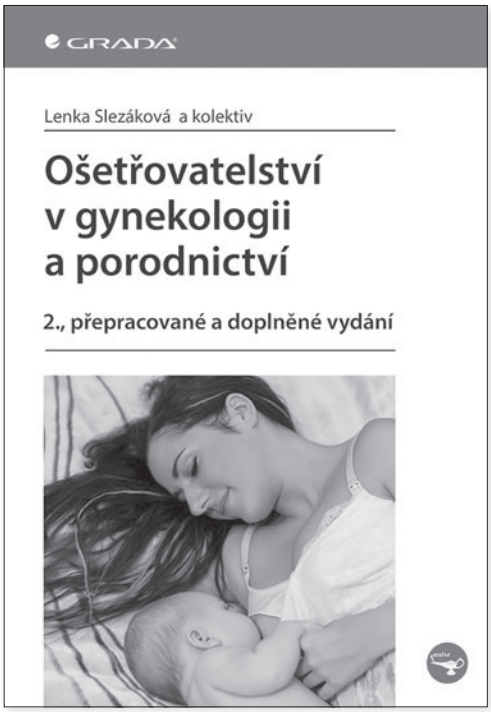
RECENZE A KRÁTKÁ SDĚLENÍ

RECENZE KNIHY OŠETŘOVATELSTVÍ V GYNEKOLOGII A PORODNICTVÍ

Hlavní autor: PhDr. Lenka Slezáková, Ph.D.

Praha: Grada Publishing, 2. přepracované a doplněné vydání, 2017, 272 stran,
ISBN 978-80-271-0214-3

Nově přepracované a doplněné vydání knihy Ošetřovatelství v gynekologii si klade za cíl předložit studentům nelékařských oborů zejména oborů všeobecná sestra a zdravotnický záchranář souhrnný studijní text z oblasti gynekologie a porodnictví. Odborný text je napsán přehledně a je doplněn o četné názorné obrazové přílohy, které tento studijní text významně obohacují. Obsahově jde o velmi zdařilé dílo, které předkládá základní medicínské informace a do hloubky propracovanou problematiku ošetřovatelské péče o ženu v jednotlivých oblastech gynekologie a porodnictví obohacenou o ošetřovatelskou diagnostiku a klinické kazuistiky. Toto dílo několika autorek splňuje veškeré požadavky nejen pro samostudium, ale také pro využití jako stěžejního zdroje ve výuce ošetřovatelské péče v gynekologii a porodnictví.



Přeji tomuto dílu mnoho spokojených čitatelů.

Kontakt

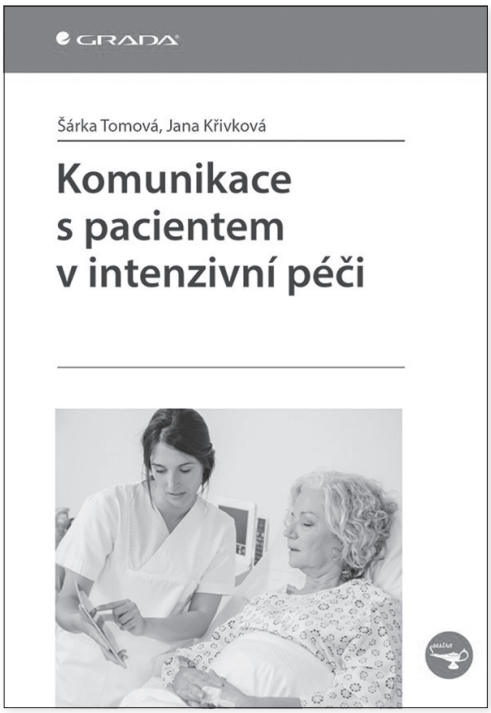
doc. PhDr. Yvetta Vrublová, Ph.D.
Fakulta veřejných politik v Opavě, Slezská univerzita v Opavě
Ústav ošetřovatelství
Bezručovo nám. 885/14, 746 01 Opava, Česká republika
yvetta.vrublova@fvp.slu.cz

RECENZE KNIHY KOMUNIKACE S PACIENTEM V INTENZIVNÍ PÉČI

Autor: PhDr. Šárka Tomová, Ph.D., Mgr. Jana Křivková

Praha: Grada Publishing, 1. vydání, 2016, 134 stran, ISBN 978-80-271-0064-4

Komunikace ve zdravotnictví patří mezi základní pilíře efektivní péče a léčby o pacienty. Tato publikace plynule navazuje na široké spektrum odborných knih týkající se komunikace na našem trhu a zavádí nás do problematiky komunikace v intenzivní péči, která je vysoce specifická. Publikace je možné využít jak v pregraduální výuce zdravotnických profesí, tak při dalším vzdělávání zdravotnických pracovníků. Kniha je velmi vhodně doplněna o obrazovou ilustraci ve formě obrázků a zároveň o konkrétní praktická doporučení ve specifických situacích na odděleních intenzivní péče. Její studium nás vede k hlubokému zamyšlení nad uvedenou problematikou a následně k získání nových praktických dovedností.



Toto velikostně drobné dílko vřele doporučuji pro rozšíření vědomostí v rámci samostudia.

Kontakt

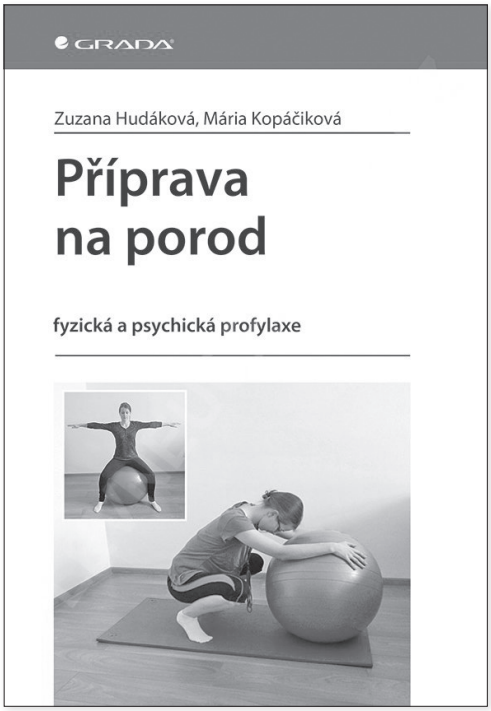
doc. PhDr. Yvetta Vrublová, Ph.D.
Fakulta veřejných politik v Opavě, Slezská univerzita v Opavě
Ústav ošetřovatelství
Bezručovo nám. 885/14, 746 01 Opava, Česká republika
yvetta.vrublova@fvp.slu.cz

RECENZE KNIHY PŘÍPRAVA NA POROD: FYZICKÁ A PSYCHICKÁ PROFYLAXE

Autor: doc. PhDr. Zuzana Hudáková, PhD., doc. PhDr. Mária Kopáčiková, PhD.

Praha: Grada Publishing, 1. vydání, 2017, 136 stran, ISBN 978-80-271-0274-7

Jde o velmi přehledně zpracovanou publikaci zabývající se profylaktickou přípravou, která patří mezi nedílnou součást prenatální péče v gynekologických ambulancích. Záměrem autorek bylo systematické seznámení s problematikou historie, edukace, těhotenství, porodu a šestinedělí v návaznosti na potřebu edukace těhotných žen v oblasti somatické a psychické. Publikace je určena zejména pro studenty oboru porodní asistentce a porodní asistentky v komunitní péči a podává názorné postupy pohybových aktivit pomocí bohaté obrazové ilustrace. Přínosem této publikace jsou přílohy, kde jsou prezentovány názorné edukační lekce na podkladě konkrétních kazuistik. Tuto publikaci vřele doporučuji jak studentům, porodním asistentkám v komunitní péči, tak samotným těhotným ženám pro cílené samostudium.



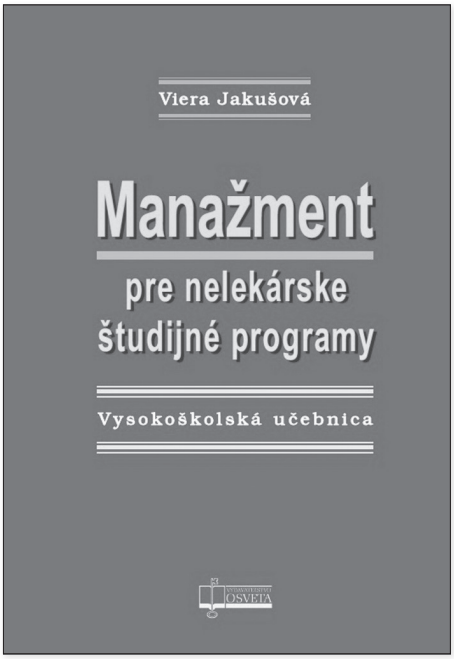
Kontakt

doc. PhDr. Yvetta Vrublová, Ph.D.
Fakulta veřejných politik v Opavě, Slezská univerzita v Opavě
Ústav ošetřovatelství
Bezručovo nám. 885/14, 746 01 Opava, Česká republika
yvetta.vrublova@fvp.slu.cz

RECENZE KNIHY MANAŽMENT PRE NELEKÁRSKE ŠTUDIJNÉ PROGRAMY

Autor: doc. Ing. Viera Jakušová, PhD., MPH

Martin: Osveta, 1. vydání, 2016, 156 stran, ISBN 978-80-8063-447-6



Kniha, kterou vydalo nakladatelství Osveta v Martině je napsána slovensky. Vysokoškolská učebnice se věnuje problematice zdravotnictví. Předložený text učebnice je vítanou publikací určenou studentům a zdravotnickým pracovníkům. Kniha je napsaná přehledně a studující si mohou osvojit základy managementu. Obsah učebnice tvoří čtyři kapitoly, které na sebe logicky navazují. První kapitola uvádí teoretická východiska managementu, jednotlivé klasické a moderní přístupy k managementu. Další část je zaměřena na profil managera, všeobecné principy manažérské práce, časový management, rozhodovací procesy a management informací. Třetí kapitola popisuje základní managerské funkce a s ní související aspekty. Poslední kapitola je věnována zdravotnictví a základním ekonomickým pojmům. Publikaci doplňuje 56 obrázků, 26 černobílých tabulek. V učebnici jsou uvedeny kontrolní otázky a sebeevaluace. V seznamu literatury je uvedeno 177 zdrojů.
Text je vnitřně strukturován, je přehledný a dobře se čte. Za podnětné považuji v úvodu každé kapitoly uvedení citátu, který souvisí s danou problematikou.
Vysokoškolská učebnice svým obsahem splňuje požadavky na znalosti v pregraduální přípravě studentů v nelékařských studijních programech.

Kontakt

PhDr. Jana Haluzíková, PhD.
Fakulta veřejných politik v Opavě, Slezská univerzita v Opavě
Ústav ošetřovatelství
Bezručovo nám. 885/14, 746 01 Opava, Česká republika
jana.haluzikova@fvp.slu.cz

POKYNY PRO AUTORY

PRŮBĚH RECENZNÍHO ŘÍZENÍ

Příspěvky do časopisu jsou hodnoceny nezávisle na sobě dvěma recenzenty, kteří posuzují anonymizovaný rukopis. Jeden z recenzentů je zaměstnancem Slezské univerzity v Opavě, druhý recenzent je externí. Posudky jsou zaslepeny vůči přispěvatelům (autorům). Po vyhotovení posudků a případných opravách a úpravách textu redakce rozhoduje na základě recenzního řízení a splnění publikačních podmínek časopisu o zařazení či nezařazení textu do nejbližšího čísla časopisu, popřípadě je článek uchován k publikaci v některém z následujících čísel. Recenzní posudky jsou archivovány. Spolu s textem příspěvku autoři zasílají či předkládají čestné prohlášení dle zvyklostí redakce.

POKYNY PRO AUTORY – FORMÁLNÍ A OBSAHOVÉ NÁLEŽITOSTI PŘÍSPĚVKŮ

Základní členění textu:

Název: název příspěvku i jeho anglického překladu psát tučně velkými písmeny 16 b. Název musí být stručný a výstižný, vypovídá o obsahu příspěvku. Neměl by zpravidla přesáhnout 8 slov. Neměl by obsahovat zkratky. V nadpisu lze užít zkratky jen výjimečně, pokud by se text nadpisu rozvedením zkratky neúměrně prodloužil.
Autor: uvádějte celé křestní jméno a příjmení všech autorů, bez titulů, např.: Jana Malá[1], Lucie Novotná[2], Martina Dostálová[2]
Pracoviště: úplný název pracoviště a sídlo (např.: [1] Ústav ošetřovatelství, Fakulta veřejných politik v Opavě, Slezská univerzita v Opavě)
[2] Chirurgická klinika, Nemocnice Horní

Příspěvky výzkumného charakteru

Název příspěvku a jeho anglického překladu tučně velkými písmeny. Název by měl výstižně prezentovat obsah článku.
Abstrakt: doporučená délka abstraktu jedné jazykové verze je max. 1 500 znaků včetně mezer. Uvádí se v originálním a anglickém jazyce a obsahuje: východiska, cíl, metody, výsledky a diskuzi, závěry.
Klíčová slova: uvádí se v originálním a anglickém jazyce, počet je 5–8 klíčových slov, neshodují se s výrazy v názvu. Informují o metodách, technikách výzkumu, odborném problému a výzkumném nástroji.

Text rukopisu: podnadpisy jednotlivých oddílů jsou psány tučně na samostatném řádku velkými písmeny. Text rukopisu je strukturován: Úvod, cíl práce, metodika, výsledky, diskuze, závěr, poděkování, referenční seznam.
Úvod: seznamuje čtenáře v obecné rovině s tématem práce, na co práce navazuje, výzkumná sdělení s odkazy na zdroje různých autorů.
Cíl práce: cíl práce, organizace výzkumu.
Metodika: charakteristika souboru, kritéria k zařazení respondentů do souboru, typ studie, popis metod a technik, design výzkumu, sběr dat, metody použité ke statistickému zpracování dat, název a verze statistického softwaru aj.
Výsledky: uvést ke každému výzkumnému cíli, tabulky, grafy, obrázky, schémata, uvedení statistických výsledků.
Diskuze: stanovisko k vlastním výsledkům, porovnat je s výsledky jiných autorů, diskutovat k odlišným výsledkům, uvést možné příčiny, informovat o limitech, benefitech a omezeních výzkumu.
Závěr: výstižné shrnutí vlastních výsledků výzkumu, návrh výzkumných otázek pro další výzkum v dané oblasti.
Poděkování: dedikace projektu, grantu.
Referenční seznam: uvádění citací v textu dle platné citační normy (harvardský systém). Zdroje jsou seřazeny podle abecedy. V případě více zdrojů v jedné závorce za odstavcem, oddělujte jednotlivé zdroje středníkem. V seznamu literatury můžou být uvedeny pouze zdroje, které jsou v textu řádně odcitovány.
Rozsah: 3–8 stran, tj. max. 38 000 znaků.

Příspěvky přehledového a teoretického charakteru

Název příspěvku, abstrakt, klíčová slova se řídí stejnými pokyny jako příspěvky výzkumného charakteru.
Text rukopisu: podnadpisy kapitoly psát tučně na samostatném řádku, velkými písmeny.
Struktura textu: úvod, popis rešeršní strategie, text literárního přehledu, výstupy, referenční seznam.
Referenční seznam: uvádění citací v textu dle platné citační normy (harvardský systém). Zdroje jsou seřazeny podle abecedy. V případě více zdrojů v jedné závorce za odstavcem, oddělujte jednotlivé zdroje středníkem. V seznamu literatury můžou být uvedeny pouze zdroje, které jsou v textu řádně odcitovány.

Recenze aktuálních publikací

Název příspěvku: citace recenzovaného díla v platné citační normě, s uvedením ISSN, ISBN.
Text rukopisu: souvislý, nestrukturovaný, obsahuje informace o autorovi, jeho odbornosti. Specifika díla, odborné zaměření publikace, komu je určena, členění publikace a její

rozsah, stručný popis obsahu, význam publikace, její specifity, kladné stránky, případné omezení a nedostatky.
Rozsah: max. 9 000 znaků.
Náhled obálky: připojuje se za textem rukopisu, pokud se stáhne z webu vydavatele, musí se uvést přesný odkaz: „Zdroj obrázku: webová adresa (RRRR-MM-DD)".

Formální požadavky rukopisu:

Rukopis zasílejte v textovém editoru MS Word.
Font písma: Times New Roman.
Velikost písma: 16 b název příspěvku (tučně), 14 b podnadpisy (podkapitoly – tučně), 12 b základní text. Za podnadpisem se vkládá vertikální mezera 6 b.
Řádkování 1, zarovnání vlevo, okraje 2,5 cm.
Odstavce: první řádek odstavce neodsazujte, ale mezi odstavci udělejte mezeru o velikosti 6 b. ENTER použijte pouze v případě nového odstavce.
Jazyk příspěvku: časopis přijímá články v českém, slovenském a anglickém jazyce.
V textu nepodtrhávejte.
Práce s textem: před interpunkčními znaménky nikdy nedělejte mezeru, za nimi naopak vždy. Dělejte pouze jedno úhozové mezery. Důsledně rozlišujte číslice 1 a 0 od písmen O a I. Nepoužívejte automatické úpravy textu (dělení slov, generování obsahu, poznámek, živá záhlaví, styly, vkládání obrázků...).
Zkratek je třeba užívat uvážlivě. Každou zkratku je třeba vysvětlit při prvním výskytu zkracovaného slova, např. Světová zdravotnická organizace (dále jen WHO). V souhrnu se zkratky nepoužívají vůbec.
Jednotky uvádějte podle SI normy, hodnota pulzu, krevního tlaku a tělesné teploty, uvádějte v konvenčních jednotkách.
Odkazování na zdroje: na zdroje průběžně odkazujte v textu, nevyužívejte poznámky pod čarou, podoba odkazu v textu (autor, rok vydání, příp. strana u přímých citací).
Tabulky, grafy, obrázky, fotografie nejsou součástí textu. Každá tabulka, graf, obrázek, fotografie jsou na separátním listu. Grafické zpracování musí být v kvalitě umožňující jejich reprodukci. Fotografie se dodávají v lesklém provedení. List s tabulkou obsahuje její název a legendu. Legenda ke grafům a obrázkům je uvedena na zvláštním listu. Tabulky, grafy a obrázky jsou číslovány (každá z uvedených forem zvlášť) arabskými čísly. Jejich použití musí být účelové a vhodně doplňují text.
Tabulky nemají duplikovat text (část textu) příspěvku, tabulka, sloupce a řádky v ní jsou stručně a výstižně pojmenovány, tabulka je rozměrově přizpůsobena formátu časopisu B 5.
V samotném rukopisu uveďte poznámku, že v tomto místě má být obrazová příloha.
Obrázky, fotografie, grafy a tabulky dodávejte vždy jako samostatné dokumenty (jpg, tiff, eps, xls, xlsx).
Název grafu je uveden pod grafem.

Název tabulky je umístěn pod tabulkou. Velikost textu v tabulce je 12 b, Times New Roman, pokud rozsah tabulky a přehlednost nevyžaduje menší velikost písma.
Obrázky: za obrázek se považují fotografie, schémata, grafy apod. Musí mít svou nezastupitelnou úlohu, nesmí plnit funkci samoúčelnosti, je přizpůsoben časopisu B 5, je přehledný a čitelný v černobílé verzi tisku.
Poděkování za finanční podporu práce, pokud je potřebné (grant, firma atd.) uvádějte před oddílem literatura, za závěrem.
U výzkumných příspěvků, jakož i příspěvků přehledového či teoretického charakteru, je na závěr vložen oddíl literatura, za kterým následuje kontakt na autora (adresa pracoviště a e-mail).

Rukopisy, jejichž úprava nesplní výše uvedené požadavky nebo budou v rozporu s etickými zásadami pro publikování, nebudou redakcí přijaty.

Vydavatel neodpovídá za údaje a názory uvedené autory v jednotlivých příspěvcích ani za faktickou a jazykovou stránku příspěvku.

ISSN 2570-785X (Print)
ISSN 2571-0702 (Online)